

Liliana Isabel Gonçalves Bessa

**Representação mental dos utentes do Serviço Nacional de Saúde acerca dos seus
direitos e deveres**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Liliana Isabel Gonçalves Bessa

Representação mental dos utentes do Serviço Nacional de Saúde acerca dos seus direitos e deveres

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Liliana Isabel Gonçalves Bessa

Representação mental dos utentes do Serviço Nacional de Saúde acerca dos seus direitos e deveres

Liliana Isabel Gonçalves Bessa

“Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
Grau de Licenciatura em Enfermagem”.

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Sumário

O Doente é uma pessoa que se encontra numa situação de vulnerabilidade resultante da doença, mas que, por esse simples facto não deixa de ser titular de direitos e deveres, desde logo decorrentes do respeito devido à dignidade e à liberdade do ser humano.

Os direitos e deveres do doente do Serviço Nacional de Saúde são de extrema importância para todos os utentes da nossa sociedade.

Desta forma pareceu-nos pertinente desenvolver um estudo, no âmbito do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sendo o tema abordado “Representação mental dos utentes do Serviço Nacional de Saúde acerca dos seus direitos e deveres”, tendo como objectivos, Conhecer a opinião dos doentes acerca dos seus direitos e deveres, Identificar o tipo de informação que recebem e Identificar fontes de informação.

A metodologia é de natureza exploratória descritiva nível I, baseada numa abordagem essencialmente qualitativa. Este estudo baseia-se num estudo de caso a uma utente que já esteve em regime de internamento.

Como instrumento de recolha de dados foi utilizada a entrevista aberta, que foi aplicada a 22 de Junho de 2011. Para dar resposta às questões e objectivos de investigação inicialmente traçados.

Através da análise de conteúdo dos dados colhidos, podemos concluir que a utente tinha conhecimentos sobre os seus direitos e deveres expressos na Carta dos direitos e deveres do doente, que foi bem informada por todos os profissionais de saúde e que nenhum desrespeitou os seus direitos.

Abstract

The patient is a person that is in a vulnerable situation that is a consequence from the disease, however that simple fact doesn't allow the absence of the rights that come with the respective respect to the dignity and liberty of the human being.

The right and the obligation of the patient of the National Health to all our society who is using the SNS.

In this way it seems right to develop a study, from the 4th year of the graduation in nursing in the Fernando Pessoa college, the theme that will be approached in the study is "Mental Representation of the patients from the National Health Service about their rights and obligations", identify the type of information that they receive and identify sources information.

The methodology comes from a descriptive exploration from level I, that is used essentially qualitative approach, this study is based in study of a case of patient that has already been in our health care service.

The source used to our study, was the open interview, which was executed in the 22 of June of 2001, to give the answer to the questions and the research objectives that have been initially defined.

Through the analysis of the content of our research, we can get to the conclusion that the patient had knowledge about expressed in the rights and obligations of the patient, that was well informed from all the health professionals and nobody has disrespected her rights.

Dedicatória

Aos meus pais que sempre me deram força, e lhes devo tudo o que sou! À minha Avó, que é o meu anjinho da guarda, que esteve sempre a iluminar-me.

Agradecimentos

Um trabalho de investigação é sempre resultado de um trabalho em equipa e ao chegar ao final, sinto a necessidade de partilhar este momento de alegria com as pessoas que me apoiaram e acompanharam ao longo desta etapa, e não podia deixar de agradecer.

À Professora Júlia Rodrigues, pela sua orientação, pelo carinho, pelas vezes que a aborreci, pelo apoio, sugestões e críticas e pela sua disponibilidade que foram fundamentais para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, educação, incentivo, presença e força que depositaram em mim e que me transmitiram nos momentos difíceis e ainda pelos esforços que tiveram para me ajudar a concretizar o meu sonho de ser enfermeira.

Ao meu namorado, pelo amor, carinho, dedicação, paciência, apoio, força e incentivo que me transmitiu nos momentos mais difíceis e por me mostrar que eu era capaz de realizar este sonho.

À minha família, em especial à minha prima Sílvia, pela paciência e boa disposição com que sempre escutaram os meus desabafos, agradecendo-lhes as palavras de carinho.

A todos os meus amigos por toda a paciência, carinho e ajuda que directamente ou indirectamente estiveram envolvidos na elaboração deste trabalho, em especial à minha amiga Mariazinha.

À utente que colaborou na realização deste estudo, sem os seus contributos não seria possível a realização do mesmo.

A todos, o meu muito obrigada!

Glossário

Abreviaturas

Cit. – citado

ed. – edição

nº - número

p. – página

Pág. – página

pp. – páginas

séc. – século

Siglas

ADSE – Assistência na doença aos servidores civis do estado

CDE – Código Deontológico de Enfermagem

DGS – Direcção Geral da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

Índice

	Pág.
Introdução	12
Parte I - Fase Conceptual	16
Capítulo I – Da temática aos objectivos	16
1. Problemática e Justificação do tema	16
2. Questões de investigação	17
3. Objectivos da investigação.....	17
Capítulo II – Revisão Bibliográfica	18
1. Breve Resenha Histórica da Profissão de Enfermagem	18
2. Da Ética do Ser Humano à Moral.....	22
2.1. A Dimensão Ética do Ser Humano	22
2.2. A identidade pessoal.....	23
3. A Pessoa e os Direitos Humanos.....	25
4. Consentimento Informado	36

5. A Importância da Ética em Enfermagem.....	39
6. O Cuidar em Enfermagem	40
7. Caracterização do Serviço Nacional de Saúde	41
8. Representação mental.....	43
Parte II – Fase Metodológica	45
Capítulo I – Desenho de investigação	45
1. Tipo de estudo	45
1.1. Amostra.....	46
2. Instrumento de colheita de dados	46
3. Previsão do tratamento e análise de dados.....	47
4. Considerações éticas	47
Parte III - Fase Empírica.....	50
Capítulo I – Apresentação e análise dos resultados.....	50
Capítulo II - Discussão dos resultados	54
Conclusão	57
Referências bibliográficas.....	59

Anexos

Anexo I – Instrumento de recolha de dados: Guião da entrevista

Anexo II – Cronograma de actividades

Anexos

Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados: Guião da Entrevista

Liliana Isabel Gonçalves Bessa

Representação mental dos utentes do SNS acerca dos seus direitos e deveres

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Guião de Entrevista

As questões que se seguem são guias orientadores para a entrevista, podendo ser moldadas ao contexto sociocultural de cada participante.

Questões orientadoras:

- 1) Conhece os direitos e deveres do utente do SNS?
- 2) O que pensa sobre os direitos e deveres de utente do SNS?
- 3) Como foi a sua experiência de internamento?
- 4) Durante o internamento que informações recebeu?
- 5) Quem deu essas informações?
- 6) Que sugestões apresenta para a melhoria dos cuidados no internamento?

Entrevista

1. Conhece os direitos e deveres do utente do SNS?

A senhora respondeu, “ Sim conheço mas de uma maneira geral, não sei especificar todos eles em concreto mas no âmbito geral conheço-os.”

Eu perguntei, “ Mas sabe que existe uma carta sobre os direitos e deveres do doente? Tem conhecimento?”

A senhora respondeu, “ sei que existe na maior parte encontra-se afixado nas unidades hospitalares. Eu perguntei “ Sabe dizer-me por exemplo dois direitos que vem na carta?”

A senhora respondeu, “ de ser tratada com dignidade pelos profissionais de saúde, de ter direito a estar informada sobre o estado de saúde e evolução, direito a uma segunda opinião se assim o entender, não é, ter direito à confidencialidade do meu processo, poder apresentar sugestões ou reclamações no meu entender. Mais (...) ter direito à minha privacidade.

2. O que pensa sobre os direitos e deveres do utente do SNS?

A senhora respondeu “ é uma coisa importante para o sistema do hospital, não é, para saber o quê que o utente tem direito, mas também para ter responsabilidade e ter noção dos seus direitos e deveres também como cidadã, como doente no serviço nacional de saúde.

Eu perguntei: “ Acha na sua opinião que foi bom terem criado esta carta?”

“Sim foi uma coisa boa, porque assim estabelece tudo o que o utente tem direito, (...) porque assim tem conhecimento sobre os seus direitos e sobre os seus deveres.”

3- Como foi a sua experiência de internamento?

A senhora respondeu assim, “... portanto eu falo da minha experiência concretamente, não é, eu tive na unidade, no, na unidade, ai, transplantados, não é, e foi uma experiência boa, (fez uma pausa), sempre me informaram de, portanto, da minha

doença, do que ia fazer, de como era o transplante, (...), durante o internamento tudo correu muito bem, pessoal de enfermagem, auxiliares, médicos, eram pessoas educadas, não é.”

Neste momento a senhora não sabia bem o que dizer a seguir e eu questionei, se quando iam fazer alguma acção terapêutica informaram-na, o que iam fazer, diziam ou depois iam dizendo?

A senhora disse, “... é assim, eles sabem portanto o seu trabalho, não é, não tenho que estar constantemente a perguntar, o que é isto, o quê que vai fazer, portanto eles inicialmente informavam sobre o tratamento, e depois eu confiava nele, não é, não tive razão de queixa.... Que mais?”

Eu fiz novamente outra pergunta, “quando, por exemplo quando fez o transplante teve que levar anestesia, eles informaram-na que tinha que assinar o consentimento informado?”

Respondeu assim, “ sim a anestesia, é assim a anestesia eu já tinha feito todos os exames não é, próprios para o transplante e tive consulta da anestesia, sempre me informaram sobre o riscos, os riscos da anestesia.”

4. Durante o internamento que informações recebeu?

Respondeu que, “ já disse que sempre me informaram sempre tive a par de tudo e portanto não, e qualquer dúvida perguntava, e eles explicavam, sim explicavam.”

5. Quem lhe deu essas informações?

A senhora respondeu, “ é assim os médicos, claro são muitos importantes, não é, mas o pessoal de enfermagem é praticamente está o dia todo connosco, e o que nos é transmitem todas as informações.”

6. Que sugestões apresenta para a melhoria dos cuidados de saúde?

Disse, “ eu já estive noutros serviços também, e sinceramente, há pessoas, havia pessoas lá que sempre tinham coisa a reclamar, e eu não, não sei talvez, porque serei mais benevolente, ou algo, nunca tive criticas com o pessoal, mas há pessoas que reclamam,

desde a comida, desde a cama que não está bem feita (sorriu...), desde portanto, mas sinceramente no serviço que eu estive não tive, não vi nada assim para melhorar o serviço porque realmente eu não vi nada que, nada, estava tudo bem, melhor que uma clínica privada.”

No final perguntei à senhora: “Durante o internamento ninguém lhe falou sobre a existência da carta dos direitos dos doentes?”

A senhora respondeu, “ na verdade é que não, (sorriu...) não porque isso está colocado em todo o lado nos corredores em todos os serviços, não é, ninguém se replanta a ler, muita gente só sabe os direitos mas os deveres mas também ignoram, é tudo direitos só direitos, às vezes exageram, não é.” Eu disse que os doentes nem sempre cumprem os seus deveres e a senhora respondeu, “ pois ...”

Eu perguntei se durante o internamente se notou que algum profissional desrespeitou algum direito? A senhora respondeu, “ não, não, não, nos meus serviços não.”

Anexo II – Cronograma de actividades

Introdução

De acordo com o plano curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem, 4º ano da Universidade Fernando Pessoa, foi proposta a realização de um Trabalho de Investigação.

A investigação em Enfermagem surge da necessidade de fundamentar cientificamente esta ciência e de aprofundar conhecimentos mediante a aplicação do método científico, uma vez que os enfermeiros prestam cuidados cada vez mais específicos no sentido de melhorar a qualidade e competência dos cuidados de enfermagem e conseqüentemente melhorar ainda mais os direitos dos doentes.

Para Fortin, (2003, p.17 e 18) investigação é *“um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação (...) é um meio de demonstrar o campo de acção e de conhecimento de uma profissão”*.

A investigação em enfermagem, tal como em outras áreas da ciência, parte de questões que preocupam os profissionais de enfermagem, levando à formulação de um problema de investigação. Segundo Fortin, (2003, p.48) *“para estar em condições de formular um problema de investigação, é necessário escolher previamente um domínio ou, um tema de investigação que se reporte a uma situação problemática e estruturar uma questão que orientará o tipo de investigação a realizar e lhe dará uma significação”*. Este é a fase fundamental do processo inicial de investigação, e como tal é imprescindível a sua correcta formulação.

Os nossos objectivos académicos são:

- Dar cumprimento a uma exigência da unidade curricular de Projecto de Graduação e Integração Profissional II;
- Desenvolver competências na área da investigação científica;
- Aprofundar conhecimentos na área da investigação em enfermagem;
- Aprofundar conhecimentos no domínio da Ética e prestação de cuidados de saúde com qualidade;

Após uma reflexão o tema escolhido foi, “Representação mental dos utentes do Serviço Nacional de Saúde acerca dos seus direitos e deveres”, dado que ao longo dos ensinosa

clínicos, em determinados serviços, nem sempre se assegura da forma mais correcta dos direitos dos doentes.

Os ensinamentos clínicos em enfermagem permitem aos alunos adquirir as habilidades e capacidades necessárias para aplicar os seus conhecimentos teóricos (científicos) e desenvolver os conhecimentos técnicos (saber-fazer) da profissão, relacionais (saber-estar) e o saber-ser.

Em cada doente existe uma pessoa e um cidadão que deixa frequentemente de poder defender directamente os seus direitos. Mas, mais importante do que isso, cada doente é um desafio para a nossa capacidade de sermos coerentemente profissionais e pessoas. Como enfermeiros, a doença do próximo é uma interpelação à nossa capacidade de cumprirmos o dever fundamental que nos obriga a defender os seus direitos como se fossem nossos.

De facto, este tema despertou-nos um grande interesse porque enquanto aluna de enfermagem, observamos que na prática clínica há uma preocupação na realização e aplicação dos direitos dos doentes, sobretudo naqueles doentes que não têm conhecimento e que não se impõem quando os profissionais de saúde não respeitam os seus direitos, e por vezes e infelizmente quando estes profissionais de saúde se apercebem da situação reagem ainda com uma maior superioridade.

Ao longo da elaboração deste trabalho de investigação fomos dando mais importância à aplicação dos direitos dos doentes, que devem ser respeitados sempre, mas também será importante falar sobre a informação desses direitos, dar conhecimento sobre a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, porque sem essa informação por parte dos profissionais de saúde, muitos deles nunca iram saber da existência dessa carta.

Aqui o enfermeiro tem um papel de extrema importância, porque como tivemos a oportunidade de observar em ensino clínico, os doentes têm uma maior confiança com os enfermeiros do que com outro profissional de saúde, pois passam mais tempo com eles durante o internamento, então cabe-nos a nós enfermeiros dar esta informação, dar a conhecer sobre os direitos que o doente tem, nunca esquecendo que também têm deveres que devem respeitar e cumprir.

Como futura profissional de saúde, surgiram preocupações sobre esta temática que nos conduziram às seguintes questões:

- O que pensam sobre os direitos e deveres dos doentes?
- Que informações recebem dos profissionais de saúde acerca dos direitos e deveres?
- Quem dá a informação sobre os direitos e deveres?

São estas as questões de partida que orientaram a pesquisa e o fundamento para a realização da mesma.

Para este estudo de investigação, demonstrou-se pertinente os seguintes objectivos:

- Conhecer a opinião dos doentes acerca dos seus direitos e deveres;
- Identificar o tipo de informação que recebem;
- Identificar fontes de informação;

Não é fácil desenvolver um estudo sobre Ética de Enfermagem, numa época em que a Ética está submetida a constante repensamento e reflexão sobre si mesma, a enfermagem e a medicina encontram-se em extraordinário e rápido desenvolvimento, colocando novos problemas, trazendo novas perspectivas aos antigos.

Talvez estas dificuldades constituam outras tantas razões para tentar oferecer um modesto contributo à complexa problemática da ética de enfermagem, dando assim, resposta ao estudo de investigação.

Com este estudo que se julga ser pertinente para a enfermagem, espera-se contribuir para a melhoria dos cuidados que prestamos, visando promover o desenvolvimento de uma orientação ética do cuidar.

Este trabalho de investigação tem na sua constituição uma introdução que estão inseridos o tema e a sua justificação, os objectivos do trabalho, as questões de investigação e principais conclusões.

Na fase conceptual, fazemos referência ao tema, questões, objectivos e enquadramento teórico do estudo. Na fase metodológica será apresentado o desenho de investigação, o

tipo de estudo e o instrumento de recolha de dados. Na fase empírica serão apresentados e discutidos os resultados.

O trabalho completa-se com as conclusões e referência bibliográficas.

Este estudo baseia-se num estudo de caso de uma utente que já esteve em regime de internamento no Hospital Santo António – Porto, no serviço de cirurgia de transplantados e baseia-se numa pesquisa essencialmente qualitativa, para conferir um maior aprofundamento e conseqüentemente uma maior compreensão do fenómeno.

É do tipo exploratório descritivo nível I, e pretende identificar até que ponto os doentes têm noção de quais são os seus direitos enquanto pessoas doentes.

Para instrumento de recolha de dados realizou-se uma entrevista e os resultados permitiram concluir que a nossa utente tinha conhecimentos sobre os seus direitos e deveres que estão na carta dos direitos e deveres do doente, que foi bem informada por parte dos profissionais de saúde e que nenhum deles desrespeitou os seus direitos.

O trabalho completa-se com as conclusões e referências bibliográficas.

Pretendemos que o presente trabalho venha contribuir para o enriquecimento pessoal e profissional, para que como profissionais de amanhã venhamos a colaborar na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Parte I – Fase Conceptual

Segundo Fortin (2003, p.39), a fase conceptual, “(...) refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto em estudo”.

Capítulo I – Da temática aos objectivos

1. Problemática e justificação do tema

A formulação do problema de investigação baseia-se num domínio de investigação que seja interessante para o investigador e sobretudo pertinente.

Ao longo da nossa vivência prática, deparamo-nos com várias situações positivas e negativas na relação enfermeiro-doente. Em relação às positivas estas foram benéficas para um bom desenvolvimento da nossa capacidade e que nos permitiram “crescer” a nível pessoal e profissional para que num futuro próximo sejamos excelentes profissionais, nunca deixando de respeitar os direitos dos doentes.

Mas, o que nos motivou escolher esta temática foram as situações negativas que vivenciamos, como por exemplo:

- Os profissionais de saúde por vezes não respeitavam a autonomia do doente;
- Na prestação de cuidados de enfermagem por vezes não havia o devido respeito pela privacidade do doente;
- Diálogo inapropriado entre os vários profissionais de enfermagem na prestação dos cuidados ao doente;
- Falta de comunicação com o doente sobre os direitos dos doentes;
- Existem profissionais de saúde que não informam sobre os direitos dos doentes;

Para que se suprimam estes factores negativos é essencial que entre o enfermeiro e o doente haja uma efectividade de comunicação e principalmente empatia. De facto, o essencial para que os enfermeiros desenvolvam uma comunicação eficaz para dar a informação ao doente é estabelecer um relacionamento empático, através da honestidade e sensibilidade para identificar as necessidades de cada doente.

Neste contexto, cuidar em Enfermagem é prestar assistência de modo personalizado e num contexto relacional.

2. Questões de investigação

Fortin (2003, p.39) defende que a:

“ (...) questão de investigação deverá alimentar-se dos trabalhos anteriores e de teorias que justificarão a sua pertinência no quadro dos conhecimentos actuais(...) reveste-se, portanto, duma grande importância visto que ela fornece à investigação as suas bases, a sua perspectiva e a sua força”.

Partimos para este estudo com as seguintes questões:

- O que pensam sobre os direitos e deveres dos doentes?
- Que informações recebem dos profissionais de saúde acerca dos direitos e deveres?
- Quem dá a informação sobre os direitos e deveres?

As respostas a estas questões irão aparecer ao longo deste trabalho e poderão dar contributos importantes para o reconhecimento por parte dos enfermeiros, doentes e instituição, de aspectos da profissão a que apelamos constantemente. Deste modo esperamos contribuir significativamente para a promoção da dignidade e respeito do ser humano, enquanto utente dos serviços de saúde.

3. Objectivos da investigação

De acordo com Fortin (2003, pág.100), *“O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.*

Os objectivos que pretendemos atingir com este trabalho são:

- Conhecer a opinião dos doentes acerca dos seus direitos e deveres;
- Identificar o tipo de informação que recebem;
- Identificar fontes de informação;

Capítulo II – Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica consiste em delimitar um domínio de investigação, de uma pesquisa adequada da literatura, de um conjunto de publicações pertinentes sobre o tema.

Segundo Fortin (1999, p. 73) *“Rever a literatura equivale a fazer o balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo”*.

A revisão da literatura é um passo fundamental a ser dado pelo investigador de forma a clarificar e facilitar toda a investigação em si.

1. Breve Resenha Histórica da Profissão de Enfermagem

Ramsey afirma que “O Doente é uma Pessoa. Título de profundo significado que espalha uma orientação ética marcadamente personalista com todas as implicações concretas. O enfermeiro, no exercício da sua missão, não tem perante si doenças, mas doentes que não são meros indivíduos mas pessoas” (cit. Pinto, J. R. C., 1979, p.18).

Daqui resulta imediatamente que é fundamental à missão do enfermeiro ajudar o homem a descobrir e realizar o sentido mais profundo da sua existência, sobretudo quando ele experimenta situações que podem interrogar esse sentido. O enfermeiro que não coloca a pergunta sobre o sentido da vida, da saúde, da doença e da morte humanas ou renuncia a encontrá-lo, corre o risco de se tornar um mero burocrata da enfermagem ou transforma esta em poderoso instrumento de lucro ficando o doente reduzido a simples factor de cálculo lucrativo (Pinto, 1979, p.19).

O enfermeiro deve viver a sua profissão numa atitude de autêntica missão ao serviço da saúde e da vida, com dedicação total e profunda solidariedade humana.

A enfermagem portuguesa sofreu, nas últimas décadas, um período de reconhecida evolução. Aspectos como a reestruturação da carreira, a necessidade de áreas de especialização no âmbito da prestação de cuidados, a garantia da qualidade desses cuidados, a publicação de um código deontológico próprio, e a auto-regulamentação do exercício profissional são, exemplos significativos de uma verdadeira identidade profissional e de um maior reconhecimento social.

Paralelamente a estas questões, e com elas fortemente relacionadas, colocam-se as preocupações de carácter moral e ético, na formação e na prática dos enfermeiros. Podemos afirmar que a preocupação moral nunca esteve totalmente afastada da sua prática, assim como a formação dos enfermeiros sempre incluiu a Deontologia Profissional. De referir que o “juramento” de Florence Nightingale, como compromisso moral assumido pelos enfermeiros formados na escola por ela fundada, e divulgado em todo o mundo, é considerado um autêntico Código Deontológico, que os enfermeiros até hoje, assumem no início da sua vida profissional (Ribeiro, M. C., 1999).

No Juramento de Florence Nightingale, os enfermeiros assumem o dever de (Vieira, Margarida, 2008):

- a) Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
- b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega;
- c) Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional;
- d) Ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência;

A publicação, em 1948, da Declaração dos Direitos Humanos, fornece enorme incremento às preocupações morais e éticas no seio da enfermagem, preocupações essas agudizadas pelas mudanças sócias no campo da saúde e pela evolução tecnológica.

“A própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem da mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população, não só em instituições de carácter hospitalar ou centros de saúde, públicos ou privados mas também o exercício liberal vem dar o maior relevo à necessidade de se proceder à regulamentação e controlo do exercício profissional”. (Ministério da Saúde – “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”).

A Ordem dos Enfermeiros criada pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, responde a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de

direito público que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina a práticas dos enfermeiros, para assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente público e a dignidade do exercício da Enfermagem.

A doença, ao longo da história da nossa civilização, tem servido de fundamento à limitação de pessoas por ela afectadas exercerem os seus direitos. Vivemos hoje uma época em que os doentes dos serviços de saúde são cada vez mais entendidos como pessoas, a quem se reconhecem direitos fundamentais, como sejam, o direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana, a receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde, o direito à informação, à privacidade, à continuidade dos cuidados.

Verifica-se assim uma crescente ênfase nos direitos humanos, um dos quais é o da pessoa dispor do seu corpo, necessitando qualquer enfermeiro de assentar a sua acção no consentimento informado do doente.

A dignidade humana, a equidade, a solidariedade e a ética profissional são hoje reconhecidas como valores fundamentais, alicerces do direito à protecção da saúde, consagrado na Constituição da República Portuguesa.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes elaborada pela Direcção Geral da Saúde e divulgada, em Março de 1997, pela Senhora Ministra da Saúde, representa mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os doentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado, na qual se reafirmam, como o próprio nome indica, os direitos fundamentais a respeitar na protecção de cuidados de saúde.

“Caminha-se, assim, no sentido de o doente ser ouvido, designadamente em matéria de conteúdo dos cuidados de saúde, qualidade de serviços e encaminhamento das queixas, proporcionando-lhe constante informação e educação, instrumentos indispensáveis ao cabal exercício dos seus direitos. Sublinhe-se contudo, que neste quadro de crescente acolhimento dos direitos dos doentes, emerge, em contrapartida, um conjunto de deveres, que lhe incumbe observar responsável e civicamente, para que possam ser atingidos os objectivos pretendidos”. (Ribeiro, 1999, p.16).

A reflexão ética inicia-se com cada momento da vida, sempre que uma pessoa tem que enfrentar a questão “O que devo fazer?” ou “Que devo decidir?”, e todos precisamos constantemente de fazer escolhas e tomar decisões para atingir fins desejados. O carácter crítico da situação e a rapidez necessária à tomada de decisão, impede muitas vezes que os enfermeiros tomem consciência dos desejos, valores e sentimentos dos doentes e família, correndo o risco de violar os direitos destes e o Código Deontológico da profissão (Vieira, Margarida, 1994).

Algumas reflexões sobre os cuidados de enfermagem, consideram o cuidar como um processo entre seres humanos, o que implica um compromisso moral e de protecção da dignidade humana, estando implícito um grande respeito pela vida Humana e pela sua autonomia, isto pressupõe que, a par da consciencialização da individualidade de cada um, os enfermeiros devam acreditar na dignidade da pessoa e compreender firmemente os valores, escolhas e comportamentos expressos pelos doentes e família. Assim, o enfermeiro tem uma posição chave na identificação de problemas éticos e poderá, como deverá, assumir o papel de defensor do doente e família.

O aparecimento do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, pode ser um momento privilegiado para uma intervenção na prática clínica dos enfermeiros, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados.

Como cidadãos, a doença do próximo é uma interpelação à nossa capacidade de cumprirmos o dever fundamental do contrato de cidadania que nos obriga a defender os direitos dos mais frágeis como se fossem nossos. “As intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana”. (Ordem dos Enfermeiros).

A informação é dada por vezes de forma vaga ou insuficiente aos doentes e à família. Não é fácil transmitir informação, a quem não tem formação médica, ou está envolvido afectivamente, e com quem, eventualmente, não se criou ainda uma relação estreita.

Em relação à privacidade, uma parte dela depende das instalações e outra das atitudes do pessoal, admitindo no entanto, que em alguns casos, dependa das “condições de trabalho”, como por exemplo, no serviço de urgência, onde a pressão é muito grande e nem sempre se consegue dar ao acto de enfermagem a privacidade devida. Nas

urgências, às vezes os doentes são interrogados na proximidade dos outros, ou ainda se presta cuidados à vista dos outros.

A salvaguarda dos direitos do doente, impõe ao enfermeiro obrigações especiais e o seu respeito na prática clínica pode ser afectado por diversos factores profissionais, sociais e culturais.

2. Da Ética do Ser Humano à Moral

2.1. A Dimensão Ética do Ser Humano

A história de vida de cada ser humano é um património único, singular e pessoal devendo, por isso, ser perfeitamente reconhecido e respeitado para que o possamos compreender.

A natureza e características da vida propõem normas éticas que devem ser permanentemente mantidas como suporte das atitudes dos profissionais de saúde. Assim, a especificidade das situações exige que tenhamos a inquietação de questionarmos as certezas que orientam as nossas acções. De facto, os progressos científicos que se realizam nas ciências, especialmente nas aplicadas à saúde e à medicina, impõem a necessidade de mantermos a actualização dos nossos conhecimentos.

A Ética aplicada à vida, Bioética, surgiu como exigência de reflexão sobre a natureza, finalidade e implicações da biotecnologia em geral, provocando o seu desaceleramento, ao obrigá-la a confrontar-se consigo mesma, nas suas interrogações, dificuldades e previsões. A Bioética não procura deter o progresso, mas sim promovê-lo e reorientá-lo.

Ética é um termo grego cujo significado se aproxima da Moral, é hoje mais usado como código de comportamentos e atitudes, como se tratasse da aplicação dos valores. À Ética, compete a formulação de regras ou normas que modelam o comportamento humano e ainda a enunciação de princípios que respondem às interrogações pelo fundamento do agir. Respondendo à questão que anteriormente referi, “que devo fazer?” e não à interrogação “que posso fazer?” (Ribeiro, M. C., 1999).

O princípio antigo de não fazer mal se não for possível fazer o bem, modifica-se nos nossos dias, sendo que o tempo passou a ser critério decisivo, pois não fazer nada já pode ser fazer o mal.

“O ser humano, enquanto “ser racional e pensante”, tem consciência dos seus actos e da liberdade para os executar. Este é o ponto de partida da ética, conceito que implica a valorização moral dos actos humanos. Por outras palavras: a ética é um saber prático que tem como objectivo orientar o comportamento humano”. (Casanova, cit. por Queirós, A. A., 1999).

A origem da Ética como ciência prática deve-se aos gregos, que consideravam que a sua génese ou origem “ethos”, palavra que dão dois sentidos fundamentais, o da fonte de vida humana e do carácter do ser humano.

A dimensão ética do ser humano traduz pelo sentido do dever que se impõe necessariamente uma obrigação, um dever ser ou um dever fazer. O conceito dever tem um significado e deve contar como uma verdadeira legislação para as nossas acções, da nossa consciência que impõe como agir.

“ Em algum momento da nossa vida todos nós sentimos necessidade de agir por puro dever. É esta experiência profunda, racional, a raiz da moral de Kant, que afirma ser possível encontrar princípios morais que regulam a conduta humana, simplesmente com base na razão. É a própria razão, a razão comum a todas as pessoas, que lhes impõe que ajam por dever”. (Vieira, Margarida 1994, p. 30).

O dever exerce-se agora não apenas no sentido de respeitar a pessoa, no valor incondicional de que se reveste como sujeito da moral, mas abre-se a um respeito alargado a todas as formas de vida, na exigência da sua protecção.

De facto, não há, nem pode haver, contradição real entre o exercício do poder e do dever, ambos constituem dimensões inalienáveis da pessoa que se articulam no plano da consciência, delineando o domínio em que o homem se pode vir a realizar como ser moral, na construção da sua identidade pessoal.

2.2. A identidade pessoal

A pessoa, enquanto ser racional tem poder de se autodeterminar. Ao autodeterminar-se, a pessoa está a escolher como quer ser e qual o seu próprio fim, pelo que a razão impõe que se respeite a sua essência, a sua liberdade de escolha.

Para Kant, (1995, p. 66), *“Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente com fim e nunca simplesmente como meio”*.

De facto todos nós, no uso dos meios para qualquer fim, devemos restringir a nossa máxima à condição da sua validade universal como lei para todo o sujeito.

Verificamos assim, a existência de dois princípios:

- Todas as pessoas devem ser respeitadas como pessoas;
- Cada pessoa deve respeitar a sua própria humanidade;

O princípio do respeito pelas pessoas, obriga-nos a tratá-las como um fim em si mesmos e não como um meio para alcançar outros fins. Deste princípio decorrem duas regras:

1. As pessoas devem ser tratadas como agentes autónomos;
2. As pessoas com autonomia diminuída, carecem de protecção, que lhes deve ser assegurada;

Os profissionais de saúde devem respeitar os direitos éticos dos doentes, demonstrando a atenção, o respeito, a compreensão da situação que estão a viver naquele momento, informando, esclarecendo e incentivando a participação nas decisões sobre o seu cuidado e tratamento.

A autonomia, designando etimologicamente a condição da pessoa que determina ela mesma a lei (legislador) à qual se submete (legislado), tem sido ao longo dos tempos o traço dominante da identidade da própria pessoa e fundamento da sua dignidade.

A autonomia é assumida como um valor fundamental e um direito básico de todo o indivíduo, ela consiste no poder de decisão individual (autodeterminação). A autonomia, enquanto princípio, é reconhecida no respeito pela decisão que o indivíduo toma em relação a si mesmo.

O princípio da autonomia, também chamado “princípio da liberdade” prescreve o respeito pela legítima liberdade das pessoas, pelas suas escolhas e decisões para que sejam verdadeiramente autónomas e livres. Em termos gerais, define-se pela capacidade

do indivíduo racional e livre, de tomar decisões acerca de si próprio, exprime-se pela sua liberdade de pensar, decidir e agir em conformidade.

Este princípio deve entender-se mais como referido às decisões do que às pessoas, entendendo-se por agir autónomo aquele que implica intencionalmente, compreensão e ausência de influências que o determinem. O princípio que impõe o seu respeito não é incondicional, pode antes ser legitimamente limitado pelo respeito por outros valores, assegurados por outros princípios, nomeadamente da beneficência ou o da justiça, dado que cada pessoa existe no interior do grupo social onde vive.

A responsabilidade, significa etimologicamente “capacidade de responder pelos actos”. A responsabilidade explica-se como consequência da liberdade da pessoa, a responsabilidade exprime a obrigação da acção.

O “princípio da responsabilidade” é um conceito ainda extremamente recente na sua especificidade moral, ele exprime um dever que não é meramente individual, mas antes exige uma organização política alargada que o cumpra e o faça cumprir.

Neste sentido, podemos dizer que a autonomia constitui a expressão do poder da pessoa através do qual esta se afirma na sua individualidade racional e livre, a responsabilidade constitui a expressão do dever através do qual a pessoa se integra e interage na comunidade a que pertence.

É assim, que a identidade da pessoa se vai construindo no cruzamento das dimensões do poder, do dever, do sentido de liberdade individual, fundamentada pela autonomia e na responsabilidade.

3. A Pessoa e os Direitos Humanos

A história dos direitos do homem deve ser aplicada a toda a humanidade, sem excluir seja quem for. Em 10 de Dezembro de 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1945, adopta a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Esta representa um marco de grande importância para todos aqueles que, através dos tempos, tentaram criar um clima de aceitação de normas universais relativamente, à dignidade e à liberdade da pessoa humana.

Três principais significados andam ligados ao termo direito. Ele designa-se por um lado uma ordem objectiva que se considera justa, o que é correcto e como deve ser. Designa-se por outro lado, as normas ou um conjunto normativo que exprimem, no caso do direito natural, ou constituem, no caso do direito positivo, essa de ordem objectiva. Significa finalmente, o direito no sentido mais popular do termo, o poder moral que uma pessoa tem de exigir ou fazer algo (Combesque, Marie Agnés, 1998).

No primeiro caso o direito objectivo, no segundo caso o direito normativo e no terceiro caso o direito subjectivo.

Assim é importante recordar que estes três sentidos da palavra direito não têm a mesma idade, não foram reconhecidos pelos homens em simultâneo, mas em momentos diferidos no tempo, com vários intervalos de séculos, como tudo o que é humano, também o direito e os direitos têm a sua história.

O termo pessoa, segundo a opinião de alguns autores, deve ser usado quando nos referimos aos aspectos valorativos que a individualizam e a caracterizam, impossibilitando a sua despersonalização (Ribeiro, M. C., 1999).

O conceito pessoa tem sido fundamental para o desenvolvimento de modelos e teorias de enfermagem, o valor da vida, a dignidade e a partilha da vida em sociedade.

A pessoa é uma das razões de ser e existir da enfermagem, os enfermeiros, como são um grupo de profissionais de saúde, desenvolvem capacidades e conhecimentos para promover a saúde, prevenir a doença, identificar situações de risco para a saúde daqueles que se encontram numa situação mais vulnerável.

Na dimensão humanista, o conceito de pessoa nas teorias de enfermagem assenta no valor da existência humana e na qualidade dessa existência. Coloca a sua ênfase no ser humano individual, como um ser único e na sua totalidade como pessoa na qualidade de vida e na liberdade de escolha. A liberdade constitui a característica mais importante da existência humana.

A pessoa define-se como um ser racional e social, à medida que for tendo acesso à vida livre e consciente. É também responsável por si e solidariamente pelos e com os outros, para viver a vida em comum e completando-se pelos diferentes grupos sociais.

Pessoa é também um ser em mudança permanente, a sua própria consciência ética confronta-se com o passado e com o presente tentando encontrar alternativas ajustadas a cada situação concreta.

No enquadramento dos direitos humanos, não têm faltado tentativas para codificar os direitos de certos grupos humanos, especificando-os de acordo com as características que os definem, direitos éticos, religiosos, de incapacitantes e limitados, mas sobretudo dos doentes em geral, dos doentes mentais, dos doentes terminais, das crianças hospitalizadas.

São vários os documentos em que se descrevem questões fundamentais, partindo do princípio de que os doentes constituem um grupo muito fragilizado e fortemente dependente do saber, competência e dedicação de profissionais de saúde, mas também, de familiares. É o caso da carta dos direitos e deveres do doente emitida pelo Ministério da Saúde.

Segundo Archer, Luís, (1996, p. 94), “ *Parece universal e pacífica a aceitação da noção do doente ser tratado como pessoa humana, isto é, nunca coisificável nem podendo ser reduzido a um caso, um objecto de investigação, um número de cama ou uma ruína biológica. Trata-se da extensão de um artigo da Declaração Universal, que estabelece o direito ou respeito pela dignidade humana e preceitua o espírito de fraternidade como orientação de comportamentos. É evidente que a humanização dos cuidados de saúde pode garantir que este direito seja integral e sistematicamente respeitado*”.

Outra exigência ética, aliás emergente da primeira, é a do respeito pela autonomia do doente consciente na pose das suas faculdades psíquicas e livre.

Quando nos referimos aos direitos da pessoa doente, a primeira questão que se coloca é, desde logo, a do saber o que se entende por “pessoa doente”. O primeiro dos termos da expressão revela-nos estarmos perante uma pessoa, um ser humano e o segundo, que essa pessoa se encontra em situação de doença, palavra que, como é sabido, etimologicamente provém de *dolentia* e que pode ser entendida como falta de saúde (Dicionário Universal da Língua Portuguesa, 1998, p.524).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o termo saúde positivamente, “um estado de bem-estar físico, mental e social, e não unicamente a ausência de doença ou de enfermidade”.

É importante a afirmação, como já referimos anteriormente, de que o doente é pessoa, é uma pessoa que se encontra numa situação de vulnerabilidade, resultante da doença, mas que, por esse simples facto, não deixa de ser titular de direitos e deveres, desde logo dos decorrentes do respeito devido à dignidade e à liberdade do ser humano.

A pessoa doente, como referido anteriormente, é um cidadão de pleno direito, pelo qual é titular de todos os direitos reconhecidos na Declaração Internacional dos Direitos do Homem.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, pretende constituir-se num instrumento potenciador do papel do doente, representa mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os doentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes deve ser utilizada como uma parceria na saúde.

A Carta dos direitos e deveres obedece a vários objectivos tais como:

- Consagrar o primado do doente, considerando-o como figura central de todo o sistema de saúde;
- Reafirmar os direitos humanos fundamentais na prestação dos cuidados de saúde e especialmente proteger a dignidade e integridade humanas, bem como, o direito à auto-determinação relativa;
- Promover a humanização no entendimento a todos os doentes, principalmente aos grupos vulneráveis;
- Proporcionar o maior benefício da utilização do sistema de saúde e diminuir os efeitos negativos decorrentes dessa utilização;
- Promover e manter um bom relacionamento entre os doentes e os prestadores de cuidados de saúde e, especialmente, estimular uma participação mais activa por parte do doente;
- Proporcionar novas oportunidades de diálogo entre organizações de doentes, prestadores de cuidados de saúde e administração das instituições de saúde (Ribeiro, M. C., 1999).

Assim esta carta pretende não só reflectir no que respeita à prestação de cuidados, mas também a um mais completo reconhecimento dos direitos e deveres das pessoas como doentes.

O conhecimento dos direitos e deveres dos doentes, também extensivos a todos os utilizadores do sistema de saúde, potencia a capacidade de intervenção activa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços.

Cada doente tem o direito à vida com qualidade, a importância da vida é tal que não se pode depender da vontade de um profissional de saúde, seja daquele que for, ainda que de enorme competência. A qualidade de vida é um valor cuja a dimensão é muito variável, resultante de um cruzamento de factores diversos de natureza cultural, social e económica.

Durante alguns séculos os profissionais de saúde beneficiaram de um estatuto privilegiado, tendo sido outorgados poderes absolutos sobre as pessoas doentes. Estes poderes tinham como contrapartida a integridade pessoal indiscutida do profissional de saúde e a sua dedicação aos doentes, estas qualidades eram construídas como o conhecimento científico existente sobre a natureza e a evolução das doenças, pela compaixão para com os doentes, que justificava atitudes heróicas, com grande risco de vida, nas grandes e perigosas epidemias e nos conflitos armados. O profissional de saúde era respeitado por todos, ricos e pobres, poderosos e pessoas simples (Serrão, Daniel, 2001).

A evolução do saber científico sobre as doenças e a aliada modernização e generalização das técnicas, alterou profundamente a natureza da relação do médico com as pessoas doentes, sendo esta alteração culturalmente irreversível.

Esta evolução, vai impor mudanças na gestão da prestação de cuidados de saúde e no seu funcionamento e na qualidade da prestação de cuidados para uma melhoria.

A fase mais visível desta evolução, de libertação das pessoas do “poder “dos profissionais de saúde, foi a proposta de uma espécie de Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas, que o Bureau Regional da Europa da OMS apresentou e que foi formalmente aprovada na reunião de 18 de Junho de 1996, em Ljubjana, na Eslovénia.

Sendo assim torna-se interessante que esta carta vai buscar os seus fundamentos a grandes instrumentos internacionais expressamente citados por Serrão, Daniel, (2001):

- A Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948;
- O Pacto Internacional dos Direitos Cíveis e Políticos em 1966;
- O Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais em 1966;
- A Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais em 1950;
- A Carta Social Europeia em 1961;

Esta Carta dos Direitos das Pessoas Doentes é do maior interesse para todos e aponta para transformações na área da saúde em Portugal.

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes é constituída por catorze (14) direitos e seis (6) deveres, os direitos são:

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana;

É um direito fundamental que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, no que se refere quer nos aspectos técnicos, quer aos actos de acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes que se deve efectuar dentro de uma perspectiva humanista (Ribeiro, M. C., 1999).

Em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, e mais ainda quando se encontra numa situação de fragilidade ou perturbada pela doença. O doente deve ser acolhido com civilidade, não ser tratado por tu, pelo primeiro nome ou por um número, não deverá ter longos períodos de espera sem obter informações e explicações. Deverá ser respeitado o seu pudor e privacidade, olhando sempre como uma pessoa e não como um caso.

O doente internado tem o direito a receber ou a recusar visitas de familiares e amigos, mantendo e intensificando os laços que a eles os une. Contudo essas visitas terão de obedecer às normas em vigor na instituição.

2. O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;

As convicções do doente devem ser respeitadas pela instituição e principalmente pelos profissionais de saúde.

Todo o doente tem o direito a ter assistência religiosa sempre que solicitarem.

3. O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos;

Os cuidados de saúde têm que ter qualidade e ser adequadas às necessidades de cada doente. Um sistema de saúde oferecesse cuidados com qualidade, todos temos direito a ter acesso a cuidados e esse acesso tem de ocorrer em tempo útil. Há intervenções terapêuticas e diagnósticas que são mais urgentes das quais deve ser dada prioridade, sem prejudicar os que são menos urgentes. Como por exemplo a extracção de um tumor maligno terá prioridade sobre uma operação às varizes, mas isto terá que ser explicado ao doente.

Os cuidados terminais são tão importantes quanto os curativos, o doente tem o direito a terminar com dignidade, sem dores, rodeado dos seus entes queridos, com carinho e atenção.

O artigo 87º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros afirma que, “o enfermeiro deve acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal e assume o dever de”:

a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida;

b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;

c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

4. O doente internado tem direito à continuidade de cuidados;

Em situação de doença, como nos subscreve Ribeiro, M. C., (1999), devem todos os cidadãos obter dos diversos níveis de prestação de cuidados uma resposta pronta e eficiente que se integre num plano continuado de cuidados, de modo a proporcionar-lhes um acompanhamento adequado. Os diversos cuidados devem coordenar-se de forma a não haver quaisquer quebras na sua prestação que possam ocasionar danos ao doente e à família.

Segundo refere o Artigo 83 do EOE, o enfermeiro assume o dever de “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as suas observações e intervenções realizadas”. Deve também “Manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados”. O doente tem o direito a ser informado dos cuidados que será adoptado ao seu caso, e o sistema de saúde tem de estar organizado de modo a garantir uma continuidade do tratamento.

5. O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;

O doente tem o direito a ser informado acerca dos serviços a que deve recorrer, as suas competências, as regras, os horários.

O doente tem o direito a ser informado com exactidão acerca de todos os aspectos. Deve ser informado acerca do diagnóstico, da terapêutica e de toda a informação sobre o seu estado de saúde.

6. O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde;

O estado de saúde do doente é evidente que só diz respeito ao próprio doente, por isso, o doente tem o direito de ser informado, de forma completa e verdadeira sobre o seu estado. Essa informação tem de ser dada com delicadeza tendo em conta a personalidade do doente, as suas atitudes, as suas esperanças. Muitas vezes em situações com mau prognóstico, o doente nem sempre quer obter essa informação, nesse caso a sua vontade será respeitada e a informação poderá ser prestada ao familiar ou amigo da confiança do doente.

7. O doente internado tem direito a obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica;

Este direito significa que o doente poderá obter uma segunda opinião de outro médico, acerca do diagnóstico, do tratamento proposto. É um direito que só deve ser invocado e posto em prática quando haja dúvidas sobre a atitude a tomar.

Para o doente internado, não é fácil obter uma segunda opinião, mas poderá recorrer-se ao médico de família ou a um médico de uma clínica privada.

Uma segunda opinião não significa que o doente não tenha confiança do médico, mas apenas vontade de decidir melhor qual a decisão a tomar mais correcta, depois de ouvir o conselho de dois profissionais de saúde.

8. O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino;

No consentimento livre e esclarecido a informação deve ser clara, objectiva e transmitida numa linguagem acessível para o doente, tendo em conta o seu grau de instrução e principalmente as condições clínicas e psíquicas. Os profissionais de saúde devem certificar-se que toda a informação foi bem compreendida.

O consentimento ficará registado numa ficha adequada no processo do doente, devendo ser renovado a cada acto clínico.

9. O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;

Os dados que dizem respeito à doença do doente são rigorosamente confidenciais, não podendo ser comunicados senão ao próprio doente ou a que este determinar, sem causar prejuízos a terceiros. Isto significa que os profissionais de saúde que tenham acesso a estes dados estão obrigados a respeitar o segredo profissional, sob pena disciplinar se o desrespeitarem.

No artigo 85º do EOE – Do dever de sigilo, “o enfermeiro, é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:

a) considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;

b) partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;

c) divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;

d) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”.

10. O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico;

O doente internado tem o direito a ter acesso ao processo clínico, tem o direito a conhecer toda a informação registada no processo.

Há casos em que é legítimo não fornecer informação clínica completa, quando houver informação sobre dados clínicos de outras pessoas, mesmo que sejam familiares, e quando haja receios de que a revelação desses dados possa ser prejudicial para a saúde do doente.

11. O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico;

No respeito pela dignidade da pessoa humana é evidente que o doente tem direito à sua privacidade. Na prática, isto quer dizer que nos actos de diagnósticos ou de tratamento, só os profissionais necessários à sua execução podem assistir, a não ser que o doente solicite a presença de outros.

A vida privada e íntima do doente não devem ser comentadas, a não ser quando tais elementos sejam valiosos para o diagnóstico, evolução e tratamento da doença.

O direito à privacidade engloba o direito ao respeito pela dignidade da pessoa e o respeito pelos segredos. O respeito pela privacidade exige sigilo sobre alguns segredos recebidos, não se trata de informação directamente referente aos cuidados de enfermagem e do conhecimento da equipa, mas da informação referente à intimidade do

doente. Se esta informação estiver directamente relacionada com o estado de doença do doente, o enfermeiro deve obter o consentimento do doente para que a informação possa ser partilhada pela equipa (Ribeiro, M. C., 1999).

Segundo o EOE, Artigo 86º:

“O enfermeiro atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, assume o dever de:

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-las de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções, e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”.

12. O doente internado tem direito por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações;

Na grande maioria das instituições, os profissionais que nelas trabalham esforçam-se para prestar cuidados com qualidade, mas por vezes pode haver situações em que o doente não foi tratado como deveria ser ou em que algum dos seus direitos foi ofendido.

Nestas situações tem o direito a reclamar ou sugerir modificações, deverá deixar a sua reclamação por escrito no livro de reclamações existente nos serviços. O doente tem de receber, em tempo útil, a resposta da sua sugestão ou reclamação.

13. O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos;

O doente tem o direito à visita dos seus familiares e amigos quando desejar e os horários o permitam, tendo sempre em conta que não exista contra-indicação. Os profissionais de saúde devem mesmo incentivar o apoio afectivo dos familiares para o doente.

Os doentes que não têm visitas ou que se sentem isolados devem ter um maior apoio quer dos profissionais de saúde, quer dos voluntários.

14. O doente internado tem direito à sua liberdade individual.

O doente quando não estiver satisfeito com os cuidados de saúde, ou com a instituição pode abandonar a instituição, mas só depois de ter sido informado correctamente sobre os eventuais riscos que pode correr.

No entanto depois de ter sido informado sobre os seus riscos tem ainda que assinar um termo de responsabilidade pela sua alta.

Os deveres do doente são:

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde;

O doente deve participar na promoção da própria saúde e da comunidade.

2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias;

O doente deve fornecer todas as informações necessárias para que se possa realizar um correcto diagnóstico e um adequado tratamento.

3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes;

4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde;

O doente deve respeitar todas as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites.

5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde;

6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde e de evitar gastos desnecessários.

4. Consentimento Informado

Antes de entrarmos no próximo item, será importante fazermos uma breve referência sobre o que é o consentimento informado.

O consentimento informado é um dos aspectos éticos mais importantes que em 1948 a Declaração Universal dos Direitos do Homem reconheceu.

Segundo Silva J. R. (2003, p. 71)

“O consentimento informado constitui e foi um projecto bioético na segunda metade do século XX, nasceu para permitir os ensaios clínicos que são uma forma muito atenuada de experimentação humana, (...)” “ (...) para corrigir o dogmatismo da Declaração Universal dos Direitos do Homem, que, entendida na sua essência, não permite qualquer actuação que pressuponha, mesmo longinquamente, a hipótese de voluntária agressão humana”.

A Declaração de Helsínquia, em 1964 foi aprovada na Assembleia Médica Mundial em Junho de 1964, reformulando os princípios sobre a pesquisa biomédica realizada em Seres Humanos em que o consentimento livre e esclarecido terá de ser de preferência por escrito.

O consentimento informado é definido como a livre aceitação da intervenção dos profissionais de saúde por parte do doente, após a adequada exposição pelo profissional durante as intervenções, explicando as suas vantagens e desvantagens, assim como das alternativas com os seus riscos e benefícios. Falar do consentimento informado faz parte a integrante do processo evolutivo da pessoa humana.

O Consentimento informado é mais do que uma mera autorização, na medida em que é o resultado de reflexão e deliberação profundas. Para além de ser um acto racional, é um acto livre, isto é, sem existir contrariedades e manipulação.

Segundo Archer, (1999, p.6), o consentimento informado é *“ um dos corolários do primeiro princípio da bioética: autonomia de todo e qualquer Ser Humano, baseado na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua auto-realização individual”.*

Para Archer, este conceito baseia-se principalmente na autonomia da pessoa, no direito que cada um tem de tomar decisões sobre si próprio.

Como Serrão, Daniel (1996, p.79), refere que,

“ (...) consentimento informado traduz o respeito pela autonomia da pessoa doente no diálogo com o médico, porque a pessoa doente pode perder, por exemplo, a autonomia para se deslocar, se ficar parálitica, mas não perde, por isso, a autonomia para decidir sobre a sua pessoa, sobre os tratamentos que aceita ou não, até sobre a sua própria vida (...)”.

Os profissionais de saúde, têm que respeitar o princípio da autonomia do doente, a sua vontade, a suas dúvidas e sobretudo, a sua liberdade de decisão. Nenhum profissional deverá tentar tomar a decisão pela pessoa doente.

Como diz Serrão, Daniel, (1996, p.80), “ (...) a obtenção do consentimento é um diálogo racional entre duas pessoas autónomas que decidem livremente e não um acto de sujeição da vontade de um em conflito com a vontade do outro”.

O consentimento informado então pode ser encarado como um processo contínuo em que o doente devidamente informado da sua situação clínica pode participar activamente nas decisões sobre o seu estado de saúde.

Só assim o consentimento informado pode ser assumido, como consentimento informado e esclarecido, pleno de todo o seu significado ético.

Osswald Walter, (2004, p.56), refere também que,

“ (...) consentimento exige, obviamente, como indispensáveis premissas a capacidade de apreender e compreender a informação fornecida e, por outro lado, a de analisar, ponderar e, em face deste processo, de decidir” pelo que “são muitos doentes privados destas possibilidades (...)”.

Num âmbito dos direitos e deveres do doente o consentimento informado, pode contribuir para que seja uma afirmação da dignidade humana no âmbito da saúde.

A necessidade de se obter o consentimento informado engloba na protecção dos direitos à integridade física e moral da pessoa humana, fundamentando-se no reconhecimento da autonomia de todo e qualquer ser humano, baseada no poder de decisão livre.

O consentimento informado pode ser realizado oralmente, por escrito, a rogo ou testemunhado, tendo em conta a gravidade e delicadeza das situações.

Mas como refere Serrão, Daniel, (1996, p.79), “ não pode considerar-se consentimento informado e válido, a simples assinatura do doente num formulário impresso de autorização, que é muitas vezes apresentado por um funcionário administrativo”.

A Circular Informativa nº 15/DSPCS, de 23/3/98, da DGS, a prestação do consentimento, em regra, não é necessário ser de forma escrita.

Porém, esta Circular aconselha o seguinte:

“ Embora não exista qualquer exigência legal de uma forma determinada para a eficácia do consentimento, a sua formalização afigura-se, contudo, como único meio de concretizar este direito (o direito ao esclarecimento), em especial quando estejam em causa intervenções médicas, de diagnóstico ou cirúrgicas que impliquem um risco sério para a vida ou saúde do doente”.

5. A Importância da Ética em Enfermagem

A enfermagem sendo considerada como uma profissão com pressupostos ético-morais importantes, tem vindo a sofrer mudanças no seu significado e na sua estrutura, principalmente desde o início do séc. XX, ao acompanhar todo um conjunto de alterações no contexto do desenvolvimento das ciências médicas e das próprias mudanças sócio-demográficas e económicas. Estas mudanças que ocorrem na estrutura e na finalidade da profissão de enfermagem, resultaram em modelos de enfermagem contemporâneos que realçam o conceito de cuidar, que é o núcleo central da enfermagem e que é desenvolvido através do suporte e da protecção da dignidade do doente/utente.

O objectivo da enfermagem é principalmente com diz Queirós, A. A. (2001, p.22), *“Promover a saúde e a qualidade de vida e providenciar um ambiente humano e seguro. A primeira finalidade da relação enfermeira-doente é reconhecida como sendo a de promover o bem-estar e a segurança da pessoa”.*

Esta perspectiva coloca o doente/utente no centro da atenção da profissão de enfermagem. Isto faz com que a enfermagem seja realizada tratando-se e cuidando-se, isto é, preservando a integridade e auto-estima da pessoa.

Como escreve a mesma autora, *“A perspectiva que coloca o doente/utente no centro da atenção da profissão de enfermagem faz com que a enfermagem seja realizada com uma concepção de cuidados que se orienta tanto para o cuidar humano como para cuidar técnico e científico, que em rigor são uma única entidade central na Ciência e Arte de Enfermagem”.* (Queirós, A. A. 2001, p.29)

A perspectiva de enfermagem conduz a uma mudança significativa nas interações que acontecem entre os enfermeiros e os doentes e produzem uma clarificação sobre a responsabilidade primordial que o enfermeiro tem face à pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. Esta compreensão acerca da enfermagem contemporânea realça a

responsabilidade ética para que o enfermeiro assuma a defesa e protecção dos direitos dos doentes.

Quando o doente vê que o enfermeiro agiu para o bem do doente, para assegurar os cuidados de saúde adequados, vendo também que o enfermeiro respeitou a sua capacidade de assumir responsabilidades pela sua própria saúde e de tomar as suas decisões, o doente sente-se competente e útil, o enfermeiro por seu lado ganha o respeito e apego pelos seus serviços profissionais.

Os enfermeiros não deverão usar este poder que legitimamente lhe pertence para controlar os doentes mas sim utilizarem-no para partilhar o poder e a responsabilidade com os doentes, desta forma ganharão cada vez mais autonomia bem como um melhor controlo da sua prática.

6. O Cuidar em Enfermagem

Desde que existe vida, existem cuidados, porque é necessário “cuidar” da vida para que ela possa permanecer e desenvolver e para se revelar.

Ao longo do percurso da história, a enfermagem foi chamada a si a profissão do cuidar, tornando-se na própria essência da prática da enfermagem. Cuidar é o preocupar-se com o outro, acreditar na essência humana nele existente, é reforçar as capacidades de vida acompanhando o percurso de actualização de cada vida humana.

Segundo Collière (1999, p. 235)

“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

A dignidade do cuidar vem, não do cuidar em si, mas da vida humana que é cuidada. O cuidar inicia-se quando o enfermeiro entra no próprio campo fenomenológico da pessoa que cuida, e pelos princípios da beneficência e da não maleficência.

De acordo com Collière (1999, p. 235), *“Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”.*

O desejo de ajudar, de cuidar de outros, está presente em cada enfermeiro, servindo de base no seu agir. Cuidar, apresenta-se ao enfermeiro como um imperativo de dever, como uma imposição interior que lhe permite cuidar daqueles com quem não tem laços de família, com a consciência da necessidade de conhecimentos e habilidades que permitam um cuidar competente, eficiente e que vise a promoção da dignidade do viver daqueles que cuida. (Guerra, M. J. J., 2002).

O desenvolvimento da capacidade de cuidar de uma forma profissional pressupõe o desenvolvimento de valores de carácter ontológico, isto é, aquele que cuida deve ter sempre presente que o objecto dos seus cuidados é uma pessoa humana, com dignidade própria que lhe advém da sua condição de ser humano. Esse horizonte tem de fundamentar todas as decisões relacionadas com o cuidar, sabendo que por vezes o tratamento já não é possível, o enfermeiro terá sempre a atenção e o cuidado para com aquela vida humana. (Kant, I., 1995).

Collière (1999, p.334), refere que *“os cuidados de enfermagem são parte interessada da vida que contribuem para manter, perpetuar, ou que permitem assumir até ao fim”*.

A dignidade da vida humana que cuidamos deve ser preservada em cada momento da sua existência, levando-nos cada vez mais a decisões que nem sempre são fáceis de assumir.

A pessoa humana, é o centro dos cuidados de enfermagem e é por ela e para ela que diariamente nos ultrapassamos nos nossos limites.

Devemos aqueles que cuidamos, o percorrer dos caminhos que nos possam levar à realização da nossa humanidade, cuidarmos dos que nos rodeiam com as capacidades e atributos que devem pautar o nosso agir.

7. Caracterização do Serviço Nacional de Saúde

Segundo a Wikipédia, o “Serviço Nacional de Saúde é o organismo através do qual o Estado Português assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todos os cidadãos de Portugal. A sua criação foi em 1979, após se terem reunido as condições políticas e sociais provenientes da reestruturação política portuguesa de 1974”.

“O objectivo primário do SNS é a persecução por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na promoção da saúde individual e colectiva e para tal está munido de cuidados integrados de saúde, nomeadamente a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social”.

O SNS é um conjunto de instituições e serviços que dependem do Ministério da Saúde. O SNS tem como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros que estejam disponíveis.

Para além do SNS, existem diversos subsistemas de saúde, para a prestação de cuidados de saúde, ADSE, ADME, SAMS. Os beneficiários destes subsistemas podem utilizar, caso necessitem, toda a rede de SNS.

Os utentes do SNS, são todos os cidadãos portugueses, são igualmente beneficiários do SNS os cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia (UE), nos termos das normas comunitárias aplicáveis. São também beneficiários do SNS os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto), os utentes do SNS têm direitos que são:

- Escolher o serviço e os profissionais de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização;
- Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;
- Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;
- Ser rigorosamente respeitada a confidencialidade dos dados pessoais;
- Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
- Receber assistência religiosa;
- Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados, e se for caso disso, receber indemnização por prejuízos sofridos;
- Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;

- Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, os utentes do SNS têm deveres que são:

- Respeitar os direitos dos outros utentes;
- Observar as regras de organização e funcionamento dos serviços;
- Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação;
- Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas;
- Pagar os encargos que derivam da prestação dos cuidados de saúde, quando for o caso disso.

Para a OMS a saúde, “é o completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”.

Saúde não significa não estar doente, significa muito mais, pois toda a gente tem o direito à saúde, toda a gente tem o direito aos cuidados de saúde do SNS.

O conceito de saúde como refere Pinto, (1979, pp. 15 e 16), “*é um dos conceitos em que mais e melhor se reflectiu a concepção que o homem teve sobre si mesmo ...*”. Referindo ainda que a saúde “*não é mera ausência de doença, mas um estado de bem-estar físico, psicológico e social que permite ao homem a sua autêntica realização*”.

8. Representação Mental

Segundo a Wikipédia, a representação mental, “*é o processo pelo qual o ser humano substitui algo real por algo mental. É a unidade básica do pensamento, isto é, o poder de pensar e imaginar o conceito sem ele estar presente. Através da representação mental o sujeito organiza o seu conhecimento. Ela está relacionada com a nossa experiência de vida e esta está relacionada com a nossa cultura*”.

Por exemplo, a representação mental de liberdade, assume uma realidade diferente, a partir do que cada um vivenciou e aprendeu durante a vida, o conceito de liberdade.

Sem representação mental não há memória, vista como um “processo através do qual é possível utilizar dados do passado e guardar conteúdos para serem utilizados no futuro. O processo mnésico envolve a aquisição, a retenção e a recordação de conteúdos adquiridos”. (Coimbra, J. L.; Castro, M. G.; Martins, A. C., 2002).

Segundo a infopédia a representação, “ *designa o processo de estabelecer uma correspondência entre dois elementos, em que um (o representante) substitui o outro (o representado). Para Piaget, é um sistema coordenado de acções interiorizadas, que toma possível o processo de evocação. Em termos psicanalíticos, a representação foi definida por Freud como o processo pelo qual o estado orgânico, que caracteriza a pulsão, é modificado e transformado numa expressão psíquica*”.

O conceito de representação mental torna-se importante para o nosso estudo, porque queremos verificar que representação mental a utente tem acerca dos direitos e deveres do doente, referindo a sua experiência que vivenciou durante o seu período de internamento.

Parte II – Fase Metodológica

A fase metodológica é composta por um conjunto de actividades sistemáticas e racionais com vista a rentabilizar os recursos humanos, materiais e de tempo, ou seja, é a forma de organizar e orientar um trabalho em função dos objectivos que pretendemos atingir.

A fase metodológica é uma etapa importante, uma vez que esta dará validade científica a um estudo desta índole. De acordo com Fortin (1999, p.17), *“De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional. [...] Este método de aquisição de conhecimentos é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos”*.

Os métodos utilizados pelos investigadores são diversos. Tal diversidade é fundamental ao espírito científico, uma vez que a meta principal é a descoberta do conhecimento.

Polit e Hungler (1995, p. 13) referem que *“o método científico é o método mais sofisticado de aquisição de conhecimentos criado pelo ser humano. Ele combina aspectos de raciocínio com outros aspectos para criar um sistema de solução de problemas que, embora falível, é mais confiável do que a tradição, a autoridade, a experiência ou a tentativa e erro, por si só”*.

O investigador, durante a fase de elaboração e planeamento no processo de pesquisa, tem a liberdade de optar pelo tipo de estudo que melhor traduza a análise dos dados recolhidos, tendo sempre em conta os objectivos traçados.

Capítulo I – Desenho de investigação

1. Tipo de estudo

O tipo de estudo trata-se de um estudo exploratório descritivo, que de acordo com Fortin (2009, p. 236), *“Os estudos descritivos visam obter mais informações quer seja sobre as características de uma população (...) o investigador estuda uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população”*.

Este estudo terá uma metodologia qualitativa, mais concretamente através de um estudo de caso.

Segundo Lakatos (2004, p.269) o método qualitativo “*preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento*”.

O estudo de caso, segundo Fortin (2003, p.164), “*(...) consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização. (...) Este tipo de investigação é útil para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial e único (...) pode servir para aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo (...)*”.

O estudo de caso caracteriza-se principalmente segundo Fortin (2003, p. 165), como “*a subtilidade com qual é possível acumular dados sobre um caso particular*”.

1.1. Amostra

Este estudo de caso vai ser desenvolvido com uma utente que já esteve em regime de internamento no Hospital Santo António – Porto, no serviço de cirurgia de transplantados.

2. Instrumento de colheita de dados

Num trabalho de investigação é importante a colheita de dados, que nos permite elaborar respostas às questões. Para Fortin (2003, p.41)

“A colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados assim como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo (...)”.

O instrumento de colheita de dados, Fortin (2003, p.240) refere que, “*Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tenha necessidade para responder aos objectivos da sua investigação*”.

O instrumento de colheita de dados depende da natureza do problema, das variáveis em estudo, depende também da estratégia do tratamento de dados planeada, logo a selecção do instrumento deve ser feita em função dos objectivos do estudo e do nível de conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis.

Assim decidimos como instrumento de colheita de dados, a entrevista aberta porque pretendemos obter as respostas às questões colocadas, bem como aos objectivos e por consideramos ser mais adequado ao nosso estudo.

Segundo Fortin (2003, p. 245), “ *A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas. (...) Este método é frequentemente utilizado nos estudos exploratórios-descritivos (...)*”.

A entrevista é constituída por seis perguntas abertas relativas à “Representação mental dos utentes do SNS acerca dos seus direitos e deveres”.

Fortin (2003, p. 247), refere que na entrevista, “ (...) utiliza-se um guião com as grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões”, o qual se encontra em anexo (Anexo I).

3. Previsão do tratamento e análise de dados

Para que se possam alcançar os objectivos preconizados torna-se imprescindível a previsão de uma boa recolha e tratamentos de dados.

Segundo Fortin, (2003, p. 249)

“ O responsável da entrevista pode registar os respectivos dados por escrito (...). Os dados registados devem ser transcritos antes da análise. A análise dos dados colhidos durante as entrevistas consiste essencialmente em proceder a uma análise de conteúdo”.

Após a colheita de dados através da entrevista faremos o seu registo em papel e procederemos à análise de conteúdo e respectiva categorização a qual vai ser apresentada de forma descritiva.

4. Considerações éticas

A palavra ética, etimologicamente como já referimos anteriormente, provém do termo grego “*êthos*”, a qual designava a interioridade dos Homens. Segundo Fortin (1999, p. 114) “ *A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta*”. Actualmente a ética pode ser entendida como a fundamentação do agir, uma vez que é uma justificação das acções humanas com pretensão a serem tidas como boas e justas.

Ainda segundo Fortin (1999, p. 114) “ (...) a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Para a mesma autora, qualquer estudo ou investigação suscita o surgimento de questões morais e éticas, pelo que é necessário proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que participam no estudo.

Direito à autodeterminação, baseia-se no respeito pelas pessoas, como diz Fortin (1999, p.116) “ (...) qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”.

Direito à intimidade, “ (...) o investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e a intimidade dos sujeitos está protegida”. (Fortin, 1999, p. 117).

Direito à confidencialidade e anonimato, em qualquer investigação junto de seres humanos, o anonimato do sujeito e a confidencialidade dos dados devem ser salvaguardados.

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, este “(...) corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem”. (Fortin, 1999, p. 118).

Direito a um tratamento justo e leal, a pessoa tem “ (...) o direito a ser informada sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como os métodos utilizados no estudo”. (Fortin, 1999, p.119).

Decorrente destes conceitos surge o objectivo maior da avaliação ética de um projecto de investigação, assegurar o respeito da pessoa em estudo.

Em suma, os direitos humanos necessitam de ser sempre protegidos, pelo que os investigadores não deverão prejudicar os participantes (princípio da não maleficência), obtendo o consentimento informado e a participação voluntária destes (princípio da autonomia) e assegurando a confidencialidade, o anonimato, a dignidade e o respeito dos mesmos (princípios da beneficência e da justiça). Cabe, portanto, aos investigadores a responsabilidade de respeitar os limites éticos impostos.

Para realizarmos o instrumento de colheita de dados para o nosso estudo torna-se relevante e importante obter o consentimento informado da utente. Ao seleccionar a utente para o nosso estudo, iremos perguntar se está disposta a colaborar com o estudo.

Antes da iniciação da entrevista será explicado qual a finalidade da entrevista, qual os seus objectivos, que todos os dados que iremos recolher serão confidenciais e anónimos, tendo só como objectivo para investigação científica. Para que isto se torne num comprovativo e nunca segurança para a utente e que poderá abandonar ou não responder às questões assim que desejar, terá de assinar o consentimento informado.

Parte III – Fase Empírica

Após a colheita de dados procedeu-se ao tratamento e à análise dos resultados obtidos. Esta fase torna-se também importante para o nosso estudo.

Para Fortin (2003, p. 330), “ *Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto.*” “ (...) *apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação (...)*”.

Capítulo I – Apresentação e análise dos resultados

Os resultados serão apresentados através da análise descritiva do conteúdo da entrevista.

Fortin (2003, p. 330) refere que, “ (...) *a análise descritiva dos dados, o investigador destaca um perfil do conjunto das características dos sujeitos, determinadas com a ajuda de testes estatísticos apropriados ou com análise de conteúdo*”.

A colheita de dados do nosso estudo foi através de uma entrevista como já referimos anteriormente. Para a apresentação e análise dos resultados decidimos realizar uma análise do conteúdo através de um texto que transcreve a entrevista da utente.

É de referir que desde o início a utente se mostrou inteiramente disponível para colaborar no nosso estudo e responder às questões colocadas.

Para iniciar o nosso texto da análise do conteúdo começamos por fazer uma história da utente e de seguida a elaboração do texto sobre os aspectos mais importantes da entrevista.

A entrevista foi realizada a uma utente do sexo feminino, de 63 anos de idade, pensionista, o seu estado civil é viúva e tem como habilitações literárias o ensino secundário.

Escolhemos esta utente para o nosso estudo de caso porque, é uma utente que já esteve diversas vezes internada em várias instituições do SNS, por ter tido alguns problemas de saúde. O último problema de saúde referido pela utente foi uma cirrose hepática que a levou a um transplante de fígado, realizado no Hospital Santo António no Porto, no serviço de cirurgia de transplantados.

Achamos que esta utente é uma boa escolha para nos responder às questões da nossa entrevista, pois como já precisou de muitos cuidados do SNS, pode-nos relatar as suas experiências quer negativas quer positivas que passou enquanto doente.

As questões que orientaram a nossa entrevista foram em função da “Representação mental dos utentes do Serviço Nacional de Saúde acerca dos seus direitos e deveres”.

Antes de se proceder à recolha de dados começamos por explicar à utente qual era a finalidade da entrevista, qual os seus objectivos e que todos os dados recolhidos seriam confidenciais e estritamente anónimos, tendo como finalidade apenas a investigação científica.

Pedimos ainda à utente para assinar o consentimento informado como prova que foram prestados todos os esclarecimentos e dúvidas, e que aceitou participar na nossa entrevista.

Iniciamos com a pergunta acerca do conhecimento sobre os seus direitos e deveres como utente do SNS. Dado já esteve diversas vezes em regime de internamento respondeu que “sim conheço, mas de uma maneira geral, não sei especificar todos eles em concreto, mas no âmbito geral conheço”.

Para nos certificarmos se conhecia mesmo a carta dos direitos e deveres do doente perguntamos-lhe se tinha conhecimento da sua existência. Obtivemos como resposta, “sei que existe” e ainda nos referiu que, “encontra-se afixado nas unidades hospitalares”.

Quando solicitamos que nos dissesse pelo menos dois direitos, a utente não nos disse dois mas seis, “ser tratada com dignidade pelos profissionais de saúde, ter o direito a estar informada sobre o estado de saúde e evolução, ter o direito a uma segunda opinião se assim o entender, ter direito à confidencialidade do meu processo, poder apresentar sugestões ou reclamações no meu entender, (...) ter direito à minha privacidade”.

À pergunta se durante o período de internamento nenhum profissional de saúde falou sobre a existência da carta dos direitos e deveres do doente, respondeu de forma sorridente que, “na verdade é que não, porque isso está colocado em todo o lado, nos corredores, em todos os serviços, (...)”, mas refere que “ninguém se replanta a ler,

muita gente só sabe os direitos mas os deveres ignoram, é tudo só direitos, às vezes exageram”.

Verificamos que durante o internamento os profissionais de saúde nunca desrespeitaram nenhum dos seus direitos, pois afirmou diversas vezes, “não, não, não, nos meus serviços não”.

Acerca dos direitos e os deveres do utente do SNS, respondeu-nos que, “é uma coisa importante para o sistema do hospital, não é, para saber o quê que o utente tem direito, mas também para ter noção dos seus direitos e deveres (...)”, não só como uma cidadã mas também como nos salienta, “como doente no serviço nacional de saúde”.

Ainda a questionamos sobre a criação da carta dos direitos e deveres do doente. Também na sua opinião a criação desta carta dos direitos e deveres foi um aspecto importante para a nossa sociedade, para todos os utentes terem conhecimentos dos seus direitos mas também dos seus deveres, não os esquecendo, como nos diz, “sim foi uma coisa boa, porque assim estabelece tudo o que o utente tem direito (...) porque assim tem conhecimento sobre os seus direitos e sobre os seus deveres”.

Ao longo da nossa entrevista não podíamos deixar passar em branco sem saber como foi a sua experiência de internamento, de como foi recebida pelos profissionais de saúde, e se aconteceu algum incidente ou situação menos agradável, e por isso questionamos a utente sobre a sua experiência durante o internamento. A mesma resumiu-nos com apenas duas afirmações, mas que nos diz o essencial, “foi uma experiência boa”. “(...) durante o internamento tudo correu muito bem, pessoal de enfermagem, auxiliares, médicos, eram pessoas educadas e muito profissionais”.

Durante o internamento é importante receber informações sobre o estado de saúde, sobre o diagnóstico, sobre o tratamento, que tipo de exames a realizar, que acções terapêuticas a fazer.

No caso desta utente era importante que os profissionais de saúde lhe dessem toda a informação sobre a sua doença (a cirrose hepática), sobre os exames, sobre o tratamento, sobre todos os aspectos importante para a sua saúde, para que estivesse consciente de todo e longo processo que iria passar, como por exemplo, o processo após o transplante.

Tornou-se então pertinente questionar a utente sobre que informação recebeu. Afirmou que “sempre me informaram, de portanto, da minha doença, do que ia fazer, de como era o transplante (...), “sempre me informaram sempre estive a par de tudo, qualquer dúvida perguntava, e eles explicavam”. Afirmou ainda que “inicialmente informavam sobre o tratamento, depois eu confiava neles, não tive razão de queixa”.

Ao longo do seu internamento a utente como nos referiu ganhou confiança nos profissionais de saúde, afirmou que não necessitava de estar sempre a perguntar que cuidados iam fazer. Como nos disse na entrevista, “eles sabem portanto o seu trabalho, não tenho que estar constantemente a perguntar o que é isto, o quê que vai fazer”.

Ainda sobre que informação recebeu fizemos mais uma pergunta, a preparação para o transplante, se teve de assinar o consentimento informado por causa da anestesia e dos riscos que poderia correr. A utente disse, “tive consulta da anestesia, sempre me informaram sobre os riscos da anestesia”.

Para este estudo pensamos ser importante saber se a utente recebeu toda a informação necessária sobre o seu estado de saúde, e assim obter respostas sobre quem lhe deu essa a informação. Afirmou-nos que, “os médicos, claro são muito importantes, mas o pessoal de enfermagem é que praticamente está o dia todo connosco, e é o que nos transmitem todas as informações”.

O doente tem o direito por si ou por quem o representa apresentar as suas sugestões ou reclamações para a melhoria dos cuidados de saúde.

Para que a nossa entrevista ficasse concluída em função dos objectivos em estudo, não poderíamos deixar de perguntar à utente sugestões que levasse à melhoria dos cuidados de saúde no SNS.

Na sua opinião “sinceramente no serviço que eu estive não tive, não vi nada assim, para melhorar o serviço, porque realmente eu não vi nada, estava tudo bem.” Salienta ainda que o serviço era “melhor que uma clínica privada”.

Quanto a sugestões, reclamações ou críticas acerca dos cuidados de saúde, não teve nada a apresentar, apesar de ter passado por outros serviços de saúde, afirmou que foi

bem cuidada e tratada pelos profissionais, não refere críticas, dizendo, “talvez porque serei mais benevolente, nunca tive críticas com o pessoal”.

Referindo que, “havia pessoas lá que sempre tinham coisas a reclamar, há pessoas que reclamam desde a comida, desde a cama que não está bem feita”.

Capítulo II – Discussão dos resultados

Nesta etapa do estudo procuramos apresentar os traços mais salientes da nossa investigação, tendo em conta os principais objectivos deste estudo e que são, Conhecer a opinião dos doentes acerca dos seus direitos e deveres, Identificar o tipo de informação que recebem e Identificar fontes de informação.

A discussão dos resultados surge após a colheita da análise dos dados. Fortin diz que (2003, p. 329), “ (...) é uma etapa difícil que exige um pensamento crítico por parte do investigador”.

Após a análise dos resultados, alguns aspectos que consideramos importantes levam-nos a estabelecer algumas reflexões e conclusões sobre o estudo.

No desenvolvimento da revisão bibliográfica, demos bastante ênfase à carta dos direitos e deveres do doente, porque o conhecimento sobre os direitos e deveres do doente torna-se numa potencial melhoria para os cuidados de saúde.

Os profissionais de saúde aqui têm um papel importante para esta melhoria de cuidados, pois o conhecimento sobre direitos e deveres do doente leva à melhoria dos cuidados, melhoria da informação e comunicação com o doente.

Os actos de enfermagem são sempre uma relação entre pessoas como pessoas e não uma relação pessoa objecto. Os cuidados de enfermagem dizem respeito às necessidades humanas básicas afectadas, mas acontecem igualmente no universo ético, envolvem a componente de que a pessoa, pelo facto de se encontrar doente, não deixa de ser titular de nenhum dos seus direitos e não esquecendo também dos seus deveres nos cuidados de saúde. Em enfermagem não podemos esquecer que devemos abordar na globalidade o ser humano e que o respeito pela dignidade humana do doente será também um dos aspectos mais importantes do cuidar. (Vieira, Margarida, 2008).

A discussão dos resultados não seria discussão se deixássemos de falar sobre as conclusões da entrevista.

Acerca da divulgação e criação da carta dos direitos e deveres do doente, a utente acha importante a existência da carta que proclama os seus direitos e deveres dos doentes e que está suficientemente divulgada na sociedade, (Carta do direitos e deveres do doente).

Ainda sobre a carta dos direitos e deveres do doente podemos dizer que embora nenhum profissional de saúde falasse à utente sobre a sua existência, a informação está bem divulgada.

Quando questionamos sobre a sua experiência de internamento podemos afirmar e concluir que foi bem recebida por todos os profissionais de saúde, sem excepção, que sempre a trataram e cuidaram como deviam. Durante o seu internamento não houve nenhum aspecto negativo a apontar. Com estas afirmações da utente, podemos referir que a utente contactou com bons profissionais de saúde. (Collière, 1999).

O direito a ser informado sobre a situação de saúde torna-se importante para o utente colaborar com todas as acções terapêuticas. (Osswald Walter, 1995).

Concluimos que a utente durante o seu internamento foi informada sobre a sua doença, diagnóstico, tratamento, exames, entre outras informações importantes, por todos os profissionais de saúde, e por pensámos que a utente contactou com profissionais competentes que dela souberam cuidar.

Estas informações tornam-se essenciais para que os cuidados de saúde possam ser bem desempenhados, e na recuperação dos doentes, porque ao terem informações sobre o seu estado de saúde iram colaborar mais com os profissionais.

Durante o nosso estudo, verificamos que os médicos têm um papel extremamente importante na divulgação das informações sobre todo o estado de saúde do doente, mas na verdade não é só o médico que presta todas estas informações, mas também os profissionais de enfermagem, pois são eles que passam o maior tempo com o doente durante o internamento, como se verificou no nosso estudo.

O direito que o doente tem de apresentar as suas sugestões ou reclamações é do conhecimento da utente. Concluímos que a utente acha que o nosso SNS é um sistema com grandes capacidades para cuidar e tratar de todas as pessoas e pessoas enquanto doentes.

No nosso estudo a utente não teve nada a reclamar nem a sugerir para que haja melhoria nos cuidados de saúde, mas mesmo que os profissionais de saúde sejam competentes nas suas funções, existem sempre doentes que reclamavam por tudo, mesmo que fossem por coisas mínimas, como obtivemos resultado através da entrevista.

Durante a nossa pesquisa sobre estudos já elaborados, não conseguimos ter acesso a um estudo especificamente com o nosso tema. Mas conseguimos encontrar um estudo realizado no Brasil, cujo tema é “A Enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados”.

Achamos importante referir as considerações finais deste estudo que foram de certa forma, conclusões semelhantes com as do nosso estudo.

Acerca do direito à informação, o estudo concluiu que os doentes referiram ter recebido informações sobre o estado de saúde, sobre a cirurgia e da duração, cuidados no pré e pós-operatório e sobre a anestesia. Todos estes aspectos referiram que foram fornecidos pelo o médico, mas que são também os enfermeiros que fornecem muita da informação e que esclarecem todas as dúvidas.

Este estudo concluiu ainda que para que o enfermeiro respeite o direito dos doentes de serem informados acerca de todo o seu processo de saúde, de modo a poderem participar do processo de decisão sobre si, necessita de contribuir para o esclarecimento do seu direito à informação, quanto ao consentimento informado para qualquer procedimento.

Conclusão

Ao longo da realização deste projecto fomos-nos apercebendo da importância da investigação em enfermagem. Assim entendemos que a investigação é “*o processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos*”. (Fortin, 1999, p. 15).

Através da investigação podemos descrever, explicar e até prever factos, acontecimentos e fenómenos. Ao utilizar o método científico é-nos permitida a obtenção de conhecimentos, os quais consolidam o corpo teórico e guiam o exercício profissional para um constante desenvolvimento.

A aprendizagem dos métodos de investigação constituiu, para nós, um desafio, pois a apreensão dos seus conceitos e a sua transferência para as nossas realidades do trabalho era, e ainda é, uma tarefa difícil. No entanto, a concretização deste projecto, sem pretendermos ser ambiciosos, constitui um pequeno contributo, para o desenvolvimento da investigação em enfermagem.

Para tal, escolhemos o tema, “ Representação mental dos utentes do Serviço Nacional de Saúde acerca dos seus direitos e deveres”.

É importante referir que este tema é pertinente e de vital importância para que se prestam cuidados de saúde com qualidade, por isso sugerimos que este estudo tenha continuidade, mas numa amostra mais alargada, de uma população, por exemplo, que ocorra ao SNS, pois só assim, poderemos saber o real conhecimento que as pessoas têm acerca dos seus direitos e deveres.

Após a elaboração deste estudo queremos salientar que procuramos atingir os objectivos delineados inicialmente. No nosso entender foram alcançados, pois para além de aprofundar o nosso conhecimento no domínio do tema, pensamos ter contribuído para uma reflexão sobre o mesmo.

A salvaguarda dos direitos e deveres dos doentes é complexa, o enfermeiro ao prestar cuidados às pessoas, assume o dever de respeitar os seus valores, costumes, convicções religiosas, protegendo os seus direitos e a dignidade humana. Como refere Vieira, Margarida (1994, p.123), “*Sem esquecer a sua própria pessoa, deve considerar cada pessoa como*

Ser Humano que é, com expectativas e fracassos, com esperança e sentimento, com medos e ambições, com necessidades específicas e valores próprios, com direito a ser tratado como um fim em si mesmo e não apenas como meio”.

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho de investigação foi a inicialmente preconizada, tendo sido, na nossa opinião, a mais adequada, pelo que nos permitiu desenvolver eficientemente este trabalho.

Algumas dificuldades impuseram-se, nomeadamente a nível da bibliografia existente e a nível da pouca experiência na realização de um projecto desta natureza. Contudo, julgamos ter realizado um trabalho globalmente positivo.

Consideramos de grande interesse o trabalho desenvolvido, tendo sido a sua elaboração bastante gratificante, pois contribuiu para a consolidação de conhecimentos, quer das etapas de um projecto de investigação quer da temática retratada, fornecendo, portanto, bases para trabalhos posteriores desta índole.

Concluimos que a carta dos direitos e deveres do doente está suficientemente divulgada, mas não será de mais a continuação da sua divulgação em todas as instituições, pois torna-se uma mais valia para os utentes do SNS.

Apesar de várias limitações podemos afirmar que este estudo foi para nós um momento de expectativa e descoberta, que nos forneceu a colheita de dados em função dos objectivos, úteis e pertinentes na área da Ética e sua relação com a enfermagem e com os cuidados de saúde do utente no SNS.

Na discussão dos resultados, apresentamos o conhecimento da utente que tem em relação aos dos seus direitos e deveres do doente, quais as suas opiniões sobre os profissionais de saúde e na prestação de cuidados, que informações recebeu e quem lhe deu as informações sobre o seu estado de saúde.

Ao chegarmos ao fim, consideramos que todo o tempo investido durante a elaboração deste trabalho de investigação valeu a pena. Este trabalho constitui sem dúvida uma experiência de enriquecimento pessoal do ponto de vista académico, mas também essencialmente do ponto de vista humano. Foi uma oportunidade de reflexão e aprendizagem para futuras investigações.

Referências Bibliográficas

- Antunes, A. (1998). *Consentimento Informado*. in *Ética em Cuidados de Saúde* (coord.: Daniel Serrão e Rui Nunes). Porto – Porto Editora.
- Archer, L.; Biscaia; Osswald, W. (1996). *Bioética*. São Paulo. Editorial Verbo.
- Archer, L. (1999). *Ainda os Direitos do Homem. O consentimento informado*. in. Brotéria.
- Archer, L. (1999). *Consentimento Informado*. Publicação da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa. *Enfermagem* 14, 2ª série (Abril-Junho).
- Bárbaro, D. L. R. de. (2007). *Sociedade Ética para o século XXI*. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais., nº 140-151. Edições UFP. Porto.
- Constituição da República Portuguesa. Lei de Bases da Saúde (Lei 48-90 de 24 de Agosto).
- Coimbra, J. L. ; Castro, M. G. ; Martins, A. C. (2002). *Psicologia*. Dossier exame 12º ano – Edições Asa.
- Combesques, M. A. (1998). *Introdução aos direitos do homem*. Lisboa, Terramar. ISBN: 972-710-215-8.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Portugal, Edições técnicas lidel e sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Dicionário da Língua Portuguesa (1998). Lisboa. Editora Texto, 3ª edição.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência – Edições técnicas e científicas.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência – Edições técnicas e científicas.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidácta.
- Guerra, M. J. J. (2002). *Dignidade do cuidar: directo à recusa*. Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. Porto, nº 27. Janeiro/Abril.

- Kant, I. (1995). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Colecção Filosofia Textos. Porto, Editora, Lda.
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (2004). *Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica*. Atlas. São Paulo. 4ª Edição.
- Pinto, J. R. da C. (1979). *Questões actuais de ética médica*. Gráfica de Barbosa e Xavier, Lda. Braga.
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª Edição. ISBN: 85-7307-101-X.
- Queirós, A. A. (1999). *Empatia e respeito*. Quarteto Editora. Coimbra.
- Queirós, A. A. (2001). *Ética em Enfermagem*. Colecção enfermagem. Coimbra. ISBN: 972-8717-05-5.
- Ribeiro, M. C. V. (1999). *Garantia dos direitos dos doentes: justiça no cuidar*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Serrão, D. (1996). *O Consentimento informado*. in Bioética (coord.: Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Ossawald). Lisboa – Editorial Verbo.
- Serrão D. (2001). *Direitos das pessoas doentes: uma revolução tranquila e benfazeja*. Revista Servir, volume nº 45.
- Silva, J. R. da (2003). *O Consentimento Informado na Relação Clínica*. in Perspectivas da Bioética – Bioética Contemporânea III, Chamusca – Edições Cosmos.
- Scott, P.A. (2003). *Autonomia, Privacidade e Consentimento Informado- Conceitos e Definições.*” Revista Nursing, nº178. Lisboa. 2005 Julho.
- Vieira M. S. (1994). *A importância ética na decisão do cuidar em enfermagem*. Dissertação de mestrado. Lisboa.
- Vieira M. S. (2008). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência*. 2ª Edição. Editora Universidade Católica. Lisboa.
- Ossawald, W. (2000). *A relação enfermeiro - doente e a humanização dos cuidados de saúde*. Cadernos de bioética. Edição C.E.B. Ano XI, nº23, Agosto.

- Ossawald, W. (2004). *Um fio de Ética*. Gráfica de Coimbra, Lda. Coimbra.
- Revista bimestral de Ciências e Investigação em Saúde. (2006). *Como é que o cérebro aumenta a dor?* Nº 2. Novembro/Dezembro.

Internet

- Aoserviçodasaude.blogspot.com/2009/04/direitos-e-deveres-do-doente.html. (sexta-feira, 24 de Abril de 2009).
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. (Em linha). Disponível em <www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>.
- Código Deontológico dos Enfermeiros. (Em linha). Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CódigoDeontologico.pdf>>.
- Chaves, P. L.; Costa, V.T.; Lunardi, V.L. (2005). *A enfermagem frente aos direitos de pacientes Hospitalizados.* Universidade Rio Grande. (Em linha). Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid>>.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos. (Em linha). Disponível em <<http://www.boes.org/un/phorhr-b.html>>.
- Direcção Geral de Saúde – Consentimento Livre e Esclarecido, Circular Informativa nº 15/DSPCS de 23/03/98.
- Infopédia (2011). Representação mental. (Em linha). Disponível em <http://ptinfopedia.org/info/representaçao mental>> .
- <http://www.chc.min.saude.pt/InfoUtente/DireitosDeveres/?sm=1-1=2-0>.
- Ministério da Saúde “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” Anexo ao Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, artigo 83.
- Ministério da Saúde “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” Anexo ao Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, artigo 85.
- Ministério da Saúde “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” Anexo ao Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, artigo 86.
- Ministério da Saúde “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” Anexo ao Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, artigo 87.

- Organização Mundial da Saúde. O que é a saúde. (Em linha). Disponível em www.alternativamedicina.com.
- www.hevora.min-saude.pt/docs/guia-do-utente.pdf .
- www.min.saude.pt/portal//conteudos/informações+uteis/direitos+deveresdoente.htm.
- Wikipédia (2011). Saúde definição. (Em linha). Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/saude>. >.
- Wikipédia (2011). Serviço Nacional de Saúde. (Em linha). Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/serviçõnacionaldesaude>. >.
- Wikipédia (2011). Representação mental. (Em linha). Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/representaçãomental>. >.