

***O CUIDAR DE SI, COMO PESSOA.
COMO O FAZEM OS
ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS?***

Andreia Cristina Oliveira Santos Ferreira

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

ANDREIA CRISTINA OLIVEIRA SANTOS FERREIRA

***O CUIDAR DE SI, COMO PESSOA.
COMO O FAZEM OS
ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS?***

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem,
submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade
do Porto.

Orientador

Professora Doutora **DINORA MARIA GUEDES GIL DA COSTA CABRAL**

Categoria

Professora Coordenadora/ Enfermeira Especialista

Afiliação

**Escola Superior de Enfermagem Dr.º Timóteo Monyalvão Machado – Chaves
Hospital de Joaquim Urbano - Porto**

JULHO, 2010

Cuidar...
*situa-se na encruzilhada do que **faz viver e morrer...***
é comunicar vida
é deixar existir
é desenvolver o que permite viver...

Marie-Françoise Collière (2003)

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Dinora Maria Costa Cabral, orientadora deste trabalho, agradeço a orientação científica, a serenidade, a confiança, o estímulo, o incentivo, a dedicação, o entusiasmo, manifestações que foram sempre uma constante ao longo deste tempo de trabalho em comum tornando exequível o desenvolvimento desta investigação.

A todos os Enfermeiros dos Cuidados Perioperatórios, pela colaboração fornecida durante a colheita de dados, e cuja disponibilidade tornou viável a realização deste estudo de investigação.

Aos meus amigos por toda a compreensão, apoio e estímulo dedicados, visto terem sido imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

Ao Vítor por todos os momentos de apoio, força, carinho e por ter sempre acreditado em mim.

Aos meus Pais e Avós que sempre acreditaram em mim, por todo o carinho, apoio e incentivo proporcionado ao longo desta caminhada.

A todos os que directa ou indirectamente colaboraram neste estudo, desde a sua concepção até à sua realização, um sentido e profundo

MUITO OBRIGADA.

RESUMO

O papel da Enfermagem é tão importante, não só dentro do hospital, mas em todo o sistema de saúde e, da própria relevância da qualidade do desempenho dos enfermeiros. Daí ao enfermeiro é atribuída responsabilidades relacionadas com uma boa prestação de cuidados e de uma maior aquisição de conhecimentos científicos. Sendo fundamental, que a Enfermagem deve-se preocupar, cada vez mais, por cuidar daqueles que prestam os seus cuidados, ou seja, os Enfermeiros. Jean Watson enuncia como pressuposto da sua teoria de que o enfermeiro antes de poder cuidar do outro, tem de saber cuidar de si próprio. No fundo, ninguém pode dar ao outro o que não tem, daí que seremos mais eficazes no acto de cuidar, se promovermos o bem-estar daquele que cuidamos sem esquecermos do nosso próprio, o que nos levou a colocar a seguinte questão: **Quais os aspectos de Cuidar de si Próprio que os Enfermeiros Perioperatórios, consideram mais importantes para a sua saúde?**

A dissertação está ordenada numa sequência: enquadramento teórico (utilizando a teoria do cuidar de Jean Watson como orientadora da pesquisa, privilegiando algumas vertentes de enfermagem no cuidar; retratando a prática da enfermagem perioperatória e ainda alguns aspectos da enfermagem na saúde, doença e trabalho) metodologia e apresentação e análise dos dados. Este estudo tem por objectivo conhecer como os enfermeiros perioperatórios, como pessoa, cuidam de si próprios, em que áreas o fazem e quais os factores que poderiam influenciar esse mesmo cuidar, com a finalidade de contribuir para a progressiva melhoria dos cuidados de saúde dos enfermeiros, assim como para a qualidade dos cuidados. Trata-se de um estudo de natureza observacional descritivo, de carácter exploratório, transversal e com uma abordagem predominantemente quantitativa. A variável dependente são os aspectos de cuidar de si próprio, de cada enfermeiro perioperatório, tendo esta sido operacionalizada em quatro dimensões: *hábitos de vida; ocupação dos tempos livres; comportamento preventivo/saúde e o trabalho e a vida.*

A amostra foi constituída por 220 Enfermeiros Perioperatórios, de quatro hospitais, sendo um deles da região Centro e os restantes da região Norte. O instrumento de colheita de dados foi um questionário, adaptado de Cabral (1997).

Concluimos que globalmente os enfermeiros estudados cuidam deficientemente de si (apenas 35% cuidam); a área em que cuidam melhor de si é a dos hábitos de vida (65%). A área em que mais frequentemente os enfermeiros não cuidam de si é a do comportamento preventivo/saúde (15%). Verificámos que há uma falta de congruência entre o que é aprendido e o vivenciado pelos enfermeiros do nosso estudo. A partir da

análise dos resultados obtidos através do inquérito por questionário, enunciamos as conclusões em relação ao cuidar de si próprio dos enfermeiros estudados, onde elaborámos algumas propostas que de alguma forma possam vir a contribuir para uma maior consciencialização e envolvimento dos enfermeiros, sobre a necessidade do enfermeiro como pessoa, ter de cuidar de si para melhor cuidar do outro.

Palavras-chave: Cuidar; Enfermeiros Perioperatórios; Saúde; Trabalho.

ABSTRACT

Nursing role is a very important one, inside the Hospital as well as in all the other facilities within the National Health Care System and also in the work quality of the staff. Therefore nursing staff as responsibilities concerning nursing cares and scientific knowledge and the System should take care of its professionals. It's fundamental that Nursing be more and more concerned in looking after those who perform their services, i.e., nurses. Jean Watson expresses as presupposition of his theory, that a nurse before being able to care for someone, he or she must be able to care for him or herself. After all, nobody can give another human being what he / she doesn't possess, thence we will be more efficient in the act of caring if we cause someone well being without forgetting our own comfort which led to the placing of the following question: **Which aspects of caring for oneself should perioperative nurses consider more important for their Health?**

This dissertation is ordinated in the following sequence: Theoretical background (using Jean Watson's care theory as research guidance favouring some issues in Nursing Care; illustrating the practical side of pre-operative nursing experiences and some aspects of Nursing in health, illness and work areas); methodology and finally presentation and analysis data. The goal of this study is to understand how perioperative nurses as human beings take care of themselves, in which areas they do this and which are the factors that could influence this same care with the purpose of contributing to a progressive Health Care improvement in nurses, as well as in the Health Care quality. It's a question of an observable descriptive study with an explorative character, transversal and with a predominant quantitative approach. The variable dependent consists in the aspects each perioperative nurse has in taking care of him / herself, having this variable been worked out into four dimensions: *Life habits, free time occupations, preventive / health behaviour, work and life*.

This illustration was composed of 220 perioperative nurses from four hospitals, one in the Center and the rest from the northern region. The data was collected from an apposite questionnaire made by Cabral (1997).

In a global sense, it was concluded that the nurses who were subjected to this study took poor care of themselves (only 35% took care); the area in which they took better care of themselves was in the area pertaining to normal life habits (65%) and finally the area in which nurses more frequently didn't take care of themselves was the preventive / health behaviour area (15%). In our study, it was verified that there is a lack of coherence between what is learned and lived by nurses. After analysing the results obtained through the questionnaire, conclusions were reached in relation to the self care

of these tested nurses. Some proposals have been elaborated which in a certain way may contribute to a greater consciousness and involvement of nurses in the necessity they have as people to take care of themselves so that they can take better care of others.

Key Words: Care; Perioperative Nurses; Health; Work.

RÉSUMÉ

Le rôle de la Métier d'infirmier est aussi important, non seulement à l'intérieur de l'hôpital, mais dans tout le système de santé et, de l'importance elle-même de la qualité de la performance des infirmiers. À partir de là à l'infirmier il est attribué des responsabilités rapportées avec une bonne prestation de soins et d'une plus grande acquisition de connaissances scientifiques. En étant fondamental, que la Métier d'infirmier se doit ils dont s'inquiéter, à chaque fois plus, soigner prêtent leurs soins, c'est-à-dire, les Infirmiers. Jean Watson énonce comme prés-supposé de sa théorie dont l'infirmier avant de pouvoir soigner de l'autre, doit savoir se soigner de lui propre. Dans le fond, personne ne peut ne pas donner à l'autre ce qu'il n'a pas, à partir de là que nous serons plus efficace dans l'acte dont de soigner, se promouvoir le bien-être nous soignons sans oublierons de notre propre, ce qui nous a amené à poser la suivante question : **Lequel des aspects De soigner de lui Propre que les Infirmiers Perioperatoires, considèrent plus importants pour leur santé ?**

La dissertation est commandée dans une séquence : encadrement théorique (en utilisant la théorie soigner de Jean Watson comme orienté de la recherche, en privilégiant quelques sources de métier d'infirmier le soigner ; en faisant le portrait la pratique de la métier d'infirmier perioperatoire et encore quelques aspects de la métier d'infirmier dans la santé, la maladie et le travail) méthodologie et présentation et analyse des données. Cette étude il a par objectif connaître comment les infirmiers perioperatoires, comme personne, soignant d'elle propre, où des secteurs où ils le font et qu'elles sont les facteurs qui pourraient influencer ce même soigner, avec la finalité de contribuer à la progressive amélioration des soins de santé des infirmiers, ainsi que pour la qualité des soins. S'agit d'une étude de nature observacional descriptive, de caractère exploratório, transversale et avec un abordage majoritairement quantitatif. La variable dépendante sont les aspects de de soigner d'elle propre, de chaque infirmier perioperatoire, en ayant celle-ci étée operacionalizer dans quatres dimensions : *habitudes de vie ; occupation des temps libres ; comportement préventif/santé et le travail et la vie.*

L'échantillon a été constitué par 220 Infirmiers Perioperatoires, de quatres hôpitaux, en étant un d'eux de la région Centre et les restant de la région Nord. L'instrument de récolte de données a été un questionnaire, adapté de Cabral (1997).

Nous concluons que globalement les infirmiers étudiés se soignent déficiemment (seulement 35%se soigne) ; le secteur ils où se soignent mieux sont de ses habitudes de vie (65%). Le secteur où plus fréquemment les infirmiers ne soignent pas ,est ceux du comportement préventif/santé (15%). Nous avons vérifié qu'il y a un manque de

congruence entre ce qui est appris et ce est vécu intensément par les infirmiers de notre étude. À partir de l'analyse des résultats obtenus à travers l'enquête par questionnaire, nous énonçons les conclusions concernant soigner de soi propre des infirmiers étudiés, où nous avons élaboré quelques propositions qui de quelques formes puissent venir à contribuer à une plus grande prise de conscience et à un engagement des infirmiers, sur la nécessité de l'infirmier comme personne, devoir de soigner de lui meme] mieux pour pouvoir soigner de l'autre.

Mots-clés: Soigner ; Infirmiers Perioperatoires; Santé ; Travail.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	23
1.1. <i>A Enfermagem : Profissão do cuidar.....</i>	23
1.2. <i>Cuidar e Cuidados: um breve olhar sobre o percurso da enfermagem até aos nossos dias.....</i>	27
1.3. <i>O Cuidar na perspectiva de Jean Watson.....</i>	40
2. A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NUM BLOCO OPERATÓRIO.....	50
3. A SAÚDE, DOENÇA E TRABALHO DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO.....	53
CAPÍTULO II – DA TEORIA AO TRABALHO DE CAMPO.....	66
1. FASE CONCEPTUAL : IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	66
1.1. <i>Justificação do tema.....</i>	66
2. FASE METODOLÓGICA.....	68
2.1. <i>Natureza do estudo.....</i>	69
2.2. <i>Finalidade e objectivos.....</i>	70
2.3. <i>Questões de Investigação/Hipóteses.....</i>	71
2.4. <i>População em estudo e amostra.....</i>	73
2.5. <i>Variáveis em estudo.....</i>	76
2.6. <i>Instrumento de colheita de dados.....</i>	80
2.6.1. <i>Questionário.....</i>	81
2.6.2 <i>Pré-teste.....</i>	82
2.7. <i>Procedimento de colheita de dados.....</i>	83
2.8. <i>Aspectos éticos.....</i>	84
2.9. <i>Modelo de análise e tratamento de dados.....</i>	85
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS/RESULTADOS.....	88
1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO ESTUDO.....	88
1.1. <i>Caracterização sócio-demográfica.....</i>	88
2. ANÁLISE DAS VÁRIAS DIMENSÕES DO PERFIL CUIDATIVO DOS ENFERMEIROS.....	93

2.1.HÁBITOS DE VIDA.....	93
2.1.1. Alimentação.....	93
2.1.2. Bebidas.....	97
2.1.3.Tabaco.....	99
2.1.4. Medicação.....	101
2.1.5. Repouso/sono.....	105
2.2. OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES.....	107
2.2.1. Férias.....	107
2.2.2. Exercício Físico.....	108
2.2.3. Leitura.....	110
2.2.4. Televisão, Cinema e Internet.....	111
2.3.COMPORTAMENTO PREVENTIVO/SAÚDE.....	112
2.3.1. Exame Ginecológico.....	112
2.3.2. Auto-Exame da mama.....	113
2.3.3. Exame da próstata (PSA).....	116
2.3.4 .Estudos Analíticos de Rotina.....	117
2.3.5. Outros Cuidados de Saúde.....	117
2.3.6. Protecção pessoal no trabalho.....	119
2.3.6.1. Tem a vacinação em dia?.....	119
2.3.6.2. Indique o que o(a) levou a fazer as seguintes vacinas.....	119
2.3.7. Utilização de luvas como protecção pessoal no trabalho.....	120
2.4. O TRABALHO E A VIDA.....	123
2.5.PERFIL CUIDATIVO GLOBAL DOS ENFERMEIROS.....	125
2.6. DOS RESULTADOS ÀS HIPÓTESES.....	132
3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	142
CAPÍTULO IV – DAS CONCLUSÕES ÀS PROPOSTAS.....	144
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	150
ANEXOS.....	170
Anexo 1– Pedido de autorização de utilização do instrumento de colheita de dados (Cabral, 1997), e resposta do ofício.....	171

Anexo 2 – Instrumento de Colheita de Dados (Questionário).....	174
Anexo 3 – Saúde Ocupacional do BO.....	183
Anexo 4 – Perfil Cuidativo Global, adaptado do estudo de Cabral (1997).....	186

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de contínuo de saúde/doença, Adaptado de O'Donnel, 1986 (Rogers, 1997, p.300).....	54
Figura 2 – Desenho da Investigação.....	68
Figura 3 – População em estudo e amostra.....	74
Figura 4 – Critérios de selecção.....	74
Figura 5 - Distribuição do escalão etário dos enfermeiros da amostra em função do estado civil (n = 220).....	90
Figura 6 - Distribuição da especialidade dos enfermeiros da amostra (n = 28).....	91
Figura 7 - Perfil cuidativo global por frequência do n.º de vezes que vai trabalhar sem comer (n = 220).....	93
Figura 8 - Perfil cuidativo global por n.º de refeições que toma habitualmente por dia (n = 220).....	94
Figura 9 - Outros produtos alimentares que ingere habitualmente/dia (n = 8).....	94
Figura 10 - Outras preferências alimentares que ingere habitualmente/dia (n = 75).....	95
Figura 11 - Roda dos Alimentos.....	95
Figura 12 - Perfil cuidativo global por n.º de copos de água que ingere habitualmente por dia (n = 220).....	98
Figura 13 - Perfil cuidativo global por hábitos tabágicos (n = 220).....	100
Figura 14 - Medicamentos que tomaram no último mês (n = 14).....	101
Figura 15 - Número de comprimidos que tomavam (n = 14).....	102
Figura 16 - Número médio de horas de repouso/sono por noite de acordo com o perfil cuidativo global (n = 220).....	106
Figura 17 - Perfil cuidativo global por prática de exercício físico (n = 219).....	109
Figura 18 -. Perfil cuidativo global por frequência de leitura de livros (n = 220).....	110
Figura 19 -. Perfil cuidativo global por frequência de leitura de jornais (n = 220).....	111
Figura 20 - Distribuição frequências relativas ao exame da próstata (n = 30).....	116
Figura 21- Distribuição de frequências relativas à caracterização do perfil cuidativo global dos enfermeiros.....	125
Figura 22 – Principais Resultados da Investigação.....	133

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – As Diferenças entre Cuidar e Tratar, adaptado de Ribeiro, 1995.....	32
Quadro 2- Hierarquia das necessidades humanas básicas segundo Jean Watson; Adaptado de George, 2000, p.256-257.....	48
Quadro 3 - Características sócio-demográficas da amostra.....	75
Quadro 4 – Variáveis Sócio-Demográficas.....	76
Quadro 5 - Variáveis Intervenientes.....	77
Quadro 6- Variável Dependente.....	79
Quadro 7 - Variável Independente.....	79
Quadro 8 – Escala de scores de Perfil Cuidativo Global.....	86
Quadro 9 - Características sócio-demográficas da amostra.....	89
Quadro 10 - Comparação entre a idade e a “especialidade” e o “trabalhar noutra instituição”.....	91
Quadro 11 - Comparação entre o género e o “trabalhar noutra instituição”.....	92
Quadro 12 - Distribuição de frequências para os hábitos de vida associados à alimentação.....	96
Quadro 13 – Teores de cafeína em café “tipo expresso”.....	98
Quadro 14 - Distribuição de frequências para os hábitos de vida associados às bebidas.....	99
Quadro 15 - Distribuição de frequências para os hábitos tabágicos.....	100
Quadro 16 - Distribuição de frequências para a medicação (1).....	101
Quadro 17 - Distribuição de frequências para a medicação (2).....	102
Quadro 18 - Distribuição de frequências para as razões que motivaram o início da toma dos medicamentos.....	103
Quadro 19 - Razões que motivaram o início da toma dos medicamentos: Ferreira (2010) e Cabral (1997).....	104
Quadro 20 - Distribuição de frequências o repouso/sono.....	106
Quadro 21 - Distribuição de frequências as férias.....	108
Quadro 22 - Distribuição de frequências o exercício físico.....	108
Quadro 23 - Distribuição de frequências relativas à frequência de leitura.....	110
Quadro 24 - Distribuição de frequências relativas à frequência com que os enfermeiros da amostra habitualmente vêm televisão, vão ao cinema e recorrem à Internet.....	111

Quadro 25 - Distribuição de frequências relativas à frequência com que as enfermeiras da amostra fazem exames ginecológicos.....	112
Quadro 26 - Perfil cuidativo global de acordo com a frequência com que as enfermeiras da amostra realizavam os exames ginecológicos.....	113
Quadro 27 - Distribuição de frequências relativas à frequência com que os enfermeiros da amostra fazem auto-exame da mama.....	113
Quadro 28 -. Comparação entre a idade e mamografia e realização de mais alguma mamografia.....	114
Quadro 29 - Comparação entre o género e mamografia e realização do auto-exame da mama.....	115
Quadro 30 - Perfil cuidativo global de acordo com a frequência com que os enfermeiros da amostra realizavam o auto-exame da mama e a mamografia.....	116
Quadro 31 - Distribuição de frequências relativas aos estudos analíticos de rotina (análises ao sangue).....	117
Quadro 32 - Distribuição de frequências relativas a outros cuidados de saúde.....	118
Quadro 33 - Perfil cuidativo global de acordo com a frequência com os outros cuidados de saúde.....	118
Quadro 34 - Distribuição de frequências relativas à vacinação.....	119
Quadro 35 - Distribuição de frequências relativas ao motivo que levou os enfermeiros a proceder à vacinação.....	120
Quadro 36 - Distribuição de frequências relativas à utilização de luvas como protecção pessoal no trabalho.....	120
Quadro 37 - Distribuição de frequências relativas às frequências/situações de utilização de luvas como protecção pessoal no trabalho.....	121
Quadro 38 - Distribuição de frequências relativas à utilização de outro tipo de protecção pessoal no trabalho.....	122
Quadro 39 - Distribuição de frequências relativas à caracterização do trabalho e a vida.....	124
Quadro 40 - Distribuição de frequências relativas à caracterização do perfil cuidativo global dos enfermeiros.....	125
Quadro 41 - Comparação das frequências do Perfil Cuidativo Global de acordo com as variáveis sócio-demográficas.....	127
Quadro 42 - Comparação das frequências do perfil cuidativo relacionado com os Hábitos de Vida de acordo com as variáveis sócio-demográficas.....	128

Quadro 43 - Comparação das frequências do perfil cuidativo relacionado com a Ocupação de Tempos Livres de acordo com as variáveis sócio-demográficas.....	129
Quadro 44 - Comparação das frequências do perfil cuidativo relacionado com o Comportamento Preventivo/Saúde de acordo com as variáveis sócio-demográficas.....	131
Quadro 45 - Hábitos de vida.....	187
Quadro 46 - Ocupação dos Tempos Livres.....	189
Quadro 47 - Comportamento Preventivo/sSaúde.....	190
Quadro 48 – O Trabalho e a Vida.....	192

CHAVE DE SIGLAS

α (*Alpha* de Cronbach)

% (Frequência Relativa)

AORN (American Operating Room Nurses)

AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses)

ARSLV (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo)

BAP (Balança Alimentar Portuguesa)

BCG (Vacina contra a Tuberculose)

BO (Bloco Operatório)

BOC (Bloco Operatório Central)

CA (Cancro)

DL (Decreto de Lei)

DGS (Direcção Geral da Saúde)

d.p. (Desvio Padrão)

DR (Diário da Republica)

Dr.º (Doutor)

EUCOMED (European Confederation of Medical Devices Association)

ICN (International Council of Nursing)

INE (Instituto Nacional de Estatística)

mg (Miligramas)

ml (Mililitros)

n.º (Frequência absoluta)

n/N (Número de Casos Válidos)

n.s. (Não significativo)

OE (Ordem dos Enfermeiros)

OIT (Organização Internacional do Trabalho)

OMS (Organização Mundial da Saúde)

p (Significância)

PSA (Análise do Antígeno específico da Próstata)

REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros)

SNS (Sistema Nacional de Saúde)

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos)

INTRODUÇÃO

Quando fomos confrontadas com a escolha de um tema para a elaboração da nossa Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, procurámos escolher um tema para o qual estivéssemos pessoalmente motivadas, que se ligasse com a nossa área de trabalho e que fosse, simultaneamente pertinente e exequível de realizar.

Quando a vida surge, nasce a necessidade de cuidar, de tomar conta para que esta mesma vida permaneça, se desenvolva e contorne a morte (Collière, 2003). Cuidar é o laço que une os vários profissionais entre os quais poderemos encontrar os enfermeiros, os responsáveis por assegurar a arte e a ciência do cuidar.

Para cuidar, é necessário começarmos por nós mesmos, uma vez que, para oferecer a nossa presença ao outro, é necessário saber o que se tem para se oferecer. Parece-nos um pensamento lógico, porque seria irrisório oferecer o que não se tem e depressa perderíamos o crédito, ou daríamos a segurança a alguém que não necessitasse de nós.

Estamos de acordo, quando ouvimos defender que é necessário termos interesse por nós mesmos. Só depois, estaremos verdadeiramente aptos para cuidar dos outros (Hesbeen, 2004).

A revisão sistematizada efectuada, para a elaboração do presente estudo, levou-nos a concluir que a área temática do cuidar direccionada para os próprios enfermeiros no trabalho não tem sido objecto de muita preocupação, daí que a necessidade de realizar este estudo pode ser útil e adequado na medida de transpor a realidade profissional dos enfermeiros face à forma de cuidarem de si próprios, sendo comumente aceite de que uma pessoa com saúde é mais produtiva, e neste sentido a realização da qualidade dos cuidados prestados será muito melhor.

A área que pretendemos efectuar a nossa dissertação será relacionada com o cuidar de si próprios enquanto enfermeiros têm para consigo. A evolução das actuais teorias de enfermagem enquadradas na prática do cuidar, o cuidado do enfermeiro do próprio “eu” com necessidades intrínsecas e extrínsecas enquanto pessoa, as realidades das organizações de saúde, como sendo motivadoras ou não para o próprio enfermeiro cuidar de si e as novas políticas de saúde que responsabilizam os indivíduos pela sua própria saúde, impulsionaram-me a pesquisar de que forma os enfermeiros cuidam de si próprios.

Os enfermeiros: “... são profissionais empenhados que abraçam uma filosofia holística de cuidados” (ICN, 2007, p.11). Nesta forma holística está implícito o cuidar, que valoriza a relação interpessoal, respeitando os valores e a cultura do doente, tendo como

principal objectivo o auto-cuidado (Garrido, 2004). Para os enfermeiros é o ser humano em toda a sua força e vulnerabilidade que constitui o objecto da sua competência (Silva, 2002).

O trabalho forma a identidade da pessoa, a profissão da pessoa caracteriza o seu ser, a pessoa é a sua profissão (Jacques, 1996, *apud* Silva, 2000), isto é, a profissão de Enfermagem, pode ser considerada um local propício para a pessoa construir a sua identidade tanto a nível pessoal como social.

“ Enquanto profissionais, os enfermeiros precisam de um ambiente para a prática que reconheça o seu mandato social e de saúde da sua disciplina, bem como o âmbito da prática, tal como definido pela legislação nacional ou de regulação” (Rowell, 2003 *apud* ICN, 2007, p. 11).

Nos últimos anos a Enfermagem, assim como outras profissões, tem sofrido influências pelas alterações/evoluções que se têm notado a todos os níveis (económico-social, científico, político, tecnológico, cultural e ambiental) dentro do próprio País.

A realidade é que o trabalho passou a ocupar um lugar central na vida da pessoa, em que a mesma está sujeita a diferentes variáveis que afectam directamente o seu trabalho. Actualmente, existe alguma preocupação na saúde da pessoa no seu contexto organizacional, pelo facto, de a mesma se encontrar directamente relacionada com a produtividade da instituição/organização, ou seja, no fundo para que se atinja a produtividade e qualidade dos cuidados prestados, é necessário ter pessoas saudáveis e atribuídas de qualidade. Em contrapartida, a instituição/organização leva a que a forma de trabalho seja pressionada na pessoa, levando a mesma a descuidar-se de si própria, e a não ser atribuída a atenção necessária aos cuidados de saúde por parte daqueles que os prestam.

De acordo com Nunes (2004, p.3),

“Os cuidados são marcados pelas concepções, as crenças e os valores, tanto dos que têm necessidade de procurar cuidados como dos que os prestam. E porque os cuidados têm de fazer sentido para quem os presta e para aqueles a quem são prestados, coloca-se, de forma assaz pertinente, a questão da participação na decisão.”

Num estudo realizado por Cabral (1997), com o tema: A Enfermeira: pessoa que cuida de si, conclui-se que a área em que mais frequentemente as enfermeiras não cuidam de si é a do comportamento preventivo/saúde, daqui podemos verificar a necessidade e a importância de se realizar mais estudos que mostrem a necessidade que o enfermeiro, enquanto pessoa, tem de cuidar de si para melhor cuidar do outro.

Em função de todo o desgaste físico e psicológico, a Enfermagem foi classificada pela Health Education Authority, como a quarta profissão mais stressante, devido à

responsabilidade pela vida das pessoas, levando a uma maior probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos (Silva e Pimenta 2004 *apud* Gasperi e Radünz, 2006). Outro estudo desenvolvido por Cabral (2004) sobre os factores de *stress*, constatou um elevado nível de *stress* nos enfermeiros perioperatórios.

Segundo Serra 2002, *apud* Estevão e Estevão 2006, vários estudos Sutherland e Cooper (1999), Gillespie (1986), Hingley e Cooper (1986) demonstram que os enfermeiros de todos os grupos profissionais de saúde, são aqueles que estarão mais expostos a situações que colocam em maior risco a sua própria saúde, daí a necessidade de promover e desenvolver respostas individuais e de grupo saudáveis, perante essas situações que colocam em risco o bem-estar físico, emocional e espiritual dos mesmos.

Um estudo realizado por Cruz (2004), reforça que os enfermeiros perioperatórios requerem uma atenção maior face aos seus cuidados de saúde, pois a intensidade de trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a complexidade dos cuidados, o trabalho por turnos e as situações de urgência/emergência podem criar nos enfermeiros situações de angústia e ansiedade, que posteriormente levam à exaustão, conceito designado na literatura por síndrome de Burnout.

De acordo com Vila e Rossi (2002) e Silva, Sanches e Carvalho (2007), os serviços cuidados intensivos apesar de serem locais ideais para atender doentes graves, estes podem constituir um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. “ *O ambiente tem influência directa no bem-estar do paciente, família e equipe multiprofissional*” (Vila e Rossi, 2002, p.4), e que é essencial “*cuidar de quem cuida*” (Silva, Sanches e Carvalho, 2007, p.7) de forma a ter cuidados prestados de qualidade.

A OE define como um dos quatro eixos prioritários de investigação: “*estudos que abordem estratégias inovadoras de gestão/liderança e organização do trabalho favorecedoras de contextos de trabalho que promovam e facilitem a qualidade dos cuidados*” (2006, p.4).

Com a realização desta Investigação pretendemos dar a conhecer o cuidar de si que os enfermeiros têm para consigo próprios, aprofundar os conhecimentos dos enfermeiros sobre o cuidar de si como pessoa, com responsabilidades ao cuidar de outras pessoas, com o intuito de possibilitar uma reflexão consistente.

Neste sentido o problema de Investigação que pretendemos estudar é o de conhecer se e como os enfermeiros do Bloco Operatório (BO) cuidam de si próprios, com a finalidade de contribuir para a progressiva melhoria dos cuidados de saúde dos enfermeiros, assim como para a qualidade dos cuidados.

Neste contexto, e no decorrer deste processo de investigação, pretendemos neste sentido responder à questão de partida que, neste caso concreto, é a seguinte: **Quais os**

aspectos de Cuidar de Si Próprio que os Enfermeiros Perioperatórios, consideram mais importantes para a sua Saúde?

Trata-se de um estudo de natureza observacional descritivo, de carácter exploratório, transversal e com uma abordagem predominantemente quantitativa. A variável dependente são os aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros, tendo esta sido operacionalizada em quatro dimensões: Hábitos de Vida; Ocupação dos Tempos Livres; Comportamento Preventivo/Saúde e o Trabalho e a Vida (Cabral,1997).

Atendendo, as concepções defendidas por vários autores, particularmente Fortin (2003), apresentamos o nosso trabalho organizado em três fases: conceptual, metodológica e empírica.

Na fase conceptual, contextualizamos o nosso problema de investigação com exploração do tema a investigar. Também abordamos conceitos pertinentes para este estudo, tendo por base a pesquisa efectuada e o parecer dos vários autores consultados.

Na fase metodológica, apresentamos o percurso efectuado ao longo da investigação, incluindo o tipo de estudo, as variáveis, a população, a amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos utilizados na colheita de dados, os aspectos éticos e a forma como os dados foram tratados.

No que concerne à última fase, efectuamos a análise, apresentação e discussão dos dados, a interpretação dos mesmos à luz da fundamentação teórica apresentadas nas fases precedentes, assim como apresentadas as limitações encontradas neste estudo.

Ao concluirmos, a nossa investigação efectuamos uma reflexão dos conteúdos desenvolvidos, apresentando as principais conclusões, sugestões entre outros aspectos do nosso estudo que nos parecer ser os mais pertinentes e que mais se evidenciaram.

CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico é fulcral para organização do estudo de investigação. O quadro conceptual de qualquer investigação deve ser cuidadosamente definido, devendo ter por base tanto as fontes primárias como as secundárias. Este quadro deve procurar, essencialmente, estabelecer as bases que servirão de suporte ao desenvolvimento da temática em estudo, possibilitando a sua definição, diferença, interpretação e inter - relação dos dados.

Torna-se pertinente o desenvolvimento deste capítulo em sub-capítulos, sendo abordados os seguintes temas:

- Um breve percurso da Enfermagem no Cuidar e Cuidados;
- O Cuidar na perspectiva de Jean Watson;
- A prática de Enfermagem num Bloco Operatório;
- A Saúde, Doença e Trabalho do Enfermeiro Perioperatório.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Pode-se seguramente afirmar que a Enfermagem se sustenta nos cuidados desenvolvidos aos outros. A pessoa tem mais necessidade de cuidados em determinadas fases da vida e em algumas condições, quando ainda não é capaz de cuidar de si próprio na fase inicial da vida, quando se torna incapaz durante algumas etapas transitórias, como sendo a doença, ou em situações definitivas de incapacidade e, na fase final da vida (Collière, 1989, p 236).

“Ser cuidado, cuidar-se e cuidar sucedem-se, sem se justapor, mas sobrepondo-se...” (Collière, 2003, p.178), assumindo várias amplitudes consoante as fases da vida, considerando sempre as condições sociais e económicas e respectivo meio cultural.

Assim, esta condição de fragilidade da espécie determinou que sempre houvesse necessidade de cuidados, sendo essa prática tão antiga como a própria humanidade. Desta forma, o sentido que se atribui ao cuidar é tão antigo como a ancestralidade do homem, através da prática de cuidados.

1.1. A ENFERMAGEM: PROFISSÃO DO CUIDAR...

A arte da Enfermagem apresenta uma antiguidade tão extensa como a do nascimento do Homem. O percurso histórico da Enfermagem desenvolvido ao longo dos séculos, contribuiu em muito, para a situação que se vive actualmente na Enfermagem.

As primeiras enfermeiras da história foram as mães, que cuidavam e zelavam pelo bem-estar da família. Esta arte foi durante muito tempo “entregue” nas mãos das mulheres, que tinham como principal papel o cuidar. Assim, durante séculos, os cuidados não tiveram características de profissão, nem sequer de um ofício. No entanto, com o desenrolar da história da humanidade, os cuidados vão ganhando expressões diferentes.

Com o cristianismo a natureza dos cuidados toma uma outra dimensão. Assenta no amor e na caridade, os cuidados passam a ter um carácter de altruísmo puro, porque se cuidava por amor a Deus. Assim, a igreja cristã assumiu o cuidado dos doentes, pobres e desfavorecidos. Nessa época destacava-se o trabalho das Diaconizas e também de grandes damas romanas que actuavam em favor dos mais necessitados, cuidando dos pobres e dos doentes. Este período estendeu-se até aos finais da Idade Média e foi caracterizado por Collière como o da identificação da prática dos cuidados com a mulher (*Idem*, p. 35).

Surge aqui, na Idade Média, a imagem da mulher consagrada, uma religiosa enfermeira que continua a cuidar dos pobres e doentes de forma abnegada e repleta de amor cristão. Prestava cuidados nos hospitais, que situados nas grandes cidades permitiam recolher os pobres e assistir os doentes.

Pelo facto de não haver capacidade de assistir grandes faixas da população, começam a surgir agrupamentos de mulheres e, então, no século XVI, a Igreja Católica impõe o esforço de renovação e, são fundadas mais de cem ordens de mulheres para o exercício da Enfermagem. Uma das mais importantes organizações religiosas que se dedicaram à Enfermagem é a das Filhas da Caridade que, fundada por São Vicente de Paulo em 1633, mantém ainda actualidade nos nossos dias. Reconhece-se o seu trabalho como enfermeiras que prestavam cuidados no domicílio aos pobres e doentes. No entanto, também foram fundadas nessa época ordens masculinas, com destaque especial para os Irmãos de São João de Deus, que separavam os doentes por patologia e assistiam os doentes mentais de forma mais humanizada. (Gonçalves e Roseni, 1998; Oliveira, Paula e Freitas, 2007).

Hoje em dia, esta imagem de Enfermagem caritativa e por amor ao próximo, ainda persiste nos países com grande tradição católica, como o nosso, onde as religiosas tiveram um papel muito activo na maioria das instituições de apoio aos pobres e doentes (asilos e hospitais).

Nos séculos XVIII e XIX, os conhecimentos que os médicos possuíam foram reforçados com novos avanços, e surgiram novos tratamentos. A Enfermagem começa então a acordar de um passado elementar e baseado na experiência. Notava-se a necessidade de instruir as enfermeiras dando conhecimentos teóricos e práticos,

introduzindo alguns aspectos de natureza ética. Os cuidados centraram-se assim na ciência e na reparação da doença. A mulher era considerada a enfermeira auxiliar do médico, tendo esta ideia percorrido até aos anos sessenta (Collière, 1989, p. 35).

Mas a grande figura da Enfermagem moderna é, sem dúvida, Florence Nightingale, nascida em Itália, séc XIX. Continuará a ser recordada como a fundadora da Enfermagem moderna. Inaugurou a primeira escola de Enfermagem, na qual fornecia ensino metódico fazendo a ponte entre a teoria e a prática, promovendo um movimento de profissionalização (reconhecimento de diploma para o exercício, remuneração e associações profissionais, contribuindo assim para a consolidação da Enfermagem Moderna). Motivada por um forte espírito de ajuda ao próximo, contactou com várias instituições de assistência a doentes por toda a Europa, tendo desenvolvido um trabalho notável a nível de assistência aos soldados de guerra, na Guerra da Crimeia.

Os programas de formação são construídos tendo por base os cuidados aos doentes na sua dimensão técnica, reforçando-se assim, a identificação da prática dos cuidados com a mulher auxiliar do médico. O modelo que inspira os cuidados é o doente, mas na dimensão de portador de uma doença, sendo este o objecto de trabalho da Enfermagem, que se organiza em função das tarefas prescritas pelo médico. Em Portugal, a história da prestação de cuidados, que mais tarde vem a ser institucionalizada na Enfermagem, seguiu um percurso semelhante aos demais países de tradição cristã.

Com o desenvolver dos anos, onde cada vez mais a medicina se sente impotente para curar em muitas áreas, surge a necessidade de continuar a ajudar as pessoas para que se possa manter a vida com dignidade e a qualidade possível. É nesta altura que começa a surgir um novo termo ligado à enfermagem – Cuidar. A Enfermagem é preparada para ver o doente como ser único, com uma história irrepetível, inserido numa família e numa comunidade – visão holística. Começa a valorizar-se o doente, centrando nele todos os cuidados, sendo o nosso foco de atenção e cuidados. A Enfermagem reencontra aqui a sua dimensão autónoma que se centraliza no cuidar, proporcionando às pessoas uma forma de ajuda diferente e imprescindível.

Podemos referir que a Enfermagem percorre no sentido do pólo independência máxima do doente em cada uma das suas actividades de vida quotidiana e ajudá-lo a manter-se aí, promovendo assim, uma adaptação positiva às mudanças de ambiente interno e externo. É uma arte transformadora que capacita e dá força, é uma arte de ajudar. Achamos que ela é guiada primariamente pela subjectividade, intuição, imaginação e sensibilidade, paralelamente à objectividade, à monitorização e à razão. O equilíbrio entre as duas partes é que parecer dar à Enfermagem a plena forma do Cuidar.

Desde os anos sessenta, os enfermeiros vêm lutando pela necessidade de se proceder à criação de meios conducentes que regulem e controlem o exercício profissional. Assim, surge o REPE, pelo Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro. Tem como principal objectivo definir os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros que exerçam funções em Portugal. Assim, segundo o REPE, p.2960:

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

A Enfermagem é considerada uma Ciência, uma Arte e uma Profissão. Tem uma filosofia e conceitos próprios, que consiste no Humanismo e Holismo. Baseia-se num conjunto de conhecimentos organizados e sistematizados, reconhecidos pela comunidade científica e tem como base o paradigma de Enfermagem. Depende, contudo, do desenvolvimento técnico, dos fenómenos sociais e do desenvolvimento da história. É uma Arte no modo de ser e agir perante o doente, na relação de ajuda a ele prestado, na ligação Eu-Tu e na forma empática, sensível e compreensiva desta relação. É uma profissão reconhecida, facto que levou à criação da Ordem dos Enfermeiros, em 1998, publicado em Decreto-Lei, nº 104/98 de 21 de Abril, que tem o objectivo de ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou uma morte em paz), actividades essas que ele realizaria sem auxílio, por si próprio, caso tivesse a força, a vontade, ou possuísse o conhecimento necessário, e desempenhar essas funções de forma a ajudá-lo a reconquistar a sua independência o mais rapidamente possível, isto de acordo com o parecer do doente.

Nightingale defende que Enfermagem deve colocar o doente nas melhores condições possíveis, para que a natureza possa actuar sobre ele. Ajudar a viver, a recuperar a saúde, a curar a doença. Procurou assim, que a Enfermagem fosse baseada em motivações altruístas e organizadas em torno de necessidades sociais.

O conceito de Enfermagem variou ao longo do tempo e do espaço, leis e campos de acção de acordo com o próprio enfermeiro, através das funções e crenças do mesmo e dos grupos em que se insere. Talvez a chave de definição de Enfermagem esteja na união de todas as diversas definições de Enfermagem.

A Enfermagem, tendo sido influenciada pelo Cristianismo, devido aos valores que a fé cristã divulgava, toma uma nova dimensão, a dimensão da caridade. O Amor, a Compaixão, a Fraternidade e o Altruísmo começam a ser valores com mais significado

para o Homem. Assim, a Enfermagem evolui a nível científico, como evolui também a arte de Enfermagem, que tem por essência o cuidar.

O ICN (2000) define Enfermagem como fazendo parte integrante do sistema de cuidados de saúde. Enfermagem engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados a pessoas de todas as idades com doença física, doença mental ou deficiência.

O conhecimento em Enfermagem têm tido um enorme avanço face à dimensão e significado desde a sua fundação com Florence Nightingale. Da evolução surgiram os Modelos Conceptuais em Enfermagem, levando ao surgimento de várias concepções da disciplina de Enfermagem. Todos os modelos têm origem em conceitos e teorias, sendo em Enfermagem de salientar, a Teoria: dos Sistemas; do Desenvolvimento e a da Interação (*Idem*). Os modelos conceptuais traduzem os conceitos sobre o qual caracterizam o metaparadigma de Enfermagem (enfermagem, cliente/doente, saúde e ambiente), assim como as relações que se estabelecem entre eles, porque isolados, não são suficientes para caracterizar e exemplificar a contribuição dos enfermeiros para os cuidados de saúde (Silva, 2002).

Considerando estes quatro metaconceitos que caracterizam qualquer modelo conceptual de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros, durante a elaboração dos Padrões de Qualidade do Cuidados de Enfermagem sentiu a necessidade de definir estes conceitos – no enquadramento conceptual, em que este tem como objectivo constituir a base de trabalho do qual emergem os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional e integra os conceitos anteriormente referidos (OE, 2001a).

1.2. CUIDAR E CUIDADOS: UM BREVE OLHAR SOBRE O PERCURSO DA ENFERMAGEM ATÉ AOS NOSSOS DIAS

O **Cuidar**, palavra que deriva do verbo latino “*cogitare*” envolve múltiplos sentidos dos quais se destacam: a “*arte de cogitar*”, ou seja, de desenvolver um pensamento atento, reflectido e meditativo. “*O cuidar constitui o eixo central das práticas de enfermagem. É mais do que uma conduta orientada para a realização de tarefas e compreende aspectos de saúde, tão ambíguas como a relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente*” (André e Cunha, 2001, p.130).

A essência do cuidar prevê o estar voltada para o outro e só poderá ter esta direcção exercendo-se a solidariedade através de pessoas com objectivos idênticos, ou complementares, ou seja, o cuidador e o ser cuidado. A Enfermagem vê o Homem como um Ser único e indivisível, dependendo o bem-estar deste, do trabalho desempenhado

por parte do Enfermagem, na vertente do Cuidar. Desta vertente faz parte uma variedade infinita de actividades que visam a manutenção da vida, isto é, mobilizar em alguém tudo o que vive e tudo é portador de vida, toda a sua vitalidade,

“...o seu “vital power”, como Florence Nightingale gostava de dizer, isto é, todo o seu potencial de vida, mas também toda a vida que tem em potência e que pede para se desenvolver como na criança ou toda a vida que existe em potência até ao limiar da morte, não para a prolongar a todo o custo, mas para procurar aquilo a que a pessoa ainda dá valor, como aquele olhar a uma pessoa querida, aquela mão que ainda deseja tocar (Idem, p. 131).

Na década de cinquenta, **Leininger** desenvolveu um trabalho de observação em vários contextos culturais, utilizando o método etnológico para defender que cuidar é, essencialmente fornecer apoio, conforto e ajuda ao doente. *“Defende uma enfermagem transcultural que fala a favor do cuidar, e apela para a valorização das crenças dos utentes que influenciam a forma como manifestam as suas necessidades de cuidados”* (Leininger *apud* Ribeiro, 1995, p.33). Esta autora defende uma Enfermagem voltada para o cuidar.

Muitos foram os autores que tentaram definir cuidar, sendo que a maioria descreve cuidar como dar atenção à pessoa, em tudo o que a caracteriza, tendo em conta o ambiente humano e físico no qual a pessoa se desenvolve. O cuidar existe perante a presença de um laço significativo entre quem presta cuidados e quem os recebe. Significa ajudar a pessoa a identificar o que lhe ocasiona o problema e a impede de se desenvolver e de se actualizar no sentido da sua natureza; ajudar a pessoa a reconhecer e utilizar todos os sinais que o seu organismo lhe envia, sobre o seu estado de saúde física ou mental, para prevenir e cuidar a doença. Ao cuidar ajudamos as pessoas a tomar consciência das suas necessidades e recursos para desenvolver acções que favoreçam a sua autonomia.

O cuidar torna-se, então, algo inerente à espécie humana sendo a sua origem simultânea, visto que desde sempre foi necessário cuidar para que a vida se mantivesse. É pois, o satisfazer de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida.

“Cuidar é comprometer-se a manter a dignidade e individualidade da Pessoa que é cuidada”. Assim, “...a ciência e arte de bem cuidar só é possível se tiverem sempre presente, e de modo explícito e efectivo a qualidade e persistência ao acolhimento e relacionamento...” (Rodeia, 1998, p. 59).

Como enfermeiros que somos, para que sejamos capazes de conseguir cuidar de forma holística, impõem-se determinadas características, como o respeito pelas pessoas, a abertura e receptividade para a consciencialização das necessidades da Pessoa e ter

vontade de as ter em consideração. Parece-nos ser importante utilizar a reflexão sistemática assim como ser “praticante” do bom senso e, ser capaz de ver globalmente as características de cada situação, para podermos compreender o carácter único do ser humano, a sua liberdade, escolha e responsabilidade. Para serem prestados bons cuidados somos defensores de uma conjugação numa perspectiva humanista com uma base de conceitos científicos.

“ *A enfermagem sempre significou “cuidar”, sempre existiu, porque há que preservar a vida e a humanidade ... o que não é tarefa simples*” (Freita, 2000, p. 127). Apela a um sistema de valores e expressão de sentidos entre dois seres, exigindo um comprometimento, um dar e um receber, visando a protecção da dignidade humana.

O cuidar poderá efectuar-se e praticar-se em termos interpessoal; composto por factores cuidativos de que resulta a satisfação de certas necessidades humanas; é eficiente se promove a saúde e o crescimento individual ou familiar; a pessoa é aceite pelo que é agora, mas também pelo que poderá vir a ser; um ambiente de cuidados adequado oferece o desenvolvimento de potencialidade, ao mesmo tempo que permite que a pessoa escolha para si mesma a melhor acção num dado momento. A prática de cuidar integra conhecimentos sobre o comportamento humano para gerar ou promover saúde e oferecer ajuda aos que estão doentes.

Apesar de existirem todas estas ideias (e muitas outras) do cuidar, este pode ser aplicado de diferentes formas, isto porque também existem diferentes modelos de Enfermagem, que fornecem a estrutura para as equipas de Enfermagem e dão directivas para o exercício do cuidar. Estes favorecem a comunicação e a continuidade dos cuidados e a definição das prioridades de Enfermagem. Há uma preocupação por promover a participação dos doentes no seu próprio cuidado e o papel de enfermeiro como educador de saúde.

Os modelos de Enfermagem têm por base duas correntes de pensamento: no *Holismo* (assenta no estudo do organismo como um todo, como um conjunto de sistemas complexos) e no *Humanismo* (refere-se ao valor do ser humano, na sua unicidade, significado e finalidade da vida humana (OE, 2004).

Kérouac enuncia seis escolas como as principais concepções actuais da disciplina de Enfermagem: Escola das Necessidades (ex: V. Henderson); Escola da Interacção (ex: H. Peplau); Escola dos Efeitos desejados (ex: Roy); Escola da Promoção da Saúde (Moyra Allen); Escola do Ser Humano Unitário (ex: M. Rogers); Escola do Cuidar (Watson e Leininger) (*Idem*). Kérouac et al. (1996) consideram que a Disciplina de Enfermagem passou por *três paradigmas*:

- *Paradigma da Categorização* (perspectiva os fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto, e com propriedades definíveis e mensuráveis);

- *Paradigma da Integração* (perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos contextuais);

- *Paradigma da Transformação* (perspectiva os fenómenos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia), (Silva, 2002).

Segundo Henderson (1969), citado por Silva (2002), a busca da especificidade do conteúdo de enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais (de Nightingale a Henderson): Uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnicos próprios; outra relacionada com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais, ou seja, uma atitude de ajuda e de satisfação dos doentes.

Na Enfermagem, os cuidados prestados aos doentes são influenciados pelo modelo que os prestadores de cuidados seguem. No entanto, em muitas situações, não há um modelo em que se tenha acordado. Dentro de uma equipa, enfermeiros diferentes poderão dar ênfase a teorias diferentes e segui-las. Não é só a componente académica que poderá influenciar a escolha de um modelo mas também todo o meio sócio-cultural que envolve o enfermeiro, a forma como foi educado, o ambiente social envolvente, entre outros, são factores que certamente exercem influência sobre o seu comportamento e sobre o que valoriza.

Todos os indivíduos que pensam, têm uma visão do mundo, do seu trabalho e do objecto do mesmo, isto pressupõem que cada enfermeiro tenha a liberdade de escolher o seu modelo.

“Muitas pessoas há que argumentam que o modelo básico que guia a enfermagem tem sido, tradicionalmente, o modelo médico” (Pearson e Vaughan, 1992, p. 16). O modelo biomédico como é designado, foi tradicionalmente a base do exercício da medicina no mundo ocidental nos últimos cem anos. Neste modelo os seres humanos são considerados seres biológicos, compostos por células que por sua vez originam os tecidos que formam os órgãos e esses os sistemas. Todos eles comunicam e interagem com os outros de forma a haver harmonia e equilíbrio, estado designado de homeostase biológica. Os seres humanos são quase considerados como máquinas, mas o modelo tem evoluído e reconhecem-se agora as perturbações psicológicas e sociais da homeostase. Como objectivo, este modelo tem a cura ou controlo da doença, a recuperação do traumatismo ou malformação. Quando não é possível a cura, o objectivo vai na direcção de aliviar as manifestações clínicas, tratar os sintomas, ou retardar a morte.

Alguns trabalhos de investigação em Enfermagem, referem o modelo biomédico como aquele em que os enfermeiros continuam ainda a considerar os doentes como seres físicos, dando menos atenção às características mais latas da natureza humana. Assim, os objectivos dos enfermeiros que seguem este modelo são direccionados para a cura, daí que se verifica um ambiente de rotinas e actividades estandardizadas e a obsessão dos enfermeiros em prestar cuidados físicos. Estas rotinas geralmente são estabelecidas de acordo com o diagnóstico do doente feito pelo médico. É considerado como alguém que se deve submeter a determinado esquema e seguir a rotina estabelecida por normas. O papel da Enfermagem perante este modelo baseia-se na execução exacta da prescrição médica.

Alguns autores, segundo Pearson e Vaughan consideram que *“tanto a obsessão com os cuidados físicos, como a rotinização, são estratégias úteis para proteger as enfermeiras contra o stress inerente à sua profissão”* (Idem, p. 19). Assim, significa que os profissionais podem manter-se distanciados dos doentes e não se preocupam com nada além do processo patológico, dos cuidados físicos e do cumprimento da rotina.

O modelo biomédico, na nossa opinião, torna-se limitativo, isto porque restringe a Enfermagem aos doentes passíveis de cura, criando um dilema para quem trabalha com pessoas para quem a cura não pode ser alcançada, daí que este modelo tenha sido posto em causa pela Enfermagem, por ser um modelo reducionista e dualista (separa a mente do corpo). É um modelo posto em causa não apenas pelos profissionais de saúde, mas os próprios doentes também levantam objecções. Existe a expectativa de que os enfermeiros serão os humanizadores de cuidados, mas muitas vezes isto é inconcebível, pois dá-se uma ênfase à tecnologia o que por vezes leva à perda do cuidado humanizado, onde os doentes são rotulados com um diagnóstico e não são reconhecidos como pessoas. Por vezes o lado humano dos cuidados é desvalorizado. Esta é uma atitude que a maioria dos doentes e profissionais não aceitam de bom grado. Este modelo está direccionado apenas para o tratar e o cuidar fica no oposto. Porém, através da bibliografia consultada, podemos constatar que alguns autores defendiam que é um modelo que se mostra eficaz em situações de emergência grave.

Assim, cada vez mais se reclama por abordagens alternativas mais adequadas e procuram-se formas de ir ao encontro das necessidades de saúde dos indivíduos com maior eficácia. Daí a necessidade da existência de outros modelos de Enfermagem, descritos por enfermeiras, a maioria americanas, como por exemplo Virgínia Henderson e Dorothea Orem. No desenvolvimento deste raciocínio, pode dizer-se que várias teorias ou modelos são usados como estrutura para a prática, daí que o enfoque da prática de Enfermagem seja diferente.

Assim, pareceu-nos importante referir a dicotomia entre o cuidar e o tratar, que se encontra devidamente descrita por Ribeiro (1995), enunciando algumas características da forma de actuação dos enfermeiros, de acordo com a orientação predominante (cuidar ou tratar).

Quadro 1 – As Diferenças entre Cuidar e Tratar.

CUIDAR	TRATAR
▪ Considera o utente como um todo (visão holística).	▪ Considera essencialmente o órgão afectado.
▪ Actua de forma personalizada.	▪ Actua de forma estandardizada, de acordo com o diagnóstico médico.
▪ Atende ao conforto em todas as situações consideradas de necessidade pelo utente.	▪ Actua com base nos seus juízos, rotinas e normas de organização.
▪ Gasta tempo a ouvir e a falar com o utente.	▪ É eficiente no cumprimento das tarefas que privilegia, em detrimento da comunicação.
▪ Empenha-se (envolve-se) na resolução dos problemas do utente.	▪ Distancia-se e procura resolver os problemas de forma racional.
▪ Fornece apoio emocional / actividades de suporte.	▪ Dá ênfase à terapêutica que poderá ajudar o utente.
▪ Valoriza sobretudo o bem-estar e o conforto.	▪ Valoriza sobretudo o diagnóstico e o tratamento.
▪ rAtende aos aspectos subjectivos da situação, valorizando os sentimentos do utente relativamente à doença e o efeito do tratamento na pessoa.	▪ Lida com os aspectos objectivos da situação, desvalorizando a subjectividade e os sentimentos do utente relativamente à experiência da doença e aos efeitos dos tratamentos.
▪ Realiza as actividades com o utente, sempre que este tem possibilidade.	▪ Realiza as actividades para o utente, não estimulando a sua participação.
▪ Centra-se na saúde.	▪ Centra-se na doença.

Fonte : adaptado de Ribeiro, 1995.

Florence Nightingale é sem dúvida uma das teóricas, considerada a mãe da enfermagem moderna, que se baseou em muitas das suas experiências de vida. A sua teoria tem como principal enfoque o controle, organização e manipulação do ambiente físico, social e psicológico, dos indivíduos e das famílias, tanto dos considerados saudáveis como dos doente. *“O que a enfermagem tem a fazer ... é colocar o paciente na melhor condição para que a natureza aja sobre ele”* (George, 2000, p. 38). Enfatizava que as enfermeiras deveriam diminuir e prevenir o sofrimento e a dor desnecessários, isto com o menor gasto de energia vital do paciente.

No entanto, existem outras teorias, como é o caso da de **Hildegard E. Peplau** em que o núcleo da sua teoria é o processo interpessoal desenvolvido entre doente e enfermeiro, esclarecem-se metas e expectativas, enquanto se decide o plano apropriado para melhorar o estado de saúde. Peplau refere que *“o paciente e a enfermeira amadurecem como resultado da interacção terapêutica”* (Peplau *apud* George, 2000, p.56), tornando-se uma forma de crescimento. Neste modelo, o doente tem a possibilidade de encontrar uma solução em conjunto com o enfermeiro para o seu problema. A comunicação e a entrevista eram instrumentos importantes e fundamentais para a enfermagem.

Virgínia Henderson, por seu lado, apresentou uma teoria em que a enfermeira tem uma função independente, age para o paciente quando ele carece de conhecimento, como faria quando tem vontade de agir por si mesmo, quando saudável. Henderson baseou a sua teoria nas necessidades humanas básicas, nos aspectos físicos e emocionais do indivíduo. *“Acredita que as enfermeiras de hoje pesquisam para descobrir as razões de intervenções terapêuticas eficientes ou ineficientes, usando justificativas científicas”* (Henderson *apud* George, 2000, p. 57). A sua teoria é considerada limitada uma vez que se nota a falta de uma visão holística dos seres humanos, carece de vínculo conceitual entre as características fisiológicas e as outras características humanas.

Wiedenback (1970), defende que na Enfermagem se defendem conceitos como *“reverência pelo dom da vida”*; o *“respeito pela dignidade, o valor, a autonomia e a individualidade de cada ser humano”* e a *“resolução de agir dinamicamente em relação às próprias crenças”* (*apud* George, 2000, p.156). Para esta teórica a enfermeira é vista como um indivíduo amoroso e carinhoso. Afirma que *“a enfermagem [é] uma actividade que exemplifica, idealmente a humanidade do homem com o homem”* (*Idem*, p. 156). Valorizando a vida e a dignidade dos seres humanos, a Enfermagem proporcionará um atendimento de qualidade.

Milton Mayeroff (1971 *apud* Waldow 2004), é outro autor em que o cuidado é principalmente em função de outra pessoa, reforçando a ideia de que cuidar de outra pessoa é ajudá-la a crescer e a realizar-se. Postula que cuidar é a antítese de simplesmente usar outra pessoa para satisfazer as nossas próprias necessidades, tornando-se responsável pela sua própria vida.

Mayerhoff (1971 *apud* Waldow 2004), identificou oito características essenciais que devem estar presentes no cuidar, para que este seja efectivamente eficaz:

- Conhecimento: em que para cuidar é necessário conhecer o outro ser, ou seja, suas necessidades, saber como responder a elas e respectivas capacidades e limitações;

- Alternância de ritmos: constante interacção com os outros, reflexão sobre as consequências sentidas da interacção e manutenção ou modificação do próprio comportamento baseado nos efeitos da interacção mútua;

- Paciência: pressupõe em dar tempo e permitir que o outro se encontre, de acordo com o seu próprio tempo, estilo e ritmo;

- Honestidade: no sentido de ser honesto consigo próprio, em que implica pois, levar a sério as outras pessoas e respeitar as suas necessidades de mudança sem lhes querer impor os nossos próprios desejos e necessidades;

- Confiança: confiar nas decisões do outro, permitindo-lhe crescer à sua própria maneira. Para além de confiar no outro o cuidador tem de confiar na sua capacidade de cuidar;

- Humildade: envolve a aprendizagem contínua, de saber que existe sempre algo para aprender sobre o outro e sobre si próprio;

- Esperança: através do cuidado prestado no crescimento do outro e no sentido de possibilidade de compromisso, permitindo aumentar o significado do cuidado prestado no presente e desenvolvendo energias para atingir um futuro realista;

- Coragem: no sentido de avançar para o desconhecido, sendo a característica que permite aceitar riscos, através do conhecimento de experiências passadas e presentes, estabelecendo-se na confiança e na capacidade do próprio e do outro, para crescer.

Dentro da característica humanista, podem-se incluir teóricas como Benner e Wrubel, Griffin, Simone Roach e Leininger.

Griffin, por exemplo, identificou dois elementos complementares, inerentes ao cuidar: actividades e atitudes/sentimentos subjacentes, vendo este conceito, num conceito de enfermagem, como referindo-se “...a *actos e atitudes relacionadas, predominantemente a atitude de respeito pelas pessoas. Estes actos de Cuidar, de tipos diferentes e inumeráveis, têm em comum o facto de serem todos realizados sob a emoção moral de respeitar a dignidade e a autonomia de outro ser humano*” (Griffin, 1980, p.270). Para esta autora o elemento “atitudes” é complexo, na medida em que envolve factores cognitivos, morais e emocionais; sendo que o conceito de cuidar é fundamental para a compreensão da natureza humana e que “... *uma análise filosófica do conceito num contexto particular, através de métodos analíticos e fenomenológicos, pode ajudar a caracterizar as responsabilidades e potencialidades do Cuidar*” (Griffin, 1983, p.295).

O Cuidar denota um modo marcante de estar no mundo, que deve ser natural e significativo nas nossas relações com os outros e connosco próprios. Já Heidegger,

filósofo alemão fenomenologista, nos seus primeiros escritos acerca da existência e da natureza humana, utilizou o termo “*Sorge*” (correspondente, na língua alemã, ao nosso Cuidar) considerando-o um conceito fundamental: “*Sem Cuidar nada importa; e algo – eu próprio – sempre importa para mim. Este importar estrutura o meu mundo e determina o meu interesse pelas coisas e as minhas relações com os outros; é a base de toda a motivação (...) à verdade de que a minha existência é fundamentalmente a minha, deve ser acrescentada a verdade de que fundamentalmente eu Cuido. Isto é, eu tenho sentimentos em relação a tudo... sobre coisas, pessoas e, mais significativamente, sobre mim próprio*” (Heidegger *apud* Griffin, 1983, p.297). Para Griffin, a ideia de Cuidar é uma pré-condição para cuidar das coisas, dos outros e de si próprio, tratando-se assim de um aspecto estrutural do crescimento e desenvolvimento humano.

Nessa mesma linha, **Benner e Wrubel** (1989) que no seu livro , *The Primacy of Caring*, interpretam o Cuidar como sendo muito mais complexo do que o curar, e como não sendo único ou exclusivo de qualquer profissão ou disciplina. Para estas autoras Cuidar significa que as pessoas, acontecimentos, projectos e coisas, importam para as pessoas, no fundo é uma palavra que funde o pensamento, sentimento e acção , do saber e do ser, sendo a sua primazia evidenciada na medida em que o cuidar organiza o que importa para uma pessoa, assim como aquilo que é visto como stressante e as opções disponíveis para lidar com a situação; é sempre específico e relacional; cria a possibilidade de dar e receber ajuda, pois uma relação baseada no cuidar cria as condições de confiança que permitem, àquele que é cuidado, apropriar-se da ajuda oferecida e sentir-se cuidado.

Roach (1993 *apud* Waldow 2004), esta teórica, conceptualiza o cuidar como uma resposta aos valores, a capacidade para dar ao outro e ainda uma doação auto-transcendente. Assim como Heidegger, Roach considera que o ser humano manifesta comportamentos ao cuidar, em que tais atributos representam os 5 “C” ou atributos do cuidar: compaixão (como sendo o modo de se relacionar com o outro), competência (a forma de actuar do profissional), confiança (nas relações com outras pessoas), consciência (que opera nos valores ético-morais) e compromisso (suporte da pessoa que é cuidado). Cuidar é pois, o sinónimo de amar, sendo o cuidar multifacetado incluindo o interesse, a consideração e a compreensão ou seja partilhar a história de cada um.

Mas foram **Leininger**, com a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidar e **Watson**, na sua Teoria do Human Care (“teoria” foi a palavra usada por ambas as autoras nos seus trabalhos, não nos cabendo aqui discutir a pertinência e/ou validade de tal designação), as autoras que, de forma inequívoca, clara e precisa, (re) colocaram o Cuidar no centro da discussão, atribuindo-lhe um papel e num lugar central e unificador

nas suas concepções de Enfermagem. Ambas dedicaram parte significativa das suas carreiras ao estudo, investigação e desenvolvimento do conceito e significado do cuidar, e ambas identificaram a Enfermagem como uma ciência humana que apresenta como domínio central e unificador o Cuidar.

Leininger desenvolveu o seu trabalho no sentido de identificar diferenças e semelhanças do Cuidar em diferentes culturas. Sendo este, enquanto fenómeno, universal e comum a todas as culturas, os meios de expressão, no que se refere à forma e significado, são variáveis e diversos de cultura para cultura, assumindo assim aspectos e características particulares consoante o meio cultural em análise. Para esta autora, o Cuidar deve ser colocado e enquadrado num contexto cultural, pois os seus padrões podem diferir transculturalmente, e constitui o *“...domínio central e unificador para o corpo de conhecimentos para o corpo de conhecimentos e práticas de Enfermagem”* (Leininger, 1988). Defende que *“...cuidar, no sentido genérico, refere-se aos actos de assistência, suporte ou de facilitação dirigidos a outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas da melhoria ou aperfeiçoamento de uma condição humana ou forma de vida”*(*Idem*,p.9); complementando este sentido genérico de cuidar com o seu sentido profissional em enfermagem *“...os modos, cognitivamente aprendidos, humanísticos e científicos, de ajudar e capacitar um indivíduo, família ou comunidade a receber serviços personalizados, através de processos, técnicas e padrões de cuidados específicos e culturalmente definidos, para melhora ou manter uma condição favoravelmente saudável para a vida ou morte”*(*Ibidem*).

Na teoria transcultural de Enfermagem de Leininger (1988, p.11) evidencia-se a crença de que *“o Cuidar humano é um fenómeno universal, nas as suas expressões, processos e padrões variam entre culturas...Cuidar tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais que podem ser estudadas e praticadas para prestar cuidados holísticos às pessoas”*. As raízes antropológicas são evidentes neste modelo teórico, que olha para os seres humanos como inseparáveis do seu background cultural e das estruturas sociais. Uma vez que, como já referimos, atribui grande importância ao estudo dos valores, significados e expressões do Cuidar nas diversas culturas, esta autora defende e acentua que, ao nível dos cuidados de enfermagem, estes devem ser congruentes com a cultura do utente/doente; isto se a enfermagem pretende de facto, e de forma efectiva e eficaz, promover a saúde, bem-estar e satisfação deste.

Em contraste com a visão transcultural de Leininger, ou antes centrando o seu modelo num outro “ângulo” de análise, Watson considera que a Enfermagem assenta em factores de cuidados, derivados da perspectiva humanística, combinados com a base de

conhecimentos científicos. Entende que a Enfermagem é ameaçada pelas demandas de tarefas e da tecnologia dos factores curativos. Faz referência a humanistas e considera acima de tudo, que um sistema humanístico de valores sustenta a construção da ciência do cuidado, elevando este como o atributo mais valioso que a Enfermagem tem para oferecer à humanidade. O relacionamento Enfermeiro/Doente pode ser prejudicado porque a Enfermagem enfrenta a explosão da tecnologia e em alguns serviços dá-se o aumento da gravidade dos pacientes juntamente com a diminuição no tempo de permanência hospitalar. Estes aspectos têm impacto sobre a capacidade do enfermeiro visualizar o factor cuidado para além do factor cura.

Um dos factores do cuidado definidos por **Watson** é “*a formação de um sistema de valores humanístico – altruísta*” (apud George, 2000, p. 254), que tem raízes nos valores dos pais, na própria educação de valores recebida e mediado através das próprias experiências da vida da pessoa, do conhecimento adquirido e da exposição ao que é humano. O objectivo da Enfermagem através do cuidado é ajudar as pessoas a atingirem um alto grau de harmonia dentro de si, pois, os doentes certamente que esperam que os enfermeiros cumpram o seu tratamento, mas também esperam que o enfermeiro seja humano e bondoso. Normalmente isto acontece , mas por vezes o enfermeiro prontifica-se a sacrificar este atributo valioso para realizar as tarefas da era tecnológica. Assim, a Enfermagem deverá fazer do doente o foco da sua prática e não da tecnologia, acreditando-se no valor e na dignidade de cada paciente, havendo assim, uma prática bondosa e humana.

Jean Watson, uma pensadora importante na área do cuidar afirma que:

“...o ideal e o valor de cuidar, é claramente não apenas qualquer coisa, mas um ponto de partida, um local, uma atitude que terá de se tornar um desejo, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em actos concretos.” (Watson, 2002a, p. 60), sublinhando ainda que a essência e o valor do cuidar podem ser fúteis se não contribuírem para uma filosofia de acção. Nesta filosofia de acção é necessário colocar algo nosso, o que implica uma intenção, uma vontade e uma decisão antecipada que se cumpre pouco a pouco. E nesta forma de cuidar faseada não faz sentido cuidar dos doentes sem cuidar daqueles que deles cuidam. A esta autora daremos maior desenvolvimento no capítulo seguinte do nosso trabalho.

Trata-se, como já referimos, de dois importantes contributos para a compreensão do Cuidar, e do seu papel central na Enfermagem actual. Não são obviamente os únicos: muitas outras “definições” de Cuidar têm sido propostas, e mais frequentemente têm sido identificados os aspectos essenciais.

Esta orientação fenomenológica tem-se vindo sistematicamente a afirmar em Portugal, nomeadamente na área da problematização do *cuidar* como experiência pessoal e profissional; podemos citar, como por exemplo, os trabalhos de Maria os Anjos Veiga (1994), Maria de Lurdes Rocha (1995), Maria Teresa Magão (1992), Maria Antónia Velez (1994) e Dinora Cabral (1997). As pesquisas desenvolvidas sobre o cuidar têm igualmente conquistado um espaço importante na investigação na área de enfermagem, contribuindo para a afirmação das ciências de enfermagem.

Esta apresentação de diversas teorias, entre outras existentes, serve para nos apercebermos da existência de similaridades e de diferenças entre elas. Assim, os profissionais de Enfermagem necessitam de usar as teorias ou modelos de maior utilidade nas diversas e diferentes situações. Pode ser considerada uma combinação de teorias, que é o que se verifica por vezes em determinados serviços. O uso sistemático das teorias de Enfermagem proporciona estrutura e disciplina para a prática de Enfermagem, estes pontos de vista acabam por nos influenciar sobre a forma de exercermos a Enfermagem.

Dois aspectos comuns e muito importantes que aparecem na maioria dos modelos do Cuidar são o Holismo e o Humanismo. Esta importância deve-se ao facto do doente, pessoa de quem cuidamos, ser uma pessoa única, com individualidade própria, que tem de ser respeitado na globalidade, holística e humanisticamente. Assim, devem proporcionar-se Cuidados de Enfermagem em que esteja implicado o prestar atenção à pessoa num sentido amplo, reconhecendo o seu modo único e particular de interagir com as suas transformações, tendo em conta as suas necessidades particulares, ajudando-a a obter a energia, informação e recursos necessários para lhe dar resposta. *“A pessoa é agente intencional de comportamentos...é um ser único e sem cópias...sofrendo a influência do ambiente no qual vive e se desenvolvem...procura incessantemente o equilíbrio e a harmonia”* (OE, 2001b, p. 16).

Jean Watsom (1985), afirma que a formação de um sistema de valores humanísticos é o primeiro factor primeiro básico de Cuidar. Sugere, que as atitudes que deverão ser desenvolvidas nos futuros enfermeiros, sejam: a flexibilidade, a aceitação, o apoio incondicional, o toque, a competência, a amizade e a capacidade de acompanhar a pessoa nas suas decisões.

Segundo esta autora, o enfermeiro, por ser prestador de cuidados, a pessoa mais próxima, que mais tempo permanece junto do doente, torna-se uma figura fundamental como ser relacional, na construção do ambiente terapêutico e na adesão ao tratamento tornando-se mesmo, fonte de esperança de vida.

A concepção de cuidados é um elemento importante no exercício dos cuidados, na imagem e na identidade da profissão (Fernandes, 2007). Nesta perspectiva, o *Cuidado de Enfermagem* é prestado a cada pessoa de modo personalizado e num contexto relacional sendo, por isso necessário “recriar” o saber perante cada pessoa e em função dela própria.

Colière (1989) define o Cuidar como algo por vezes invisível. Cuidar é uma experiência antiga como o mundo e implica gestos de ternura e amparo. Também para esta autora (2003), o cuidar da nossa vida está na origem de todas as culturas, sendo necessário tomar conta da mesma com consciência e medida, desenvolvendo todas as maneiras de o fazer.

Na perspectiva de **Hesbeen** (2004, p.26), a necessidade da existência de um cuidado pode manifestar-se de diferentes formas, não apresentando nenhuma hierarquia específica, em que a primeira forma manifesta-se no *cuidar de si próprio*, não no sentido de egocentrismo, mas sim de uma chamada de atenção para a nossa forma de estar no mundo. No fundo, significa, pensar, imaginar sobre os nossos comportamentos e forma de estar no mundo que nos rodeia, não descurando o respeito que cada ser humano, com as suas características e respectiva história tem na sua dignidade, e que nunca a perderá, pois cada ser humano é uma parte da humanidade.

Também **Watson** (2002a, p. 59) reafirma o cuidar enquanto valor, dizendo que “*A identificação e reconhecimento do valor do cuidar vem em primeiro lugar e pressupõe o verdadeiro cuidar...*”, ou seja, o cuidar é tido em conta como um ideal moral, na medida em que envolve uma filosofia de compromisso moral, visando a protecção da dignidade humana e preservação da humanidade.

Waldow e Borges (2008) também referem, que o cuidado deve ser considerado como a essência humana do ser, de carácter universal, em que assume uma dimensão existencial, dependendo do contexto cultural inserido.

Habitualmente a decisão de nos tornarmos enfermeiros, surge no tempo em que nos questionámos acerca do que queremos ser. No entanto, no caso dos enfermeiros essa ideia de “vir a ser ou a tornar-se enfermeiro” é interiorizada um pouco de forma diferente comparativamente a outras alternativas profissionais.

Tornarmo-nos enfermeiros não consiste apenas numa questão de transmissão de conhecimentos e de aprendizagens. No fundo, é uma questão de termos atitudes, comportamentos e valores que vão influenciar o nosso pensamento, personalidade e estilos de vida. Podemos afirmar, que ser um bom enfermeiro não se limita apenas a adquirirmos conhecimentos teóricos actuais, mas na aquisição paralela do seu saber, desenvolveu uma moral com responsabilidades traduzidas numa prática pertinente,

atenta, sensata e moderada. Daí que a necessidade de formação e de desenvolvimento de sistema de valores, deve começar desde o início da vida e ter maior foco na formação teórica de base e após o curso base de enfermagem.

Salienta-se que num estudo realizado com alunos de enfermagem por Esperidião (2001), as conclusões foram congruentes com esta ideia, de que os alunos compreendam a formação académica centrada em conhecimentos técnico-científicos, considerando especialmente o atendimento das necessidades daqueles a quem prestam cuidados (utente/doente), sem descurar da sua própria pessoa, enquanto ser humano com necessidades próprias.

Definir o conceito de cuidar é pois algo muito complexo que tem influência da vivência pessoal de cada um, a forma como cada um se coloca perante a vida, os conhecimentos técnico-científicos adquiridos acerca do ser humano, as experiências vividas e o próprio desenvolvimento das atitudes e valores humanísticos. Todos os conceitos mencionados podem-nos suscitar questões fulcrais para a nossa maneira de estar enquanto cuidadores dos outros e de nós próprios e a reter ideias mais claras sobre o que constitui a essência da enfermagem – O CUIDAR.

Um estudo realizado a enfermeiros por Garrido (2000), referiu que o “cuidar com cuidado” surge como ideia chave dos testemunhos dos enfermeiros, em que a necessidade e a preocupação de realizarem os seus cuidados o mais correctamente possível, permitiria que os próprios fossem mais eficazes no acto de cuidar.

Aprende-se a cuidar, através de ser cuidada e também do cuidar de si. A experiência de cada um, influencia inevitavelmente, a sua maneira de cuidar.

1.3. O CUIDAR NA PERSPECTIVA DE JEAN WATSON

Watson define teoria como: “...um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um fenómeno” (2002a, p.8).

Como já foi mencionado anteriormente, as teorias de Enfermagem que assumiram o Cuidar (Caring) como a essência de enfermagem, pertencem à Escola do Caring. Esta escola, que tem como o centro o cuidar, tem como principais representantes; Madeleine Leininger e Jean Watson. Porque achamos que a Watson com a Teoria do Human Care (Cuidado Humano) seria muito importante e relevante para o enfermeiro enquanto ser humano que cuida de si e do outro, iremos abordá-la mais profundamente.

Jean Watson nasceu em 1940 no sul de West Virginia, cresceu numa família grande, sendo a mais nova de oito irmãos, com crenças firmes e princípios fortes. Em

1964 obteve o bacharelato em ciências de enfermagem na Universidade de Colorado em Boulder. Do seu largo curriculum referimos: o Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria em 1966 na Universidade de Colorado em Boulder. Foi premiada por alguns trabalhos e estudos desenvolvidos na área de enfermagem.

A primeira vez em que esta autora, surgiu com o modelo do cuidar foi no seu primeiro livro, em que ela se propôs a realizar de forma a servir de apoio ao desenvolvimento de um plano de estudos para o Bacharelato em Enfermagem. Este livro intitulado por: “The Philosophy and Science of Caring” (1985), tendo sido classificado pela autora, como um tratado sobre a enfermagem. Posteriormente, publicou a sua obra principal designada por : “ Nursing: human science and care, a theory of nursing” (1988).

A orientação de Watson é claramente fenomenológica, existencial e espiritual. As fontes teóricas que estiveram na base e evolução da sua teoria são diversas. Assim para o conhecimento em Enfermagem refere-se a Nightingale, Henderson, Kruter, Hall, Leininger, Gadow e Peplau; para o conhecimento Humanístico Existencial apoia-se no Maslow, Heidegger, Rogers, Erikson, Selye, Lazarus, Whitehead, de Chardin, Sarte e Gadows e para o conhecimento de forma a definir as características necessárias à Relação de Ajuda inspira-se em Rogers, Carhuff e Gazda.

Cuidar é, para Watson, um ponto de partida, uma atitude; é um desejo de empenhamento que se manifesta em actos, mas no entanto os transcende. Ultrapassa o momento de transacção humana enfermeiro-doente/utente, pois decorrendo das experiências humanas de ambas (seus campos fenomenológicos) passa a integrar essas experiências de tal forma que têm repercussões no futuro de ambas. Em que a prestação dos enfermeiros nos cuidados de saúde será evidenciada pela capacidade que tem em descrever o seu ideal de cuidar na sua prática. O aspecto curativo das actividades de enfermagem não constitui um fim em si mesmo, mas sim como parte do cuidado.

Segundo a autora, o “retrato” de Cuidar no modelo teórico, reflecte as suas influências existências e fenomenológicas, assim como o seu sistema de valores. Essas influências e valores, expostos nos postulados do modelo, enfatizam uma dimensão espiritual da vida, uma capacidade para o crescimento e mudança, um profundo respeito pela Pessoa e pela Vida humana, liberdade de escolha e a importância da relação intersubjectiva, e interpessoal enfermeira – pessoa. Watson vê a Enfermagem como arte e como ciência humana. Nesta última vertente, o contexto da ciência humana da Enfermagem baseia-se:

- Numa filosofia de liberdade humana, escolha e responsabilidade;
- Numa biologia e psicologia de holismo (pessoas não redutíveis, interrelacionadas entre si e a natureza);

- Numa epistemologia que permite não só o empírico mas também o avanço da estética, dos valores éticos, da intuição e dos processos de descoberta;
- Numa ontologia do tempo e do espaço;
- Num contexto de acontecimentos inter-humanos, processos e relações;
- Numa visão científica do mundo, que é aberta.

Watson focalizou-se, como já referimos, na base filosófica (existencial-fenomenológica) e espiritual do Cuidar, vendo este como ideal ético e moral da Enfermagem. As raízes fenomenológicas e existenciais da autora influenciam claramente a forma como define Cuidar: *“... o ideal moral da Enfermagem por meio do qual o fim é protecção, realce e preservação da dignidade humana. Human Care envolve valores, uma vontade e um compromisso para com o Cuidar, conhecimento, acções de Cuidar e consequências. Todo o Cuidar do ser humano está relacionado com a resposta intersubjectiva à saúde – doença, interacção pessoa – ambiente, um conhecimento do processo de Cuidar em Enfermagem, autoconhecimento e conhecimento do seu próprio poder e das limitações das transacções”* (Watson apud Cohen, 1991).

Watson não diferencia Cuidar, num sentido genérico, do seu sentido profissional ou do Cuidar profissional em Enfermagem, como fez Leininger. Conceptualiza o Cuidar como um processo interpessoal com dimensões transpessoais. O Cuidar transpessoal ocorre quando a enfermeira entra no campo fenomenológico da Pessoa; é a união espiritual entre duas pessoas que transcende o tempo, o espaço e a história de cada um. Esta transcendência permite, quer aos enfermeiros quer aos doentes/utentes, entrarem no campo fenomenológico um do outro.

A teoria de Watson baseia-se num sistema de valores que enfatiza um grande respeito pela Vida, o reconhecimento de uma dimensão espiritual da Vida e o reconhecimento do poder interno dos processos de human care; e propõe que os indivíduos envolvidos nestes processos valorizem as Pessoas e a Vida humana, e tenham o mais elevado respeito pela autonomia e pela liberdade de escolha. Tal fica de resto bem patente e é evidenciado pelos seguintes pressupostos:

“ O cuidar só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente;

O cuidar consiste em factores do cuidar que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas;

O cuidar eficiente promove a saúde e o crescimento individual ou familiar;

As respostas do cuidar aceitam uma pessoa não apenas como ela é actualmente, mas como pode vir a ser;

Um ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha melhor acção para si num dado momento;

O cuidar é mais promotor de saúde do que a cura. A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar à ciência do curar;

A prática do cuidar é vital para a enfermagem” (Watson apud Tomey e Alligood, 2004, p. 169).

Estes pressupostos de Jean Watson, permitiram que a mesma elabora-se a sua teoria do *Human Care*, através dos seus conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, podemos confirmar tudo o que foi referido anteriormente sobre a sua teoria.

Assim, Watson define pessoa :

”...valorizada em si mesma e para si mesma para ser cuidada, respeitada, nutrida, compreendida e auxiliada; em geral uma visão filosófica de uma pessoa como um ser completamente integrado funcionalmente. O homem é visto como maior e diferente que a soma de suas partes” (1988 apud George, 2000, p.258).

A pessoa é mais do que a soma das suas partes e diferente delas; cada uma desenvolve-se no seu campo fenomenológico, que nunca é conhecido por outra pessoa, podendo no entanto, segundo a autora, através da empatia ser possível começar a conhecer a realidade da outra pessoa.

Para Watson, saúde é a *”... unidade e à harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde também está associada com o grau de congruência entre o ser como percebido e o ser como apresentado “ (Idem).* Para ela, a saúde existe, quando há harmonia com o mundo e a pessoa está susceptível à mudança, o eu interiorizado é igual ao apresentado; a doença acontece quando não existe harmonia entre o eu interno e a pessoa. Além disso, Watson, refere que o indivíduo, define o seu próprio estado de saúde ou doença, pois ela considera a saúde como uma componente subjectiva na mente da pessoa.

Para Watson, o ambiente não é claramente definido, pois ela refere o mesmo como fazendo parte do mundo externo da pessoa, em que afirma que “cuidado” tem existido em todas as sociedades, em que a atitude de cuidar não transmitida de geração em geração através dos genes, mas sim pela cultura da profissão, como única forma de enfrentar o seu ambiente.

A enfermagem, constitui um outro conceito de extrema importância para este modelo teórico. Em que Watson define a enfermagem como *“...ciência humana de pessoas e experiências de saúde-doença humanas que são mediadas pelas transacções de cuidado profissionais, pessoais, científicos, estéticos e éticos” (Ibidem, p. 259).*

A enfermagem é definida, para Watson, como um processo intersubjectivo de transacção de um ser humano com outro (modelo de Human Care). Quando o enfermeiro entra no campo fenomenológico do outro que está a cuidar, de forma a detectar, avaliar e dar resposta às necessidades daquela pessoa a quem presta cuidados, começa então o *Human Care*. Para a autora, este consiste no ideal moral da enfermagem, procurando permanecer a protecção, preservação e promoção da dignidade humana. Este processo exige por parte dos enfermeiros uma vontade, compromisso (pessoal, social e espiritual), tendo para esta autora, que existir um sistema de valores.

Watson, identificou dez factores cuidativos, que constituem o fundamento sobre o qual os enfermeiros podem estudar e compreender a ciência do Human Care e como sendo aqueles que os enfermeiros utilizam na prestação de cuidados. E estes factores incluem a formação de um sistema de valores humanísticos e altruístas, a fé – esperança e sensibilidade para consigo próprio e para com os outros; sendo que estes três primeiros factores estabelecem, para a autora, o fundamento filosófico da ciência do cuidar (enfermagem). Além destes considera os seguintes: desenvolvimento de uma relação de ajuda – confiança; promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; uso sistemático do método científico de resolução de problemas; promoção de estratégias interpessoais de ensino – aprendizagem; provisão de um ambiente de suporte, protector e corrector mental, físico e sócio-cultural e espiritual; ajuda na satisfação das necessidades humanas e a aceitação de forças existenciais - fenomenológicas.

Passaremos a descrever um pouco mais detalhadamente estes factores, que consideramos mais relevantes para o âmbito do nosso trabalho, e que são os seguintes:

Assim, relativamente ao primeiro factor – **formação de um sistema de valores humanísticos e altruístas** – Watson considera que esses valores são aprendidos cedo na vida, desde a infância até à maturidade. Este sistema de valores, permite compreender a dinâmica de dar e receber na enfermagem, em que o cuidar constitui uma força que impulsiona e direcciona o encontro entre o enfermeiro e as outras pessoas, quer este esteja ou não consciente da sua própria filosofia e sistema de valores, eles afectam a capacidade de cuidar.

O sistema de valores, da autora, respectivamente à sua teoria do cuidar engloba:

“... o mais profundo respeito pelas maravilhas e mistérios da vida; o reconhecimento da dimensão espiritual em relação à vida e a força interior do processo de cuidar e da capacidade do indivíduo de crescer e mudar” (Watson, 1985, p. 11).

Consideramos e achamos ser importante que o enfermeiro que cuida de si, tenha este factor interiorizado e desenvolvido como sendo fulcral para a sua realização pessoal,

profissional e também que aquele cuidar que realiza ao outro permita estabelecer uma relação cuidativa eficaz.

Para Watson – **instilar fé – esperança** - este factor interage com a formação de um sistema de valores de forma a realçar os outros factores cuidativos.

O enfermeiro deve transmitir ao doente/utente um sentimento de fé e de esperança na enfermagem e no tratamento, para que este seja não só importante para si mesmo, mas sobretudo para o doente que vai depositar no enfermeiro confiança e acreditar na prestação dos respectivos cuidados.

Este factor poderá levar-nos a pensar que, sendo o enfermeiro responsável pela origem deste factor cuidativo, não deverá ter comportamentos saudáveis e uma vida de cuidado a si próprio, para que aquele a quem presta cuidados acredite na sua prestação?

Por outro lado a única forma de desenvolver a **sensibilidade para consigo próprio e para com os outros** – o terceiro factor, que juntamente com os dois anteriores estabelece, para a autora, a fundamentação filosófica da Enfermagem – é reconhecer e “sentir” sentimentos: “ser humano é sentir”, apesar de que, na maior parte das vezes, as pessoas permitem-se “pensar os seus pensamentos” mas “não sentir os seus sentimentos”. Este factor leva à auto-realização, através da auto-aceitação e crescimento psicológico e favorece a prestação de cuidados holísticos: “... a enfermeira que reconhece e usa a sua sensibilidade e sentimentos promove o auto-desenvolvimento e a auto-realização e é capaz de encorajar o mesmo crescimento nos outros (...) sem este factor o Cuidar em Enfermagem falha” (Watson, 1985).

Quando os enfermeiros se esforçam por aumentar a sua sensibilidade, a sua autenticidade aumenta, o que reforça o seu crescimento e respectiva realização pessoal, isto no que diz respeito à pessoa do enfermeiro e também aqueles que interagem com o mesmo. Watson afirma que:

“ A mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma. O cuidado de enfermagem pode ser, e é, físico, processual, objectivo e real, mas, no mais alto nível da enfermagem, as respostas de cuidado humano das enfermeiras, as transacções de cuidado humano e a presença das enfermeiras na relação transcendem o mundo físico e material, presas no tempo e no espaço, e fazem contacto com o mundo emocional e subjectivo da pessoa, como caminho para o self interior e para uma sensação mais elevada do self” (1988, apud George, 2000, p. 255).

Aos enfermeiros que constantemente tem contacto com as dimensões básicas e fundamentais de vida humana, levando a ter uma profissão considerada extremamente desgastante, é-lhes quase como exigido um equilíbrio físico e emocional de forma a serem eficazes e eficientes, sem no entanto abdicarem de serem pessoas. Esta ideia

contraria aquela imagem, de que realmente o enfermeiro deve deixar fora do hospital os seus problemas, sentimentos, pois como qualquer pessoa possui sentimentos, que deveram ser valorizados e não permanecidos no esquecimento.

O sentir os sentimentos, muitas vezes pode desencadear situações ameaçadoras, levando ao descontrole dos mesmos. Daí que será muito mais fácil escondê-los, negá-los, ignorá-los ou deixar-se consumir por eles.

Aqueles enfermeiros que escondem os seus sentimentos são incapazes de permitir aos outros expressar ou explorar os seus, levando assim ao falhanço no cuidar em enfermagem. Sem se ter saúde, como se pode contribuir para a saúde dos outros? Sendo fundamental e necessário, aceitar e reconhecer os seus próprios sentimentos de forma a poder aceitar os sentimentos dos outros, de forma autêntica e genuína.

O **desenvolvimento de uma relação de ajuda – confiança** depende dos três factores atrás referidos, e está intimamente relacionado com o factor promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos. Para Watson, a qualidade de uma relação com outra pessoa é o elemento mais significativo na determinação da ajuda efectiva e os três factores inicialmente identificados determinam essa mesma relação.

Uma relação de ajuda – confiança promove e aceita a expressão de sentimentos (positivos e negativos). Envolve congruência, empatia, calor não possessivo e modos de comunicação efectiva. A congruência envolve o ser real, honesto, genuíno e autêntico; empatia representa a capacidade de experimentar e assim compreender as percepções e os sentimentos das outras pessoas, e comunicar-lhes/devolver-lhes essa compreensão; o calor não possessivo é demonstrado, por exemplo, por um volume de voz moderado, uma postura relaxada e aberta e expressões faciais congruentes com outras comunicações; finalmente a comunicação efectiva engloba todos os componentes da resposta (cognitivos, afectivos e comportamentais) utilizados para transmitir uma mensagem a outra pessoa.

Para a autora, **a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos**, é uma experiência não isenta de riscos quer para o enfermeiro quer para o doente. O enfermeiro deve estar preparado para perceber e detectar sentimentos negativos. Deve também, por seu lado, ser capaz de reconhecer e entender que a compreensão intelectual de uma situação é pois, diferente da compreensão emocional.

O **uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões** para Watson, este factor é tão importante para a ciência do cuidar como para a abordagem humanística. Em que o uso sistemático deste método levará a enfermagem e os enfermeiros à prática do cuidar.

O uso do método científico não querará significar necessariamente que este é o único que pode dar novos conhecimentos. Jean Watson, afirma que *“só porque algo não pode ser validado cientificamente, não quer dizer que não exista. Pode apenas significar, que o método científico é inadequado ou inapropriado para estudar ou investigar o fenómeno em questão”* (1985, p.56). A atitude para solucionar o conflito entre usar um método científico ou outro método para esta autora, é perceber que filosoficamente há abordagens diferentes para olhar a natureza da realidade.

O factor da **promoção do ensino/aprendizagem interpessoal** é um importante conceito para a enfermagem, na medida em que a educação para a saúde é uma das suas principais funções. Permite ao doente/utente ser informado e transfere grande parte da responsabilidade pelo bem-estar e saúde do próprio. Através de técnicas de ensino-aprendizagem a enfermeira ajuda o doente/utente a autocuidar-se, a determinar as suas próprias necessidades e a promover o seu próprio crescimento. Este processo é bidireccional, pelos que os enfermeiros devem concentrar-se nas aspectos de ensino, bem como nos seus componentes interpessoais e de aprendizagem.

Na provisão de um ambiente de suporte, protector e corrector mental, físico e sócio-cultural e espiritual - são incluídas as funções e actividades da enfermagem que promovem a saúde, previnem a doença ou cuidam dos doentes.

Watson sugere que os enfermeiros usem instrumentos já testados e validados para avaliar a capacidade individual e o stress das pessoas de forma a se ajustarem e servirem de ajuda no planeamento dos cuidados.

Para esta autora, a influência do ambiente externo, engloba a importância do conforto; da privacidade e da segurança de actividades que visem a protecção, correcção e auxílio desse mesmo ambiente face ao doente e de um ambiente (interno/externo) limpo e estético, que nunca deverão ser descuidados, uma vez que estão intimamente ligados à qualidade dos cuidados de enfermagem.

A ajuda na satisfação das necessidades humanas – este factor para Watson é importante, tendo nomeadamente em vista o papel de ajuda do enfermeiro: ajuda à pessoa nas suas actividades de vida, assim como na “facilitação” e promoção do seu crescimento e desenvolvimento. Essencial é também aqui para o enfermeiro que, para além de identificar as necessidades humanas do outro, seja capaz de reconhecer as suas próprias. Para a autora a melhor abordagem da enfermagem, enquanto ciência do cuidar, às necessidades humanas consiste numa: *“...abordagem holística- dinâmica que sintetize os componentes biofísico, psicofísico, psicossocial e intrapessoal na compreensão da motivação e adaptação individual e de grupo, na saúde – doença”*(Watson, 1985, p.108).

Watson, criou uma hierarquia de necessidades que considera relevante para a ciência do cuidado na enfermagem, baseadas na hierarquia de cuidados similar de Maslow, ordenando-as da maneira que apresentamos no quadro 2.

Quadro 2- Hierarquia das necessidades humanas básicas segundo Jean Watson.

NECESSIDADES DE ORDEM INFERIOR (Necessidades Biofísicas) Necessidade de alimentos e líquidos Necessidade de eliminação Necessidade de ventilação	Necessidade de Sobrevivência
NECESSIDADES DE ORDEM INFERIOR (Necessidades Psicofísicas) Necessidade de actividade-inactividade Necessidade de sexualidade	Necessidades Funcionais
NECESSIDADES DE ORDEM SUPERIOR (Necessidades Psicossociais) Necessidade de auto-realização Necessidade de filiação	Necessidades Integradoras
NECESSIDADE DE ORDEM SUPERIOR (Necessidades Intra e Interpessoais) Necessidade de auto-actualização	Necessidades de Busca de Crescimento

Fonte: adaptado de George, 2000, p.256-257.

Assim sendo, a finalidade global da satisfação das necessidades humanas não se deve perder no processo de atenção específica a algumas necessidades mais básicas, como por vezes na prática acontece. Satisfazer ou contribuir para a satisfação de determinada (s) necessidade (s) humana (s) não deve ser encarado como um fim em si mesmo, antes como uma forma de alcançar um objectivo mais global. O enfermeiro tem de estar preparado para identificar ou antecipar as necessidades que possam ser importantes para determinados processos de saúde-doença. As pessoas ao longo do seu ciclo vital vão passar por processos de transição que podem causar ou não processos patológicos, caso as mesmas não estejam nas melhores condições de equilíbrio.

Aceitação de forças existenciais – fenomenológicas – “A *fenomenologia* descreve dados sobre a situação imediata que ajudam as pessoas a compreender os fenómenos em questão” (Watson, 2002a, p.169).

Watson, considera que o enfermeiro tem a responsabilidade de ir para além dos dez factores cuidativos para poder desenvolver a promoção da saúde através de acções preventivas. Este objectivo é concretizado através do ensino à pessoa de forma a alterar comportamentos para promoverem a saúde, possibilitando: apoio situacional; ensinando

métodos de resolução de problemas, avaliando as capacidades da pessoa face a lidar com a mudança e à adaptação de perdas.

Segundo esta autora, este factor é considerado difícil de compreender, no entanto é incluído por possibilitar uma experiência de reflexão e de uma melhor compreensão de nós próprios e dos outros. Pela experiência profissional, pensamos que o momento próprio do cuidar é um momento único no tempo e no espaço, onde decorrem experiências e troca de percepções. Sendo a arte do cuidar transpessoal em enfermagem, um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, em que permite que a pessoa desenvolva um elevado sentido do seu ser e de harmonia com a sua mente, corpo e alma.

Watson (2002a) descreve a relação transpessoal como uma forma especial da relação de cuidar, transpessoal refere-se a uma relação intersubjectiva, relação essa em que as duas pessoas envolvidas (enfermeiro /doente), consideram a pessoa no seu todo, assim como a sua forma de estar perante o mundo como sendo única. Refere ainda que ocorre uma união espiritual entre as duas pessoas, onde ambas são capazes de se transcenderem a si próprias (*self*), ao tempo, ao espaço e mesmo à história das suas vidas. Por outras palavras, o enfermeiro partilha a experiência (campo fenomenológico) e entra no mundo subjectivo de um e o outro partilha a experiência do enfermeiro, expressando de tal forma essa união que ambos experimentam uma libertação.

Watson (2002b, p. 128) refere na estrutura pós-moderna, transpessoal, de cuidar-curar, as seguintes premissas:

- “- Há uma visão expandida da pessoa e o que significa ser humano (...).*
- Reconhecimento do campo de energia humano, do campo de energia de vida e do campo universal da consciência (...).*
- A consciência de cuidar-tratar torna-se primária para o profissional de cuidar-curar.*
- O cuidar potencia a cura, o todo.*
- Modalidades de cuidar-curar (arquétipo feminino sagrado da enfermagem) foram excluídas dos sistemas de enfermagem e de saúde; o seu desenvolvimento e reintrodução são essenciais para os modelos pós-modernos transpessoais de cuidar-curar e de transformação.*
- Processos de cuidar-tratar e relações, são considerados sagrados.*
- A consciência unitária como a visão do mundo e a cosmologia; isto é, visualizando a conectividade de tudo.*
- O cuidar como um imperativo moral para a sobrevivência Humana e planetária.*

- *O cuidar como uma agenda global convergente para a enfermagem, tal como para a sociedade”.*

Actualmente, os enfermeiros devem aprender ou reaprenderem a cuidar de si próprios, de forma a reconhecerem e atribuírem a importância da necessidade de se auto-cuidarem como sendo imprescindível e essencial para o cuidar dos outros. No fundo, ninguém pode dar ao outro o que não tem, daí que seremos mais eficazes no acto de cuidar, se promovermos o bem-estar daquele que cuidamos sem esquecermos do nosso próprio.

Elaboramos um estudo sobre como os enfermeiros, sendo pessoas, cuidam de si próprios, levando a repensarmos no enfermeiro, enquanto ser humano, o como ele cuida de si, qual a importância e implicações desse seu cuidar para consigo próprio.

2. A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NUM BLOCO OPERATÓRIO

Os **Blocos Operatórios** caracterizam-se por áreas físicas com elevados recursos humanos para prestar cuidados a doentes em estados críticos, de uma forma rápida e eficaz. O trabalho aí desenvolvido é complexo e intenso, e como tal os Enfermeiros precisam de estar preparados para atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes que requerem e exigem predominantemente aquisição de conhecimentos específicos e grande habilidade para tomar decisões.

O BO é uma unidade cirúrgica, fechada e isolada do exterior, cuja concepção deverá depender da população a que se destina, às especialidades cirúrgicas e tipos de cirurgia a que se deverá dar resposta, da tecnologia de apoio bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para dar uma resposta positiva.

As características deste serviço devem-se ao tipo de cuidados que aí são prestados.

A prática de enfermagem num BO constitui uma área especializada da prestação de cuidados de enfermagem que está relacionada com as questões de dinâmica do processo de cuidar deste serviço. Assim sendo, torna-se fulcral a adequada preparação profissional e pessoal que constitui um importante factor e instrumento para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados numa unidade (Silva, Sanches e Carvalho, 2007), caracterizam-se como “...*ambientes tensos, locais onde a morte é uma constante (...), de ruídos excessivos, de invasão de privacidade, ...*” (Idem, p.3).

Os enfermeiros perioperatórios necessitam de terem conhecimentos científicos, práticos, assim como técnicos de forma a tomar decisões rápidas e coerentes, transmitindo segurança a toda equipa contribuindo especialmente para a diminuição dos riscos de vida do doente. A tecnologia presente (em permanente evolução), os

progressos nas áreas de diagnóstico e tratamento, a complexidade dos estados clínicos dos doentes relacionados com os elevados níveis de conhecimento levando a que os cuidados prestados sejam caracterizados como instrumentais e raciocinais (Silva, Sanches e Carvalho, 2007).

“ A tecnologia é objecto de apropriações e usos sociais que podem ser instrumentalizados para a redefinição das relações e práticas interpessoais” (Lopes, 2001, p.171).

A Enfermagem perioperatória é definida como o:

“conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo Enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si) pelo qual, o Enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado”. (AESOP, 1994).

Na generalidade, a prática de Enfermagem Perioperatória, fundamenta-se em três padrões:

- Interligação entre os três diferentes períodos, pré, intra e pós-operatório, tendo por objectivo os cuidados ao doente cirúrgico;
- A continuidade dos três períodos é assegurada pela coordenação e as directrizes que respondem às necessidades das normas técnicas, como base no suporte de informação uniforme, na aceitação das práticas para todos os doentes cirúrgicos;
- A intersecção, entre os conhecimentos teóricos/científicos/humanísticos, é da responsabilidade profissional de quem processa as tomadas de decisão (Cabral, 2004).

Podemos afirmar que os **Cuidados de Enfermagem Perioperatória** tem como objectivo a promoção, prevenção e segurança do doente/família durante um período concreto de vivência cirúrgica (intervenção cirúrgica ou qualquer tipo de técnica invasiva), assegurando a continuidade de cuidados de enfermagem. Partem também dum conhecimento prévio da pessoa, das suas necessidades através da visita pré-operatória, para que possa ser feito um planeamento e uma intervenção personalizada, terminando com uma avaliação dos cuidados através da visita pós-operatória. Os cuidados de enfermagem perioperatória requerem uma preparação dentro da área específica onde se inserem, sendo quatro o tipo de intervenções e que são complementares, podendo haver rotatividade entre elas: circulante, instrumentista, anestesia e UCPA. Executando estas diversas funções, o enfermeiro perioperatório deverá estar sempre em sintonia com o que se está a passar na sala, como elemento da equipa cirúrgica que integra.

Esta situação de rotatividade tem vantagens que devem ser valorizadas, pois permite a polivalência de funções, uma melhor gestão de recursos humanos,

nomeadamente em situações especiais, como em emergências, calamidades, férias, formação de elementos, entre outras. Outro aspecto que nos parece relevante é o facto de os enfermeiros perioperatórios poderem ter uma maior visão e consciência da amplitude das suas competências, da complementaridade, que pensamos favorecerá e valorizará o trabalho em equipa.

Resumindo, o enfermeiro perioperatório deverá ser preparado para ter intervenções polivalentes, isto é, estar apto a exercer qualquer uma das funções: instrumentar, circular, ajudar na anestesia e prestar cuidados na UCPA, em qualquer situação, durante as três fases, anteriormente descritas.

O trabalho no Bloco Operatório foi, é e pensamos que só será sempre desenvolvido em equipa. Equipa de enfermagem, onde terá de haver uma grande cumplicidade e também por uma equipa multiprofissional, onde cada elemento desempenha funções específicas e devidamente definidas, contribuindo todos para um objectivo comum, que é cuidar do doente com qualidade e em segurança (AORN, 2004b).

Para que o trabalho em equipa funcione a 100%, é necessário, haver uma boa coordenação, um empenho efectivo de todos os seus elementos, tendo como base o respeito mútuo e o reconhecimento de trabalho complementar onde todos são fundamentais.

Segundo Marques *et al.* (2006), num BO verifica-se cada vez mais funções técnicas e específicas, um maior número de situações de urgência/emergência, uma maior selecção de necessidades consoante as prioridades e em simultâneo um maior nível de exigência na aquisição das competências dos Enfermeiros. No seu dia-a-dia, os profissionais de enfermagem deparam-se com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, podendo levar a um choque com os seus próprios valores, cultura, princípios, sentimentos, código deontológico, moral, ética, enfim...Num BO, um ambiente rodeado de muita tecnologia pode conduzir a uma menor humanização dos cuidados de enfermagem, assim como um afastamento do cuidar por parte dos enfermeiros. O enfermeiro deve equilibrar a tecnologia com a humanização dos cuidados, isto é, a tecnologia deve ser encarada como aliada a prestar cuidados com qualidade na dicotomia do cuidar/humanizar o paciente na sua essência humana (Valadas, 2000).

“...a humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença neste contexto, que são, além do paciente, a família, a equipa multiprofissional e o ambiente” (Vila e Rossi, 2002, p.2).

A Enfermagem Perioperatória tem avançado através dos trabalhos que se têm desenvolvido localmente e a nível mais alargado, tendo como finalidade a definição e

demonstração de que esta área de cuidados tem uma “identidade” própria, pela demonstração e justificação da especificidade das suas práticas, assim como, tem uma preocupação comum a todos os enfermeiros em geral: apostar na qualidade através da segurança, promovendo a continuidade de cuidados assegurando a visão holística do utente (Cabral, 2004).

Podemos afirmar que a Enfermagem Perioperatória é única: isto implica um serviço especializado durante o período perioperatório, que tenha como prioridades prestar cuidados de enfermagem ao doente e família, dando continuidade aos cuidados iniciados noutros serviços e prestar a individualidade das necessidades dos doentes.

Os enfermeiros operatórios, desenvolvem as suas práticas de cuidados, perante esse ambiente complexo e tecnológico, o que leva a presumir que o Enfermeiro mobilize constantemente os seus conhecimentos profissionais e respectiva formação. Não podendo esquecer que os enfermeiros perioperatórios, são pessoas vulneráveis, como qualquer outro ser humano (Waldow e Borges, 2008) que diariamente estão expostos a situações de risco, de dor, de sofrimento e de stress. Nesta linha de pensamento podemos questionar-nos se: “...*cuidar de quem cuida é essencial para se poder cuidar terapeuticamente de outros*”? (Silva, Sanches e Carvalho, 2007, p.7).

3. A SAÚDE, DOENÇA E TRABALHO DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO

O conceito **trabalho** é muito familiar para todos nós, apesar de o mesmo sugerir diferentes percepções e estímulos. A palavra trabalho provém do latim *Tripalium*, referindo-se a um incómodo, a uma tortura ou até mesmo como um castigo. No dicionário da língua portuguesa (2008), o trabalho consiste no acto ou efeito de trabalhar, ou ao exercício de uma actividade humana, manual ou intelectual, produtiva.

Com o evoluir do tempo estes conceitos foram abandonados progressivamente, permitindo uma liberdade no desenvolvimento individual e económico, que se estendeu aos nossos dias.

Actualmente, as novas teorias sugerem que o conceito de trabalho traduz-se num meio de sobrevivência económica, e para outros representa-se como uma necessidade pessoal e psicológica, na procura da valorização da vida da pessoa.

Não podemos esquecer a essência da vida, pois como seres humanos temos de dar - lhe valor enquanto a mesma existe, cuidando de nós próprios fisicamente e psicologicamente. O realizar as coisas com amor, dedicação, carinho e vontade, torna as mesmas mais fáceis de fazer.

A OMS (2010), define a **saúde** como um estado completo bem-estar físico, mental e social e não uma mera ausência de doença ou enfermidades. Para esta organização, saúde constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de partido político, de posição social ou económica.

Cada vez mais a tendência é para não haver um conceito de saúde generalizado, mas sim de que a saúde é acreditar-se, para além da parte física, num sentimento individual.

A ideia de saúde, também está associada a uma ideia de normalidade, ou seja, em que o normal é aquilo que é útil para o estado do ser humano conforme as representações das suas componentes físicas, afectivas, estéticas e morais, trazidas por nós próprios ou do mundo externo, de acordo com a concepção face às escolhas consideradas como definitivas. Sendo neste padrão de normalidade que consideramos estar de *boa saúde*.

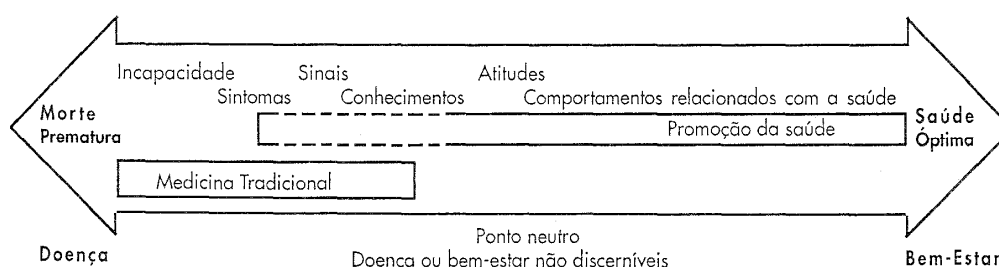
Segundo Honoré (1996) *apud* Hesbeen (2001) refere que a saúde faz parte de cada um de nós, sendo essencial para a existência humana.

A concepção de saúde para OE (2001a, p. 5), é definida como “...a *representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual*”.

A saúde segundo Honoré (2004, p.158), “...*não é compreendida somente como ausência da doença...*”, em que descreve que a existência de saúde predispõe vida e considera que o olhar sobre si próprio constitui uma característica para a saúde existir.

As variações na saúde e doença podem ser ilustradas no modelo contínuo de saúde/doença, como pode ser observado através da figura 1.

Figura 1- Modelo de contínuo de saúde/doença.



Fonte: adaptado de O'Donnel, 1986 (Rogers, 1997, p.300).

Neste modelo não está determinado um ponto exacto onde termina a saúde e começa a doença. Ambas são de natureza relativa, porque cada pessoa tem uma extensão ou latitude onde pode ser considerado com saúde ou doença. A adaptação e

exercício eficaz das funções de cada um, indica que a pessoa está na linha da saúde. Boa saúde e a área da promoção da saúde implicam uma adaptação contínua. Da falha na adaptação resulta a doença.

Perante a **doença**, do ponto de vista individual podemos encontrar quatro tipos de pessoas: aquelas que estão bem e sentem-se bem; aquelas que estão bem e sentem-se doentes; as que estão doentes e sentem-se bem; as que estão doentes e sentem-se doentes. Esta tipologia pensamos que retrata o contínuo de saúde/doença de forma individual.

O trabalho e a saúde são dois aspectos que estão intimamente relacionados. O trabalho permite o desenvolvimento das capacidades físicas e intelectuais de cada pessoa, constituindo dessa forma uma fonte de risco para a saúde de um profissional de saúde especificamente o enfermeiro.

A saúde no trabalho é descrita por um equilíbrio entre as necessidades, aquisições e expectativas do enfermeiro e respectivas exigências e expectativas do seu trabalho. Daí, a importância da política de prevenção dos factores prejudiciais para a saúde dos enfermeiros, tendo em consideração necessidades específicas e essências que passa por criar um ambiente de trabalho saudável, de forma a adaptar às necessidades e capacidades de cada um. Se tal suceder, as condições para uma boa relação de trabalho estarão criadas o que favoreceram um bem-estar físico e psicológico.

A OMS (2006) *apud* ICN (2007) identificou a crise global na força de trabalho da saúde, referindo vários e complexos motivos para essa crise nos cuidados de saúde, atribuindo relevância aos ambientes de trabalho pouco saudáveis como justificação evidente para essa mesma.

Os ambientes pouco saudáveis afectam a saúde física e psicológica dos enfermeiros devido ao “...*stress de cargas laborais excessivas, horários prolongados, baixo estatuto profissional, relações difíceis no local de trabalho, problemas no desempenho dos papéis profissionais e uma diversidade de riscos no local de trabalho*” (ICN, 2007, p. 7).

“ Um ambiente de trabalho saudável é um ambiente para a prática que maximiza a saúde e o bem-estar dos enfermeiros...” (ICN, 2007, p. 9).

São vários os factores que interferem com a qualidade dos ambientes de trabalho dos enfermeiros, entre eles temos:

A **Satisfação Profissional** está relacionada com a forma como os enfermeiros se sentem no que respeita à sua vida laboral. Um estudo realizado por Weisman e Nathanson (1985) *apud* ICN (2007) constatou que o nível de satisfação profissional dos enfermeiros era o factor mais relevante do nível associado à satisfação do doente. Não

descurando, a dificuldade de se medir, pelo facto de esta se encontrar intimamente relacionada com questões económicas e sociais associadas à existência de ambientes de trabalho adequados.

“A satisfação dos enfermeiros também é afectada por factores globais, tais como o apoio por parte do governo, suporte de infra-estruturas físicas e compromisso do empregador com os serviços de enfermagem” (ICN, 2007, p.17 e 18).

As deficiências institucionais nos recursos materiais e humanos, nos materiais e manutenção adequada do equipamento conduzem à progressiva deterioração dos serviços de saúde (sobretudo nos serviços do estado) e criam desta forma insatisfação profissional. Este estudo, constatou que as condições de trabalho, constituídas por diversos elementos, tais como salários, benefícios, volume de actividade, horas e turnos, estavam presentes em todos os testemunhos prestados pelos profissionais como sendo um dos motivos para a demissão (Anselmo, Angerami e Gomez, 1997 *apud* ICN, 2007).

Segundo um estudo realizado por Global Nursing Workforce Project *apud* ICN 2007, os principais factores que causavam insatisfação profissional seriam as más condições de trabalho (incluindo deficiências no ambiente de trabalho), a remuneração inadequada e a formação ou qualificações inadequadas.

As **más Condições de Trabalho** – implica a existência de uma correlação directa entre a motivação para o trabalho e a satisfação com as condições de trabalho e todos os indicadores envolventes na estrutura organizacional da instituição.

“Compreendemos que a actual situação das organizações de saúde portuguesas, em que muitas se confrontam com uma grande instabilidade das equipas de enfermagem relacionadas com os modelos de contratação em uso (em que um número significativo de enfermeiras são contratadas precisamente por períodos de seis meses ou interiores!) e em que a rotatividade de clientes é elevada e associada a permanências nos serviços, não favorece de todo que haja tempo e motivação para introduzir mudanças significativas a nível da prestação de cuidados...” (Leal, 2006, p.38).

O ICN e as suas Associações Nacionais de Enfermeiros apoiam e defendem por um processo de recrutamento regular baseado nos princípios éticos que guiam a tomada de decisão informada e reforçam-se nas políticas de emprego sadias por parte dos governos, empregadores e enfermeiros, suportando práticas de recrutamento e pagamento justas assim como práticas de retenção (ICN, 2007).

A **Remuneração Inadequada**, *“a remuneração é importante e tem um impacto positivo na satisfação dos enfermeiros, evidenciando a importância deste factor face à situação em que se encontram”* (OE, 2004, p.275).

O ICN e as Associações Nacionais de Enfermeiros devem definir políticas locais e nacionais centradas nas condições de trabalho e que encorajem uma melhor prática de enfermagem baseada na evidência. Os enfermeiros devem exercer o seu trabalho num ambiente favorável à qualidade dos cuidados prestados, de forma a promover a sua saúde e segurança ocupacional (ICN, 2007).

A **Formação ou Qualificações Inadequadas** – consiste no tempo, de que o pessoal necessita, para trabalhar numa ambiente organizacional que favoreça a aprendizagem e respectivo crescimento profissional. Não esquecendo, que a melhoria contínua da qualidade no trabalho realizado deve ser um processo contínuo, e consiste num factor relevante para fazer a distinção da forma como os cuidados de saúde se encontram organizados dentro da instituição, de forma adequada e boa, comparativamente com outra superior e melhor (Tappen, 2005).

“ A qualidade nunca é um acidente; é sempre o resultado de um esforço inteligente”(Idem, 2005, p.446).

Nos cuidados de saúde, os enfermeiros tem a obrigação especial de se esforçarem para atingir a perfeição, porque, em vez de fazerem produtos, servimos as pessoas...e para tal devem trabalhar em condições apropriadas e com qualidade para a sua própria saúde e segurança, assim como a do doente (*Ibidem*, 2005).

As administrações devem proporcionar e encorajar o pensamento crítico, desenvolver programas de formação contínua e facilitar a idealização e construção de ideias inovadoras e de projectos compensatórios para o próprio desenvolvimento profissional e pessoal (*Ibidem*, 2005).

O estudo de Cabral (2004), provou que a área perioperatória requer formação especializada, contribuindo para que a *“...a enfermagem fique um pouco mais rica e sobretudo lutar pela qualidade dos cuidados, rumo à excelência”* (Cabral, 2002, p.11).

A OE (2004), reforça que os enfermeiros vão fazendo a sua formação de forma interdisciplinar. Atribuindo uma grande importância para a formação, relativamente à qualidade do trabalho desenvolvido, pois sem esta, não haveria crescimento e progresso pessoal e profissional relevantes e, que a possibilidade de desenvolver e apoiar formações também teria um impacto positivo para a própria vida e satisfação dos enfermeiros.

As **Dotações Seguras e Adequadas** - consistem na segurança dos profissionais de enfermagem devido a: Cargas laborais suportáveis; Menos *stress*; Maior satisfação profissional; Menores níveis de absentismo, de rotação de pessoal e *burnout* (ICN, 2007).

Torna-se, portanto, imprescindível dotar os serviços com um número adequado de profissionais para que a qualidade e a segurança dos cuidados não seja posta em causa

(Sousa, 2006; Aesop, 2010). Dotações não correctas acarretam problemas de ordem ética e deontológica, tanto para aqueles que prestam cuidados, tanto para aqueles que têm a responsabilidade de gerir os recursos disponíveis nos serviços. Isto implica um maior risco de insatisfação por parte dos enfermeiros, o que acarreta como efeito negativo o aumento do absentismo (*Idem*).

É visível em muitos países a definição de um número de horas máximas que um trabalhador poderá exercer num respectivo sector, segundo as normas de trabalho, considerando a segurança, prioritária no local de trabalho (como é o caso da transportação, e aviação), mas no caso dos profissionais d saúde, como é o caso dos enfermeiros, é raríssimo verificar essa protecção (ICN, 2001).

“A carga de trabalho está positivamente correlacionada com o stresse, ou seja, quanto maior for a carga de trabalho mais frequentes são os sintomas de stresse, como seria de esperar (...) destacamos a relação positiva das práticas de formação com os resultados percebidos pelos inquiridos, o mesmo se passando com a carga de trabalho” (OE, 2004, p.269).

As principais razões atribuídas pelo ICN (2001) para o trabalho por longos períodos, são nomeadamente: a pressão no trabalho (quantidade de trabalho elevada, aumento das exigências, menos pessoal e orçamentos diminuídos); organização do trabalho (em alguns casos a falta de prioridades e a ineficiência individual podem aumentar a quantidade de trabalho); aspectos culturais (gerado pelo exemplo dos chefes trabalharem por longos períodos, pela pressão dos pares, pela insegurança no trabalho e pelos indivíduos sentirem a sua posição ameaçada); um forte compromisso entre os indivíduos para com o seu trabalho, colegas e doentes assim como uma necessidade de aumentar o seu poder de compra. Algumas destas razões, senão todas, são relevantes para os enfermeiros.

As **Cargas Laborais Excessivas** – em que existe uma ausência de adequação do trabalho que é exigido aos enfermeiros e aquele que os próprios conseguem prestar de forma razoável, levando a ameaçar a própria saúde dos enfermeiros e colocando os doentes em risco (ICN, 2007).

O **Trabalho por Turnos** deve ser considerado um problema de saúde pública global. Pelas características do seu trabalho, os enfermeiros são comprometidos nas suas necessidades psicológicas, como é o caso do trabalho por turnos, para além dos riscos profissionais a que estão sujeitos.

Os horários rotativos/ por turnos provocam alterações na saúde e no bem-estar dos trabalhadores (Cabral, 1997), mas nem sempre é avaliado de forma negativa pelos trabalhadores (Azevedo, 1980, *apud* Cruz, 2003).

Os enfermeiros que fazem turnos, sofrem muitos problemas de adaptação, nomeadamente fisiológicos e sociais. Um dos problemas mais importantes é o sono. O sono consiste numa das necessidades biológicas fundamentais, uma exigência indispensável à sobrevivência, bem-estar e eficiência do próprio indivíduo.

Estudos realizados, descritos por Esteban (1995), não em enfermagem mas noutras profissões que têm trabalho por turnos, chamam a atenção para o facto de 60% dos trabalhadores que praticam trabalho nocturno terem perturbações do sono, contrapondo com 11% dos trabalhadores em horários considerados normais.

Os horários rotativos/por turnos alteram mais o ritmo de descanso do que quando o horário é praticado no chamado regime de horário fixo; com frequência os trabalhadores por turnos sofrem de sonolência durante a sua actividade e têm alterações do seu estado de vigília. A diminuição da profundidade do sono atinge consequentemente o trabalho, pois a pessoa perde a sua eficácia, dando lugar à fadiga persistente. Progressivamente vai aumentando a fadiga mental e física, ao mesmo tempo que diminui a possibilidade de recuperação. O resultado final, pode mesmo vir a ser a inversão do ritmo do sono/vigília, pelo que o sono se caracteriza por insónia, e a actividade por sonolência (Barboza, *et al.*, 2008).

O sono diurno é mais agitado e menos repousante daí a necessidade de nestes enfermeiros haver um período razoável de descanso entre dois turnos nocturnos (Martino, 2002). A acrescer a estes problemas, há ainda o facto de um número razoável de enfermeiros praticarem regime de acumulação o que significa que nem sempre repousam logo após o horário nocturno.

As afecções patológicas descritas como mais afectantes e associadas ao trabalho por turnos, são as alterações cardíacas, psicológicas e gástricas. A estas somam-se as alterações dos hábitos alimentares e períodos de lazer.

Quanto às horas extraordinárias e se não forem criados guias orientadores para as horas de descanso após períodos de trabalho, a carga destas exigências física e mental terão efeitos negativos nos doentes assim como nos enfermeiros (ICN, 2001).

Nos cuidados de saúde, os enfermeiros enfrentam constantemente situações de vida ou morte. O trabalho por turnos, as horas extraordinárias, a escassez de pessoal, constituem factores desencadeantes para stressar os enfermeiros (Tappen, 2005).

Muitos estudos indicam que o **stress** é considerado um problema ocupacional na enfermagem, independentemente da especialidade a exercer. A realidade é que os enfermeiros perioperatórios estão mais expostos a doentes mais críticos e a ambientes tecnologicamente mais avançados. É frequentemente sugerido que o **stress** influencia as

peçoas para o seu próprio bem-estar físico e psicológico no trabalho. Estudos realizados por Caregnato e Lautert (2005); Cavalheiro, Junior e Lopes (2008); Guerrer e Bianchi (2008) e por Schmidt *et al.* (2009) a enfermeiros reconheceram que no dia-a-dia destes profissionais estão presentes agentes stressores, sendo necessário desenvolver mecanismos e estratégias individuais e de grupo saudáveis de forma a diminuir esta ocorrência de *stress* ocupacional.

Um estudo desenvolvido a enfermeiros de BOC (2009) por Schmidt *et al.* relacionado com o stress ocupacional, em que o que realça nas conclusões deste estudo é a necessidade de se atribuir maior atenção à saúde dos enfermeiros, pois 84% dos enfermeiros encontravam-se stressados face à alta exposição do trabalho.

“Um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para um ambiente favorável à prática” (ICN, 2007, p.25).

Ambientes de trabalho inseguros traduzem-se em vários riscos, tanto para o enfermeiro como para o doente.

Segundo a OIT, *“devem tomar-se todas as medidas apropriadas para prevenir, reduzir ou eliminar os riscos para a saúde dos enfermeiros”* (ICN, 2007, p.57) como um direito de todos os enfermeiros. Estas medidas incluem:

- *“Uma política nacional abrangente de higiene e segurança no trabalho;*
- *O estabelecimento de serviços de saúde ocupacional;*
- *Acesso e vigilância de saúde, de preferência durante o horário laboral e sem custos para o interessado;*
- *Confidencialidade médica de vigilância de saúde;*
- *Compensação financeira para os trabalhadores expostos a riscos especiais;*
- *Participação em todos os aspectos das medidas de protecção”*

(Idem).

O BO, é considerado como um serviço de “alto risco” (Porges, 2000; Cabral, 2004 *apud* Unaibode, 2001; Oliveira, 2008), não só para os doentes, mas também para os profissionais que lá trabalham. Esta constatação não se fundamenta só pelo que acabámos de referir, pela pesquisa feita, mas também pelos conhecimentos que temos e fomos desenvolvemos e aprofundando nesta área.

Os riscos para os enfermeiros e outros técnicos de saúde, que desenvolvem a sua actividade profissional no Bloco Operatório são grandes, daí haver necessidade de serem tomadas e desenvolvidas medidas de segurança específicas relativamente a:

- promoção e vigilância da saúde de todos o que aí trabalham, através da ligação directa com o Serviço de Saúde Ocupacional, estabelecendo um programa especial de atendimento dirigido os profissionais de risco, (ver anexo 3);

- vigilância, manutenção e conservação do material eléctrico existente no serviço;
- cumprimento rigoroso de todas as normas sobre desinfectação e esterilização de material cirúrgico, de acordo com as prática recomendadas da AESOP e das Comissões de Controlo de Infecção;
- tratamento adequado dos resíduos hospitalares, ligados com a triagem, contentarizados adequadamente permitindo o tratamento e evacuação correcta, de acordo com o estabelecido no Decreto-Lei nº 239/97 de 9 de Setembro; Portaria nº 819/99 Definição de Resíduos Hospitalares e Despacho 246/96 de 7 de Julho, sobre Classificação dos Resíduos;
- utilização das precauções universais, como medida de protecção e propagação de infecção (AORN, 1994);
- controlo sobre a saturação de gases, que está ligada com o bom funcionamento do ar condicionado.

Estas medidas deverão ser implementadas, usadas, defendidas e asseguradas quer pela instituição, pelo serviço e pelos profissionais de saúde.

Trabalhar em Bloco Operatório deve exigir e garantir a segurança para todos, merecendo uma atenção dirigida na globalidade, como já descrevemos anteriormente, na especificidade e também de agentes de riscos:

- o tipo de doentes – estado clínico, patologia, existência ou não de patologias associadas;
- cuidados prestados;
- fármacos administrados;
- técnicas utilizadas;
- radiações ionizantes e não ionizantes, usadas durante a cirurgia;
- toxicidade, relacionado com a inalação de gases;
- contacto directo com fluidos orgânicos – contaminação biológica,;
- riscos ligados com a manipulação de equipamentos eléctricos;
- risco de incêndio (Portaria nº1275/2002);
- *stress*;
- lombalgias e problemas circulatórios, nos enfermeiros, como resultado da postura adoptada, por vezes durante um período longo.

Existe bibliografia, na sua grande maioria estrangeira, que dá orientações concretas de como diminuir o potencial dos riscos que acabamos de referir. (Unaibode, 2001; Gruendemann, 2001; AORN, 2004), no que diz respeito a exercícios que a equipa poderá

fazer nos intervalos, medidas para diminuir o *stress*, com a presença de janelas com ligação para o exterior, música, orientações para ter uma vida equilibrada – ligada com alimentação, laser, repouso, exames periódicos, entre outros.

Em Portugal está legislado, através do Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro, que a entidade patronal, possa assegurar ao trabalhador: a prevenção de riscos profissionais, o zelar pela segurança e ambiente de trabalho, a promoção e a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho bem como proporcionar que cada trabalhador participe em todo este processo.

Uma quantidade considerável de horas que estamos acordados é passada no local de trabalho e esta razão, já é suficiente para a qualidade do ambiente do local de trabalho seja do interesse de todos nós, mas a verdade é que ela ainda não é uma prioridade para muitas organizações de cuidados de saúde (Tappen, 2005).

Alguns estudos evidenciaram uma relação entre a fadiga e os turnos prolongados (mais de 8 horas), assim como implica um aumento dos riscos de segurança para os enfermeiros. O resultado destes efeitos negativos, não se restringem apenas à saúde física (como por ex: cefaleias, insónias e fadiga), mas também implicam alterações a nível familiar e social (ICN, 2001).

Para além das repercussões que estas trazem para os profissionais, também se verificam riscos para os doentes, na medida em que os enfermeiros estão menos alerta para as alterações que estes possam sofrer; têm reacções mais lentas; podem cometer erros de medicação; podem ocorrer erros nos juízos clínicos; aumento das infecções nosocomiais assim como das úlceras de decúbito. Todas as potenciais consequências supra referidas, são prováveis de conduzir a uma deteriorização na qualidade de cuidados prestados (*Idem*).

Em Portugal, *“Apesar de, na maior parte dos casos, os meios de trabalho razoáveis, não deixa de haver pequenos acidentes de trabalho, já que o número de enfermeiros é inferior ao que seria necessário, bem como ao stress que advém de situações de emergência acumuladas com actividade normal, e com reclamações de utentes e dos respectivos familiares”*

(OE, 2004, p.397).

Existe uma vasta gama de ameaças potenciais à segurança e saúde dos trabalhadores de saúde, nomeadamente: a violência no local de trabalho; o uso impróprio de substâncias; doenças infecciosas; o *stress* ocupacional; a segurança em instituições; a alergia e hipersensibilidade e lesões (sobretudo físicas). Em que o pessoal trabalhador tem o direito de serem informados de qualquer potencial de risco, no seu local de

trabalho, assim como o dever de respeitarem e de seguirem os protocolos relacionados com a prevenção de danos/lesões (Tappen, 2005).

Para a OIT, p.1, a Saúde Ocupacional: *“tem por finalidade a promoção global da saúde dos trabalhadores, a adaptação à função e a prevenção de doenças profissionais...”*.

Segundo a OMS, a principal finalidade dos Serviços de Saúde Ocupacional consiste em promover *“condições de trabalho que garantam o mais elevado grau de qualidade de vida no trabalho, protegendo a saúde dos trabalhadores, promovendo o seu bem-estar físico, mental e social e prevenindo a doença e os acidentes”*(ARSLVT, Ministério da Saúde, 2010, p.1).

Os programas de redução do risco não só protegem os empregados, como também reduzem a responsabilidade do empregador. Essencial para o seu desenvolvimento é o reconhecimento de perigos potenciais, a avaliação do tipo e grau de risco envolvido, o desenvolvimento de um plano de saúde e segurança no local de trabalho e a implementação desse plano. Tal como outros planos, a sua eficácia deverá ser controlada realizando modificações necessárias (Tappen, 2005).

Um enfermeiro profissional é o melhor juiz da sua própria capacidade. Se ela não é capaz de promover cuidados seguros numa dada situação, ela deve informar o seu responsável (ICN, 2001).

“O clima organizacional refere-se às percepções partilhadas pelos empregados acerca do respectivo ambiente. (...). A cultura e o clima são quase sinónimos, utilizados para descrever os valores, crenças, filosofia e costumes de uma organização (Al-Shammari, 1992 apud ICN, 2007, p.33).

A forma como a própria cultura ou ambiente organizacional de uma instituição interfere na prestação de cuidados com qualidade, pareceu-nos pertinente reflectir sobre a mesma. Pela própria literatura e experiência pessoal, cada instituição se não for portadora de uma cultura com qualidade, esta apenas existirá em focos isolados, não desencadeando um compromisso global da mesma e não proporcionando dessa forma verdadeiras mudanças.

A organização dos serviços de saúde, sofreu através dos tempos, alterações profundas, relacionadas com as mudanças sociais e políticas de cada época.

A saúde, como grande tema, foi sempre algo que preocupou os portugueses e, como tal as diversas políticas de saúde que têm sido adoptadas, têm reflectido diferentes formas de ver um problema que continua longe de se ver resolvido.

Longe nos encontramos dos tempos em que ao Estado apenas cabia a assistência aos pobres e, apenas em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência (reforma de Gonçalves Ferreira), surge um primeiro esboço de um SNS.

Foi no entanto apenas em 1974, ano da revolução, que as profundas mudanças políticas trazidas pela passagem de um regime ditatorial para uma democracia, induziram mudanças radicais nas políticas sociais. Em 1979, estão por fim criadas as condições para a criação do SNS, através do qual o Estado se compromete a assegurar o direito à saúde em todos os seus níveis e a todos os cidadãos.

“O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Tem como objectivo a efectivação por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva. Goza de autonomia administrativa e financeira, estrutura-se numa organização descentralizada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local, e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados. É apoiado por actividades de ensino que visam a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde” (Ministério da saúde, 2005).

Em 1993, é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e é publicado o novo estatuto do SNS através do Decreto - Lei nº 11/93, criando-se as chamadas *Unidades Integradas* que visavam uma melhor articulação entre cuidados de saúde primários e diferenciados, numa tentativa de melhor gerir os meios e torná-los mais próximos dos destinatários.

Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde, que são um conjunto de recursos articulados em complementaridade, organizados por critérios geográficos e populacionais, que, em conjunto com os centros de saúde e os hospitais, pretendem melhor racionalizar os recursos e promover a saúde.

Mais recentemente, com a aprovação em 2002 do novo regime de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro), introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (Ministério da Saúde, 2005).

Campos (2005) *apud* Henriques (2008), refere que a política de saúde definida pela nossa lei de bases de saúde em Portugal, obriga o estado a promover e a garantir o acesso a todos os cidadãos aos cuidados de saúde.

É consensual a necessidade de reforma do Sistema de Saúde português mas todas as medidas serão infrutíferas se não forem implementadas de forma gradual. As verdadeiras reformas implicam sempre grandes mudanças e estas têm que ser fruto de grandes esforços colectivos. Só implementando ambientes favoráveis a práticas de qualidade, se poderá obter um feed-back positivo dos verdadeiros impulsionadores da mudança.

CAPÍTULO II- DA TEORIA AO TRABALHO DE CAMPO

1. FASE CONCEPTUAL: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A Fase Conceptual constitui a primeira etapa do processo de Investigação, sendo esta fase fulcral uma vez que o investigador escolhe o seu domínio de investigação que levará à sua questão de investigação.

A Investigação encontra-se num campo de interesse preciso, tendo como ponto inicial uma situação considerada problemática num determinado contexto, para ser investigada, com o intuito de uma melhor compreensão do fenómeno em estudo. A necessidade da elaboração de um trabalho de investigação verifica-se pela preocupação do investigador sobre o fenómeno em causa, observável no domínio do mundo empírico, uma vez que formular um problema de investigação é “...definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos”(Fortin, 1999, p.62).

O **problema** do processo de investigação surge como:

“Qual a realidade do Cuidar de si próprio nos enfermeiros perioperatórios?”

“Quais os factores que os enfermeiros perioperatórios, consideram mais importantes para o Cuidar de si próprio?”

1.1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

A Sociedade Moderna vive numa época de transição. O desenvolvimento científico, tecnológico, económico-social e ambiental tem alterado de forma significativa o modo de viver do homem, criando novas necessidades a serem atendidas.

O enfermeiro desde o início da sua profissão até os dias de hoje, tem procurado uma auto-definição, tentando construir a sua identidade profissional e obter reconhecimento, deparando-se com dificuldades que comprometem o desempenho do seu próprio trabalho. Além disso, a situação política na qual estamos inseridos, com os salários baixos, estreitamento do mercado de trabalho e o desemprego, são factores agravantes aos profissionais que são obrigados a trabalhar em mais de um local de trabalho, exercendo uma carga horária mensal extremamente longa e “apertada”, levando a que os próprios não dispunham o tempo necessário para cuidarem de si próprios.

Partindo da nossa experiência na área de cuidados de enfermagem perioperatória, com este estudo pretendemos dar visibilidade e compreender a percepção

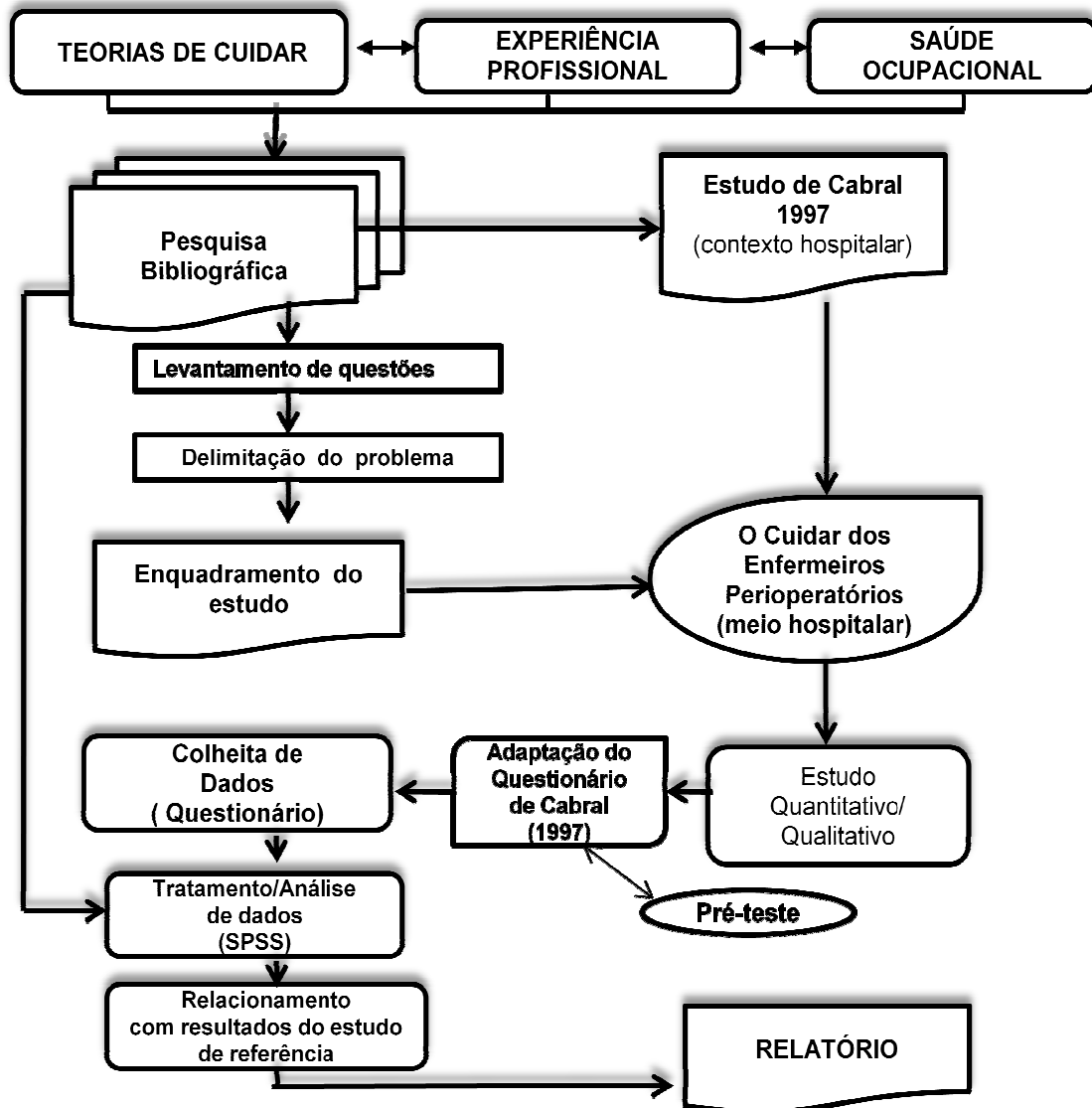
que os enfermeiros perioperatórios atribuem à necessidade de cuidarem de si próprios, enquanto pessoas que prestam cuidados a outras, sabendo que são pessoas que também têm necessidades de se auto-cuidarem e ou serem cuidadas. Neste sentido o problema de investigação é o de conhecer se e como os enfermeiros perioperatórios cuidam de si próprios, com a finalidade de contribuir para a progressiva melhoria dos cuidados de saúde dos enfermeiros, assim como para a qualidade dos cuidados.

A necessidade deste estudo nasceu das nossas preocupações, dúvidas e reflexões como enfermeiras prestadoras de cuidados e com necessidades intrínsecas e extrínsecas, que qualquer pessoa deve ter consigo própria e que precisa de cuidados.

Também a maior parte de vida dos enfermeiros, é decorrida no seu local de trabalho, devendo este ser motivador ou criar condições adequadas para os enfermeiros cuidarem de si (desde a segurança, protecção e condições de trabalho), de forma a promoverem a sua saúde e a prevenirem a doença.

Julgamos que o presente estudo será de grande benefício para profissionais de enfermagem como para os próprios estudantes de enfermagem, tendo em vista abordar um ponto (o cuidar de si próprio enquanto enfermeiro) que actualmente não lhe é dada a devida necessidade como se deveria.

Figura 2 – Desenho da Investigação



2. FASE METODOLÓGICA

De facto, esta *etapa metodológica* de pesquisa científica que é a construção da problemática, pressupõe que esta é a “...*parte lógica que estuda os métodos das diversas ciências, segundo as leis do raciocínio (...) a arte de dirigir o espírito da investigação (...) conjunto de regras empregadas no ensino de uma ciência ou de uma arte*” (Sousa, 1998, p.28).

O termo *metodologia*, tem normalmente um sentido amplo, na medida que faz parte a lógica dos princípios gerais de um estudo sistemático, na procura de conhecimentos.

Esta é o conjunto dos métodos e das técnicas utilizadas que guiam a elaboração de um trabalho científico visando os objectivos da própria investigação.

Quando nos referimos a *método*, este possui um significado mais restrito que, por via de regra, corresponde ao “...*processo racional para chegar a um determinado fim*” (*Ibidem*, p. 27).

A metodologia consiste na descrição, na explicação e na justificação dos métodos.

Nesta fase do estudo foram escolhidos os métodos a serem usados e que mais se adequam para obter respostas às questões de investigação colocadas.

Ao definir a população a ser estudada e o instrumento de colheita de dados a ser aplicado tivemos em consideração que as decisões metodológicas são fulcrais para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados do estudo.

2.1. NATUREZA DO ESTUDO

Como refere Quivy (1998, p.31) “*Uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica*”. O meu trabalho também transmite esse mesmo percurso por mim percorrido, assim as descobertas que ainda me encontro a realizar.

A metodologia é assim a descrição, a explicação e justificação dos métodos. Como tal, depois de delinear o estudo, traçarmos os objectivos, procuramos o suporte teórico ao seu enquadramento, o que devido à originalidade do tema, se tornou um pouco difícil, (por variadas razões: existem poucas normas obrigatórias de rastreio de saúde, as instituições hospitalares apesar de ter um apoio dirigido à saúde ocupacional, só recentemente foram instituídos estes hábitos e sobre a forma como os enfermeiros aplicam a si próprios os seus conhecimentos, apenas encontramos um estudo o de Cabral, 1997, que tomámos como referência). Apenas este estudo de referência, realizado em enfermeiras portuguesas, o qual iremos referenciar ao longo da análise dos dados, nos auxiliou um pouco na elaboração das fases seguintes.

Optou-se por um estudo regional, a enfermeiros em contexto hospitalar do centro (Santa Maria da Feira) e norte (Porto) de Portugal, pelo facto da proximidade e afinidades sócio culturais com a investigadora puderem influenciar de forma positiva a compreensão e execução do mesmo estudo.

O estudo pretende ser de natureza **observacional descritivo**, de carácter exploratório, transversal e com uma abordagem predominantemente **quantitativa**.

“A abordagem quantitativa, baseada na perspectiva do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que se concerne às variáveis em estudo. No método quantitativo, o controlo permite delimitar o problema de investigação e suprimir o efeito das variáveis estranhas”(Fortin, 1999, p.322).

É **descritivo**, porque tem como finalidade o *“...observar, descrever e documentar os aspectos da situação”*(Polit, Beck e Hungler, 2004, p.177), e **exploratório** porque, *“...tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”* (Gil, 1995, p.45).

É um estudo **transversal** pois envolve a colecta de dados num determinado ponto do tempo, e são apropriados para descrever a situação, o status ou as relações entre os fenómenos num determinado período. A principal vantagem deste tipo de estudo é que são económicos e fáceis de controlar, no entanto, existem problemas nas interferências de mudanças e tendências ao longo do tempo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

O perfil cuidativo global dos enfermeiros adaptado do estudo de Cabral, 1997, será obtido pela atribuição de uma pontuação para cada dimensão operacionalizada (Anexo 4).

Também pretendemos analisar as características da amostra estabelecendo relações entre as variáveis.

2.2. FINALIDADE E OBJECTIVOS

A Vida constitui algo de muito complexo, pois sem ela nada podemos realizar, daí que a necessidade de traduzir o cuidar de cada enfermeiro consigo próprio é de extrema importância.

O cuidar de si próprio que os enfermeiros devem ter, deveria actualmente assumir uma importância extrema, pois nos dias de hoje sem saúde não se pode fazer nada, daí que a pertinência de desenvolver estudos que melhor nos ajudem a compreender a importância e o próprio significado que os enfermeiros atribuem ao cuidar de si próprio é fundamental para uma melhor qualidade dos cuidados prestados a quem precisa.

Devido ao facto de existirem poucos estudos e bibliografia direccionada para o Cuidar de si próprio como Enfermeiro, neste caso na área Perioperatória, enquanto pessoa com necessidades próprias como qualquer outro ser humano, sujeito a pressões internas e externas sistemáticas dentro do serviço, torna-se pertinente estudar de que

forma o enfermeiro atribui e considera os aspectos de cuidar de si próprio, como os mais importantes para a sua saúde.

Foi a necessidade de traduzir o cuidar de si que cada enfermeiro disponibiliza e atribui para consigo próprio, que me impulsionou para a realização deste estudo que tem como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde dos próprios enfermeiros, e consequentemente uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Os objectivos para o presente estudo são:

Geral:

- Conhecer como os enfermeiros perioperatórios Cuidam de Si Próprios.

A um objectivo de carácter geral evidentemente sucedem objectivos **específicos**, tais como:

- Identificar quais os hábitos/comportamentos que os enfermeiros perioperatórios têm no cuidar de si próprio.
- Identificar em que dimensões os enfermeiros perioperatórios cuidam mais de si.
- Analisar a relação entre as diferentes dimensões dos aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros perioperatórios e as características sócio-demográficas.
- Analisar os resultados obtidos neste estudo com os do estudo de referência (nomeadamente quanto ao género, uma vez que esta constitui a principal diferença da amostra).
- Identificar quais as estratégias a implementar para que os enfermeiros consciencializem o cuidar de si próprio, como uma prioridade pessoal.
- Contribuir para que novos estudos centrados nesta temática possam vir a ser desenvolvidos, de forma a valorizarem a saúde “da gente que cuida de gente”.

2.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESES

Após definição do problema a investigar, a pesquisa inicia-se com a formulação de questões mais específicas de forma a facilitar a realização da investigação do problema pretendido a resolver.

Fortin refere, questões de investigação, como “...*enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada (...) enquanto a hipótese (...) é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis*”(1999, p. 101 e 102).

Como forma de dar resposta ao problema de investigação elaborado, o qual constitui o fio condutor deste trabalho de investigação, elaborou-se a seguinte **questão de partida**:

- *Quais os aspectos de cuidar de si próprio que os enfermeiros perioperatórios, consideram mais importantes para a sua saúde?*

Esta questão de partida motivou-nos para este estudo e fez-nos formular algumas questões às quais procuramos dar resposta. Considerando que estas decorrem directamente do objectivo e especificam os aspectos a abordar, foram definidas as seguintes **questões**:

- *Quais os hábitos/comportamentos que os enfermeiros perioperatórios têm com os aspectos de cuidar de si próprio.*
- *Será que existem relações entre as características sócio-demográficas e os aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros perioperatórios?*
- *Será que há diferenças significativas entre os aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros perioperatórios, assim como para cada uma das dimensões definidas?*
- *Será que há diferenças significativas entre os enfermeiros de perioperatório para as condições de trabalho e saúde?*

Assim podemos afirmar que quando iniciámos o estudo surgiram as seguintes questões e depois da revisão bibliográfica efectuada, ficamos pela seguinte **hipótese geral**: Os aspectos de cuidar de si próprio influenciam a saúde dos enfermeiros perioperatórios.

A partir desta hipótese geral foram descritas as seguintes **hipóteses operacionais**:

- Há diferenças significativas para os hábitos/comportamentos que os enfermeiros perioperatórios têm com os aspectos de cuidar de si próprio.
- As características sócio-demográficas influenciam os aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros perioperatórios nas suas várias dimensões.
- Os aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros perioperatórios são influenciados em todas as suas dimensões.
- As condições de trabalho e saúde dos enfermeiros perioperatórios são influenciados pelo serviço onde exercem funções.

2.4. POPULAÇÃO EM ESTUDO E AMOSTRA

Num trabalho de investigação torna-se necessário definir a **população** a ser estudada. Segundo Polit e Hungler *“Uma população é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados”* (2004, p.224).

Para Fortin, a **população alvo** *“...é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”*(1999, p. 202). Para Polit e Hungler, a **população alvo** diz respeito a toda a população no qual o investigador está interessado (2004, p. 224).

A **população acessível** é representada pela porção da população alvo que está acessível ao investigador como um grupo de sujeitos. Uma **amostra** consiste num subconjunto dessa população (Polit e Hungler, 2004, p. 224 e 225).

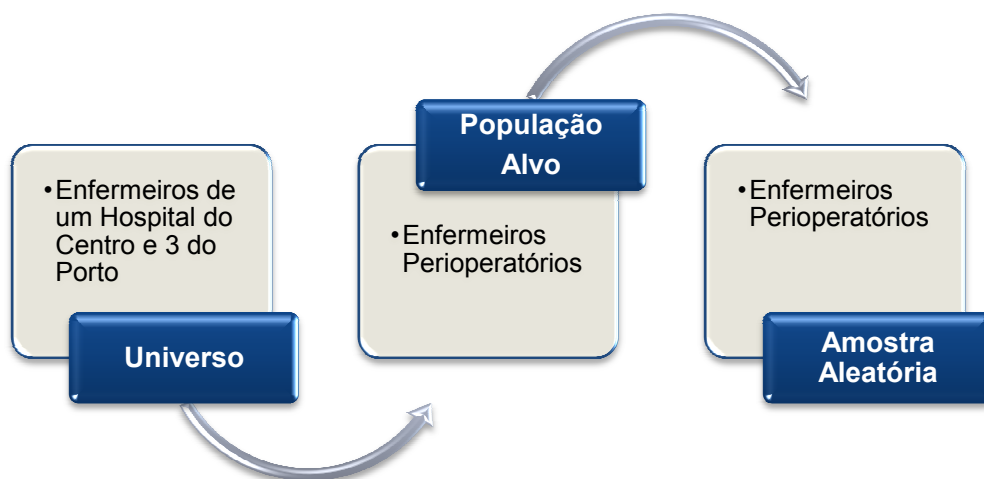
O investigador para avaliar o tamanho da amostra, deve avaliar um conjunto de factores em relação aos resultados previstos do seu estudo e a generalização que pretende fazer. Segundo Polit e Hungler (2004), o objectivo é o de obter uma amostra que seja suficientemente grande para detectar diferenças estatísticas, não descurando as questões de tempo e de economia.

Segundo Polit e Hungler (1995), Gil (1999), Almeida e Freire (2000), Fortin (2003), Hill e Hill (2005), existem dois métodos de amostragem: do tipo probabilístico e não probabilístico. A amostra probabilística é o único método que permite obter amostras representativas da população com pequena margem de erro com vista à generalização dos resultados. Na perspectiva de Gil (1999) as amostras não probabilísticas *“não apresentam matemática ou estatística, dependendo unicamente de critérios do pesquisador, enquanto que as amostras probabilística “são rigorosamente científicas”* (p.101).

Para a realização deste estudo, algumas seriam as opções a utilizar, no entanto, na delimitação do universo que pretendemos estudar seleccionamos a população de enfermeiros de quatro hospitais, um do Centro e três do Porto: três centrais e um distrital. Não nos sendo temporal nem materialmente possível estudar uma amostra representativa dos enfermeiros portugueses optámos por estudar enfermeiros da região do Centro e do Porto, com o método de amostragem não probabilística accidental, que segundo Fortin (2003, p.128) é *“formada por sujeitos, que são facilmente acessíveis, e estão presentes, num local determinado, num momento preciso (...) são incluídos no estudo até a amostra atingir o tamanho desejado”*.

É de mencionar que a escolha dos Hospitais em questão não se apreendeu com nenhum problema encontrado, mas apenas por ser mais fácil o acesso para a investigadora e por ser a região em que a mesma está inserida.

Figura 3 – População em estudo e amostra



O universo do presente estudo é constituído pelos enfermeiros de um hospital do Centro e três do Porto. A população do presente estudo é constituída pelos enfermeiros dos Serviços do BOC de um Hospital do centro e três do Porto.

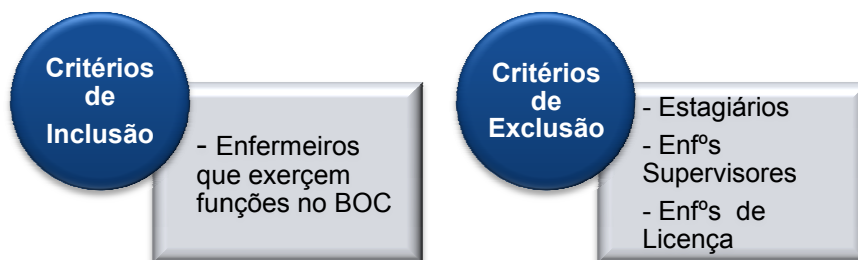
O estudo foi realizado em dois Serviços do BOC de um hospital da região Centro, do distrito de Aveiro, e em cinco Serviços do BOC de três hospitais da região do Norte, do distrito do Porto, que abrangem pacientes do SNS.

Os hospitais foram seleccionados por facilidade de acesso da investigadora.

Seleccionou-se uma amostra aleatória de 220 enfermeiros perioperatórios de um Hospital do Centro (93 Enf.) e de três do Porto (127 Enf.).

Este tipo de amostra visa essencialmente garantir a objectividade em termos de resultados a atingir.

Figura 4 – Critérios de selecção



Foram incluídos no estudo todos os enfermeiros que exerçam funções no âmbito da prestação de cuidados dos Serviços de BOC de um hospital do Centro e de três do Porto.

Foram excluídos do estudo os Estagiários uma vez que se encontram em fase de aprendizagem, os enfermeiros Supervisores e os enfermeiros que se encontrem de licença (por ex. férias, parto, doença) por indisponibilidade.

Para a efectivação do estudo, foi pedida autorização aos diferentes Conselhos de Administração e Comissões de Ética, a qual prontamente nos foi concedida nas Instituições onde foi realizado.

Foram distribuídos 340 questionários e obtiveram-se 220 válidos, que constituem a nossa amostra.

Quadro 3 - Características sócio-demográficas da amostra.

Variáveis sócio-demográficas (n=220)		
	nº	%
Género (n=220)		
Feminino	189	85,9
Masculino	31	14,1
Idade (n=220)		
20 a 29 anos	38	17,3
30 a 39 anos	99	45,2
> =40 anos	83	37,7

Segundo a OE 2000-2008, os dados estatísticos mostram que a população portuguesa de enfermeiros é de 56.859, dos quais 46.229 são do género feminino e os restantes 10.630 são do género masculino. Esta discrepância observada, deve-se não só ao contexto histórico da Enfermagem, assim como da natureza da profissão.

A nossa amostra é constituída por um grupo de enfermeiros jovens, tendo a maioria das idades compreendidas entre os 30 a 39 anos, variando entre os 20 e os 50 anos. Este intervalo de idades dos 30 aos 39 anos, está de acordo com o representado pelo dos enfermeiros portugueses que se situa no intervalo de idades dos 31 aos 35 anos (Dados Estatísticos OE 2000- 2008).

2.5. VARIÁVEIS EM ESTUDO

De acordo com Fortin (1999, p.36) “...um conceito é colocado em acção numa investigação ele toma o nome de *variável*...”, e esta pode ser definida por ter qualidades e propriedades sujeitas a variações e a atribuição de valores.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) uma variável consiste numa característica ou qualidade de uma pessoa ou objecto que varia, assumindo diferentes valores na população estudada.

Para Fortin e Vissandjée (2003) a variável também é descrita como um conceito que corresponde às “*qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou de situações, que são estudadas numa investigação*” (p.36). É fulcral reforçar que as variáveis emergem das questões de investigação, podendo ser de natureza quantitativa ou qualitativa.

Neste sentido a operacionalização das variáveis apresenta-se como uma das etapas essenciais para o sucesso da investigação. O investigador deve definir as variáveis especificando o modo como a variável será observada e mensurada na pesquisa a desenvolver (Polit e Hungler, 1995). De acordo com Gil (1999) operacionalizar uma variável corresponde à tradução dessa variável num conceito que seja mensurável.

Para a selecção de variáveis, neste estudo teve-se em conta a pesquisa bibliográfica, o estudo de referência e a experiência pessoal e profissional.

Com o objectivo de caracterizar os enfermeiros que constituíram a amostra, categorizamos as **variáveis sócio demográficas** em: género: (Feminino/Masculino); o grupo etário (20-24 anos; 25-29 anos; 30-34 anos; 35-39 anos; 40-44 anos; 45-49 anos; 50 ou mais) e o estado civil (solteiro(a); casado(a); divorciado(a); viúvo (a) ou outro).

Quadro 4 – Variáveis sócio-demográficas

Variáveis sócio-demográficas		
Componentes	Dimensões	Indicadores
Sócio Demográficas	Género	Masculino Feminino
	Grupo Etário	Anos
	Estado Civil	solteiro(a) casado(a) divorciado(a) viúvo (a) ;ou outro

Segundo Fortin (1999), as variáveis sócio-demográficas ou de atributo, constituem as variáveis do Género, Idade e Estado Civil, sendo aquelas que vão caracterizar os participantes da amostra em estudo.

A variável **Género** designada por dicotómica (Fortin, 1999), ou seja, em que apresenta somente 2 categorias possíveis para a classificação dos participantes, em que neste estudo só pode ser operacionalizada em feminino e masculino.

Relativamente às variáveis discretas (*Idem*) : o Grupo Etário e Estado Civil, em que estas podem ser utilizadas para classificar valores numéricos descontínuos, isto é, em que o **Grupo Etário** corresponde ao número de anos da pessoa desde o seu nascimento até actualmente, tendo sido traduzida em anos, e será operacionalizada em: 20-24 anos; 25-29 anos; 30-34 anos; 35-39 anos; 40-44 anos; 45-49 anos; 50 ou mais.

A variável **Estado Civil**, será operacionalizada em: solteiro(a); casado(a); divorciado(a); viúvo (a) ou outro.

Variáveis Intervinentes

A variável interviniente ou interventora (Bowditch & Buono, 1992) é aquela que se encontra entre a independente e a dependente (Richardson *et al.*, 1985) tendo como função não apenas ampliar, diminuir ou anular a influência da variável independente sobre a dependente (Lakatos & Marconi, 1983) como também ajudar a esclarecer a relação entre as variáveis independentes e dependentes (Bowditch & Buono, 1992).

Quadro 5 - Variáveis Intervinentes

Variável Intervinentes		
Componentes	Dimensões	Indicadores (proposições)
Académicas	Habilitações Académicas	4.3
Trabalho	Situação profissional actual	4, 4.1, 4.2
Tempo de serviço	Antiguidade na profissão	5, 5.1, 5.2, 5.3
Horário	Tipo de horário	6.1, 6.2, 6.3
	nº noites por semana	8
Instituição	Trabalha noutra instituição/mais do que num serviço na mesma	7, 7.1, 7.2

As variáveis intervenientes para este estudo são nomeadamente:

- **Habilitações Académicas:** Bacharelato, Licenciatura, Pós-graduação, Mestrado.
- **Situação profissional actual:** Quadro; Especialidade.
- **Tempo de serviço** (antiguidade na profissão): menos de 5 anos; 5-10 anos; mais de 10 anos.
- **Horário:** Corresponde ao tipo de horário, que pode ser: Completo; Acrescido; Parcial e ao n.º noites realizadas por semana.
- **Instituição:** Trabalha noutra instituição/mais do que num serviço na mesma.

Variável Dependente

A variável dependente *“é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”* (Fortin, 1999, p. 37). Esta também pode ser designada por «variável crítica» ou «variável explicada».

Segundo Polit e Hungler (2004, p. 46), esta é definida como *“o comportamento, a característica, ou o resultado que o pesquisador está interessado em compreender, explicar, prever, ou afectar”*.

Podemos afirmar que a variável dependente consiste no cerne da nossa investigação, e que esta pode ser de forma hipotética influenciada pelas restantes variáveis.

A variável dependente do nosso estudo consiste **Nos Aspectos de Cuidar de Si Próprio dos Enfermeiros**.

Segundo Cabral (1997) o cuidar de si próprio dos Enfermeiros, é algo intrínseco ao ser humano, levando ao seu desenvolvimento e realização como pessoa.

Considerando a variável dependente, esta será operacionalizada nas seguintes dimensões, de acordo com o estudo de Cabral (1997):

- Hábitos de Vida;
- Ocupação dos Tempos Livres;
- Comportamento Preventivo/Saúde;
- O Trabalho e a Vida.

Quadro 6 - Variável Dependente

Variável Dependente		
Componentes	Dimensões	Indicadores (proposições)
Aspectos de Cuidar de Si Próprio dos Enfermeiros	Hábitos de vida	9, 10, 11, 12, 13
	Ocupação dos tempos livres	14, 15, 16, 17, 18, 19
	Comportamento preventivo/saúde	20, 21, 22, 23, 24, 25
	O trabalho e a vida	26, 27, 28, 29, 30, 31

As proposições do questionário foram agrupadas de acordo com as quatro dimensões utilizadas para medir a variável dependente (Quadro 6). As quatro dimensões utilizadas para medir a variável dependente constituíram o fio condutor para o enquadramento teórico do presente estudo.

Assim, no nosso estudo podemos encontrar as seguintes variáveis que operacionalizamos através dos quadros 7, 8, 9 e 10 (Anexo 4) adaptados do estudo de referência de Cabral (1997), estabelecendo para cada dimensão o perfil do enfermeiro que cuida de si próprio em diferentes aspectos (quadro 6).

Variável Independente

Segundo Fortin (1999, p. 37), a variável independente *“é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente (...) é muitas vezes chamada o tratamento ou a intervenção, ou simplesmente a variável experimental”*.

Polit e Hungler (2004, p. 61) esta variável *“é a causa presumida, o antecedente ou a influência sobre a variável dependente”*.

Quadro 7 - Variável Independente

Variável Independente		
Componentes	Dimensões	Indicadores
Natureza do Serviço	Bloco Operatório Central	Sim, Não

Para a realização do presente estudo foi definida como variável independente a natureza do serviço (BOC).

2.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Fortin (1999, p.261), “ O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim”.

Para esta autora, os dados podem ser colhidos de diversas maneiras, atribuindo ao investigador o papel de determinar o tipo de instrumento de medida mais adequado face ao objectivo de estudo, às questões de investigação ou às hipóteses formuladas.

Para Polit e Hungler (2004), o instrumento de colheita de dados constitui o elemento ou a técnica que o investigador utiliza para a colheita de dados.

Face à natureza do estudo, optou-se pelo instrumento de colheita de dados o inquérito por **Questionário**, uma vez que:

- Podem ser preenchidos pelo participante conservando o anonimato e a confidencialidade, criando um local combinado com os participantes do estudo, de forma a recolhê-los na data pré-estabelecida;
- É um método de colheita de dados que necessita de respostas escritas por parte dos participantes do estudo;
- É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis;
- Permite recolher informações com rigor;
- Permite um controlo comparativamente com o da entrevista de maneira a evitar o mínimo de envezamentos;
- Podem conter questões fechadas ou abertas;
- Face aos resultados que se pretendem obter, consideramos um método prático e de simples realização.

Segundo Quivy (2003), o questionário consiste no instrumento de colheita de dados mais adequado para o conhecimento de uma população enquanto tal, as suas condições de vida, os seus comportamentos, os seus valores ou as suas opiniões; para a análise de um fenómeno social que se pretende apreender melhor a partir de informações relacionadas com os indivíduos em questão; e ainda por permitir interrogar um grande número de pessoas, ultrapassando o problema de representatividade.

Para Gil (1995) as principais vantagens do inquérito por questionário são o de possibilitar a aplicação em grandes números de pessoas, como já atrás foi referido, mesmo que possam estar dispersas numa zona geográfica extensa, pois o questionário pode ser enviado por correio; implica um menor gasto já que não exige treino do

investigador; garante o anonimato; permite que as pessoas possam responder no momento que acharem ser mais oportuno e possibilita que o investigador não seja influenciado pelas pessoas inquiridas.

Uma das vantagens da aplicação deste método, é permitir-nos quantificar uma multiplicidade de dados e proceder, por conseguinte, a numerosas análises, quer simples, quer de cruzamentos das mesmas.

Apesar de tudo, enquanto técnica de pesquisa, apresenta algumas limitações que ao seleccioná-lo para obtenção de dados não podemos deixar de ter presente: não permite o esclarecimento de dúvidas ao inquirido quando este não entende correctamente as instruções ou perguntas, impede o conhecimento das circunstâncias em que foi respondido, o que pode ser importante na avaliação da qualidade das respostas, não há garantia de devolução das respostas, proporcionam muitas vezes resultados possíveis de crítica, em relação à objectividade, pois podem existir perguntas com significados diferentes para cada sujeito inquirido/pesquisado.

Embora a utilização de abordagens mistas seja considerada aceitável (Gil 1995), o estudo é consistentemente quantitativo, dado que a utilização de análise de conteúdo é pontual. A investigação beneficia da abordagem qualitativa, quando não se conhecem as variáveis relevantes, como é o caso deste estudo exploratório. Por essa razão, foram colocadas algumas perguntas abertas no questionário para permitir a expressão livre, clarificar alguma resposta e elucidar acerca das necessidades de apoio sentidas pelos enfermeiros.

2.6.1. Questionário

O instrumento de medida para proceder à recolha de foi adaptado do questionário elaborado por **Cabral (1997)** em “A Enfermeira: pessoa que cuida de si?” com o intuito de obter a maneira como o enfermeiro que presta cuidados, cuida de si próprio e será solicitada a autorização à autora para a sua utilização.

O questionário está dividido em cinco partes – *DADOS GERAIS; HÁBITOS DE VIDA; OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES; COMPORTAMENTO PREVENTIVO/SAÚDE; O TRABALHO E A VIDA*. Devido ao tema e à necessidade de conhecer profundamente como cada enfermeiro cuida de si, em diferentes aspectos da sua vida, este tornou-se um pouco extenso.

Assim o inquérito por questionário, quer por razões de funcionalidade quer de apresentação, foi dividido em cinco partes distintas:

Da primeira parte constam questões que pretendem obter dados gerais da população em estudo - caracterização da amostra (idade, estado civil, situação profissional, tipo de horário, etc.).

A segunda parte destina-se a colher informação sobre os hábitos de vida dos enfermeiros em estudo (alimentação, bebidas, tabaco, sono e repouso etc.).

Na terceira parte pretende-se obter informação acerca da ocupação dos tempos livres (férias, exercício físico, leitura, etc.).

Uma quarta parte onde se questionam os comportamentos preventivos/saúde (exame ginecológico, auto-exame da mama, estudos analíticos de rotina, protecção pessoal no trabalho, etc.).

Por fim numa quinta parte foram elaboradas questões que abordam a relação entre o trabalho e a vida, auscultando também a necessidade de apoios.

Este tipo de questionário é de resposta directa, e com algumas hipóteses de resposta aberta, para uma melhor compreensão das directas.

O questionário tem algumas perguntas abertas, onde é permitida a possibilidade ao participante de referir sugestões, comentários, situações e críticas relacionadas com o tema em estudo (ver anexo 2).

A opção deste instrumento de colheita de dados está ligada ao facto de ter sido aplicado no estudo de referência, tendo em conta a cultura portuguesa, nomeadamente aos profissionais de saúde (enfermeiros), por **Cabral (1997)**, com a realização de um pré-teste que se justifica pela adaptação face à amostra seleccionada neste estudo (género).

2.6.2. Pré-teste

É uma fase fundamental que permite corrigir ou modificar o questionário, assim como avaliar a eficácia e a pertinência do mesmo. Tendo sido aplicado a 20% da amostra do estudo.

“ O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas” (Fortin, 1999, p.24).

Dado que o inquérito por questionário já tinha sido aplicado a profissionais de saúde portugueses mas a realidades distintas, foi necessário realizar um pré-teste para a validação do mesmo.

2.7. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Fortin, *“Os direitos da pessoa que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação envolvendo seres humanos são os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito ao tratamento justo e equitativo.”* (1999, p.128).

Para Polit e Hungler (2004, p.40): *“A pesquisa em enfermagem é a investigação sistemática para desenvolver o conhecimento sobre os assuntos de importância para as enfermeiras e serve para estabelecer uma base científica de conhecimento para a prática de enfermagem”*.

No início do estudo foi elaborado um pedido por escrito e formal ao Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração dos 4 Hospitais seleccionados a informar sobre o desenho e objectivos do presente estudo.

Após a aprovação das Comissões de Ética das instituições envolvidas e autorização dos Presidentes do Conselho de Administração dos hospitais envolvidos no estudo, deu-se início à colheita de dados, que foi conduzida exclusivamente pela investigadora. Esta etapa ocorreu de 23 de Novembro de 2009 a 26 de Fevereiro de 2010, sem intercorrências.

A investigadora contactou pessoalmente os enfermeiros responsáveis pelos Serviços de Bloco Operatório Central, de todos os hospitais abrangidos no estudo:

- Descreveu os objectivos e procedimentos do estudo;
- Motivou os enfermeiros responsáveis/coordenadores pelos diversos Serviços de Bloco Operatório Central;
- Requereu informações sobre a caracterização dos serviços e a listagem de números de enfermeiros em cada serviço;
- Planeou com os enfermeiros responsáveis de cada serviço de BOC o início da distribuição e recolha dos questionários;
- Distribuiu os questionários pelos diversos serviços, após as autorizações e contacto com os enfermeiros responsáveis/coordenadores;
- Recolheu os questionários junto dos responsáveis/coordenadores de cada serviço nas datas previstas;

O Questionário foi acompanhado de uma carta ofício acentuando a importância da colaboração por parte dos enfermeiros, assim como o objectivo do estudo, contendo instruções sobre o seu correcto preenchimento. O instrumento de recolha de dados foi confidencial, de resposta directa e escolha múltipla, e com algumas questões abertas.

Participaram deste estudo enfermeiros pertencentes aos Serviços de Bloco Operatório anteriormente referidos que atenderam aos seguintes aspectos: Concordar participar no estudo; Foi considerado indicativo de concordância de participação voluntária no estudo o preenchimento do instrumento de colheita de dados/Questionário.

Todos os enfermeiros que exerçam funções no âmbito da prestação de cuidados nos Serviços de Bloco Operatório Central.

Foram **excluídos** do estudo todos os enfermeiros Estagiários, enfermeiros supervisores e os enfermeiros que durante o período de colheita de dados se encontravam ausentes por afastamentos prolongados ou se encontrem de licença (por ex. férias, parto, doença).

Após o preenchimento do questionário, os mesmos foram recolhidos pela investigadora junto dos enfermeiros responsáveis de cada serviço. Preenchidos e devolvidos os instrumentos, procedeu-se à confirmação da sua validade, em termos de completo e correcto preenchimento.

2.8. ASPECTOS ÉTICOS

“Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina directamente a natureza dos problemas”(Fortin, 1999,p. 272).

Sempre que o investigador utiliza pessoas como sujeitos de investigação, deve submeter-se a um conjunto de regras de conduta.

“Na persecução da aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Se um estudo, violar este direito, é considerado moralmente inaceitável” (Fortin, 1999, p.273).

Estamos conscientes de extrema importância, para a realização de uma investigação, proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nesta e procuramos sempre cumpri-los.

Os códigos de ética estabeleceram cinco direitos fundamentais das pessoas a ser considerados e protegidos, durante um trabalho de investigação:

- Direito a autodeterminação;
- Considera o indivíduo como pessoa autónoma, capaz de tomar decisões, e agir com base em valores pessoais e crenças;
- Direito à intimidade;
- Direito ao anonimato e a confidencialidade;

- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo;
- Direito a um tratamento justo e leal.

No início do estudo foram efectuados todos os pedidos formais. Foram realizados os pedidos por escrito e formal aos Exmos. Senhores Presidentes do Conselho de Administração de um Hospital do Centro e a três Hospitais do Porto, para a aplicação de um Questionário aos enfermeiros, e a informar relativamente sobre o desenho e objectivos do presente estudo. Os pedidos foram submetidos a análise pelas respectivas Comissões de Ética, obtendo-se a aprovação por todas, sem restrições. Os respectivos documentos comprovativos de autorização não foram aqui anexados devido ao compromisso de manter o anonimato das instituições, porém encontram-se em poder da investigadora.

Antes de realizar o trabalho de campo a investigadora foi pessoalmente comunicar às respectivas chefias de enfermagem do Serviço de Bloco Operatório o desenho e objectivos do estudo.

Todos os sujeitos participantes na investigação foram alvos de uma explicação por escrito do estudo, sendo garantida a confidencialidade, assim como o consentimento e a participação voluntária no estudo sempre que os inquiridos responderam ao instrumento de colheita de dados/questionário.

Neste estudo procurou-se ter em consideração a adequação global dos instrumentos, métodos e procedimentos.

2.9. MODELO DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Como refere, Fortin (1999, p.42): “ *A análise de dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo segundo se trata de explorar ou descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre as variáveis*”.

Os dados obtidos através dos questionários irão ser organizados e codificados, com recurso de análise descritiva e analítica, utilizando o programa informático (SPSS).

Após tratamento dos dados informaticamente, seguir-se-á a sua análise, que permitirá a sistematização e a compreensão dos dados. Procederemos à comparação entre os resultados obtidos neste estudo e no de referência (género feminino).

A análise estatística dos dados relativos ao questionário utilizou o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS® for Windows*, versão 17.0 (SPSS, 2009). Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis

em estudo. Calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos – n.º); frequências relativas (percentagem de casos válidos - %); estatísticas descritivas de tendência central (média); de dispersão (desvio padrão); e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo). Nas questões de resposta múltipla, as percentagens de resposta apresentadas (% de casos), são relativas ao total de casos válidos. A exploração numérica dos dados foi acompanhada, sempre que considerado pertinente, de representações gráficas.

Na segunda fase, de forma a verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, procedeu-se à aplicação de testes não paramétricos, nomeadamente, o teste do Qui-quadrado e o teste de *Fisher*¹ quando as variáveis a comparar eram categóricas, e o teste de *Mann-Whitney*² para a comparação de grupos independentes, ou não relacionados, sempre que se apresentavam dois grupos à comparação (Pestana e Gageiro, 2008).

Todos os testes foram aplicados com um **grau de confiança de 95 % ($\alpha = 0,05$)**.

Escala de scores de Perfil Cuidativo Global

A escala criada e aplicada no estudo de Cabral (1997) serviu para medir os *scores* de perfil cuidativo global e específicos para cada dimensão operacionalizada é igualmente de 0 a 3, sendo o valor máximo de 3 e o mínimo o de -3 (Quadro 8).

Quadro 8 – Escala de scores do Perfil Cuidativo Global.

DIMENSÃO	PERFIL CUIDATIVO (PONTOS)
Hábitos de Vida	54
Ocupação dos Tempos Livres	15
Comportamento Preventivo/Saúde	30

Fonte: Cabral, 1997.

¹ Foi utilizado o teste de *Fisher* quando não se verificaram os pressupostos de aplicabilidade do teste do Qui-quadrado (χ^2), nomeadamente quando o número de células com frequência esperada inferior a 5 unidades era superior a 20%.

² Após a avaliação, da assimetria e da curtose (através dos respectivos coeficientes), e da normalidade dos factores (por aplicação do teste não paramétrico de *Kolmogorov-Smirnov-K-S*, com correcção de Lilliefors), verificou-se que os pressupostos de normalidade não foram verificados.

Globalmente, considerámos que o enfermeiro que cuida de si, deverá atingir um valor mínimo de 99 pontos no somatório do perfil cuidativo global das diferentes áreas.

Tendo em conta que a profissão de enfermagem é uma profissão de *stress*, pensamos que o enfermeiro poderá necessitar de apoio. Os aspectos focados na V parte do questionário e operacionalizados nos quadros 45,46 e 47 (Anexo 4), na nossa perspectiva, permitem obter subsídios para o enfermeiro cuidar de si, não sendo no entanto determinantes.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS/RESULTADOS

Neste capítulo será realizada a apresentação e análise dos dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados.

A apresentação dos dados, vai ser feita por ordem sequencial do questionário, tendo como suporte a estatística descritiva, abordando as características da amostra, sendo a sua apresentação feita em valores absolutos e percentuais, calculando também a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas. Os resultados serão apresentados em quadros permitindo a uniformização da apresentação ao longo do trabalho.

Depois de tratados os dados informaticamente, segue-se a sua análise utilizando a estatística inferencial que visa avaliar a relação existente entre as variáveis dependente e independentes, ou seja, permitirem a verificação das hipóteses.

Posteriormente será realizada a discussão dos resultados, com o intuito de comparar com outros resultados de investigação previamente desenvolvidos, bem como a literatura existente relativa ao fenómeno em estudo à luz das questões de investigação /hipóteses propostas.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO ESTUDO

1.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

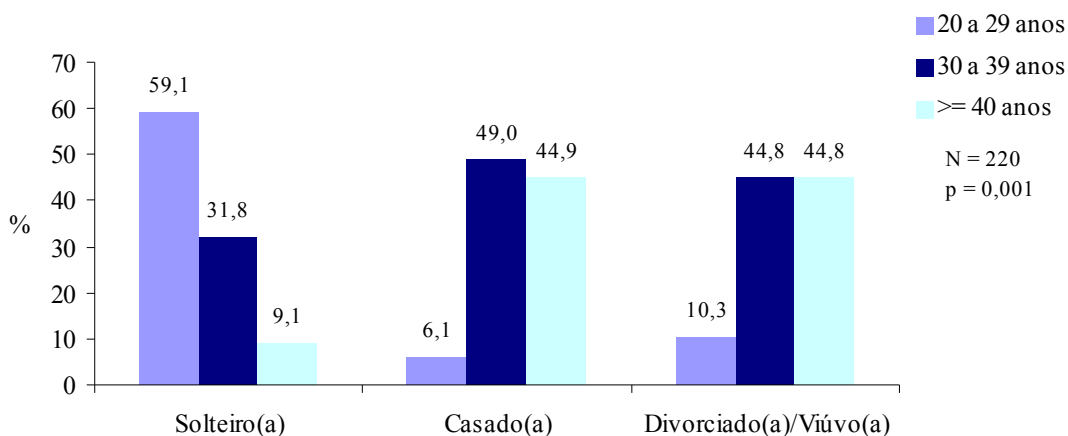
Da observação do quadro 9, apura-se que cerca de 86 % dos enfermeiros que constituem a amostra era do género feminino e 14 % do género masculino. A maioria tinha idades compreendidas entre os 30 a 39 anos (45 %), sendo que a larga maioria, aproximadamente 83 % tinham mais de 30 anos de idade. Cerca de 67 % estavam casadas (os) ou viviam em união de facto. Os resultados evidenciam a existência de uma associação significativa ($p < 0,05$) entre o *estado civil* e o *escalão etário* dos enfermeiros da amostra (ver figura 5). De facto, a maioria dos enfermeiros da amostra solteiros têm idades compreendidas entre 20 a 29 anos (59 %). Em contrapartida, os enfermeiros da amostra casados têm maioritariamente idades compreendidas entre 30 a 39 anos (49 %).

Quadro 9 - Características sócio-demográficas da amostra.

<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Género (n = 220)</i>		
Feminino	189	85,9
Masculino	31	14,1
<i>Idade (n = 220)</i>		
20 a 29 anos	38	17,3
30 a 39 anos	99	45,0
>= 40 anos	83	37,7
<i>Estado Civil (n = 220)</i>		
Solteiro(a)	44	20,0
Casado(a)/União de facto	147	66,8
Divorciado(a)/Viúvo(a)	29	13,2
<i>Situação profissional actual - Quadro (n = 220)</i>		
Não	29	13,2
Sim	191	86,8
<i>Situação profissional actual - Especialidade (n = 220)</i>		
Não	191	86,8
Sim	29	13,2
<i>Qual a especialidade (n = 28)</i>		
Médico-cirúrgica	23	82,1
Outra	5	17,9
<i>Habilitações académicas (n = 220)</i>		
Bacharelato	16	7,3
Licenciatura	175	79,5
Pós-graduação	26	11,8
Mestrado	3	1,4
<i>Tempo de serviço (n = 220)</i>		
< de 5 anos	23	10,5
5 a 10 anos	43	19,5
> 10 anos	154	70,0
<i>Tipo de horário (n = 220)</i>		
Completo	210	95,5
Acrescido	10	4,5
<i>N.º de noites que faz por semana (n = 220)</i>		
Nenhuma	104	47,3
1 noite/semana	87	39,5
2 ou mais noites/semana	29	13,2
Média:	0,7 ($\pm 0,9$) noites	
Amplitude de noites:	0 a 5 noites	
<i>Trabalha noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua</i>		

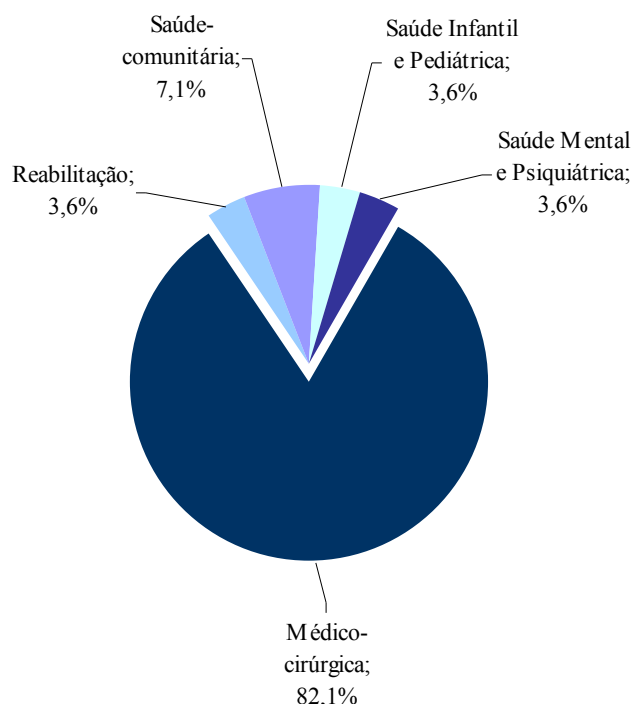
<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>instituição (n = 220)</i>		
Não	127	57,7
Sim	93	42,3
<i>Tipo de horário que faz noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição (n = 93)</i>		
Completo	2	2,2
Parcial	91	97,8

Figura 5 - Distribuição do escalão etário dos enfermeiros da amostra em função do estado civil (n = 220).



Relativamente à *situação profissional actual*, cerca de 87 % estavam no quadro e 13 % tinham especialidade. Por sua vez, a larga maioria dos enfermeiros da amostra que possuíam especialidade (13 %), tinham especialidade na área médico-cirúrgica (83 %). As restantes especialidade mencionadas foram: Saúde-Comunitária (7 %); Reabilitação; Saúde infantil / Pediátrica e Saúde Mental / Psiquiátrica (4 %) (ver figura 6).

Figura 6 - Distribuição da especialidade dos enfermeiros da amostra (n = 28).



No quadro 10 estão representadas as tabelas de contingência e respectivos resultados do teste do Qui-quadrado para o cruzamento entre a idade e a especialidade. Os resultados evidenciam que existe uma associação estatisticamente significativa entre a “idade” e “especialidade” ($p = 0,44$). Dos Enfermeiros que possuem especialidade, temos dois grupos significativos, os mais novos e os mais velhos. Conclui-se que se deve ao facto de serem os que têm mais disponibilidade de tempo e ou estabilidade financeira para o fazerem.

Quadro 10 - Comparação entre a idade e a “especialidade” e o “trabalhar noutra instituição”.

Idade					
	20 a 39 anos		>= 40 anos		valor-p ^a
	n.º	%	n.º	%	
<i>Qual a especialidade</i>					0,044 ^b
Médico-cirúrgica	13	100,0	10	66,7	
Outra	0	0,0	5	33,3	
Total	13	100,0	15	100,0	
<i>Trabalha noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição</i>					0,023
Não	71	51,8	56	67,5	
Sim	66	48,2	27	32,5	
Total	137	100,0	83	100,0	

^a Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

Por sua vez, as *habilitações académicas* mais frequentes eram a licenciatura (80 %) e 12 % dos enfermeiros inquiridos tinham já adquirido uma pós-graduação. A maioria tinha um *tempo de serviço* superior a 10 anos (70 %), sendo que apenas 11 % trabalhavam há menos de 5 anos. Praticamente a totalidade dos enfermeiros da amostra faz um horário completo (96 %). Faziam em média 0,7 ($\pm 0,9$) noites/semana, variando entre 0 e 5 noites/semana, sendo que aproximadamente 47 % não fazem noites e cerca de 40 % fazem 1 noite por semana. Constatou-se que cerca de 42 % dos enfermeiros que constituíam a amostra trabalhava noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição, fazendo, praticamente na totalidade dos casos, um horário parcial (98 %), para além do normal. Na profissão de enfermagem é muito frequente a acumulação, devido ao facto dos enfermeiros ainda não serem reconhecidos como licenciados e remunerados como tal, assim como lutarem por um estilo de vida de acordo com as suas ambições pessoais.

No quadro 10 também foi efectuado o cruzamento entre a idade e o trabalhar noutra instituição, em que os resultados evidenciam que existe uma associação estatisticamente significativa entre a “idade” e o “trabalhar noutra instituição” ($p = 0,023$). Quanto à acumulação é significativa a diferença no grupo de idade menor e isso pode estar ligada com a capacidade de trabalho.

No quadro 11, também foi efectuado o cruzamento do género com o trabalhar noutra instituição e os resultados evidenciam que existe uma associação estatisticamente significativa entre o “género” e o “trabalhar noutra instituição” ($p = 0,000$). Na amostra o maior número de pessoas que acumula, está proporcional ao número de enfermeiros questionados, em relação ao género, porque está em vantagem o sexo feminino, no entanto podemos constatar que 81% dos enfermeiros, do sexo masculino acumulam. É natural e está ligado com a imagem que ainda prevalece de que o homem tem o dever de sustentar a casa, chefe de família.

Quadro 11 - Comparação entre o género e o “trabalhar noutra instituição”.

Género					
	Feminino		Masculino		valor-p ^a
	n.º	%	n.º	%	
<i>Trabalha noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição</i>					0,000
Não	121	64,0	6	19,4	
Sim	68	36,0	25	80,6	
Total	189	100,0	31	100,0	

^a Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

2. ANÁLISE DAS VÁRIAS DIMENSÕES DO PERFIL CUIDATIVO DOS ENFERMEIROS

2.1. HÁBITOS DE VIDA

Nesta parte do questionário, pretendemos ver quais os hábitos de vida dos enfermeiros perioperatórios e analisar se têm atitudes cuidativas para consigo próprios.

2.1.1. Alimentação

No quadro 12, pretendemos traduzir quais os hábitos alimentares dos enfermeiros, apresentando as distribuições de frequências relacionadas com a alimentação dos enfermeiros da amostra. De uma forma geral, verificou-se que a larga maioria dos respondentes (78 %) nunca/raramente vão trabalhar sem comer, podemos concluir que os enfermeiros cuidam de si. De igual forma, verifica-se que aproximadamente 22 % dos respondentes vão trabalhar sem comer com frequência/sempre, ou seja, podemos afirmar que esta percentagem indica que os enfermeiros não cuidam de si, o que constata-se terem maus hábitos alimentares. Relativamente ao número de refeições diárias, apura-se que em média faziam 4,7 ($\pm 0,9$) refeições/dia, variando entre 2 a 6 refeições/dia, sendo que a maioria dos respondentes fazia 4 a 5 refeições/dia (71 %), o que consideramos neste aspecto serem cuidativos consigo próprios. Relacionando o perfil cuidativo global com estes dois comportamentos alimentares, constata-se que existem diferenças significativas ($p < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, têm comportamentos alimentares mais próximos da prática de uma alimentação saudável (figuras 7 e 8), de acordo com os dados estatísticos de 1990-2003 da BAP do INE.

Figura 7 - Perfil cuidativo global por frequência do n.º de vezes que vai trabalhar sem comer (n = 220).

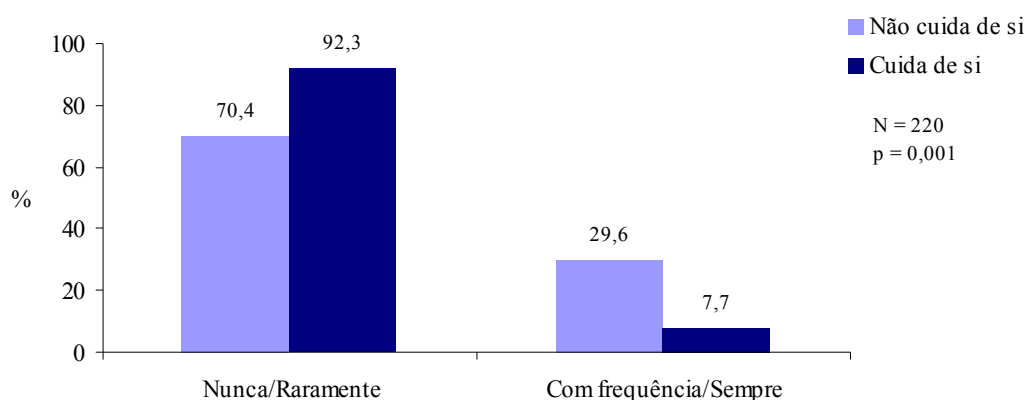
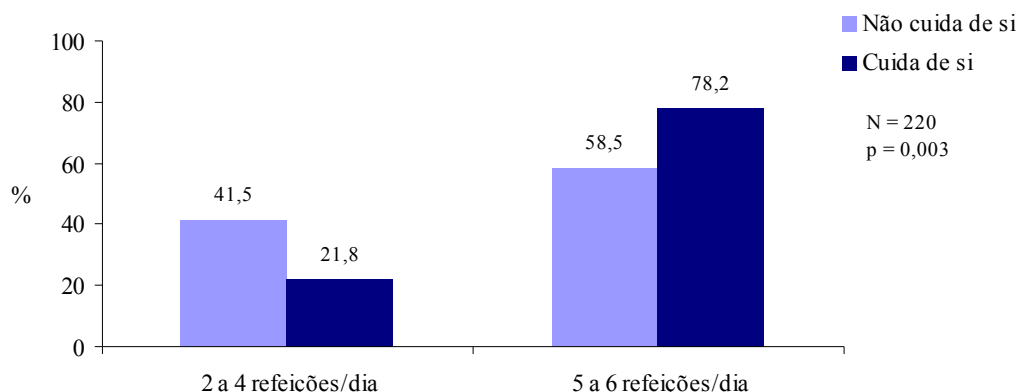


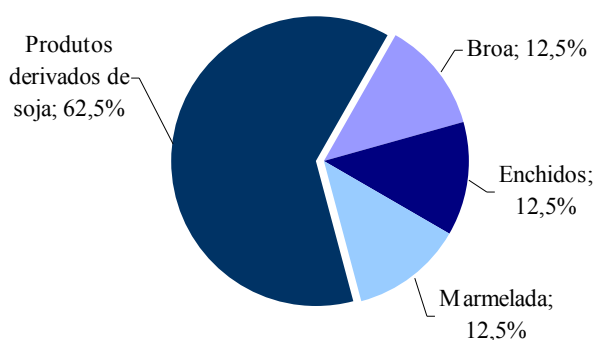
Figura 8 - Perfil cuidativo global por n.º de refeições que toma habitualmente por dia (n = 220).



Quanto às três refeições mais tomadas por dia, pela totalidade dos enfermeiros da amostra são por ordem decrescente: o almoço (99 %), o jantar (98 %) e o pequeno-almoço (96 %). Cerca de 82 % lancham e 75 % comem algo a meio da manhã. Relativamente aos alimentos que habitualmente ingerem por dia, conclui-se que os mais frequentes (> 80 %) são: fruta (93 %); carne (88 %); saladas (87 %); pão (86 %); peixe (85 %); iogurte/hortaliça/arroz (82 %); leite e azeite (81 %). Os alimentos que apresentam um consumo moderado (50% a 80 %) são: cenoura (70 %); massas (69 %); batatas (65 %); queijo (61 %) e manteiga (59 %). Entre os alimentos menos consumidos diariamente (< 50 %), destacaram-se: açúcar (47 %); ervilhas (46 %); feijão (45 %); ovos (40 %) e grão-de-bico (30 %). Entre os outros produtos consumidos habitualmente/dia (figura 9), destacam-se os produtos derivados de soja (63 %).

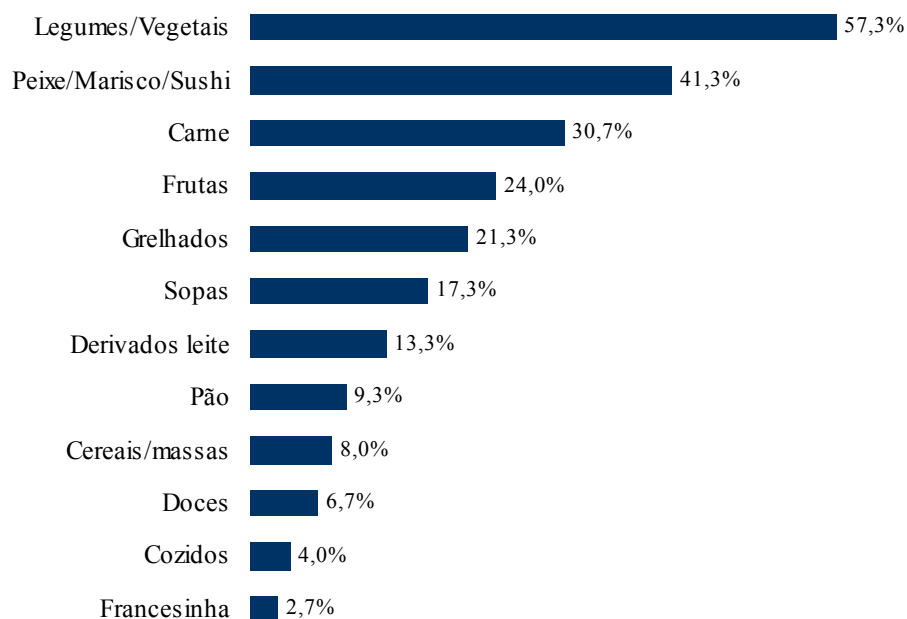
Nota-se um cuidados com a alimentação o que achamos o que achamos um aspecto muito positivo. Face ao estudo de referência desenvolvido em 1997, nota-se que houve uma evolução e uma preocupação com a alimentação. Terá sido com certeza devido ao aumento da qualidade do ensino e de campanhas no âmbito da boa alimentação e qualidade de vida e saúde.

Figura 9 - Outros produtos alimentares que ingere habitualmente/dia (n = 8).



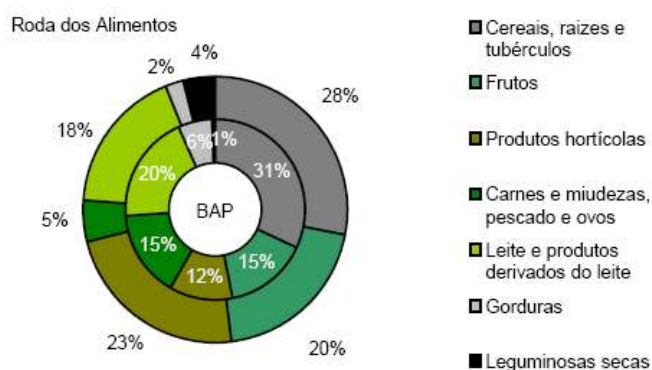
Por fim, verifica-se que a maioria dos enfermeiros da amostra não apresentam preferências alimentares (61 %) e cerca de 39 % apresentam. As preferências alimentares mais frequentes (figura 10) foram: Legumes / vegetais (57 %) e Peixe / marisco / sushi (41 %).

Figura 10 - Outras preferências alimentares que ingere habitualmente/dia (n = 75).



Tendo em conta a balança alimentar portuguesa (2003) e os dados apresentados na figura anterior, podemos dizer que os enfermeiros inquiridos têm uma alimentação muito aproximada da considerada saudável.

Figura 11- Roda dos Alimentos.



Fonte: adaptado da Balança Alimentar Portuguesa 2003.

Quadro 12 - Distribuição de frequências para os hábitos de vida associados à *alimentação*.

<i>Alimentação</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Habitualmente vai trabalhar sem comer? (n = 220)</i>		
Nunca	111	50,5
Raramente	61	27,7
Com frequência	34	15,5
Sempre	14	6,4
<i>Quantas refeições toma habitualmente por dia? (n = 220)</i>		
2 a 3 refeições/dia	26	11,8
4 refeições/dia	50	22,7
5 refeições/dia	106	48,2
6 refeições/dia	38	17,3
Média:	4,7 ($\pm 0,9$) refeições	
Amplitude:	2 a 6 refeições	
<i>Refeições que toma habitualmente/dia (n = 220)^a</i>		
Almoço	217	98,6
Jantar	216	98,2
Pequeno Almoço	211	95,9
Lanche	180	81,8
Meio da Manhã	165	75,0
Ceia	41	18,6
<i>Alimentos que habitualmente ingere/dia (n = 220)^a</i>		
Fruta	204	92,7
Carne	193	87,7
Saladas	192	87,3
Pão	189	85,9
Peixe	187	85,0
Iogurte	181	82,3
Hortaliça	181	82,3
Arroz	180	81,8
Leite	179	81,4
Azeite	178	80,9
Cenoura	153	69,5
Massas	152	69,1
Batatas	142	64,5
Queijo	133	60,5
Manteiga	129	58,6
Açúcar	104	47,3
Ervilhas	100	45,5
Feijão	99	45,0
Ovos	87	39,5

Grão	66	30,0
Bolos	49	22,3
Óleos	29	13,2
Banha	10	4,5
Outros alimentos	8	3,6
Tem preferências alimentares? (n = 220)		
Não	133	60,5
Sim	87	39,5

^a Pergunta de resposta múltipla (n.º de casos válidos, % de casos válidos e total de casos válidos)

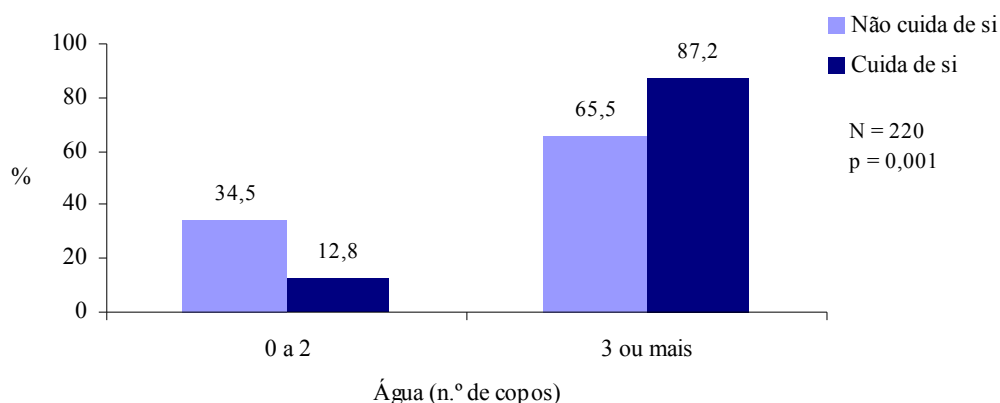
Podemos então concluir que a maioria dos enfermeiros da nossa amostra faz uma alimentação variada e rica em fibras. Pensamos que estão presentes os alimentos considerados essenciais e básicos na alimentação diária, como fornecedores de elementos necessários ao bom funcionamento do organismo bem como ao seu equilíbrio. Por essa razão achamos que a maioria dos enfermeiros cuida de si a nível da alimentação, como já referimos.

2.1.2. Bebidas

No quadro 14 apresentam-se a distribuições de frequências relativas às bebidas (n.º de copos) que os enfermeiros da amostra ingerem diariamente. Relativamente às bebidas sem álcool, verifica-se que a água é a bebida preferida pela maioria dos enfermeiros da amostra, cerca de 73 % bebem 3 ou mais copos de água por dia. No entanto, 27 % bebem entre 0 e 2 copos de água, indiciando que uma percentagem assinalável de enfermeiros da amostra não ingere uma quantidade de água suficiente por dia. Comparando o perfil cuidativo global com o n.º de copos de água ingeridos por dia, constata-se que existem diferenças significativas ($p < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, bebem significativamente mais copos de água por dia do que os que não cuidam (figura 11).

Parece-nos que o facto de os enfermeiros beberem preferencialmente água, se deve não só ao facto de as bebidas alcoólicas não serem permitidas no e durante o trabalho, mas a água ser reconhecida como a bebida mais saudável.

Figura 12 - Perfil cuidativo global por n.º de copos de água que ingere habitualmente por dia (n = 220).



Entre as bebidas que contêm cafeína, a preferida é o café, sendo que aproximadamente 88 % dos enfermeiros da amostra bebiam entre 2 a 4 cafés por dia, este consumo diário de cafeína, como bebida estimulante, não deve ultrapassar as doses consideradas aceitáveis (2 cafés por dia), por essa razão achamos que não cuidam de si a este nível. Por sua vez, apenas cerca de 49 % bebiam entre 1 a 2 chás por dia.

Quadro 13 – Teores de cafeína em café “tipo expresso”.

Café	Volume (ml)	Cafeína (mg)
Curto	27	104.3
Médio	40	105.4
Longo	57.5	124.7

Fonte: Almeida, 1998 adaptado de JFDA Ferreira e MA Ferreira, 1889.

Por fim, relativamente às bebidas alcoólicas, apenas o vinho merece algum destaque com cerca de 13 % dos enfermeiros da amostra a referirem que ingeriam 1 copo por dia o que está dentro dos parâmetros aceitáveis do enfermeiro que cuida de si. As restantes bebidas alcoólicas, cerveja (93 %), vinhos géneros (99 %) e bebidas destiladas (100 %), de uma forma geral, não eram ingeridas pela quase totalidade dos enfermeiros da amostra.

Podemos concluir que os enfermeiros bebem muita água, o que nos leva a pensar que têm noção de hidratação muito próxima da ideal, o que nos agradou verificar e que contrariamente ao que podíamos imaginar, bebem muito pouco álcool. A cerveja continua a ser a bebida e o vinho são as bebidas alcoólicas preferidas, o que está de acordo com as preferências da população portuguesa.

Quadro 14 - Distribuição de frequências para os hábitos de vida associados às *bebidas*.

Frequências											
	0		1		2		3 a 4		5 ou mais		Total
<i>Bebidas (n.º de copos)</i>	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º %
Água	2	0,9	15	6,8	42	19,1	74	33,6	87	39,5	220 100,0
Sumos naturais	141	64,1	69	31,4	8	3,6	1	0,5	1	0,5	220 100,0
Refrigerantes	180	81,8	31	14,1	7	3,2	1	0,5	1	0,5	220 100,0
Café	41	18,6	43	19,5	74	33,6	52	23,6	10	4,5	220 100,0
Chá	96	43,8	72	32,9	36	16,4	12	5,5	3	1,4	219 100,0
Cerveja	204	93,2	12	5,5	3	1,4	0	0,0	0	0,0	219 100,0
Vinho	189	86,3	29	13,2	1	0,5	0	0,0	0	0,0	219 100,0
Vinhos generosos	218	99,1	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	220 100,0
Bebidas destiladas	218	99,5	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	219 100,0

2.1.3. Tabaco

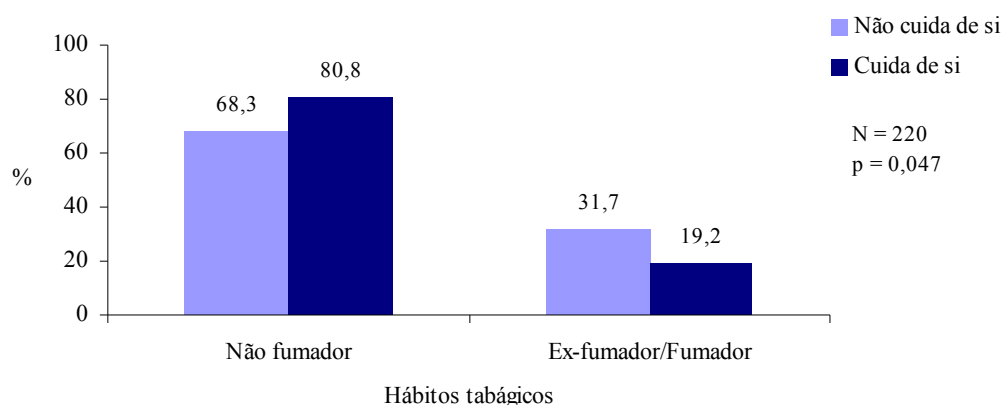
O quadro 15 mostra-nos que a larga maioria dos enfermeiros da amostra não fumavam (73 %). Quando se relaciona o perfil cuidativo global com ser fumador/ex-fumador ou não (figura 12), verifica-se que existem diferenças significativas ($p < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, na maioria dos casos (81 %) são não fumadores, logo na nossa perspectiva são cuidativos porque não fumam.

Podemos concluir que há uma maior formação e informação sobre os malefícios do tabaco, o que nos parece muito positivo, pois até há bem pouco tempo o cancro de pulmão era a primeira causa de morte na população portuguesa.

Não há dúvida nenhuma que os profissionais de saúde, conhecendo os efeitos do tabaco e não fumando, podem ter uma acção mais proveitosa e com certeza coroada de maior êxito junto da população, quando fazem ensino para a saúde aconselham a não fumar, do que o profissional que fuma e defende que o tabaco faz mal. Como já referimos anteriormente, Jean Watson defende a importância do exemplo do enfermeiro, ser coerente com os princípios que defende.

No estudo de referência efectuado por Cabral (1997), em 262 enfermeiras, verificou que 42% fumavam, sendo portanto maior a percentagem das não fumadoras. Comparando estes resultados com os obtidos no nosso estudo verificamos que existe um consenso: a maior percentagem é a de não fumadoras. No entanto, as enfermeiras do estudo de referência fumam mais que os enfermeiros da amostra do nosso estudo.

Figura 13 - Perfil cuidativo global por hábitos tabágicos (n = 220).



Por sua vez, os enfermeiros da amostra que fumavam, em média, fumavam cerca de 8,2 ($\pm 5,5$) cigarros/dia, variando entre 2 a 20 cigarros/dia, sendo que a maioria (61 %) fumava menos de 10 cigarros por dia. A maioria fumava, em média, à aproximadamente 15,1 ($\pm 8,3$) anos, variando entre 2 a 35 anos, sendo que a maioria (64 %) fumavam à um período de tempo compreendido entre 10 a 20 anos.

Quadro 15 - Distribuição de frequências para os hábitos tabágicos.

	Frequências	
<i>Tabaco</i>	n.º	%
<i>Tabaco (n = 220)</i>		
Não fumo	160	72,7
Ex-fumador	22	10,0
Fumador esporádico	15	6,8
Fumador regular	23	10,5
<i>Habitualmente, quantos cigarros fuma por dia? (n = 36)</i>		
< 10 cigarros/dia	22	61,1
>= 10 cigarros/dia	14	38,9
Média:	8,2 ($\pm 5,5$) cigarros/dia	
Amplitude:	2 a 20 cigarros/dia	
<i>Aproximadamente, há quantos anos fuma? (n = 36)</i>		
< 10 anos	7	19,4
10 a 20 anos	23	63,9
> 20 anos	6	16,7
Média:	15,1 ($\pm 8,3$) anos	
Amplitude:	2 a 35 anos	

2.1.4. Medicação

Analisando o ponto 12 do nosso questionário, referente à utilização de calmantes / tranquilizantes (quadro 16), apura-se que praticamente a totalidade dos enfermeiros da amostra não estava a fazer este tipo de medicação (94 %). Dos que estavam a fazer este tipo de medicação (6 %), durante o último mês, nunca tomaram este tipo de medicação (43 %), cerca de 36 % tomavam várias vezes por semana e, apenas 21 % tomavam todos os dias.

Quadro 16 - Distribuição de frequências para a medicação (1).

Medicação	Frequências	
	n.º	%
<i>Está a tomar calmantes / tranquilizantes? (n = 220)</i>		
Não	206	93,6
Sim	14	6,4
<i>Durante o último mês quantas vezes utilizou calmantes/tranquilizantes (n = 14)</i>		
Nunca	6	42,9
Várias vezes por semana	5	35,7
Todos os dias	3	21,4

Verifica-se ainda, que os medicamentos que tomavam eram na maioria dos casos ansiolíticos / sedativos (93 %) e 7 % antidepressivos (figura 14). O número de comprimidos ingeridos (figura 15) era na maioria dos casos de um comprimido (93 %).

Uma vez que há uma grande percentagem de enfermeiros perioperatórios a fazer ansiolíticos, poderemos colocar a questão se esta prática se deverá ao *stress*, acumulação? Mas uma vez que os enfermeiros inquiridos justificam a necessidade de apoio psicológico, devido ao *stress* em que trabalham, pareceu-nos ser esta uma das causas directas.

Figura 14 - Medicamentos que tomaram no último mês (n = 14).

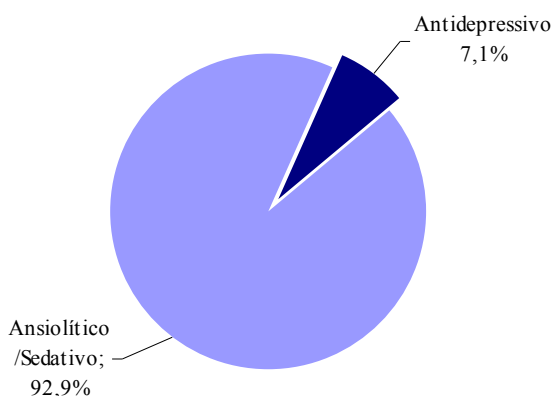
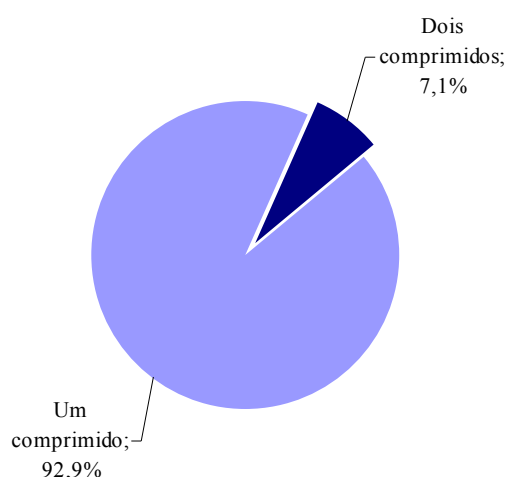


Figura 15 - Número de comprimidos que tomavam (n = 14).



A maioria dos enfermeiros da amostra que tomava medicamentos (quadro 17), continuava a utilizá-los pela mesma razão (80 %), em relação à dose inicial tomava a mesma dose (78 %), já tinha deixado de tomar (90 %). Os outros tipos de medicação que faziam eram essencialmente contraceptivos (49 %) e anti-inflamatórios / analgésicos (41 %), sendo este tipo de medicação indicada na maioria dos casos pelo médico (83 %).

Quadro 17 - Distribuição de frequências para a medicação (2).

Medicação	Frequências	
	n.º	%
<i>Continua a utilizá-lo pela mesma razão? (n = 10)</i>		
Não	2	20,0
Sim	8	80,0
<i>Em relação à dose inicial continua a tomar: (n = 9)</i>		
A mesma	7	77,8
Aumentou	1	11,1
Diminuiu	1	11,1
<i>Já alguma vez deixou de tomar? (n = 10)</i>		
Não	1	10,0
Sim	9	90,0
<i>Outro tipo de medicação que faz habitualmente? (n = 99)^a</i>		
Contraceptivos	48	48,5
Anti-inflamatórios/Analgésicos	41	41,4
Outros	18	18,2
<i>Quem indica o outro tipo de medicação? (n = 97)^a</i>		
Médico	80	82,5
Por iniciativa própria	20	20,6

Medicação	Frequências	
	n.º	%
Outro	4	4,1

^a Pergunta de resposta múltipla (n.º de casos válidos, % de casos válidos e total de casos válidos)

Podemos então concluir que 20 enfermeiros não cuidam de si ao fazerem auto-medicação (que comparativamente ao estudo de referência constata-se um aumento significativo, pois seriam 3 enfermeiras que se auto-medicavam).

Poder-se-á questionar sobre o conhecimento que estes enfermeiros têm, por possível deficiente formação, acerca do risco que correm por uso indiscriminado de medicação, sem terem sido aconselhados por alguém com preparação para o fazer, como é o caso do médico. Daqui podemos interrogar-nos com a falta de coerência entre o que o enfermeiro defende e ensina à população e o que pratica na sua própria vida.

O quadro 18 mostra-nos as principais razões motivaram o início da toma dos medicamentos. Apura-se que as principais razões foram: dificuldades em adormecer e dormir mal (100 %); a ansiedade (86 %) e o *stress* (80 %) para a toma desta medicação.

Estes valores estão de acordo com os resultados obtidos no estudo de referência e com a justificação que Cabral, dá para esta situação. O trabalho por turno, altera o ritmo biológico, uma vez que o ser humano está "programado" para estar acordado durante o dia e em repouso / dormir durante a noite.

Quadro 18 - Distribuição de frequências para as razões que motivaram o início da toma dos medicamentos.

Razões para tomar os medicamentos	Frequências							
	Nunca		Algumas vezes		Sempre		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Diminuir o <i>stress</i>	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5	100,0
Problemas familiares	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5	100,0
Dificuldade em adormecer	0	0,0	6	66,7	3	33,3	9	100,0
Sentir-se ansioso(a)	1	14,3	5	71,4	1	14,3	7	100,0
Problemas económicos	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Alteração do comportamento	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0

Dormir mal	0	0,0	6	85,7	1	14,3	7	100,0
Problemas no emprego	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0
Outros problemas	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6	100,0

O quadro 19 mostra a comparação entre o nosso estudo e o estudo de Cabral (1997) face às razões para a toma dos medicamentos.

Quadro 19 - Razões que motivaram o início da toma dos medicamentos: Ferreira (2010) e Cabral (1997).

	Ferreira (2010)	Cabral (1997)
Dificuldade em adormecer	100%	62%
Dormir mal	100%	42%
Ansiedade	86%	37%
Stress	80	32%

Pudemos constatar que em ambos os estudos por ordem decrescente atribuíram as mesmas razões, mas existe uma discrepância significativa nomeadamente à percentagem atribuída a cada razão, isto poderá ser justificado à luz da nossa sociedade actual, pelo facto do ritmo de trabalho ser mais intenso e consequentemente mais stressante.

Será que estes enfermeiros não conseguem resolver por si os seus problemas e necessitam de um maior acompanhamento/apoio da parte da instituição onde trabalham, com a finalidade de detectarem quais os factores que poderão desencadear a necessidade desta medicação (excesso de trabalho/horário, inadaptação ao serviço/equipa, conflitos, etc)?

Questionando a amostra sobre outro tipo de medicação que fazem habitualmente, podemos constatar, que dos 107 enfermeiros que responderam afirmativamente, 41% tomam analgésicos e anti-inflamatórios e 41% contraceptivos (quadro 17).

Poderemos questionar-nos sobre as possíveis razões que podem motivar o uso habitual deste tipo de medicação. Existem vários estudos internacionais sobre a segurança e protecção dos enfermeiros no trabalho, chamando a atenção para o grande número de lombalgias devido a maus posicionamentos corporais durante a prestação de cuidados, bem como devido ao excesso de carga de trabalho (EUCOMED, 2002).

Pensamos que a (o) enfermeira(o) chefe, também ela(e) como pessoa que cuida da sua equipa, poderá ter um papel importante, quer no ensino face aos posicionamentos corporais menos correctos utilizados pelos seus enfermeiros, quer na detecção de sinais de alerta indicadores de sobrecarga de trabalho, promovendo e estimulando o trabalho em equipa.

Também neste grupo encontramos 5% de enfermeiros que tomavam medicação indicada por outra pessoa que não o médico, não sendo portanto cuidados a este nível, segundo o perfil estabelecido no estudo de referência.

2.1.5. Repouso/Sono

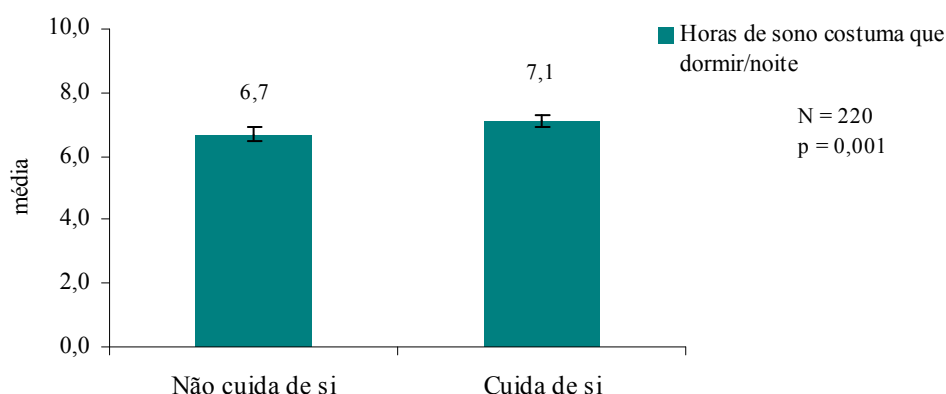
Da observação do quadro 20, constata-se que os enfermeiros da amostra dormiam média 6,8 ($\pm 0,9$) horas/noite, variando entre 5 a 9 horas, sendo que cerca de 76 % dormia menos de 8 horas/noite. Segundo um estudo realizado pela Fundação Norte Americana (2003), a média de um adulto para restabelecer o sono é de entre 7-9 horas, o que comparativamente ao nosso estudo, este número é coincidente.

De uma forma geral, consideram que o sono é reparador (48 %), no entanto, cerca 36 % considera que o sono só às vezes é reparador.

Parece-nos haver uma discrepância entre o que os enfermeiros perioperatórios consideram ser um sono reparador, uma vez que a maioria não dormia a seguir ao turno da noite. Se considerarmos que a média de horas de sono é de 7 horas / noite, podemos dizer que está dentro da média dos dados atrás apresentados, mas como durante o dia seria necessário o dobro das horas para o sono ser repousante (Cabral, 1997) e se a maioria não descansa após o turno da noite, fica-nos a dúvida sobre o sono repousante que estes profissionais podem ter.

A necessidade de repouso, já foi anteriormente realçada como base de um bom equilíbrio físico e emocional necessário a todas as pessoas, nomeadamente aos enfermeiros como *gente que cuida de gente*.

Figura 16 - Número médio de horas de repouso/sono por noite de acordo com o perfil cuidativo global (n = 220).



O número médio de repouso/sono por noite dos enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si (média = 7,1; d.p = 0,8) é significativamente superior ($p < 0,05$) ao dos enfermeiros que globalmente não cuidam de si (média = 6,7 horas; d.p = 0,9) (figura 15). Comparando com o estudo de Cabral, já mencionado, este número é coincidente.

O quadro 20, revela que a maioria dos enfermeiros da amostra não consegue dormir logo após o turno da noite (56 %) e, quando o fazem, dormem em média 3,4 ($\pm 1,0$) horas/noite, variando entre 0 a 6 horas/noite, sendo que a maioria cerca de 52 % dormia menos de 4 horas/noite, ou seja, menos de 6 horas, não sendo por isso na nossa opinião cuidadosos, pois dormem um número insuficiente de horas após o turno da noite.

A larga maioria (86 %) nunca toma medicamentos para dormir, sendo que apenas 13 % o fazem. Os medicamentos para dormir, geralmente nunca são prescritos pelo médico (38 %). De igual forma, são prescritos pelo médico às vezes e sempre em 31 % dos casos, respectivamente, o que nos leva a afirmar que a este nível não são cuidadosos pelas razões já anteriormente apontadas.

Quadro 20 - Distribuição de frequências o repouso/sono.

Repouso / Sono	Frequências	
	n.º	%
<i>Habitualmente, quantas horas de sono costuma dormir por noite? (n = 220)</i>		
< 8 horas/noite	168	76,4
>= 8 horas/noite	52	23,6
Média:	6,8 ($\pm 0,9$) horas	
Amplitude:	5 a 9 horas	

<i>Repouso / Sono</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Habitualmente quando faz turno da noite dorme logo a seguir? (n = 10)</i>		
Não	66	55,5
Sim	53	44,5
<i>Quantas horas dorme logo a seguir ao turno da noite? (n = 54)</i>		
< 4 horas	28	51,9
>= 4 horas	26	48,1
Média:	3,4 (±1,0) horas	
Amplitude:	0 a 6 horas	
<i>Habitualmente o seu sono é reparador? (n = 219)</i>		
Nunca	15	6,8
Só às vezes	79	36,1
Com frequência	105	47,9
Sempre	20	9,1
<i>Toma normalmente algum medicamento para dormir? (n = 218)</i>		
Nunca	187	85,8
Só às vezes	28	12,8
Com frequência/Sempre	3	1,4
<i>Se toma algum medicamento para dormir, é prescrito pelo médico? (n = 16)</i>		
Nunca	6	37,5
Às vezes	5	31,3
Sempre	5	31,3

2.2. OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES

Nesta parte pretendemos conhecer como os enfermeiros ocupam os seus tempos livres.

2.2.1. Férias

Da observação do quadro 21, apura-se que a larga maioria dos enfermeiros da amostra fez férias (97 %), sendo essas férias feitas na maioria dos casos com a família (57 %), de forma repartida (94 %) e, normalmente o período de férias é escolhido pelos enfermeiros (93 %). As férias, são um direito de cada trabalhador e um tempo privilegiado para o repouso e para retemperar as energias perdidas durante o período de trabalho. Na função pública está legislado o aumento do número de dias de férias com a idade (mais um dia após os 39 anos, dois após os 49 anos e três depois dos 59 anos – Decreto-Lei nº 176 1ª série/08 de 11 de Setembro). A pessoa para cuidar de si necessita do tempo de férias, ocupando-o da maneira que achar

conveniente para obter os melhores resultados possíveis, recuperando as forças para mais um ano de trabalho.

Quadro 21 - Distribuição de frequências as férias.

<i>Férias</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Habitualmente faz férias? (n = 220)</i>		
Não	7	3,2
Sim	213	96,8
<i>Com quem faz as habitualmente as férias? (n = 214)</i>		
Só com a família	121	56,5
Família/Amigos	1	0,5
Outra	92	43,0
<i>Habitualmente o período de férias é: (n = 218)</i>		
Seguido	14	6,4
Repartido	204	93,6
<i>Normalmente o período de férias é: (n = 218)</i>		
Escolhido por si	202	92,7
Sugerido pelo serviço	16	7,3

Podemos constatar que 3% dos enfermeiros que estudámos, não faziam habitualmente férias. Como recuperarão do desgaste de um ano de trabalho? Pensamos que a este nível não cuidam de si.

2.2.2. Exercício Físico

Pela análise do quadro 22, podemos constatar que cerca de 53 % dos enfermeiros da amostra praticava exercício físico, na maioria dos casos era praticado 1 a 2 vezes por semana (88 %) e, de uma forma geral, o exercício físico mais praticado era o ginásio (44 %) ou a caminhada (32 %).

Quadro 22 - Distribuição de frequências o exercício físico.

<i>Exercício Físico</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Pratica exercício físico? (n = 219)</i>		
Não	104	47,5
Sim	115	52,5
<i>Qual o tipo de Exercício Físico (n = 113)^a</i>		
Ginásio	50	44,2
Caminhada	36	31,9

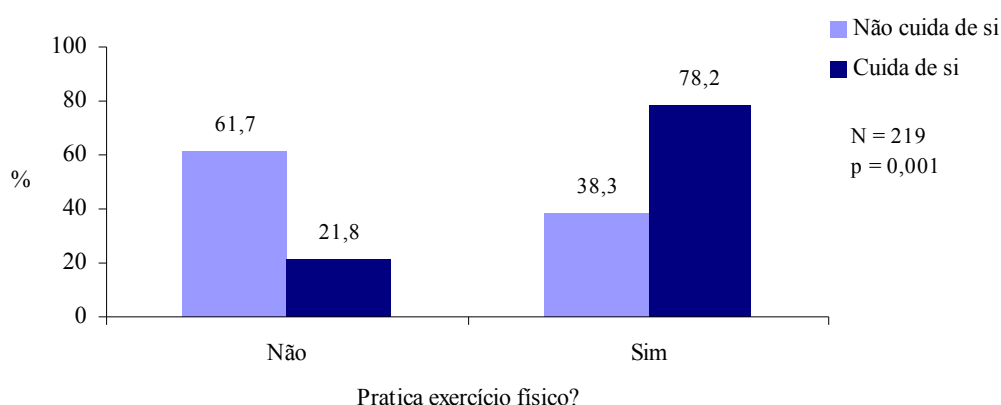
Outro(s)	21	18,6
Bicicleta	14	12,4
Natação	14	12,4
Futebol	6	5,3
<i>Regime da prática do exercício físico (n = 115)</i>		
1 a 2 vezes/semana	101	87,8
1 vez por mês	1	0,9
Esporadicamente	13	11,3

^a Pergunta de resposta múltipla (n.º de casos válidos, % de casos válidos e total de casos válidos)

Há uma diferença significativa entre os nossos resultados e os obtidos por Cabral (1997), pois 29% da sua amostra de enfermeiras, praticavam exercício, numa média de 1-2 vezes por semana. Serão fundamentos culturais que condicionam estes diferentes hábitos?

Verifica-se ainda que existe uma associação significativa ($p < 0,05$) entre o perfil cuidativo global e a prática de exercício físico (figura 17). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, praticam significativamente mais exercício físico do que os que não cuidam de si.

Figura 17 - Perfil cuidativo global por prática de exercício físico (n = 219).



2.2.3. Leitura

Relativamente à frequência de leitura (quadro 23), verifica-se que os enfermeiros da amostra, de uma forma geral, lêem frequentemente/diariamente livros (72 %) e jornais (58 %). Por outro lado, nunca/raramente lêem revistas de lazer e revistas profissionais (66 %) para ambas as opções.

Quadro 23 - Distribuição de frequências relativas à frequência de leitura.

Frequências										
Frequência de Leitura	Nunca		Raramente		Frequentemente		Diariamente		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Livros	7	3,2	54	24,5	124	56,4	35	15,9	220	100,0
Revistas de lazer	39	17,7	107	48,6	71	32,3	3	1,4	220	100,0
Revistas profissionais	37	16,8	109	49,5	71	32,3	3	1,4	220	100,0
Jornais	26	11,8	66	30,0	99	45,0	29	13,2	220	100,0

Na comparação por perfil cuidativo global (figuras 18 e 19), verifica-se que existe uma associação significativa entre o perfil cuidativo global e a frequência de leitura de livros e jornais ($p < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, lêem mais frequentemente livros e jornais do que os que não cuidam de si. As revistas de lazer e as revistas profissionais não apresentaram resultados estatisticamente significativos (p 's $> 0,05$) na frequência de leitura de acordo com o perfil cuidativo global.

Figura 18 -. Perfil cuidativo global por frequência de leitura de livros (n = 220).

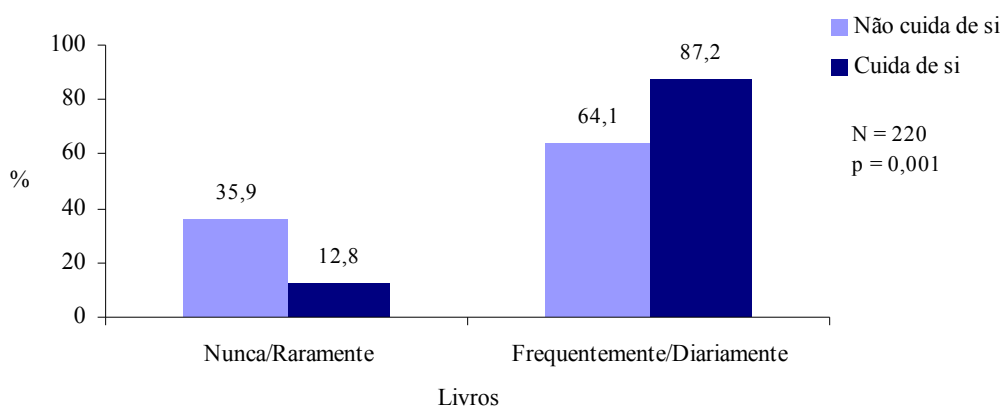
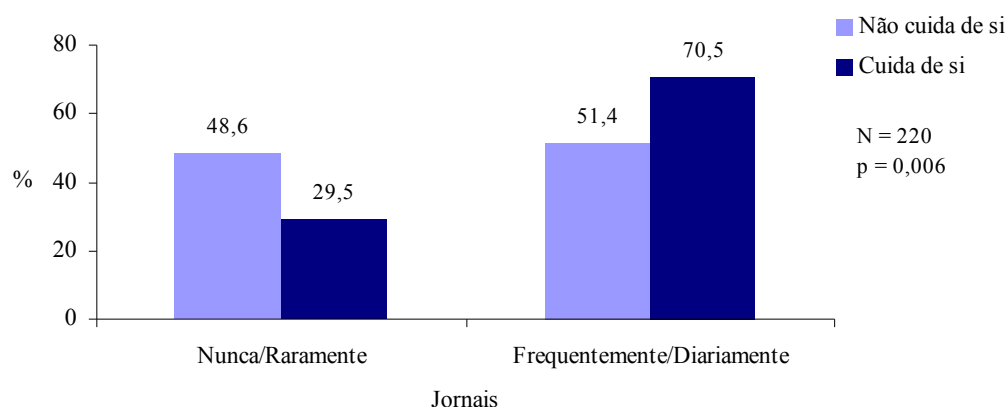


Figura 19 -. Perfil cuidativo global por frequência de leitura de jornais (n = 220).



2.2.4. Televisão, Cinema e Internet

Cerca de 67 % dos enfermeiros da amostra vêem televisão frequentemente/diariamente, raramente vão ao cinema (70 %) e recorrem frequentemente à Internet (71 %) essencialmente para uso pessoal (89 %), cerca de 69 % para uso profissional e 62 % para lazer (quadro 24). Não foi encontrada uma relação significativa entre o perfil cuidativo global e a frequência com que os enfermeiros da amostra vêem televisão, vão ao cinema e utilizam a Internet ($p > 0,05$).

Achamos importante incluir a Internet, factor que não está presente no estudo de referência. Há um intervalo temporal significativo entre estes dois estudos, o que justifica os resultados obtidos e a pertinência de inclusão desta questão. O uso da Internet é uma realidade cada vez mais usada com diferentes objectivos que os resultados nos indicam, quer como lazer, assim como fonte de formação, pesquisa científica e troca de experiências.

Quadro 24 - Distribuição de frequências relativas à frequência com que os enfermeiros da amostra habitualmente vêem televisão, vão ao cinema e recorrem à Internet.

Televisão, Cinema e Internet	Frequências	
	n.º	%
<i>Habitualmente vê televisão? (n = 220)</i>		
Nunca	3	1,4
Raramente	66	30,0
Frequentemente	75	34,1
Diariamente	76	34,5
<i>Habitualmente vai ao Cinema? (n = 220)</i>		
Nunca	5	2,3

Raramente	154	70,0
<i>Habitualmente recorre à Internet? (n = 220)</i>		
Nunca	2	0,9
Raramente	51	23,2
Frequentemente	155	70,5
Diariamente	12	5,5
<i>Situações em que usa a Internet (n = 189)^a</i>		
Uso pessoal	169	89,4
Uso para lazer	117	61,9
Uso profissional	130	68,8

^a Pergunta de resposta múltipla (n.º de casos válidos, % de casos válidos e total de casos válidos)

2.3. Comportamento Preventivo / Saúde

Nesta parte do questionário pretendemos conhecer o comportamento preventivo/saúde dos enfermeiros da nossa amostra em estudo.

2.3.1. Exame Ginecológico

O quadro 25 mostra-nos que a maioria das enfermeiras da amostra recorre anualmente à consulta de ginecologia (68 %) e à citologia de Papanicolaou (67 %).

Estes resultados podem significar que esta rotina ainda não está totalmente interiorizada na vida da mulher, neste caso das enfermeiras, o que nos parece que será um aspecto que merecerá atenção nas medidas que iremos propor no final do nosso trabalho.

Quadro 25 - Distribuição de frequências relativas à frequência com que as enfermeiras da amostra fazem exames ginecológicos.

Frequências										
	Nunca		Esporadicamente		Anual		Bianual		Total	
<i>Exame Ginecológico</i>	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Consulta de Ginecologia	5	2,6	40	21,1	130	68,4	15	7,9	190	100
Citologia de Papanicolaou	10	5,3	39	20,5	128	67,4	13	6,8	190	100

Foi ainda encontrada uma relação significativa ($p < 0,05$) entre o perfil cuidativo global e a frequência com que as enfermeiras da amostra realizavam os exames ginecológicos (quadro 26). De uma forma geral, as enfermeiras que cuidavam de si, realizavam de forma significativa exames ginecológicos com mais frequência do que as que não cuidavam de si.

Através do quadro 25 e 26, podemos verificar que maioritariamente o exame de Papanicolaou é feito anualmente pelas enfermeiras que com a mesma periodicidade

recorrem à consulta de ginecologia. Na nossa perspectiva esta é uma atitude cuidativa ($p < 0.001$).

Quadro 26 - Perfil cuidativo global de acordo com a frequência com que as enfermeiras da amostra realizavam os exames ginecológicos.

Os Enfermeiros Perioperatórios, globalmente cuidam de si?					
	Não cuida de si		Cuida de si		valor-p
	n.º	%	n.º	%	
<i>Consulta de Ginecologia</i>					0,001
Nunca/Esporadicamente	38	31,9	7	9,9	
Anual/Bianual	81	68,1	64	90,1	
Total	119	100,0	71	100,0	
<i>Citologia de Papanicolaou</i>					0,000
Nunca/Esporadicamente	42	35,3	7	9,9	
Anual/Bianual	77	64,7	64	90,1	
Total	119	100,0	71	100,0	

Resultado de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

2.3.2. Auto-Exame da mama

Mais de metade dos enfermeiros da amostra (53 %), apenas realiza um auto-exame da mama esporadicamente, 25% realizam mensalmente e 21% nunca fizeram o auto-exame da mama (quadro 27), somente 55 enfermeiros se revelam cuidativos neste aspecto, ao afirmarem que o realizam mensalmente (no estudo de Cabral, 1997, estes resultados obtidos são equiparados). Segundo o portal de oncologia português (2010) o auto-exame da mama deveria ser realizado mensalmente, o que na nossa amostra de enfermeiros em estudo não se verifica, o que nos poderá levar a concluir que os enfermeiros não serem cuidativos.

Quadro 27 - Distribuição de frequências relativas à frequência com que os enfermeiros da amostra fazem auto-exame da mama.

<i>Auto-Exame da Mama</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Faz auto-exame da mama? (n = 219)</i>		
Nunca	47	21,5
Mensal	55	25,1
Esporadicamente	117	53,4
<i>Mamografia: (n = 219)</i>		

Não	131	59,8
Sim	88	40,2
A primeira que efectuou tinha que idade? (n = 88)		
< 35 anos	19	21,6
>= 35 anos	69	78,4
Média:	36,4 (±5,8) anos	
Amplitude:	16 a 46 anos	
Motivo do exame (n = 88)		
Rotina/Rastreio	70	79,5
Sinais/Sintomas (Nódulo,Dor,Microcalcificação,Mastopatia)	18	20,5
Periodicidade das mamografias (n = 60)		
6/6 meses	10	16,7
Anual	50	83,3

De igual forma, a maioria nunca realizou uma mamografia (60 %) e cerca de 40 % já tinham realizado uma mamografia. Tinham, em média 36,4 (±5,8) anos de idade quando realizaram a mamografia, variando entre os 16 e 46 anos, sendo que 78 % tinha 35 ou mais anos de idade quando realizou a mamografia (idade que consideramos ideal realizar a mamografia entre 35-40 anos, estes dados também se encontram em conformidade com as recomendações do portal de oncologia português).

Analisando o cruzamento da idade com a realização da mamografia (Quadro 28), os resultados evidenciam que existe uma associação significativa ($p=0,000$), o que nos reforça que a faixa etária predominante são os enfermeiros com idade ≥ 40 anos. O que nos parece natural, pois nessa altura, se não houver antecedentes familiares a mulher terá de fazer a sua primeira mamografia de controlo, para despiste de cancro da mama.

Quadro 28 -.Comparação entre a idade e mamografia e realização de mais alguma mamografia.

Idade					
	20 a 39 anos		>= 40 anos		valor-p ^a
	n.º	%	n.º	%	
<i>Mamografia:</i>					0,000
Não	115	83,9	16	19,5	
Sim	22	16,1	66	80,5	
Total	137	100,0	82	100,0	
<i>Já efectuou mais alguma vez uma mamografia?</i>					0,005
Não	12	54,5	15	22,7	
Sim	10	45,5	51	77,3	

Idade					
	20 a 39 anos		>= 40 anos		valor-p ^a
	n.º	%	n.º	%	
Total	22	100,0	66	100,0	

^a Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

O principal motivo que levou à realização da mamografia foi um exame de rotina/rastreio (80 %), sendo a periodicidade destes exames, na larga maioria dos casos anual (83 %). Consideramos que a este nível estes enfermeiros são cuidativos.

Analisando o cruzamento do género com a realização da mamografia do auto-exame da mama (Quadro 29), os resultados evidenciam que existe uma associação significativa ($p=0,000$). Estes resultados parecem-nos reveladores da discordância entre o aprendido e o vivenciado na prática. O que aprendemos é para ensinarmos aos outros e é de facto verdade, pensarmos que “estamos protegidos” e de que nunca nos acontece nada!

Quadro 29 - .Comparação entre o género e mamografia e realização do auto-exame da mama.

Género					
	Feminino		Masculino		valor-p ^a
	n.º	%	n.º	%	
Mamografia:					0,000
Não	101	53,4	30	100,0	
Sim	88	46,6	0	0,0	
Total	189	100,0	30	100,0	
Auto-Exame da Mama					0,000
Nunca	21	11,1	26	86,7	
Mensal	54	28,6	1	3,3	
Esporadicamente	114	60,3	3	10,0	
Total	189	100,0	30	100,0	

^a Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

Na análise da relação entre o perfil cuidativo global e a frequência com que os enfermeiros da amostra realizavam o auto-exame da mama e a mamografia (quadro 30), verifica-se que apenas existem diferenças significativas para a frequência com que os enfermeiros da amostra realizavam o auto-exame da mama ($p < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si realizavam significativamente mais auto-exames da mama do que os que não cuidavam de si.

Quadro 30 - Perfil cuidativo global de acordo com a frequência com que os enfermeiros da amostra realizavam o auto-exame da mama e a mamografia.

Os Enfermeiros Perioperatórios, globalmente cuidam de si?					
	Não cuida de si		Cuida de si		valor-p
	n.º	%	n.º	%	
<i>Auto-Exame da Mama:</i>					0,037
Nunca	37	26,2	10	12,8	
Mensal	30	21,3	25	32,1	
Esporadicamente	74	52,5	43	55,1	
Total	141	100,0	78	100,0	
<i>Mamografia:</i>					n.s. (p>0,05)
Não	91	64,5	40	51,3	
Sim	50	35,5	38	48,7	
Total	141	100,0	78	100,0	

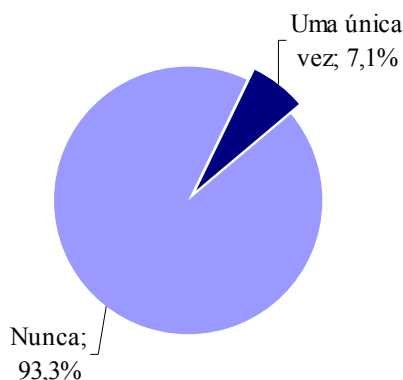
Resultado de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

2.3.3. Exame da próstata (PSA)

Relativamente ao exame da próstata (figura 20), praticamente a totalidade dos enfermeiros da amostra nunca tinha realizado qualquer exame, e apenas 7 % tinham realizado uma vez um exame à próstata.

O rastreio do CA próstata, a decisão de iniciar testes de detecção precoce do CA próstata, PSA e toque rectal anuais, nos homens a partir dos 50 anos sem risco; alto risco- 45 anos; muito alto risco – 40 anos (Portal de Oncologia Português). Podemos concluir que como os enfermeiros do sexo masculino tinham idade inferior a 40 anos, não tinham ainda feito este tipo de exame.

Figura 20 - Distribuição frequências relativas ao exame da próstata (n = 30).



2.3.4. Estudos Analíticos de Rotina (análise de sangue)

Da observação do quadro 31 constata-se que mais de metade dos enfermeiros da amostra realizam estudos analíticos de rotina (análises ao sangue) anualmente (54 %), e cerca 34 % nunca/esporadicamente realizam este tipo de estudos. Quando comparado por perfil cuidativo global, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), o que podemos considerar que neste ponto são cuidadosos.

Parece-nos ser relevante o facto de haver uma percentagem significativa de enfermeiros perioperatórios que nunca ou esporadicamente fazem estudos analíticos, uma vez que o serviço de Bloco Operatório é considerado um serviço de risco.

Parece-nos poder dizer que as instituições deveriam estar mais sensibilizadas para uma protecção programada e sistematizada dos seus funcionários. O serviço de Saúde Ocupacional embora esteja regulamentada em decreto-lei, desde há anos ainda não é uma realidade nos nossos hospitais portugueses.

A maioria dos exames é habitualmente solicitada pelo médico pessoal (38 %) ou pelo médico assistente (37 %).

Quadro 31 - Distribuição de frequências relativas aos estudos analíticos de rotina (análises ao sangue).

<i>Estudos Analíticos de Rotina (Análises ao Sangue)</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Estudos Analíticos de Rotina (n = 219)</i>		
Nunca/Esporadicamente	74	33,8
Anual	119	54,3
Bianual	26	11,9
<i>Os Estudos Analíticos de Rotina, são habitualmente solicitados por: (n = 218)</i>		
Médico Pessoal	83	38,1
Médico Assistente	80	36,7
O(A) Próprio(a) ao Médico	55	25,2

2.3.5. Outros cuidados de saúde

Quanto a outros cuidados de saúde (quadro 32), apura-se que a maioria dos enfermeiros da amostra não verifica com regularidade a tensão arterial (59 %) e cerca de 41 % verifica. Por outro lado, a frequência de visita o dentista é principalmente anual (42 %), cerca de 35 % esporadicamente e 23 % bianual.

Quadro 32 - Distribuição de frequências relativas a outros cuidados de saúde.

Outros cuidados de saúde	Frequências	
	n.º	%
<i>Verifica com regularidade a sua Tensão Arterial? (n = 220)</i>		
Não	129	58,6
Sim	91	41,4
<i>Visita o seu Dentista? (n = 220)</i>		
Esporadicamente	76	34,5
Anual	93	42,3
Bianual	51	23,2

No quadro 33 representam-se os valores das distribuições de frequência dos outros cuidados de saúde por perfil cuidativo global. Os resultados evidenciam a existência de diferenças significativas (p 's < 0,05). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si verificavam com regularidade a sua tensão arterial. De igual forma, a frequência de visitas ao dentista é significativamente superior nos enfermeiros que cuidam de si, podemos afirmar que os enfermeiros são cuidativos a este nível.

Quadro 33 - Perfil cuidativo global de acordo com a frequência com os outros cuidados de saúde.

Os Enfermeiros Perioperatórios, globalmente cuidam de si?					
	Não cuida de si		Cuida de si		valor-p
	n.º	%	n.º	%	
<i>Verifica com regularidade a sua Tensão Arterial?</i>					0,005
Não	93	65,5	36	46,2	
Sim	49	34,5	42	53,8	
Total	142	100,0	78	100,0	
<i>Visita o seu Dentista?</i>					0,001
Esporadicamente	59	41,5	17	21,8	
Anual	46	32,4	47	60,3	
Bianual	37	26,1	14	17,9	
Total	142	100,0	78	100,0	

Resultado de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

2.3.6. Protecção pessoal no trabalho

2.3.6.1. Tem a vacinação em dia?

Relativamente à vacinação (quadro 34), constata-se que a larga maioria dos enfermeiros da amostra têm as vacinas da BCG (92 %), Tétano (94 %) e Hepatite B (87 %) em dia, pudemos afirmar que a maioria dos enfermeiros são cuidadosos a este nível (este dado é em conformidade com o estipulado pela DGS no programa nacional de vacinação 2006). Quanto à vacina da Gripe, a maioria não tinha esta prática (58 %) e cerca de 40 % tinha esta vacina em dia. Apesar desta vacina não ser obrigatória segundo o plano estipulado pela DGS, só recomendada efectuar a grupos de risco, como é o caso dos enfermeiros, daí podermos pensar que os inquiridos não seguem as orientação ligadas à sua protecção, não sabendo no entanto qual a razão para esta opção.

Quadro 34 - Distribuição de frequências relativas à vacinação.

Frequências								
Tem a vacinação em dia?	Não		Sim		Não sei		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Vacina – BCG	5	2,3	199	91,7	13	6,0	217	100,0
Vacina – Tétano	11	5,1	203	93,5	3	1,4	217	100,0
Vacina - Hepatite B	15	6,9	189	86,7	14	6,4	218	100,0
Vacina – Gripe	122	58,4	84	40,2	3	1,4	209	100,0

2.3.6.2. Indique o que o(a) levou a fazer as seguintes vacinas

O quadro 35 mostra-nos que o principal motivo que levou os enfermeiros da amostra a se vacinarem contra a BCG (38 %), Hepatite B (52 %) e Gripe (66 %) foi a iniciativa própria. No entanto, a vacina da BCG foi em cerca de 34 % dos casos sugerida pelo médico e em 29 % sugerida pela instituição. Já a vacina da Hepatite B foi em cerca de 29 % dos casos sugerida pela instituição e em 20 % sugerida pelo médico. Por fim, a vacina da Gripe foi em cerca de 28 % dos casos sugerida pela instituição.

Quadro 35 - Distribuição de frequências relativas ao motivo que levou os enfermeiros a proceder à vacinação.

Frequências								
	Iniciativa própria		Sugestão do médico		Sugestão da instituição		Total	
<i>O que o levou a vacinar-se</i>	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Vacina – BCG	52	38,0	46	33,6	39	28,5	137	100,0
Vacina - Hepatite B	84	51,5	32	19,6	47	28,8	163	100,0
Vacina – Gripe	61	66,3	5	5,4	26	28,3	92	100,0

2.3.7. Utilização de luvas como protecção pessoal no trabalho

Todos os enfermeiros da amostra usavam luvas para prestar cuidados de saúde (100 %), tendo apontado em cerca de 89 % dos casos a protecção como o principal motivo para a sua utilização (quadro 36).

Parece-nos natural os resultados obtidos uma vez que o uso das luvas é uma prática da maioria dos profissionais desta área de cuidados, quer por manusearem com material esterilizado, quer por estar em contacto com fluidos orgânicos do doente.

Quadro 36 - Distribuição de frequências relativas à utilização de luvas como protecção pessoal no trabalho.

<i>Protecção pessoal no trabalho</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Usa luvas para prestar cuidados? (n = 220)</i>		
Não	0	0,0
Sim	220	100,0
<i>Porque usa luvas para prestar cuidados? (n = 187)</i>		
Protecção	166	88,8
Outras	21	11,2

Relativamente à análise das situações em que utilizavam luvas por frequência de utilização (quadro 37), conclui-se que utilizavam **sempre** luvas, principalmente nas seguintes situações:

- “Cuidados higiene, Manuseamento de fluidos orgânicos/corporais” (73 %);
- “Contacto com doentes infectados e em situações urgência/emergência,
- Técnicas invasivas e assépticas” (49 %);

Em contrapartida, apura-se que utilizavam **às vezes** luvas, principalmente nas seguintes situações:

- “Preparação/Administração de medicação, Monitorização sinais vitais”(43 %);
- “Posicionamentos/Transferências” (40 %);
- “Preparação/Administração de medicação, Monitorização sinais vitais”(43 %).

Por fim, verifica-se que **nunca** utilizavam luvas, preferencialmente nas seguintes situações:

- “Acolhimento, Monitorização sinais vitais, Preparação de material cirúrgico” (71 %);
- “Preparação/Administração de medicação” (27 %).

Quadro 37 - Distribuição de frequências relativas às frequências/situações de utilização de luvas como protecção pessoal no trabalho.

<i>Protecção pessoal no trabalho</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Situações em que usa sempre luvas (n = 190)^a</i>		
Cuidados higiene, Manuseamento de fluidos orgânicos/corporais	138	72,6
Contacto com doentes infectados e em situações urgência/emergência, Técnicas invasivas e assépticas	93	48,9
Algalias, Aspiração de secreções, Técnicas de colheitas e Punções venosas, Drenagens	47	24,7
Instrumentação e Manuseamento de material esterilizado	58	30,5
<i>Situações em que usa às vezes luvas (n = 134)^a</i>		
Cuidados higiene, Manuseamento de fluidos orgânicos/corporais	17	12,7
Preparação/Administração de medicação, Monitorização sinais vitais	57	42,5
Colheitas, Punções venosas, Técnicas	50	37,3
Posicionamentos/Transferências	53	39,6
<i>Situações em que nunca usa luvas (n = 113)</i>		
Preparação/Administração de medicação	30	26,5
Acolhimento, Monitorização sinais vitais, Preparação de material cirúrgico	80	70,8
Colheitas, Punções venosas, Técnicas	11	9,7
Posicionamentos/Transferências	20	17,7

^a Pergunta de resposta múltipla (n.º de casos válidos, % de casos válidos e total de casos válidos)

Por outro lado, relativamente à utilização de outro tipo de protecção pessoal no trabalho (quadro 38), verifica-se que a larga maioria dos enfermeiros da amostra utiliza

outro tipo de protecção para além das luvas (81 %), quando necessário. Os outros tipos de protecção mais utilizados são a máscara com viseira, Bata e luvas (47 %), e bata, óculos, máscara e barrete (40 %), respectivamente. Entende-se este facto, pois nos serviços de BOC existem variadas técnicas e procedimentos, que exigem uma protecção diferente para além do uso de luvas (AESOP, 2010).

Dentro da área de protecção, questionámos os enfermeiros do nosso estudo, sobre a quantidade de vezes que lavavam as mãos por turno.

Consideramos a lavagem das mãos, como sendo uma das medidas básicas e fundamentais no combate à infecção, nomeadamente a infecção hospitalar e também como uma atitude de protecção pessoal e face aos doentes.

Constatamos uma diversidade imensa na quantidade de vezes que os enfermeiros lavavam as mãos, desde um número, mínimo de 2 vezes até um número máximo de 30 vezes por turno. Pensamos que o tipo de funções que os enfermeiros desempenham diariamente durante o turno irá influenciar o número de vezes que lavará as mãos. Confrontando com o número considerado ideal –12 vezes – podemos verificar que 71% dos enfermeiros cuidam de si desta forma.

Em média, por turno, os enfermeiros da amostra lavavam as mãos 11,7 ($\pm 5,0$) vezes, variando entre 4 a 30 vezes. De igual forma, por turno, os enfermeiros da amostra desinfectavam as mãos 10,3 ($\pm 5,3$) vezes, variando entre 2 a 40 vezes.

Quadro 38 - Distribuição de frequências relativas à utilização de outro tipo de protecção pessoal no trabalho.

<i>Protecção pessoal no trabalho</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Usa outro tipo de protecção? (n = 219)</i>		
Não	42	19,2
Sim	177	80,8
<i>Outro tipo de protecção que usa: (n = 173)</i>		
Avental de chumbo,Bata,Máscara	22	12,7
Bata,Óculos,Máscara,Barrete	69	39,9
Máscara com viseira,Bata,Luvas	82	47,4
<i>Por turno,em média quantas vezes lava as mãos? (n = 214)</i>		
< 10 vezes	63	29,4
>= 10 vezes	151	70,6
Média:	11,7 ($\pm 5,0$) vezes	
Amplitude:	4 a 30 vezes	
<i>Por turno, em média quantas vezes desinfecta as mãos? (n = 214)</i>		
< 10 vezes	79	36,9

>= 10 vezes	135	63,1
Média:	10,3 ($\pm 5,3$) vezes	
Amplitude:	2 a 40 vezes	

2.4. O TRABALHO E A VIDA

Nesta parte do questionário pretendemos saber como o enfermeiro se situa face ao trabalho. O facto de poder não estar realizado profissionalmente, e o tipo de trabalho poder entrar por vezes em conflito com a vida familiar, bem como a auscultação de necessidades que poderá sentir, levaram-nos a incluir esta parte no questionário.

Da observação do quadro 39, apura-se que cerca de 56 % dos enfermeiros da amostra sentem-se quase sempre realizados e 36 % apenas às vezes se sentem realizados.

Parece-nos ser preocupante o facto de haver ainda uma percentagem significativa de enfermeiros que não se sentem realizados, o que nos poderá pensar que poderá ter influência no *stress* que os inquiridos revelam ter.

Quanto à repercussão negativa do tipo de trabalho na vida particular pessoal/familiar, a maioria refere que às vezes isso se verifica (55 %), no entanto, cerca de 28 % refere que raramente isso acontece.

Quando tem problemas no trabalho, para pedir ajuda, os enfermeiros da amostra recorrem na maioria das vezes: ao colega de serviço (37 %), ao chefe de serviço (23 %) e em cerca de 21 % dos casos, a ninguém.

Podemos compreender estes resultados, pois poderá ser vantajoso que os problemas sejam resolvidos pelas pessoas envolvidas e debatidas no serviço, daí não nos ter surpreendido que escolhessem mais frequentemente os colegas de serviço e a (o) enfermeira (o) chefe. No entanto, não podemos desvalorizar que ainda há enfermeiros (21%), que quando têm problemas, não recorrem a ninguém. Poderá este facto contribuir para o aumento do desgaste profissional?

Auscultando as necessidades que os enfermeiros podem sentir, verificamos que 58% dos enfermeiros da amostra sente necessidade de um gabinete de apoio à enfermagem na instituição, indicando na maioria dos casos o Psicólogo como a pessoa que o deveria orientar o gabinete (82 %) (quadro 39). Por sua vez, os principais motivos que levariam os enfermeiros a usar o gabinete de apoio à enfermagem foram: Apoio Psicológico (74 % - que dentro deste englobámos os

conflitos interpessoais; morte; desmotivação pessoal e profissional; insatisfação e injustiças profissionais); *Stress/Burnout* (37 %) e Problemas Laborais (25 %).

Estes resultados podem estar em concordância com o que já referimos – percentagem dos enfermeiros inquiridos que referem ter *stress*, não se sentirem realizados, não descansarem o tempo suficiente, que podem ser os motivadores de conflitos interpessoais.

Quadro 39 - Distribuição de frequências relativas à caracterização do trabalho e a vida.

<i>O trabalho e a vida</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>Sente-se realizado profissionalmente? (n = 220)</i>		
Nunca/Raramente	18	8,2
Às vezes	80	36,4
Quase sempre	122	55,5
<i>Acha que o seu trabalho tem repercussões negativas na sua vida pessoal/familiar? (n = 220)</i>		
Nunca	27	12,3
Raramente	62	28,2
Às vezes	120	54,5
Quase sempre	11	5,0
<i>Para pedir ajuda quando tem problemas no trabalho, recorre a: (n = 220)</i>		
Chefe de serviço	51	23,2
Colega de serviço	81	36,8
Colega de outro serviço/Directora de enfermagem	12	5,5
Amiga extra-instituição/familiar	31	14,1
Ninguém	45	20,5
<i>Sente necessidade de um gabinete de apoio à Enfermagem na sua Instituição? (n = 220)</i>		
Não	93	42,3
Sim	127	57,7
<i>Se Sim quem o devia orientar? (n = 127)</i>		
Psicólogo	104	81,9
Outro	23	18,1
<i>Se Sim quem o devia orientar - Outro (n = 9)^a</i>		
Advogado	9	100,0
Outro	3	33,3
<i>Que motivos o(a) levariam a usar o gabinete de apoio à enfermagem? (n = 85)^a</i>		
Apoio psicológico	63	74,1
Problemas laborais	21	24,7
Stress/Burnout	31	36,5
Apoio Jurídico, Ético	13	15,3

O trabalho e a vida	Frequências	
	n.º	%

^a Pergunta de resposta múltipla (n.º de casos válidos, % de casos válidos e total de casos válidos)

Pensamos que dos resultados obtidos nesta parte do questionário, surgiram algumas propostas de intervenção que abordaremos nas conclusões.

2.5. PERFIL CUIDATIVO GLOBAL DOS ENFERMEIROS

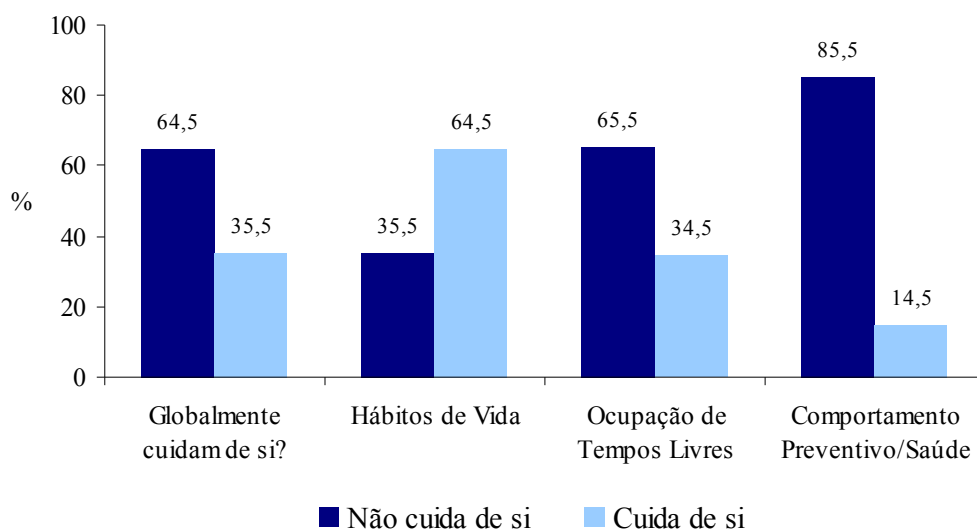
Da observação do quadro 40 e da figura 21, constata-se que de forma global, os enfermeiros da amostra maioritariamente não cuidam de si (65 %) e apenas cerca de 35 % cuidam de si.

Relativamente às dimensões associadas ao comportamento dos enfermeiros da amostra, verifica-se que apenas para os “Hábitos de Vida” os enfermeiros cuidam de si (65 %). Para as restantes dimensões, os enfermeiros da amostra não cuidavam de si, nomeadamente: “Comportamento Preventivo/Saúde” (86 %), e “Ocupação de Tempos Livres” (66 %).

Quadro 40 - Distribuição de frequências relativas à caracterização do Perfil Cuidativo Global dos enfermeiros (hábitos de vida, ocupação de tempos livres e comportamento preventivo/saúde).

Frequências						
	Não cuida de si		Cuida de si		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
<i>Cuidar de si como Pessoa</i>						
Os Enfermeiros Perioperatórios, <u>globalmente cuidam de si?</u>	142	64,5	78	35,5	220	100,0
Hábitos de Vida	78	35,5	142	64,5	220	100,0
Ocupação de Tempos Livres	144	65,5	76	34,5	220	100,0
Comportamento Preventivo/Saúde	188	85,5	32	14,5	220	100,0

Figura 21 - Distribuição de frequências relativas à caracterização do perfil cuidativo global dos enfermeiros (hábitos de vida, ocupação de tempos livres e comportamento preventivo/saúde).



Analísamos globalmente os 220 enfermeiros, no sentido de averiguar possíveis relações entre o comportamento cuidativo e as características sócio-demográficas. Analisaram-se as distribuições das respostas para cada tipo de comportamento, nomeadamente o global, hábitos de vida, ocupação de tempos livres e comportamento preventivo/saúde, de acordo com as variáveis sócio-demográficas. Verificámos que a dimensão dos hábitos de vida; ocupação dos tempos livres e o comportamento preventivo/saúde, os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas, que passaremos a demonstrar através dos quadros 42,43 e 44.

No quadro 41 representam-se os valores das distribuições de frequência das variáveis sócio-demográficas para o perfil cuidativo global. Os resultados evidenciam que **não foram encontradas diferenças** estatisticamente significativas entre o comportamento global e as características sócio-demográficas em análise ($p's > 0,05$).

Quadro 41 - Comparação das frequências do Perfil Cuidativo Global de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Os Enfermeiros, globalmente cuidam de si?					
<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>	Não cuidam de Si		Cuidam de Si		valor-p ^a
	n.º	%	n.º	%	
Género (n = 220)					0,106
Feminino (n = 189)	118	83,1	71	91,0	
Masculino (n = 31)	24	16,9	7	9,0	
Idade (n = 220)					0,088
20 a 29 anos (n = 38)	27	19,0	11	14,1	
30 a 39 anos (n = 99)	69	48,6	30	38,5	
>= 40 anos (n = 83)	46	32,4	37	47,4	
Estado Civil (n = 220)					0,823
Solteiro(a) (n = 44)	29	20,4	15	19,2	
Casado(a)/União de facto (n = 147)	93	65,5	54	69,2	
Divorciado(a)/Viúvo(a) (n = 29)	20	14,1	9	11,5	
Situação profissional actual - Quadro (n = 220)					0,172
Não (n = 29)	22	15,5	7	9,0	
Sim (n = 191)	120	84,5	71	91,0	
Situação profissional actual - Especialidade (n = 220)					0,257
Não (n = 191)	126	88,7	65	83,3	
Sim (n = 29)	16	11,3	13	16,7	
Qual a especialidade (n = 28)					0,593
Médico-cirúrgica (n = 23)	13	86,7	10	76,9	
Outra (n = 5)	2	13,3	3	23,1	
Habilitações académicas (n = 220)					0,639 ^b
Bacharelato/Licenciatura (n = 191)	122	85,9	69	88,5	
Pós-graduação/Mestrado (n = 29)	20	14,1	9	11,5	
Tempo de serviço (n = 220)					0,703
< de 5 anos (n = 23)	14	9,9	9	11,5	
5 a 10 anos (n = 43)	30	21,1	13	16,7	
> 10 anos (n = 154)	98	69,0	56	71,8	
Tipo de horário (n = 220)					0,331 ^b
Completo (n = 210)	137	96,5	73	93,6	
Acrescido (n = 10)	5	3,5	5	6,4	
N.º de noites que faz por semana (n = 220)					0,482
Nenhuma (n = 104)	70	49,3	34	43,6	
1 noite/semana (n = 87)	52	36,6	35	44,9	
2 ou mais noites/semana (n = 29)	20	14,1	9	11,5	
Trabalha noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição (n = 220)					0,574

Não (n = 127)	80	56,3	47	60,3	
Sim (n = 93)	62	43,7	31	39,7	
<i>Tipo de horário que faz noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição (n = 93)</i>					1,000 ^b
Completo (n = 2)	1	1,6	1	3,2	
Parcial (n = 91)	61	98,4	30	96,8	

^a Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

^b Resultados de acordo com o teste de Fisher, com 95 % de confiança

No quadro 42 representam-se os valores das distribuições de frequência das variáveis sócio-demográficas para o perfil cuidativo associado aos hábitos de vida dos enfermeiros. Os resultados evidenciam que apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, para o **número de noites** que eram feitas por semana ($p = 0,002$).

Quadro 42 - Comparação das frequências do perfil cuidativo relacionado com os *Hábitos de Vida* de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Hábitos de Vida					
<i>Variáveis Sócio-demográficas</i>	Não cuidam de Si		Cuidam de Si		valor-p ^a
	n.º	%	n.º	%	
Género (n = 220)					0,997
Feminino (n = 189)	67	85,9	122	85,9	
Masculino (n = 31)	11	14,1	20	14,1	
Idade (n = 220)					0,518
20 a 29 anos (n = 38)	13	16,7	25	17,6	
30 a 39 anos (n = 99)	39	50,0	60	42,3	
>= 40 anos (n = 83)	26	33,3	57	40,1	
Estado Civil (n = 220)					0,300
Solteiro(a) (n = 44)	15	19,2	29	20,4	
Casado(a)/União de facto (n = 147)	49	62,8	98	69,0	
Divorciado(a)/Viúvo(a) (n = 29)	14	17,9	15	10,6	
Situação profissional actual - Quadro (n = 220)					0,474
Não (n = 29)	12	15,4	17	12,0	
Sim (n = 191)	66	84,6	125	88,0	
Situação profissional actual - Especialidade (n = 220)					0,342
Não (n = 191)	70	89,7	121	85,2	
Sim (n = 29)	8	10,3	21	14,8	
Qual a especialidade (n = 28)					0,474
Médico-cirúrgica (n = 23)	7	87,5	16	80,0	

Outra (n = 5)	1	12,5	4	20,0	
Habilitações académicas (n = 220)					1,000 ^b
Bacharelato/Licenciatura (n = 191)	66	84,6	125	88,0	
Pós-graduação/Mestrado (n = 29)	12	15,4	17	12,0	
Tempo de serviço (n = 220)					0,854
< de 5 anos (n = 23)	7	9,0	16	11,3	
5 a 10 anos (n = 43)	15	19,2	28	19,7	
> 10 anos (n = 154)	56	71,8	98	69,0	
Tipo de horário (n = 220)					1,000 ^b
Completo (n = 210)	75	96,2	135	95,1	
Acrescido (n = 10)	3	3,8	7	4,9	
N.º de noites que faz por semana (n = 220)					0,002
Nenhuma (n = 104)	49	62,8	55	38,7	
1 noite/semana (n = 87)	23	29,5	64	45,1	
2 ou mais noites/semana (n = 29)	6	7,7	23	16,2	
Trabalha noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição (n = 220)					0,994
Não (n = 127)	45	57,7	82	57,7	
Sim (n = 93)	33	42,3	60	42,3	
Tipo de horário que faz noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição (n = 93)					0,537 ^b
Completo (n = 2)	0	0,0	2	3,3	
Parcial (n = 91)	33	100,0	58	96,7	

^a Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

^b Resultados de acordo com o teste de Fisher, com 95 % de confiança

No quadro 43 representam-se os valores das distribuições de frequência das variáveis sócio-demográficas para o perfil cuidativo associado à ocupação de tempos livres dos enfermeiros. Os resultados evidenciam que apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, para o **tipo de horário que faz noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição** ($p = 0,031$).

Quadro 43 - Comparação das frequências do perfil cuidativo relacionado com a *Ocupação de Tempos Livres* de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Ocupação de Tempos Livres					
Variáveis Sócio-demográficas	Não cuidam de Si		Cuidam de Si		valor-p ^a
	n.º	%	n.º	%	
Género (n = 220)					0,180
Feminino (n = 189)	127	88,2	62	81,6	
Masculino (n = 31)	17	11,8	14	18,4	

Idade (n = 220)					0,819
20 a 29 anos (n = 38)	24	16,7	14	18,4	
30 a 39 anos (n = 99)	67	46,5	32	42,1	
>= 40 anos (n = 83)	53	36,8	30	39,5	
Estado Civil (n = 220)					0,858
Solteiro(a) (n = 44)	28	19,4	16	21,1	
Casado(a)/União de facto (n = 147)	98	68,1	49	64,5	
Divorciado(a)/Viúvo(a) (n = 29)	18	12,5	11	14,5	
Situação profissional actual - Quadro (n = 220)					0,994
Não (n = 29)	19	13,2	10	13,2	
Sim (n = 191)	125	86,8	66	86,8	
Situação profissional actual - Especialidade (n = 220)					0,406
Não (n = 191)	127	88,2	64	84,2	
Sim (n = 29)	17	11,8	12	15,8	
Qual a especialidade (n = 28)					0,681
Médico-cirúrgica (n = 23)	14	87,5	9	75,0	
Outra (n = 5)	2	12,5	3	25,0	
Habilitações académicas (n = 220)					0,624 ^b
Bacharelato/Licenciatura (n = 191)	126	87,5	65	85,5	
Pós-graduação/Mestrado (n = 29)	18	12,5	11	14,5	
Tempo de serviço (n = 220)					0,954
< de 5 anos (n = 23)	15	10,4	8	10,5	
5 a 10 anos (n = 43)	29	20,1	14	18,4	
> 10 anos (n = 154)	100	69,4	54	71,1	
Tipo de horário (n = 220)					0,098 ^b
Completo (n = 210)	140	97,2	70	92,1	
Acrescido (n = 10)	4	2,8	6	7,9	
N.º de noites que faz por semana (n = 220)					0,070
Nenhuma (n = 104)	74	51,4	30	39,5	
1 noite/semana (n = 87)	49	34,0	38	50,0	
2 ou mais noites/semana (n = 29)	21	14,6	8	10,5	
Trabalha noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição (n = 220)					0,591
Não (n = 127)	85	59,0	42	55,3	
Sim (n = 93)	59	41,0	34	44,7	
Tipo de horário que faz noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição (n = 93)					0,031 ^b
Completo (n = 2)	0	0,0	2	5,9	
Parcial (n = 91)	59	100,0	32	94,1	

^a Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

^b Resultados de acordo com o teste de Fisher, com 95 % de confiança

No quadro 44 representam-se os valores das distribuições de frequência das variáveis sócio-demográficas para o perfil cuidativo associado ao comportamento preventivo/saúde dos enfermeiros. Os resultados evidenciam que apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, para o **género** ($p = 0,011$).

Quadro 44 - Comparação das frequências do perfil cuidativo relacionado com o *Comportamento Preventivo/Saúde* de acordo com as variáveis sócio-demográficas.

Comportamento Preventivo/Saúde					
Variáveis Sócio-demográficas	Não cuidam de Si		Cuidam de Si		valor-p ^a
	n.º	%	n.º	%	
Género (n = 220)					0,011^b
Feminino (n = 189)	157	83,5	32	100,0	
Masculino (n = 31)	31	16,5	0	0,0	
Idade (n = 220)					0,334
20 a 29 anos (n = 38)	35	18,6	3	9,4	
30 a 39 anos (n = 99)	85	45,2	14	43,8	
>= 40 anos (n = 83)	68	36,2	15	46,9	
Estado Civil (n = 220)					0,564
Solteiro(a) (n = 44)	39	20,7	5	15,6	
Casado(a)/União de facto (n = 147)	123	65,4	24	75,0	
Divorciado(a)/Viúvo(a) (n = 29)	26	13,8	3	9,4	
Situação profissional actual - <i>Quadro</i> (n = 220)					0,777^b
Não (n = 29)	26	13,8	3	9,4	
Sim (n = 191)	162	86,2	29	90,6	
Situação profissional actual - <i>Especialidade</i> (n = 220)					1,000^b
Não (n = 191)	163	86,7	28	87,5	
Sim (n = 29)	25	13,3	4	12,5	
Qual a especialidade (n = 28)					0,584^b
Médico-cirúrgica (n = 23)	21	87,5	2	50,0	
Outra (n = 5)	3	12,5	2	50,0	
Habilitações académicas (n = 220)					0,135^b
Bacharelato/Licenciatura (n = 191)	164	87,2	27	84,4	
Pós-graduação/Mestrado (n = 29)	24	12,8	5	15,6	
Tempo de serviço (n = 220)					0,918
< de 5 anos (n = 23)	19	10,1	4	12,5	
5 a 10 anos (n = 43)	37	19,7	6	18,8	
> 10 anos (n = 154)	132	70,2	22	68,8	
Tipo de horário (n = 220)					0,642^b
Completo (n = 210)	180	95,7	30	93,8	

Acrescido (n = 10)	8	4,3	2	6,3	
<i>N.º de noites que faz por semana (n = 220)</i>					0,079
Nenhuma (n = 104)	83	44,1	21	65,6	
1 noite/semana (n = 87)	79	42,0	8	25,0	
2 ou mais noites/semana (n = 29)	26	13,8	3	9,4	
<i>Trabalha noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição (n = 220)</i>					0,328
Não (n = 127)	106	56,4	21	65,6	
Sim (n = 93)	82	43,6	11	34,4	
<i>Tipo de horário que faz noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição (n = 93)</i>					1,000 ^b
Completo (n = 2)	2	2,4	0	0,0	
Parcial (n = 91)	80	97,6	11	100,0	

^a Resultados de acordo com o teste do Qui-quadrado, com 95 % de confiança

^b Resultados de acordo com o teste de Fisher, com 95 % de confiança

2.6. DOS RESULTADOS ÀS HIPÓTESES

Após a análise e apresentação dos resultados Fortin (2003) preconiza que seja realizada uma interpretação dos mesmos à luz das questões de investigação formuladas. De acordo com esta autora “...o processo inicia-se por um exame profundo dos resultados tendo em vista o problema em estudo, o quadro de referência, o objecto da investigação e o conjunto de decisões que foram tomadas no momento de estabelecimento da fase empírica” (p.329).

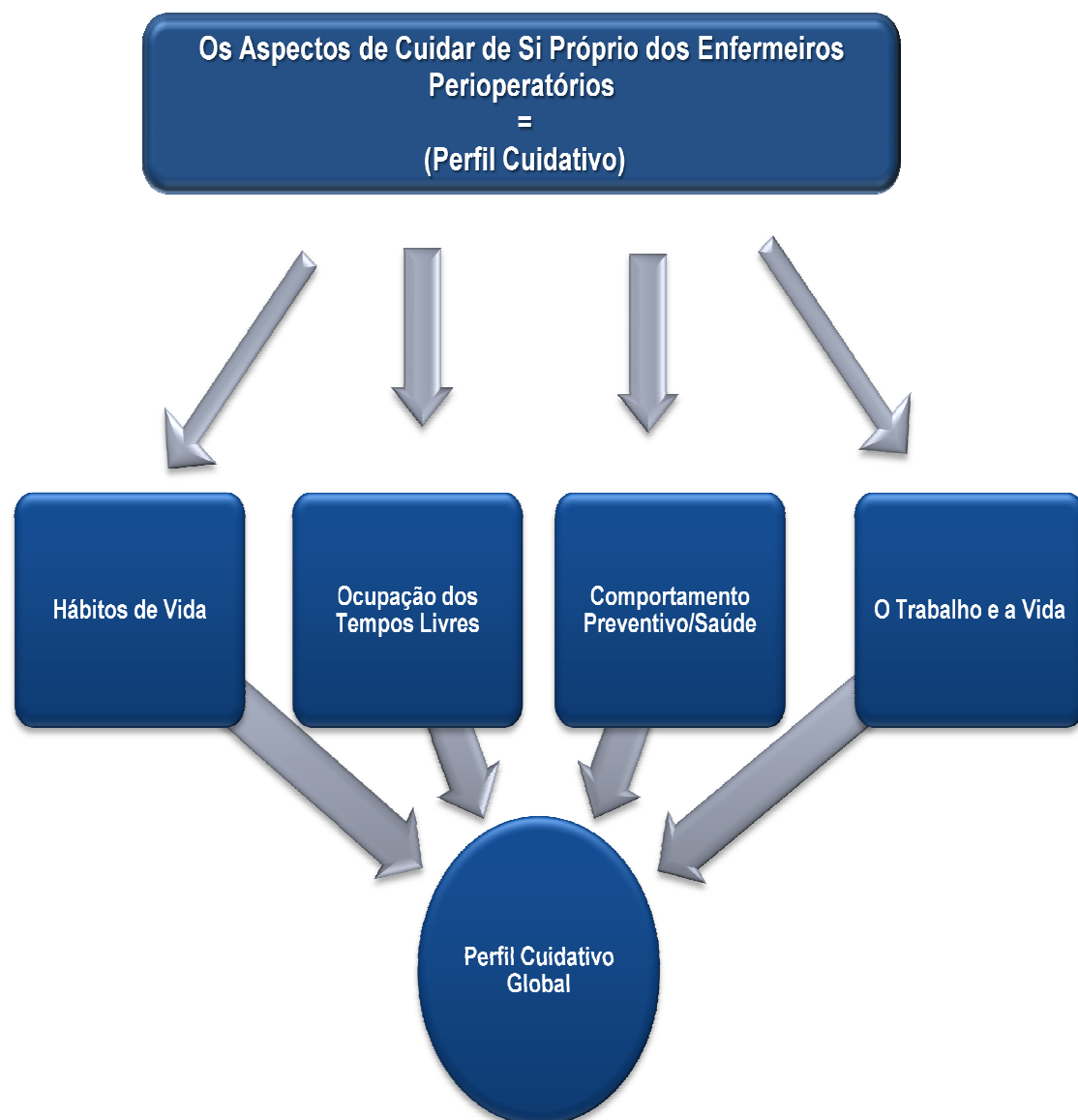
Assim, neste ponto vamos proceder à discussão dos resultados que consideramos mais pertinentes e relevantes do presente estudo, e realizar uma reflexão crítica de modo a confrontá-los com as opiniões dos autores referenciados na fundamentação teórica e outros estudos realizados.

A discussão dos resultados no que se refere aos aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros é realizada através da análise dos resultados referentes à caracterização sócio-demográfica da amostra assim como da análise dos resultados obtidos para cada uma das dimensões seleccionadas para medir a variável dependente.

O perfil cuidativo global é avaliado através da análise de cada uma das quatro dimensões operacionalizadas (Hábitos de Vida; Ocupação de Tempos Livres; Comportamento Preventivo/Saúde; O Trabalho e a Vida), em que o somatório das três primeiras constitui o perfil cuidativo global.

De forma a sintetizar e clarificar a descrição efectuada anteriormente, segue-se a figura 22 com os principais resultados da investigação.

Figura 22– Principais Resultados da Investigação



Apesar de o nosso estudo ser de natureza exploratória descritiva, consideramos que os dados colhidos mereciam ser explorados testando algumas hipóteses através de correlações/comparações:

Neste sentido considerou-se quatro hipóteses operacionais sendo a primeira a seguinte:

Há diferenças significativas para os hábitos/comportamentos que os Enfermeiros Perioperatórios têm com os aspectos de cuidar de si próprio.

Esta hipótese surgiu com o objectivo de descrever os hábitos/comportamentos dos enfermeiros perioperatórios têm com o cuidar de si próprio, nas diferentes dimensões dos aspectos de cuidar.

Através da análise da dimensão **Hábitos de Vida**, podemos afirmar que de uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, têm comportamentos alimentares mais próximos da prática de uma alimentação saudável, de acordo com os dados estatísticos de 1990-2003 da BAP do INE.

Neste estudo constata-se que os enfermeiros da amostra dormiam média 6,8 ($\pm 0,9$) horas/noite, variando entre 5 a 9 horas, sendo que cerca de 76 % dormia menos de 8 horas/noite. Segundo um estudo realizado pela Fundação Norte Americana (2003), a média de um adulto para restabelecer o sono varia entre 7-9 horas, o que comparativamente ao nosso estudo, este número é coincidente.

O número médio de repouso/sono por noite dos enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si (média = 7,1; d.p = 0,8) é significativamente superior ($p < 0,05$) ao dos enfermeiros que globalmente não cuidam de si (média = 6,7 horas; d.p = 0,9).

Através da análise da dimensão **Ocupação dos Tempos Livres**, podemos verificar que a maioria dos enfermeiros da amostra fez férias (97 %), e que cerca de 53 % dos enfermeiros praticava exercício físico. Verifica-se ainda que existe uma associação significativa ($p < 0,05$) entre o perfil cuidativo global e a prática de exercício físico. De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, praticam significativamente mais exercício físico do que os que não cuidam de si.

Relativamente à dimensão **Comportamento Preventivo / Saúde**, podemos afirmar que as enfermeiras da nossa amostra recorrem anualmente à consulta de ginecologia (68 %) e à citologia de Papanicolaou (67 %). Foi encontrada uma relação significativa ($p < 0,05$) entre o perfil cuidativo global e a frequência com que as enfermeiras da amostra realizavam os exames ginecológicos. De uma forma geral, as

enfermeiras que cuidavam de si, realizavam de forma significativa exames ginecológicos com mais frequência do que as que não cuidavam de si.

Em relação ao auto-exame da mama, mais de metade dos enfermeiros da amostra (53 %), apenas realiza um auto-exame da mama esporadicamente, 25% realizam mensalmente e 21% nunca fizeram o auto-exame da mama. Segundo o portal de oncologia português (2010) o auto-exame da mama deveria ser realizado mensalmente, o que na nossa amostra de enfermeiros em estudo não se verifica, o que nos poderá levar a concluir que os enfermeiros não serem cuidativos.

Verifica-se que apenas existem diferenças significativas para a frequência com que os enfermeiros da amostra realizavam o auto-exame da mama ($p < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si realizavam significativamente mais auto-exames da mama do que os que não cuidavam de si.

Relativamente ao exame da próstata, praticamente a totalidade dos enfermeiros da amostra nunca tinha realizado qualquer exame, e apenas 7 % tinham realizado uma vez um exame à próstata.

Em relação aos estudos analíticos de rotina constata-se que mais de metade dos enfermeiros da amostra realizavam anualmente (54 %), e cerca 34 % nunca/esporadicamente realizam este tipo de estudos. Quando comparado por perfil cuidativo global, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), o que podemos considerar que neste ponto são cuidativos.

Estando nós a estudar uma população de risco, que manipula líquidos orgânicos diariamente, está em contacto com gases anestésicos e substâncias agressivas para o organismo, parece não fazer sentido não ter uma vigilância maior e assídua a este nível a nível analítico. A questão fica no ar: onde está a segurança dos trabalhadores, da qual a entidade empregadora é responsável e que está legislada desde 1991, de acordo com o Lei 441/91 de 14 de Novembro e o Decreto-Lei 26/94 de 1 de Fevereiro que definem claramente as competências de um serviço de saúde ocupacional e a sua organização.

Quanto a outros cuidados de saúde, os resultados do perfil cuidativo global evidenciam a existência de diferenças significativas ($p's < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si verificavam com regularidade a sua tensão arterial. De igual forma, a frequência de visitas ao dentista é significativamente superior nos enfermeiros que cuidam de si, podemos afirmar que os enfermeiros são cuidativos a este nível.

No que concerne à Protecção pessoal no trabalho: quanto à vacinação, constata-se que a larga maioria dos enfermeiros da amostra têm as vacinas da BCG (92 %),

Tétano (94 %) e Hepatite B (87 %) em dia, podemos afirmar que a maioria dos enfermeiros são cuidativos a este nível (este dado é em conformidade com o estipulado pela DGS no programa nacional de vacinação 2006); quanto à utilização de luvas, como protecção pessoal no trabalho, podemos afirmar que todos os enfermeiros da amostra usavam luvas para prestar cuidados de saúde (100 %), tendo apontado em cerca de 89 % dos casos a protecção como o principal motivo para a sua utilização.

Não nos podemos esquecer que este estudo decorreu num serviço, onde é rotina o uso frequente de luvas, mas para não alterar o estudo de referência mantivemos este item, após termos analisado com a nossa orientadora que poderia haver momentos no Serviço de BO em que o uso de luvas poderia ser mais descorado, nomeadamente na admissão, na transferência da sala de operações, para a UCPA e mesmo nesta última unidade.

Para cuidar, é necessário começar por cuidarmos de nós mesmos, uma vez que, para oferecer a nossa presença ao outro, é necessário saber o que se tem para se oferecer. É preciso termos interesse por nós mesmos. Só depois, estaremos verdadeiramente aptos para cuidar dos outros (Hesbeen, 2004).

Neste sentido, pode-se afirmar que *os hábitos /comportamentos dos enfermeiros perioperatórios têm com o cuidar de si próprio, diferem em relação a cada dimensão dos aspectos de cuidar. Prontamente podemos afirmar que a primeira hipótese é aceite.*

Analisando a relação entre as diferentes dimensões dos aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros perioperatórios e as características sócio-demográficas, a segunda hipótese enunciada foi:

As características sócio-demográficas influenciam os aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros perioperatórios nas suas várias dimensões.

No que diz respeito à amostra estudada apura-se que estamos perante um grupo de enfermeiros jovens (30-39 anos), sendo a sua maioria do género feminino. A maior parte dos enfermeiros estavam casados ou viviam em união de facto. Relativamente à situação profissional, a maior parte pertencia ao quadro da instituição (87%) e só apenas 13% possuía especialidade. A grande maioria possui licenciatura em enfermagem. Relativamente ao tempo de serviço, 70% têm mais de 10 anos, em que cerca de 96% da amostra faz um horário completo, variando as noites/semana entre 0 a 5 noites/semana, em que 47% não faziam noite e 40% fazem 1 noite por semana.

Cerca de 42% dos inquiridos trabalhava noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição, fazendo na maioria dos casos, um horário parcial (98%).

Relativamente à variável em estudo **género**, na dimensão comportamento preventivo/saúde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o género ($p=0,011$), em que os enfermeiros inquiridos do sexo feminino cuidam mais de si nesta dimensão comparativamente aos enfermeiros do sexo masculino.

Não podemos deixar de reafirmar que a nossa amostra era composta maioritariamente por pessoas do género feminino, o que está em consonância com o que é tradicional na profissão de enfermagem. Mas também é um aspecto relevante e o facto de a nossa realidade apresentar cada vez mais pessoas do género masculino e ser este o factor diferente do estudo de referência, que nos parece ter trazido alguma mais-valia, novidade e actualidade.

Pode-se afirmar que existe uma associação estatisticamente significativa entre o género e o perfil cuidativo dos enfermeiros para a dimensão comportamento preventivo/saúde.

No que toca à variável em estudo **idade**, verifica-se que os resultados apresentados no quadro 42, 43 e 44 permite-nos constatar que as diferenças observadas não são significativas ($p > 0.05$). Estes resultados levam-nos a afirmar que *não existem diferenças significativas em tendência central entre as dimensões do perfil cuidativo em função da Idade*, logo não nos permitem concluir que o perfil cuidativo é diferente conforme as idades dos enfermeiros.

No que se refere à variável **estado civil**, pela análise dos resultados (quadros 42, 43 e 44), pode-se afirmar que não existem diferenças significativas em tendência central entre *as dimensões do perfil cuidativo em função do estado civil*.

No que concerne à variável em estudo **habilitações académicas**, pela análise dos resultados (quadros 42, 43 e 44), pode-se afirmar que não existem diferenças significativas em tendência central entre *as dimensões do perfil cuidativo em função das habilitações académicas*.

No que se refere à variável **situação profissional actual**, pela análise dos resultados (quadros 42, 43 e 44), pode-se afirmar que não existem diferenças significativas em tendência central entre *as dimensões do perfil cuidativo em função da situação profissional actual*.

No que concerne à **antiguidade na profissão**, pela análise dos resultados (quadros 42, 43 e 44), pode-se afirmar que não existem diferenças significativas em tendência central entre *as dimensões do perfil cuidativo em função da antiguidade na profissão*.

No que se refere à variável **horário**, na dimensão hábitos de vida foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o número de noites que faziam por semana ($p=0,002$), em que os enfermeiros inquiridos não cuidam tanto de si quando não fazem nenhuma noite por semana (quadro 42).

Os horários rotativos/ por turnos provocam alterações na saúde e no bem-estar dos trabalhadores (Cabral, 1997), mas nem sempre é avaliado de forma negativa pelos trabalhadores (Azevedo, 1980, *apud* Cruz, 2003).

No que concerne à variável **instituição**, na dimensão ocupação dos tempos livres foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o tipo de horário ($p = 0,031$), em que os enfermeiros inquiridos que trabalham noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição em tempo parcial não cuidam tanto de si (quadro 43).

As Cargas laborais excessivas – em que existe uma ausência de adequação do trabalho que é exigido aos enfermeiros e aquele que os próprios conseguem prestar de forma razoável, levando a ameaçar a própria saúde dos enfermeiros e colocando os doentes em risco (ICN, 2007).

Em suma, foram encontradas *associações significativas entre a variável género e a dimensão comportamento preventivo/saúde; entre a variável horário e a dimensão hábitos de vida e entre a variável instituição e a dimensão ocupação dos tempos livres* ($p's < 0,05$). Relativamente às restantes associações não foram encontradas associações significativas.

Logo a *segunda hipótese não é aceite na sua totalidade*.

A terceira hipótese enunciada foi:

Os aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros perioperatórios são influenciados em todas as suas dimensões.

Efectivamente em termos globais, verificamos que relativamente às dimensões associadas ao comportamento dos enfermeiros da amostra, verifica-se que apenas para os “Hábitos de vida” os enfermeiros cuidam de si (65 %). Para as restantes dimensões, os enfermeiros da amostra não cuidavam de si, nomeadamente: “Comportamento preventivo/Saúde” (86 %), e “Ocupação de tempos livres” (66 %) (Quadro 40).

Face à dimensão dos **Hábitos de vida**, os resultados obtidos, demonstram uma relação entre o perfil cuidativo global com os hábitos de alimentação em ir trabalhar sem comer (Nunca/raramente; Com frequência/sempre), constatando-se diferenças significativas estatisticamente ($p's < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da

amostra que globalmente cuidam de si, têm comportamentos alimentares mais próximos da prática de uma alimentação saudável, de acordo com os dados estatísticos de 1990-2003 da BAP do INE.

Em relação à dimensão **Ocupação dos tempos livres**, verifica-se que existe uma associação significativa ($p < 0,05$) entre o perfil cuidativo global e a prática de exercício físico. De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, praticam significativamente mais exercício físico do que os que não cuidam de si.

Face à dimensão **Comportamento preventivo/saúde**, foi encontrada uma relação significativa ($p < 0,05$) entre o perfil cuidativo global e a frequência com que as enfermeiras da amostra realizavam os exames ginecológicos. De uma forma geral, as enfermeiras que cuidavam de si, realizavam de forma significativa exames ginecológicos com mais frequência do que as que não cuidavam de si.

Também analisando a relação entre o perfil cuidativo global e a frequência com que os enfermeiros da amostra realizavam o auto-exame da mama e a mamografia (quadro 30), verifica-se que apenas existem diferenças significativas para a frequência com que os enfermeiros da amostra realizavam o auto-exame da mama ($p < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si realizavam significativamente mais auto-exames da mama do que os que não cuidavam de si.

Assim sendo podemos afirmar que *existem diferenças significativas em tendência central entre os aspectos de cuidar de si próprio em função da dimensão*, ou seja, a *terceira hipótese é aceite*.

Considerando a quarta hipótese que formulamos:

As condições de trabalho e saúde dos enfermeiros perioperatórios são influenciados pelo serviço onde exercem funções, aferimos que, de uma forma geral constata-se que mais de metade dos enfermeiros da amostra realizam estudos analíticos de rotina (análises ao sangue) anualmente (54 %), e cerca 34 % nunca/esporadicamente realizam este tipo de estudos. Quando comparado por perfil cuidativo global, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), o que podemos considerar que neste ponto são cuidativos.

Parece-nos ser relevante o facto de haver uma percentagem significativa de enfermeiros perioperatórios que nunca ou esporadicamente fazem estudos analíticos, uma vez que o serviço de Bloco Operatório é considerado um serviço de “alto risco” (Porges, 2000; Cabral, 2004 *apud* Unaibode, 2001; Oliveira, 2008).

“ Enquanto profissionais, os enfermeiros precisam de um ambiente para a prática que reconheça o seu mandato social e de saúde da sua disciplina, bem como o

âmbito da prática, tal como definido pela legislação nacional ou de regulação” (Rowell, 2003 apud ICN, 2007, p. 11).

Nos cuidados de saúde, os enfermeiros tem a obrigação especial de se esforçarem para atingir a perfeição, porque, em vez de fazerem produtos, servimos as pessoas...e para tal devem trabalhar em condições apropriadas e com qualidade para a sua própria saúde e segurança, assim como a do doente (Tappen, 2005).

Todos os enfermeiros da amostra usavam luvas para prestar cuidados de saúde (100 %), tendo apontado em cerca de 89 % dos casos a protecção como o principal motivo para a sua utilização.

Parece-nos natural os resultados obtidos uma vez que o uso das luvas é uma prática da maioria dos profissionais desta área de cuidados, quer por manusearem com material esterilizado, quer por estar em contacto com fluidos orgânicos do doente.

Por outro lado, relativamente à utilização de outro tipo de protecção pessoal no trabalho, verifica-se que a larga maioria dos enfermeiros da amostra utiliza outro tipo de protecção para além das luvas (81 %), quando necessário. Os outros tipos de protecção mais utilizados são a máscara com viseira, Bata e luvas (47 %), e bata, óculos, máscara e barrete (40 %), respectivamente. Entende-se este facto, pois nos serviços de BOC existem variadas técnicas e procedimentos, que exigem uma protecção diferente para além do uso de luvas (AESOP, 2010).

É de reforçar um estudo desenvolvido a enfermeiros de BOC (2009) por Schmidt *et al.* relacionado com o *stress* ocupacional, em que o que realça nas conclusões deste estudo é a necessidade de se atribuir maior atenção à saúde dos enfermeiros, pois 84% dos enfermeiros encontravam-se stressados face à alta exposição do trabalho.

Auscultando as necessidades que os enfermeiros podem sentir, verificamos que 58% dos enfermeiros da amostra sente necessidade de um gabinete de apoio à enfermagem na instituição, indicando na maioria dos casos o Psicólogo como a pessoa que o deveria orientar o gabinete (82 %) (quadro 39). Por sua vez, os principais motivos que levariam os enfermeiros a usar o gabinete de apoio à enfermagem foram: Apoio Psicológico (74 % - que dentro deste englobámos os conflitos interpessoais; morte; desmotivação pessoal e profissional; insatisfação e injustiças profissionais); Stress/Burnout (37 %) e Problemas Laborais (25 %).

É frequentemente sugerido que o *stress* influencia as pessoas para o seu próprio bem-estar físico e psicológico no trabalho. Estudos realizados por Cabral (2004); Caregnato e Lautert (2005); Cavalheiro, Junior e Lopes (2008); Guerrer e Bianchi (2008) e por Schmidt *et al.* (2009) a enfermeiros reconheceram que no dia-a-dia

destes profissionais estão presentes agentes stressores, sendo necessário desenvolver mecanismos e estratégias individuais e de grupo saudáveis de forma a diminuir esta ocorrência de *stress* ocupacional.

“Um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para um ambiente favorável à prática” (ICN, 2007, p.25).

Segundo a OIT, *“devem tomar-se todas as medidas apropriadas para prevenir, reduzir ou eliminar os riscos para a saúde dos enfermeiros”* (ICN, 2007, p.57) como um direito de todos os enfermeiros.

Assim sendo podemos afirmar *que existem diferenças significativas em tendência central entre as condições de trabalho e de saúde em função da natureza do serviço, ou seja, a última hipótese é aceite.*

Achamos pertinente dar resposta à hipótese geral apresentada:

Os aspectos de cuidar de si próprio influenciam a saúde dos enfermeiros perioperatórios.

Esta hipótese surgiu com o intuito de conhecer se os aspectos de cuidar de si próprio dos enfermeiros influenciam a sua saúde, ou seja, compreender até que ponto os aspectos de cuidar de si próprio vão influenciar a saúde dos enfermeiros.

Segundo o estudo de Cabral (1997), os aspectos de cuidar de si próprio subdividem-se em quatro dimensões, nomeadamente: Hábitos de Vida; Ocupação dos Tempos Livres; Comportamento Preventivo/Saúde; O Trabalho e a Vida.

Desde o início do curso de base que o Cuidar constitui a arte da enfermagem, e isso por si só deveria ter peso consciencioso permitindo aos enfermeiros reflectirem sobre a forma como cada um cuida de si próprio.

Para cuidar, é necessário começar por cuidarmos de nós mesmos, pois é necessário saber o que cada um possui para oferecer, pois só assim estaremos preparados para cuidar dos outros (Hesbeen, 2004). Por outro lado, o cuidar da nossa vida está na origem de todas as culturas, sendo necessário tomarmos conta da mesma de forma consciente, desenvolvendo todas as maneiras de o fazer (Colière, 2003).

Após análise detalhada conclui-se em relação às dimensões associadas ao comportamento dos enfermeiros da amostra, verifica-se que apenas para os “Hábitos de vida” os enfermeiros cuidam de si (65 %). Para as restantes dimensões, os enfermeiros da amostra não cuidavam de si, nomeadamente: “Comportamento preventivo/Saúde” (86 %), e “Ocupação de tempos livres” (66 %) (quadro 40).

Efectivamente, em termos globais verificamos que relativamente, aos enfermeiros estudados, no que diz respeito ao cuidar de si próprio, constatamos que apenas 35% deles cuidam de si (quadro 40).

Os resultados demonstram que o perfil cuidativo dos enfermeiros está apenas correlacionado ($p < 0,05$) com:

- O *género*, para a dimensão comportamento preventivo/saúde (quadro 44);
- O *horário*, para a dimensão hábitos de vida (quadro 42);
- A *instituição*, para a dimensão ocupação dos tempos livres (quadro 43);

Relativamente às restantes variáveis não foram encontradas associações significativas.

Logo a hipótese geral não é aceite na sua totalidade.

Concluindo a discussão dos resultados obtidos, segundo os vários autores e estudos consultados, é de realçar que existem dimensões dos aspectos de cuidar de si próprio, como o do comportamento preventivo/saúde que é atribuído pouca relevância como deveria ser dada.

3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No que diz respeito a este ponto pensamos ser útil e relevante mencionar as limitações surgidas ao longo da realização deste estudo.

O cuidar de si próprio consiste num fenómeno complicado e de difícil operacionalização. Poucos têm sido os investigadores a desenvolverem esta temática do cuidar direccionada para o enfermeiro.

No nosso estudo surgiram dificuldades aquando a operacionalização. Pois dada a abrangência do tema, seleccionamos os conceitos que nos parecem ser os que abrangem a vida de cada um, tais como: hábitos de vida, ocupação dos tempos livres, comportamento preventivo/saúde e o trabalho e a vida, de forma a reduzir o problema a uma dimensão viável para a respectiva operacionalização dos mesmos, que pela sua importância e pertinência permitiram equacionar e compreender o problema, facilitar a organização, tratamento e interpretação dos dados.

O estudo quantitativo permite descrever características de uma população ou amostra, possibilitando constituir associações, probabilidades e riscos entre as variáveis, comparativamente ao qualitativo. Por outro lado, este tipo de estudo não considera investigações que envolvam toda a dinâmica e processo das relações

observadas, reduzindo a análise de aspectos subjectivos e sociais. Daí, ter-nos parecido ser fundamental que o mesmo tenha sido complementado com outras estratégias metodológicas, tais como as análises qualitativas, com a finalidade de enriquecer desta forma a compreensão e a acção sobre este fenómeno complexo.

Sentimos algumas dificuldades na pesquisa de trabalhos relacionados com o tema, uma vez que em Portugal se tem estudado muito pouco acerca do cuidar de si próprio do enfermeiro, enquanto pessoa com necessidades próprias e únicas, (apenas o estudo que nos serviu de referência), contudo esta limitação foi minimizada pelo acesso a alguns trabalhos relacionados com esta temática realizados noutros países.

Achamos haver necessidade de mais estudos (estudo longitudinal ou métodos qualitativos) sobre esta problemática, proporcionando investigar as relações e significados entre o cuidar de si próprio, enquanto pessoa de forma interna ou externa ao trabalho, permitindo identificar e analisar melhor os aspectos que interferem no cuidar individual de cada enfermeiro.

CAPÍTULO IV – DAS CONCLUSÕES ÀS PROPOSTAS

Neste capítulo procuramos comparar os resultados com a nossa visão e transcrevemos as palavras de Fortin (1999,p. 336): “... *as conclusões devem indicar a posição do investigador face aos resultados obtidos*”. Segundo esta autora, quando o investigador chega às conclusões, relativamente à interpretação e autenticidade dos resultados, assim como quanto à sua relevância e generalização dos mesmos, neste ponto devemos analisar as consequências dos respectivos resultados, face à investigação, à teoria e à prática profissional.

Procuramos seguir uma sequência em duas partes. Numa primeira parte apresentaremos a problemática do estudo, integrando as principais conclusões obtidas de todo o processo desenvolvido. Numa segunda parte, e tendo em conta a anterior, apresentaremos as reflexões e sugestões/propostas que nos parecem ser pertinentes e adequadas.

O trabalho nos dias de hoje assume um papel central e fulcral, pelo que se torna pertinente desenvolver estudos que melhor nos ajudem a compreender os cuidados de saúde que os enfermeiros têm consigo próprios.

É consensual para vários autores (Collière, 1989, Watson, 2002, Hesbeen, 2004) que a natureza dos cuidados de enfermagem tem algo que é constante ao longo do tempo, que reafirma a sua natureza, e que constitui um valor para os mesmos - O CUIDAR.

Actualmente, os enfermeiros numa procura maior de novos saberes e de novas técnicas, estes devem aprender ou reaprender a cuidarem de si. Para que tal aconteça, cada enfermeiro precisa de interiorizar e consciencializar a importância de se auto-cuidar como sendo crucial e indispensável para o cuidar dos outros. A congruência entre aquilo que acreditamos, vivemos e fazemos é essencial para o equilíbrio físico e emocional, constituindo este um factor determinante para o nosso bem-estar e consequente auto-realização, na nossa profissão. É extremamente importante para o doente/utente, que observa, ouve e que acredita, que sinta essa congruência, para que a construção de um ambiente terapêutico constitua motivo de fé e de esperança e não de desespero/desilusão e desistência.

Até ao momento da pesquisa bibliográfica efectuada, não conseguimos encontrar estudos e bibliografia dirigida para a temática em específico sobre o Cuidar de Si próprio, nos Enfermeiros Perioperatórios, (a não ser o estudo de referência,

como já anteriormente referimos) e porque nestes serviços existem ambientes e realidades muito específicas, tornando-se pertinente estudar o cuidar de si próprio, com a finalidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde dos próprios enfermeiros, e consequentemente uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Com o presente estudo pretendeu-se responder à seguinte questão de partida: *Quais os aspectos de cuidar de si próprio que os enfermeiros perioperatórios, consideram mais importantes para a sua saúde?*

Em Enfermagem a qualidade em saúde é interpretada como uma necessidade e uma exigência os cuidados de enfermagem. A questão do cuidar de si próprio enquanto profissionais de enfermagem deve merecer por parte de todos os enfermeiros uma especial atenção, dada a sua relação com a qualidade dos cuidados prestados.

A pesquisa bibliográfica direccionou a novas áreas de conhecimento, o que em termos de enriquecimento pessoal, orientou para a construção dos objectivos. Este estudo teve como principal objectivo o de conhecer como os Enfermeiros Perioperatórios cuidam de si próprios.

O enquadramento teórico e a metodologia foram os que nos pareceram mais correctos e eficaz para a compreensão geral do tema e do problema.

A população foi constituída por enfermeiros pelos enfermeiros dos Serviços do BOC de um Hospital da Região Centro e três do Porto. Seleccionou-se uma amostra aleatória num total de 220 enfermeiros (Serviços de BOC). Devido à natureza do estudo, optou-se pelo instrumento de colheita de dados o Questionário, elaborado por Cabral (1997) em “A Enfermeira: pessoa que cuida de si?”.

Tendo em conta a questão de partida e considerando os **objectivos** propostos para este estudo, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões:

- De uma forma global os enfermeiros da amostra maioritariamente não cuidam de si.
- É de realçar de que as dimensões em que os enfermeiros menos cuidam de si são a do Comportamento Preventivo/Saúde e Ocupação dos Tempos Livres, e aquela em que mais cuidam de si são os Hábitos de Vida, estes resultados estão em sintonia com os alcançados no estudo de referência.
- Existe uma associação estatisticamente significativa entre o género e a dimensão Comportamento Preventivo/Saúde. Os enfermeiros do género feminino cuidam mais de si nesta dimensão comparativamente aos enfermeiros do sexo masculino.

- Existe uma associação estatisticamente significativa entre o horário (n.º de noites que faziam por semana) e a dimensão Hábitos de Vida. Os enfermeiros inquiridos não cuidam tanto de si quando não fazem nenhuma noite por semana.
- Existe uma associação estatisticamente significativa entre a instituição (tipo de horário) e a dimensão Ocupação dos Tempos Livres. Os enfermeiros inquiridos que trabalham noutra instituição ou em mais do que um serviço na sua instituição em tempo parcial não cuidam tanto de si.
- Na dimensão **Hábitos de Vida**, podemos afirmar que de uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, têm comportamentos alimentares mais próximos da prática de uma alimentação saudável, de acordo com os dados estatísticos de 1990-2003 da BAP do INE.
- Neste estudo constata-se que os enfermeiros da amostra dormiam média 6,8 ($\pm 0,9$) horas/noite, variando entre 5 a 9 horas, sendo que cerca de 76 % dormia menos de 8 horas/noite.
- Da dimensão **Ocupação dos Tempos Livres**, podemos verificar que a maioria dos enfermeiros da amostra fazia férias (97 %), e que cerca de 53 % dos enfermeiros praticava exercício físico.
- Verifica-se ainda que existe uma associação significativa ($p < 0,05$) entre o perfil cuidativo global e a prática de exercício físico. De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si, praticam significativamente mais exercício físico do que os que não cuidam de si.
- Da dimensão **Comportamento Preventivo / Saúde**, verifica-se que apenas existem diferenças significativas para a frequência com que os enfermeiros da amostra realizavam o auto-exame da mama ($p < 0,05$). De uma forma geral, os enfermeiros da amostra que globalmente cuidam de si realizavam significativamente mais auto-exames da mama do que os que não cuidavam de si.
- Existe uma percentagem significativa de enfermeiros perioperatórios que nunca ou esporadicamente fazem estudos analíticos, uma vez que o serviço de Bloco Operatório é considerado um serviço de “alto risco.
- Em relação ao apoio a nível dos serviços de saúde aos profissionais, os resultados obtidos, no que diz respeito à solicitação de estudos analíticos por parte do médico do pessoal (apenas 38%), levam-nos a concluir que esses serviços em algumas instituições funcionam ainda muito mal. Entre

algumas sugestões dos inquiridos houve quem tivesse manifestado a necessidade da existência na instituição de uma unidade de relaxamento e de lazer para os profissionais de saúde (piscina, ginásio e massagem), assim como um gabinete de apoio à enfermagem. Foi salientado por 74% dos enfermeiros do estudo que o apoio à enfermagem que mais necessitavam era o psicológico, justificado pelo *stress* e constante desgaste vivido diariamente.

- As diferenças significativas face ao estudo de referência encontradas foram: a introdução do género, assim como a utilização da internet. Quanto ao género como já foi mencionado ao longo do trabalho, os resultados obtidos constatarem uma percentagem significativa face ao género masculino. Em relação à internet, podemos aferir que este novo elemento do questionário evidenciou uma forte adesão tanto para uso pessoal, como profissional. Este resultado, parece-nos relevante e em sintonia com o desenvolvimento tecnológico da sociedade contemporânea.

Face aos resultados apresentados leva-nos a poder propor sugestões a nível: da **Prática de Cuidados e da Investigação em Enfermagem**.

Na Prática de Cuidados de Enfermagem, pensamos ser indispensável:

- Dar especial atenção à integração do novo profissional, na área dos cuidados perioperatórios;
- Criar um Manual de Boas Práticas de Saúde Ocupacional;
- Sensibilizar os Conselhos de Administração para a implementação/activação dos serviços de saúde ocupacional das diferentes instituições;
- Dinamizar campanhas de sensibilização para a importância dos profissionais de saúde cuidarem de si;
- Criar campanhas de rastreio institucionais para os profissionais de saúde.

Na Investigação em Enfermagem, pensamos ser pertinente:

- Realizar mais estudos (estudo longitudinal ou métodos qualitativos) sobre esta problemática do Cuidar de Si Próprio, a nível dos profissionais de saúde;
- Investigar as relações e significados entre o cuidar de si próprio, enquanto pessoa de forma interna ou externa ao trabalho, permitindo identificar e analisar melhor os aspectos que interferem no cuidar individual de cada profissional de saúde.

Gostávamos ainda de salientar em jeito de considerações finais, no final deste nosso estudo, que o CUIDAR possui várias dimensões e pode ser interpretado de diversas perspectivas, nomeadamente:

- **O cuidar como sentimento:** em que o cuidar nasce perto de cada ser humano, como acontece com o amor, que muitas vezes não o apercebemos, mas sabemos que é ele, assim como o Cuidar, um dos sentimentos que nos caracterizam como seres humanos, pois sem amor não existe o CUIDADO, porque CUIDAR é um acto de amor.

- **O cuidar como atitude:** ao cuidarmos do outro demonstramos o quanto ele significa para nós, e para isso é necessário ter atitudes de responsabilidades, de preocupação e de dedicação.

- **O cuidar como necessidade humana:** o cuidado percorre toda a nossa existência como já referido anteriormente, pois somos cuidados, cuidamo-nos e zelamos pelo cuidado do outro. É algo que se transmite através da educação e cultura, quer seja de uma família ou sociedade.

- **O cuidar como conduta ética:** A ética é fundamentada por normas e princípios que regem o comportamento e as nossas atitudes. A ética diz respeito ao certo e ao errado nas relações impondo limites necessários, em que as acções do cuidar passam a ser éticas a partir do momento que envolve relações interpessoais, atribuindo valorização pela própria vida de forma a respeitar a do outro.

- **O cuidar como profissão:** cuidar da vida é a essência da ciência de enfermagem e, ao mesmo tempo, a essência do ser humano. O cuidar do outro não é uma tarefa fácil, pois engloba não só a dimensão física, mas também a mental, sentimental e espiritual, de forma a que o acto de cuidar seja uma perfeição.

Watson (2002) refere que cada ser humano deve sentir e viver, e quem não é sensível aos seus próprios sentimentos dificilmente será sensível aos sentimentos dos outros. Desta forma, achamos ser fulcral e essencial cada pessoa aceitar, reconhecer e estar disponível para perceber os seus sentimentos, de forma a facilitar a aceitar o dos outros, proporcionando desta forma atingir o equilíbrio. Daí, que encaramos de bom agrado a criação de um gabinete de apoio à enfermagem orientado por um psicólogo.

Parece-nos continuar a ser, essencial “*cuidar de quem cuida*” (Silva, Sanches e Carvalho, 2007, p.7) de forma a ter cuidados prestados de qualidade.

De salientar, que por se tratar de uma amostra de conveniência os resultados não devem ser tomados como conclusivos, uma vez que não se trata de uma amostras representativa dos enfermeiros, e consequentemente não se pode extrapolar os resultados.

Também podemos concluir que o Cuidar envolve em todo o seu processo, aspectos que vão muito além da técnica, daí que a forma com a qual cuidamos é reflexo de como fomos cuidados. Um cuidado mais humano é o desafio que se tem para superar as dificuldades sentidas face ao trabalho que os enfermeiros como pessoas e profissionais se deparam, de forma a terem uma vida mais digna e recheada de saúde.

Esperamos que com este estudo os enfermeiros reflectam a necessidade de cuidarem de si próprios, de forma a que a enfermagem realizada seja cada vez mais humana, mais fundamentada na relação com o outro, de forma empática, sensível, afectiva, criativa, dinâmica e compreensível na totalidade do ser humano.

A dimensão do conceito cuidar tem variado e modificado ao longo do tempo, tendo sido influenciado por diferentes valores, convicções e culturas. Actualmente, o cuidar pela sua globalidade e transdisciplinaridade exige uma atenção maior e mais responsável para com o “ser” cuidador/ presta cuidados, ou seja, o enfermeiro.

Como fruto deste trabalho, fica o reconhecimento de que o desenvolvimento desta dissertação foi enriquecedor, pois possibilitou-nos muita leitura sobre vários conceitos associados ao problema em estudo; contribuiu para a nossa formação pessoal e profissional; permitiu contactar com outros colegas de outros hospitais; além de que proporcionou muitos momentos de reflexão sobre a nossa prática de trabalhar num serviço de bloco operatório.

“ A enfermagem sempre significou “cuidar”, sempre existiu, porque há que preservar a vida e a humanidade ... o que não é tarefa simples” (Freitas, 2000, p. 127). O Cuidar não é simples porque apela a um sistema de valores e expressão de sentidos entre dois seres, exigindo um comprometimento, um dar e um receber, visando a protecção da dignidade humana.

No momento histórico em que vivemos, início do século XXI, plena crise de valores, muitas dúvidas são colocadas a todas as pessoas, nomeadamente as diferentes classes profissionais, onde estamos nós enfermeiros!

Continuará a fazer sentido a falar em Cuidar, valores altruístas, no dar e receber, numa sociedade onde tudo é contabilizado, quantificado, tudo é reduzido a números, estatística, onde há desvalorização da pessoa? Tudo é pago o gratuito não tem valor! O cuidar não nos parece nada simples, antes pelo contrário, parece-nos uma tarefa que tende a complicar, mas a estar cada vez mais na “ordem do dia”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. Daniel V.; e outra – **Princípios básicos de Alimentação e Nutrição** – Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 267p. ISBN 972-674-215-3.

ALMEIDA, L. & TAVARES, J. – **Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação**. 2ª edição. Braga: Psiquilibrios. 2005.

ANÓNIMO – Women`s Health 2009. In: **Journal of Women`s Health**. [em linha]. Vol. 18, nº5 (May 2009), p. 741-762. [Consult. 30 Dez. 2009]. Disponível em:[WWW:http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=8&sid=0b7bd1a3-b9e1-4622-a0d...>](http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=8&sid=0b7bd1a3-b9e1-4622-a0d...). ISSN 1540-9996.

ANÓNIMO – Coping with the stress of caregiving. In: **Harvard Mental Health Letter**. [em linha]. Vol. 25, nº12 (Jun. 2009), p. 6-6. [Consult. 30 Dez. 2009]. Disponível em:[WWW:http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&hid=3&sid=0b7bd1a3-b9e1-4622-a0d...>](http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=13&hid=3&sid=0b7bd1a3-b9e1-4622-a0d...). ISSN 1057-5022.

ABREU, Wilson – **Identidade, Formação e Trabalho**: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. 1ª ed. Coimbra: Formasau e Educa, 2001. 328p. ISBN 972-8485-21-2.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) – Ministério da Saúde – **Estrutura Orgânica : Saúde Ocupacional**. [em linha]. p.1. [Consult.: 25 de Maio 2009]. p.1. Disponível em: [<WWW:http://www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/EstruturaOrganica/Paginas/SAUDEOCUP...>](http://www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/EstruturaOrganica/Paginas/SAUDEOCUP...>).

AESOP – **Enfermagem Perioperatória**. Lisboa, Sinalgráfico, Lda., 1994.

AESOP- Princípios da Enfermagem Perioperatória. Filosofia da Prática de Cuidados. In: **Revista Aesop**. Lisboa. ISSN 0874-8128.Vol.2, nº2 (1996), p.45-47.

AESOP - **Enfermagem Perioperatória, da Filosofia à Prática dos Cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356p. ISBN 9789728930165.

AESOP - **Práticas Recomendadas para Enfermagem Perioperatória**. 2ª edição.Lisboa: Multitema, SA. 2010. 135p. ISBN 972-9171-65-3.

ANDRÉ, C.; CUNHA, M.C.M – Empatia como fio condutor do Cuidar em Enfermagem. In: **Revista Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. nº49, Nº3 (Maio/Julho 2001), p.129-135.

ALMEIDA, Vitória C. F.; DAMASCENO, Marta C.; ARAÚJO, Thelma L. – Saúde do trabalhador de saúde: análise das pesquisas sobre o tema. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. [em linha]. Vol. 58, nº3 (Mai./Jun. 2005), p. 335-340. [Consult. 10 Maio 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000300016&lng=pt. ISSN 0104-1169. ISSN 0034-7167.

AORN – **It's Important for You to Know**. Denver: AORN, 1994.

AORN – **Ethics in Perioperative Practice**. Denver: AORN, 2004a.

AORN – **Recommend Practices, and Guidelines**. Denver: AORN, 2004b.

BARBOZA, Juliana I. R. A. *et al.* – Avaliação do padrão de sono dos profissionais de Enfermagem dos plantões noturnos em Unidades de Terapia Intensiva. In: **Revista Brasileira de Ensino de Física**. [em linha]. Vol. 6, nº 3 (2008), p. 296-301. [Consult. 8 Jan.2010].Disponívelem:<[WWW:http://www.apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/927-V6n3aA0927portp296-301.pdf](http://www.apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/927-V6n3aA0927portp296-301.pdf)>. ISSN 1806-1117.

BARRETO, R.A.S.S.; *et al.* – Higienização das mãos : a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. In: **Revista Electrónica de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 11, nº 2 (2009), p. 334-340. [Consult. 8 Dez.2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm)>. ISSN 1518-1944.

BATISTA, K.M.; BIANCHI, E.R.F. – Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 14, nº 4 (Jul./Ag. 2006), p. 1-7. [Consult. 8 Dez. 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000400010)>. ISSN 0104-1169.

BENNER, Patricia; WRUBEL, Judith - **The Primacy of Caring: stress and coping in health and illness**. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company, 1989. 406p. ISBN 9780201120028.

BILBAO, Mercedes – A Enfermagem Perioperatória. In: **Revista Aesop**. Lisboa. 1987. 39p. ISSN 0874-8128.

BISHOP, V. – Leaders of the future. In: **Nursing Standard** [em linha]. Vol. 24, nº10 (Nov. 2009), p. 62-63. [Consult. 30 Dez. 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=7&sid=172b6423b6cc-4d18-a8ea...](http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=7&sid=172b6423b6cc-4d18-a8ea...)>. ISSN 0029-6570.

BORBA, Fernanda - Existirá Codependência em Enfermagem? In: **Revista Hospitalidade**. Lisboa. ISSN 0871-0090. Vol. 73, n.º 283 (Jan-Març. 2009), p. 25-27.

BOWDITCH, J. L. & BUONO, A. F. – *Elementos do comportamento organizacional*. São Paulo: Pioneira, 1992.

BRAGA, Eliana M.; BERTI, Heloisa W.; SILVA, Maria J.P. – Relações Interpessoais da equipe de enfermagem em centro cirúrgico. In: **Revista SOBECC**. [em linha]. Vol. 14, nº 1 (Jan./Mar. 2009), p. 22-26. [Consult. 4 Out. 2009]. Disponível em: <WWW:<http://novo.sobecc.org.br/artigo/artigo-18.pdf>>. ISSN 1414-4425.

BRONZATTI, J. A. G.; FERRETI, H.H.; PONTELI, S. R.C. – A visão da equipe de enfermagem sobre o instrumentador cirúrgico. In: **Revista SOBECC**. [em linha]. Vol. 12, nº 1 (Jan./Mar. 2007), p. 22-26. [Consult. 16 Mar. 2009]. Disponível em: <WWW:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. ISSN 1414-4425.

CABRAL, Dinora, G.C. - **A Enfermeira: Pessoa Que Cuida de Si?** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 1997. 194p. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

CABRAL, Dinora, G.C. – **Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2004. 614p. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

CABRAL, Dinora, G.C. – Enfermagem Perioperatória Portuguesa Que Realidade, Que Expectativas? In: **Revista Aesop**. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. 3, n.º 9 (Dez. 2002), p. 7-11.

CAMPOS, A.L.A.; GUTIERREZ, P.S.G.- A assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. [em linha]. Vol. 58, nº 4 (Jul./Ago. 2005), p. 458-461. [Consult. 16 Mar. 2009]. Disponível em: <WWW:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. ISSN 0104-1169.

CAMPOS, Eugenio P. – **Quem cuida do Cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. Brasil: Vozes. 2005. 148p. ISBN 85-326-3143-6.

CAREGNATO, R.C.A.; LAUTERT, L.- O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. [em linha]. Vol. 58, nº 5 (Set./Out. 2005), p. 1-10. [Consult. 6 Maio 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=S00347167200500009...>. ISSN 0104-1169.

CASAS, Sara B.; KLIJN, Tatiana P. - Promócion de la salud y un entorno laboral saludable. In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 14, nº 1 (Jan./Fev. 2006), p. 136-141. [Consult. 10 Maio 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000100019. ISSN 0104-1169.

CAVALHEIRO, A.M.; JUNIOR,D.F.M.; LOPES, A.C. – Stress in nurses working in intensive care units. In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 16, nº 1 (Jan./Fev. 2008), p. 29-35. [Consult. 8 Dez. 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000100005. ISSN 0104-1169.

COHEN, Judith A. – Two Portraits of Caring. In: **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 29, nº 7 (1991), p. 899-909.

COLLIÉRE, Marie-Françoise - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: SEP, 1989. 385p. ISBN 972-95420-0-7.

COLLIÉRE, Marie-Françoise- **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência. 2003. 437p. ISBN 972-8383-53-3.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados descritivos**. In: Ordem do Enfermeiros, Lisboa. ISSN 1646-2629. n.º2 (Dezembro 2001a), p.1-11.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – **A considerar dos Cuidados de Enfermagem**. In: Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. ISSN 1646-2629. n.º2 (Março 2001b).

COSTA, A.L.C.C.; MARZIALE, M.H.P. – Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. [em linha]. Vol. 59, nº 3 (Maio-Jun. 2006), p. 337-343. [Consult. 25 Maio 2009].Disponívelem: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000300016...>. ISSN 0034-7167.

COSTA, Fernanda M.; VIEIRA, Maria A; SENA, R.R. – Absenteísmo relacionado à doença entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. [em linha]. Vol. 62, nº 1 (Fev. 2009), p. 38-44. [Consult. 4 Out. 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347672007000500010@lng=en@nrm=iso>. ISSN 0034-7167.

COSTA, J.R.A.; LIMA, J.V.; ALMEIDA, P.C. – Stress no trabalho do enfermeiro. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. [em linha]. Vol. 37, nº 3 (2003), p. 1-9. [Consult. 8 Dez. 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342003000300008.... ISSN 0080-6234.

CRUZ, Arménio G. - **O Trabalho por turnos**. Quarteto Editora, 2003. ISBN 972-8717-74-1. p.36-114.

CRUZ, A. J. C. – O desgaste profissional dos enfermeiros do Bloco Operatório na Região Autónoma dos Açores. In: **Revista Investigação em Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0874-7695. Nº 9 (Fev. 2004), p. 35-44.

DAMAS, K. C. A.; MUNARI, D. B.; SIQUEIRA, K. M. – Cuidando do Cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia- Brasil. Vol. 6, nº 2 (2004), p.1-6. [Consult. 15 Out. 2008]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/cuidador.html >. ISSN 1518-1944.

DECRETO-LEI N.º 59/08 de 11 de Setembro. «**D.R.I Série**». (Regime de Contracto de Trabalho em Funções Públicas).

DECRETO-LEI N.º 161/96. «**D.R.I Série**». 205 (96-09-04) 2959-2962. (Regulamento para o Exercício Profissional do Enfermeiro).

DECRETO-LEI n.º 104/98. «**DR I Série**». 93 (98-04-21) 1739-1757 (Ordem dos Enfermeiros).

DECRETO-LEI nº 104/ 98 de 21 de Abril. «**Código Deontológico do Enfermeiro**».

Dicionário de Língua Portuguesa Lisboa: Porto Editora, 2008 (Deposito legal nº 253295/07).

DGS – **Plano Nacional de Vacinação de 2006**. Portugal: Ministério da Saúde [em linha].[Consult.2Fev.2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiro/i007442.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiro/i007442.pdf)>.

DGS – **Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012**. Portugal: Ministério da Saúde [em linha] .[Consult. 4 Jan. 2010]. 33p.

DELGADO, Luciana M.; OLIVEIRA, Beatriz R.G.- Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de um hospital universitário. In: **Revista Nursing**. São Paulo. Vol. 87, nº 8 (Agost./2005), p.365-370. [Consult. 26 Abr. 2009]. Disponível em:

http://200.135.4.10/cgiDemetrios.exe/show_artigo?_artigo=2723>. ISSN 1415-8264.

DEMPSEY, J. – Nurses values, attitudes and behavior related to falls prevention. In: **Journal of Clinical Nursing**. [em linha]. Vol. 18, nº6 (Mar. 2009), p. 838-848. [Consult. 30Dez.2009].Disponível em:[WWW:http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&hid=103&sid=0b7bd1a3-b9e1-4622-a...](http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&hid=103&sid=0b7bd1a3-b9e1-4622-a...)>. ISSN 0962-1067.

DENNERLEY, Margaret – Características da Enfermagem na UCI. In: **Nursing**. Lisboa: Ed. Portuguesa. ISSN 0871-6196. Vol. 4, n.º 45 (Out. 1991), p.41.

DIRECTIVA EUROPEIA nº89/391/CEE- **Normas de Segurança no Trabalho**.

ELIAS, Marisa, A.; NAVARRO, Vera, L. – A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital escola. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 14, nº 4 (Agos. 2006), p. 517-525. [Consult. 4 Out. 2009]. Disponível em: [WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?_sci_arttext&pid=S010411692006000400008@lng=en@nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?_sci_arttext&pid=S010411692006000400008@lng=en@nrm=iso)>. ISSN 0104-1169.

ESPERIDIÃO, Elizabeth- **Holismo Só na teoria: a trama dos sentimentos do académico de enfermagem sobre sua formação**. 2001.106p. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo.

ESTEBAN, Bartolome L., e outros – **Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud** – Madrid; Interamericana - Mcgraw-Hill; 1ª ed.,1995. 400p. ISBN 8448601254.

ESTÊVÃO, C. S. S. ; ESTÊVÃO, M. F. S. – Enfermagem: Profissão de stress. In: **Revista Nursing**. Lisboa: Ed. Portuguesa. ISSN 0871-6196. Vol. 16, n.º 215 (Nov. 2006), p.41-43.

EUCOMED – Segurança dos Trabalhadores . In: **Revista Aesop**. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. Nº 3, Nº 8 (Junho 2002), p. 31.

FERNANDES, Olga – **Entre a Teoria e a Experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no Ensino Clínico no hospital no curso de licenciatura**. Loures: Lusociência, 2007. (Capítulo 3: A Formação Inicial em Enfermagem). p. 57-86. ISBN 978-972-8930-36-3.

FILHO, José, M.J. – Considerações sobre o tema “Saúde dos Trabalhadores da Saúde” e breve apresentação. In: **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**. [em linha]. Vol.33, nº 117 (2008), p. 4-5. [Consult. 4 Out. 2009]. Disponível em:

<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20117%20Editorial.pdf>. ISSN 0303-7657.

FORTIN, Marie - Fabienne; VISSADJÉE, Bilkis – A Revisão da Literatura. In **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Lisboa: Lusociência, 1999. 388p. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie- Fabienne; VISSANDJÉE, Bilkis – A Revisão da Literatura. In **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Lisboa: Lusociência, 1999. Cap. 6, p. 73-87. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie- Fabienne; VISSANDJÉE, Bilkis – Escolher um problema de investigação. In FORTIN, Marie- Fabienne (Ed.) - **O processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2003, p. 48-60. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie - Fabienne – A Revisão da Literatura. In **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Lisboa: Lusociência, 2003. 388p. ISBN 972-8383-10-X.

FREITA, C. – Acredito em ... In: **Revista Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370 . Vol. Nº 48, Nº 3 (Maio/Junho 2000), p. 126-132.

FUNDAÇÃO NORTE-AMERICANA – **A cada idade o seu sono**. Saúde – Deco Proteste (2003). [em linha]. [Consult. 3 Fev. 2010]. Disponível em: <http://www.deco.proteste.pt/saúde/dossie-do-sono-s412131/dos/475231.htm>.

GARRIDO, M. C. F. – Cotidiano da educação continuada em enfermagem: valorização do cuidar. In: **Revista O Mundo da Saúde** (Centro Universitário São Camilo). São Paulo. Vol. 24, n.º 5 (Set/Out. 2000). [Consult. 11 Abr. 2009]. Disponível em: <http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>. ISSN 0104-7808.

GARRIDO, António F. da – O Enfermeiro e a Identidade Profissional. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 192 (Outubro-2004), p. 34-37.

GASPERI, P. D.; RADÜNZ, V. – Cuidar de si: essencial para enfermeiros. In: **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte. Vol. 10, nº 1 (Jan. 2006), p.1-11. [Consult.9Mar.2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622)>. ISSN 1415-2762.

GEORGE, Júlia B. ; Colaboradores – **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. 375p. ISBN 85-7307-587-2.

GIL, António C. – **Como elaborar Projectos de Pesquisa**. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas S.A. , 1995. 159p. ISBN 85-224-0724-X.

GINDI, L.; MEDEIROS, H.M.F.; ZAMBERLAN, C.; COSTENARO, R.G.S. – A percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o trabalho dos enfermeiros. In: **Revista Cogitare Enfermagem**. [em linha]. Vol. 10, nº 1 (Jan./Abr. 2005), p. 34-41. [Consult. 16 Mar. 2009]. Disponível em: [<WWW:http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/). ISSN 1414-8536.

GUERRER, Francine, J. L. ; BIANCHI, Estela, R. F.- Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidade de terapia intensiva. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. [em linha]. Vol. 42, nº 2 (2008), p. 1-9. [Consult. 11 Abr. 2009]. Disponível em: [WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200020...>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200020...). ISSN 0080-6234.

GUIMARÃES, R.M.; MAURO, Y.C.; MENDES, R; MELO, A.O.; COSTA, T.F. – Factores ergonómicos de risco e de protecção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. [em linha]. Vol. 8, nº 3 (Set. 2005), p. 282-294. [Consult. 25 Maio 2009]. Disponível em: [WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2005000300010>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2005000300010). ISSN 141-790X.

GONÇALVES, Alda M.; SENA, Roseni R. de – Assistir/Cuidar na enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte. [em linha]. Vol. 2, nº 1 (1998), p. 2-8. [Consult. 2 Nov. 2008]. Disponível em: [WWW:http://www.bibliomed.com.br/lib/showDoc.cfm?LibDOCID=5377@ReturnCatID=5378>](http://www.bibliomed.com.br/lib/showDoc.cfm?LibDOCID=5377@ReturnCatID=5378). ISSN 1415-2762.

GRIFFIN, Anne – Philosophy and Nursing. In: **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 5, nº 3 (1980), p. 261-272.

GRIFFIN, Anne – A Philosophical Analysis of Caring in Nursing. In: **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 8, nº 4 (1983), p. 289-295.

GRUENDEMANN, Bárbara; MAGNUM, Sandra, S. – **Infection Prevention in Surgical Settings**. W A Saunders: Harcourt, 2001. 387p. ISBN 0721690351.

HENRIQUES, Carolina, M. G. – Equidade, Justiça social e Necessidades em Saúde – uma abordagem. In: **Revista Nursing**. Lisboa: Ed. Portuguesa. ISSN 0871-6196. Vol. 18, nº 234 (Jun. 2008), p.41-44.

HESBEEN, Walter – **Cuidar neste mundo**. Loures: Lusociência, 2004. 292p. ISBN 972-8383-71-1.

HESBEEN, Walter - **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7.

HILL, M. & HILL, M. – **Investigação por questionário**. Lisboa : Edições Sílabo, Lda. 2005.

HONORÉ, Bernard – **Cuidar – persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, 2004. 290p. ISBN 972-8383-58-4.

ICN – **Ambientes Favoráveis à Prática: condições de trabalho = cuidados de qualidade**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007. 95p. ISBN 92-95040-80-5.

ICN - **Nurses and overtime** - [em linha]. [S.l.: s.n.]. 2001 – [Consultado em 11 Abril 2009]Disponível em: http://www.icn.ch/matters_overtime.htm >.

ICN – **Participation of Nurses in Health Services Decision Making and Policy Development** – [em linha]. [S.l.: s.n.]. 2000- [Consul.: 11 Abr. 2009] Disponível em: <http://www.icn.ch/pspolicydev00.htm>>.

INE – **Balança Alimentar Portuguesa 1990-2003**. [em linha]. [S.l.: s.n.]. 2006- [Consul.: 3 Fev. 2010] Disponível em: http://www.dolceta.eu/Portugal/Mod5/IMG/pdf/BAP1990-2003_INE2006.pdf>.

INFOPÉDIA (enciclopédia e dicionários Porto Editora) [em linha]. [Consult.: 26 de Maio 2009]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/pesquisa?qsFiltro=0>>.

KREISCHER, Elaine D. – **A percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no centro cirúrgico de um hospital universitário**. Rio de Janeiro: Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. 120p. [em linha]. [Consult. 10 Maio 2009]. Disponível em: http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?CodArquivo=767&PHPSESSID=7d8a36e5168a24e244>.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. – **A Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1983. 198p.

LEAL, Maria Teresa – **A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades**. Loures: Lusociência, 2006. 218p. ISBN 972-8930-20-8.

LEI DE BASES DA SAÚDE (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto).

LIMA, R.M.T.; TEIXEIRA, E.R. – A vivência de quem cuida em terapia intensiva e suas implicações psicoafectivas. In: **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. [em linha]. Vol. 15, nº 3 (Set. 2007), p. 1-10. [Consult. 2 Maio 2009]. Disponível em:

<WWW:http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?sci=arttext&pid=S01043552...>. ISSN 0104-3552.

LOPES, Noémia M. - **Recomposição Profissional da Enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar**. Coimbra: Edições Quarteto, 2001. 222p. ISBN 972-8717-17-2

LEINNINGER, Madeleine- **Caring: an essencial human need**. Detroit: Wayne State University Press, 1988. [Consult.: 11 Abr. 2009] Disponível em: WWW:http://books.google.pt/books?id=DJ0KFOrWEVsC&dq=Caring+an+essential+human+need&printsec=frontcover&source=bl&ots=jheaGF3Aj4&sig=qRqll6JzNXbwHGEKqhSUTtoPyU&hl=ptPT&ei=diEESuTFL0_MjAf048zcBA&sa=X&oi=book_result&ct=results&resnum=5#PPA9,M1>.

MARQUES, Paulo *et al.* - **Rumo ao conhecimento em Enfermagem**. Porto: Éditos ESESJ, 2006. 400p. ISBN 989-20-0099-4.

MARTINO, Milva M. F. de – Estudo comparativo de padrões de sono em trabalhadores de enfermagem dos turnos diurno e noturno. In: **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington. [em linha]. Vol. 12, nº2 (2002), p.1-8. [Consult. 14 de Jan. 2010]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S102049892000800004&scriptsciart...>. ISSN 1020-4989.

MARTINS, Ana Paula – Líderes têm que cuidar de quem cuida. 13 de Maio 2008. [Consult.: 24 Abr. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=47912>.

MARTINS, José C.; LUÍS, Elsa – Trabalho e o Homem. In: **Revista Dirigir**. Lisboa. ISSN 0871-7354. N.º65/66 (Jan.- Abr., 2000), p.34-38.

MARZIALLE, Maria H. P. – Segurança no Trabalho de Enfermagem. In: **Revista Latino- Americana de Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 8, nº2 (2000), p.1-3. [Consult. 14 de Abr. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200000020001...>. ISSN 0104-1169.

MARZIALE, Maria H. P.- Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 9, nº 3 (Maio 2001), p. 1-9. [Consult. 11 Abr. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?sci=arttext&pid=SO10411692001000300001...>. ISSN 0104-1169.

MARZIALE, Maria, H. P.; RODRIGUES, Christiane M. – A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. . In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 10, nº 4 Jul/Agos. 2002), p. 1-9. [Consult. 11 Abr. 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=SO10411692002000400015.... ISSN 0104-1169.

MENESES, Ramiro , D. B. de – Os significados da saúde: da audição à recitação. In: **Revista Acção Médica- Bioética e Saúde**. Lisboa. ISSN 0870-0311. Vol. LXVIII, nº 1 (Jan- Mar. 2004), p. 5-13.

MEZOMO, João C. – **Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos**. Brasil: Manole, 2001. 301p. ISBN 85-204-1263-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – História do Serviço Nacional da Saúde. **Portal da Saúde: Saiba como nasceu o Serviço Nacional de saúde e quais são as perspectivas para o seu desenvolvimento** .[em linha] [S.l.s.n.] 10 de Dezembro de 2005. [Consult.: 26 Abr. 2009]. Disponível em: <http://min-saude.pt/portal/conteúdos/a+saúde+em+Portugal/serviço+nacional+de+saúde/historia+do+sns/historialdosns.htm>.

MINISTRO DA SAÚDE- **Decisão em Saúde: Conceitos e Problemas**. [em linha]. Seminário da FLAD- “ A informação científica como base da decisão, na educação, na saúde ena justiça. [Consult. 26 Abr. 2009]. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/50F29A11-004B-45Dc-96CF-270DB28A6B70/23/DI060505.pdf>.

MIRANDA, É.J.P.; STANCATO, K. – Riscos à saúde de equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. In: **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. [em linha]. Vol.20, nº 1 (Jan-Mar. 2008), p. 68-76. [Consult.26Maio2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n/a11v20n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n/a11v20n1.pdf)>. ISSN 0103-507X.

MOLINIER, Pascale – A dimensão do Cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. In: **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**. [em linha]. Vol.33, nº 118 (2008), p. 6-16. [Consult. 4 Out.2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RB_SO%20118%20Dimensão%20do%20cuidar.pdf](http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RB_SO%20118%20Dimensão%20do%20cuidar.pdf)>. ISSN 0303-7657.

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. – Estresse: factores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**.

Brasília. [em linha]. Vol. 59, nº 5 (Set./Out. 2006), p. 746-753. [Consult. 8 Dez. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=S0034716720046000500013..>. ISSN 0034-7167.

MORAES, Marcia , V. G.- **Enfermagem do Trabalho: procedimentos e técnicas**. 3ª ed. Brasil: Editora Afiliada, 2008. 190p. ISBN 978-85-7614-048-1.

MORENO, L. C.; MORENO, M.I. C – Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. [em linha]. Vol. 57, nº 6 (Nov-Dez. 2004), p. 746-753. [Consult. 25 Maio 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=S003471672004000600024>. ISSN 0034-7167.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A.A. – Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 13, nº 2 Mar/Abr. 2005), p. 255-261. [Consult. 10 Maio 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=SO1041169200500020001>. ISSN 0104-1169.

NASCIMENTO, K.C.; E.A.L. – Cuidado Transpessoal de Enfermagem a seres humanos em Unidade Crítica. In: **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. [em linha]. Vol. 14, nº 3 (Set. 2006), p. 1-12. [Consult. 5 Maio 2009]. Disponível em: <WWW:httpwww.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=S010435522..>. ISSN 0104-3552.

NETTO, Laura F. S. A.; RAMOS, Flávia R. S. – Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. In: **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 12, nº 1 (Jan/Fev. 2004), p. 50-57. [Consult. 10 Maio 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000100008&lng=en&nrm=isso>. ISSN 0104-1169.

NISHIDE, V.M.; MARIA, C. C.B.- Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. [em linha]. Vol. 38, nº 4 Dez. 2004), p. 1-9. [Consult. 2 Maio 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=SO10411692002000400015...>. ISSN 0080-6234.

NUNES, Lucília – Enfermagem e Cidadania: uma relação a des-ocultar. In: **Revista Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.8, nº2 (2º semestre, 2004), p.3.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - **Código Deontológico do Enfermeiro**: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 454p. ISBN 972-99646-0-2.

OIT- **Saúde Ocupacional e Medicina no Trabalho**. [em linha]. [S.l.: s.n.]. [Consult.: 3 de Jun. 2009]. p.1. Disponível em: <http://www.factor-segur.pt/shst/docinformativos/Saudeocupameditrabalho.html>.

OLIVEIRA, Maria de Lurdes- Aprender a “olhar” quem de nós se aproxima. In: **Revista Servir**. Lisboa. ISSN 0871/2370. Vol.48, Nº3 (Maio/Junho 2000), p. 119-122.

OLIVEIRA, Marcelo L. de; PAULA, Taís R. de; FREITAS, João B. de – Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientific Saúde, São Paulo** [em linha]. Vol. 6, nº1 (2007), p.127-136. [Consult. 15 de Out.2008]. Disponível em: <http://www.redalyc.Maemex.mx/redalyc/pdf/929/92960115.pdf>. ISSN1677-1028.

OLIVEIRA, Alexandre S. de – Cultura de segurança...Na enfermagem perioperatória...Um desafio a investir! In: **Revista Aesop**. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. 9, n.º 27 (Dez. 2008), p. 5-11.

ORNELAS, Thuê C.F.; MONTEIRO, Maria I. – Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. [em linha]. Vol. 59, nº 4 (Jul-Agosto 2006), p. 552-555. [Consult. 4 Out. 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?&sci_arttext&pid=S003471672006000400015@lng=en@nrm=iso. ISSN 0034-7167.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **A Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004. 440p. ISBN 972-99646-1-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dados Estatísticos 2000-2008 (Abril). [Consultado a 02/04/2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Estatisticas_2000_2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Estatisticas_2000_2008.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. 4p. [Consultado a 18/04/2009]. Disponívelem:<[WWW:http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contens/uploaded/File/sedestaques/OE_InvestigEnfermPOSCTomada](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contens/uploaded/File/sedestaques/OE_InvestigEnfermPOSCTomada)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – A governação em saúde: contributos da ordem dos enfermeiros para a melhoria do desempenho do sistema de saúde. In: **Revista Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº 16 (Març./2005), p. 12-13.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- **Como funciona a Organização Mundial da Saúde**. [em linha]. [Consult.: 26 Abr. 2009]. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/who.htm>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- **Dicionário de Direitos Humanos**. [Consult.: 26 Abr. 2009]. Disponível em: <http://www.esmpu.gov.br/dicionario/tikiindex.php?page=Organiza%C3%A7%C3%A3o%20mundial%20da%20Sa%C3%BAde>.

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara – **Modelos para o Exercício de Enfermagem**. Lisboa: Grafilarte, Artes Gráficas, Lda, 1992. 178p. ISBN 0-433-24902-1.

PEREIRA, Alexandre; POUPA, Carlos – **Como Escrever Uma Tese**. 3ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2006. 221p. ISBN 972-618-350-2.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para as Ciências Sociais. A complementariedade do SPSS**. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 694p. ISBN 978-972-618-498-0.

PINTO, Andrea; SANTOS, Ricardo; SARAIVA, Dora – Burnout um desafio à saúde dos enfermeiros. In: **Revista Nursing**. Lisboa: Ed. Portuguesa. ISSN 0871-6196. Vol. 17, n.º 228 (Dez. 2007), p.12-16.

PINTO, Fausto J. M. – A Problemática do Bloco Operatório, parte 1. In: **Revista Nursing**. Lisboa: Ed. Portuguesa. ISSN 0871-6196. Vol. 2, n.º 14 (Dez. 2000), p.12-14.

PINTO, Fausto J. M. – A Problemática do Bloco Operatório, parte 2. In: **Revista Nursing**. Lisboa: Ed. Portuguesa. ISSN 0871-6196. Vol. 3, n.º 15 (Dez. 2000), p.12-16.

PINTO, Isabel M.C.; RAMIRO, Rosa M.C.S.; FONSECA, Sandra C.L.- Cuidar é ajudar a viver. In: **Revista Nursing**. Lisboa: Ed. Portuguesa. ISSN 0871-6196. Vol. 15, n.º 194 (Dez. 2004), p.31-33.

PIRES, Ana Paula – Ética e Cuidar em Enfermagem. In: **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º72 (Maio 2007), p.47-49.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.1995. 391p.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. –**Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p. ISBN 85-7307-984-3.

PORGES, Chantal – Segurança dos trabalhadores. In: **Revista Aesop**. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. 1, n.º 3 (Dez. 2000), p. 31.

PORTAL DA SAÚDE – **Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho**. Portugal: DGS [em linha]. [Consult. 2 Fev. 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+...](http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+...)>.

PORTAL DA SAÚDE – **Doenças profissionais**. Portugal: DGS [em linha]. [Consult. 2Fev.2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.portaldasaude.pt/conteudos/informacoes+uteis/saude+no+trabalho/...](http://www.portaldasaude.pt/conteudos/informacoes+uteis/saude+no+trabalho/...)>.

PORTAL DE ONCOLOGIA PORTUGUÊS – **Cancro da próstata**. Portugal: DGS [em linha].[Consult.2Fev.2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancro/cancro-da-prostata.html](http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancro/cancro-da-prostata.html)>.

PORTAL DE ONCOLOGIA PORTUGUÊS – **Diagnostico**. Portugal: DGS [em linha].[Consult.2Fev.2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancro/cancro-da-mama/diagno...](http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancro/cancro-da-mama/diagno...)>.

PORTUGAL; Decreto-Lei nº 239/97 de 9 de Setembro; Portaria nº 819/99 Definição de Resíduos Hospitalares e Despacho 246/96 de 7 de Julho, sobre Classificação dos Resíduos.

PORTUGAL, Decreto-Lei nº 488/99 de 17 de Novembro de 1999, Segurança Higiene e Saúde no Trabalho.

PORTUGAL, Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro – Responsabilidade da entidade patronal sobre a segurança no trabalho dos seus funcionários.

PORTUGAL, Portaria nº35/2004 de 29 de Julho, publicada na Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, que aprovou o Código de Trabalho.

PORTUGAL, Portaria nº1275/2002 de 19 de Setembro de 2002, publicada no DR 217-I-B Série, aprova as Normas de Segurança contra Incêndio.

QUEIROZ, Sylvia, G. de – **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia**. Rio de Janeiro: Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008. 97p. [em linha]. [Consult. 10 Maio 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=733](http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=733)>.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Lucvan – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Trajectos. 3ª edição. Lisboa: Gradiva, 1998. 282p. ISBN 972-662-275-1.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Lucvan – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Trajectos. 3ª edição. Lisboa: Gradiva, 2003. 282p. ISBN 972-662-275-1.

REBELO, F. – **Ergonomia no Dia a Dia**. Lisboa: Edições Sílabo, 2004. ISBN 9726183286.

RIBEIRO, Emílio J.G.; SHIMIZU, Helena E.- Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. [em linha]. Vol. 60, nº 5 (Out. 2007), p. 535-540. [Consult. 4 Out. 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=S00347672007000500010@lng=en@nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=S00347672007000500010@lng=en@nrm=iso)>. ISSN 0034-7167.

RIBEIRO, Lisete F. – **Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral**. Lisboa: Educa – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995. 109p. ISBN 972-8036-11-6.

RICHARDSON, R.J.; *et al.* – *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1985. 287p. ISBN 85-224-0450-X.

RIOS, Izabel C. – Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais de saúde. In: **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. [em linha]. Vol. 17, nº 4 (Out/Dez. 2008), p. 1-12. [Consult. 11 Abr. 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=SO10412902008000400015...](http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=SO10412902008000400015...)>. ISSN 0104-1290.

RITTER, R.S.; STUMM, E.M.F.; KIRCHER, R.M. – Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 11, nº 2 (2009), p. 236-248. [Consult. 8 Dez.2009].Disponívelem:<[WWW:http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a02.htm)>. ISSN 1518-1944.

RODEIA, João M. F. – A Pessoa e o Cuidar em Enfermagem. In: **Revista Servir**. Lisboa. ISSN 0871/2370. Vol. 46, n.º 2 (Março/Abril 1998), p. 59.

ROGERS, Bonnie – **Enfermagem do Trabalho: conceitos e prática**. Loures:Lusociência. 1997. 557p. ISBN 972-8383-03-7.

SALGUEIRO, Nídia – Enfermagem de Bloco Operatório – Arquivos de Memória. In: **Revista Referência**. [em linha]. n.º 7 (Nov. 2001) [Consult. 8 Dez. 2009]. Disponível em:<[WWW:http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteúdos/downloadsArtigo.php?idficheiro=164&codigo](http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteúdos/downloadsArtigo.php?idficheiro=164&codigo)>. ISSN 0874-0283.

SANTOS, Joares M. dos S.; OLIVEIRA, Elias, B. de ; MOREIRA, Almir da C.- Estresse, factor de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. In: **Revista de Enfermagem de UERJ**. Rio de Janeiro. [em linha]. Vol. 14, n.º 4 (Dez. 2006), p. 1-10. [Consult. 11 Abr. 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-3552...>](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-3552...>). ISSN 0104-3552.

SARAIVA, Dora M. R. F. – Reflectir o Cuidar em Enfermagem. In: **Revista Nursing**. Lisboa: Ed. Portuguesa. ISSN 0871-6196. Vol. 18, n.º 230 (Fev-2008), p.14-20.

SCHMIDT, D. R. C. *et al.* – Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. In: **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis. [em linha]. Vol. 18, n.º 2 (Ab/Jun. 2009), p. 1-8. [Consult. 8 Dez. 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000200017...>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000200017...>). ISSN 0104-0707.

SÊCCO, I.A.O.; ROBAZZI, M.L.C.C.; SHIMIZU, D.S.; RÚBIO, M.M. S. – Occupational accidents and health-related quality of life: a study in three hospitals. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 17, n.º 1 (Fev. 2009), p. 101-107. [Consult. 4 Out. 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000500005@lng=en@nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000500005@lng=en@nrm=iso)>. ISSN 0104-1169.

SEP – **AMBIENTES FAVORÁVEIS À PRÁTICA**. [em linha]. [S.l.: s.n.]. 25 de Maio de 2007. [Consult.: 10 Janeiro 2009]. Disponível em: <[WWW:http://www.sep.org.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1353&Itemid=19](http://www.sep.org.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1353&Itemid=19)>.

SHERRING, S.; KNIGHT D. – Na exploration of burnout among city mental health nurses. In: **British Journal of Nursing**. [em linha]. Vol. 18, n.º20 (Nov. 2009), p. 1234-1240. [Consult. 30 Dez. 2009]. Disponível em:

<http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=3&sid=172b6423b6cc-4d18-a8ea...>. ISSN 0966-0461.

SILVA, Daniel M. – **Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem** [em linha]. [S.l.: s.n.]. Julho 2002. [Consult.: 15 Out. 2008]. Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/millennium26/26_24.htm.

SILVA, Dória M. P. P.; MARZIALE, Maria H. P. – Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 8, nº 5 (Out. 2000), p. 44-51. [Consult. 11 Abr. 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200000050007&lng=en&nrm=isso.... ISSN 0104-1169.

SILVA, Flávia P. P. – **Burnout : Um Desafio à Saúde do Trabalhador**. [em linha]. PSI. Vol. 2, N.º 1 (Jun./2000). [Consult.: 05 Dez. 2008]. Disponível em: <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/texto2n15.htm> ISSN 1516-4888.

SILVA, Gisele F. da S.; SANCHES, Patrícia G.; CARVALHO, Maria D. de B.- Reflectindo sobre o cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. In: **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte. Vol. 11, nº 1 (Jan.-Mar. 2007), p.1-9. [Consult. 19 Abr. 2009]. Disponível em: http://www.prtalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?sript=sci_arttext&pid=S1415-27622.... ISSN 1415-2762.

SOUSA, Maria A. – **O Enfermeiro e o Cidadão: Compromisso (d)e Proximidade – Porquê esta temática**. [em linha]. Lisboa: II Congresso da Ordem dos Enfermeiros - “O Enfermeiro e o Cidadão: Compromisso (d)e Proximidade”, 10 de Maio 2006 [Consult.:24Abr.2009].Disponívelem:<<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/DiscursoBast.pdf>>.

SOUSA, Gonçalo de V. e – **Metodologias de Investigação, Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos**. Porto: Editora Livraria Civilização, 1998. 132p. ISBN 9789722615594.

SOUSA, João P. – Para a segurança e a saúde no trabalho. In: **Revista Dirigir**. Lisboa. ISSN 0871-7354. n.º 65/66 (Jan/Abr. 2000), p.39-42.

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. – O Estresse na actividade ocupacional do enfermeiro. In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 9, nº 2 (Mar. 2001), p. 17-25. [Consult. 11 Abr. 2009].

Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000200003&lng=en&nrm=iso...>. ISSN 0104-1169.

STUDNECK, J.R., BENTLEY, M.; MAC,C.j.; Fernandez, A.R. – An Assessment of Key Health Indicators among Emergency Medical Services Professionals. In: **Official Journal of the National Association of EMS**. [em linha]. Vol. 14, nº 1 (Jan.-Mar. 2010), p. 14-20. [Consult. 30 Dez. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=112&sid=172b6423-b6cc-4d18-a8...>. ISSN 1545-0066.

TAPPEN, Ruth M. – **Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2005. 589p. ISBN 972-8930-00-3.

TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. 5.º edição. Loures: Lusociência. 2004. 750p. ISBN 972-8383-74-6.

UNAIBODE – **Pratiques et Références de l'Infirmier (e) de Bloc Operatoire, Développer une Culture Qualité**. Paris: Masson Ida, 2001.

WALDOW, Vera Regina ; BORGES, Rosália Figueiró – O Processo de Cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. In: **Revista Latino- Americana de Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 16, nº 4 (Jul./Agost. 2008), p. 765.771. [Consult. 11 Abr. 2009].Disponível em:<WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010411692008000400018&lng=en&nrm=isso&tlng=pt>. ISSN 0104-1169.

WALDOW, Vera Regina - **O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis (Rio de Janeiro): Vozes. 2004. 237p. ISBN 85.326.3033-2.

WATSON, Jean – **Nursing the Philosophy and Science of Caring** – Boulder: Colorado Associated University Press, 1985. ISBN 9780870811548.

WATSON, Jean – **Nursing: human science and human care – A Theory of Nursing**. New York: National League for Nursing, 1988. 123p. ISBN 0887374174.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência. 2002a.182p. ISBN 972-8383-33-9. (Capítulo 2: A Enfermagem como Ciência Humana; Capítulo 3: Cuidar em Enfermagem; Capítulo 4: A Natureza do Cuidar e os Valores do Cuidar na Enfermagem).

WATSON, Jean – **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma de enfermagem**. Loures: Lusociência. 2002b. 299p. ISBN 972-8383-37-1.

WIECK, K.L.; DOIS, J,; NORTHAM, S.M. - In: **Nursing Economic**. [em linha]. Vol. 27, nº 3 (May-Jun. 2009), p. 169-177. [Consult. 30 Dez. 2009]. Disponível em:

<WWW:http://www.web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=23&hid=9&sid=172b6423-b6cc-4d18-a8ea...>. ISSN 0746-1739.

VALADAS, Amélia – Viver e sentir, Reflectir e mudar. In: **Revista Aesop**. Lisboa. ISSN 0874-8128. Vol. 1, n.º 3 (Dez. 2000), p. 21-23.

VIEIRA, Maria Jésia - A representação do cuidar na imagem cultural da enfermagem. In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 7, nº 5 (Dezembro 1999), p. 1-7. [Consult. 11 Abr. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=SO1041169199900050004...>. ISSN 0104-1169.

VILA, Vanessa da S. C.; ROSSI, Lúcia A. – O significado cultural de cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. In: **Revista Latino- Americana Enfermagem**. Ribeirão preto. [em linha]. Vol. 10, nº 2 (Mar-Abr. 2002), p. 1-9. [Consult. 11 Abr. 2009]. Disponível em: <WWW:http://www.scielo.br/scielo.php?=sci_arttext&pid=SO10411692002000200003...>. ISSN 0104-1169.

ANEXOS

**Anexo 1- Pedido de autorização de utilização do instrumento de colheita
de dados(Cabral, 1997), e resposta do ofício.**



UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

De: Andreia Ferreira
Rua Antero Andrade Silva, n.º 137, 4 E-tras, 4520-280 Santa Maria da Feira
Tlm: 939901033
andreiaferreira80@hotmail.com

Para: Exma. Senhora
Prof. Dra. Dinora Cabral
Cabral.dinora@tvte.pt

Assunto: Pedido de Autorização de utilização do instrumento de colheita de dados utilizado na Tese de Mestrado “A Enfermeira: pessoa que cuida de si?”.

Andreia Cristina Oliveira Santos Ferreira a frequentar o 16º Curso de Mestrado de Ciências de Enfermagem 2008/2010 e a exercer funções no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria da Feira no Serviço de Bloco Operatório Central (BOC), vêm por este meio solicitar a Vossa Excelência a competente autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados, o questionário utilizado na sua dissertação “A Enfermeira: pessoa que cuida de si?” para a realização e adaptação do mesmo instrumento da sua Tese de Mestrado, que consiste no desenvolvimento de um estudo sobre a problemática se e como os enfermeiros perioperatórios cuidam de si próprios.

O presente estudo tem como a finalidade contribuir para a progressiva melhoria dos cuidados de saúde dos enfermeiros a trabalhar, assim como para a qualidade dos cuidados.

Certa da vossa melhor atenção, aguardo a respectiva resposta a este ofício.

Agradeço desde já a colaboração e apresento os melhores cumprimentos,

Andreia Ferreira

Santa Maria da Feira, 1 de Julho de 2009

RE: Ofício para utilização Instrumento de colheita de dados –TESE “A Enfermeira: pessoa que cuida de si?”

De: Prof. Doutora. Dinora Cabral
cabral.dinora@vtel.pt

Para: Andreia Ferreira
Rua Antero Andrade Silva, n.º 137, 4 E-tras, 4520-280 Santa Maria da Feira
Tlm: 939901033
andreiaferreira80@hotmail.com

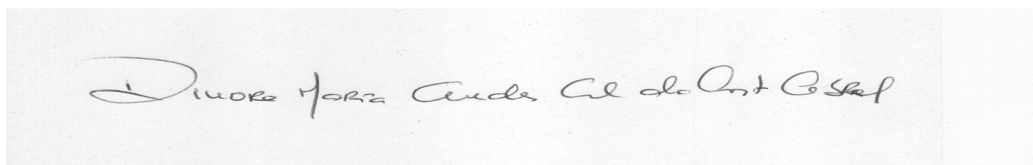
Dinora Maria Guedes Gil da Costa Cabral, Enfermeira, Doutorada em Ciências de Enfermagem, declara que autoriza a utilização do instrumento de colheita de dados, o questionário utilizado aquando da sua dissertação de Mestrado “A Enfermeira: pessoa que cuida de si?” efectuada em 1997, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, para a realização e adaptação do mesmo instrumento na Tese de Mestrado, da Enfermeira **Andreia Cristina Oliveira Santos Ferreira**, Enfermeira graduada, aluna do XVI Curso de Mestrado de Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, que consiste no desenvolvimento de um estudo sobre a problemática - **Como os enfermeiros perioperatórios cuidam de si próprios**.

Espero que o instrumento, seja uma mais valia para o desenvolvimento do referido estudo

Agradeço a sua escolha e comprometo-me a estar atenta e disponível para a acompanhar este seu estudo.

Desejando as melhores felicidades, envio os meus cumprimentos.

Porto, 17 de Julho de 2009



(Dinora Maria Guedes Gil da Costa Cabral)

RN, MD, PhD

Anexo 2 - Instrumento de Colheita de Dados (Questionário)

CARO (A) COLEGA:

O instrumento de colheita de dados, para o preenchimento do qual lhe pedimos a sua colaboração, é um questionário cujos objectivos principais são o de permitir conhecer até que ponto o enfermeiro, que no seu contexto profissional e institucional tem de cuidar de utentes, tem disponibilidade e está desperta para cuidar de si.

Será utilizado este inquérito por questionário na pesquisa que se está a desenvolver nesta instituição, enquadrado no âmbito da tese "**O CUIDAR DE SI, COMO PESSOA. COMO O FAZEM OS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS?**" elaborado por *Andreia Cristina Oliveira Santos Ferreira* enfermeira, aluna do XVIº Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

O questionário está dividido em cinco partes – *DADOS GERAIS; HÁBITOS DE VIDA; OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES; COMPORTAMENTO PREVENTIVO/SAÚDE; O TRABALHO E A VIDA*. Devido ao tema e à necessidade de conhecer profundamente como cada enfermeiro cuida de si, em diferentes aspectos da sua vida, este tornou-se um pouco extenso, facto pelo qual se pede desculpa e a máxima compreensão e colaboração.

Este estudo só terá interesse e validade, se quem preencher este inquérito for sincero e criterioso, tornando-se assim num precioso e indispensável contributo para a sua elaboração. Está garantido o **anonimato** de cada participante, assim como a sua vontade em participar no estudo. Solicita-se a sua entrega ao Chefe do Serviço dentro do envelope que o acompanha e fechado, dentro do prazo definido _____

Os resultados serão apresentados em data oportuna, de acordo com a Direcção de Enfermagem da sua instituição, havendo espaço de debate com cada enfermeiro(a) sobre as principais conclusões a que se chegou.

Certos da melhor atenção, agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e compreensão em participar no nosso estudo.

Grata pela sua colaboração

(Andreia Cristina Oliveira Santos Ferreira)

N.º de ordem: _____

I

DADOS GERAIS

1. **Género:** Feminino ☐ Masculino ☐
2. **Idade:**
- 2.1 20 - 24 anos ☐
- 2.2 25 - 29 anos ☐
- 2.3 30 - 34 anos ☐
- 2.4 35 - 39 anos ☐
- 2.5 40 - 44 anos ☐
- 2.6 45 - 49 anos ☐
- 2.7 igual ou superior a 50 anos ☐
3. **Estado Civil:**
- 3.1 Solteiro ☐
- 3.2 Casada(o) ☐
- 3.3 Divorciado ☐
- 3.4 Viúvo ☐
- 3.5 Outro ☐ Especifique _____
4. **Situação profissional actual:**
- 4.1 Quadro:
- 4.1.1 Não ☐
- 4.1.2 Sim ☐
- 4.2 Especialidade:
- 4.2.1 Não ☐
- 4.2.2 Sim ☐ Qual ? _____
- 4.3 Outras Habilitações Académicas: _____
5. **Tempo de serviço**
- 5.1 menos de 5 anos ☐
- 5.2 5 - 10 anos ☐
- 5.3 mais de 10 anos ☐
6. **Tipo de horário:**
- 6.1 Completo ☐
- 6.2 Acrescido ☐
- 6.3 Parcial ☐
7. **Trabalha noutra instituição ou em mais que um serviço na sua instituição?**
- 7.1 Não ☐
- 7.2 Sim ☐
- Se Sim, indique o tipo de horário que faz?**
- 7.2.1 Completo ☐
- 7.2.2 Parcial ☐
8. **Nº de noites que faz por semana:** _____

II

HÁBITOS DE VIDA

9. **Alimentação**
- 9.1 **Habitualmente** vai trabalhar sem comer?
- 9.1.1 Nunca ☐
- 9.1.2 Raramente ☐
- 9.1.3 Com frequência ☐
- 9.1.4 Sempre ☐
- 9.2 Quantas refeições toma habitualmente por dia? ☐ (nº refeições)
- 9.3 Quais são essas refeições?

Refeições	Não	Sim
Peq. Almoço		
Meio da Manhã		
Almoço		
Lanche		
Jantar		
Ceia		

9.4 Habitualmente, ingere por dia:

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Leite	☐	☐	Pão	☐	☐
Iogurte	☐	☐	Batatas	☐	☐
Queijo	☐	☐	Arroz	☐	☐
Carne	☐	☐	Grão	☐	☐
Peixe	☐	☐	Massas	☐	☐
Ovos	☐	☐	Feijão	☐	☐
Manteiga	☐	☐	Fruta	☐	☐
Azeite	☐	☐	Ervilhas	☐	☐
Óleos	☐	☐	Cenoura	☐	☐
Banha	☐	☐	Saladas	☐	☐
Bolos	☐	☐	Hortaliça	☐	☐
Açúcar	☐	☐			

Outros:

9.5 Tem preferências alimentares?

Não ☐

Sim ☐

Se respondeu sim indique quais:

10. Bebidas

Habitualmente, que quantidades bebe, por dia de:

		0	1	2	3-4	5 ou +
Água	(nº copos)	☐	☐	☐	☐	☐
Sumos naturais	(nº copos)	☐	☐	☐	☐	☐
Refrigerantes	(nº copos)	☐	☐	☐	☐	☐
Cafê	(nº chávenas)	☐	☐	☐	☐	☐
Chá	(nº chávenas)	☐	☐	☐	☐	☐
Cerveja	(nº copos)	☐	☐	☐	☐	☐
Vinho	(nº copos)	☐	☐	☐	☐	☐
Vinhos generosos (nº copos)		☐	☐	☐	☐	☐
(Porto, Madeira, Espumante...)						
Bebidas destiladas	(nº copos)	☐	☐	☐	☐	☐
(Whisky, licor, brandy, gin, aguardente...)						
Outra _____	()	☐	☐	☐	☐	☐

11. Tabaco

11.1 Não ☐

11.2 Ex - Fumador ☐

11.3 Fumador esporádico ☐

11.4 Fumador regular ☐

11.5 Se Sim

11.5.1 Habitualmente, quantos cigarros fuma por dia ? _____

11.5.2 Aproximadamente, há quantos anos fuma ? _____

12. Medicação

12.1 Está a tomar calmantes / tranquilizantes?

12.1.1 Não ☐

12.1.2 Sim ☐

12.2 Se **Sim**, então responda:

12.2.1 Durante o último mês quantas vezes utilizou calmantes/tranquilizantes

12.2.1.1 Nunca ☐

12.2.1.2 Várias vezes por semana ☐

12.2.1.3 Todos os dias ☐

12.2.2 Qual o nome dos medicamentos? _____

12.2.3 Quantos comprimidos toma por dia? _____

12.2.4 Quem lhe indicou os medicamentos:

12.2.4.1 Médico ☐

12.2.4.2 Farmacêutico ☐

12.2.4.3 Colega ☐

12.2.4.4 Amigo / Familiar ☐

12.2.4.5 Por iniciativa própria ☐

12.2.4.6 Outro ☐ especifique _____

12.2.5 Porque razão começou a tomar o medicamento ?

RAZÕES	NUNCA	ALGUMAS VEZES	SEMPRE
1 - Diminuir o stress			
2 - Problemas familiares			
3 - Dificuldade em adormecer			
4 - Sentir-se ansioso(a)			
5 - Problemas económicos			
6 - Alteração do comportamento			
7 - Dormir mal			
8 - Problemas no emprego			
9 - Outros problemas			

12.2.6 Continua a utilizá-lo pela mesma razão?

12.2.6.1 Não ☐

12.2.6.2 Sim ☐

12.2.7 Em relação à dose inicial continua a tomar:

12.2.7.1 A mesma ☐

12.2.7.2 Aumentou ☐

12.2.7.3 Diminuiu ☐

12.2.8 Já alguma vez deixou de tomar?

12.2.8.1 Não ☐

12.2.8.2 Sim ☐

12.2.8.3 Porquê? _____

12.3 Outro tipo de medicação que faz **habitualmente**:

12.4 Quem a indica?

12.4.1 Médico ☐

12.4.2 Farmacêutico ☐

12.4.3 Colega ☐

12.4.4 Amigo/Familiar ☐

12.4.5 Por iniciativa própria ☐

13. **Repouso / Sono**

13.1 **Habitualmente**, quantas horas de sono costuma dormir por noite? _____

Se não faz horário por turnos passe directamente à questão 13.3

13.2 **Habitualmente** quando faz turno da noite dorme logo a seguir?

13.2.1 Não ☐

13.2.2 Sim ☐

13.2.2.1 se Sim, quantas horas? _____

13.3 **Habitualmente** o seu sono é reparador?

13.3.1 Nunca ☐

13.3.2 Só às vezes ☐

13.3.3 Com frequência ☐

13.3.4 Sempre ☐

13.4 Toma **normalmente** algum medicamento para dormir?

13.4.1 Nunca ☐

13.4.2 Só às vezes ☐

13.4.3 Com frequência ☐

13.4.4 Sempre ☐

Se não toma normalmente nenhum medicamento para dormir passe directamente à questão 14

13.5 Se toma algum medicamento para dormir, é prescrito pelo médico?

13.5.1 Nunca ☐

13.5.2 Às vezes ☐

13.5.3 Sempre ☐

III

OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES

14. Férias

14.1 **Habitualmente** faz férias?

14.1.1 Não ☐

14.1.2 Sim ☐

14.2 Se Sim, faz:

14.2.1 Só ☐

14.2.2 Só com a família ☐

14.2.3 Só com amigos ☐

14.2.4 Família/Amigos ☐

14.2.5 Outra ☐ (especifique) _____

14.3 **Habitualmente** o período de férias é:

14.3.1 Seguido ☐

14.3.2 Repartido ☐

14.4 **Normalmente** o período de férias é:

14.4.1 Escolhido por si ☐

14.4.2 Sugerido pelo serviço ☐

15. Exercício Físico

15.1 Pratica algum?

15.1.1 Não ☐

15.1.2 Sim ☐

Se não pratica nenhum exercício físico passe directamente à questão 16

15.2 Se Sim, diga qual _____

15.3 Regime:

15.3.1 1 a 2 vezes por semana ☐

15.3.2 1 vez por mês ☐

15.3.3 Esporadicamente ☐

16. Leitura

16.1 **Habitualmente** que tipo e frequência de leitura tem ?

Tipo de leitura	Nunca	Raramente	Frequentemente	Diariamente
Livro				
Revista de lazer				
Revista Profissional				
Jornal				

17. Televisão

17.1 **Habitualmente** vê televisão?

17.1.1 Nunca ☐

17.1.2 Raramente ☐

17.1.3 Frequentemente ☐

17.1.4 Diariamente ☐

17.1.5 Outro ritmo ☐ (especifique) _____

18. **Cinema**

18.1 **Habitualmente** vai ao Cinema?

18.1.1 Nunca ☐

18.1.2 Raramente ☐

18.1.3 Frequentemente ☐

18.1.4 Outro ritmo ☐ (especifique) _____

19. **Internet**

19.1 **Habitualmente** recorre à internet?

19.1.1 Nunca ☐

19.1.2 Raramente ☐

19.1.3 Frequentemente ☐

19.1.4 Outro ritmo ☐ (especifique) _____

19.2 Refira algumas **situações Em Que Usa Internet**: (até ao máximo de 5)

IV

COMPORTAMENTO PREVENTIVO / SAÚDE

20. **Exame Ginecológico**

20.1 **Consulta de Ginecologia:**

20.1.1 Nunca ☐

20.1.2 Esporadicamente ☐

20.1.3 Anual ☐

20.1.4 Bianual ☐

20.2 **Citologia de Papanicolaou:**

20.2.1 Nunca ☐

20.2.2 Esporadicamente ☐

20.2.3 Anual ☐

20.2.4 Bianual ☐

21. **Auto-Exame da Mama:**

21.1.1 Nunca ☐

21.2.2 Mensal ☐

21.3.3 Esporadicamente ☐

21.1 **Mamografia:**

21.1.1 Não ☐

21.1.2 Sim ☐

21.1.3 **Se Sim:**

21.1.3.1 A primeira que efectuou tinha que idade? _____

21.2.3.2 Motivo do exame _____

21.2.3.3 Já efectuou mais alguma vez ?

21.2.4.3.1 Não ☐

21.2.4.3.2 Sim ☐

21.2.4.3.3 **Se Sim** indique a periodicidade _____

22. **Exame da Próstata (PSA)**

22.1.1 Nunca ☐

22.2.2 Anual ☐

22.3.3. Uma única vez ☐

22.4.4 Outro tipo de exame prostático ☐ (especifique/motivo) _____

23. **Estudos Analíticos de Rotina (Análises ao Sangue)**

- 23.1 Nunca ☐
23.2 Esporadicamente ☐
23.3 Anual ☐
23.4 Bianual ☐
23.5 **Se Sim**, quem habitualmente o solicita?
23.5.1 Médico do Pessoal ☐
23.5.2 Médico Assistente ☐
23.5.3 A (O) Própria(o) ao Médico ☐

24. **Outros Cuidados de Saúde**

- 24.1 Verifica **com regularidade** a sua Tensão Arterial?
24.1.1 Não ☐
24.1.2 Sim ☐
24.2 Visita o seu Dentista?
24.2.1 Esporadicamente ☐
24.2.2 Anual ☐
24.2.3 Bianual ☐

25. **Protecção Pessoal no Trabalho**

25.1 Tem a vacinação em dia?

	Sim	Não	Não sei
BCG	☐	☐	☐
Tétano	☐	☐	☐
Hepatite B	☐	☐	☐
Gripe	☐	☐	☐

25.2 Se fez pelo menos uma das seguintes vacinas, indique o que a levou a fazer:

	BCG	Hepatite B	Gripe
Iniciativa própria	☐	☐	☐
Sugestão do médico	☐	☐	☐
Sugestão da instituição	☐	☐	☐
Justifique: _____			

25.3 Usa luvas para prestar cuidados?

- 25.3.1 Não ☐
25.3.2 Sim ☐
25.3.3 Porquê? _____

25.4 Refira algumas **situações Em Que Usa SEMPRE**: (até ao máximo de 3)

25.5 Refira algumas **situações Em Que Usa ÁS VEZES**: (até ao máximo de 3)

25.6 Refira algumas **situações Em Que NUNCA USA**: (até ao máximo de 3)

25.7 Usa outro tipo de protecção?

- 25.7.1 Não ☐
25.7.2 Sim ☐

25.8 **Se Sim**, indique que tipo _____

25.9 **Por turno**, em média quantas vezes lava as mãos ? ☐ (nº de vezes)

25.10. **Por turno**, em média quantas vezes desinfecta as mãos ? ☐ (nº de vezes)

O TRABALHO E A VIDA

26. Sente-se realizado profissionalmente?

26.1 Nunca ☐

26.2 Raramente ☐

26.3 Às vezes ☐

26.4 Quase sempre ☐

27. Acha que o seu trabalho tem repercussões negativas na sua vida pessoal/familiar?

27.1 Nunca ☐

27.2 Raramente ☐

27.3 Às vezes ☐

27.4 Quase sempre ☐

Se achar conveniente comente _____

28. Habitualmente quando tem problemas no trabalho recorre a quem para pedir ajuda:

28.1. Chefe de Serviço ☐

28.2 Colega de Serviço ☐

28.3 Colega de outro Serviço ☐

28.4 Director de Enfermagem ☐

28.5 Amiga extra-Instituição/Familiar ☐

28.6 Ninguém ☐

Se quiser comente _____

29. Sente necessidade de um gabinete de apoio à Enfermagem na sua Instituição?

29.1 Não ☐

29.2 Sim ☐

Se quiser comente _____

29.3 Se Sim quem o devia orientar?:

29.3.1 Director de Enfermagem da Instituição ☐

29.3.2 Enfermeiro Supervisor ☐

29.3.3 Psicólogo ☐

29.3.4 Outro ☐

Quem? _____

29.4 Que motivos o levariam a usá-lo? (selecione apenas 3):

30. Acha que poderá haver outro tipo de apoio ao Enfermeiro, que queira mencionar ou sugerir?

31. Que tipo de sugestões gostaria de dar, relativamente ao tema em estudo – Cuidar de si, como pessoa, sendo Enfermeiro de Cuidados Perioperatórios?

FIM DO QUESTIONÁRIO.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo 3 – Saúde Ocupacional do BO

Perigos e Factores de Risco no Bloco Operatório

- Gases anestésicos Vírus da Hepatite B Vírus da Hepatite C Óxido de etileno Formaldeído Gluteraldeído HIV
- Iluminação Laser Ambiente Térmico Radiações ionizantes Ondas rádio e micro-ondas Mycobacterium Tuberculosis Movimentação manual de cargas Raios ultravioleta Carga de trabalho

Vias de Exposição

- Inalação
- Pele/Olhos
- Ingestão

Protecção do colaborador:

- **Métodos e práticas de trabalho**
- **Equipamento de Protecção individual:**
 - o Luvas;
 - o Óculos de protecção;
 - o Vestuário de protecção
 - o Touca
 - o Máscara

Sintomas e efeitos da exposição:

- Irritação da garganta e pulmões;
- Asma e dificuldades respiratórias;
- Irritação do nariz, espirros;
- Hemorragia nasal;
- Irritação dos olhos e conjuntivites;
- Erupções cutâneas e/ou dermatites alérgicas;
- Irritação da pele;
- Dores de cabeça;
- Náusea, etc...

Danos derivados do Trabalho

- acidentes de trabalho (acidentes em serviço, incidentes e acontecimentos perigosos).
- doenças profissionais

Vigilância da Saúde

O empregador deverá garantir a vigilância da saúde periódica em função dos riscos do local de trabalho.

- ASSEGURAR A VIGILÂNCIA ATRAVÉS DE EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS ANUAIS A TODOS OS TRABALHADORES EXPOSTOS A AGENTES CANCERÍGENOS (DL N.º 390/93).
- Assegurar a Vigilância adequada dos trabalhadores expostos a agentes biológicos em relação aos quais os resultados das avaliações revelem a existência de riscos para a sua segurança ou saúde através de exames de saúde de admissão, periódicos e ocasionais (DL 84/97 de 16-04).
- Submeter os trabalhadores a exames de saúde antes da exposição a agentes biológicos, competindo ao médico do trabalho determinar a periodicidade dos exames subsequentes, tendo em conta a avaliação de riscos e o disposto no n.º 2 e 4º. Do DL n.º 26/94 de 01-02 (DL n.º 84/97 de 16-04).
- Prever a vacinação gratuita dos trabalhadores não imunizados contra os agentes biológicos a que estão ou podem estar sujeitos – desde que existam vacinas eficazes contra esses agentes – devendo a vacinação obedecer às recomendações da Direcção Geral da Saúde.

Anexo 4 – Perfil Cuidativo Global, adaptado do estudo de Cabral (1997)

**Operacionalização das variáveis nas respectivas dimensões do perfil
cuidativo**

Quadro 45 – Hábitos de Vida

DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADORES	PERFIL CUIDATIVO (PONTOS)
Alimentação	Habitualmente vai trabalhar sem comer	Nunca	3
		Raramente	2
		Com frequência	0
		Sempre	0
	Número de refeições por dia	< 3	0
		3	2
		> 3	3
	Refeições que habitualmente faz por dia		
		Pequeno almoço	
		Meio da manhã	
		Almoço	
		Lanche	
		Jantar	
		Ceia	
		Alimentos que habitualmente, ingere por dia:	
		Leite	
	logurte	Não	0
		Sim	2
	Queijo	Não	0
		Sim	2
	Carne	Não	0
		Sim	2
	Peixe	Não	0
		Sim	2
	Ovos	Não	0
		Sim	2
	Manteiga	Não	0
		Sim	1

(continuação do 45)

	Azeite	Não	0
		Sim	1
	Óleo	Não	0
		Sim	1
	Banha	Não	0
		Sim	1
	Bolos	Não	3
		Sim	0
	Açúcar	Não	3
		Sim	0
	Pão	Não	0
		Sim	2
	Batatas	Não	0
		Sim	2
	Arroz	Não	0
		Sim	2
	Grão	Não	0
		Sim	2
	Massas	Não	0
		Sim	2
	Feijão	Não	0
		Sim	2
	Fruta	Não	0
		Sim	3
	Ervilhas	Não	0

	Cenoura	Sim	3
		Não	0
	Saladas	Sim	3
		Não	0
	Hortaliça	Sim	3
		Não	0
		Sim	3
Bebidas	Quantidade de bebidas que habitualmente bebe, por dia:		
	Água (nº copos)	< 3	0
		> = 3	3
	Sumos naturais (nº copos)	< 3	2
		> = 3	0
	Refrigerantes (nº copos)	< 3	1
		> = 3	0
	Café e chá (nº chávenas)	< 7	3
		> = 7	0
	Cerveja (nº copos)	< 3	2
Tabaco		> = 3	0
		< = 2	2
	Vinho (nº copos)	> 2	0
		< 2	1
	Vinhos generosos (nº copos)	> = 2	0
		< 2	1
	Bebidas destiladas (nº copos)	> = 2	0
	Consumo de tabaco	Não	3
		Ex-Fumadora	3
		Fumadora esporádica	0
Medicação		Fumadora regular	0
	Toma calmante/tranquilizante	Não/Sim	
	Periodicidade no último mês	Nunca	
		Várias vezes/semana	
		Todos os dias	
	O calmante/tranquilizante foi indicado por	Médico	0
		Farmacêutico	-1
		Colega	-3
		Amigo/Familiar	-3
		Iniciativa própria	-3
Repouso/ Sono		Outro	-3
	Razões para o início da toma de calmante/tranquilizante:		
	Diminuir o <i>stress</i>	Nunca/Algumas vezes/Sempre	
	Problemas familiares	Nunca/Algumas vezes/Sempre	
	Dificuldade em adormecer	Nunca/Algumas vezes/Sempre	
	Sentir-se ansiosa	Nunca/Algumas vezes/Sempre	
	Problemas económicos	Nunca/Algumas vezes/Sempre	
	Alteração do comportamento	Nunca/Algumas vezes/Sempre	
	Dormir mal	Nunca/Algumas vezes/Sempre	
	Problemas no emprego	Nunca/Algumas vezes/Sempre	
	Outros problemas	Nunca/Algumas vezes/Sempre	
	Continua a utilizá-lo pela mesma razão	Nunca/Sim	
	Em relação à dose inicial continua a tomar	A mesma/Aumentou/Diminuiu	
	Deixou de tomar alguma vez	Não/Sim	
	Outra medicação que faça é indicada por	Médico	0
		Farmacêutico	-1
		Colega	-3
		Amigo/Familiar	-3
		Iniciativa própria	-3
	Horas de sono por dia	< 7	0
		> = 7	3
	Dorme habitualmente a seguir ao turno da noite	Não	0
		Sim	3
	Horas de sono após turno da noite	< 6	0
		> = 6	3
	O sono é habitualmente reparador	Nunca/Só às vezes/Com frequência/Sempre	
	Toma normalmente medicamento para dormir	Nunca/Só às vezes/Com	

	Se toma medicação para dormir é por indicação médica	frequência/Sempre Nunca Às vezes Sempre	0 0 3
--	--	--	-------------

No nosso entendimento, as respostas que nos dizem que o enfermeiro cuida de si, são: nunca ou raramente vai trabalhar sem comer, habitualmente faz um mínimo de três refeições por dia, tem uma alimentação variada (rica em fibras, pobre em açúcar e gorduras). Apesar de serem dadas hipóteses de respostas em diferentes tipos de bebidas, consideramos que o enfermeiro cuida de si se ingere por dia, pelo menos três copos de água, não ingere simultaneamente mais de três chávenas de café e de chá, e bebe moderadamente bebidas alcoólicas (até dois copos de vinho/dia). O enfermeiro que cuida de si, não fuma, se tem necessidade de tomar medicação, calmante/tranquilizante e/ou outro tipo de medicação fá-lo sob orientação e vigilância médica. Em relação ao repouso/sono, dorme no mínimo sete horas por noite, quando faz turno da noite descansa após este, dormindo pelo menos seis horas.

Considerámos que o enfermeiro que cuida de si nesta área, deverá atingir um valor mínimo de **54 pontos** no perfil cuidativo.

Quadro 46 – Ocupação dos Tempos Livres

DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADORES	PERFIL CUIDATIVO (PONTOS)
Férias	Faz férias habitualmente	Não Sim	0 3
	Faz férias com	Só Com a família Com amigos Família/Amigos Outra	
	Período das férias	Seguido/Repartido	
	Escolha do período das férias	Por si/Sugerido pelo serviço	
Exercício físico	Pratica exercício físico	Não Sim	0 3
	Regime do exercício físico	1-2 vezes/semana	3
		1 vez/mês	0
		Esporadicamente	0
Leitura	Tipo de leitura: Livro	Nunca	0
		Raramente	0
		Frequentemente	2
		Diariamente	3
	Revista de lazer	Nunca	0
		Raramente	0
		Frequentemente	1
		Diariamente	1
	Revista profissional	Nunca	0
		Raramente	0
		Frequentemente	3

	Jornal	Diariamente Nunca Raramente Frequentemente Diariamente	3 0 0 2 2
Televisão	Vê habitualmente televisão	Nunca Raramente Frequentemente Diariamente Outro ritmo	0 0 1 1 1
Cinema	Vai habitualmente ao cinema	Nunca Raramente Frequentemente Diariamente Outro ritmo	0 0 1 1 1
Internet	Vai habitualmente à Internet	Nunca Raramente Frequentemente Diariamente Outro ritmo	0 0 2 2 2

Aqui consideramos que o enfermeiro que cuida de si, faz habitualmente férias, independentemente do período ser repartido ou seguido, pratica pelo menos uma actividade desportiva com exercício físico, no regime de uma a duas vezes por semana. Em relação à leitura lê frequentemente livros, revistas de lazer e jornais. Também consideramos ser importante para o enfermeiro que cuida de si, a leitura frequente de revistas profissionais, pois ajuda na actualização e informação em assuntos ligados à profissão. Habitualmente, o enfermeiro cuidativo tem momentos de lazer que o vão ajudar a manter o equilíbrio emocional, por isso incluímos a visão da televisão, as idas ao cinema e o recurso à internet, considerando que isso deveria acontecer frequentemente.

Considerámos que o enfermeiro que cuida de si nesta área, deverá atingir um valor mínimo de **15 pontos** no perfil cuidativo.

Quadro 47 – Comportamento Preventivo/Saúde

DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADORES	PERFIL CUIDATIVO (PONTOS)
Exame ginecológico	Vai à consulta de ginecologia	Nunca	0
		Esporadicamente	0
		Anual	3
		Bianual	3
	Faz citologia de Papanicolaou	Nunca	0
		Esporadicamente	0
		Anual	3
		Bianual	3
	Pratica auto-exame da mama	Nunca	0
		Esporadicamente	0
		Mensal	3

	Já efectuou a primeira mamografia Já repetiu a mamografia	Não/Sim Não/Sim	
Exame da Próstata	Já efectuou o exame da PSA	Nunca Anual Uma única vez Outro tipo de exame	0 0 2 0
Estudos analíticos de rotina	Efectua estudos analíticos de rotina São solicitados por	Nunca Esporadicamente Anual Bianual Médico do pessoal Médico Assistente A própria	0 0 3 3
Outros critérios de saúde	Verifica regularmente a tensão arterial Visita regularmente o dentista	Não Sim Esporadicamente Annual Bianual	0 3 0 3 3
Protecção pessoal no trabalho	Tem a vacina do BCG em dia Tem a vacina do tétano em dia Tem a vacina do hepatite Usa luvas para prestar cuidados Usa outro tipo de protecção Número de lavagens das mãos por turno	Não Não sei Sim Não Não sei Sim Não Não sei Sim Não Sim Sim Não Sim < 12 > = 12	0 0 3 0 0 3 0 0 3 0 3 0 2 0 3

Sabemos quanto é fundamental cuidar dos aspectos ligados à saúde, razão pela qual incluímos esta parte. A enfermeira que cuida de si, vai pelo menos uma vez por ano à consulta de ginecologia, faz citologia de Papanicolaou com a mesma periodicidade, e pratica o auto-exame da mama uma vez por mês; O Enfermeiro que cuida de si faz exame da próstata; O Enfermeiro faz estudos analíticos de rotina anualmente, avalia com regularidade a sua tensão arterial e visita o dentista pelo menos uma vez por ano; em relação à vacinação, tem as vacinas em dia (BCG, tétano e hepatite); usa luvas para prestar cuidados, como medida de protecção pessoal e para o doente, usando quando necessário outro tipo de protecção; lava as mãos pelo menos 12 vezes por turno (tendo em conta as 7 horas de trabalho); faz uma mamografia entre os 35-40 anos, repete-a de 2/2 anos até aos 50 anos, aumentando a sua periodicidade para anual a partir desta idade.

Esta última componente, importante no enfermeiro que cuida de si, não foi operacionalizada, visto ser uma pergunta aberta.

Considerámos que o enfermeiro que cuida de si nesta área, deverá atingir um valor mínimo de **30 pontos** no perfil cuidativo.

Globalmente, considerámos que o enfermeiro que cuida de si, deverá atingir um valor mínimo de **99 pontos** no somatório do perfil cuidativo das diferentes áreas.

Tendo em conta que a profissão de enfermagem é uma profissão de *stress*, pensamos que o enfermeiro poderá necessitar de apoio. Os aspectos focados na V parte do questionário e operacionalizados no quadro 48, na nossa perspectiva, permitem obter subsídios para o enfermeiro cuidar de si, não sendo no entanto determinantes.

Quadro 48 – O Trabalho e a Vida

DIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADORES
Realização profissional	Sente-se realizada profissionalmente	Nunca Raramente Às vezes Quase sempre
Repercussões do trabalho na família	O trabalho tem repercussões negativas na vida pessoal/familiar	Nunca Raramente Às vezes Quase sempre
Problemas no trabalho	Para pedir ajuda quando tem problemas no trabalho, recorre a	Chefe de serviço Colega de serviço Colega de outro serviço Directora de enfermagem Amiga extra-instituição/familiar Ninguém
Gabinete de apoio à enfermagem	Sente necessidade na sua instituição de um gabinete de apoio à enfermagem Deve ser orientado por	Não/Sim Enfermeiro chefe da instituição Enfermeiro supervisor Psicólogo Outro

