

IPV - ESSV |



# Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





## Pensamento

*“Age sempre de tal maneira que a tua acção de cuidado,  
inspirada pelo compromisso profissional, reconheça o Outro como pessoa  
e se ancore na atestação de competência”*

*(Imperativo ético por Lucília Nunes)*



## **Agradecimentos**

A vida é marcada por importantes etapas que nos mostram como é imprescindível a presença de determinadas pessoas ao nosso lado.

Neste sentido quero agradecer a todos aqueles que de alguma forma me apoiaram e incentivaram, sem os quais este trabalho não se teria tornado realidade e aos quais estarei eternamente grata.

Ao Professor Doutor Daniel Silva pela sua orientação e amizade, total apoio, compromisso, disponibilidade, pela sabedoria e por todo o apoio que me transmitiu ao longo do trabalho.

Ao Professor Doutor João Duarte pela disponibilidade, paciência e prestimosa ajuda no tratamento estatístico.

À Professora Doutora Ernestina Batoca pela partilha de saberes e receptividade.

Pela consciência que nada disto seria possível sozinha, agradeço aos meus pais, sogros, cunhado, amigos, colegas e restante família pelo apoio incondicional, amizade e paciência que demonstraram ao longo deste percurso e na ajuda a superar os obstáculos encontrados.

Um agradecimento especial à minha irmã e companheira de viagem e ao Ricardo pelo suporte, pelo carinho, por aturarem os períodos de mau feitio e compreensão nos momentos de ausência.

Por último um agradecimento à Joana, pelos risos inocentes e felizes...

A todos vós o meu sincero Bem-Haja!



## RESUMO

**Introdução:** O Código Deontológico dos Enfermeiros encerra nos seus artigos os direitos e deveres da classe profissional, alicerçado nos princípios éticos e auto-regulação da própria profissão. Como disposições essenciais para o exercício profissional, é fundamental o conhecimento pelos enfermeiros sobre o seu código deontológico, de modo a pautar a sua conduta profissional.

**Objetivos:** Identificar os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico.

**Métodos:** Estudo quantitativo com análise descritiva-correlacional, de corte transversal, com uma amostra de 120 enfermeiros em exercício de funções, a frequentar cursos de formação na Escola Superior de Saúde de Viseu. O instrumento de colheita de dados (ad hoc) é constituído por um questionário e uma escala criada para o efeito.

**Resultados:** A amostra é predominantemente feminina (83,3%), média de idades (34,28 anos  $\pm$  7,66 anos), prevalecendo a categoria de Enfermeiro (91,7%). A maioria frequenta cursos de pós-licenciatura (51,7%), exerce funções em unidades não hospitalares (51,7%), com média de 10,86 anos ( $\pm$  7,52 anos) de experiência profissional e nunca frequentou formação em ética/deontologia (51,7%). Um total de 79,2% classifica como negativo/aceitável o reconhecimento social da profissão. O percentual de respostas negativas foi de 20,7% quanto à conceção sobre o CD, de 33,6 % no que respeita à relevância do CD para a prática profissional e de 51,2% relativamente às estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos. No que concerne às dificuldades em pôr em prática o CD, apenas 16,1% deram respostas positivas. Numa auto-avaliação dos conhecimentos sobre o CD 9,2% consideram-nos fracos, 73,3% como aceitáveis e 17,5% como muito bons. A idade (superior a 35 anos), a experiência profissional (maior experiência) e a melhor percepção pessoal dos conhecimentos interferem nos conhecimentos dos enfermeiros com o seu código deontológico.

**Conclusões:** Os resultados mostram lacunas evidentes nos conhecimentos que os enfermeiros detêm acerca do seu CD, podendo ter implicações na sua prática profissional. Assim considera-se de extrema importância que os enfermeiros aumentem os seus conhecimentos na área da ética/deontologia, que reflitam em equipa a tomada de decisão ética e a resolução de conflitos e, alicerces a sua conduta profissional em princípios éticos e deveres deontológicos.

**Palavras-chave:** ética, bioética, enfermagem, ética profissional, códigos de ética.



## ABSTRACT

**Introduction:** The Deontological Code of Nurses contains in its articles the rights and duties of the professional class, based on the ethical principles and self-regulation of the profession itself. As essential dispositions for the professional practice, it is fundamental the knowledge by the nurses about its code of ethics, in order to guide their professional conduct.

**Objectives:** Identify the knowledge and experience of nurses with the Code of Ethics.

**Methods:** A quantitative study with a cross-sectional descriptive-correlation analysis, with a sample of 120 nurses in the exercise of functions, attending training courses at the Viseu School of Health. The data collection instrument (ad hoc) consists of a questionnaire and a scale created for this purpose.

**Results:** The sample is predominantly female (83.3%), mean age (34.28 years  $\pm$  7.66 years), the Nursing category (91.7%) prevailing. Most attend post-graduate courses (51.7%), work in non-hospital units (51.7%), with an average of 10.86 years ( $\pm$  7.52 years) of professional experience and have never attended training in ethics / deontology (51.7%). A total of 79.2% classified as negative/acceptable the social recognition of the profession. The percentage of negative responses was 20.7% regarding the conception about the CE, 33.6% on the subject of the relevance of the CE to the professional practice and 51.2% about the resolution strategies of conflicts /ethical dilemmas. Concerning the difficulties in implementing the CE, only 16.1% gave positive answers. In a self-assessment of knowledge about CE 9.2% consider them weak, 73.3% as acceptable and 17.5% as very good. Age (over 35 years), professional experience (greater experience) and better personal perception of knowledge interfere with nurses' knowledge with their code of ethics.

**Conclusions:** The results show evident gaps in nurses' knowledge about their CE, which may have implications for their professional practice. Thus, it is considered of the utmost importance that nurses increase their knowledge in the area of ethics / deontology, which reflect in team ethical decision-making and conflict resolution and base professional conduct in ethical principles and deontological duties.

**Keywords:** ethics, bioethics, nursing, professional ethics, codes of ethics.



## Sumário

Lista de Tabelas: .....	15
Lista de Quadros: .....	17
Lista de Gráficos: .....	19
Lista de Figuras:.....	19
Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos.....	23
Introdução .....	23
Parte I – Fundamentação Teórica .....	25
1. Enquadramento Teórico .....	27
Parte II – Investigação Empírica .....	35
1. Metodologia.....	37
1.1. Métodos.....	37
1.2. Participantes .....	39
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	39
1.3. Instrumento de recolha de dados .....	40
1.4. Procedimentos .....	60
1.5. Análise dos dados.....	61
2. Resultados .....	65
2.1. Análise descritiva .....	65
2.1.1 – Caraterização profissional dos participantes.....	65
2.1.2. Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE).....	70
2.1.3. Auto-avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o CDE .....	76
2.2. Análise inferencial .....	77
2.2.2. Relação ente variáveis profissionais com os conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o Código Deontológico.....	78

2.2.3. Variáveis preditoras dos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico .....	85
3. Discussão .....	95
3.1. Discussão metodológica .....	95
3.2. Discussão dos resultados .....	96
3.2.1. Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e variáveis sociodemográficas .....	97
3.2.2. Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e variáveis profissionais .....	98
3.2.3. Variáveis preditoras dos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico .....	101
4. Conclusões .....	103
Referências Bibliográficas .....	107
ANEXOS .....	110
ANEXO I – Instrumento de colheita de Dados .....	112
ANEXO II – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados à Comissão Ética da ESSV .....	118
ANEXO III – Autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados da Comissão de Ética da ESSV .....	122

## Lista de Tabelas:

Tabela 1. Estatísticas relativas à idade em função do sexo .....	40
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica em função do sexo.....	40
Tabela 3. Consistência interna da escala .....	47
Tabela 4. Ordenação dos itens e pesos factoriais .....	50
Tabela 5. Trajectórias, rácios críticos e coeficientes lambda .....	51
Tabela 6. Consistência interna por subescalas de conceção, relevância, dificuldades e estratégias.....	57
Tabela 7. Matriz de correlação de pearson entre os itens e as dimensões da escala .....	59
Tabela 8. Caracterização profissional da amostra em função do sexo.....	67
Tabela 9. Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional em função do sexo .....	67
Tabela 10. Estatísticas relativas ao tempo de experiência profissional no actual serviço em função do sexo .....	68
Tabela 11. Percepção pessoal do reconhecimento social da profissão de enfermagem .....	69
Tabela 12. Percepção pessoal do reconhecimento social da profissão de enfermagem em função do sexo.....	69
Tabela 13. Formação anterior no âmbito da ética/bioética/deontologia em função do sexo.....	70
Tabela 14. Vontade em frequentar formação no âmbito da ética/bioética/deontologia.....	70
Tabela 15. Estatísticas relativas aos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o CD.....	71
Tabela 16. Concepção sobre o CDE .....	72
Tabela 17. Relevância do CDE para a prática profissional .....	73
Tabela 18. Dificuldades em pôr em prática o CDE .....	74
Tabela 19. Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional .....	75
Tabela 20. Auto-avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o seu Código Deontológico em função do sexo.....	76
Tabela 21. Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e os conhecimentos com o Código Deontológico .....	77
Tabela 22. Análise de variância a um factor entre idade e conhecimento e experiência com o Código Deontológico .....	78
Tabela 23. Teste t para diferenças de médias entre as subescalas dos conhecimentos dos enfermeiros com o Código Deontológico e curso a frequentar.....	79
Tabela 24. Teste U de Mann-Whitney entre conhecimentos com o Código Deontológico e categoria profissional .....	79
Tabela 25. Teste U de Mann-Whitney entre conhecimentos com o Código Deontológico e serviço/unidade funcional .....	80
Tabela 26. Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos com o Código Deontológico e zona geográfica onde exercem funções.....	81
Tabela 27. Análise de variância a um factor entre tempo de experiência profissional e conhecimento e experiência com o Código Deontológico .....	81

Tabela 28. Análise de variância entre tempo de experiência no serviço e conhecimentos e experiência com o Código Deontológico .....	82
Tabela 29. Teste de Kruskal-Wallis entre o reconhecimento social da profissão e conhecimentos com o Código Deontológico .....	83
Tabela 30. Teste t para diferenças de médias entre as subescalas dos conhecimentos dos enfermeiros com o Código Deontológico e formação anterior em ética/bioética/deontologia profissional.....	83
Tabela 31. Teste U de Mann-Whitney entre intenção de frequentar formação e os conhecimentos com o Código Deontológico .....	84
Tabela 32. Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos com o Código Deontológico e percepção pessoal dos conhecimentos possuídos .....	85
Tabela 33. Correlação de pearson entre a conceção e variáveis independentes .....	86
Tabela 34. Correlação de pearson entre a relevância e variáveis independentes .....	87
Tabela 35. Correlação de pearson entre dificuldades e variáveis independentes .....	89
Tabela 36. Correlação de pearson entre estratégias e variáveis independentes.....	91
Tabela 37. Correlação de pearson entre o índice global e variáveis independentes .....	93

## Lista de Quadros:

Quadro 1. Dimensões, secções e itens correspondentes à escala de avaliação de conhecimento e experiência dos enfermeiros com o CD .....	42
Quadro 2. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros.....	43
Quadro 3. Recodificação da escala e interpretação dos resultados.....	44
Quadro 4. Índices e correspondentes valores de referência .....	45
Quadro 5. Índices de bondade de ajustamento global .....	54
Quadro 6. Fiabilidade compósita e validade convergente / discriminante .....	55
Quadro 7. Matriz de correlação de pearson entre os diferentes factores da escala .....	60
Quadro 8. Regressão múltipla entre conceção e variáveis independentes .....	86
Quadro 9. Regressão múltipla entre relevância e variáveis independentes .....	88
Quadro 10. Regressão múltipla entre dificuldades e variáveis independentes .....	90
Quadro 11. Regressão múltipla entre estratégias e variáveis independentes .....	92
Quadro 12. Regressão múltipla entre índice global e variáveis independentes .....	93



## **Lista de Gráficos:**

Gráfico 1. Gráfico de screeplot com ponto de inflexão da curva .....	48
Gráfico 2. Concepção sobre o CDE .....	72
Gráfico 3. Relevância do CDE para a prática profissional .....	74
Gráfico 4. Dificuldades em pôr em prática o CDE.....	75
Gráfico 5. Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional .....	76



## Lista de Figuras:

Figura 1. Modelo conceptual do estudo.....	39
Figura 2. Modelo inicial com 34 itens.....	52
Figura 3. Modelo 2 com itens eliminados .....	53
Figura 4. Modelo final.....	54
Figura 5. Gráfico do modelo final refinado para a conceção em função das variáveis .....	87
Figura 6. Gráfico do modelo final refinado para a relevância em função das variáveis.....	89
Figura 7. Gráfico do modelo final refinado para as dificuldades em função das variáveis .....	90
Figura 8. Gráfico do modelo final refinado para as estratégias em função das variáveis .....	92
Figura 9. Gráfico do modelo final refinado para o índice global em função das variáveis .....	94



## **Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos**

AFC – Análise fatorial confirmatória

AMOS – Analysis of Moment Structures

ANOVA – Análise de variância a um fator

CD – Código Deontológico

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

cf – Conforme

CFI – Comparative Fit Index

CPGCPFV – Curso Pós-Graduação de Cuidados Paliativos e em Fim de Vida

CPGFRT – Curso Pós-Graduação de Feridas e Regeneração Tecidual

CPGGASS – Curso Pós-Graduação de Gestão e Administração de Serviços de Saúde

CPLEEMC – Curso Pós-Licenciatura de Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CPLEEMP – Curso Pós-Licenciatura de Enfermagem em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CPLEER – Curso Pós-Licenciatura de Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação

CPLEESIP – Curso Pós-Licenciatura de Enfermagem em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

CPLEESMOG – Curso Pós-Licenciatura de Enfermagem em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Cv – Coeficiente de Variação

Dp – Desvio Padrão

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

FC – Fiabilidade Compósita

GFI – Goodness of Fit Index

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

Ku – Achatamento

M - Média

Max - Máximo

Min – Mínimo

MLE – Maximum-Likelihood Estimation

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – Significância

r – Coeficiente de relação

$r^2$  – coeficiente de determinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RMR – Root Mean Square Residual

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SRMR – Standardized Root Mean Square Residual

SK – Assimetria

VD – Validade discriminante

VEM – Variância extraída média

vs – Versus

UMW – Teste de U-Mann Whitney

$\alpha$  – Alfa

$\lambda$  – Coeficiente de lambda

## Introdução

O direito a cuidados de saúde é um direito universal consagrado na Constituição Portuguesa.

A profissão de Enfermagem constitui-se como um pilar dos cuidados de saúde sendo que o exercício da sua profissão “expressa-se num habitar da vida e na manutenção do compromisso de cuidado. (...) a consolidação da responsabilidade fiduciária dos enfermeiros emerge de forma tripla: enraizada na confiança, decorrente de uma promessa de cuidado, manifesta no tomar a seu cargo” (Nunes, 2016, p.15).

A Enfermagem possui um corpo próprio de conhecimentos científicos e técnicos, que apresentou uma evolução exponencial ao longo das últimas décadas. Como profissão de relação com os outros, a sua prática tem por base premissas sociais, éticas e políticas.

O exercício de Enfermagem além de exigência ética, tem referenciais deontológicos, inscritos formalmente no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), em 1996.

O quadro regulador da profissão de Enfermagem é composto por um conjunto de princípios e de valores que devem ser entendidos como pilares e disposições essenciais para o exercício profissional de Enfermagem, pelo que é necessário que o enfermeiro fundamente a sua prática em princípios éticos, deontológicos e legais, uma vez que estes irão nortear as suas atividades profissionais. Desta forma torna-se premente que os profissionais de enfermagem conheçam as responsabilidades éticas, civis e penais das suas ações profissionais, bem como os seus direitos e deveres constantes no Código Deontológico dos Enfermeiros.

Nesta linha de pensamento torna-se pertinente falar dos conhecimentos que os enfermeiros possuem sobre o seu Código Deontológico, uma vez que o seu desconhecimento poderá implicar em atitudes contrárias a esses princípios e à regulamentação profissional.

Face à importância dos enfermeiros conhecerem o Código Deontológico que rege a sua profissão, conceptualizou-se um estudo de natureza quantitativa, com análise descritiva-correlacional e de corte transversal.

Neste estudo delinearão-se as seguintes questões de investigação:

1. Quais os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico da sua profissão?
2. Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e os conhecimentos dos enfermeiros sobre o Código Deontológico da sua profissão?
3. Qual a importância que os enfermeiros atribuem ao Código Deontológico para a prática profissional?

Definiram-se como objectivos os seguintes:

- Identificar os conhecimentos e as experiências dos enfermeiros com o Código Deontológico da profissão;
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o seu Código Deontológico;
- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros ao Código Deontológico para a prática profissional.

O presente trabalho foi organizado em duas partes: a revisão da literatura e a investigação empírica. A primeira reserva-se à fundamentação teórica, iniciando com uma abordagem à ética, deontologia profissional, profissão de enfermagem e o seu Código Deontológico. A segunda parte compreende o estudo empírico. Na metodologia apresenta-se e descreve-se o tipo de investigação realizada, nomeadamente tipo de estudo, o desenho de investigação, os participantes, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos e a especificidade estatística utilizada. Posteriormente apresentam-se os resultados e a sua análise estatística e procede-se à discussão dos resultados obtidos. O estudo termina com as conclusões mais importantes e com a resposta às questões de investigação e aos objectivos inicialmente formulados.

**Parte I – Fundamentação Teórica**



## 1. Enquadramento Teórico

A evolução das ciências da saúde nas últimas décadas, associadas às transformações sociais decorrentes da interação das mudanças culturais, políticas, económicas, demográficas e tecnológicas, alteraram substancialmente o conceito e o desenvolvimento da enfermagem (Casañ, Capella, Olivares, & López, 2013, p.26).

Segundo França (2012, p.225) definir Enfermagem e o “ser enfermeiro” colide obrigatoriamente com a história desta atividade ao longo dos tempos, dado que a enfermagem como profissão, com um papel bem definido e socialmente aceite, surge muito posteriormente aos “cuidados” que sempre se prestaram, denominados atualmente como “cuidados de enfermagem”.

No decurso dos últimos anos, a enfermagem registou uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, bem como da complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que confere ao papel do enfermeiro, um significativo valor no âmbito da comunidade científica de saúde, e no que respeita à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, conforme Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.93).

A enfermagem é um campo interdisciplinar que possui um corpo próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas realizadas através do ensino, pesquisa e cuidado, e que contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Os enfermeiros declaram o seu compromisso de cuidado às pessoas, na saúde e na doença, ao longo do seu ciclo vital, de forma a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados, tendo por base o estabelecimento de uma relação de ajuda aliçada numa interação com a pessoa a cuidar (Nunes, 2016, p.10). Enquanto intervenção profissional, o cuidado de enfermagem dirigido à pessoa, manifesta-se quer no mundo social quer no mundo material, concretizado numa ação voluntária, que implica uma decisão prévia, revelando-se ao próprio enfermeiro e à realidade exterior (Deodato, 2014, p.20).

A saúde é uma das condições mais decisivas para o desenvolvimento de um plano / projeto de vida, individual ou coletivo. A centralidade do cuidado do enfermeiro é na pessoa, ancorado no reconhecimento da humanidade do “Outro”, da sua capacidade de interagir, de pensar e se manifestar. Assim, o enfermeiro está sempre perante “Si” e o “Outro”, sendo

imprescindível que os cuidados prestados, considerem e respondam às necessidades concretas de cada pessoa, família ou comunidade. Neste sentido, o cuidado profissional do enfermeiro acompanha e visa ajudar as pessoas a continuarem os seus projetos de vida e de saúde, a elevar o seu bem-estar e a promover a melhor qualidade de vida possível, do nascimento até à morte (Nunes, 2016, p.10,11).

É fundamental para bem cuidar, a atenção integrada a dedicar à pessoa de quem se cuida, dado que cada indivíduo tem um nível de saúde de acordo com a sua vida, e o seu modo de estar no mundo. Na atualidade, a pluralidade de saberes é assim fundamental para o enfermeiro, que necessita de recorrer a diversos conhecimentos, de diversas naturezas, com o objetivo de compreender o processo de saúde / doença na pessoa alvo de cuidados (França, 2012, p.233). Para Nunes (2016, p.11) a relação enfermeiro-pessoa é uma interação profissional e tem limites, tanto no eixo pessoal como existencial. Assim exige-se ao enfermeiro, uma formação que garanta a qualidade na prestação de cuidados, com base em modelos e métodos que reúnam a melhor evidência científica, a experiência pessoal e critérios éticos, uma vez que a sua atividade, cada vez mais, abrange áreas da vida humana, de forma mais profunda e mediante tecnologias crescentemente complexas (Casañ et al, 2013, p.26).

França (2012, p.166) defende a necessidade evidente dos avanços técnico-científicos ao nível das ciências biomédicas serem acompanhados da reflexão sobre as questões por eles suscitadas, bem como as linhas orientadoras para a sua justificação e resolução, uma vez que os referenciais éticos tradicionais se mostram insuficientes e desadequados em variadas circunstâncias das práticas atuais.

É hoje reconhecida pela sociedade, a necessidade e a importância de respeitar o “Outro” e a sua integridade, particularmente na área da saúde (Teles, 2013, p.38).

Para França (2012, p.16) as disciplinas que se confrontam com as novas problemáticas bioéticas carecem de as abordar, quer a nível prático como teórico, uma vez que os princípios éticos devem enraizar-se numa compreensão teórica e não puramente pragmática da existência humana. Desta forma, a ética é chamada a responder às interpolações promovidas pela crescente evolução técnico-científica das disciplinas que de alguma forma se ocupam da vida e da sua manutenção com qualidade, como é o caso da enfermagem.

É concensual para vários autores a presença de complexos e variados problemas éticos na prática profissional dos enfermeiros. Revisões sistemáticas da literatura emergem

as questões éticas da prática e conseqüentemente o sofrimento moral, como realidades muito presentes na profissão de enfermagem, em diferentes serviços de saúde (Schaefer & Vieira, 2015, p.571).

Diariamente todos os profissionais de enfermagem são confrontados com dilemas e com a necessidade de fazer escolhas. Estudos mostram que a atuação da enfermagem é pautada com múltiplas situações clínicas que comportam limitações éticas e legais (Iglesias & Vellejo, 2014, p.255), e que necessitam por parte dos profissionais de conhecimentos que vão além de procedimentos técnicos, como sejam os conhecimentos numa área de saber recente e complexa como a Bioética (Façanha & Maluf, 2017, p.24).

Deodato (2014, p.41) define como problema ético na prática de enfermagem, situações que originam dúvidas ou conflitos sobre os direitos, os valores, os princípios ou as normas a adotar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem a realizar, perante uma decisão de cuidado em concreto, ou seja, a presença de incertezas reativas à decisão para agir, em que se coloca em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade, ou mesmo em risco a sua saúde ou o seu bem-estar.

A ética deve assim estar impressa na profissão de enfermagem, desde a origem da sua criação, sendo que os enfermeiros devem saber interagir com a equipa multiprofissional, e ser capazes de avaliar situações e prever resultados, no processo de tomada de decisão (Nascimento, Costa, Costa, Lima, Rocha, & Santos, 2015, p.128), uma vez que, ocorrendo um problema ético, o enfermeiro precisa resolvê-lo, diligenciando uma decisão que se declare eticamente boa para a pessoa alvo dos cuidados, e conseqüentemente a ação adequada para a resolução desse problema, sendo que o enfermeiro responde pela decisão e pela ação, no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem (Deodato, 2014, p.20).

Neste contexto surge a bioética, com o intuito de contribuir para que as pessoas estabeleçam “uma ponte” entre o conhecimento científico e o conhecimento humanístico, evitando os impactos negativos que a tecnologia possa ter sobre a vida (Moura, Neiva, & Gomes, 2015, p.79).

A bioética é entendida como uma pluridisciplina ou transdisciplina, que fomenta o diálogo entre as práticas técnico-científicas com as ciências humanas, nomeadamente a ética, o direito ou a teologia, permitindo uma resposta aos problemas complexos identificados, realçando o pluralismo social no qual se colocam essas questões nos dias de

hoje, uma vez que os conhecimentos científicos transportam consigo um imenso poder, o qual se torna necessário controlar, de modo a não constituir um perigo para a dignidade humana e em última instância à própria sobrevivência do homem na terra (França, 2012, p.167, 169).

Moura et al. (2015, p.79) argumentam que segundo os preceitos bioéticos, a essência do cuidar em enfermagem, está na natureza das relações humanas e não no “cuidar do doente”, sendo que as mesmas devem caracterizar-se por uma inter-relação mútua de respeito entre profissional / cliente.

Para França (2012, p.168) a análise ética em bioética é de natureza reflexiva e também normativa. Num primeiro aspeto situa-se a um nível metaético e analítico, identificando a questão, os métodos de reflexão, os valores e princípios abrangidos, pondo em destaque as contradições, e num segundo plano, de natureza normativa, de elaboração de regras e normas que levem a uma tomada de decisão, ou de recomendações particulares para essa tomada de decisão.

Nesse sentido, os serviços e os cuidados de enfermagem, devem estar pautados por princípios éticos e legais que regem a profissão (Moura et al, 2015, p.79), e os profissionais de enfermagem, além de conhecimentos técnicos, devem comprometer-se eticamente e estar em constante atualização por forma a evitar implicações na prática, tornando-se imperativo para estes profissionais, conhecerem as responsabilidades éticas, civis e penais fruto das suas ações, e também os seus direitos e deveres, de forma a evitar negligência, imperícia ou imprudência (Silva, et al., 2018).

A deontologia surge com o dever principal de proteção e segurança do público / clientes, estudando os deveres próprios de uma determinada profissão, do qual decorrem duas linhas distintas que se complementam: a necessidade de uma interpretação dos deveres e de uma educação ética bem como a formulação e desenvolvimento da dimensão disciplinar, pressupondo um eixo geral da ação humana e com o intuito de disciplinar e certificar o bom exercício da atividade profissional. Neste seguimento os quadros normativos de expressão deontológica apresentam-se como os limites de ação dos profissionais (Nunes, 2016, p.12).

Assim para que as profissões sejam regidas por critérios éticos de excelência, reconhece-se aos seus membros a capacidade e a obrigação de elaborar através dos colégios profissionais, as normas éticas que as regulam, em articulação com o Código Deontológico da respetiva profissão (Casañ et al., p.26).

Em Portugal o Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro cria o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que põe fim à inexistência de um instrumento jurídico que regule o exercício profissional de enfermagem, concertado com o quadro jurídico da saúde, acautelando os direitos e normas específicos da profissão, para segurança do público e garantia da excelência dos cuidados prestados, justificado pela evolução da formação de base, da complexificação e dignificação do exercício profissional de enfermagem e imperiosa necessidade de reconhecer “como de significativo valor o papel do enfermeiro” (Lei n.º161/96, 1996, p.2959).

Em 1998 o Decreto-Lei n.º104/98 de 21 de abril cria a Ordem dos Enfermeiros (OE), como associação de direito público, e aprova o seu estatuto, que integra o Código Deontológico da profissão no seu capítulo VI, como normativo da conduta profissional, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesse diploma o Estado delega à OE os poderes de regulamentação e fiscalização do exercício profissional de enfermagem, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem (Lei n.º104/98, 1998, p.1739).

Com a criação da OE, o Estado devolveu à profissão os poderes de regulação, reconhecendo a autonomia científica, técnica, no ensino, na investigação, na gestão e na acessoria, como intervenções da profissão de enfermagem. A autonomia afigura-se com o “estabelecer de uma relação sólida entre a iniciativa e a responsabilidade profissionais, é a materialização da aliança que coloca as competências dos enfermeiros ao serviço das necessidades das pessoas, no seio de uma equipa multidisciplinar, com a qual se articulam” os profissionais de enfermagem (Nunes, 2016, p.17).

Em 2015 procedeu-se à segunda e última alteração até à presente data do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que integra o Código Deontológico no seu capítulo VI, da Lei n.º156/2015.

Um Código Deontológico é um conjunto articulado e coerente de deveres profissionais cujos autores, neste caso os enfermeiros, se comprometem a cumprir, indicando a forma de agir dos mesmos. Esses deveres, como normas de atuação só têm sentido se a determinação for aberta, permitindo que “os deveres sejam o horizonte que em cada caso concreto se atinge por caminhos diferentes, mas dando resposta a exigências e necessidades individuais” (Vieira, 2017, p.88,89).

O Código Deontológico dos Enfermeiros, é composto de 19 artigos, que assentam em princípios e valores que integram a dimensão ética do agir profissional do enfermeiro.

A atual deontologia de enfermagem expressa um conjunto de princípios, que têm na sua base uma natureza ética (Deodato, 2014, p.36). O artigo 99º do Código Deontológico estabelece que as “intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, orientadas pela “responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”, pelo “respeito pelos direitos humanos”, e pela “excelência de exercício profissional em geral e na relação com os outros profissionais”, numa relação profissional pautada por valores universais como a “igualdade”, a “liberdade responsável”, a “verdade e a justiça”, o “altruísmo e a solidariedade” e a “competência e o aperfeiçoamento profissional” (Lei n.º156/2015, 2015, p.8102).

Para Vieira (2017, p.89) o compromisso deontológico do enfermeiro é muito concreto, “implica ações que se expressam em circunstâncias particulares, mas que se relacionam com o fim, a defesa da liberdade e da dignidade das pessoas envolvidas na relação de parceria estabelecida: o paciente e o enfermeiro”, indo de encontro a Neto (2016, p.86) que refere que ao longo do CDE, o sujeito do agir – o doente, é encarado sempre como um fim em si mesmo, e jamais como um meio para alcançar novos fins.

Os enfermeiros estão obrigados a

“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”, (artigo 97º, 1 a), Lei n.º156/2015, 2015, p.8101).

O Código Deontológico dos Enfermeiros percebe um conjunto de deveres, diretamente relacionados com a salvaguarda dos direitos das pessoas alvo de cuidados, referenciados nos seguintes artigos (Lei n.º156/2015, 2015, p.8078-8080):

- Artigo 100º - Deveres deontológicos em geral.

O enfermeiro tem o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, protegendo a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum, sendo responsável pelas decisões tomadas e pelos atos praticados ou delegados. Deve ainda assegurar a permanente actualização dos seus conhecimentos e ser solidário com a comunidade.

- Artigo 101º - Dever para com a comunidade.

O enfermeiro é responsável na promoção da saúde e na resposta às necessidades de enfermagem da comunidade onde está profissionalmente inserido.

- Artigo 102º - Dos valores humanos.

O enfermeiro observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se insere, prestando cuidados sem qualquer tipo de discriminação ou juízo de valor, respeitando as opções de vida de cada pessoa, de modo à mesma exercer os seus direitos. Deve ainda salvaguardar os direitos das pessoas mais vulneráveis, como crianças, idosos e pessoas com deficiência.

- Artigo 103º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida.

O enfermeiro tem o dever de respeitar igualmente o direito de cada pessoa à vida durante todo o seu ciclo vital.

- Artigo 104º - Do direito ao cuidado.

O enfermeiro assume o dever de respeitar o cuidado na saúde ou doença a cada indivíduo, sendo corresponsável pelo atendimento da pessoa em tempo útil, prevenindo prejuízos desnecessários, respeitando a liberdade de opção do indivíduo ser cuidado por outro enfermeiro, e assegurando a continuidade dos cuidados.

- Artigo 105º - Do dever de informação.

O enfermeiro tem o dever de respeitar o direito à autodeterminação de cada pessoa alvo de cuidados, informando-a, e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado.

- Artigo 106º - Do dever de sigilo.

O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre qualquer informação adquirida no exercício da sua profissão, respeitando o direito do indivíduo à confidencialidade.

- Artigo 107º - Do respeito pela intimidade.

O enfermeiro tem o dever de respeitar e salvaguardar a intimidade e interioridade inerentes a cada pessoa.

- Artigo 108º - Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida.

O enfermeiro assume o dever de respeitar e fazer respeitar as escolhas do indivíduo, bem como as manifestações de perda, e o corpo após a morte.

- Artigo 109º - Da excelência do exercício.

O enfermeiro deve procurar a excelência do exercício durante a sua atividade profissional, promovendo o direito das pessoas a cuidados personalizados e de qualidade, prestados por profissionais competentes, e assegurando as condições de trabalho que permitam exercer a atividade com dignidade e autonomia.

- Artigo 110º - Da humanização dos cuidados.

O enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados humanizados.

- Artigo 111º - Dos deveres para com a profissão.

O enfermeiro assume o dever de manter uma conduta pessoal que dignifique a profissão, sendo solidário com colegas e procedendo com correção e cortesia. Deve ainda abster-se de receber benefícios ou gratificações além da remuneração, e recusar participar em atividades publicitárias relacionadas com o exercício profissional.

- Artigo 112º - Dos deveres para com outras profissões.

O enfermeiro assume o dever de integrar e trabalhar em articulação com a equipa multiprofissional de saúde, atuando responsabilmente na sua área de competência e reconhecendo a especificidade das outras profissões.

## **Parte II – Investigação Empírica**



## 1. Metodologia

Neste capítulo procura-se apresentar aspectos de natureza metodológica, com o intuito de obter resposta face à problematização inicial. De forma a descrever os procedimentos metodológicos inerentes ao processo de investigação do presente estudo, de seguida, descreve-se o tipo de estudo, as questões orientadoras e os objectivos de investigação, a caracterização do meio, a população e a amostra, os tipos de variáveis, os instrumentos de colheita de dados, bem como a descrição e justificação das técnicas e métodos estatísticos adoptados.

### 1.1. Métodos

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal estabelecida entre o profissional e uma pessoa ou grupo de pessoas, relação essa que deve ser caracterizada pela parceria e pelo respeito, uma vez que todos os intervenientes possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual. Desta forma, a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática que implicam um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, de forma a actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.5-8).

Por conseguinte o profissional de enfermagem engloba na sua esfera de acção um conjunto de competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da prestação e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.8).

Assim, é necessário que o enfermeiro fundamente a sua prática em princípios éticos, deontológicos e legais, uma vez que estes irão nortear as suas atividades profissionais. O desconhecimento destas normas, poderá implicar em atitudes contrárias a esses princípios e à regulamentação profissional.

Face à importância dos enfermeiros conhecerem o Código Deontológico que rege a sua profissão, e à pouca produção científica neste âmbito, conceptualizou-se um estudo de natureza quantitativa, com análise descritiva-correlacional e de corte transversal.

Neste estudo delinearão-se as seguintes questões de investigação:

1. Quais os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico da sua profissão?
2. Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e os conhecimentos dos enfermeiros sobre o Código Deontológico da sua profissão?
3. Qual a importância que os enfermeiros atribuem ao Código Deontológico para a prática profissional?

Definiram-se como objectivos os seguintes:

- Identificar os conhecimentos e as experiências dos enfermeiros com o Código Deontológico da profissão;
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o seu Código Deontológico;
- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros ao Código Deontológico para a prática profissional.

Neste estudo, as variáveis independentes ou manifestas foram subdivididas em dois grupos: variáveis de caracterização sociodemográfica, onde se inclui a idade e o sexo; e variáveis profissionais, que incluem: categoria profissional, curso a frequentar na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), serviço/unidade e região onde exerce funções, experiência profissional e experiência no serviço actual (em anos), formação sobre ética/bioética/deontologia profissional, reconhecimento social da profissão de Enfermagem e percepção pessoal dos conhecimentos que os enfermeiros possuem sobre o seu Código Deontológico. Por outro lado, a variável dependente ou latente são os conhecimentos e experiência dos Enfermeiros com o Código Deontológico dos Enfermeiros, conforme esquema conceptual, representado na figura 1.

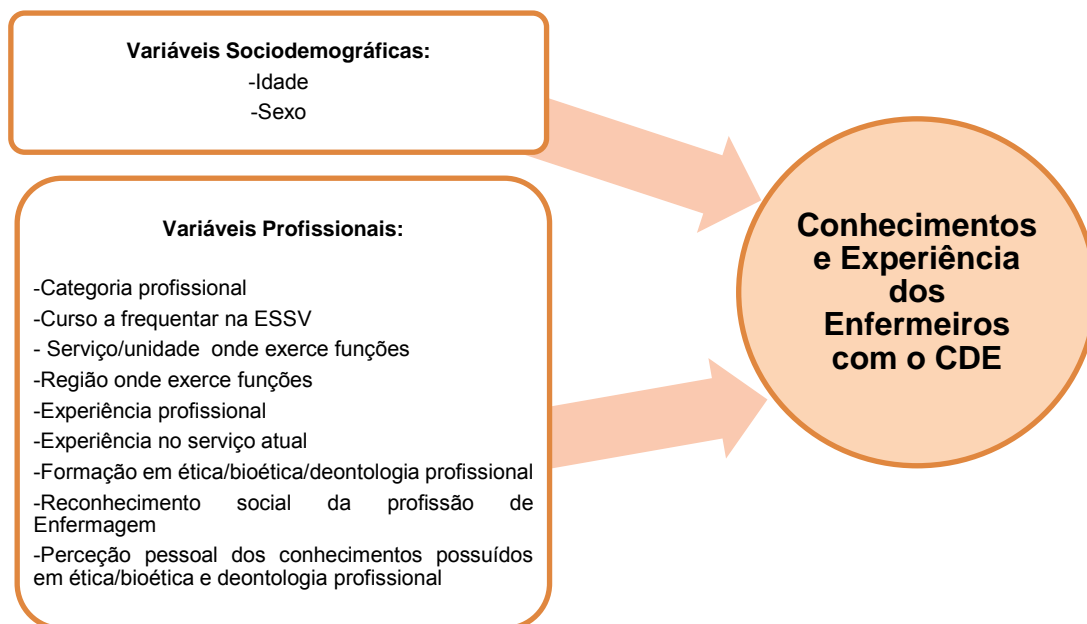


Figura 1. Modelo Conceptual do estudo

## 1.2. Participantes

Para a constituição da amostra, recorreu-se a uma amostra do tipo não probabilística por conveniência, constituída por enfermeiros em exercício de funções. Na determinação da amostra empregaram-se como critérios de inclusão: possuir um curso de Licenciatura em Enfermagem, frequentar um dos diversos cursos de pós-graduação ou pós-licenciatura de especialização na ESSV, e participação voluntária no estudo.

A amostra ficou constituída pelos enfermeiros a frequentar os diversos cursos de pós-graduação e pós-licenciatura de especialização na EESV no 2º semestre do ano lectivo 2017/2018, no mês de abril de 2018, num total de 120 enfermeiros.

### 1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

O perfil sociodemográfico dos enfermeiros da amostra (N=120) revela ser, maioritariamente do sexo feminino (83,3%).

Os resultados obtidos relativamente à idade e explanados na tabela 1 revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 22 anos e uma máxima de 54 anos, ao que corresponde uma média de idades de 34,28 anos ( $\pm 7,66$  anos). O sexo masculino representa 16,7% da totalidade da amostra, sendo a idade mínima de 22 anos e a máxima

de 47 anos, o sexo feminino apresenta a maioria da amostra, com uma representatividade de 83,3%, oscilando entre os 22 e os 54 anos. Em termos médios os homens ( $M=33,55$  anos  $\pm 6,23$  anos), são mais novos que as mulheres ( $M=34,43$  anos  $\pm 7,94$  anos).

Os coeficientes de variação (cv) apresentam dispersões moderadas (abaixo de 30%) face às idades encontradas, e os valores de assimetria e curtose curvas platicurticas e enviesadas à esquerda para ambos os sexos e generalidade da amostra, conforme (cf.) Tabela 1.

Tabela 1. Estatísticas relativas à idade em função do sexo

	N	Min	Max	M	Dp	Cv (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Masculino</b>	20	22	47	33,55	6,23	18,57	0,67	-0,02
<b>Feminino</b>	100	22	54	34,43	7,94	23,06	1,92	-1,21
<b>Total</b>	120	22	54	34,28	7,66	22,34	2,15	-1,08

Ainda em relação à idade, de acordo com a Tabela 2, pode verificar-se que para a totalidade da amostra, predominam os enfermeiros com idade superior a 35 anos (37,5%), sendo que este grupo etário representa no sexo masculino 30,0%, e no feminino 39,0%. Segue-se o grupo etário com idade igual ou inferior a 30 anos (35,8%), fazendo parte deste grupo 35,0% do sexo masculino e 36,0% do sexo feminino. Os enfermeiros com idades compreendidas entre os 31 e os 35 anos inclusive, representam 26,7% do total da amostra, com 35,0% do sexo masculino e 26,7% do sexo feminino.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N (20)	% (16,7%)	N (100)	% (83,3%)	n	%	1	2
<b>≤ 30 anos</b>	7	35,0	36	36,0	43	35,8	0,1	-0,1
<b>31 – 35 anos</b>	7	35,0	25	25,0	32	26,7	-0,9	0,9
<b>&gt; 35 anos</b>	6	30,0	39	39,0	45	37,5	0,8	-0,8
<b>Total</b>	20	100,0	100	100,0	120	100,0		

### 1.3. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha dos dados optou-se por construir um instrumento de colheita de dados (ad hoc), que melhor se coadunasse com o objectivo do presente estudo (Anexo I). Este instrumento é constituído por um questionário e por uma escala já que são as

ferramentas que permitem a recolha de informação junto dos enfermeiros com a maior celeridade e com o mínimo de interferência e influência externa.

### **Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional**

O questionário de caracterização sociodemográfica e profissional (secção A) é composto por 11 questões que permitem colher informação acerca de dados demográficos (sexo, idade) e dados profissionais (curso a frequentar, categoria profissional, zona geográfica de exercício de funções, serviço, experiência, reconhecimento social e formação em ética/bioética/deontologia profissional).

### **Escala**

Uma segunda parte do instrumento de colheita de dados engloba uma escala subdividida em cinco secções identificadas por B, C, D, E e F, composta por 34 itens. Cada secção contém afirmações organizadas em escala ordinal tipo *Likert* com 5 respostas possíveis cuja cotação oscila entre 1 e 5. Nas secções B, C e F o formato de resposta vai desde “Discordo fortemente” cotada com 1 ponto, até “Concordo fortemente” cotada com 5 pontos. Já na secção D o formato de resposta é de “Muito fracos” cotada com 1 a “Excelentes” cotada com 5, e na secção E vai desde “Nunca” cotada com 1 ponto, até “Sempre” cotada com 5 pontos. Quanto maior a cotação melhores os índices de conhecimento em cada secção.

A secção B possui 7 afirmações direccionadas para a concordância dos enfermeiros sobre o código deontológico. A secção C é composta por 12 afirmações, que visam avaliar a relevância que os enfermeiros atribuem ao código deontológico na sua prática profissional, A secção D apresenta-se sob a forma de uma pergunta que auto-avalia os conhecimentos que os enfermeiros detêm sobre o seu código deontológico. Por sua vez a secção E é composta por 6 asserções, direccionadas para as dificuldades que os enfermeiros vivenciam ao pôr em prática o Código Deontológico. Finalmente a secção F direcciona-se para as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na resolução de conflitos/dilemas éticos sendo composta por 9 afirmações.

Os itens correspondentes a cada dimensão e secção observam-se no quadro 1.

Quadro 1. Dimensões, secções e itens correspondentes à escala de avaliação de conhecimento e experiência dos enfermeiros com o CD

Dimensão	Secção	Item
Concepção sobre o Código Deontológico do Enfermeiro	B	Conjunto de normas, regras e directrizes da profissão
		Conjunto de informações que orientam o enfermeiro
		Instrumento legal e ético acerca do exercício da profissão
		Orienta o comportamento dos enfermeiros diante de situações oportunas
		É um código centrado nas relações com a sociedade e no comportamento humano
		Reflecte o cumprimento dos deveres e respeito pela profissão e pessoa cuidada
		Rege o estatuto profissional da enfermagem
O Código Deontológico na prática assistencial	C	O CD orienta no agir e no trabalho
		O CD garante a confiança nos procedimentos técnicos
		O CD concede segurança para agir como enfermeiro
		O CD permite definir o que é certo e errado
		O CD serve para desenvolver as actividades de maneira uniforme
		O CD determina os limites por parte dos profissionais
		O CD amplia os conhecimentos sobre aspectos éticos
		O CD assegura o zelo do profissional pela saúde da pessoa cuidada
		O CD permite prestar cuidados seguros e livres de negligência
		Ao cumprir o CD fica-se livre de sanções disciplinares
		Enquanto enfermeiro é-se obrigado a cumprir o CD
Ao cumprir o CD estou a zelar pelo bom nome e prestígio profissional (		
Grau de Conhecimentos sobre o Código Deontológico do Enfermeiro	D	Por favor atribua a si próprio um grau dos conhecimentos que possui sobre o Código Deontológico do Enfermeiro
Dificuldades em pôr em prática o Código Deontológico	E	Desconheço o CD em profundidade e ajo por experiência
		Lido com vários tipos de profissionais de outras áreas e com pessoas leigas e é difícil utilizar o CD
		Existem barreiras com profissionais com responsabilidades superiores que dificultam a utilização do CD
		Tenho dificuldade em entender o que consta no CD
		Tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros
		Sinto necessidade de debates crítico-reflexivos sobre situações práticas
Estratégias resolutivas de conflitos / dilemas éticos no exercício profissional	F	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos com debates e reuniões em equipa
		Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são discutidos de imediato com o chefe
		Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos em reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar
		Na resolução dos conflitos/dilemas éticos são envolvidos os utentes e família
		Na prática de exercício profissional o Código Deontológico é utilizado na resolução dos conflitos/dilemas éticos
		Perante os conflitos geram-se polémicas e cria-se ambiente hostil no trabalho
		A Comissão de ética da Instituição é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos
		A Ordem dos Enfermeiros é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos
A Direção do Serviço participa na resolução dos conflitos/dilemas éticos		

### Critérios de Operacionalização de variáveis

No sentido de atribuir um significado claro e exacto às variáveis, minimizando a possibilidade de diferenças interpretativas, houve a necessidade de torná-las mensuráveis.

Assim, procedeu-se à operacionalização das variáveis manifestas e latentes, a nível conceptual e empírica, cujos quadros seguintes resumem a operacionalização realizada.

No quadro 2 apresenta-se a operacionalização das variáveis sociodemográficas, profissionais dos enfermeiros e reconhecimento social da profissão.

Quadro 2. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros

Variáveis	Tipo de variável	Operacionalização	
<b>Sexo</b>	Qualitativa Nominal	Feminino Masculino	
<b>Idade</b>	Quantitativa Intervalar	Variável em forma de pergunta aberta	≤ 30 anos 31 – 35 anos ≥ 36 anos
<b>Curso a frequentar</b>	Qualitativa Nominal	CPLEESIP CPLEEMC CPLEER CPLEESMOG CPLEEMP CPGGASS CPGFRT CPGCPFV Outro	Cursos de pós-licenciatura  Cursos de pós-graduação
<b>Categoria Profissional</b>	Qualitativa Nominal	Enfermeiro Enfermeiro Especialista / Chefe	
<b>Serviço / Unidade onde exerce funções</b>	Qualitativa Nominal	Pediatria Obstetrícia / Ginecologia Medicina Cirurgia / Ortopedia Bloco Operatório Unidade Cuidados Intensivos Urgências Centro de Saúde Outro	Serviços Hospitalares  Serviços não Hospitalares
<b>Zona geográfica onde exerce funções</b>	Qualitativa Nominal	Zona Norte Zona Centro Zona Sul Região Autónoma da Madeira / Açores	Zona Norte Zona Centro Zona Sul e Ilhas
<b>Anos de experiência no serviço onde exerce</b>	Quantitativa Intervalar	Variável em forma de pergunta aberta	≤ 2,5 anos 3 – 8 anos ≥ 9 anos
<b>Anos de experiência profissional</b>	Quantitativa Intervalar	Variável em forma de pergunta aberta	≤ 5 anos 6 – 14 anos ≥ 15 anos
<b>Formação anterior em ética / bioética / deontologia profissional</b>	Qualitativa Nominal	Sim Não	
<b>Reconhecimento social da profissão</b>	Qualitativa Nominal	Excelente Muito bom Aceitável Fraco Muito fraco	Positivo Aceitável Negativo

A escala foi recodificada de cinco para dois níveis. Após a recodificação, o 1 corresponde ao total de respostas negativas (agrega os pontos 1, 2 e 3 da escala referida

anteriormente), e o 2 corresponde ao total de respostas positivas (reúne os pontos 4 e 5 da escala anterior), tal como é possível observar no quadro 3. Exceptua-se a secção D, que ficou codificada em três níveis: “Fracos”, “Aceitáveis” e “Muito Bons”, uma vez que não houve na amostra respostas de “Muito Fracos” e “Excelentes”.

Quadro 3. Recodificação da escala e interpretação dos resultados

Código Base	1	2	3	4	5
	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	
Recodificação	1			2	
	Negativo			Positivo	

### Caracterização psicométrica da escala

As propriedades métricas da escala utilizada foram objecto de estudos de validade e de fiabilidade.

Estudou-se a fiabilidade do questionário, que determina a consistência interna ou homogeneidade dos itens através do coeficiente de alfa de Cronbach:

- Correlação de Pearson dos diversos itens e a nota global, assumindo-se como valores de referência correlações superiores a 0,20;

- Determinação do coeficiente de alfa de Cronbach, considerado por Coutinho (2014, p.93) o indicador mais aconselhado para instrumentos de colheita de dados tipo escala de Likert. Este coeficiente varia entre 0 e 1, sendo que quanto maior o valor mais elevada é a consistência interna, que pode classificar-se de acordo com os valores de alfa em: muito boa (valores de alfa superiores a 0,9); boa (valores de alfa entre 0,8 e 0,9); razoável (valores de alfa entre 0,7 e 0,8); fraca (valores de alfa entre 0,6 e 0,7); e inadmissível (valores de alfa inferiores a 0,6), (Pestana & Gageiro, 2014, p.531).

No sentido de estudar a validade da escala efectuou-se a análise factorial exploratória com recurso ao método dos componentes principais e do uso da rotação ortogonal do tipo varimax, e a análise factorial confirmatória (AFC) com recurso ao software AMOS 24 (Analysis of Moment Structures). Consideraram-se os valores próprios superiores a 1 e o gráfico de declive *Screeplot* para a retenção de factores, (Marôco, 2014, p.490).

A análise fatorial avalia o peso dos fatores e as variâncias, sendo que foi considerada a matriz de covariâncias e adoptado o método de estimação da máxima verosimilhança MLE (Maximum-Likelihood Estimation) (Pestana & Gageiro, 2014, p.519).

Na análise dos dados utilizaram-se os seguintes procedimentos estatísticos: (i) distribuição (sensibilidade) dos itens avaliada pela assimetria ( $Sk$ ) e achatamento ( $Ku$ ). Com valores de  $\leq 3$  e de achatamento  $\leq 7$  respectivamente. (ii) Validade do constructo avaliada pela validade factorial, convergente e validade discriminante.

A validade factorial resulta da qualidade do ajustamento global do modelo factorial e da qualidade do ajustamento local, avaliada pelos pesos factoriais e pela fiabilidade individual dos itens.

A qualidade de ajustamento global foi efectivada de acordo com os índices e correspondentes valores de referência, conforme explanado no quadro 4, sendo os mesmos: Razão da estatística do  $\chi^2$  e graus de liberdade ( $\chi^2/df$ ), Comparative Fit Index (CFI), Goodness of Fit Index (GFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Root Mean Square Residual (RMR) e Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), (Marôco, 2014, p.492-493).

Quadro 4. Índices e correspondentes valores de referência

<b>Estatística</b>	<b>Valores de Referência</b>
<b><math>\chi^2/df</math></b>	> 5 – Mau ajustamento
	]2;5] – Ajustamento sofrível
	]1;2] – Ajustamento bom
	< 1 – Ajustamento muito bom
<b>CFI</b> <b>GFI</b>	< 0,8 – Mau ajustamento
	]0,8; 0,9[ – Ajustamento sofrível
	]0,9; 0,95[ – Ajustamento bom
	$\geq 0,95$ – Ajustamento muito bom
<b>RMSEA</b>	> 0,10 – Ajustamento inaceitável
	]0,05;0,10] – Ajustamento bom
	$\leq 0,05$ – Ajustamento muito bom
<b>RMR</b>	< 0,08 - Bom
	Quanto menor melhor
<b>SRMR</b>	< 0,08 - Bom
	Quanto menor melhor

O ajustamento do modelo foi realizado a partir dos índices de modificação (superiores a 11;  $p < 0,001$ ) produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas.

Avaliou-se a validade convergente através da variância extraída média (VEM), permitindo verificar o modo como cada item satura no factor a que pertence, sendo que 0,5 considera-se o valor mínimo aceitável, e valores superiores indicam boa validade convergente (Marôco, 2014, p.483).

Antes de proceder ao estudo psicométrico da escala, determinou-se a sensibilidade dos itens achando os valores de assimetria e kurtose. Os valores dos mesmos mostraram valores de assimetria a oscilar entre -1,73 e 0,13 e de curtose entre -0,15 e 1,53, com um coeficiente multivariado de mardia de 3.308, dentro dos parâmetros de normalidade.

A tabela 3 mostra as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o global da escala.

Analisando por item os valores de Alfa de Cronbach, os mesmos oscilam entre  $\alpha=0,800$  no item 10 "*O CD concede segurança para agir como enfermeiro*" e  $\alpha=0,820$  nos itens 24 e 31 respectivamente "*Tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros*" e "*Perante os conflitos geram-se polémicas e cria-se ambiente hostil no trabalho*", com um alfa global de 0,815.

Relativamente aos coeficientes de correlação item/total corrigido o que apresentou menos estabilidade ( $r=0,011$ ) foi o item 24 ("*Tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros*"), com uma variabilidade de 50,4%. O item com mais estabilidade, com uma correlação máxima encontra-se no item 10 ( $r=0,589$ ) ("*O CD concede segurança para agir como enfermeiro*"), com uma variabilidade de 58,2%. Os valores médios e respectivos desvios padrões, permitem dizer que na generalidade estes itens se encontram bem centrados.

Tabela 3. Consistência Interna da Escala

N.º Item	Item	Média	Dp	r item / total	r <sup>2</sup>	alfa sem item
1	Conjunto de normas, regras e directrizes da profissão	4,142	0,702	0,244	0,383	0,812
2	Conjunto de informações que orientam o enfermeiro	3,883	0,712	0,324	0,329	0,810
3	Instrumento legal e ético acerca do exercício da profissão	4,425	0,575	0,258	0,563	0,812
4	Orienta o comportamento dos enfermeiros diante de situações oportunas	3,758	0,830	0,375	0,498	0,808
5	É um código centrado nas relações com a sociedade e no comportamento humano	3,658	0,930	0,403	0,528	0,807
6	Reflecte o cumprimento dos deveres e respeito pela profissão e pessoa cuidada	4,125	0,717	0,314	0,474	0,810
7	Rege o estatuto profissional da enfermagem	3,891	1,091	0,465	0,579	0,804
8	O CD orienta no agir e no trabalho	4,083	0,656	0,460	0,560	0,807
9	O CD garante a confiança nos procedimentos técnicos	3,150	1,120	0,515	0,614	0,802
10	O CD concede segurança para agir como enfermeiro	3,650	0,895	0,589	0,582	0,800
11	O CD permite definir o que é certo e errado	3,550	0,933	0,364	0,543	0,808
12	O CD serve para desenvolver as actividades de maneira uniforme	3,267	1,059	0,526	0,651	0,801
13	O CD determina os limites por parte dos profissionais	3,742	0,804	0,353	0,518	0,809
14	O CD amplia os conhecimentos sobre aspectos éticos	4,133	0,697	0,336	0,518	0,810
15	O CD assegura o zelo do profissional pela saúde da pessoa cuidada	4,008	0,761	0,244	0,533	0,812
16	O CD permite prestar cuidados seguros e livres de negligência	3,267	1,067	0,425	0,553	0,806
17	Ao cumprir o CD fica-se livre de sanções disciplinares	2,683	1,159	0,478	0,558	0,803
18	Enquanto enfermeiro é-se obrigado a cumprir o CD	4,383	0,724	0,048	0,385	0,818
19	Ao cumprir o CD estou a zelar pelo bom nome e prestígio profissional	4,250	0,651	0,376	0,547	0,809
20	Desconheço o CD em profundidade e ajo por experiência	2,600	0,920	0,111	0,427	0,817
21	Lido com vários tipos de profissionais de outras áreas e com pessoas leigas e é difícil utilizar o CD	2,492	0,859	0,158	0,539	0,815
22	Existem barreiras com profissionais com responsabilidades superiores que dificultam a utilização do CD	2,767	0,914	0,137	0,512	0,816
23	Tenho dificuldade em entender o que consta no CD	2,258	0,739	0,092	0,621	0,817
24	Tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros	2,367	0,839	0,011	0,504	0,820
25	Sinto necessidade de debates crítico-reflexivos sobre situações práticas	3,433	0,741	0,132	0,442	0,816
26	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos com debates e reuniões em equipa	3,650	0,984	0,302	0,546	0,811
27	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são discutidos de imediato com o chefe	2,942	1,007	0,411	0,450	0,806
28	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos em reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar	3,308	1,083	0,419	0,598	0,806
29	Na resolução dos conflitos/dilemas éticos são envolvidos os utentes e família	3,283	1,030	0,270	0,512	0,812
30	Na prática de exercício profissional o Código Deontológico é utilizado na resolução dos conflitos/dilemas éticos	3,708	0,749	0,363	0,535	0,809
31	Perante os conflitos geram-se polémicas e cria-se ambiente hostil no trabalho	3,092	1,021	0,061	0,402	0,820
32	A Comissão de ética da Instituição é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos	3,267	1,128	0,180	0,571	0,816
33	A Ordem dos Enfermeiros é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos	3,208	0,978	0,255	0,511	0,812
34	A Direcção do Serviço participa na resolução dos conflitos/dilemas éticos	3,233	0,985	0,372	0,531	0,808
<b>Coeficiente alfa de Cronbach global</b>						<b>0,815</b>

Após a realização dos estudos de consistência interna, efectuaram-se os estudos de validade com recurso à análise factorial exploratória da escala.

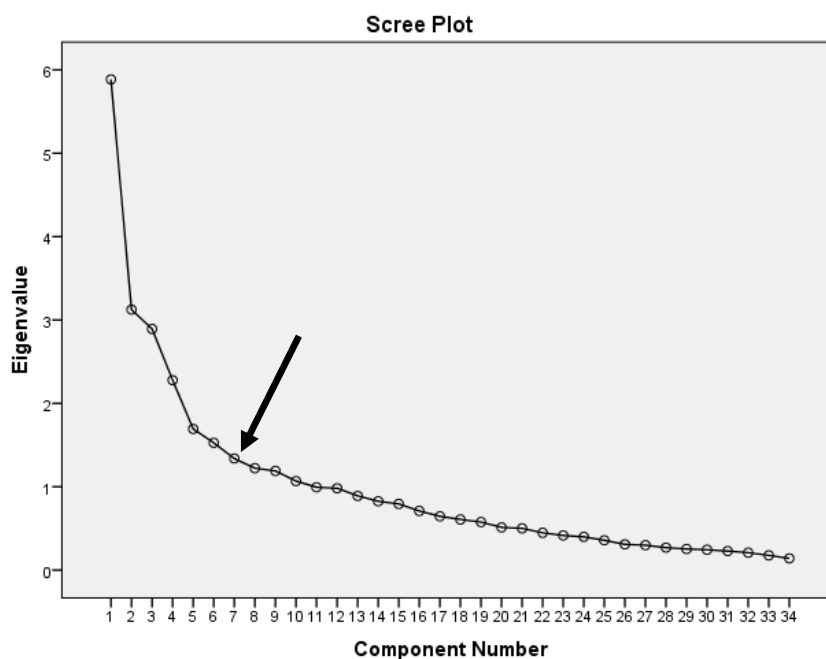
Avaliou-se previamente a adequabilidade da análise factorial através do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que avalia a qualidade das correlações entre as variáveis permitindo determinar a prossecução da análise factorial. Os valores de KMO variam entre 0 e 1, considerando-se valores aceitáveis acima de 0,5 (Pestana & Gageiro, 2014, p.521).

No presente estudo o resultado obtido foi de  $KMO=0,683$ , que permite classificá-lo como adequado. O teste de esfericidade Bartlett analisa a hipótese de não existir correlação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014, p.521), sendo o resultado obtido ( $\chi^2=1509,305$ ;  $p=0,000$ ), confirmando diferenças estatísticas entre as variáveis.

Face aos resultados expostos que mostraram ser recomendável efectuar-se uma análise factorial exploratória, submeteram-se a este procedimento os 34 itens, através do método de componentes principais pelo uso da rotação ortogonal de tipo varimax. Consideraram-se para a retenção os valores próprios superiores a 1, e como critério de saturação dos itens com valores iguais ou superiores a 0,40.

A solução factorial inicial possibilitou a extracção de 10 factores, que no seu conjunto e após rotação explicam 65,345 % da variância total, com comunalidades superiores a 0,40, permitindo continuar a análise.

Gráfico 1. Gráfico de screeplot com ponto de inflexão da curva



O gráfico de screeplot apresentado (gráfico 1) evidencia conforme ponto de inflexão da curva, que deveriam reter-se cerca de 6 factores, contudo, tendo por base a construção da escala, forçou-se a solução a 4 factores, que em conjunto após rotação explicam 41,707% da variação total. A estrutura factorial encontrada revelou que dois factores (et e df) não oscilavam, apresentando a mesma estrutura da escala original, contudo os outros dois factores (cc e cp) comportavam entre si itens iguais. Nesta perspectiva, decidiu-se não continuar a análise exploratória e procedeu-se à análise confirmatória, tendo por base a construção inicial.

Para efectuar a AFC usou-se como recurso o software AMOS 24.

Forçou-se a estrutura a quatro factores e eliminaram-se sucessivamente itens por saturarem abaixo de 0,40 ou por saturarem em mais que um factor. O modelo final ficou constituído por 28 itens conforme tabela 4.

O factor 1 designado por "*Concepção sobre o CDE*" ficou constituído por 7 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) e explica 12,494% após rotação.

O factor 2 ficou composto por 8 itens (8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17), denominado por "*Relevância do CDE*" e explica 10,566%.

O factor 3 engloba 5 itens (20, 21, 22, 23, 24) e explica 10,216% da variância total tendo sido designado por "*Dificuldades em pôr em prática o CDE*".

O factor 4 designado por "*Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos*" ficou constituído por 8 itens (26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34) e explica 8,431%.

Tabela 4. Ordenação dos itens e pesos factoriais

N.º Item	Item	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4
1	Conjunto de normas, regras e directrizes da profissão				
2	Conjunto de informações que orientam o enfermeiro				
3	Instrumento legal e ético acerca do exercício da profissão		0,742		
4	Orienta o comportamento dos enfermeiros diante de situações oportunas		0,549		
5	É um código centrado nas relações com a sociedade e no comportamento humano				
6	Reflecte o cumprimento dos deveres e respeito pela profissão e pessoa cuidada		0,565		
7	Rege o estatuto profissional da enfermagem	0,535			
8	O CD orienta no agir e no trabalho		0,519		
9	O CD garante a confiança nos procedimentos técnicos	0,742			
10	O CD concede segurança para agir como enfermeiro	0,502			
11	O CD permite definir o que é certo e errado	0,483			
12	O CD serve para desenvolver as actividades de maneira uniforme	0,814			
13	O CD determina os limites por parte dos profissionais	0,643			
16	O CD permite prestar cuidados seguros e livres de negligência	0,752			
17	Ao cumprir o CD fica-se livre de sanções disciplinares	0,716			
20	Desconheço o CD em profundidade e ajo por experiência				0,593
21	Lido com vários tipos de profissionais de outras áreas e com pessoas leigas e é difícil utilizar o CD				0,658
22	Existem barreiras com profissionais com responsabilidades superiores que dificultam a utilização do CD				0,649
23	Tenho dificuldade em entender o que consta no CD				0,750
24	Tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros				0,648
26	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos com debates e reuniões em equipa			0,675	
27	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são discutidos de imediato com o chefe			0,442	
28	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos em reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar			0,725	
29	Na resolução dos conflitos/dilemas éticos são envolvidos os utentes e família			0,610	
30	Na prática de exercício profissional o Código Deontológico é utilizado na resolução dos conflitos/dilemas éticos			0,582	
32	A Comissão de ética da Instituição é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos			0,627	
33	A Ordem dos Enfermeiros é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos			0,622	
34	A Direcção do Serviço participa na resolução dos conflitos/dilemas éticos			0,638	

Testou-se através da análise factorial confirmatória, de forma a avaliar a concordância e a saturação dos itens nos diferentes factores, tendo sido analisados pormenores relativos à multicolinearidade e valores univariados e multivariados que pudessem influenciar a análise factorial.

A tabela 5 evidencia as trajetórias dos distintos itens para com os factores que lhe correspondem, as estimativas dos rácios críticos e as saturações alcançadas pelos itens.

Pela análise da tabela observa-se que os itens 14 e 18 do factor 2, o item 25 do factor 4 e o item 31 do factor 3 não apresentam diferenças estatísticas significativas, que pelo que procedeu à sua eliminação. Analisando os coeficientes de lambda, o item 15 do factor 2 apresenta saturações inferiores a 0,4 pelo que também se optou pela sua exclusão.

De acordo com o quadro 5, é possível constatar que no modelo inicial apenas os índices de bondade de ajuste razão de  $\chi^2/gl = 1,780$  e o RMR = 0,076 se apresentam satisfatórios.

Tabela 5. Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda

Trajetórias			Estimativas	Rácios críticos	p	$\lambda$
Item1	<---	F1	1.000			.407
Item2	<---	F1	1.176	3.197	,001	.472
Item3	<---	F1	1.068	3.239	,001	.530
Item4	<---	F1	1.581	3.085	,002	.544
Item5	<---	F1	1.459	2.781	,005	.448
Item6	<---	F1	1.267	3.099	,002	.504
Item7	<---	F1	2.234	3.579	***	.585
Item8	<---	F2	1.000			.481
Item9	<---	F2	2.605	4.735	***	.733
Item10	<---	F2	1.874	4.743	****	.660
Item11	<---	F2	1.398	3.765	***	.472
Item12	<---	F2	2.554	4.726	***	.760
Item13	<---	F2	1.459	4.228	***	.572
Item14	<---	F2	.652	2.750	,006	.295
Item15	<---	F2	.834	3.114	,002	.345
Item16	<---	F2	2.145	4.272	***	.634
Item17	<---	F2	2.184	4.185	***	.594
Item18	<---	F2	.242	1.059	,290	.106
Item19	<---	F2	.838	3.550	***	.406
Item26	<---	F3	1.000			.612
Item27	<---	F3	.768	4.165	***	.460
Item28	<---	F3	1.235	5.764	***	.687
Item29	<---	F3	.953	4.706	***	.557
Item30	<---	F3	.673	4.390	***	.541
Item31	<---	F3	.090	.513	,608	.053
Item32	<---	F3	.973	4.259	***	.519
Item33	<---	F3	.847	4.331	***	.522
Item20	<---	F4	1.000			.506
Item21	<---	F4	.813	3.608	***	.440
Item22	<---	F4	.844	3.518	***	.430
Item23	<---	F4	1.283	4.552	***	.808
Item24	<---	F4	1.283	4.547	***	.711
Item25	<---	F4	.493	2.724	,006	.309
Item34	<---	F3	.971	4.758	***	.594

Na próxima figura 2 é possível verificar os pesos factoriais e a fiabilidade individual dos diferentes itens, que se situam acima dos valores de referência nos quatro factores.

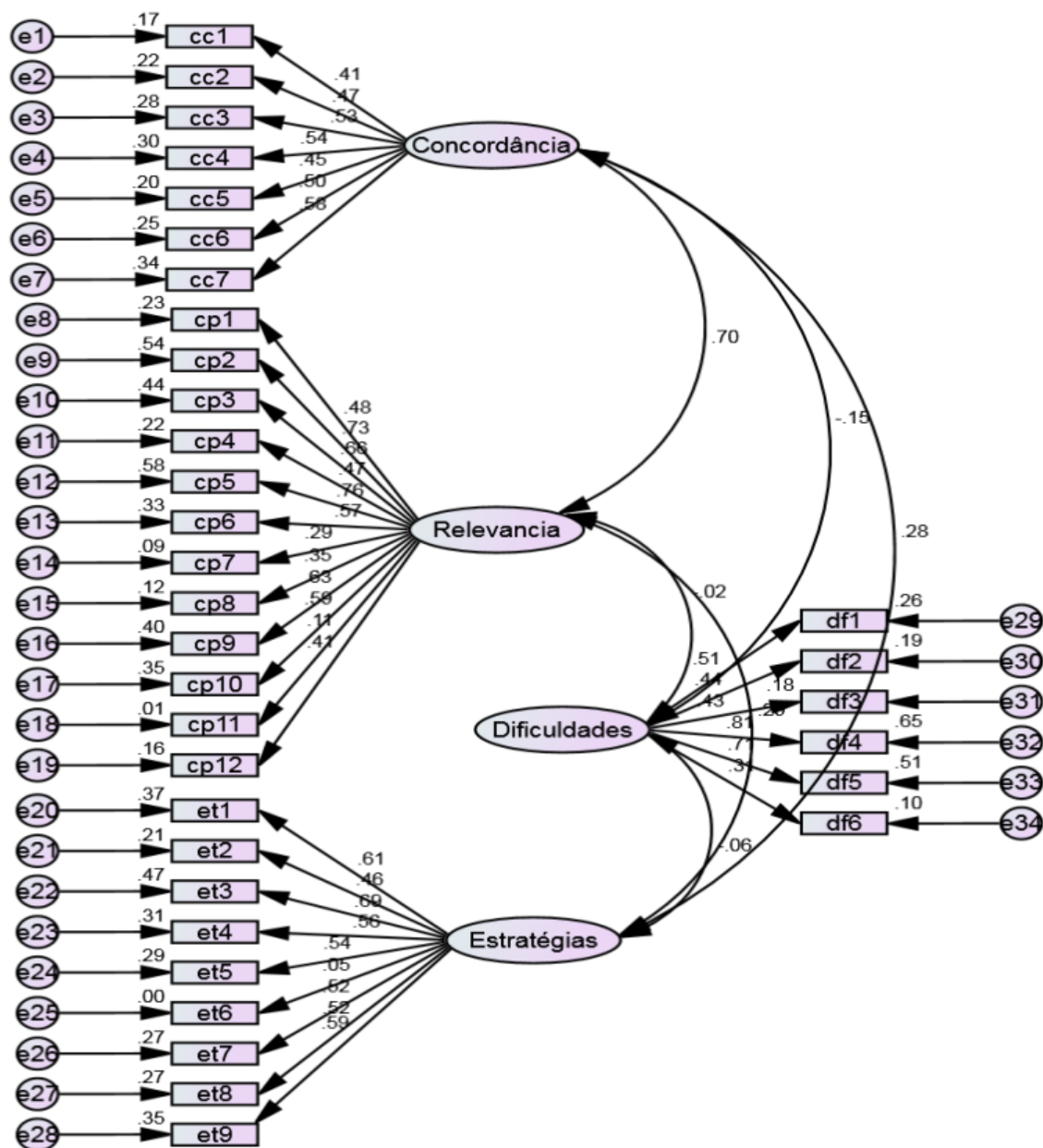


Figura 2. Modelo inicial com 34 itens

Com base nos índices de modificação propostos pelo AMOS procedeu-se ao refinamento do modelo, correlacionando alguns erros e excluindo os itens que mostravam problemas de multicolinearidade. Por consequente o factor 2 ficou constituído por 11 itens,

tendo sido eliminado o item 18. Os factores 1 e 3 não sofreram alterações, e o factor 4 ficou composto por 8 itens, pela eliminação do item 31, (cf. figura 3). À semelhança do modelo inicial apenas os índices de bondade de ajuste razão de  $\chi^2/df = 1,776$  e o RMR = 0,075 se apresentam satisfatórios.

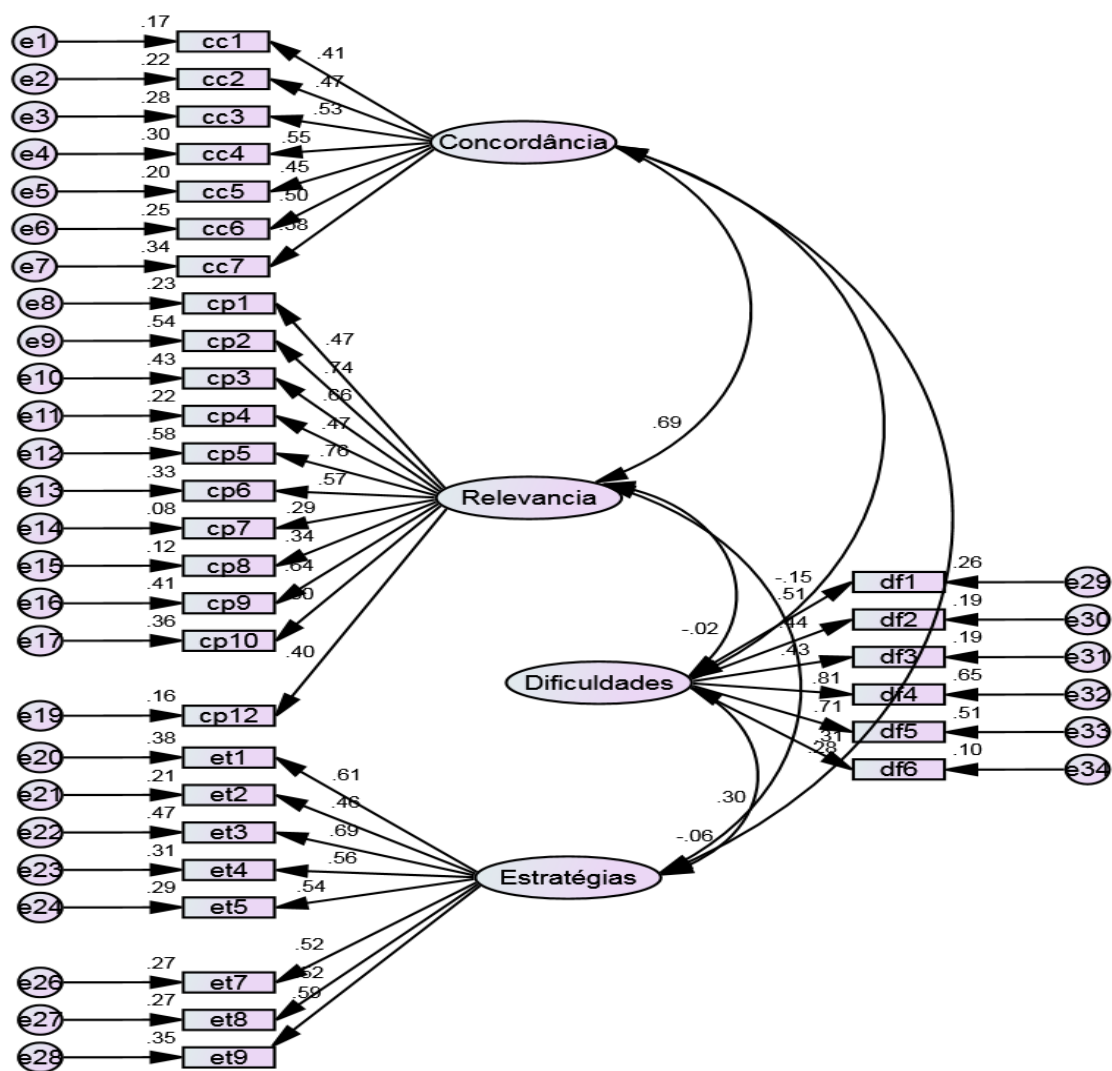


Figura 3. Modelo 2 com itens eliminados

Após novo refinamento, o factor 3 ficou constituído por 5 itens, tendo sido eliminado o item 25, sendo que os factores 1, 2 e 4 não sofreram alterações, dando origem a um modelo final com 28 itens configurado na figura 4. No modelo final regista-se o mesmo que nos anteriores modelos, sendo que apenas os índices de bondade de ajuste razão de  $\chi^2/df = 1,645$  e o RMR = 0,076 se apresentam satisfatórios.

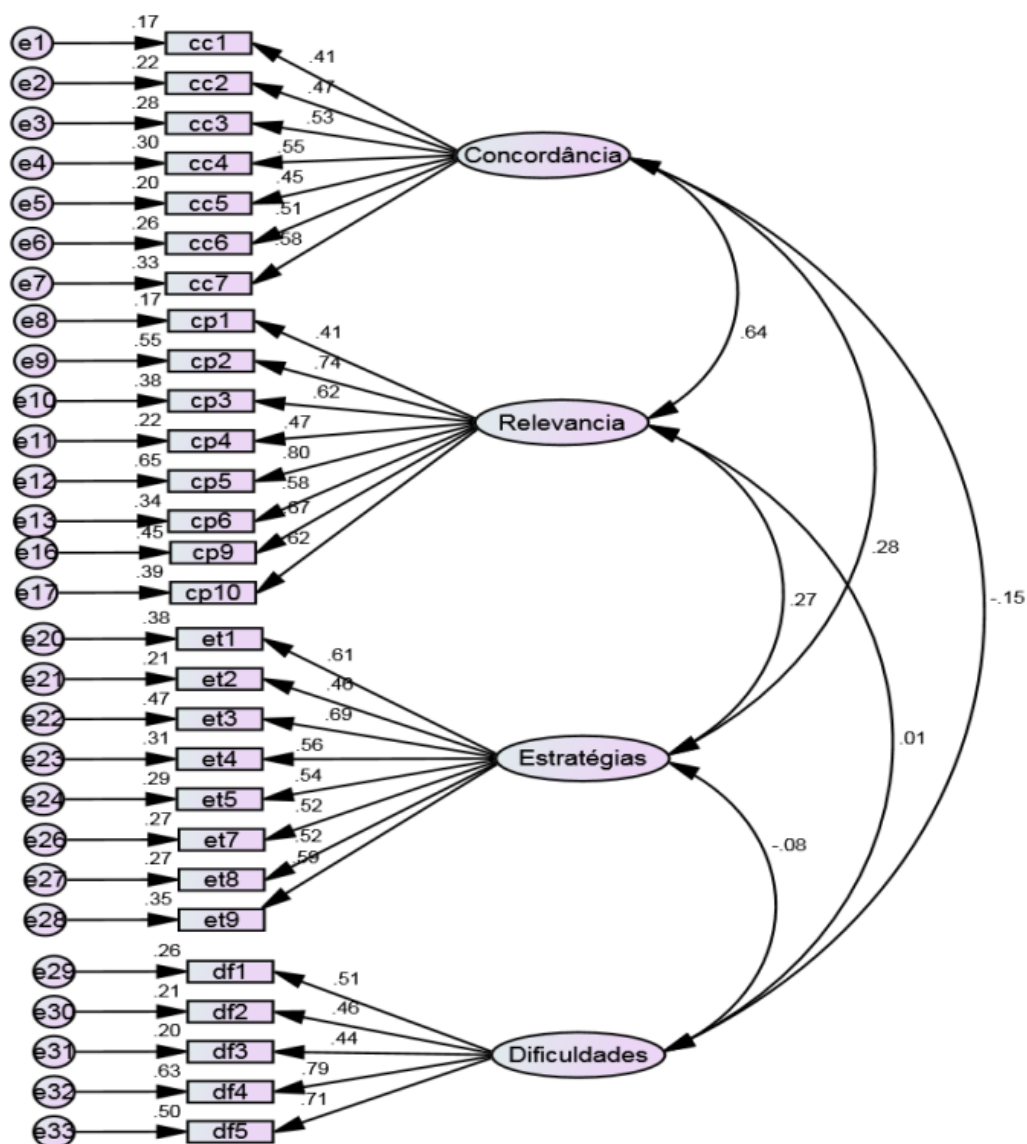


Figura 4. Modelo final

O quadro 5 explana os índices de ajustamento global. Como se pode verificar, mesmo após o refinamento do modelo e eliminação de itens, apenas os índices de bondade de ajuste global GFI e CFI se apresentam sofríveis.

Quadro 5. Índices de bondade de ajustamento global

	$\chi^2/gf$	GFI	CFI	RMR	RMSEA	SRMR
<b>Modelo 1</b>	1.780	0.690	0.637	0.076	0.081	0.099
<b>Modelo 2 com itens eliminados</b>	1.776	0.701	0.668	0.075	0.081	0.098
<b>Modelo final</b>	1.645	0.753	0.753	0.076	0.074	0.091

A fiabilidade compósita (FC), a variância extraída média (VEM) e a validade discriminante (VD) são apresentadas no quadro 6. Da sua análise verifica-se que a fiabilidade composta é adequada nos factores 2, 3 e 4, uma vez que apresenta valores superiores ao apontado como referência (0,70). No factor 1 pode classificar-se de sofrível, apesar de estar adjacente ao valor de referência, cf. quadro 6.

Pelos valores da VEM pode constatar-se que existe validade divergente nos quatro factores, bem como validade discriminante, uma vez que a VEM é superior aos valores correlacionais elevados ao quadrado excepto entre o factor 1 e factor 2.

Ainda pelo quadro 6 afere-se que a fiabilidade compósita estratificada é elevada (0,930), e a VEM é inferior ao recomendado (VEM=0,331).

Face aos valores obtidos, a escala “Mapeamento dos Conhecimentos dos Enfermeiros com o seu Código Deontológico” possui propriedades psicométricas que permitem avaliar os conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o código deontológico, embora possa carecer de estudos mais profundos e amostras mais alargadas.

Quadro 6. Fiabilidade compósita e Validade convergente / discriminante

Factores	FC	VEM	Validade discriminante					
			F1 vs F2	F1 vs F3	F1 vs F4	F2 vs F3	F2 vs F4	F3 vs F4
F1 –Concepção sobre o CDE	0,699	0,252	0,409	0,078	0,022			
F2 – Relevância do CDE	0,833	0,394				0,073	0,0001	
F3 – Dificuldades em pôr em prática o CDE	0,787	0,319						0,0064
F4 – Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos	0,725	0,359						
Fiabilidade compósita estratificada = 0,930 VEM = 0,331								

Analisou-se a consistência interna da escala dos itens remanescentes, conforme os resultados explanados na tabela 6.

Relativamente à subescala da concepção sobre o CDE, o item com menos estabilidade ( $r=0,330$ ) foi o item 1, e o item com mais estabilidade ( $r=0,487$ ) foi o item 4. Os coeficientes de alpha de Cronbach indicam uma consistência interna razoável, com o menor valor ( $\alpha=0,621$ ) encontrado no item 4, e o maior valor ( $\alpha=0,664$ ) encontrado nos itens 1 e item 7, com um valor de alfa global de 0,683, corroborando a consistência interna razoável (cf. tabela 6).

Examinando os resultados referentes à relevância do CDE, observa-se que os valores correlacionais situam-se entre 0,353 no item 8 e  $r=0,728$  no item 12. O coeficiente de consistência interna mostra valores a oscilarem entre 0,784 e 0,832, podendo classificar-se de boa consistência interna. O valor de alfa global é de 0,830, revelando também uma boa consistência interna (cf. tabela 6).

Para a subescala das dificuldades em pôr em prática o CDE, pelos valores médios nota-se uma homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens, com uma pontuação a oscilar entre os 2,258 no item 23 e 2,767 no item 22. Os coeficientes de alpha de Cronbach indicam uma consistência interna razoável, com o menor valor ( $\alpha=0,658$ ) encontrado no item 23, e o maior valor ( $\alpha=0,702$ ) encontrado nos itens 20, com um valor de alfa global de 0,729, corroborando a consistência interna razoável (cf. tabela 6).

Relativamente às estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos, os valores de alfa podem classificar-se como bons, dado que oscilam entre 0,743 no item 28 e 0,778 no item 27, com um valor de alfa para o total da escala de 0,783. Os valores correlacionais mostram que o item 28 é o que está mais correlacionado com as estratégias ( $r=0,581$ ) (cf. tabela 6).

Tabela 6. Consistência interna por subescalas de concepção, relevância, dificuldades e estratégias

N.º Item		Média	Dp	r item/total	r <sup>2</sup>	alfa sem item
<b>Concepção sobre o CDE</b>						
1	Conjunto de normas, regras e directrizes da profissão	4,142	0,702	0,330	0,197	0,664
2	Conjunto de informações que orientam o enfermeiro	3,883	0,712	0,392	0,176	0,649
3	Instrumento legal e ético acerca do exercício da profissão	4,425	0,575	0,484	0,358	0,636
4	Orienta o comportamento dos enfermeiros diante de situações oportunas	3,758	0,830	0,487	0,351	0,621
5	É um código centrado nas relações com a sociedade e no comportamento humano	3,658	0,930	0,366	0,301	0,658
6	Reflete o cumprimento dos deveres e respeito pela profissão e pessoa cuidada	4,125	0,717	0,396	0,294	0,648
7	Rege o estatuto profissional da enfermagem	3,892	1,091	0,377	0,208	0,664
	<b>Alfa de Cronbach</b>					<b>0,683</b>
<b>Relevância do CDE</b>						
8	O CD orienta no agir e no trabalho	4,083	0,656	0,353	0,289	0,832
9	O CD garante a confiança nos procedimentos técnicos	3,150	1,120	0,678	0,496	0,792
10	O CD concede segurança para agir como enfermeiro	3,650	0,895	0,523	0,429	0,814
11	O CD permite definir o que é certo e errado	3,550	0,933	0,438	0,271	0,825
12	O CD serve para desenvolver as actividades de maneira uniforme	3,267	1,059	0,728	0,571	0,784
13	O CD determina os limites por parte dos profissionais	3,742	0,804	0,532	0,353	0,814
16	O CD permite prestar cuidados seguros e livres de negligência	3,267	1,067	0,627	0,467	0,800
17	Ao cumprir o CD fica-se livre de sanções disciplinares	2,683	1,159	0,558	0,372	0,811
	<b>Alfa de Cronbach</b>					<b>0,830</b>
<b>Dificuldades em pôr em prática o CDE</b>						
20	Desconheço o CD em profundidade e ajo por experiência	2,600	0,920	0,442	0,205	0,702
21	Lido com vários tipos de profissionais de outras áreas e com pessoas leigas e é difícil utilizar o CD	2,492	0,860	0,512	0,371	0,673
22	Existem barreiras com profissionais com responsabilidades superiores que dificultam a utilização do CD	2,767	0,914	0,475	0,349	0,689
23	Tenho dificuldade em entender o que consta no CD	2,258	0,739	0,567	0,438	0,658
24	Tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros	2,367	0,839	0,468	0,394	0,690
	<b>Alfa de Cronbach</b>					<b>0,729</b>
<b>Estratégias resolutivas de conflito/dilemas éticos</b>						
26	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos com debates e reuniões em equipa	3,650	0,984	0,541	0,386	0,751
27	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são discutidos de imediato com o chefe	2,942	1,007	0,377	0,222	0,778
28	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos em reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar	3,308	1,083	0,581	0,473	0,743
29	Na resolução dos conflitos/dilemas éticos são envolvidos os utentes e família	3,283	1,030	0,465	0,345	0,764
30	Na prática de exercício profissional o Código Deontológico é utilizado na resolução dos conflitos/dilemas éticos	3,708	0,749	0,493	0,301	0,762
32	A Comissão de ética da Instituição é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos	3,267	1,128	0,465	0,409	0,765
33	A Ordem dos Enfermeiros é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos	3,208	0,978	0,480	0,299	0,761
34	A Direcção do Serviço participa na resolução dos conflitos/dilemas éticos	3,233	0,985	0,523	0,353	0,754
	<b>Alfa de Cronbach</b>					<b>0,783</b>

Efectuou-se uma matriz de correlação de Pearson entre os quatro factores da escala e os 28 itens que compõem o modelo final, cujos resultados se apresentam na tabela 7. Na globalidade afere-se que as correlações entre cada item da escala e o factor global são positivas, variando entre  $r=0,103$  e  $r=0,636$ , sendo significativas para todos os itens à excepção dos itens: “instrumento legal e ético acerca do exercício da profissão”, “tenho dificuldade em entender o que consta no CD”, e “tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros”.

Correlacionando os itens da escala com a dimensão a que pertencem constata-se que os itens de cada subescala apresentam com o factor correspondente correlações positivas, elevadas e significativas. Alguns itens apresentam também correlações positivas e significativas com outros factores apresentando contudo valores de  $r$  e significâncias inferiores. No que refere aos itens que compõem a subescala da “Conceção sobre o CDE” verifica-se que apresentam valores de  $r$  a oscilar entre 0,511 e 0,665 relativamente à subescala a que pertencem. Já os itens que integram a subescala da “relevância do CDE” mostram valores de  $r$  para com o factor correspondente a variar entre 0,460 e 0,815. Quanto à subescala das “dificuldades em pôr em prática o CDE” o valor de  $r$  oscila entre 0,674 e 0,724 para com os itens que compõem esse factor. Correlacionando os itens que integram o factor “estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos” com a subescala a que pertencem apuraram-se valores de  $r$  a variar entre 0,542 e 0,714, conforme tabela 7.

Tabela 7. Matriz de Correlação de Pearson entre os itens e as dimensões da escala

Itens	Dimensão	Conceção	Relevância	Dificuldades	Estratégias	Índice global
<b>Conceção sobre o CDE</b>						
Conjunto de normas, regras e diretrizes da profissão		0,511***	0,226*	-0,065n.s.	0,083n.s.	0,296***
Conjunto de informações que orientam o enfermeiro		0,565***	0,344***	-0,005n.s.	0,050n.s.	0,374***
Instrumento legal e ético acerca do exercício da profissão		0,611***	0,167n.s.	-0,141n.s.	0,030n.s.	0,252n.s.
Orienta o comportamento dos enfermeiros diante de situações oportunas		0,665***	0,312***	0,068n.s.	0,123n.s.	0,446***
É um código centrado nas relações com a sociedade e no comportamento humano		0,595***	0,315***	0,161n.s.	0,198*	0,488***
Reflete o cumprimento dos deveres e respeito pela profissão e pessoa cuidada		0,570***	0,263**	-0,163n.s.	0,158n.s.	0,342***
Rege o estatuto profissional da enfermagem		0,640***	0,516***	-0,080n.s.	0,203*	0,537***
<b>Relevância do CDE</b>						
O CD orienta no agir e no trabalho		0,394***	0,460***	0,009n.s.	0,234**	0,470***
O CD garante a confiança nos procedimentos técnicos		0,386***	0,784***	0,097n.s.	0,137n.s.	0,609***
O CD concede segurança para agir como enfermeiro		0,497***	0,641***	0,096n.s.	0,248**	0,625***
O CD permite definir o que é certo e errado		0,305***	0,576***	-0,030n.s.	0,113n.s.	0,432***
O CD serve para desenvolver as atividades de maneira uniforme		0,393***	0,815***	0,009n.s.	0,208*	0,636***
O CD determina os limites por parte dos profissionais		0,340***	0,637***	-0,021n.s.	0,024n.s.	0,433***
O CD permite prestar cuidados seguros e livres de negligência		0,274**	0,742***	0,036n.s.	0,133n.s.	0,533***
Ao cumprir o CD fica-se livre de sanções disciplinares		0,391***	0,700***	0,111n.s.	0,167n.s.	0,587***
<b>Dificuldades em pôr em prática o CDE</b>						
Desconheço o CD em profundidade e ajo por experiência		-0,133n.s.	0,050n.s.	0,674***	0,041n.s.	0,193*
Lido com vários tipos de profissionais de outras áreas e com pessoas leigas e é difícil utilizar o CD		0,126n.s.	0,122n.s.	0,710***	-0,111n.s.	0,248**
Existem barreiras com profissionais com responsabilidades superiores que dificultam a utilização do CD		0,107n.s.	0,068n.s.	0,695***	-0,121n.s.	0,207*
Tenho dificuldade em entender o que consta no CD		-0,114n.s.	-0,018n.s.	0,724***	-0,028n.s.	0,146n.s.
Tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros		-0,135n.s.	-0,016n.s.	0,674***	-0,076n.s.	0,103n.s.
<b>Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos</b>						
Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos com debates e reuniões em equipa		0,064n.s.	0,109n.s.	0,015n.s.	0,672***	0,402***
Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são discutidos de imediato com o chefe		0,249**	0,289***	0,083n.s.	0,542***	0,508***
Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos em reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar		0,183*	0,197*	0,003n.s.	0,714***	0,500***
Na resolução dos conflitos/dilemas éticos são envolvidos os utentes e família		0,162n.s.	0,114n.s.	-0,117n.s.	0,618***	0,372***
Na prática de exercício profissional o Código Deontológico é utilizado na resolução dos conflitos/dilemas éticos		0,246**	0,085n.s.	-0,095n.s.	0,601***	0,382***
A Comissão de ética da Instituição é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos		0,017n.s.	0,047n.s.	-0,142n.s.	0,631***	0,292***
A Ordem dos Enfermeiros é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos		0,015n.s.	0,085n.s.	-0,035n.s.	0,623***	0,336***
A Direção do Serviço participa na resolução dos conflitos/dilemas éticos		0,216*	0,230*	-0,148n.s.	0,658***	0,457***

Efectuou-se também uma matriz de correlação de Pearson entre as diferentes secções e o índice global cujos resultados se apresentam no quadro 7. Constata-se que as correlações entre os diferentes factores são positivas e significativas, permitindo afirmar que existe uma relação directa entre os factores/dimensões, sendo que ao aumento ou à diminuição dos índices num factor, se encontra associado a aumentos ou diminuições nos índices de outros factores com os quais se relacionam. Exclui-se as correlações entre o factor “dificuldades” e os restantes factores, sendo que assume valores não significativos entre estas correlações, dos quais: valor  $r = -0,39$  entre a correlação “dificuldades” vs “conceção”, valor  $r = 0,63$  entre a correlação “dificuldades” vs “relevância”, e valor de  $r = -0,85$  entre a correlação “dificuldades” vs “estratégias”.

A maior variabilidade entre os factores é constatada entre “relevância” vs “conceção” com valor  $r = 0,542$  (cf. quadro7).

Como se constata, as correlações entre os factores com o factor global oscilam entre  $r = 0,261$  com as “dificuldades” e  $r = 0,802$  com a “relevância” (cf. quadro 7).

Quadro 7. Matriz de Correlação de Pearson entre os diferentes factores da escala

	<b>Conceção</b>	<b>Relevância</b>	<b>Dificuldades</b>	<b>Estratégias</b>
<b>Relevância do CDE</b>	0,542***	-		
<b>Dificuldades em pôr em prática o CDE</b>	-0,039n.s.	0,063n.s.	-	
<b>Estratégias resolutivas de conflito/dilemas éticos</b>	0,220*	0,229*	-0,085n.s.	-
<b>Índice global</b>	0,684***	0,802***	0,261**	0,641***
*** $p < 0.001$	** $p < 0,01$ .	* $p < 0.05$	n.s. $p > 0.05$	

#### 1.4. Procedimentos

Neste estudo os princípios éticos e deontológicos não foram descurados. Foi solicitado um pedido formal de parecer e autorização à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (anexo II) antes da aplicação do instrumento de recolha de dados, tendo o mesmo obtido decisão favorável (anexo III).

Foi preocupação do investigador a participação voluntária no estudo pelo que foi pedido consentimento informado aos participantes que fizeram parte da amostra, assegurando a manutenção da sua confidencialidade e anonimato.

A autonomia dos participantes foi respeitada na participação do estudo, bem como na sua liberdade de desistir em qualquer momento. Foram também informados os participantes que da participação no presente estudo não gozavam de qualquer benefício ou prejuízo.

### 1.5. Análise dos dados

Recorreu-se para a análise dos dados à estatística descritiva e analítica, com recurso ao suporte informático, o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS<sup>®</sup>), na versão 24.

No decorrer do estudo foram utilizadas técnicas da estatística descritiva e analítica, entre os quais: determinação de frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central e de variabilidade ou dispersão, (como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão), medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como correlação de Pearson.

Pormenorizando algumas das estatísticas mencionadas, pode dizer-se que o coeficiente de variação se trata de uma medida de dispersão relativa ao valor da média (Marôco, 2014, p.20), sendo que se empregam os seguintes intervalos como indicador de dispersão:

- dispersão baixa:  $cv \leq 15\%$ ;
- dispersão média:  $15\% < cv \leq 30\%$ ;
- dispersão elevada:  $cv > 30\%$ , (Pestana & Gageiro, 2014, p.111).

O coeficiente de correlação ( $r$ ) de Pearson traduz uma medida de associação usada para estudar a relação entre variáveis quantitativas. Os seus valores variam entre -1 e +1, sendo que 0 corresponde a ausência de relação entre as variáveis, e os sinais + ou - indicam o sentido da relação, se for positiva a variação das variáveis ocorre na mesma direcção, e se for negativa ocorre em sentido inverso (Coutinho, 2014, p.123). A comparação deve ser fazer-se pelo coeficiente de determinação ( $r^2$ ), que indica a variação que uma variável é explicada pela outra. São usados os seguintes critérios para classificação da associação:

- $r < 0,2$ : associação muito fraca;
- $0,2 \leq r < 0,4$ : associação fraca;

- $0,4 \leq r < 0,7$ : associação moderada;
- $0,7 \leq r < 0,9$ : associação elevada;
- $0,9 \leq r \leq 1$ : associação muito elevada, (Pestana & Gageiro, 2014, p.346, 347).

No que concerne à estatística inferencial, recorreu-se à estatística paramétrica e não paramétrica.

Os testes paramétricos impõem que as variáveis sejam métricas e testam afirmações sobre parâmetros, baseando-se nos valores das observações (Pestana & Gageiro, 2014, p.239, 240), sendo que são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não se apresentem extremamente enviesadas ou achatadas, nem as dimensões da amostra excessivamente pequenas, sendo a potência destes testes geralmente superior à dos testes não paramétricos (Marôco, 2014, p.185).

Os testes não paramétricos não impõem à partida o conhecimento da distribuição da amostra, contudo como são geralmente menos potentes que os paramétricos, utilizam-se apenas quando não existe alternativa superior, como no caso da impossibilidade de validar as condições de utilização dos testes paramétricos (Marôco, 2014, p.185).

Seguidamente expõem-se os testes usados na estatística paramétrica e não paramétrica:

- *Teste t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)*: comparam as médias de uma variável quantitativa com um valor fixo, de uma ou duas populações (Pestana & Gageiro, 2014, p. 249);

- *Análise de variância a um factor (ANOVA)*: permite comparar duas ou mais médias, analisando o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias em cada categoria do factor são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2014, p. 1008);

- *Teste Binomial*: testa a proporção de uma ocorrência no total de ocorrências registadas, onde a variável qualitativa é dicotómica (Marôco, 2014, p.89);

- *Teste de qui quadrado ( $\chi^2$ )*: investiga a relação de independência entre duas variáveis qualitativas (Pestana & Gageiro, 2014, p. 277), permitindo testar a aleatoriedade da distribuição dos N elementos da amostra global pelas classes de uma variável (Marôco, 2014, p.99);

- *Regressões Lineares*: técnicas estatísticas utilizadas para predizer o comportamento de uma variável dependente a partir de uma ou mais variáveis independentes, documentando sobre a margem de erro dessas previsões (Pestana & Gageiro, 2014, p. 643).

Na análise estatística, foram usados os seguintes valores de significância:

- $p < 0,05^*$  diferença estatística significativa;
- $p < 0,01^{**}$  diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0,001^{***}$  diferença estatística altamente significativa;
- $p \geq 0,05$  n.s. diferença estatística não significativa.

Concluídas as considerações metodológicas, far-se-á no capítulo seguinte, a apresentação e análise dos resultados.



## **2. Resultados**

No presente capítulo serão apresentados os resultados do estudo, de forma a responder às questões de investigação e aos objetivos delineados inicialmente. Este capítulo foi estruturado em duas partes: numa primeira serão apresentados os resultados relativos à estatística descritiva; e numa segunda etapa será apresentada a análise inferencial.

### **2.1. Análise descritiva**

Para uma melhor organização, o presente capítulo está organizado em dois subcapítulos: no primeiro será apresentada a caracterização profissional dos participantes da amostra, e no segundo serão analisados os conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o Código Deontológico do seu grupo profissional.

#### **2.1.1 – Caracterização profissional dos participantes**

Procedeu-se à caracterização profissional dos participantes no estudo, em função do sexo, em relação ao curso que os participantes frequentam na ESSV, categoria profissional, serviço e zona geográfica onde exercem funções, experiência no serviço atual e experiência profissional, reconhecimento social da profissão de Enfermagem e formação anterior em ética/bioética/deontologia profissional.

#### **Curso a frequentar na ESSV**

Conforme explanado na tabela 8, a amostra é constituída por mais enfermeiros a frequentar os cursos de pós-licenciaturas que os cursos de pós-graduação (51,7% versus [vs] 48,3% respetivamente). Na análise por sexo, tal é observado também no sexo feminino (53% a frequentar cursos de pós-licenciatura vs 47% a frequentar cursos de pós-graduação), contudo o sexo masculino tem uma maior representatividade de enfermeiros a frequentar cursos de pós-graduação (55%) relativamente aos cursos de pós-licenciatura (45%).

### **Categoria Profissional**

Em relação à categoria profissional, a categoria de Enfermeiro é predominante quer em termos globais em relação à categoria de Especialista e/ou Enfermeiro Chefe, (91,7% vs 8,3%), quer em função de ambos os sexos, apresentando valores de 85% para o sexo masculino e de 93% para o sexo feminino, (cf. tabela 8).

### **Serviço onde exercem funções**

Os resultados expostos na tabela 8 mostram que apesar de ligeiro, existe um maior número de enfermeiros a exercer funções em unidades não hospitalares (51,7%) do que em unidades hospitalares (48,3%). Este resultado é dependente do sexo feminino, uma vez que no sexo masculino existe a mesma percentagem (50%) de enfermeiros quer em unidades hospitalares quer em unidades não hospitalares.

### **Região do país onde exercem funções**

A grande maioria da amostra exerce funções na região Centro do país (84,2%), seguida da região Norte (13,3%) e por último a região Sul e Ilhas (2,5%). Analisando os dados em função do sexo, afere-se que quer o sexo masculino como feminino exercem funções maioritariamente na região Centro do país (85% e 84% respectivamente), seguindo-se a região Norte (10% no sexo masculino, e 14% no sexo feminino), sendo a região Sul e Ilhas com um percentual mais baixo (5% no sexo masculino, e 2% no sexo feminino), (tabela 8).

### **Experiência profissional**

Em relação à experiência profissional em Enfermagem, é ao sexo feminino que pertence o menor e o maior tempo de exercício profissional, com tempo mínimo de 6 meses e tempo máximo de 30 anos de experiência. Na globalidade corresponde uma média de 10,86 anos ( $\pm 7,52$  anos) de exercício profissional. Ao analisarmos os resultados em função do sexo, verifica-se que em termos médios o sexo feminino apresenta mais tempo de serviço profissional ( $11,08 \pm 7,65$  anos) que o sexo masculino ( $9,78 \pm 6,92$  anos), conforme tabela 9.

Tabela 8. Caracterização profissional da amostra em função do sexo.

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Curso a frequentar							
	Pós-licenciatura	9	45,0	53	53,0	62	51,7
Pós-graduação	11	55,0	47	47,0	58	48,3	
Categoria							
	Enfermeiro	17	85,0	93	93,0	110	91,7
Enfermeiro Especialista/Chefe	3	15,0	7	7,0	10	8,3	
Serviço							
	Unidade Hospitalar	10	50,0	48	48,0	58	48,3
Unidade não Hospitalar	10	50,0	52	52,0	62	51,7	
Região onde exerce funções							
	Norte	2	10,0	14	14,0	16	13,3
	Centro	17	85,0	84	84,0	101	84,2
	Sul e Ilhas	1	5,0	2	2,0	3	2,5
Experiência no Serviço							
	≤ 2 anos e meio	6	30,0	34	34,0	40	33,3
	3 a 8 anos	9	45,0	31	31,0	40	33,3
	> 8 anos	5	25,0	35	35,0	40	33,3
Experiência Profissional							
	≤ 5 anos	6	30,0	32	32,0	38	31,7
	6 a 14 anos	9	45,0	37	37,0	46	38,3
	≥ 15 anos	5	25,0	31	31,0	36	30,0

Agrupando a experiência profissional em três grupos: com cinco ou menos anos de serviço, entre 6 a 14 anos, e com 15 ou mais anos de serviço, verifica-se conforme a tabela 8, que há uma congruência quer no global, quer em relação aos sexos separadamente. Assim, constata-se que ocorre uma maior representatividade de enfermeiros que detêm entre 6 a 14 anos de experiência profissional (38,3% no global, 45,0% no sexo masculino e 37,0% no sexo feminino), seguindo-se o grupo de enfermeiros com cinco ou menos anos de serviço (31,7% no global, 30,0% no sexo masculino e 32,0% no sexo feminino) e por último, os participantes com 15 ou mais anos de exercício profissional (30,0% no global, 25,0% no sexo masculino e 31,0% no sexo feminino).

Tabela 9. Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional em função do sexo

	Min	Max	M	Dp	Cv
<b>Masculino</b>	0,67	26,0	9,78	6,92	70,76
<b>Feminino</b>	0,50	30,0	11,08	7,65	69,04
<b>Total</b>	0,50	30,0	10,86	7,52	69,24
<b>Cv=desviopadrão/média x100</b>					

### Experiência profissional no serviço actual

No que se refere à experiência profissional no serviço onde desempenham funções aquando da realização deste estudo, conforme os resultados da tabela 10, cada enfermeiro trabalha no serviço na globalidade em média à 6,88 anos ( $\pm 6,36$  anos). Cabe ao sexo feminino o tempo mínimo e o tempo máximo, correspondendo respectivamente a 4 meses e a 28 anos de serviço. Já no sexo masculino o tempo mínimo corresponde a 8 meses, sendo o máximo de 20 anos. De salientar que é o sexo feminino que exerce funções há mais tempo no serviço aquando da participação no estudo com uma média de 7,12 anos ( $\pm 6,49$  anos), contra uma média de 5,68 anos ( $\pm 5,64$  anos) para o sexo masculino.

Tabela 10. Estatísticas relativas ao tempo de experiência profissional no actual serviço em função do sexo

	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Cv
<b>Masculino</b>	0,67	20	5,68	5,64	100,99
<b>Feminino</b>	0,33	28	7,12	6,49	91,15
<b>Total</b>	0,33	28	6,88	6,36	92,44
<b>Cv=desviopadrão/média x100</b>					

Ao agrupar a experiência profissional no serviço aquando da participação no estudo em três grupos: menor ou igual a 2 anos e meio, de 3 a 8 anos e superior a 8 anos, como se pode observar na tabela 8, existe uma harmonia no global relativamente aos três grupos com um percentual de 33,3% em cada. Analisando em função do sexo, verifica-se que no sexo masculino existe maior representatividade no grupo com experiência de 3 a 8 anos no serviço com 45%, seguido do grupo com igual ou menos de 2 anos e meio com 30% e por último o grupo com mais de 8 anos de serviço com 25%. O mesmo não se verifica no sexo feminino, sendo que é o grupo com mais de 8 anos de serviço que apresenta uma maior representatividade com 35%, seguido do grupo com igual ou menos de 2 anos e meio de serviço com 34%, e por último o grupo com 3 a 8 anos de serviço, com 31%.

### Reconhecimento social da profissão de Enfermagem

Questionados os participantes sobre a percepção que têm quanto ao reconhecimento social da sua profissão, a maioria dos enfermeiros (50%) considera-a “Aceitável”; 26,7% considera ter um “Fraco” reconhecimento social; 19,3% considera que a profissão de Enfermagem tem um reconhecimento social “Muito Bom”; 2,5% consideram-no

“Muito Fraco”; e apenas 1,7% consideram que a sua profissão tem um reconhecimento social “Excelente” (cf. tabela 11).

Tabela 11. Percepção pessoal do reconhecimento social da profissão de enfermagem

	n	%
<b>Excelente</b>	2	1,7
<b>Muito Bom</b>	23	19,3
<b>Aceitável</b>	60	50,0
<b>Fraco</b>	32	26,7
<b>Muito Fraco</b>	3	2,5
<b>Total</b>	120	100

Agregando os resultados em três grupos: “Excelente”/“Muito Bom”, “Aceitável” e “Fraco”/“Muito Fraco”, observa-se no geral que 20,8% da amostra consideram ter um reconhecimento social excelente e muito bom, e que os restantes 79,2% consideram o reconhecimento social da profissão como fraco, muito fraco ou aceitável. Corresponde ao sexo masculino uma maior percepção de um reconhecimento social fraco ou muito fraco com 40%, contra 27% no sexo feminino. Constata-se ainda que é o sexo feminino que tem menor percepção de um reconhecimento profissional excelente ou bom com 19%, contra 30% no sexo masculino (cf. tabela 12).

Tabela 12. Percepção pessoal do reconhecimento social da profissão de enfermagem em função do sexo

Reconhecimento	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>“Excelente”/“Muito Bom”</b>	6	30,0	19	19,0	25	20,8
<b>“Aceitável”</b>	6	30,0	54	54,0	60	50,0
<b>“Fraco”/“Muito Fraco”</b>	8	40,0	27	27,0	35	29,2
<b>Total</b>	20	100	100	100	120	100

### Formação em ética/bioética/deontologia profissional

Pelos resultados explanados na tabela 13, constata-se que a maioria dos enfermeiros nunca frequentou formação relativa a ética/bioética/deontologia profissional (51,7%). Ao ter-se em consideração o sexo a que pertencem, verifica-se que a maioria dos enfermeiros do sexo masculino (60%) já frequentou formação anterior em

ética/bioética/deontologia profissional, o que não acontece no sexo feminino, uma vez que a maioria (54%) nunca frequentou qualquer formação nesse âmbito.

Tabela 13. Formação anterior no âmbito da ética/bioética/deontologia em função do sexo

Formação anterior	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sim</b>	12	60,0	46	46,0	58	48,3
<b>Não</b>	8	40,0	54	54,0	62	51,7
<b>Total</b>	20	100	100	100	120	100

Questionados os elementos que nunca tiveram qualquer formação na área da ética/bioética/deontologia profissional (n=62), se frequentariam formação nessa área caso tivessem oportunidade, quase a totalidade da amostra (95,2%) respondeu que sim, sendo que apenas 4,8 % respondeu que não frequentaria formação na área proposta (cf. tabela 14).

Tabela 14. Vontade em frequentar formação no âmbito da ética/bioética/deontologia

Frequentaria formação	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sim</b>	7	87,5	52	96,3	59	95,2
<b>Não</b>	1	12,5	2	3,7	3	4,8
<b>Total</b>	8	100	54	100	62	100

### 2.1.2. Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE)

Neste capítulo serão analisados os dados referentes aos conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o Código Deontológico dos Enfermeiros, tendo por base as secções B, C, D e E do questionário e referentes às respetivas dimensões estudadas: Conceção sobre o CDE; Relevância do CDE para a prática profissional; Dificuldades em pôr em prática o CDE; Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional. Para tal consideraram-se as percentagens de respostas positivas para cada item e dimensão.

Os resultados obtidos através da análise dos valores médios para cada subescala expostos na tabela 15, revelam que a dimensão Conceção sobre o CDE apresenta um

mínimo de 2,71 e um máximo de 5,0 correspondendo uma média de 3,98 ( $\pm 0,47$ ). A dimensão relativa à Relevância do CDE para a prática profissional apresenta valores mínimos de 1,50 e máximos de 5,0 com uma média de 3,42 ( $\pm 0,66$ ). A dimensão Dificuldades em pôr em prática o CDE é aquela que apresenta menores valores mínimos e máximos, respetivamente com 1,20 e 4,20, a que corresponde uma média de 2,49 ( $\pm 0,59$ ), e a dimensão relativa às Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional apresenta uma média de 3,32 ( $\pm 0,63$ ), com valores mínimos de 1,25 e máximos de 5,0. O índice global dos conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o CDE mostra 2,39 como valor mínimo e 4,39 como valor máximo, correspondendo uma média de 3,37 ( $\pm 0,37$ ).

Os coeficientes de variação mostram dispersões moderadas (abaixo de 30%) para todas as dimensões, excepto a dimensão Conceção sobre o CDE e índice global a que correspondem baixas dispersões ( $cv < 15\%$ ), (cf. tabela 15).

Tabela 15. Estatísticas relativas aos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o CD

Dimensões	Min	Max	M	Dp	Cv (%)	Sk/erro	K/erro
Conceção	2,71	5,00	3,98	0,47	11,81	0,13	-0,14
Relevância	1,50	5,00	3,42	0,66	19,29	-0,16	0,47
Dificuldades	1,20	4,20	2,49	0,59	23,69	0,02	-0,15
Estratégias	1,25	5,00	3,32	0,63	18,97	-1,73	1,53
Índice global	2,39	4,39	3,37	0,37	10,98	-0,34	0,41

Procedeu-se à classificação dos Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o CD considerando a criação de grupos de coorte, construídos com base no percentil 25 (P25) e percentil 75 (P75), permitindo classificar os conhecimentos em fracos, moderados e bons. Os fracos conhecimentos correspondem ao P25 ( $\leq 86$ ), os bons conhecimentos equivalem ao P75 ( $\geq 101$ ), e os moderados conhecimentos situam-se entre o P25 e o P75 (86 a 101).

Reportando-nos a cada uma das dimensões da escala.

### Conceção sobre o CDE

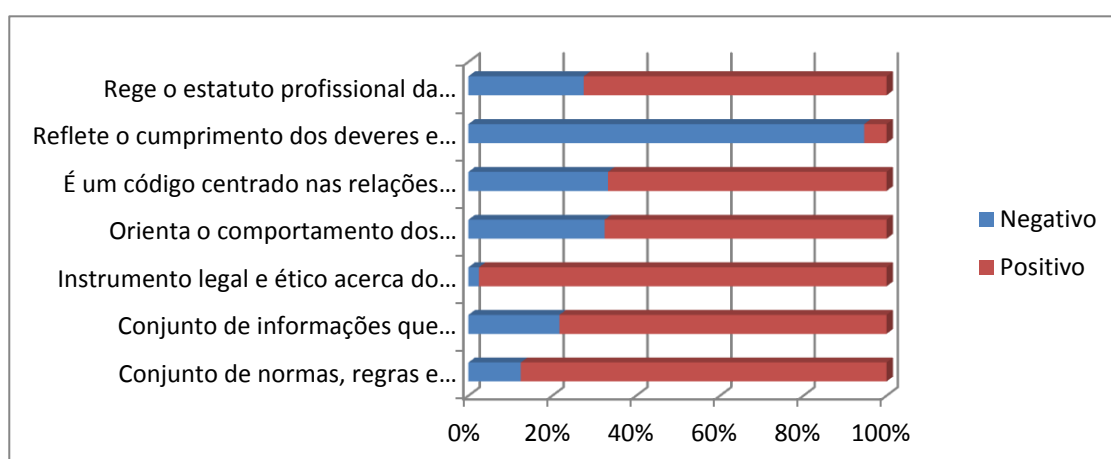
Da análise da tabela 16 e do gráfico 2, verifica-se que a dimensão Conceção sobre o CDE apresenta uma percentagem média de respostas positivas de 79,3%, e de respostas negativas de 20,7%, que se considera ainda significativo, e que deve ter-se em conta como

oportunidade de melhoria. O item “instrumento legal e ético acerca do exercício da profissão” apresenta-se como o menos duvidoso com uma percentagem de respostas positivas de 97,5%. Por outro lado os itens “é um código centrado nas relações com a sociedade e no comportamento humano” e “orienta o comportamento dos enfermeiros diante de situações oportunas” são os que mais dúvidas criam nos participantes com percentagens de respostas negativas de 33,3 % e 32,5% respectivamente.

Tabela 16. Conceção sobre o CDE

Dimensão	Itens	Negativo		Positivo		P (teste Binomial)
		Nº	%	Nº	%	
Conceção sobre o CDE	Conjunto de normas, regras e directrizes da profissão	15	12,5	105	87,5	***
	Conjunto de informações que orientam o enfermeiro	26	21,7	94	78,3	***
	Instrumento legal e ético acerca do exercício da profissão	3	2,5%	117	97,5%	***
	Orienta o comportamento dos enfermeiros diante de situações oportunas	39	32,5%	81	67,5%	***
	É um código centrado nas relações com a sociedade e no comportamento humano	40	33,3%	80	66,7%	***
	Reflete o cumprimento dos deveres e respeito pela profissão e pessoa cuidada	18	15,0	102	85,0%	***
	Rege o estatuto profissional da enfermagem	33	27,5%	87	72,5%	***
	<b>Média</b>		<b>20,7%</b>		<b>79,3%</b>	
*** p< 0.001		** p<0,01.		* p< 0.05		n.s. p> 0.05

Gráfico 2. Conceção sobre o CDE



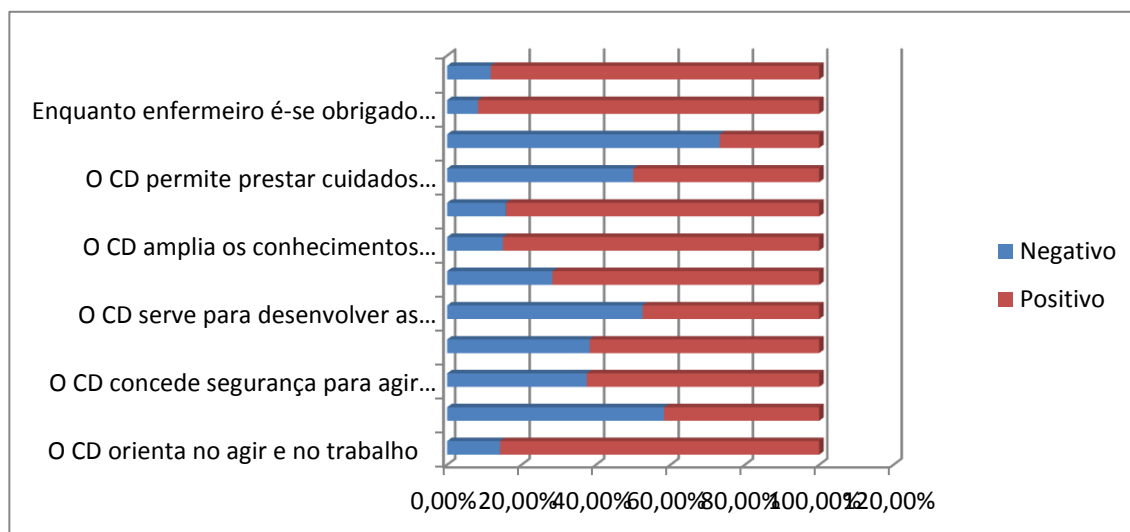
### Relevância do CDE para a prática profissional

No que respeita às respostas relativas com a Relevância do CDE para a prática profissional, pode constatar-se que é aceitável, carecendo porém de melhorias significativas ao apresentar um percentual de 66,4% de respostas positivas. Verifica-se ainda que o item “enquanto enfermeiro é-se obrigado a cumprir o CD” é o que apresenta uma percentagem superior de respostas positivas com 91,7%, suscitando portanto poucas dúvidas dentro da amostra. Contudo, os itens “o CD garante a confiança nos procedimentos técnicos” e “o CD serve para desenvolver as actividades de maneira uniforme” obtiveram um percentual positivo inferior a 50% (41,7% e 47,5% respectivamente), bem como o item “o CD permite prestar cuidados seguros e livres de negligência” que obteve um percentual positivo de 50%, constituem áreas duvidosas que necessitam de melhoramento (cf. tabela 17 e gráfico 3).

Tabela 17. Relevância do CDE para a prática profissional

Dimensão	Itens	Negativo		Positivo		P (teste Binomial)
		Nº	%	Nº	%	
Relevância do CDE para a prática profissional	O CD orienta no agir e no trabalho	17	14,2%	103	85,8%	***
	O CD garante a confiança nos procedimentos técnicos	70	58,3%	50	41,7%	n.s.
	O CD concede segurança para agir como enfermeiro	45	37,5%	75	62,5%	**
	O CD permite definir o que é certo e errado	46	38,3%	74	61,7%	*
	O CD serve para desenvolver as actividades de maneira uniforme	63	52,5%	57	47,5%	n.s.
	O CD determina os limites por parte dos profissionais	34	28,3%	86	71,7%	***
	O CD amplia os conhecimentos sobre aspectos éticos	18	15%	102	85%	***
	O CD assegura o zelo do profissional pela saúde da pessoa cuidada	19	15,8%	101	84,2%	***
	O CD permite prestar cuidados seguros e livres de negligência	60	50,0%	60	50,0%	n.s.
	Ao cumprir o CD fica-se livre de sanções disciplinares	88	73,3%	32	26,7%	***
	Enquanto enfermeiro é-se obrigado a cumprir o CD	10	8,3%	110	91,7%	***
	Ao cumprir o CD estou a zelar pelo bom nome e prestígio profissional	14	11,7%	106	88,3%	***
	<b>Média</b>		<b>33,6%</b>		<b>66,4</b>	
*** p< 0.001    ** p<0,01.    * p< 0.05    n.s. p> 0.05						

Gráfico 3. Relevância do CDE para a prática profissional



### Dificuldades em pôr em prática o CDE

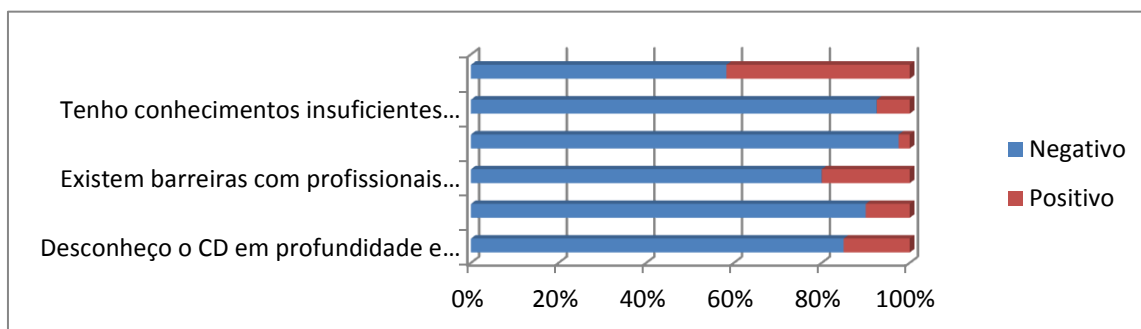
Contrariamente às anteriores esta é uma dimensão onde é emergente intervir, uma vez que apresenta apenas 16,1% de respostas positivas. O item “tenho dificuldade em entender o que consta no CD” constitui o item com menor percentual de respostas positivas, com apenas 2,5%, enquanto que o item com maior percentagem de respostas positivas, “sinto necessidade de debates crítico-reflexivos sobre situações práticas” apresenta um percentual de 41,7%, abaixo dos 50%, necessitando de melhoria (cf. tabela 18, gráfico 4).

Tabela 18. Dificuldades em pôr em prática o CDE

Dimensão	Itens	Negativo		Positivo		P (teste Binomial)
		Nº	%	Nº	%	
Dificuldades em pôr em prática o CDE	Desconheço o CD em profundidade e ajo por experiência	102	85,0%	18	15,0%	***
	Lido com vários tipos de profissionais de outras áreas e com pessoas leigas e é difícil utilizar o CD	108	90,0%	12	10,0%	***
	Existem barreiras com profissionais com responsabilidades superiores que dificultam a utilização do CD	96	80,0%	24	20,0%	***
	Tenho dificuldade em entender o que consta no CD	117	97,5%	3	2,5%	***
	Tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros	111	92,5%	9	7,5%	***
	Sinto necessidade de debates crítico-reflexivos sobre situações práticas	70	58,3%	50	41,7%	n.s.
	<b>Média</b>		<b>83,9%</b>		<b>16,1%</b>	

\*\*\* p < 0.001    \*\* p < 0,01.    \* p < 0.05    n.s. p > 0.05

Gráfico 4. Dificuldades em pôr em prática o CDE



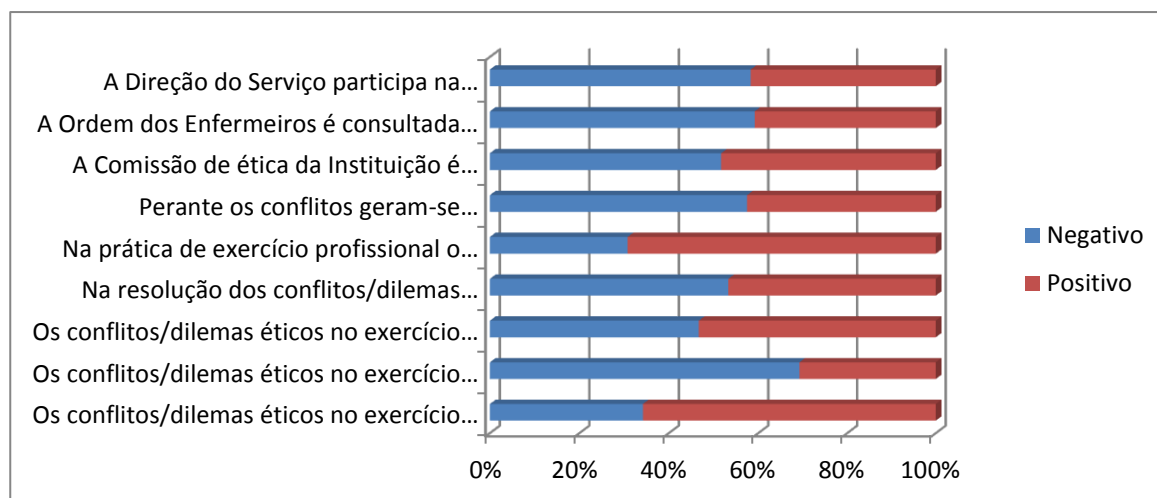
### Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional

À semelhança da dimensão anterior, também esta carece de intervenção, visto deter uma percentagem média de respostas positivas de 48,8%. O item “na prática de exercício profissional o Código Deontológico é utilizado na resolução dos conflitos/dilemas éticos” apresenta-se com o percentual mais alto de respostas positivas com 69,2%, enquanto o item “os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são discutidos de imediato com o chefe” é aquele que apresenta percentual positivo mais baixo com 30,8% (cf. tabela 19, gráfico 5).

Tabela 19. Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional

Dimensão	Itens	Negativo		Positivo		P (teste Binomial)
		Nº	%	Nº	%	
Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos com debates e reuniões em equipa	41	34,2%	79	65,8%	***
	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são discutidos de imediato com o chefe	83	69,2%	37	30,8%	***
	Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos em reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar	56	46,7%	64	53,3%	n.s.
	Na resolução dos conflitos/dilemas éticos são envolvidos os utentes e família	64	53,3%	56	46,7%	n.s.
	Na prática de exercício profissional o Código Deontológico é utilizado na resolução dos conflitos/dilemas éticos	37	30,8%	83	69,2%	***
	Perante os conflitos geram-se polémicas e cria-se ambiente hostil no trabalho	69	57,5%	51	42,5%	n.s.
	A Comissão de ética da Instituição é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos	62	51,7%	58	48,3%	n.s.
	A Ordem dos Enfermeiros é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos	71	59,2%	49	40,8%	n.s.
	A Direcção do Serviço participa na resolução dos conflitos/dilemas éticos	70	58,3%	50	41,7%	n.s.
<b>Média</b>			<b>51,2%</b>		<b>48,8%</b>	
*** p < 0.001		** p < 0,01.		* p < 0.05		n.s. p > 0.05

Gráfico 5. Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional



### 2.1.3. Auto-avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o CDE

A secção D visa a auto-avaliação do grau de conhecimentos dos participantes sobre o Código Deontológico. Mediante os resultados da tabela 20 observa-se que existe uma coerência em relação às respostas, quer no global quer comparando os géneros. Assim, constata-se uma maior representatividade de participantes a autoavaliarem-se com conhecimentos “aceitáveis” sobre o Código Deontológico (85% no sexo masculino, 71% no sexo feminino e 73,3% no geral), seguido de conhecimentos “muito bons” (10% no sexo masculino, 19% no sexo feminino e 17,5% no geral), e por último de “fracos” conhecimentos (5% no sexo masculino, 10% no sexo feminino e 9,2% no geral). De ressaltar que nenhum participante se auto-avaliou com conhecimentos “muito fracos” e “excelentes” sobre o Código Deontológico.

Tabela 20. Auto-avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o seu Código Deontológico em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
”Muito Bom”	2	10	19	19	21	17,5
“Aceitável”	17	85	71	71	88	73,3
“Fraco”	1	5	10	10	11	9,2
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

## 2.2. Análise inferencial

Neste capítulo do estudo são apresentados os resultados da análise inferencial, na tentativa de responder às questões de investigação inicialmente enunciadas.

### 2.2.1 - Relação entre variáveis sociodemográficas com os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico

Procurou saber-se se as variáveis sociodemográficas se relacionam com os conhecimentos dos enfermeiros sobre o Código Deontológico.

#### Conhecimentos sobre Código Deontológico e sexo

Estudou-se a relação entre o sexo e os conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o Código Deontológico através do Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias, cujos resultados se apresentam na tabela 21. Pelos valores de ordenação média apura-se que o sexo feminino revela melhores conhecimentos que o masculino em todas as vertentes analisadas à excepção das dificuldades, mas as diferenças encontradas nos dois grupos não mostra existir diferenças estatísticas significativas, pelo que se pode inferir sobre a não existência de relação entre as variáveis em estudo.

Tabela 21. Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e os conhecimentos com o Código Deontológico

Subescala	Sexo	Masculino	Feminino	z	p
		OM	OM		
<i>Conceção</i>		52,60	62,08	-1,119	0,263
<i>Relevância</i>		57,73	61,06	-0,392	0,695
<i>Dificuldades</i>		64,88	59,63	-0,620	0,535
<i>Estratégias</i>		58,75	60,85	-0,247	0,805
<i>Índice global</i>		58,53	60,90	-0,278	0,781

#### Conhecimentos sobre Código Deontológico e idade

De forma a determinar a influência da idade dos enfermeiros nos seus conhecimentos e experiência com o Código Deontológico foi efectuada uma análise de variância a um factor. Aporta a tabela 22 que os enfermeiros com idade superior a 35 anos são os que apresentam mais conhecimentos em relação à conceção, relevância e conhecimentos globais, enquanto os enfermeiros com idade inferior ou igual a 30 anos são portadores de maiores conhecimentos quanto às dificuldades e estratégias. São também estes que apresentam menos conhecimentos face à conceção e relevância e os enfermeiros

mais velhos nas dificuldades. O grupo etário dos 31-35 anos revela conhecimentos mais fracos no que respeita às estratégias e índice global. Todavia a diferença entre grupos apenas apresenta significância marginal na relevância localizando-se esta pelo teste post hoc de Tukey entre os enfermeiros com idade inferior ou igual a 30 anos e os enfermeiros com idade entre 31- 35 anos.

Tabela 22. Análise de variância a um factor entre idade e conhecimento e experiência com o Código Deontológico

Subescala	≤ 30 (1)		31- 35 (2)		> (35)		f	p	V.E. %	Teste Tukey (p)		
	Med	dp	Med	dp	Med	dp				1/2	1/3	2/3
<i>Conceção</i>	3,92	0,43	3,94	0,45	4,07	0,53	1.211	0.301	2.02			
<i>Relevância</i>	3,27	0,61	3,41	0,68	3,58	0,67	2.607	0.078		0.063		
<i>Dificuldades</i>	2,62	0,59	2,47	0,51	2,39	0,63	1.686	0.190				
<i>Estratégias</i>	3,39	0,48	3,21	0,70	3,35	0,7	0.813	0.446				
<i>Índice global</i>	3,35	0,31	3,32	0,38	3,42	0,42	0.862	0.425				

### 2.2.2. Relação ente variáveis profissionais com os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico

Procedeu-se ao estudo da relação entre as diferentes variáveis profissionais (curso que frequentam na ESSV, categoria profissional, serviço e zona geográfica onde exercem funções, experiência no actual serviço e experiência profissional, reconhecimento social da profissão de Enfermagem e formação anterior em ética/bioética/deontologia profissional) e os conhecimentos dos participantes com o Código Deontológico dos Enfermeiros.

#### Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e curso a frequentar na ESSV

Analisou-se os índices médios das subescalas dos conhecimentos dos enfermeiros com o Código Deontológico de forma a averiguar se os mesmos eram discriminados pelo curso que os participantes frequentam. Os resultados apresentados na tabela 23 mostram que os índices médios são próximos entre as subescalas e os cursos de pós-licenciatura e de pós-graduação. Os cursos de pós-licenciatura apresentam índices médios mais elevados na subescala da conceção, porém são os cursos de pós-graduação que apresentam índices médios mais elevados nas subescalas dificuldades, estratégias e índice global, sendo os índices médios da subescala da relevância igual para ambos os grupos. Assumindo igualdade de variâncias pelo teste de Levene as diferenças encontradas não são

significativas, pelo que se pode declarar que não existe relação entre o curso a frequentar e os conhecimentos dos enfermeiros com o código deontológico.

Tabela 23. Teste t para diferenças de médias entre as subescalas dos conhecimentos dos enfermeiros com o Código Deontológico e curso a frequentar

Curso a frequentar Subescala	Pós-licenciatura		Pós -graduação		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
<i>Conceção</i>	3.99	0.445	3.97	0.508	0.732	0.286	0.775
<i>Relevância</i>	3.42	0.619	3.42	0.703	0.609	-0.044	0.965
<i>Dificuldades</i>	2.43	0.549	2.56	0.635	0.217	-1.169	0.245
<i>Estratégias</i>	3.28	0.635	3.36	0.626	0.706	-0.695	0.489
<i>Índice global</i>	3.35	0.342	3.39	0.409	0.470	-0.594	0.544

### Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e categoria profissional

No intuito de determinar se os conhecimentos dos enfermeiros com o Código Deontológico eram discriminados pela categoria profissional efectuou-se um Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias, cujos resultados se apresentam na tabela 24. Analisando os valores de ordenação média observa-se que os participantes com a categoria de Enfermeiros mostram melhores conhecimentos em todas as subescalas analisadas, à excepção das estratégias que são os enfermeiros especialistas/chefes que denotam melhores conhecimentos. Contudo, as diferenças encontradas nos dois grupos não aponta existir evidência estatística, razão pela qual se pode deduzir da não existência de relação entre as variáveis.

Tabela 24. Teste U de Mann-Whitney entre conhecimentos com o Código Deontológico e categoria profissional

Subescala	Categoria	Enfermeiro	Especialista/Chefe	z	p
		OM	OM		
<i>Conceção</i>		60,51	60,40	-0,010	0,992
<i>Relevância</i>		60,59	59,50	-0,095	0,924
<i>Dificuldades</i>		62,07	43,25	-1,647	0,099
<i>Estratégias</i>		60,00	66,00	-0,524	0,600
<i>Índice global</i>		60,99	55,15	-0,508	0,611

### **Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e serviço onde exercem funções**

O Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias foi também o teste usado para aferir da existência de relação entre o serviço/unidade onde os participantes exercem funções e os conhecimentos e experiências com o Código Deontológico. Os resultados apresentados na tabela 25 mostram que pelos valores de ordenação média, são os enfermeiros que exercem funções em serviços/unidades não hospitalares que apresentam melhores conhecimentos e experiência com o Código Deontológico, todavia os resultados não apontam para a existência de evidência estatística entre as variáveis, pelo que se pode inferir da não relação entre as variáveis em estudo.

Tabela 25. Teste U de Mann-Whitney entre conhecimentos com o Código Deontológico e serviço/unidade funcional

<b>Serviço/Unidade</b>	<b>Hospitalar</b>	<b>Não Hospitalar</b>		
<b>Subescala</b>	<b>OM</b>	<b>OM</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
<i>Conceção</i>	57,33	63,47	-0,972	0,331
<i>Relevância</i>	56,62	64,13	-1,185	0,236
<i>Dificuldades</i>	58,94	61,96	-0,478	0,633
<i>Estratégias</i>	57,66	63,16	-0,869	0,385
<i>Índice global</i>	56,09	64,62	-1,343	0,179

### **Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e zona geográfica onde exercem funções**

No que respeita à relação entre os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e a zona geográfica onde exercem funções, os resultados obtidos através da aplicação do Teste de Kruskal-Wallis indicam que os enfermeiros que exercem funções na região Sul e Ilhas são portadores de maiores conhecimentos quanto à relevância e estratégias, e os enfermeiros que exercem funções na região Centro apresentam melhores conhecimentos quanto à conceção e dificuldades. Os resultados mostram ainda que de uma forma global são os enfermeiros que exercem funções no Sul e Ilhas que apresentam melhores conhecimentos, e que os enfermeiros que exercem funções no Norte apresentam piores conhecimentos. Porém, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. tabela 26).

Tabela 26. Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos com o Código Deontológico e zona geográfica onde exercem funções

Subescala	Região	Norte OM	Centro OM	Sul e Ilhas OM	X <sup>2</sup>	p
Conceção		53,03	62,01	49,50	1,242	0,537
Relevância		57,59	60,61	72,33	0,463	0,794
Dificuldades		57,09	61,79	35,17	1,906	0,386
Estratégias		69,19	58,76	72,83	1,640	0,441
Índice global		58,88	60,74	61,17	0,041	0,980

### Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e experiência profissional

Ao procurar relacionar-se os conhecimentos e experiência com o Código Deontológico com a experiência profissional depreende-se, pelos resultados obtidos com a análise de variância referente à tabela 27, que são os enfermeiros com experiência profissional igual ou superior a 15 anos que apresentam mais conhecimentos em todas as vertentes analisadas, à exceção das dificuldades em que é o grupo com cinco ou menos anos de experiência que possui maiores conhecimentos. A diferença entre os grupos apresenta significância estatística na relevância ( $p=0,026$ ), estratégias ( $p=0,033$ ) e índice global ( $p=0,029$ ). Aplicando-se o teste post hoc de Tukey é possível constatar que na vertente da relevância a significância estatística localiza-se entre os grupos com menor e maior tempo de experiência profissional ( $p=0,051$ ), e o grupo com maior tempo de experiência e o grupo com experiência entre 6 a 14 anos ( $p=0,043$ ). Nas vertentes estratégias e índice global a significância estatística situa-se para ambos entre o grupo com 6 a 14 anos e o grupo com maior tempo de experiência profissional (respectivamente com  $p=0,043$  e  $p=0,022$ ).

Tabela 27. Análise de variância a um factor entre tempo de experiência profissional e conhecimento e experiência com o Código Deontológico

Experiência Profissional Subescala	≤ 5 anos		6 – 14 anos		≥ 15 anos		f	p	V.E. %	Teste Tukey (p)		
	Med	dp	Med	dp	Med	dp				1/2	1/3	2/3
Conceção	3,91	0,43	3,94	0,53	4,12	0,42	2,177	0,118	3,59			
Relevância	3,31	0,64	3,32	0,72	3,67	0,53	3,759	0,026	6,03		0,051	0,043
Dificuldades	2,58	0,59	2,51	0,52	2,39	0,67	0,907	0,406	1,53			
Estratégias	3,41	0,43	3,14	0,72	3,47	0,64	3,498	0,033	5,64			0,043
Índice global	3,36	0,31	3,28	0,41	3,49	0,35	3,654	0,029	5,88			0,022

### Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e tempo de experiência no serviço onde exercem funções

De modo a estabelecer a influência do tempo de experiência no serviço onde os enfermeiros exercem funções e os seus conhecimentos e experiência com o Código Deontológico foi cumprida uma análise de variância a um factor. Refere a tabela 28 que os enfermeiros com experiência no serviço onde exercem funções de 3 a 8 anos apresentam mais conhecimentos em todas as subescalas excepto em relação às dificuldades onde é o grupo com menor tempo de serviço que apresenta maiores conhecimentos, contudo não se regista relevância estatística, denunciando inexistência de relação entre o tempo de experiência no serviço e conhecimentos com o Código Deontológico.

Tabela 28. Análise de variância entre tempo de experiência no serviço e conhecimentos e experiência com o Código Deontológico

Experiência no serviço Subescala	≤ 2,5 anos		3 – 8 anos		> 8 anos		f	p	V.E. %
	Med	dp	Med	dp	Med	dp			
<i>Conceção</i>	3,96	0,38	4,01	0,54	3,98	0,50	0,112	0,894	0,19
<i>Relevância</i>	3,27	0,54	3,51	0,72	3,48	0,68	1,639	0,199	2,72
<i>Dificuldades</i>	2,53	0,55	2,47	0,62	2,48	0,62	0,130	0,879	0,22
<i>Estratégias</i>	3,36	0,48	3,42	0,62	3,19	0,74	1,412	0,248	2,36
<i>Índice global</i>	3,34	0,28	3,42	0,41	3,35	0,42	0,670	0,514	1,13

### Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e reconhecimento social da profissão de Enfermagem

No intento de determinar se o reconhecimento social que os enfermeiros atribuem à sua profissão discriminava os conhecimentos e experiência dos mesmos com o Código Deontológico foi aplicado o Teste de Kruskal-Wallis conforme tabela 29. Os resultados evidenciam que os enfermeiros que consideram que a profissão possui muito bom ou excelente reconhecimento social detêm mais conhecimentos em relação à conceção, relevância e índice global. Os enfermeiros que consideram que a sua profissão apresenta um reconhecimento social aceitável mostram deter mais conhecimentos face às estratégias, e os enfermeiros que consideram ter um fraco ou muito fraco reconhecimento social denotam mais conhecimentos no que toca às dificuldades. Os valores de p demonstram não existir evidências estatísticas entre o reconhecimento social e os conhecimentos dos enfermeiros com o Código Deontológico.

Tabela 29. Teste de Kruskal-Wallis entre o reconhecimento social da profissão e conhecimentos com o Código Deontológico

Reconhecimento social	Excelente / Muito Bom	Aceitável	Fraco / Muito Fraco	X <sup>2</sup>	p
Subescala	OM	OM	OM		
<i>Conceção</i>	65,32	58,62	60,29	0,665	0,717
<i>Relevância</i>	67,30	60,08	56,36	1,469	0,480
<i>Dificuldades</i>	61,40	58,53	63,23	0,429	0,807
<i>Estratégias</i>	63,34	64,20	52,13	2,892	0,236
<b>Índice global</b>	67,44	61,10	54,51	2,053	0,358

### Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e formação anterior em ética/bioética/deontologia profissional

No que respeita à relação entre conhecimentos e experiência com o Código Deontológico e formação anterior em ética/bioética/deontologia profissional, os resultados indicam que os índices médios são próximos nas diferentes vertentes para quem nunca frequentou e para quem já fez formação na área, com um índice médio igual para o índice global. Os enfermeiros que já frequentaram formação em ética/bioética/deontologia profissional mostram índices médios mais elevados em relação à conceção e estratégias, e os enfermeiros que nunca participaram em formação nessa área apresentam índices médios mais elevados no que respeita à relevância e dificuldades, todavia os valores de significância não apresentam evidência estatística, pelo que não existe relação entre os conhecimentos dos enfermeiros com o Código Deontológico e formação anterior em ética/bioética/deontologia profissional (cf. tabela 30).

Tabela 30. Teste t para diferenças de médias entre as subescalas dos conhecimentos dos enfermeiros com o Código Deontológico e formação anterior em ética/bioética/deontologia profissional

Formação anterior	Sim		Não		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
<i>Conceção</i>	4,02	0,49	3,95	0,46	0,394	0,755	0,452
<i>Relevância</i>	3,40	0,69	3,44	0,63	0,964	-0,336	0,738
<i>Dificuldades</i>	2,42	0,61	2,56	0,57	0,491	-1,298	0,197
<i>Estratégias</i>	3,37	0,63	3,28	0,63	0,808	0,731	0,466
<b>Índice global</b>	3,37	0,37	3,37	0,37	0,831	0,056	0,956

### **Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e intenção de frequentar formação em ética/bioética/deontologia profissional**

Analisou-se a relação entre a intenção de frequentar formação na área da ética/bioética/deontologia profissional e os conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o Código Deontológico através do Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias. Pelos resultados apresentados na tabela 31 pode constatar-se que os participantes que não ambicionam frequentar formação na área revelam maiores conhecimentos em relação à relevância e dificuldades, enquanto aqueles que frequentariam formação mostram melhores conhecimentos na conceção, estratégias e índice global, contudo as diferenças encontradas nos dois grupos não mostra existir evidência estatística, pelo que se pode inferir sobre a não existência de relação entre as variáveis.

Tabela 31. Teste U de Mann-Whitney entre intenção de frequentar formação e os conhecimentos com o Código Deontológico

Oportunidade formação Subescala	Sim OM	Não OM	z	p
<i>Conceção</i>	32,05	20,67	-1,077	0,281
<i>Relevância</i>	31,21	37,17	-0,559	0,576
<i>Dificuldades</i>	30,93	42,67	-1,107	0,268
<i>Estratégias</i>	31,58	29,83	-0,165	0,869
<i>Índice global</i>	31,68	28,00	-0,345	0,730

### **Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e percepção pessoal dos conhecimentos que detêm**

Com a finalidade de determinar se a percepção que os enfermeiros têm dos seus próprios conhecimentos sobre o Código Deontológico discrimina a variável dependente aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, conforme tabela 32. Dos resultados obtidos, ressalta-se que os enfermeiros que se auto-avaliam como tendo “muito bons” conhecimentos acerca do Código Deontológico são de facto aqueles que mais conhecimentos detêm em todas as vertentes, à excepção das dificuldades onde é o grupo que considera ter “fracos” conhecimentos que mais informação apresenta. Os valores de p mostram diferenças estatísticas significativas em todas as subescalas, pelo que se aplicou o teste post hoc de Tukey, sendo possível constatar que relativamente a relevância e dificuldades a importância estatística localiza-se entre os grupos que se auto-avaliam com “fracos” e “muito bons” conhecimentos, (com  $p=0,014$  e  $p=0,020$  respectivamente). No que concerne a estratégias e índice global a significância estatística localiza-se entre os grupos que se avaliam com

conhecimentos “fracos” vs “aceitáveis” ( $p=0,015$  e  $p=0,037$ ), e “fracos” vs “muito bons” ( $p=0,039$  e  $p=0,009$ ). A conceção apresenta significância estatística global, entre os grupos que consideram ter “fracos” vs muito bons” conhecimentos ( $p=0,025$ ), “aceitáveis” vs “muito bons” conhecimentos ( $p=0,025$ ) e significância marginal entre os grupos que consideram ter “fracos” vs “aceitáveis” conhecimentos ( $p=0,080$ ).

Tabela 32. Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos com o Código Deontológico e percepção pessoal dos conhecimentos possuídos

Auto-avaliação (conhecimentos) Subescala	Fraco	Aceitável	Muito Bom	$\chi^2$	p	V.E. %	Teste Tukey (p)		
	OM	OM	OM				1/2	1/3	2/3
<b>Conceção</b>	35,95	58,89	80,10	12,470	0,002	10,48	0,080	0,001	0,025
<b>Relevância</b>	39,95	59,43	75,74	7,996	0,018	6,72		0,014	
<b>Dificuldades</b>	82,55	60,70	48,12	7,163	0,028	6,02		0,020	
<b>Estratégias</b>	32,55	63,19	63,88	7,880	0,019	6,62	0,015	0,037	
<b>Índice global</b>	34,27	61,02	72,07	8,612	0,013	7,24	0,039	0,009	

### 2.2.3. Variáveis predictoras dos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico

Estudaram-se quais as variáveis predictoras dos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico, cujos resultados se apresentam seguidamente.

Foi usado o método *sepwise* e entraram como variáveis mudas: o sexo (sexo dummy) e conhecimentos (conhecimentos fracos, conhecimentos aceitáveis e conhecimentos muito bons).

#### Relação entre conceção sobre o CDE e as variáveis independentes

Estudou-se em primeira instância, a relação entre conceção sobre o CDE e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, profissionais e autoavaliação dos conhecimentos). Os valores correlacionais exibidos na tabela 33, entre as variáveis independentes e a variável dependente conceção são negativos para os “conhecimentos fracos” ( $r=-0,250$ ) e “conhecimentos aceitáveis” ( $r=-0,061$ ), estabelecendo-se uma relação positiva com as restantes variáveis independentes, oscilando entre  $r=0,079$  no sexo e  $r=0,159$  na experiência profissional. Existem diferenças estatísticas significativas na “experiência profissional” ( $p=0,042$ ) e nos “conhecimentos fracos” ( $p=0,003$ ).

Tabela 33. Correlação de Pearson entre a conceção e variáveis independentes

Conceção	r	p
<b>Variáveis independentes</b>		
Idade	0,088	0,170
Sexo (dummy)	0,079	0,196
Experiência Profissional	0,159	0,042
Experiência no serviço	0,081	0,190
Conhecimentos fracos	-0,250	0,003
Conhecimentos aceitáveis	-0,061	0,254

Neste modelo de regressão caem as variáveis: idade, sexo, experiência profissional e experiência no serviço e as variáveis conhecimentos fracos e conhecimentos aceitáveis configuram-se como predictoras da conceção, entrando no modelo de regressão, e explicando na sua totalidade 11,4% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 9,9%. O erro padrão de regressão é 0,451 e o teste F ( $f=6,809$ ;  $p=0,010$ ) e os valores de t ( $t=43,203$ ;  $p=0,000$ ), apresentando significância estatística, sugerindo que estas variáveis que entraram no modelo de regressão, têm poder explicativo sobre a conceção (cf. quadro 8).

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se os conhecimentos fracos e os conhecimentos aceitáveis estabelecem uma relação negativa com a conceção, indicando que quanto menos conhecimentos fracos e aceitáveis maior é a conceção. Pela constante e pelos coeficientes B pode determinar-se o modelo final ajustado para a conceção, que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Conceção} = 4,252 + (-0,641 \text{conhecimentos fracos}) + (-0,286 \text{conhecimentos aceitáveis})$$

Quadro 8. Regressão múltipla entre conceção e variáveis independentes

Variável dependente: <b>conceção</b>				
R=0,338				
R <sup>2</sup> =0,114				
R <sup>2</sup> Ajustado=0,099				
Erro padrão de estimativa=0,451				
Incremento de R <sup>2</sup> =0.052				
F=6,809				
p=0,010				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p
Constante	4,252		43,203	0,000
<b>Conhecimentos fracos</b>	-0,641	-0,391	-3,821	0,000
<b>Conhecimentos aceitáveis</b>	-0,286	0,267	-2,609	0,010

A figura 5 representa o output gráfico do modelo final refinado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo o coeficiente de regressão ou de trajectória dos conhecimentos fracos é ( $\beta$  conhecimentos fracos = -0,39) e dos conhecimentos aceitáveis é ( $\beta$  conhecimentos aceitáveis = -0,27). O modelo explica cerca de 11% da variação observada da conceção nas diferentes variáveis, sendo o valor de  $r$  entre conhecimentos fracos vs conhecimentos aceitáveis de -0,53.

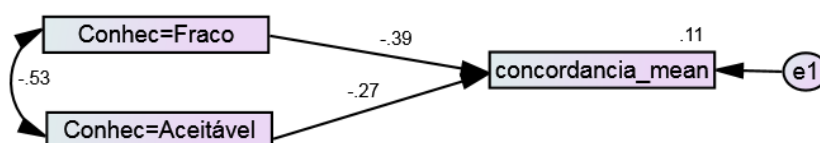


Figura 5. Gráfico do modelo final refinado para a conceção em função das variáveis

### Relação entre relevância do CDE e as variáveis independentes

Analisou-se posteriormente, a relação entre relevância do CDE e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, profissionais e autoavaliação dos conhecimentos), cujos resultados se apresentam na tabela 34. Observa-se que os valores correlacionais entre as variáveis independentes e a variável dependente relevância são negativos para os “conhecimentos aceitáveis” ( $r=-0,038$ ) e “conhecimentos fracos” ( $r=-0,211$ ), o que permite afirmar que quanto menor forem os “conhecimentos aceitáveis” e os “conhecimentos fracos”, mais relevância os enfermeiros manifestam. Com as restantes variáveis os valores correlacionais são positivos oscilando entre  $r=0,012$  e  $r=0,216$ . Apenas não existe significância estatística para o sexo ( $p=0,448$ ) e para os conhecimentos aceitáveis ( $p=0,342$ ).

Tabela 34. Correlação de Pearson entre a relevância e variáveis independentes

Relevância	r	p
Variáveis independentes		
Idade	0,216	0,009
Sexo (dummy)	0,012	0,448
Experiência Profissional	0,183	0,023
Experiência no serviço	0,171	0,031
Conhecimentos fracos	-0,211	0,010
Conhecimentos aceitáveis	-0,038	0,342

No presente modelo correlacional caem todas as variáveis à exceção da idade e conhecimentos fracos que se configura como preditoras da relevância, entrando no modelo de regressão, e explicando na sua totalidade 8,0% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 6,5%. O erro padrão de regressão é 0,637 e o teste F ( $f=4,295$ ;  $p=0,040$ ) e os valores de t ( $t=10,617$ ;  $p=0,000$ ), apresentando significância estatística, sugerindo que estas variáveis que entraram no modelo de regressão, têm poder explicativo sobre a relevância (cf. quadro 9).

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que a idade estabelece uma relação positiva com a relevância, podendo inferir-se que quanto maior a idade maior a relevância, e os conhecimentos fracos estabelecem uma relação negativa, indicando que quanto menos conhecimentos fracos maior é a relevância (cf. quadro 9).

Pela constante e pelos coeficientes B pode determinar-se o modelo final ajustado para a relevância, que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Relevância} = 2,898 + (0,016 \text{ idade}) + (-0,421 \text{ conhecimentos fracos})$$

Quadro 9. Regressão múltipla entre relevância e variáveis independentes

Variável dependente: <i>relevância</i>				
R=0,284				
R <sup>2</sup> =0,080				
R <sup>2</sup> Ajustado=0,065				
Erro padrão de estimativa=0,637				
Incremento de R <sup>2</sup> =0.034				
F=4,295				
p=0,040				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p
Constante	2,898		10,617	0,000
<b>Idade</b>	0,016	0,192	2,141	0,034
<b>Conhecimentos fracos</b>	-0,421	-0,185	-2,072	0,040

A figura 6 representa o output gráfico do modelo final refinado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo o coeficiente de regressão ou de trajectória dos conhecimentos fracos é ( $\beta$  conhecimentos fracos = -0,19) e da idade é ( $\beta$  idade = 0,19). O modelo explica cerca de 8% da variação observada da relevância nas diferentes variáveis, sendo o valor de r entre conhecimentos fracos vs idade de -0,13.

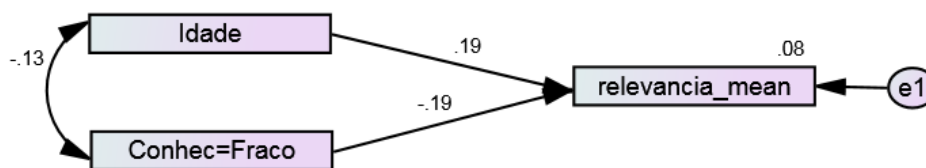


Figura 6. Gráfico do modelo final refinado para a relevância em função das variáveis

### Relação entre dificuldades em pôr em prática o CDE e as variáveis independentes

Estudou-se a relação entre dificuldades em pôr em prática o CDE e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, profissionais e autoavaliação dos conhecimentos). Os valores correlacionais encontrados revelados na tabela 35, entre as variáveis independentes e a variável dependente dificuldades são positivos para os “conhecimentos fracos” ( $r=0,183$ ), e negativos com as restantes variáveis independentes, variando o valor entre  $r=-0,217$  e  $r=-0,003$ . Existe significância estatística na idade ( $p=0,013$ ), na “experiência profissional” ( $p=0,009$ ) e nos “conhecimentos fracos” ( $p=0,023$ ).

Tabela 35. Correlação de Pearson entre dificuldades e variáveis independentes

Dificuldades	r	p
<b>Variáveis independentes</b>		
<b>Idade</b>	-0,205	0,013
<b>Sexo (dummy)</b>	-0,078	0,198
<b>Experiência Profissional</b>	-0,217	0,009
<b>Experiência no serviço</b>	-0,084	0,182
<b>Conhecimentos fracos</b>	0,183	0,023
<b>Conhecimentos aceitáveis</b>	-0,003	0,485

Neste modelo correlacional caem todas as variáveis à exceção da experiência profissional que se configura como preditora das dificuldades, entrando no modelo de regressão, e explicando na sua totalidade 4,7% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 3,9%. O erro padrão de regressão é 0,581 e o teste F ( $f=5,825$ ;  $p=0,017$ ) e os valores de t ( $t=28,669$ ;  $p=0,000$ ), apresentando significância estatística, sugerindo que a experiência profissional entra no modelo de regressão, e tem poder explicativo sobre as “dificuldades” (cf. quadro 10).

Pelos coeficientes padronizados beta constata-se que a experiência profissional estabelece uma relação negativa, indicando que quanto menor a experiência profissional maiores as dificuldades (cf. quadro 10).

Pela constante e pelos coeficientes B pode determinar-se o modelo final ajustado para as dificuldades, que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Dificuldades} = 2,683 + (-0,017 \text{ experiência profissional})$$

Quadro 10. Regressão múltipla entre dificuldades e variáveis independentes

Variável dependente: <i>dificuldades</i>				
R=0,217				
R <sup>2</sup> =0,047				
R <sup>2</sup> Ajustado=0,039				
Erro padrão de estimativa=0,581				
Incremento de R <sup>2</sup> =0.047				
F=5,825				
p=0,017				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p
Constante	2,683		28,669	0,000
<b>Experiência Profissional</b>	-0,017	-0,217	-2,413	0.017

A figura 7 representa o output gráfico do modelo final refinado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo o coeficiente de regressão ou de trajetória da experiência profissional é de ( $\beta$  experiência profissional = -0,22). O modelo explica cerca de 5% da variação observada das dificuldades.

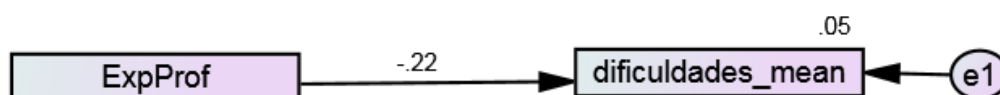


Figura 7. Gráfico do modelo final refinado para as dificuldades em função das variáveis

### Relação entre estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos e as variáveis independentes

Analisou-se a relação entre estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, profissionais e autoavaliação dos conhecimentos), estando os resultados expostos na tabela 36. Os valores correlacionais entre as variáveis independentes e a variável dependente estratégias são negativos para a

“experiência no serviço” ( $r=-0,082$ ) e para os “conhecimentos fracos” ( $r=-0,234$ ), sendo positivos para as restantes variáveis independentes, sendo que o valor de  $r$  oscila entre  $r=0,022$  e  $r=0,117$ , apenas existindo significância estatística com os “conhecimentos fracos” ( $p=0,005$ ).

Tabela 36. Correlação de Pearson entre estratégias e variáveis independentes

<b>Estratégias</b> Variáveis independentes	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>	0,036	0,348
<b>Sexo (dummy)</b>	0,022	0,405
<b>Experiência Profissional</b>	0,087	0,174
<b>Experiência no serviço</b>	-0,082	0,186
<b>Conhecimentos fracos</b>	-0,234	0,005
<b>Conhecimentos aceitáveis</b>	0,117	0,101

No presente modelo correlacional caem todas as variáveis à exceção dos conhecimentos fracos que se configura como preditor das estratégias, entrando no modelo de regressão, e explicando na sua totalidade 5,5% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 4,7%. O erro padrão de regressão é 0,614 e o teste F ( $f=6,821$ ;  $p=0,010$ ) e os valores de  $t$  ( $t=57,261$ ;  $p=0,000$ ), apresentando significância estatística, sugerindo que os conhecimentos fracos entram no modelo de regressão, e têm poder explicativo sobre as estratégias (cf. quadro 11).

Pelos coeficientes padronizados beta constata-se que os conhecimentos fracos estabelecem uma relação negativa, indicando que quanto menor os conhecimentos fracos maiores as estratégias (cf. quadro 11).

Pela constante e pelos coeficientes B pode determinar-se o modelo final ajustado para as dificuldades, que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Estratégias} = 3,372 + (-0,508 \text{ conhecimentos fracos})$$

Quadro 11. Regressão múltipla entre estratégias e variáveis independentes

Variável dependente: <i>estratégias</i>				
R=0,234				
R <sup>2</sup> =0,055				
R <sup>2</sup> Ajustado=0,047				
Erro padrão de estimativa=0,614				
Incremento de R <sup>2</sup> =0.055				
F=6,821				
p=0,010				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p
Constante	3,372		57,261	0,000
<b>Conhecimentos fracos</b>	-0,508	-0,234	-2,612	0,010

A figura 8 representa o output gráfico do modelo final refinado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo o coeficiente de regressão ou de trajetória dos conhecimentos fracos é de ( $\beta$  conhecimentos fracos = -0,23). O modelo explica cerca de 5% da variação observada das estratégias.

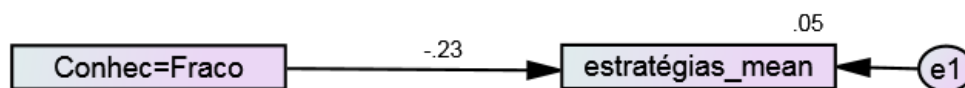


Figura 8. Gráfico do modelo final refinado para as estratégias em função das variáveis

### Relação entre índice global e as variáveis independentes

Por último estudou-se a relação entre o índice global e as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, profissionais e autoavaliação dos conhecimentos). Os valores correlacionais entre as variáveis independentes e a variável dependente índice global são negativos para os “conhecimentos fracos” ( $r=-0,246$ ), e positivos para as restantes variáveis independentes, oscilando entre  $r=0,017$  nos conhecimentos aceitáveis e  $r=0,122$  na experiência profissional. Existem diferenças estatísticas significativas nos “conhecimentos fracos” ( $p=0,003$ ) (cf. tabela 37).

Tabela 37. Correlação de Pearson entre o índice global e variáveis independentes

Índice global		
Variáveis independentes	r	p
Idade	0,096	0,149
Sexo (dummy)	0,020	0,416
Experiência Profissional	0,122	0,091
Experiência no serviço	0,048	0,301
Conhecimentos fracos	-0,246	0,003
Conhecimentos aceitáveis	0,017	0,427

Neste modelo de regressão a variável conhecimentos fracos configura-se como preditora do índice global, entrando no modelo de regressão, e explicando na sua totalidade 6,0% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 5,2%. O erro padrão de regressão é 0,365 e o teste F ( $f=7,579$ ;  $p=0,007$ ) e os valores de t ( $t=97,222$ ;  $p=0,000$ ), apresentando significância estatística, sugerindo que esta variável que entrou no modelo de regressão, tem poder explicativo sobre o índice global (cf. quadro 12).

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que os conhecimentos fracos estabelecem uma relação negativa com o índice global, inferindo-se que quanto menores os conhecimentos fracos maior é o índice global (cf. quadro 12).

Pela constante e pelos coeficientes B pode determinar-se o modelo final ajustado para o índice global, que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Índice global} = 3,399 + (-0,318 \text{ conhecimentos fracos})$$

Quadro 12. Regressão múltipla entre índice global e variáveis independentes

Variável dependente: <i>índice global</i>				
R=0,246				
R <sup>2</sup> =0,060				
R <sup>2</sup> Ajustado=0,052				
Erro padrão de estimativa=0,365				
Incremento de R <sup>2</sup> =0.060				
F=7,579				
p=0,007				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p
Constante	3,399		97,222	0,000
Conhecimentos fracos	-0,318	-0,246	-2,753	0,007

A figura 9 representa o output gráfico do modelo final refinado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo o coeficiente de regressão ou de trajectória dos

conhecimentos fracos é de ( $\beta$  conhecimentos fracos = -0,25). O modelo explica cerca de 6% da variação observada do índice global.

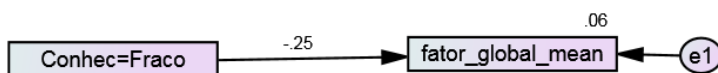


Figura 9. Gráfico do modelo final refinado para o índice global em função das variáveis

### 3. Discussão

Após a apresentação dos resultados, é feita a sua discussão, tendo em consideração as questões de investigação e os objectivos delineados inicialmente. Primeiramente é apresentada a discussão metodológica, de acordo com as dificuldades e limitações emergentes durante a consecução do presente estudo.

#### 3.1. Discussão metodológica

Durante a realização desta investigação seguiu-se uma estratégia metodológica tendo em atenção o tipo de estudo, as questões e os objectivos da investigação, o tipo de população e amostra, sendo que foi escolhido o instrumento de recolha de dados de autopreenchimento e maioritariamente de respostas fechadas com o intuito de evitar diferente vocabulário nas respostas. Interessa salvaguardar que a autenticidade dos resultados obtidos o que depende da honestidade e da sinceridade da amostra, uma vez que as respostas obtidas podem ter ido ao encontro do que se considera mais desejável, sem traduzir a realidade.

A aplicação do instrumento de recolha de dados aos enfermeiros a frequentar cursos de pós-licenciatura e pós-graduação na ESSV considera-se adequada, dado que possibilitou, num curto espaço de tempo, obter uma amostra considerável.

Não sendo representativa da população portuguesa de Enfermeiros, a dimensão da amostra não possibilita que sejam feitas generalizações quanto aos resultados obtidos, porém, considera-se que foram conseguidos dados importantes para a compreensão do objecto em estudo.

O presente estudo empírico enquadra-se num tipo de pesquisa descritiva analítica-correlacional, com foco transversal, o que pode constituir uma limitação metodológica, uma vez que a avaliação refere-se a um único momento, não havendo seguimento da problemática em estudo. Contudo este tipo de estudo possui diversas vantagens, como a rapidez do processo, mais simples em termos logísticos e mais acessível do ponto de vista económico. Assim, crê-se que o tipo de estudo empírico seguido foi o mais apropriado.

Embora existam limitações, considera-se que os resultados obtidos possibilitaram alcançar um conjunto de conhecimento mais consistente e científico acerca dos

conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o Código Deontológico da sua profissão.

### 3.2. Discussão dos resultados

O Código Deontológico dos enfermeiros constitui-se uma base capaz de nortear as suas actividades, proporcionando o alicerce para o exercício profissional, sendo que o desconhecimento dessas normas “implicará em atitudes contrárias a estes princípios e à regulamentação destes profissionais, além de impedir que os mesmos explorem seu potencial e exerçam suas funções de forma plena” (Araújo, Araújo & Barros, 2011, p.35).

Foi com apoio nestas premissas que foi desenvolvido o presente estudo, que tem como amostra 120 enfermeiros em exercício de funções, maioritariamente feminina (83,3%), com uma idade mínima de 22 anos e uma máxima de 54 anos, ao que corresponde uma média de idades de 34,28 ( $\pm 7,66$  anos), predominando os enfermeiros com idade superior a 35 anos (37,5%). Na sua maioria os enfermeiros frequentam cursos de pós-licenciaturas (51,7%), imperando aqueles que apresentam categoria de Enfermeiro (91,7%) face à categoria de Especialista e/ou Enfermeiro Chefe (8,3%). A maioria da amostra exerce funções em unidades não hospitalares (51,7%), na região Centro do país (84,2%). O tempo de experiência profissional, na amostra total revela um mínimo de 6 meses e um máximo de 30 anos, correspondendo-lhe uma média de 10,86 anos ( $\pm 7,52$  anos), com uma maior representatividade dos enfermeiros que detêm entre 6 a 14 anos de experiência profissional (38,3%). Já no actual serviço onde cada participante exerce funções corresponde um tempo mínimo de 4 meses e um máximo de 28 anos de serviço, com uma média de 6,88 anos ( $\pm 6,36$  anos). No que concerne ao reconhecimento social da profissão de Enfermagem, 79,2% da amostra considera ter um reconhecimento social muito fraco, fraco ou aceitável. A maioria da amostra (51,7%) nunca frequentou formação relativa a ética/bioética/deontologia profissional, contudo questionados se caso tivesse oportunidade frequentariam formação nessa área, quase a totalidade da amostra (95,2%) demonstrou interesse em fazê-lo.

Em relação aos dados referentes à concepção, relevância, dificuldades e estratégias, os índices médios são de 3,98 ( $\pm 0,47$  dp) para a concepção sobre o CDE, 3,42 ( $\pm 0,66$  dp) para a relevância do CDE, 2,49 ( $\pm 0,59$  dp) para as dificuldades em pôr em prática o CDE, e 3,32 ( $\pm 0,63$  dp) para as estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos. O índice global apresenta um índice médio de 3,37 ( $\pm 0,37$  dp).

Relativamente à conceção sobre o Código Deontológico constatou-se uma percentagem média de respostas positivas de 79,3%, e de respostas negativas de 20,7%, com significância estatística de  $p < 0,001$  para todos os itens pelo teste Binomial.

A relevância do Código Deontológico para a prática assistencial apresentou uma percentagem média de respostas positivas de 66,4%, e de respostas negativas de 33,6%. Dos 12 itens que compõem este grupo, 3 apresentam-se estatisticamente não significativos, 1 item apresenta uma significância estatística de  $p < 0,05$ , 1 item apresenta uma significância estatística de  $p < 0,01$ , e os restantes 7 itens apresentam significância estatística de  $p < 0,001$  pelo teste Binomial.

A subescala das dificuldades em pôr em prática o Código Deontológico é aquela que apresenta um menor percentual de respostas positivas com 16,1%, contra um percentual de 83,9% de respostas negativas. À exceção de um item que não apresenta significância estatística, os restantes itens apresentam significância estatística de  $p < 0,001$  pelo teste Binomial.

Em relação às estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional constatou-se uma percentagem média de respostas positivas de 48,8%, e de respostas negativas de 51,2%. Dos 9 itens que compõem a subescala, 3 apresentam significância estatística de  $p < 0,001$ , enquanto os restantes não apresentam evidência estatística pelo teste Binomial.

Na globalidade da amostra a maioria (73,3%) autoavalia-se com conhecimentos aceitáveis sobre o código deontológico, 17,5% autoavalia-se com conhecimentos muito bons e 9,2% assume ter fracos conhecimentos sobre o código deontológico.

### **3.2.1. Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e variáveis sociodemográficas**

No que concerne à relação entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico, constatou-se que o sexo feminino revela melhores conhecimentos que o sexo masculino em todas as vertentes, à exceção das dificuldades, onde são os enfermeiros do sexo masculino que mais conhecimentos apresentam, sendo a variável sexo, não apresenta relevância estatística.

Respeitante à idade, são os enfermeiros com idade superior a 35 anos que apresentam melhores conhecimentos relativamente à conceção, relevância e índice global,

sendo que aqueles que apresentam mais conhecimentos relativos às dificuldades e estratégias apresentam 30 ou menos anos de idade. A variável idade apresenta significância marginal na subescala da relevância ( $p=0,063$ ) entre os participantes da amostra com idade igual ou inferior a 30 anos e o grupo com idade compreendida entre os 31 e os 35 anos.

### **3.2.2. Conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico e variáveis profissionais**

Morgado et al. (2014, p. 118) referem que 78,3% dos enfermeiros apresentam dúvidas frequentemente e muito frequentemente, sobre como eticamente melhor agir, no contexto da sua prática de cuidados, em situações com os doentes, familiares e equipa multidisciplinar.

Constatou-se que os enfermeiros a frequentar cursos de pós-licenciatura apresentam conhecimentos superiores relativamente à conceção, enquanto os que frequentam cursos de pós-graduação apresentam melhores conhecimentos quanto às dificuldades, estratégias e índice global, apresentando ambos os grupos os mesmos conhecimentos em relação à relevância, sem existir contudo significância estatística. Façanha & Maluf (2017, p.24) defendem a necessidade de articular o ensino da bioética nos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem, bem como empenhar esforços na formação de enfermeiros nessa área, aumentando a produção científica, dado que a Enfermagem se encontra mediada por dilemas éticos, sendo necessários conhecimentos para a resolução desses problemas.

A amostra detentora da categoria de Enfermeiro mostra conhecimentos superiores em todas as subescalas, exceptuando-se as estratégias, onde são os enfermeiros especialistas/chefes que possuem mais conhecimentos, não existindo relação entre as variáveis.

Os enfermeiros que exercem funções em unidades não hospitalares apresentam melhores conhecimentos e experiência com o Código Deontológico, bem como os enfermeiros a exercerem funções na região Sul e Ilhas, não se verificando contudo diferenças estatísticas entre os grupos.

No que respeita à experiência profissional, são os enfermeiros com mais experiência profissional que mais conhecimentos apresentam em todas as subescalas, à excepção das dificuldades, onde são os enfermeiros com menos experiência profissional que mais

conhecimentos detêm. Existe diferença estatística no que concerne às subescalas: concepção ( $p=0,026$ ), entre os enfermeiros com experiência profissional igual ou menor a 5 anos e entre os enfermeiros com 15 ou mais anos de experiência profissional ( $p=0,051$ ), e entre os enfermeiros com experiência profissional entre 6 a 14 anos e os enfermeiros com maior tempo de experiência profissional ( $p=0,043$ ); estratégias ( $p=0,033$ ) e índice global ( $p=0,029$ ) entre os enfermeiros com 6 a 14 anos e aqueles com 15 ou mais anos de experiência profissional, com valores de significância respectivamente de  $p=0,043$  e  $p=0,022$ .

A amostra com 3 a 8 anos de experiência no serviço onde actualmente exercem funções apresenta conhecimentos superiores em relação a todas as subescalas, excepto no que refere às dificuldades onde são os enfermeiros com menor tempo de experiência no serviço que possuem mais conhecimentos, sem contudo existir significância estatística entre os grupos.

Os profissionais que reconhecem ter um reconhecimento social muito bom ou excelente apresentam mais conhecimentos relativamente à concepção, relevância e índice global, os que consideram ter um reconhecimento social aceitável detêm melhores conhecimentos no que concerne às estratégias, e os que consideram ter um reconhecimento social fraco e muito fraco detêm conhecimentos superiores no que toca às dificuldades, não existindo diferença estatística entre os grupos.

No que toca à frequência anterior em formação em ética/bioética/deontologia profissional, são os enfermeiros com formação na temática que apresentam melhores conhecimentos quanto à concepção e estratégias, sendo que em relação à relevância e dificuldades são os enfermeiros sem formação prévia que evidenciam mais conhecimentos, sem existir diferença estatística.

Respeitante à percepção pessoal dos conhecimentos que a amostra detém sobre o Código Deontológico, os enfermeiros que consideram ter conhecimentos muito bons acerca da temática apresentaram conhecimentos superiores em todas as subescalas à excepção das dificuldades onde os enfermeiros mais informados são os que consideram ter fracos conhecimentos. Existem diferenças estatísticas para todas as subescalas: concepção ( $p=0,002$ ), relevância ( $p=0,018$ ), dificuldades ( $p=0,028$ ), estratégias ( $p=0,019$ ) e índice global ( $p=0,013$ ). A subescala da concepção apresenta significância estatística entre todos os grupos: fracos vs muito bons conhecimentos ( $p=0,001$ ), aceitáveis vs muito bons ( $p=0,025$ ) e significância marginal entre fracos vs aceitáveis conhecimentos ( $p=0,080$ ). Estudos realizados indicam que a maioria dos enfermeiros atribuem um significado correcto ao seu

Código Deontológico, no entanto alguns participantes atribuem conceitos vagos, genéricos e usam mesmo jargões na sua caracterização, demonstrando uma compreensão fragilizada e pouco consistente (Silva et al., 2018, p.9), existindo entre os enfermeiros, confusão entre as legislações da categoria profissional (Barbosa, Rodrigues, Celino, & Costa, 2017, p. 5), podendo promover um afastamento significativo entre as actividades efectivamente realizadas e as suas competências ético-legais (Silva et al., 2018, p.12). Outros estudos apontam para realidades mais pessimistas, com um desconhecimento elevado e até mesmo precário, dos princípios subjacentes no código de ética da profissão, que se mostram por vezes insuficientes para o adequado desempenho de funções (Araújo, Araújo & Barros, 2011, p.45).

As subescalas da relevância e dificuldades apresentam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com fracos vs muito bons conhecimentos com valores de significância de  $p=0,014$  e  $p=0,020$  respectivamente. Silva et al. (2018, p.10) nota uma relação de obrigatoriedade no uso do código de ética por parte dos profissionais, que se opõe à “consciência ética de responsabilidade crítica legitimada e legalizada para realizar as acções pertinentes, como se deve esperar do profissional”. Dificuldades identificadas pelos enfermeiros para tomar decisões de âmbito ético e deontológico prendem-se com: défice de conhecimentos que possuem, informações a prestar às famílias, articulação e conflitos existentes na equipa multidisciplinar e relativos a formação e desenvolvimento profissional, Morgado et al. (2014, p. 120), que corroborado por Silva et al. (2018, p.11) identifica apatia e desmotivação, em alguns profissionais de enfermagem, no que respeita à resolução dos casos de dilemas ético/deontológicos, apatia e desmotivação originadas por atitudes relacionadas com a gestão, como falta de debates reflexivos, polémicas e ambiente hostil entre a equipa, e ainda falta de fiscalização.

Respeitante às estratégias e ao índice global existe significância estatística entre fracos vs aceitáveis conhecimentos ( $p=0,015$  e  $p=0,037$ , respectivamente), e entre conhecimentos fracos vs muito bons (valores respectivos de  $p=0,037$  e  $p=0,009$ ). Morgado et al. (2014, p.121) identifica como contributos de melhoria sugeridos pelos enfermeiros, para a tomada de decisão no contexto ético e deontológico o registo dos dilemas ético/deontológicos, articulação da equipa multidisciplinar, dotações seguras, assessoria ética e deontológica, recurso aos pareceres da comissão de ética e da Ordem dos Enfermeiros, e, existir formação, reflexão e discussão dos casos, a fim de “possibilitar análise crítica da realidade, e não apenas o desenvolvimento superficial de suas práxis” (Barbosa, Rodrigues, Celino, & Costa, 2017, p. 9). Silva et al. (2018, p.13) acrescenta ainda

uma gestão acessível aos profissionais e embutida no compromisso de bem-estar da equipa.

### **3.2.3. Variáveis preditoras dos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico**

As variáveis preditoras dos conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico foram os conhecimentos percebidos como fracos e aceitáveis por parte dos enfermeiros, a idade e a experiência profissional, sendo que cada subescala apresenta variáveis preditoras diferentes.

No que respeita à subescala da conceção apurou-se que os conhecimentos fracos e aceitáveis por parte dos enfermeiros estabelecem uma relação indirecta com a conceção sobre o CDE, sugerindo que quanto mais conhecimentos fracos e aceitáveis tiverem os enfermeiros, menor a sua conceção com o Código Deontológico. Relativamente à subescala da relevância, as variáveis que surgem como preditoras são a idade e os conhecimentos fracos, revelando-se uma relação directa com a idade e indirecta com os conhecimentos fracos, apontando para que o aumento da idade dos enfermeiros aumenta a relevância que atribuem ao Código Deontológico, por outro lado quanto mais conhecimentos fracos os enfermeiros possuírem, menor a relevância que atribuem ao CD da sua profissão. A experiência profissional estabelece uma relação indirecta com a subescala das dificuldades, inferindo-se que quanto maior a experiência profissional dos enfermeiros, menores as dificuldades em pôr em prática o código deontológico. O mesmo acontece com os conhecimentos fracos e a subescala das estratégias, onde se verifica uma relação indirecta, podendo deduzir-se que o aumento dos conhecimentos fracos induz menores estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional. Por sua vez, no que respeita ao índice global da escala, são os conhecimentos fracos que se evidenciam como preditores, estabelecendo uma relação indirecta, deduzindo-se que o aumento dos conhecimentos fracos pelos enfermeiros, leva a uma diminuição dos conhecimentos e experiência dos mesmos com o Código Deontológico que rege a sua profissão.

Os desafios éticos e o sofrimento moral estão presentes na realidade de trabalho dos enfermeiros, sendo que os recursos de enfrentamento que os profissionais usam para lidar com essas questões podem ser positivos, quando levam ao diálogo e à reflexão, e negativos, quando levam o profissional a aceitar e a conformar-se com a realidade, vivenciando sem o apoio dos colegas ou da instituição, situações éticas difíceis,

predispondo-o ao sentimento de sofrimento moral. O diálogo, a reflexão, a educação ética, o ensino problematizado, a deliberação moral, o desenvolvimento de pesquisas e o incentivo à participação dos enfermeiros neste processo podem ajudá-los a promover a sua competência ética, desenvolvendo-lhes habilidades para enfrentar melhor as questões éticas da prática, e conseqüentemente ajudá-los a lidar melhor com o sofrimento moral e suas conseqüências (Schaefer & Vieira, 2015, p.571).

Os enfermeiros consideram as premissas que compõem o Código de Ética como primordiais para garantir uma assistência segura e com suporte legal, pelo que é necessário conhecê-lo, compreendê-lo e aplicá-lo na prática assistencial (Silva et al., 2018, p.12).

#### 4. Conclusões

A Ordem dos Enfermeiros, como associação de direito público, tem entre outros, como desígnio fundamental a defesa dos interesses gerais dos destinatários alvo de cuidados por parte dos enfermeiros, bem como a regulação do exercício profissional, cumprimento de normas legais, técnicas e deontológicas. Por conseguinte o Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no estatuto da sua Ordem, nos seus 19 artigos, apresenta todos os direitos e deveres de todos os Enfermeiros, bem como as disposições legais de exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16 e 76).

O Código Deontológico dos Enfermeiros urge com pressupostos norteadores da actividade profissional da classe, sendo uma obrigação, mas também uma necessidade que todos os profissionais o conheçam.

Partindo-se destas evidências, realizou-se um estudo quantitativo, descritivo analítico-correlacional, de corte transversal, que contou com uma amostra de 120 enfermeiros a frequentarem cursos na ESSV, com prevalência do sexo feminino, com uma média de idades de 34,28 anos ( $\pm 7,66$  anos). Impera na amostra os participantes com categoria de Enfermeiro, sendo que a maioria frequenta cursos de pós-licenciatura e exerce funções em unidades não hospitalares na sua maioria na região Centro de Portugal. Apresentam uma média de 10,86 anos ( $\pm 7,52$  anos) de experiência profissional, e uma média de 6,88 anos ( $\pm 6,36$  anos) de exercício no actual serviço, e a grande maioria dos enfermeiros considera ter um reconhecimento social muito fraco, fraco ou aceitável quanto à sua profissão. A maioria nunca frequentou formação em ética/bioética/deontologia profissional, mas quase a totalidade demonstrou interesse em frequentar.

Relativamente à questão de investigação, em que se procurou saber os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico, os dados referentes às dimensões da conceção, relevância, dificuldades e estratégias, mostram:

- uma percentagem média de respostas positivas de 79,3% para a conceção sobre o CDE;
- uma percentagem média de respostas positivas de 66,4% para a relevância do CDE;

- uma percentagem média de respostas positivas de 16,1% para as dificuldades em pôr em prática o CDE;

- uma percentagem média de respostas positivas de 48,8% para as estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos.

A grande maioria da amostra considera ter conhecimentos aceitáveis sobre o Código Deontológico.

Sendo a prática profissional diária dos enfermeiros regida pelo seu CD, os resultados denotam um défice de conhecimentos pelos profissionais, constituindo uma dificuldade para os profissionais. Considera-se que a amostra carece de empoderamento acerca da temática em estudo, de forma a prestar cuidados de melhor qualidade, com maior segurança e livres de coações.

No que diz respeito às conclusões obtidas na questão de investigação, através do qual se procurou saber se existe relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e os conhecimentos dos enfermeiros sobre o Código Deontológico da sua profissão constatou-se que:

- não existem diferenças estatísticas significativas entre o sexo e os conhecimentos dos enfermeiros com o Código Deontológico;

- a idade apresenta significância estatística marginal na subescala da relevância.

- a experiência profissional apresenta-se como uma variável com interferência estatística nos conhecimentos dos enfermeiros com as subescalas da conceção e estratégias, bem como em relação ao índice global;

- os conhecimentos percebidos pelos próprios enfermeiros acerca do Código Deontológico, assumem-se como variáveis com interferência estatística nos conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o Código Deontológico.

Os resultados obtidos nas regressões lineares múltiplas indicam que:

- os conhecimentos percebidos pelos enfermeiros como fracos e aceitáveis estabelecem uma relação indirecta com a conceção, indicando que quanto menores os conhecimentos fracos e aceitáveis, maior a concordância dos enfermeiros com o seu Código Deontológico;

- a idade estabelece uma relação directa com a relevância, enquanto os conhecimentos fracos estabelecem uma relação indirecta com a mesma, sugerindo que o

aumento da idade dos enfermeiros e menores conhecimentos fracos levam a um aumento da relevância do Código Deontológico para os profissionais de enfermagem;

-a experiência profissional estabelece uma relação indirecta com as dificuldades, inferindo-se que quanto maior a experiência profissional, menores as dificuldades sentidas pelos enfermeiros a pôr em prática o seu Código Deontológico;

-os conhecimentos percebidos pelos enfermeiros como fracos estabelecem uma relação indirecta com as estratégias, indicando que o aumento dos conhecimentos fracos, leva a uma diminuição das estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional;

-os conhecimentos autoavaliados como fracos pelos enfermeiros estabelecem uma relação indirecta com o índice global da escala, inferindo-se que o aumento dos conhecimentos fracos, leva a menores conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o seu Código Deontológico.

Face a estes resultados, e sendo o Código Deontológico dos enfermeiros um instrumento normativo quer na prática assistencial, no ensino e/ou pesquisa, considera-se de extrema importância o aumento dos conhecimentos dos enfermeiros com o seu CD. Entende-se como fundamental quer por parte das entidades formadoras do ensino de Enfermagem, quer por parte dos próprios profissionais, investir e aumentar o seu leque de conhecimentos na área da ética/bioética/deontologia profissional, uma vez que só o empoderamento dos enfermeiros nesta temática, os conduz a um agir ético, livre de imperícia, imprudência ou negligência. Por outro lado também as chefias e as próprias instituições devem zelar por manter a reflexão contínua acerca da temática, e instituir planos de formação e discussões frequentes sobre questões éticas e deontológicas.

Possíveis soluções passariam por um aumento da carga horária de ética e deontologia profissional nos cursos de licenciatura, pós-graduação e pós-licenciaturas em enfermagem, criação de cursos de pós-graduação em ética e deontologia, dinâmicas de grupo do tipo “briefings” ou “brainstorming” bem como debates e reuniões direccionados ao tema, entre outros.

Considera-se necessário e importante a reflexão em equipa acerca da tomada de decisão ética e resolução de conflitos, que beneficiaria de uma aproximação entre as comissões de ética das diferentes instituições e os próprios profissionais, facilitando a aclaração de dúvidas, dilemas e questões, e fomentando uma maior troca e partilha de conhecimentos, experiência e casos práticos. Crê-se ainda ser uma temática que deveria

receber maior notoriedade pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde, pelas chefias e departamentos de formação, bem como pelos próprios profissionais, uma vez que está subjacente a toda a prática profissional.

Tem-se a expectativa que este estudo colabore como meio incentivador na procura de conhecimentos na área da ética e deontologia profissional, uma vez que são precisos mais estudos nesta temática, e que contribua para que os enfermeiros repensem a aplicação do seu Código Deontológico nas suas práticas.

Seria pertinente a realização de estudos que analisassem a perceção de outros grupos profissionais sobre os conhecimentos éticos e práticos dos enfermeiros, bem como os conhecimentos éticos entre as diferentes equipas multidisciplinares.

Apesar da escala “Mapeamento dos Conhecimentos dos Enfermeiros com o seu Código Deontológico” possuir propriedades psicométricas que permitem avaliar os conhecimentos e experiências dos enfermeiros com o código deontológico, crê-se que possa carecer de estudos mais profundos e amostras mais alargadas, e beneficiar de futuras melhorias.

Considera-se importante a realização de mais investigações que permitam estudar maiores amostras, estudos longitudinais, que permitam tirar outras ilações que ajudem em intervenções eficientes junto dos profissionais, de forma a garantir uma assistência qualificada e de encontro ao respeito pela dignidade humana.

## Referências Bibliográficas

- Araújo, D. Y., Araújo, E. J., & Barros, I. C. (Jan/Dez de 2011). O conhecimento dos enfermeiros do município de Teresina/Pi sobre seu código de ética. *Revista Vita et Sanitas*, (5). pp. 34-50.
- Barbosa, M. L., Rodrigues, H. N., Celino, S. D., & Costa, G. M. (2017). Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão. *Revista Baiana de Enfermagem*, pp. 1-10. Acedido em <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21978/15393>.
- Casañ, M., Capella, V., Olivares, J., & López, M. (2013). Código Ético y Deontológico de la Enfermería de la Comunidad Valenciana. *Revista ROL de Enfermería*, 36 (9), pp. 26-30.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem*. Coimbra: Almedina.
- Façanha, T. R., & Maluf, F. (2017). A presença do ensino da bioética na Enfermagem. *Revista Pró-UniverSUS*, 8 (1), pp. 17-25.
- França, A. P. (2012). *A consciência bioética e o cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Iglesias, M. E., & Vellejo, R. B. (2014). Nurse attitudes in relation to health care ethics and legal regulations for nursing. *Acta Bioethica*, 20 (2), pp. 255-264.
- Lei n.º161/96, (4 de Setembro). Regula o exercício profissional de enfermagem.
- Lei n.º104/98, (21 de Abril). Criação da Ordem dos Enfermeiros e aprovado o seu Estatuto. / *Série A*.
- Lei n.º156/2015, (16 de setembro). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *1ª série*, 8059-8105.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

- Morgado, T. M., Seabra, S. R., Ferreira, F. M., Mendes, A. T., Mateus, F. F., Pereira, F. M., et al. (Junho de 2014). A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética*, (20), pp. 113-129.
- Moura, P. F., Neiva, M. J., & Gomes, R. N. (2015). Bioethics in the context of nursing: ethical and legal aspects. *Revista Ciência & Saberes - Facema*, 1 (1), pp. 75-80.
- Nascimento, M. G., Costa, T. R., Costa, M. J., Lima, K. A., Rocha, T. M., & Santos, J. C. (2015). Dimensões éticas envolvidas no cuidado de enfermagem: uma revisão de literatura. *Veredas Favip - Revista Eletrônica de Ciências*, 8 (2), pp. 120-130.
- Neto, A. J. (2016). O Código Deontológico do Enfermeiro: uma ética aplicada sob influência hipocrática? *Revista Portuguesa de Bioética - Cadernos de Bioética*, 23, pp. 73-87.
- Nunes, L. (2016). Atos profissionais em debate. *Enfermagem em Foco*, 104, pp. 14-18.
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59 (2), pp. 7-17.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Schaefer, R., & Vieira, M. (2015). Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, pp. 563-573.
- Silva, T. N., Freire, M. E., Vasconcelos, M. F., Junior, S. V., Silva, W. J., Araújo, P. S., et al. (2018). Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*, 71 (1), pp. 3-10.
- Teles, N. O. (2013). Bioética e Documentos Nacionais e Internacionais. *Nascer e Crescer*, 22 (1), pp. 38-41.
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência* (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

**ANEXOS**



**ANEXO I – Instrumento de colheita de Dados**



## QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS COM O CÓDIGO DEONTOLÓGICO

O Código Deontológico dos Enfermeiros é um conjunto de 14 artigos incluídos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros alterado e republicado na Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Com este questionário pretendemos identificar os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico, pelo que solicitamos que colabore no seu preenchimento.

Por favor leia atentamente as questões antes de responder assegurando que as respostas refletem a sua perspetiva.

As suas respostas não serão utilizadas para outro fim senão o da presente investigação.

Asseguramos que os questionários serão tratados com a devida confidencialidade e anonimato.

Este questionário demorará a preencher cerca de 10 minutos.

Acresce referir que pode desistir do seu preenchimento em qualquer momento sem que daí ocorra qualquer penalização.

Agradecemos a sua colaboração!

### SECÇÃO A: Identificação

1 – Sexo:  Feminino  Masculino

2 – Idade: \_\_\_\_\_ anos

3 – Curso que frequenta na ESSV:  CPLEESIPO  CPLEEMCO  CPLEER  CPLEESMOG  CPLEEMP  
 CPGGASS  CPGFRT  CPGCPFV  Outro \_\_\_\_\_

4 – Categoria Profissional  Enfermeiro  Enfermeiro Especialista/Chefe

5 – Em que serviço/unidade exerce funções?

Pediatria

Obstetrícia/Ginecologia

Medicina

Cirurgia/Ortopedia

Bloco Operatório

Unidade de Cuidados Intensivos

Urgências

Centro de Saúde

Outro \_\_\_\_\_

6 – Zona geográfica onde trabalha?

Zona Norte

Zona Centro

Zona Sul

Região Autónoma da Madeira/Açores

7 – Experiência no serviço/unidade:

\_\_\_\_\_ anos

8 – Experiência profissional

\_\_\_\_\_ anos

9 – Como considera o reconhecimento social da sua profissão:

Excelente  Muito bom  Aceitável  Fraco  Muito fraco

10 – Alguma vez frequentou formação sobre ética/bioética/deontologia profissional?

Sim  Não

11 – Se respondeu não, frequentaria formação sobre ética/bioética/deontologia profissional se tivesse oportunidade?

Sim  Não

**SECÇÃO B: Conceções sobre o Código Deontológico do Enfermeiro**

Nesta secção são apresentadas algumas afirmações acerca do conceito de Código Deontológico do Enfermeiro. Indique, por favor, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações, utilizando a seguinte escala:

1- Discordo fortemente    2- Discordo    3- Não concordo nem discordo    4-Concordo    5-Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. Conjunto de normas, regras e diretrizes da profissão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Conjunto de informações que orientam o enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Instrumento legal e ético acerca do exercício da profissão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Orienta o comportamento dos enfermeiros diante de situações oportunas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. É um código centrado nas relações com a sociedade e no comportamento humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Reflete o cumprimento dos deveres e respeito pela profissão e pessoa cuidada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Rege o estatuto profissional da enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SECÇÃO C: O Código Deontológico na prática assistencial**

As afirmações seguintes estão relacionadas com a relevância do Código Deontológico (CD) durante as ações profissionais. Indique por favor o seu grau de concordância para cada uma delas, utilizando a seguinte escala.

1- Discordo fortemente    2- Discordo    3- Não concordo nem discordo    4-Concordo    5-Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. O Código Deontológico(CD) orienta no agir e no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O CD garante a confiança nos procedimentos técnicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O CD concede segurança para agir como enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O CD permite definir o que é certo e errado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O CD serve para desenvolver as atividades de maneira uniforme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. O CD determina os limites por parte dos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. O CD amplia os conhecimentos sobre aspetos éticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. O CD assegura o zelo do profissional pela saúde da pessoa cuidada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. O CD permite prestar cuidados seguros e livres de negligência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ao cumprir o CD fica-se livre de sanções disciplinares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Enquanto enfermeiro é-se obrigado a cumprir o CD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ao cumprir o CD estou a zelar pelo bom nome e prestígio profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SECÇÃO D: Grau de conhecimentos sobre o Código Deontológico do Enfermeiro**

1 - Por favor atribua a si próprio um grau dos conhecimentos que possui sobre o Código Deontológico do Enfermeiro

Excelentes                       Muito Bons                       Aceitáveis                       Fracos                       Muito Fracos

**SECÇÃO E: Dificuldades em pôr em prática o Código Deontológico**

Indique a frequência com que ocorrem situações no serviço/unidade onde trabalha que dificultam pôr em prática o Código Deontológico utilizando a escala indicada:

**1- Nunca      2- Raramente      3- Por vezes      4- A maioria das vezes      5- Sempre**

	1	2	3	4	5
1. Desconheço CD em profundidade e ajo por experiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Lido com vários tipos de profissionais de outras áreas e com pessoas leigas e é difícil utilizar o CD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Existem barreiras com profissionais com responsabilidades superiores que dificultam a utilização do CD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tenho dificuldade em entender o que consta no Código Deontológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tenho conhecimentos insuficientes sobre direitos e deveres dos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sinto necessidade de debates crítico-reflexivos sobre situações práticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SECÇÃO F: Estratégias resolutivas de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional**

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca das estratégias na resolução de conflitos/dilemas éticos no exercício profissional. Utilize para isso a escala indicada:

**1-Discordo fortemente    2-Discordo    3- Não concordo nem discordo    4-Concordo    5-Concordo fortemente**

	1	2	3	4	5
1. Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos com debates e reuniões em equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são discutidos de imediato com o chefe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Os conflitos/dilemas éticos no exercício profissional são resolvidos em reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Na resolução dos conflitos/dilemas éticos são envolvidos os utentes e família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Na prática de exercício profissional o Código Deontológico é utilizado na resolução dos conflitos/dilemas éticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Perante os conflitos geram-se polémicas e cria-se ambiente hostil no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A Comissão de Ética da Instituição é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A Ordem dos Enfermeiros é consultada para a resolução dos conflitos/dilemas éticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A Direção do Serviço participa na resolução dos conflitos/dilemas éticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigada pela sua participação!



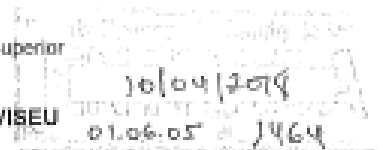
**ANEXO II – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados à Comissão Ética da ESSV**





Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



Exmo. Sr.  
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu  
Professor Doutor Carlos Pereira  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida nº 102  
3500-843 Viseu

**ASSUNTO: PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA SOBRE O ESTUDO/INVESTIGAÇÃO**

O orientador/docente Ernestina Silva e o estudante de curso no âmbito da unidade curricular de Deontologia e Ética e Bioética vêm solicitar a V. Exa. se digne submeter o pedido do estudo/ investigação sobre o tema CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS COM O CÓDIGO DEONTOLÓGICO à apreciação da Comissão de Ética da ESSV a fim de ser emitido parecer.

Para o efeito junta-se em anexo 1 o modelo "Dados do Projeto de Investigação" e em anexo 2 o instrumento de recolha de dados

Nota: Nos casos de dados pessoais sensíveis, nomeadamente os dados de saúde, dados genéticos, dados de vida privada e/ou dados relativos à raça ou etnia, o tratamento só é permitido quando se verificarem as condições de legitimidade constantes do n.º 2 do art. 7º da Lei nº 67/98 (LPD) pelo que deve fazer prova de ter essa autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Data 09-04-2018

*Handwritten signature: Comissão Ética 11/4/2018*

Pede Deferimento

*Handwritten note: Emitido o parecer favorável à submissão 10/4/2018*

Ernestina Baboça Silva

O orientador/docente

☐-estudante



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

## ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

### DADOS DO PROJETO DO ESTUDO/INVESTIGAÇÃO

**Nome do estudante** Ernestina Silva

**Nome do Orientador** Não se aplica

**Curso** Não se aplica **Ano** **Semestre**

**No âmbito da Unidade Curricular de** Deontologia e Ética e Bioética

**Tema do Estudo/Investigação** CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS COM O CÓDIGO DEONTOLÓGICO

**Objetivo principal do Estudo/Investigação** Identificar os conhecimentos e experiência dos enfermeiros com o Código Deontológico

**Finalidade/Benefícios que resultarão do estudo** Contribuir para a reflexão sobre a importância do Código Deontológico enquanto documento orientador do comportamento dos enfermeiros perante a pessoa cuidada, a sociedade, os colegas e elementos das outras profissões

**Tipo de instrumento de colheita de dados** Questionário

**Metodologia para a recolha de dados** Distribuição dos questionários aos enfermeiros presentes em sala de aula e que aceitem voluntariamente participar no estudo, após ter sido prestado o consentimento informado

**Participantes/Sujeitos a incluir** Enfermeiros a frequentar os diversos cursos de pós-graduação e pós-licenciatura de especialização na ESSH no 2º semestre do ano letivo 2017/2018

**Local/Serviços/Instituição onde decorre o estudo** ESSH, IPV

**Período de colheita de dados** Abril de 2018

A informação a prestar aos participantes ou tutores legais sobre a finalidade do estudo, os detalhes relevantes e benefícios e/ou riscos eventuais vai ser dada em moldes simples, concretos, compreensíveis e adequada ao nível de compreensão. Assinale o que se aplica:

- As informações são prestadas oralmente
- De acordo a Recomendação Nº 3/2014 as informações são prestadas por escrito

(Neste caso deve anexar modelo de consentimento informado).

Declaro que me comprometo a respeitar a integridade científica na recolha de dados e na elaboração do trabalho, declaro ainda que me comprometo a obter o consentimento informado dos participantes/sujeitos a incluir e a salvaguardar a anonimização e a confidencialidade dos dados colhidos.

Data 09-04-2018

Ernestina Baloca Silva


**ANEXO III – Autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados da  
Comissão de Ética da ESSV**





## FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS

PARECER Nº 09/2018

Estudante(s)	
Investigador	Prof. Doutor Daniel Silva e Ernestina Silva
Curso	NA
No âmbito de	Unidade Curricular de Bioética
Identificação do Estudo/Projecto	CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS COM O CÓDIGO DEONTOLÓGICO
Data de submissão	12/04/2018
Relator	Prof. Doutora Rosa Martins 
A presidente da CE da ESSV	Prof. Doutora Ernestina Silva

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL</b> (A proposta é eticamente aceitável)	<b>MOTIVOS:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PARECER ÉTICO CONDICIONADO A AVALIAÇÃO</b> (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos)	<b>MOTIVOS:</b> (ver requisitos)
<input type="checkbox"/>	<b>PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL</b> (como tal, o projecto não pode ser aprovado)	<b>MOTIVOS:</b>

**REQUISITOS:**

**RECOMENDAÇÕES:**

## QUESTÕES ÉTICAS II: SERES HUMANOS

Esta investigação envolve participantes humanos?

Não  Sim  Não aplicável

São voluntários para investigação social ou ciências humanas?

Não  Sim  Não aplicável

São pessoas incapazes de dar consentimento informado?

Não  Sim  Não aplicável

São indivíduos ou grupos vulneráveis?

Não  Sim  Não aplicável

São crianças ou menores de idade?

Não  Sim  Não aplicável

São pacientes?

Não  Sim  Não aplicável

Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?

Não  Sim  Não aplicável

Envolve técnicas invasivas?

Não  Sim  Não aplicável

Envolve colheita de amostras biológicas?

Não  Sim  Não aplicável

### REQUISITOS – SERES HUMANOS

Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se pessoas/grupos vulneráveis serão envolvidos.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

Detalhes sobre a política a implementar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

## QUESTÕES ÉTICAS 2: PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não  Sim  Não aplicável

Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, dados de saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não  Sim  Não aplicável

Envolve o processamento de informação genética?

Não  Sim  Não aplicável

Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não  Sim  Não aplicável

Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não  Sim  Não aplicável

## REQUISITOS – PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Devem ser apresentadas cópias de aprovação para a recolha de dados pessoais pela autoridade competente – Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, protecção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da EU.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

### QUESTÕES ÉTICAS 3: OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais