



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Bioética

Importância do Ensino da Bioética
nas Tecnologias da Saúde

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Bioética

Adelino M. Moreira dos Santos

Instituto de Bioética

Porto, 2016



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Bioética

Importância do Ensino da Bioética
nas Tecnologias da Saúde

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Bioética

Por **Adelino M. Moreira dos Santos**

Sob a orientação da Professora Doutora Ana Sofia Carvalho
e da Professora Doutora Sandra Martins Pereira

Instituto de Bioética

Porto, 2016

Índice Geral

RESUMO	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I – BIOÉTICA: ALGUNS DESAFIOS PARA O NOSSO TEMPO	4
AS APLICAÇÕES DA ÉTICA PRÁTICA.....	4
INFLUÊNCIA KANTIANA NAS ÉTICAS APLICADAS.....	6
TEORIAS BIOÉTICAS: ALGUMAS REFLEXÕES E O SEU ENSINO.....	8
A QUALIDADE DA ÉTICA MÉDICA.....	11
A AUTONOMIA NO CONTEXTO DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS	13
CAPÍTULO II - BIOÉTICA E ENSINO	34
COMO ENSINAR BIOÉTICA AOS TÉCNICOS DE SAÚDE	34
FACTORES DA CONSCIÊNCIA ÉTICA	37
A BIOÉTICA NA SAÚDE PÚBLICA.....	43
PORQUÊ ENSINAR BIOÉTICA AOS TÉCNICOS DE SAÚDE.....	45
CAPÍTULO III - FORMAÇÃO EM BIOÉTICA NAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE	48
APONTAMENTO HISTÓRICO DA FORMAÇÃO EM BIOÉTICA NAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE.....	51
A CONSTITUIÇÃO DAS ESCOLAS TÉCNICAS E A SUA INTEGRAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL	53
ACTUALIDADE DO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO.....	54
IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	56
AS TEMÁTICAS NO ENSINO DA BIOÉTICA - ESTADO DA ARTE.....	57
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	68
CAPITULO IV – ESTUDO I – FORMAÇÃO EM BIOÉTICA NAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE EM PORTUGAL..	68
CONSIDERAÇÕES GERAIS	68

A ACTUALIDADE DA FORMAÇÃO SOBRE/EM BIOÉTICA NAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE.....	69
A GENERALIDADE DOS CURSOS NAS ESTES.....	69
<i>Definição dos Objectivos Gerais dos Cursos.....</i>	71
<i>Características Específicas da Formação em Bioética nas Tecnologias da Saúde</i>	72
<i>As Escolas das Tecnologias da Saúde.....</i>	74
OS CURSOS MINISTRADOS NAS ESTES	75
A DISCIPLINA DE BIOÉTICA.....	76
CAPITULO V - ESTUDO II – 1 - CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO	83
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	84
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	88
ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	89
ESTUDO II – 2 - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO ESTATÍSTICA DO INQUÉRITO “A IMPORTÂNCIA DO ENSINO DA BIOÉTICA”	91
ESTUDO III – IMPORTÂNCIA DO ENSINO EM BIOÉTICA: A PERSPECTIVA DOS TÉCNICOS	104
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	106
VERIFICAÇÃO DE HIPÓTESES	112
CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO	120
DISCUSSÃO	120
LIMITAÇÕES.....	128
CAPÍTULO VII - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS	129
BIBLIOGRAFIA	132
ANEXOS	146

Índice de Tabelas

TABELA 1: FASES DO ESTUDO	92
TABELA 2: DIMENSÕES DO IEB	96
TABELA 3: MATRIZ DAS SATURAÇÕES FACTORIAIS	98
TABELA 4: VALORES DAS MEDIDAS DE PARCIMÓNIA E DE AJUSTAMENTO	102
TABELA 5: ESTRATÉGIAS ESTATÍSTICAS DE ANÁLISE DOS DADOS	105
TABELA 6: NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS RECEBIDOS	106
TABELA 7: CARACTERIZAÇÃO BIOGRÁFICA	107
TABELA 8: CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL	108
TABELA 9: CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO EM ÉTICA/BIOÉTICA	109
TABELA 10: CONTEÚDOS E UTILIDADE DA FORMAÇÃO EM ÉTICA/BIOÉTICA	110
TABELA 11: UTILIZAÇÃO DE ÉTICA/BIOÉTICA NO CONTEXTO LABORAL	111
TABELA 12: ACTUAÇÃO PROFISSIONAL (SATISFAÇÃO E ENVOLVIMENTO)	111
TABELA 13: FORMAÇÃO ESPECÍFICA E IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM BIOÉTICA	112
TABELA 14: DURAÇÃO DA FORMAÇÃO E IMPORTÂNCIA DO ENSINO EM ÉTICA/BIOÉTICA	113
TABELA 15: FORMAÇÃO EM DEONTOLOGIA E IMPORTÂNCIA DO ENSINO EM ÉTICA/BIOÉTICA	114
TABELA 16: DURAÇÃO DA FORMAÇÃO EM DEONTOLOGIA E IMPORTÂNCIA DO ENSINO EM ÉTICA/BIOÉTICA	115
TABELA 17: DURAÇÃO DA FORMAÇÃO EM DEONTOLOGIA E IMPORTÂNCIA DO SEU ENSINO	116
TABELA 18: NÚMERO DE DISCIPLINAS DE ÉTICA/BIOÉTICA E IMPORTÂNCIA DO SEU ENSINO	117
TABELA 19 – RESUMO DA VERIFICAÇÃO DE HIPÓTESES	118

Índice de Figuras

FIGURA 1: FLUXOGRAMA DO PROCEDIMENTO DA RECOLHA DE DADOS	87
FIGURA 2 – MODELO TEÓRICO DA IMPORTÂNCIA DO ENSINO DA BIOÉTICA	94
FIGURA 3 – MODELO AJUSTADO DA IMPORTÂNCIA DO ENSINO DA BIOÉTICA (IEB).....	101

Agradecimentos

O resultado deste trabalho é o culminar de uma longa sequência de acontecimentos e, naturalmente, são devidos agradecimentos a muitas pessoas.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Ana Sofia Carvalho, a quem devo a superior orientação, pelo incentivo, auxílio e motivação desde a primeira hora na elaboração deste projecto, pelo que, sem a sua colaboração, teria sido muito difícil a realização do mesmo.

Seguidamente, agradeço à Professora Doutora Sandra Martins Pereira, que tão amavelmente aceitou a co-orientação deste trabalho, pelas inúmeras críticas, sugestões e, sobretudo, pela disponibilidade e pelos ensinamentos essenciais à concretização deste dissertação.

Agradeço, também, à Professora Doutora Margarida Tenente Pocinho pelos contributos científicos, contínuo apoio e encorajamento durante todo o processo, e cuja inesgotável energia e entusiasmo contribuíram para ultrapassar as dificuldades que sempre aparecem.

Não me posso esquecer, neste momento, de todos aqueles que, voluntariamente, participaram neste estudo e a quem devo os dados que possibilitaram a execução desta dissertação. Uma palavra em especial me merecem aqueles que, pacientemente, executaram os pré-testes.

Cumpr-me, ainda, agradecer aos Corpos Directivos do Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das áreas de Diagnóstico e Terapêutica, da Associação Portuguesa de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública, da Associação Portuguesa dos Técnicos de Radioterapia, Radiologia e Medicina Nuclear e da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas por terem apoiado a colheita de dados.

Uma pequena nota pela dívida que sinto em relação ao Instituto de Bioética, e à Universidade Católica, onde sempre fui muito bem acolhido e que me possibilitaram, de facto, a efectivação deste meu projecto.

Gostaria, ainda, de agradecer à Direcção da Administração Central do Sistema de Saúde pela colaboração relativa ao universo em questão.

Por fim, um grande obrigado à Direcção da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra pelo incentivo e todo o apoio concedido ao longo de todo este processo: sempre acreditaram no sucesso do Corpo Docente.

A todos Estes e Aqueles que involuntariamente não referi, o meu MUITO OBRIGADO.

Resumo

Contexto: Não há concordância sobre se programas que visam os maiores tópicos em Bioética são mais ou menos úteis do que aqueles que reconhecem e se focam nas preocupações éticas e morais quotidianas dos profissionais. Neste sentido, tem-se como propósito deste estudo perceber qual a importância do ensino da Bioética/Ética médica no quotidiano profissional dos Técnicos de Saúde.

Metodologia: A recolha de dados foi efectuada em plataforma *online*, durante 40 dias. Ao fim deste período obtivemos 1290 respostas válidas (362 ACSP, 321 RAD e 607 FISIO). Resultados; O questionário (IEB), construído e validado pelos autores, obteve uma consistência interna de 0,96 e uma consistência temporal de 0,95. O IEB apresentou 5 subescalas que avaliam a Intensidade dos Questionamentos Morais, a Frequência dos Questionamentos Morais, a Satisfação com o Trabalho e Envolvimento nas Decisões, a Dificuldade na Reflexão Ética e a Frequência na Reflexão Ética (CMIN/DF=4,924; SRMR=0,093). Os profissionais com formação específica em Bioética estão significativamente mais envolvidos na tomada de decisão ética e apresentam maior intensidade e frequência nos questionamentos morais ($p < 0,05$), embora o tempo de formação não interfira nesta relação. No que diz respeito à formação específica em Deontologia, os profissionais com este tipo de formação, têm significativamente menos dificuldade na reflexão ética e mais dificuldade nos questionamentos morais. Verificou-se também que, quanto menos tempo de formação, menor a satisfação e envolvimento na tomada de decisão ética e maior a intensidade e a frequência nos questionamentos morais. Quanto ao número de disciplinas de Bioética/Ética médica verifica-se que influenciam positivamente o envolvimento na tomada de decisão ética, na frequência e na intensidade dos questionamentos morais.

Conclusões. Pensamos estar criado um espaço para uma discussão aprofundada da gestão das práticas pedagógicas que permitam aos alunos, futuros profissionais, obter uma maior capacidade para construir e aplicarem conhecimentos perante as variadas formações para a tomada de decisão ética. Ela passa pela intensidade, frequência e dificuldade que a mesma implica e, daí a necessidade do incremento desta reflexão de forma a incluir os assuntos éticos no quotidiano dos profissionais.

Palavras-Chave: Bioética, Deontologia, Formação, Tecnologias da Saúde.

Abstract

Introduction: There is no agreement on whether programs aimed at the major topics in Bioethics are more or less useful than those that recognizes and focuses in everyday moral concerns of professionals. The purpose of this study is to realize how important is the teaching of Bioethics/Medical Ethics in professional quotidian of health technicians.

Methodology: Data collection was carried out in online platform and was available for 40 days. At the end of this period we obtained 1290 valid responses (ACSP 362, RAD 321 and FISIO 607). The questionnaire (IEB), developed and validated by the authors obtained an internal consistency of 0.96 and temporal consistency of 0.95. The IEB presented five subscales that assess Moral Intensity Questionings, Moral Frequency Questionings, Satisfaction with Work and Involvement in Decisions, Difficulty in Ethical Reflection and the Frequency in Ethics Reflection (CMIN / DF = 4,924; SRMR = 0.093). Professionals with specific training in Bioethics are significantly more involved in ethical decision making and have greater intensity and frequency in moral questions ($p < 0.05$), although the training time does not interfere in this relationship. With regard to specific training in Deontology, professionals with this type of education, have significantly less difficulty in ethical reflection and more difficulty in moral questionings. It was also found that the less training time, less satisfaction and involvement in ethical decision making and greater intensity and frequency in moral questionings. With regard to the number of Bioethics / Medical Ethics disciplines we found that they positively influence the engagement in ethical decision making, in the frequency and intensity of moral questions.

Conclusions: A space for a thorough discussion of the management of teaching practices that allow students, future professionals, to achieve greater capacity to build and apply knowledge in the face of varied backgrounds for ethical decision making was created. It goes by the intensity, frequency and difficulty it entails and hence the need to increase this reflection to include ethical issues in the daily lives of professionals.

Keywords: Bioethics, Ethics, Education, Health Technologies

Introdução

A etiologia de técnica pode ser encontrada na antiga Grécia onde o termo podia significar fabricar, produzir, fazer, sobretudo coisas materiais, através da habilidade ou da arte. Muito importante era a frequência com que era mencionada por oposição, tanto à teoria (logos) como ao conhecimento puro (episteme). Aliás, este último, reintroduzido na linguagem filosófica já no séc. XX, designa um território claramente empírico.

Para alguns, as Tecnologias da saúde não deveriam ser cursos de nível superior. Não sendo ciência não podem, portanto, ser científicos. Nesta perspectiva, os cuidados são mais uma prática, um jeito ou uma arte que poderão ser adquiridas através de cursos médios de formação técnico-profissional^{1,2}. Já para outros a tecnologia, através da sua reflexão, tanto produz a ciência que a sustém como é capaz de gerar conhecimentos teóricos aplicáveis para a resolução de problemas práticos³.

Neste contexto, a questão do Saber nas profissões dos prestadores de cuidados de saúde é fundamental e remete para outras questões vitais: qual a proveniência do saber destes profissionais? Como é seleccionado, transmitido e aplicado? Tem uma importância declarada para o público-alvo, a sua razão de ser?

Todas estas e muitas outras questões foram justificadas no enquadramento legal com que os sucessivos governos caucionaram o seu reconhecimento e funcionamento. A Bioética e a própria reflexão Ética têm dificuldade de evidência na formação académica e profissional dos técnicos de saúde, já que este tipo de disciplinas são encaradas como do foro filosófico, etéreas e difíceis de entender para um público que se reclama das ciências ditas naturais (por oposição às Humanas), técnicas e exactas e, portanto, assume a patente falta de preparação para a reflexão epistemológica.

Assim, os formandos e os profissionais, não raras vezes, expressam preferências de adesão a orientações (“receitas”) que lhes indiquem o caminho na prática profissional. Contudo, a Bioética, mais do que pragmaticamente dar soluções, também coloca problemas éticos originados nos relacionamentos e que, lamentavelmente, são resolvidos na confusão da moralidade relativa numa abrangência mais mesquinha que a realidade.

De facto, a fórmula “A Ética é a ciência da Moral” traduz uma mera incerteza pois o quotidiano exige raciocínio e diálogo para combater a rápida fragmentação dos valores individuais.

A reflexão Ética emergente neste séc. XXI tem, assim, de lidar com a falta de razão individual e colectiva, com a escassez de recursos e com a baixa natalidade nos países desenvolvidos como os maiores problemas afectando as populações e o seu relacionamento. Contudo, outros há como a globalização, a cultura de consumo, a destruição do meio ambiente e a transformação do modelo laboral que também necessitam da reconstrução de uma ética social, talvez uma “Ética do Discurso” com uma abordagem baseada na autonomia e na responsabilidade, não somente do indivíduo, mas também das instituições frequentemente detentoras de poder transnacional.

A Bioética refere-se à ontologia, à acção Humana e às decisões tomadas para essa acção, tentando supor as consequências da actuação, dentro da contingência do acontecimento, pois a realidade tem dimensões pessoais e existenciais. Ela não deve ser o banal eco dos costumes mas antes um novo símbolo que abarque os valores referentes à realidade Humana, com uma natureza comum inerente a todos e a cada um dos seres.

No seio das instituições de prestação de cuidados de saúde, as estruturas propõem-se a responder às solicitações dos profissionais na procura de soluções práticas. O contexto actual, que parece valorizar a normatização do exercício profissional paralelamente com uma ideologia de precaução, afecta a autonomia, a tomada de decisão e o exercício e assomo das responsabilidades.

Quando se examina a importância de determinada temática didáctica para melhor desempenho profissional estamos, naturalmente, a tentar estudar o valor que é atribuído a esses mesmos conteúdos pelos profissionais que a eles foram expostos, valores que, muitas vezes, advêm da utilidade que identificam no decorrer da actividade diária.

O que deve ser ensinado num contexto educativo formal? Há pouco consenso sobre os conteúdos apropriados sobre a aplicação da ética para os Técnicos de saúde, com a argumentação de que o ensino de teorias abstractas é menos significativo que a prossecução de abordagens para resolução prática de problemas éticos comuns. De modo semelhante, também não há concordância sobre se programas que visam os maiores tópicos em Bioética são mais ou menos úteis do que aqueles que reconhecem e se focam nas preocupações morais quotidianas dos profissionais.

Paralelamente, com a formação básica de nível superior de cada uma destas áreas laborais das Tecnologias da saúde, umas oferecem independência curricular em Bioética, outras direccionam os alunos para cursos/seminários/*workshops* oferecidos através dos mais variados departamentos institucionais e outros, ainda, disseminam os conteúdos através de unidades curriculares explicitamente fora deste âmbito. Em alguns casos,

mesmo, um programa continuado é dedicado à Ética médica; noutros, os conteúdos são uma componente diminuta de um programa alargado de um tópico clínico.

Uma disciplina de Bioética deve poder surpreender o estudante através de um espaço de reflexão sobre os valores comumente aceites, num período de dúvida e hipótese de mudança de opinião. É um espaço tanto para enraizar pressupostos como para desconstruir preconceitos, permitindo-lhes despertar o interesse e redefinir a sua visão social.

Neste sentido, tem-se como propósito deste estudo perceber qual a importância do ensino da Bioética/Ética médica no quotidiano profissional dos Técnicos de saúde.

Assim, para cumprir com o seu objectivo, esta tese está estruturalmente dividida em duas partes. A primeira é dedicada às teorias que alimentam e consolidam o estudo empírico que, por sua vez, esperamos, realmente novas perspectivas e orientações. Por fim, num trabalho explicativo e compreensivo entre os contributos dados pelos vários autores, linhas e estudos e os nossos resultados, discutimos as evidências e respondemos à nossa questão de partida.

Porque uma Introdução tem como objectivo guiar o leitor, detalhemos, agora, o conteúdo supracitado. Assim, dividimos a 1ª. Parte em três Capítulos. O primeiro é dedicado à teorização da Bioética, onde não foram esquecidos os conflitos, os valores, os recursos, as expectativas, as possibilidades e os dilemas. Como a Bioética tem aqui o seu foco na componente formativa e profissional, não poderíamos deixar de reservar um Capítulo que se consagrasse à Bioética no Ensino e ao Ensino da Bioética. É o segundo Capítulo. Terminámos esta 1ª. Parte com um Capítulo (III) dedicado à formação em Bioética nas Tecnologias da saúde. Aqui, para além de dissertarmos sobre a constituição das escolas e da actualidade do ensino superior Politécnico, apresentamos o estado da arte desta temática.

A 2ª. Parte deste trabalho tem início no Capítulo IV, onde apresentamos o estudo da formação em Bioética nas tecnologias da saúde em Portugal, os objectivos e características especiais dos cursos, a Escola como um todo e a própria disciplina de Bioética como possibilidade estruturante da identidade do futuro profissional. De seguida, no Capítulo V, o estudo empírico inclui o respectivo material, métodos e instrumentos de medida. Deste modo, para além da parte metodológica, a e os resultados obtidos apresentamos o nosso modelo de análise. Finalmente, após a aplicação das estatísticas inferenciais, interpretamos, discutimos e concluímos sobre os resultados obtidos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – BIOÉTICA: Alguns Desafios para o nosso Tempo

As Aplicações da Ética Prática

O que justifica os princípios éticos e morais são os contextos da sua aplicação, ou uma norma pode ser contextualmente justificada sem, portanto, ser validada do ponto de vista moral.

Kant, apesar do carácter transcendental da sua filosofia, não deixou de abordar a problemática da aplicação. Mas será que existe congruência entre esta abordagem e os objectivos da ética moderna muitas vezes afastados da questão da aplicação prática dos princípios morais? Com efeito, se um sistema ético repousa numa base de racionalidade, ou a reflexão toma um aspecto de sistema dedutivo, então, as questões fundamentais colocam-se essencialmente no mais alto patamar. No interior de um sistema de raciocínio dedutivo, os juízos de ordem prática encontram-se necessariamente dependentes dos princípios que os determinam. Neste sentido, as questões que relevam da prática não podem pretender um mesmo estatuto que as questões derivadas da teoria⁴. De facto, é aqui que, em Kant, a questão da aplicação está separada da fundação e da justificação do princípio inicial e, por outro lado, ela é relegada para um patamar inferior. É o que é mencionado na sua obra “Crítica da Razão Pura” quando refere que a faculdade de julgar é “...um talento particular que não pode ser aprendido mas somente exercitado.” Neste sentido, o facto de se possuir um conhecimento teórico não vai garantir a presença de uma competência prática.

Existem muitos deveres absolutos “perfeitos” de onde um em particular é que “não se deve mentir”. Este tem um carácter negativo, impondo-nos a obrigação da sua retracção. Em contrapartida, existem igualmente deveres “imperfeitos” que possuem um carácter positivo incitando-nos à acção (deve-se prestar assistência às pessoas que necessitam de cuidados). Segundo Kant, os deveres perfeitos têm prioridade sobre os deveres imperfeitos porque devemos e podemos concretizar os primeiros em todas as circunstâncias da vida, o que não é certamente o caso dos segundos de onde a

concretização ficará subordinada à nossa iniciativa pessoal. Ora, esta ideia de Kant, segundo a qual o dever perfeito deve ter primazia sobre o dever imperfeito, é contra-intuitiva. No caso onde é possível mentir para o bem do próximo, representando um conflito entre um dever perfeito e um imperfeito, o autor realça o facto da conformação obrigatória ao dever perfeito⁵.

Podemos, de facto, constatar as anomalias que levam à demanda de um dever primeiro e absoluto sob o qual se devem submeter o conjunto das acções morais. Para Kant, um dever define-se pela obrigação em realizar-se uma acção por respeito à lei moral. Este dever de natureza é absoluto mesmo que haja dificuldade de conformação integral. Portanto, aqui, a problemática da aplicação encontra-se na subordinação à justificação, pela desvalorização do problema de aplicação em lugar da justificação.

Os principais limites da ética Kantiana e da ética Utilitarista residem em duas dificuldades que são a expressão dos princípios morais com validade universal e de resolução, na prática, de problemas concretos, recorrendo a normas e princípios gerais. As duas dificuldades decorrem directamente do relativismo moral que existe no seio da sociedade.

A demanda, de uma forma universalista, no quadro de um modelo deduzido pelo raciocínio e pela justificação, representa o objectivo da ética moderna, embora esta procure por um princípio Universal. Este princípio, no quadro de um modelo dedutivo de raciocínio, é deveras difícil de concretizar na sociedade actual, caracterizada pela presença desenfreada de uma multitude de valores morais. E, de igual modo, também a segunda encontra problemas de implementação pelas variadas conveniências em jogo na prática quotidiana que, designadamente, defendem o auto-interesse.

A este respeito, os problemas contemporâneos aos quais deve corresponder uma ética aplicada podem ser agrupados em três grandes categorias: 1 – os problemas de ordem política; 2 – os problemas decorrentes da relação entre o Homem e a Natureza; 3 – os problemas que dizem respeito ao progresso científico e tecnológico.

Estes problemas possuem em comum três características essenciais. A primeira é a que deriva de problemas reais (e não exemplos hipotéticos), a segunda é a que se trata do âmbito da ordem pública e, a terceira, é que estes problemas possuem uma natureza complexa que exige um trabalho e uma abordagem transdisciplinares.

Na actualidade, onde cada vez mais se estabelece a discussão sobre distribuição e aplicação dos meios humanos e materiais, a própria alocação de recursos hospitalares, sendo muito mais que análise económica e administrativa, pode, na realidade, tornar-se num indiscutível objecto da Bioética/Ética médica onde nascem verdadeiras problemáticas morais em torno deste debate pela discordância, tanto pela primazia de acesso como pela qualidade dos serviços prestados.

Influência Kantiana nas Éticas Aplicadas

O Relatório de Belmont (1978) identifica princípios fundamentais que devem orientar a acção sobre a experimentação nos sujeitos humanos e na ética clínica. O Princípio do Benefício, o Princípio do Respeito pelas Pessoas e o Princípio da Justiça foram directamente inspirados tanto pelo pensamento de Bentham, como pelo de Kant. Com efeito, de inspiração Kantiana quanto ao tratamento do indivíduo/pessoa humana como um fim (e nunca como um meio para alcançar fins), o Princípio do Respeito pela pessoa remete, como corolário, para a ideia de que se deve tratar uma Pessoa como um agente essencialmente autónomo, com liberdade individual. Neste sentido, este princípio remete para a capacidade de um indivíduo fazer as suas próprias escolhas sem constricções impostas externamente e que, de outro modo, poderiam limitar a sua vontade e acção. Segundo este princípio, uma pessoa é um fim naquilo que possui de si própria, tanto nos direitos como nas capacidades que lhe permitem a sua tomada de decisão.

A necessidade do respeito pela autonomia individual é um dos valores dominantes na análise ética dos cuidados de saúde, na medida em que as escolhas e decisões devem ser feitas de modo mais transparente de acordo com as concepções e os objectivos desejados pelos doentes. De facto, tais vantagens devem ser negociadas entre os prestadores dos cuidados de saúde e os doentes num enquadramento que permita e que favoreça esse relacionamento e a própria tomada de decisão. Porém, primeiro, deve ser tomado em conta que não há nenhum especialista na preferência moral das vantagens específicas dos outros. Se alguém é especialista na preferência individual em resultados dos cuidados de saúde, na maioria dos casos, este deve ser o próprio doente⁶. Em segundo lugar, a dificuldade reside em que não é tão óbvio que o doente tenha um conhecimento especial sobre a sua condição e sobre o que é melhor para ele, no sentido da auto-solicitação para a prestação de cuidados de saúde a expensas da sociedade, o que traduziria conflito derivado da relativização moral.

Já o Princípio da Beneficência inspira-se directamente no utilitarismo de Bentham⁷. O seu objectivo é a vontade e o cuidado de não prejudicar a vantagem dos outros, maximizando o bem-estar das pessoas através da promoção do valor do benefício.

Por último, também é necessário destacar o contributo da Teoria de Justiça de Rawls que, inscrevendo-se na linha de pensamento ético deontológico, impele o pensamento utilitarista para além da simples vontade de beneficência e elabora um princípio de justiça que abarca o cuidado da repartição equitativa dos recursos do ponto de vista social⁸. Segundo este princípio, o indivíduo possui direitos que lhe devem permitir usufruir do mesmo tipo de serviços e cuidados a que o conjunto da população tem direito. Assim, esta ideia de justiça distributiva representa um ideal pelo qual os benefícios e obrigações devem ser repartidos de modo equivalente no seio de todo o tecido social.

E o que podem implicar estes princípios? A beneficência trata-se de beneficiar os outros, de fazer o bem, por exemplo, tratando da saúde das pessoas com diagnósticos e terapêuticas de reconhecida eficiência. A não maleficência deve prevenir o mal, assegurando que, a acontecer, seja por mera ignorância, como, por exemplo, causar dor por aplicação de tecnologia com má manutenção efectuada por outrem. A autonomia refere-se ao respeito pela dignidade do outro como ser humano, ao direito à sua auto-determinação. Este princípio está subjacente à obtenção do consentimento informado e esclarecido, à defesa da confidencialidade e ao assegurar o direito de recusa de tratamento, entre outros. Por fim, a justiça, com carácter universalista, dentro de um quadro de tipos ou modelos de justiça, prende-se com o acesso e distribuição de cuidados de saúde, em que nenhum deles supre as necessidades contemporâneas, pelo que têm de existir em concomitância nas sociedades até estas elegerem qual o melhor modelo nas circunstâncias do momento.

Ainda um último “princípio” poderia vigorar no código deontológico: o “princípio” da integridade profissional. Este engloba valores como a honestidade, a fidelidade, o respeito pelos colegas e comunidade profissional, entre outros⁹.

De facto, não é linear que uma ética aplicada possa restabelecer a implementação de teorias e normas gerais no seio dos problemas particulares. Ainda que esta ideia permita um quadro de reflexão e procedimento dentro dos princípios consensuais (por exemplo, o respeito pela Autonomia), não restam dúvidas que a interpretação e a

justificação destes princípios não são necessariamente objecto de acordo entre os variados grupos de pensamento.

Segundo a definição que Beauchamp e Childress (2008) nos dão para a Ética Aplicada, caso existam dilemas morais, duas obrigações morais entram em conflito, o que forçaria a seguinte situação: para cumprir uma obrigação, a outra não se manifestaria.

Ao contrário das obrigações morais que encontramos nas teorias, nós mantemos uma variedade de princípios que podem entrar em conflito na vida moral como, por exemplo, a situação da Objecção de Consciência. Assim, não é verdade que as teorias filosóficas subentendidas em Beauchamp e Childress (2008) sejam teorias morais e que o objectivo de uma teoria ética seja fornecer um processo para resolução de problemas morais. Antes, estes autores defendem a ideia de que a moral “comum” contém, nela mesma, os princípios morais essenciais à ética biomédica e que, em último caso, devem servir como guia de análise e reflexão para os profissionais que se deparam com dilemas éticos no domínio biomédico.

Neste sentido, será de maior importância a orientação e o ensino dos técnicos de saúde para o foco nas dimensões éticas dos cuidados e para a procura inequívoca de decisões éticas.

Teorias Bioéticas: Algumas Reflexões e o seu Ensino

Os princípios éticos básicos, que são requeridos como competência básica de um estudante que quer, no futuro, ser um profissional de saúde, devem ir para além dos principais tipos de teorias. Daí que nos currículos apareça como fundamental capacitar estes estudantes através do ensino das virtudes éticas, deontologia, utilitarismo, consequencialismo e contratualismo.

O relatório “The Teaching of Ethics” (2004), ao aludir a uma relação verdadeiramente ética no desenrolar da prática profissional futura, sugere que o conhecimento destas teorias auxilia os estudantes a desenvolver competências éticas, o que está relacionado com a capacidade de decisão sobre o que é certo e o que é errado, utilizando argumentação de suporte para uma dada situação específica. De salvaguardar, contudo, a não linearidade destes conceitos. O estudo da Bioética deve conduzir a consciência dos estudantes para a temática ética, ao mesmo tempo que incrementa uma

compreensão aprofundada dos assuntos e coloca os problemas éticos num contexto alargado, provocando, explicitamente, alternativas e mostrando como as consequências, positivas e negativas, podem ser experienciadas por aqueles que são afectados pela decisão.

Em geral, esta argumentação ética refere-se a um valor, um princípio ou uma norma; assim, o desenvolvimento desta competência dotará os estudantes com um instrumento que pode ajudar a resolver dilemas éticos de relevo no seu futuro desempenho profissional e permitirá orientar as escolhas ao longo da vida que possam ser consideradas eticamente difíceis¹⁰.

Todavia, estas teorias não podem figurar isoladamente nos currícula pois falham em dois elementos: as teorias éticas que explicitamente se referem a problemas globais típicos de uma determinada época (sobre práticas sociais, exploração de determinados recursos, etc.); a integração do conjunto completo de regulamentação que afecta a liberdade de acção social. De facto, também Hans Jonas critica as principais teorias éticas por não serem úteis na resolução dos típicos problemas coevos criados pelo desenvolvimento técnico-científico. Segundo este autor, a ética antiga era caracterizada por ser antropocêntrica pois, somente as acções entre humanos teriam significância ética. De facto, com o crescimento da importância da biotecnologia, esta própria condição de mudança deu lugar a uma nova ética para a actualidade.¹¹

O novo imperativo difere das principais teorias pela expressão individual como referência principal. Aplica-se mais às políticas públicas do que à esfera do privado, o que não está na dimensão causal à qual o imperativo se aplica e, ao mesmo tempo, acrescenta um horizonte temporal à reflexão moral. Jonas adverte-nos ainda contra desenvolvimentos potencialmente não éticos: nunca a existência e a essência da Humanidade podem ser postas em causa por via do acaso. Se as responsabilidades e os princípios éticos não são meramente uma questão de preferência individual, então a tecnologia requer institucionalização pois incorpora uma abordagem política para as prioridades públicas e privadas¹¹. É este conflito entre o bem individual e o bem comum que coloca importantes desafios à Reflexão ética.

No mesmo sentido, a visão “cosmopolítica” apresentada por Ulrich Beck mostra que um indivíduo bem formado se compreende a si próprio como um cidadão em “duas sociedades”: no estado em que o cidadão nasce ou é admitido, ou numa sociedade geral, e numa comunidade mundial de que faz parte meramente por pertencer à Humanidade.

Esta perspectiva realça-nos três conjuntos de problemas: globalização financeira e controle democrático, enfraquecimento da consciência cultural nacional e ameaças ao desenvolvimento sustentado¹².

Ainda na mesma linha, Kemp e Dees distinguem um modelo pedagógico capaz de orientar a formação dos indivíduos: cada um deles deve consciencializar-se através da sua educação formal e informal que faz parte do grande conjunto Humanidade¹³. Deste modo, todas as instituições educacionais devem estar organizadas para promover, no processo formativo, esta educação social.

Outras propostas preconizam um modelo em que os indivíduos formam os seus próprios princípios morais, distinguindo entre princípios morais privados internos e as normas exteriores veiculadas por instituições e vários grupos sociais¹⁴. No primeiro caso, tanto a família como os pares profissionais podem influenciar os valores próprios do sujeito; no segundo caso, o indivíduo poderá ser influenciado no seu local de trabalho por um conjunto de valores (religiosos ou políticos).

Na prática, os estudantes, futuros profissionais de saúde, são seres com uma moralidade, produto de uma vivência articulada numa cultura moralizante que adquiriram em casa, na escola, na sociedade. Podem, ainda, ser meras convenções sem profundidade e superficialmente inconsistentes. Assim, estas são as orientações éticas que as pessoas têm e seguem. Acresce ainda que o ensino da ética aos estudantes deve ser visto como um esforço de articular, com os estudantes, valores e princípios tentando que cada um assuma a necessidade de se questionar e de articular as suas posições.

Com efeito, o importante é que a construção individual deste conjunto de princípios consiga orientar o indivíduo na sua carreira profissional. Os valores presentes na prestação de cuidados de saúde devem poder expandir os critérios de qualidade na prática, pois estes estão arreigados apenas no desenvolvimento tecnológico em detrimento das humanidades.

Um exemplo deste conjunto de valores é o *ethos* da ciência em Merton que, podendo ser considerado epistémico (porque reflecte sobre a natureza e validade do conhecimento humano), examina os problemas como moral, no que diz respeito aos efeitos de um determinado resultado tecnológico em indivíduos, grupos ou meio ambiente¹⁵. Este é um exemplo de valor moral tal como o imperativo de responsabilidade de Jonas.

De facto, o ensino da Bioética aos alunos das tecnologias da saúde deve ajudá-los a coligir e integrar um conjunto de valores epistémicos, éticos e morais. A formação também tem a ver com socialização e com a projecção do “eu” numa direcção de algo mais positivo, devendo existir razões válidas para a integração de alguns destes valores, assim como a rejeição de outros. Por conseguinte, a Bioética não pode ser reduzida a uma questão de escolhas éticas individuais. Os problemas típicos contemporâneos apenas podem ser resolvidos a um nível estrutural e, além disso, não podemos dissociar a Bioética da epistemologia.

O ensino da Bioética deverá ser visto como parte de uma estratégia para assegurar um desenvolvimento sustentável e garantia da defesa da dignidade do ser humano. Para isso, os estudantes devem de conjugar, como parte do seu sistema de orientação, a par dos principais tipos de teorias éticas, a práxis com toda a sua envolvência estrutural.

A Qualidade da Ética Médica

A particularidade dos cuidados de saúde afecta todos e, evidentemente, poucas coisas significam mais para nós; qualquer ameaça tem uma enorme importância. A acção dos técnicos de saúde deve, pois, ser condicionada pelo facto de que as suas acções poderem afectar interesses vitais das outras pessoas, o que só ganha importância se resultar numa preocupação ética ou moral.

Por outro lado, não há consenso na natureza da análise ética ou do tipo de especialização requerido, ou mesmo da extensão da autoridade em ética médica.

Deste modo, em primeiro lugar, deve-se considerar que a perspectiva a tomar se baseia em que a análise ética não contém autoridade moral. Tanto defensores como críticos deste conceito, embora concordem na dúvida sobre a legitimidade da autoridade, diferem antes sobre quais das actuais fontes de reclamação ignoram (e porque motivo) a análise ética¹⁶⁻²¹.

Um ponto importante é que a análise ética deve ter em conta os casos particulares, tornando clara a relativização moral e as assunções conceptuais de um determinado ponto de vista ou teoria, tornando mais fácil de apurar a consistência de uma posição moral ou um qualquer ponto de discordância²². O resultado deste procedimento pode ser o de fazer com que uma posição moral particular seja mais plausível do que outra, pois a escolha

dos tópicos a investigar, as perspectivas da análise e o paradigma do analista podem influenciar o modo como as partes são tomadas em conta num assunto específico²³.

Em segundo lugar, a proficiência em análise ética pode ser uma aptidão mas não é, em si mesma, uma virtude moral. O analista não goza de sabedoria moral por si só. A análise ética é um recurso que se pode usar na análise da reflexão ética de cada um, mas não é um substituto para essa mesma reflexão^{24,25}. Portanto, esta figura não deve dizer aos outros como agir ou pensar. Além disso, o profissional reflexivo na temática ética pode ter os seus próprios pontos de vista sobre um assunto particular, devendo para isso suprimir as suas tendências e assumir-se no paradigma científico perfilhado^{26,27}.

Em terceiro lugar, a discussão ética diz respeito a outras dimensões ou actividades, nomeadamente, os problemas éticos nas políticas de saúde e as políticas que lhes deram origem. Nesta ordem de ideias, a análise ética é mais reactiva do que proactiva, respondendo antes às dimensões de outras actividades, escolhas ou julgamentos, do que propondo soluções para inéditas situações problemáticas (como no caso da mais que provável futura falta de recursos em saúde).

Em último lugar, a reflexão ética não se desenvolve rapidamente. As preocupações genéricas da análise ética, tais como a natureza da acção ou intenção, ou ainda a importância do dever, as consequências e o carácter virtuoso do agente, têm sido debatidos, há muitos anos, como parte da preocupação filosófica com o estudo da ética. Muitas destas tendências históricas do pensamento ético ainda são actuais e podem ser encontradas na análise ética sobre como os cuidados com a saúde são conduzidos.

Tipicamente, estas tendências dizem respeito ao que vários pensadores assumiram como o elemento ético e moral decisivo numa dada situação. Hare (1984) refere que alguns (utilitaristas) assumiram que o elemento decisivo seria o resultado ou a consequência no decurso da acção^{26,27}. Uma formação mais tradicional, mencionada por MacKie (1977) releva a atenção a deveres, normas e obrigações, absolutos e invioláveis²⁸. Uma moderna variação será a focagem nos princípios, cujo conteúdo usualmente implica deveres em termos dos resultados benéficos que aqueles usualmente querem promover²⁹. Por fim, autores como Dworkin pensam que a moralidade pode ser concentrada na ideia do respeito pelos direitos dos outros³⁰.

Todas estas abordagens tendem a centrar-se na questão da acção: o que se deve fazer numa determinada situação, como sendo a principal preocupação do juízo e pensamento moral. Uma perspectiva alternativa é aquela que diz respeito às principais

questões da moralidade, não “o que eu devo fazer” mas “como eu devo viver”, em que os defensores desta abordagem transportaram o elemento decisivo num problema moral para algum tipo de virtudes de carácter que são convocadas nessa situação³¹.

Sem contar com o apelo de variadas formas religiosas, estes são os principais ramos do pensamento moral que, significativamente, encontraram expressão na literatura moderna da análise ética sobre os cuidados de saúde, respectivamente através dos trabalhos sobre o utilitarismo de Singer, as teorias do dever de McCormick, as teorias principialistas de Beauchamp e Childress, e as abordagens baseadas nos direitos, de Dworkin³²⁻³⁶. Além do mais, o ressurgir da atenção para uma ética de virtudes é notório dentro dos cuidados de saúde, conforme a apreciação patenteada tanto nos planos de estudo como na prática clínica³⁷.

Às anteriores correntes de pensamento ético, poderemos acrescentar uma renovada atenção para outras abordagens, algumas das quais encontram clara expressão no campo da análise ética nos cuidados de saúde incluindo: a ética narrativa, ética interpretativa, casuística, a ética do cuidar e a específica ética clínica³⁷⁻⁴³.

Não entrando em detalhe, deve reconhecer-se que esta miríade na reflexão ética varia nos valores de fundamentação e nos propósitos proeminentes. Acresce ainda que a sua importância advém de que o resultado da deliberação ética é inevitavelmente influenciado pelo conjunto dos valores que podem contribuir para a mudança inevitável da moderna biotecnologia.

No decurso deste processo, a preocupação para promover a escolha autónoma, individual emergiu em substituição do “bem-estar” como valor dominante no discurso da prática clínica. Actualmente, no mundo ocidental, estes valores em competição devem ser reconciliados nas políticas de saúde, enquanto uma maior certeza é desejada tanto em termos científicos como tecnológicos, como em termos éticos para doentes e profissionais.

A Autonomia no contexto dos Princípios Éticos

No dealbar do séc. XIX, Thomas Percival propôs uma teoria de moralidade médica essencialmente orientada por princípios, baseados na moralidade e, implicitamente, a necessidade para a tomada de decisão médica ser a beneficência e não

maleficência. Ao doente era apenas esperada obediência total sob a orientação do inquestionável aconselhamento médico⁴⁴.

A longa tradição do que agora é entendido como “medicina paternalista” já estava a finalizar na altura da primeira edição de *Principles of Biomedical Ethics* (1979). Este texto estabelecia a teoria baseada em proposições que davam igual realce aos princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, como os fundamentos para julgar os dilemas e as questões éticas biomédicas. Assim, convém examinar certos pressupostos que estão no cerne desta teoria de ética aplicada.

De início, Beauchamp e Childress dão-nos uma definição do que é a ética prática ou ética aplicada: a ética prática é uma tentativa de implantar normas teóricas e genéricas para contextos e problemas particulares³².

Mesmo os críticos do Princípio de Autonomia concordam que isto teve um efeito benéfico no sentido de mover os profissionais para fora de um papel em que apenas eles estão envolvidos no processo de tomada de decisão médica. Esta opinião é o resultado da possível perspectiva do uso da autonomia como um dos quatro princípios básicos na ética médica sem nenhuma ameaça ou retorno ao paternalismo.

Os quatro princípios estão, então, baseados na “moralidade comum” que os autores anteriores definem como um conjunto de normas que todas as pessoas sérias partilham e que contém os princípios morais que ligam a sociedade. Mais ainda, argumentaram que a moralidade comum, melhor do que a teoria moral, evita esta fonte potencial de anulamento dos princípios éticos.

Embora com a ressalva da dificuldade na tomada de decisão apenas com recurso ao principialismo, qualquer ética médica baseada numa verdadeira teoria ética é vulnerável aos ataques da justificação. Deve, então, enfatizar-se a elaboração dos quatro princípios como alicerces para o pensamento bioético, desencorajando-se, assim, que ele derive da moralidade comum. Ao mesmo tempo, razoavelmente, não podemos esperar que uma teoria moral contestada seja melhor para a tomada de decisão prática do que a moralidade que é a nossa herança comum e que, inclusive, cria um consenso (enraizado ao longo da vida) sobre princípios e regras.

Um dos aspectos mais relevantes que decorre do princípio da autonomia é o do “consentimento informado”, em que a escolha feita em matéria de cuidados de saúde, por um indivíduo autónomo, deve ser efectuada de modo bem instruído e sem ser objecto de

coerção. De facto, o indivíduo autónomo age livremente, dentro da auto-escolha. A transformação do papel do profissional de saúde em comunicador é, sem dúvida, parte da “influência benigna” sobre a autonomia do doente⁴⁵. O aprofundamento das técnicas de comunicação (posição corporal, expressão facial das emoções, comunicação não-verbal, silêncios funcionais, empatia, repetição, entre outros) que permita a associação entre as perícias relacionais e a informação é o que determinará a adesão do doente.

Aqui, Beauchamp e Childress (1979) são claros na não-aceitação do modelo de autonomia relacionada com a “tomada de decisão conjunta”. Neste sentido, a decisão deve ser da responsabilidade do doente (embora o técnico também tenha, pelo menos, a responsabilidade que lhe advém do procedimento deontológico). O doente deve concordar ou declinar com um procedimento ou tratamento depois de adequadamente ponderar os potenciais riscos e benefícios⁴⁶. A capacidade de dar consentimento e a consequente validade deste consentimento também se baseiam na determinação da competência do doente⁴⁷. Num ambiente clínico, a determinação da competência, actualmente, precede o processo da atribuição do consentimento informado pois, se uma pessoa é julgada como incompetente, a tomada de decisão transita para um tutor ou responsável legal.

Os mesmos autores (1979) ainda reconhecem outro limite ao princípio do respeito pela autonomia baseado na própria resposta do doente a esta regra: várias vezes, são tomados como predicados a idade do doente, o estatuto social ou a etnia. Estes autores fazem, pois, uma clara distinção entre respeitar ou oferecer escolha autónoma para todos os doentes e o facto de muitos destes não aceitarem este papel ou sentirem-se incapazes para o levar a cabo, nomeadamente, em situações de extrema vulnerabilidade que fere a sua competência, integrando esta escolha como um incómodo³². Há uma obrigação fundamental para assegurar que os doentes tenham o direito de escolha, assim como o direito de aceitar ou refutar a informação. A imposição da comunicação, a consecutiva escolha forçada ou a revelação evasiva são inconsistentes com esta obrigação. Os profissionais de saúde devem sempre inquirir, em termos gerais, sobre o desejo dos doentes para receber esclarecimento e tomar decisões, nunca assumindo os procedimentos porque o doente pertence a uma comunidade particular. O requisito fundamental é o de respeitar as escolhas autónomas e particulares de cada pessoa.

Em concordância com Beauchamp e Childress podemos sublinhar que o respeito pela autonomia é um ideal de difícil implementação, particularmente por falta de

capacidade decisória, representação legal ou mesmo auto desígnio. Não obstante, este respeito nunca pode ser considerado inapropriado numa situação particular, ou num doente específico. Esta assunção tem como efeito limitar a aplicabilidade deste princípio, que é o único que se refere directamente à relação entre o prestador de cuidados de saúde e o doente. Há mesmo uma dinâmica entre independência e a necessidade de cuidados de saúde, na medida em que a doença, a idade e a dor podem, substancialmente, diminuir a autonomia, parecendo que muitas situações médicas falham na pré-condição para a própria autonomia. Neste sentido, aqueles com maior necessidade são muitas vezes os menos capazes de exprimir a sua autonomia.

Na obra *Principles of Biomedical Ethics* (2008), Beauchamp e Childress explicam como os princípios devem ser compreendidos e usados na reflexão Bioética evidenciando, por um lado, que não existe precedência nos princípios, não são hierárquicos e, por outro lado, não são absolutos, devendo os hipotéticos conflitos ser decididos tendo em atenção cada caso particular³².

No entanto, Tauber (2005) refere que os prestadores de cuidados de saúde colocam a autonomia em primeiro lugar, na assunção actual dos princípios, preocupando-se que o efeito desta tendência seja transformar a relação doente-profissional de saúde, num modelo de mercado onde o doente “escolhe” independentemente do que deseja⁴⁸. Este autor critica o efeito da autonomia na anterior relação e regressa à “responsabilização” do prestador de cuidados de saúde como princípio fundamental. Ele argumenta contra os benefícios do princípio da autonomia no que designa por “rituais de confiança que emergiram como substitutos de uma orgânica fiduciária”⁴⁸. Esta deriva torna a medicina contratual e, portanto, permite, aos profissionais de saúde, transitar a responsabilidade para o doente. Assim, o técnico de saúde fornece os termos do acordo e o paciente aceita ou recusa o contrato. Se o doente foi informado do risco, como pode culpar o técnico por um resultado que foi descrito como possível? Portanto, o autor argumenta que o princípio da autonomia degradou o sentido da responsabilidade dos profissionais de saúde e tem sido um factor de transformação da medicina num modelo comercial baseado inicialmente em confiança e responsabilização⁴⁸.

Uma outra ideia, ainda de Tauber (2005), evidencia um novo entendimento da autonomia, introduzindo a compreensão relacional de si próprio, mudando fundamentalmente a definição de autonomia a partir do exercício da escolha moral de um agente completamente independente para quem esteja envolvido em relacionamentos que

confirmam identidade⁴⁸. A “autonomia relacional” torna-se uma representação mais honesta e completa da interacção doente-profissional de saúde, porque descreve, com mais precisão, o livre arbítrio das partes. Uma vez que a autonomia seja configurada em cooperação, a postura moral defensiva do doente será substituída pela independência e pelo sentimento de autoridade pessoal. De facto, os dois lados da mencionada relação partilham uma identidade composta no relacionamento, mas esta estende-se para o que pode ser definido como outras relações significantes, tais como família, amigos, pessoas significativas, sendo que, cada um deles, pode tornar-se crucial para uma escolha ou decisão particular.

Por sua vez, Sherwin (1992) defende a mudança para lá de um sistema baseado em autonomia nos cuidados médicos e médica ética. A autora refere o trabalho de Gilligan (1982), demonstrando a tendência feminina para resolver problemas éticos através do pensamento relacional, mais do que as teorias baseadas em princípios mais propensos à utilização masculina⁴¹. Efectivamente, Gilligan (1982) conclui que, não obstante o pensamento relacional feminino ter sido tradicionalmente desvalorizado, os dois métodos são meritórios³⁹. Sherwin (1992) concorda com o desejo de trazer o “cuidado” para a frente da ética sobre princípios abstractos, argumentando que, sem estes princípios, não há modo de determinar quando o cuidado é inapropriado⁴¹. O seu ponto de vista é que o cuidado é um modo apropriado de relacionamento apenas quando já existe justiça na esfera social pois sem ela nós podemos relacionar-nos com os outros de forma a promover a justiça mas não necessariamente pela existência de cuidado⁴¹.

Sherwin, refere ainda, que o cuidado não deve ser uma virtude exclusivamente feminina e apenas a justiça e o cuidado podem, em conjunto, conduzir para uma teoria ética compreensiva⁴¹. Estas teorias estão associadas a preocupações sobre justiça social fazendo a reflexão sobre os vários padrões de dominância e opressão de um grupo de pessoas sobre outro. Assim, devemos reconsiderar o conceito de indivíduo, o qual foi retirado da centralidade na teoria ética do pensamento ocidental. A sociedade tem raízes históricas e os contextos humanos são constituídos por pessoas em virtude das suas relações com os outros como a si próprios. Neste sentido, em vez de assumir o indivíduo como centro da análise, devemos considerar que as pessoas existem apenas em relações sociais complexas. Deste modo, devemos estar cientes da complexidade de valores que suportam os cuidados médicos fornecidos às pessoas. Esta percepção torna claro o porquê da retoma do controlo da gestão sobre determinadas necessidades em saúde e sobre a prestação dos respectivos serviços como forma de obstar a uma infinidade de interesses

individuais. Como o paternalismo encoraja os doentes a acreditar e a não questionar a autoridade profissional, ele não deveria ser aceite como prática médica comum⁴¹. O já citado Tauber (2005) receia que a relação se torne demasiado constritiva e comercial e que o princípio do respeito pela autonomia fosse causa do afastamento entre doentes e profissionais de saúde⁴⁸. Contudo, Sherwin (1992) vai mais longe, defendendo que a prática médica deve ser orientada para maximizar a habilitação do doente para tomar decisões informadas sobre o seu estado de saúde, pois a intervenção paternalista inibe, mais do que suporta, a reconquista da independência do doente. Além do mais, quando acontece a intervenção protectora, a pessoa autorizada para agir em nome do doente deve ser alguém que possa certificar a devolução da autoridade para o doente, tão rapidamente quanto possível, logo que permita uma participação efectiva no processo de tomada de decisão, abandonando o paternalismo⁴⁹. Logicamente, esta pessoa não deverá ser o profissional de saúde. A mesma autora não nega a existência de confiança, criticando o procedimento como um todo, expressando a inquietação de que os profissionais de saúde, muitas vezes, considerem interesses que não são os dos doentes.

Genericamente, os técnicos de saúde não obtêm a confiança a um nível individual, devendo antes consegui-la enquanto representante de um colectivo profissional. Enquanto Sherwin (1992) coloca a responsabilidade e a tomada de decisão no doente, Tauber (2005) defende uma nova postura não paternalista em que os profissionais da saúde assumam uma ética de responsabilidade.

Temos também de considerar que todos nós somos dependentes durante algum tempo das nossas vidas. Este facto pode constituir-se como uma ameaça directa à escolha autónoma no cuidado médico, tanto enquanto doentes como enquanto trabalhadores dependentes (podemos ser incapazes de escolher o procedimento médico por força do enquadramento legal que regula a nossa própria profissão, empobrecendo notoriamente o resultado da prestação de cuidados médicos). Por exclusão desta dependência do contexto social e político, seremos capazes de gizar a pretensão de que somos independentes: a cooperação entre as pessoas, que alguns insistem em interdependência, é a mera cooperação voluntária entre pessoas independentes. Quem nós somos é largamente definido pelas nossas relações; logo, a identidade de cada um deve considerar as famílias, os amigos e as próprias relações de trabalho. Estas conexões não somente nos definem como também nos limitam porque constringem as nossas escolhas, de um modo que tornam a nossa autonomia mais difusa, onde apenas poucos se situam nessa condição em todo o mundo. Assim, Sherwin (1992) realça o modo como os doentes devem de trazer

os seus relacionamentos mais significativos para a relação médica, de modo a protegê-los contra motivos ulteriores (receio de punição por prestação de aconselhamento não previsto no enquadramento profissional, entre outros) que os profissionais possam transportar para dentro das salas de exame⁴¹. Esta plêiade de relacionamentos deverá ser tomada em conta dentro do acto médico, pois, de outro modo, alimentar-se-á o mito da autonomia. Enquanto Beauchamp e Childress (2008) assumem que a escolha pessoal pode ser influenciada pelas relações sociais, eles não reconhecem que ninguém tome decisões independentemente. Conforme Sherwin (1992), o cuidado deve ser universalizado como ético, se com o argumento da justiça for para isso valorizado, mas, sobretudo, pode e deve estar centralizado em qualquer relação de tratamento ou cura. O relacionamento entre o doente e o profissional de saúde não necessita de ser tão significativo na vida das pessoas como outro tipo de relações mas, sem confiança e responsabilidade médica, também não existirá terapêutica por falta de adesão dos doentes.

De facto, pode nem chegar a haver tratamento ou terapêutica por falta de respeito e confiança mútua, por falta de sensibilidade para os outros ou por ausência de gratificação pela satisfação das necessidades físicas, emocionais e espirituais dos doentes. Este relacionamento de cuidar desenvolve-se quando o profissional de saúde e o doente chegam a um momento situado no *continuum* dos cuidados de saúde que decorre do tratamento ou resulta na cura, sendo que a comunicação (verbal e não-verbal) é uma parte importante deste relacionamento. Esta comunicação não-verbal que constitui a maior proporção da comunicação humana é essencial para ir de encontro às necessidades clínicas, psicológicas e sociais, no sentido de optimização do próprio resultado do tratamento.

Apesar de tudo, os doentes competem por recursos limitados e os técnicos de saúde, legitimamente, exercem a sua própria autonomia pessoal, resistindo a agir contra as suas próprias convicções morais por força da partilha moral, meramente para satisfazer as preferências de “consumo” dos doentes⁵⁰.

Algumas das recentes análises éticas dos cuidados de saúde tiveram origem na insatisfação, tanto do domínio da autonomia como princípio como da adesão à abordagem de outros princípios essenciais (tais como o zelo, o interesse colectivo, a equidade, entre outros) altamente influenciadores da acção^{34,43}. É difícil predizer qual destas abordagens é capaz de fornecer uma alternativa credível e sustentável que autonomize uma política prática ou mesmo o processo de tomada de decisão. Contudo, pode ser sugerido, com

cautela, que as considerações sobre autonomia, embora tenham sido valiosas enquanto resposta ao paternalismo, devem ser substancialmente qualificadas para as necessidades da comunidade⁵¹⁻⁵³.

Os técnicos de saúde têm um papel importantíssimo no êxito dos diagnósticos e tratamentos dos doentes, o que resulta, sobretudo da confiança existente na sua interacção conjunta. Esta confiança constitui-se como um estímulo para o desenvolvimento duma atmosfera positiva que beneficia ambas as partes, tanto pelo papel colaborativo do doente no seu processo de cura como pelo incremento de estatuto profissional e reconhecimento social.

Justiça e Equidade na distribuição de recursos

A influência de diferentes valores e abordagens (particularmente a atenção entre a ênfase na escolha autónoma ou no bem estar colectivo) levam-nos a vívidas instâncias de típicos debates que envolvem os valores em conflito.

A pequena mudança no foco da ética dos cuidados de saúde talvez resida no âmbito de como um serviço de recursos limitados responde às necessidades de cuidados de saúde, os quais, na actualidade, são consideravelmente mais e mais dispendiosos do que o expectável. Este debate é da maior importância para a política de saúde a longo prazo e, ao mesmo tempo, também está centralizado nas atitudes e procedimentos dos técnicos de saúde.

O difícil Equilíbrio entre o Bem individual e o Bem comum

Talvez a mais importante divergência e a mais actual reflexão ética entre as perspectivas éticas e morais identificadas seja entre a ênfase no valor da escolha autónoma e o valor do bem-estar colectivo. De facto, podemos ver esta divergência reflectida nas duas principais influências na direcção das políticas de saúde passadas e futuras, as quais estão largamente irreconciliáveis, pela força da vontade política. Em particular, é difícil harmonizar a actual orientação individualista da aplicação da tecnologia médica, com uma política de saúde dirigida a uma concepção de saúde centrada nas necessidades da sociedade, ou, mais especificamente, uma política de saúde pautada pela redução da desigualdade⁵⁴. Assim, não é fácil resistir à sugestão de que a redução da desigualdade

nos cuidados de saúde seja o desafio ético mais importante nas futuras políticas de saúde⁵⁵. Claro que, saúde e cuidados de saúde não são a mesma coisa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença (...)"⁵⁶, ou seja, a saúde é muito mais do que cuidados de saúde. Contudo, se se admitir o impacto das influências sociais, económicas e ambientais sobre a saúde, torna-se mais fácil admitir como, em condições de relativa privação socioeconómica, uma maior incidência na doença coincide com uma disponibilização inferior de cuidados de saúde.

Efectivamente, as escolhas em política de saúde devem requerer fundamentação ética. Em primeiro lugar, a biomedicina orienta-se para a reparação de uma situação de doença que implica dor e sofrimento, convocando, pela vulnerabilidade dos afectados, uma resposta ética. Em segundo lugar, em virtude do mesmo imperativo ético, é necessário tomar em conta as causas multidimensionais (e.g., psicológicas, sociais e ambientais) da doença que, ultimamente, são consideradas subjacentes ao indivíduo, cujo cuidado está mais dependente da intervenção nas práticas sociais (decisão política), do que através da intervenção médica. Deste modo, as desigualdades na saúde devem transpor o foco individualista da saúde, pois os impactos das causas da doença são desigualmente distribuídos na sociedade^{57,58}. Os efeitos da pressão inflacionária da tecnologia sobre a procura dos recursos em cuidados de saúde são desproporcionadamente sentidos por aqueles cujo acesso ao cuidado de saúde já está relativamente em desvantagem.

Enquanto houver um equilíbrio na política de saúde entre a ênfase preferencial nas necessidades da sociedade ou a ênfase nas necessidades biológicas individuais, isto não é uma escolha entre ético e não ético, sendo antes uma opção entre dois tipos de reivindicação ética difíceis de reconciliar. Não quer isto dizer que uma escolha não possa ser feita ou defendida, no entanto, qualquer política de saúde não tem mais do que o seu valor relativo. Por exemplo, um decisor político que assuma como maior desafio ético a redução das desigualdades na saúde, de facto, escolheu a ênfase na comunidade em detrimento da preferência egocêntrica.

Esta redução das desigualdades, por mais vasta e abrangente que seja, está sujeita a restrições que derivam do facto de que o âmbito da medicina, enquanto prática estabelecida, demora a romper com uma forte base enraizada no individualismo biológico.

O paradigma biomédico postula que toda a doença é um produto de um defeito biológico muitas vezes iniciado por um agente patogénico, tornando-se, assim, um modelo redutor que procura explicar todas as doenças em termos biológicos⁵⁹. De facto, este paradigma dominante no séc. XX, parece ser uma amálgama variada de conceitos biológicos e médicos que podem mudar num curto horizonte temporal, dependendo do sucesso com que as assumpções básicas deste paradigma podem ser desafiadas. Estas poderão ser enunciadas como a objectividade, a localização da doença focada no organismo individual, a preferência para a avaliação reducionista da saúde e da doença, a relevância do físico em detrimento do mental e a visão da ciência e da tecnologia separada do humanístico e do social^{60,61}. Ainda que seja justo olhar para a medicina evoluindo lentamente a partir destas assumpções, a influência da genética como base para a saúde e doença humana, continua pertinente e, implicitamente, dificulta essa mesma evolução para a mudança paradigmática.

Os conceitos de saúde, de normalidade, de doença, e da consequente eficiência da intervenção médica estão também ligados a uma mudança paradigmática para um modelo biopsicossocial, embora os cuidados de saúde ainda se encontrem entrincheirados no modelo biomédico. Do mesmo modo, os papéis da medicina em geral (curativa, correctiva, paliativa, forense) contêm implicações éticas que também devem ser revistas de acordo com o emergente paradigma biopsicossocial e respectiva transdisciplinaridade. Uma compreensão de doença que reúne o fisiológico com a vontade individual requer uma concepção mais variada e rica do que a inicial, integrando um entendimento mais sério dos valores e objectivos dos doentes ao mesmo tempo da simples apreciação da medida de parâmetros físicos.

Esta perspectiva complica a questão de quem tem a responsabilidade específica pelo cuidado individual do doente e, potencialmente, alarga o âmbito de situações em que o doente possa sair prejudicado. De facto, há um aumento de interpenetração entre saúde e problemas sociais, ao mesmo tempo que se encoraja a integração da saúde e o fornecimento de cuidados sociais, incluindo a formação em saúde e a assistência social. Isto tende a afastar-se do paradigma biológico da medicina, ao mesmo tempo que encoraja o reconhecimento de uma relação mais lata entre as concepções biológicas e biográficas de saúde, doença e incapacidade, ao mesmo tempo que emerge uma apreciação das influências ambientais na saúde e na assistência social^{62,63}.

No futuro, o papel dos cuidados de saúde primários e a sua relação com a abrangência nos serviços de especialidade devem continuar a evoluir. A implicação deste avanço no diálogo interdisciplinar está, talvez, entre as mais substanciais deliberações, tanto em termos de decisão política, como em termos éticos, englobando, em primeiro lugar, a possibilidade de uma transferência significativa de alguns actos médicos (como forma de provimento para falhas de recursos humanos e de reconhecimento da capacidade que outros profissionais têm para realizar essas tarefas) para os técnicos de saúde e, em segundo lugar, uma extensão do enfoque da saúde pública para os cuidados primários, isto é, deslocar os centros de decisão e fomentar o compromisso local.

Na realidade, as expectativas do público sobre os cuidados de saúde estão, intensamente, dirigidas para a natureza e escala da atenção expectável nos cuidados primários, atenção esta que é personificada no profissional de saúde que o tratou empaticamente num determinado período. Além disso, o emergente “especialista” no âmbito dos cuidados de saúde primários ameaça a perda tanto da tradicional atenção individual como da mais rica concepção de saúde aludida anteriormente. O perigo é que, por comparação com a tradicional prática médica generalizada, esta perspectiva especializada encoraja um reducionismo conceptual sobre o doente pois, essencialmente biológica (logo, limitada). A compreensão médica é difícil na completa adequação à experiência e sofrimento dos doentes e, no entanto, em nenhum lado esta compreensão é mais importante do que no contacto com os doentes⁶⁴.

O Princípio da Justiça: Os recursos dos cuidados de saúde

Em concomitância com o aumento da medicina baseada em tecnologia também surgiu o aumento do reconhecimento das restrições dos recursos para a adequação no desafio dos novos cuidados de saúde.

A economia da saúde tem como objectivo fornecer os instrumentos para uma tomada de decisão racional, usualmente concebida como uma tentativa para maximizar os benefícios da escolha individual ao mínimo custo. De modo a alcançar esta maximização de benefícios, são necessários alguns meios (RVU - Relative Value Units) que permitam medir e transpor custos e benefícios na mesma escala. Contudo, estes instrumentos não podem, por si só, determinar quais os *inputs* ou *outputs* a medir. Estes devem ser decididos antecipadamente, o que envolve o estabelecimento de juízos sobre as dimensões práticas, sociais e éticas de cada situação. Além disto, a mera existência dos

instrumentos supracitados não garante que nenhum particular *input* ou *output* seja, de facto, significativamente mensurável nem que os resultados dos cuidados de saúde constituam valores em absoluto.

A ascensão da economia em saúde como política determinante é consistente com o reconhecimento da importância da responsabilização pública pelo modo como os recursos são disponibilizados. Consequentemente, a economia na saúde tem aliados na literatura da análise ética, assim como, ao mesmo tempo, é um parceiro natural da medicina baseada na evidência. Acresce ainda que, na aplicação da economia de mercado aos cuidados de saúde, o doente é visto, muitas vezes, como um consumidor comprometido, essencialmente, com o seu comportamento confinado a um leque empobrecido de escolhas e valores de modo a ser incluído nas escalas de medida.

Sem dúvida que a preocupação moderna com as restrições dos recursos reflecte um número de mudanças estruturais na sociedade, as quais tendem a inflacionar a procura imediata aos cuidados de saúde. Estas mudanças incluem, pelo menos, os seguintes factores: o aumento proporcional dos idosos na sociedade, o aumento do número de pessoas com doença crónica e patologias ligadas ao envelhecimento, as mudanças nos padrões de emprego e das percepções tradicionais do valor do trabalho, a inflação da procura por novas intervenções em cuidados de saúde estimuladas pelos avanços farmacêuticos e tecnológicos, e a intervenção significativa de grupos minoritários associados a doenças específicas⁶⁵. Efectivamente, emergiu um debate sobre quem é responsável pelo cuidado e quais as prioridades que os potenciais doentes podem solicitar. Um dos temas em debate na actualidade refere-se à preocupação existente de que os idosos não fiquem em desvantagem na priorização dos mecanismos de tratamento, com base nas aptidões individuais. O valor da vida remanescente deve ser sopesado de igual modo, apesar da disponibilização dos recursos em cuidados de saúde ou da duração da vida usufruída. Contrariamente, outros autores argumentam, ainda que em termos delicados, que “os velhos dêem lugar aos novos”^{53,66-68}. Tomadas em conjunto, estas mudanças indicam modos pelos quais as nossas ideias em saúde, cuidados de saúde ou mesmo assistência social devem combinar-se de modo a que possam influenciar as direcções de uma política ética em saúde.

As implicações éticas das tendências mencionadas podem ser resumidas no seguinte: em primeiro lugar, o doente pode estar em sofrimento como resultado de uma concepção incompleta de diagnóstico e/ou terapêutica em função das suas necessidades;

em segundo lugar, as medidas sobre a saúde pública podem apenas receber uma parca atenção científica ou tecnológica, tendo como resultado um correspondente baixo suporte político e económico; em terceiro lugar, as desigualdades na saúde poderão ser exacerbadas pela negligência das causas sociais da doença (e pelo enfoque individualista da biotecnologia)^{57,69}.

O âmbito da responsabilização na saúde também é controverso. A responsabilidade causal e a responsabilidade moral não são a mesma coisa, mesmo que algumas vezes coincidam na acção de um adulto autónomo e competente. Com efeito, enquanto é correcto encorajar os indivíduos a ter um uso responsável dos recursos em cuidados de saúde, a responsabilidade da saúde desses mesmos indivíduos pode não estar necessariamente confinada a eles mesmos, ainda que a sua doença ou incapacidade sejam, em parte, causadas pelo próprio comportamento. O contexto socioeconómico alargado no qual as pessoas se inserem e vivem também deve ser reconhecido como factor de impacto nas suas escolhas e estilo de vida. Além disso, também é controverso o alcance em que o estilo de vida é, ou deveria ser, considerado externamente pelas políticas de saúde. Enquanto estas devam apenas responder às consequências das escolhas individuais, não há uma justificação automática para a sua influência nos estilos de vida de acordo com o preconceito de que o estilo de vida possa estar de acordo ou seja aceitável para a saúde.

A liberdade individual na escolha e a responsabilidade de cada um nos resultados das acções estão interligadas. Todavia, este elo está limitado ao grau de controlo que os indivíduos possam genuinamente exercer nas suas próprias vidas. O modo como cada um concebe todas estas questões é fortemente influenciado pelas preferências individuais dentro dos valores éticos e morais perfilhados tais como: autonomia individual e liberdade de escolha, bem-estar individual ou colectivo, a importância do cuidado, confiança e responsabilização, a adesão a virtudes e/ou deveres e a defesa de princípios, entre outros. No nosso entender, as futuras políticas na saúde devem ser dirigidas por uma clara escolha de valores morais intrínsecos, contudo, respeitadores da dignidade humana, no sentido do bem comum.

A autonomia talvez seja o princípio mais citado nos cuidados de saúde actuais embora, certamente, não seja o único valor e princípio ético-moral importante. Enquanto a atenção da autonomia do sujeito forneceu uma valiosa resposta ao paternalismo no acto médico no passado esta, enquanto valor individual, é actualmente incapaz de alicerçar a responsabilidade na partilha dos cuidados de saúde por todos os seus membros.

A Tomada de Decisão

Durante as últimas décadas, a ênfase foi posta em mecanismos que tornaram os consumidores mais informados e assertivos. Porém, enquanto esta “escolha” foi alcançada para uma posição de destaque em termos de acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo, também emergiu um desconforto substancial na implicação de que os cuidados de saúde eram uma mera comodidade para ser comprada e vendida e pela qual os consumidores deveriam procurar o melhor negócio, no seu próprio interesse.

As críticas da “escolha” como mecanismo pelo qual os consumidores de saúde possam ser reforçados na relação com os profissionais de saúde são baseadas tanto pelo aumento dos custos (e num litígio originado pelo consumismo assertivo), como pelo facto de que a ideia da escolha racional não se adequar à realidade doente-profissional de saúde em condições de incerteza, risco e poder assimétrico nesta relação interpessoal. De facto, apesar da grande disponibilidade informativa, normalmente, tanto o doente desconhece a ciência como o próprio técnico de saúde detém, de facto, um conhecimento científico limitado no seu enquadramento funcional⁷⁰⁻⁷².

Do mesmo modo, os indivíduos e a sociedade são expectáveis de grande responsabilidade para com a sua própria saúde e, assim, cumprir as metas ideais (governamentais) de redução das desigualdades na saúde e melhoria na saúde em geral. A diversidade de grupos representativos dos cidadãos junto dos decisores em saúde é reflectida de modo variado pelos organismos institucionais conforme a natureza das suas actividades e objectivos⁷³. Deste modo, são amiúde referidos como grupos de pressão, considerados com um interesse próprio e representativos da voz legítima dos cidadãos. Mais do que deixar a “escolha” do tratamento para o doente, a noção de decisão partilhada deve ser avançada como meio de alcançar uma maior qualidade, assim como menor desperdício nos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, um modo de refazer a confiança entre doentes e profissionais de saúde⁷⁴⁻⁷⁶.

O reconhecimento da legitimidade e o usufruto do saber experiencial têm sido auxiliados, consideravelmente, pela organização colectiva de grupos que representam estes interesses e suportam indivíduos/casos em articulação com as suas próprias práticas. Com efeito, a autogestão da saúde e dos respectivos cuidados é baseada na partilha do conhecimento e no encorajamento dos pacientes para o controlo autónomo. Por fim, uma outra forma mais dialógica, de tomada de decisão no âmbito dos serviços de saúde brotou

do aumento do acesso a informação, previamente só acessível a profissionais e académicos. O controlo do acesso à informação tem sido um dos modos pelo qual vários grupos profissionais conseguiram união e protecção (mantendo-se num plano hermético, inexpugnável para “os não doutrinados”). A dependência de especialistas para aceder à informação tem sido uma característica dos profissionais de saúde e, mesmo que estes tenham sido preparados para disseminar informação, nem sempre são bons nessa tarefa de partilha, seja por autolimitação seja por deficiência formativa. Além disso, as aptidões comunicacionais não são uma parte automática do repertório destes técnicos e convém assumir que aqueles que têm acesso a um computador podem aceder a uma variadíssima quantidade de informação, tanto de fontes profissionais como gerada pelas organizações representativas neste âmbito. A significância de factores tais como o poder assimétrico nas relações entre técnico e doente, o conteúdo emocional de muitas decisões e a necessária confiança como base para uma tomada de decisão efectiva contribuem para a complexidade da tomada de decisão. Simultaneamente, protagonistas provenientes directamente de um leque da área da saúde muito mais alargado (gestores, administradores, políticos, entre outros), o que dificulta o alcance de conclusões generalizáveis sobre as expectativas dos doentes.

Para aqueles que regularmente usam o serviço de saúde, a preocupação imediata diz respeito à provisão desses mesmos serviços. Contudo, temos a percepção de um forte sentimento de que os serviços devem submeter-se a uma monitorização externa pois, sem a perspectiva dos utilizadores directos, qualquer avaliação de qualidade estará enviesada. Nesta perspectiva, o contexto político no qual é dada maior prioridade aos problemas de saúde pública é consentânea com o sentimento positivo das percepções públicas.

O modo pelo qual rápidas estimativas são usadas para determinar as perspectivas sociais sobre as necessidades em matéria de saúde revelou uma discrepância entre as percepções de prioridades dos profissionais e das comunidades. Nos trabalhos de Jordan et al. (1998), explicando até que ponto as autoridades em saúde envolviam o público na tomada de decisão sobre prioridades, os resultados foram peremptórios em revelar que, da perspectiva daquelas, não havia uma ligação necessária entre o envolvimento do público, nem da influência pública, sobre a tomada de decisão⁷⁷. Outros estudos sugerem ainda que as pessoas pensam ser muito difícil determinar prioridades e são resistentes à noção de que o raciocínio explícito deve ser comungado⁷⁸. Dada a oportunidade de reflectir e deliberar, as pessoas devem definir os critérios em que basear a priorização das decisões.

Embora as determinações devam ser deixadas para aqueles com responsabilidades formais, mais do que directamente para a nebulosa opinião pública, os métodos deliberativos, pela sua simplicidade, devem capacitar o público para se tornar mais informado sobre os problemas que afectam a tomada de decisão e também para desenvolver aptidões para o questionamento do conhecimento especializado. Uma outra questão é que as pessoas com experiência de longo prazo em problemas de saúde (por exemplo, o cada vez maior número de doentes crónicos) são mais motivadas do que os ocasionais usuários dos serviços de saúde para participar activamente na tomada de decisão.

Contudo, encontrar uma voz que seja capaz de se expressar, junto dos fornecedores de cuidados de saúde, pode ser difícil para a população em geral. Esta é uma das razões pelas quais a organização colectiva por parte dos utilizadores dos serviços é muito importante. A ressalva é que a sua opinião possa ser entendida de modo ameaçador e conflituoso, uma situação de força e ruptura. Quando os utentes têm a oportunidade de exprimir a sua opinião, por vezes são muito críticos sobre o serviço prestado. Acresce ainda que pode ser difícil exprimir a opinião para alguém com um poder decisório consideravelmente superior, como os decisores em saúde⁷⁹. Não obstante, muitos dos comprometidos com os grupos que procuram influenciar as políticas de saúde ou outros serviços de interesse público, não sentem estar em pé de igualdade entre parceiros. A este propósito, a realidade mostra que o empenho para trabalhar com os serviços depende da seriedade com que as propostas são tomadas. De facto, há um maior envolvimento sempre que doentes e profissionais em sintonia desenvolvem estratégias que auxiliem os primeiros a fazer as suas próprias avaliações, antes de discutir as suas necessidades com os gestores de saúde. Apesar da incerteza sobre como melhor incluir os doentes na tomada de decisão acerca do seu próprio tratamento e cuidados, sobre como comprometer os utentes colectivamente no planeamento e avaliação dos serviços e como assegurar que a sociedade em geral possa ter uma palavra na forma como as políticas são aplicadas, não podemos deixar de sublinhar que este percurso deve ser traçado. Hart (1970) sugere que o caminho seja o retorno aos princípios democráticos norteadores de um sistema nacional de saúde com a devida actualização temporal da visão inicial: o acrescento do inevitável princípio de que os profissionais de saúde devem ser responsáveis tanto para com os doentes, como para com os seus pares⁷². O objectivo não deverá ser a queixa ou o litígio após a exposição a má prática, mas antes uma expectativa directa de responsabilização

pelos doentes baseada no processo recíproco de informação e partilha de conhecimento, numa relação integral doente-profissional de saúde.

As vantagens da participação do público podem ser identificadas como:

1- Benefício para o sistema de saúde, através do aumento da confiança do público, do aumento dos ganhos individuais de cada doente, do uso mais apropriado dos serviços, de maior potencial custo-benefício e da partilha com o público das responsabilidades com os cuidados.

2- Benefício para o público, permitindo ganhos no cuidado e tratamento, um incremento de auto-estima e capacidade de controlo da sua própria vida e um serviço de saúde mais sensível e acessível.

3- Benefício para a saúde pública, pela redução da desigualdade em saúde, pela compreensão das ligações entre a saúde e as circunstâncias em que as pessoas vivem e pelas políticas de saúde ambientais, sociais e económicas.

4- Benefício para a sociedade, em geral, com o aumento da coesão social, com uma democracia mais saudável e com um serviço de saúde mais capaz de satisfazer as necessidades dos cidadãos⁸⁰.

Não é provável que as expectativas do público em relação à sua participação na tomada de decisão declinem; aquela estará assegurada pela atenção dos meios de informação para os problemas do serviço de saúde. Se o decisor for sério no seu compromisso de redução das desigualdades nos cuidados, há sugestão pública de que esta diminuição das desigualdades só poderá ser alcançada pelo trabalho conjunto de cada uma das partes envolvidas, pois a saúde é a prioridade para as comunidades que reconhecem as limitações dos serviços de saúde.

No começo do novo milénio, a estrutura paternalista do bem-estar social e dos cuidados de saúde esboçada há cerca de 50 anos, já não é aceitável. As implicações desta situação para a educação formal e treino daqueles que trabalham nos serviços de saúde são, deste modo, profundas. Reconhecer que o conhecimento do doente tem uma parte a desempenhar na tomada de decisão é uma mudança fundamental para os profissionais de saúde. Sem dúvida que se os cidadãos se envolverem cada vez mais neste processo, os limites dos serviços e os parâmetros das políticas de saúde tornar-se-ão melhores no futuro. No entanto, quando falamos de decisão e de dilemas éticos é necessário clarificar

alguns conceitos sobre o que é e o que não é um problema ético. Ou ainda, o que é um dilema e, mesmo, se todos os dilemas são éticos.

Apesar da referência genérica para todos os problemas éticos como dilemas, um verdadeiro dilema ético envolve um conflito entre duas ou mais escolhas, podendo cada uma ser realizável, mas não podendo ser todas concretizadas ao mesmo tempo. A escolha de uma opção poderá conduzir a um prejuízo moral, uma vez que não se verificará uma das restantes hipóteses^{81,82}.

Em relação às éticas aplicadas, alguns autores^{83,84} consideram que, em termos práticos, quando falamos de conflito ético devemos, antes falar de problema, uma vez que se definem com menor rigor do que os dilemas, pois envolvem opções não exclusivas e a escolha entre duas preferências morais sem a opção rejeitada ser obrigatória. De facto, erradamente, as pessoas costumam descrever como dilemas qualquer situação em que se verifica dificuldade na escolha.

Assim, como problema ético devemos entender uma escolha entre alternativas, que não são erradas, mas onde as condições éticas e morais podem levar a uma ou a outra opção. O problema respeita à escolha, incómoda pois contraditória, em termos morais e, sendo complexa, é impossível de apreender na totalidade pela inadequação entre o raciocínio e a realidade⁸⁵.

E, como dilema, devemos compreender uma escolha entre alternativas, com possibilidade desenlace grave, que nos parecem erradas de excluir⁸⁴. Um problema ético pode ser considerado como um dilema ético se, para a sua análise, isso for assumido e conduzir a uma preocupação ética e emocional⁸⁶. Porém, de acordo com Beauchamp e Childress não devem ser considerados como verdadeiros dilemas morais mas como situações de alguma dificuldade na escolha do melhor curso de acção. Assumir estas situações éticas como simples exercício prático, admite mais um factor em competição: o auto-interesse⁸⁴.

É sabido que os profissionais de saúde entendem e experienciam problemas éticos na sua vida profissional. Alguns destes problemas éticos são partilhados por diversos grupos profissionais, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros. Estes incluem problemas tais como a recusa de tratamento (respeito pelo direito do doente recusar o tratamento e a responsabilidade de o tratar)⁸⁷, ou a sua suspensão (no estrito cumprimento protocolar mas com visível prejuízo para o doente)⁸⁸ e a protecção da confidencialidade e o respeito pela privacidade (mesmo sem orientação jurídica)⁸⁹.

Da nossa experiência profissional, salientamos que, em algumas das situações já enunciadas, não se estabelece de imediato a associação como dilema pois já encontrando orientações tanto em códigos Deontológicos como no enquadramento legal, ou na Carta de direitos e deveres dos doentes, podem tornar-se, portanto, em meras angústias morais individuais.

Assim, a Bioética/Ética médica diz respeito, não apenas a questões de vida ou morte, mas também à forma como cada um deve viver e interagir com os outros no seu quotidiano. O mesmo pode ser dito dos técnicos de saúde mais preocupados em agir dentro da legalidade deixando, algumas vezes, a preocupação ética nas suas tarefas de rotina para segundo plano.

Mais de uma vez, tem sido discutido que estas questões não devem ser assumidas como dilemas e talvez seja mais apropriado designá-las desconforto moral para os distinguir dos reais conflitos éticos a resolver. Esta distinção não visa a sua despromoção mas somente a sua difusão e reflexão generalizada por outros actores tais como filósofos, antropólogos, advogados, etc., como forma de promover soluções. É suposto que com este procedimento se possa ascender a uma maior compreensão dos problemas éticos na comunidade. Em particular se a atenção se centrar em vários níveis teóricos do procedimento de tomada de decisão.

A atenção ética ganhou um amplo reconhecimento na literatura estando presente em muitos modelos de tomada de decisão económica. Estes incluem a identificação de um problema de recursos e constatação do valor de os indivíduos terem a noção de uma situação ética como ponto de partida para a respectiva tomada de decisão⁹⁰. A importância do enfoque ético é que ele pode oferecer uma maior compreensão em como resolver os problemas. Apesar de o processo de deliberação ser um processo activo, por vezes associado a dúvida e incerteza, é certamente benéfico para a tomada de decisão quando estamos a decidir sobre a dignidade de quem é objecto de cuidados.

A todo o momento, decisões não éticas são tomadas com legitimidade pela força de enquadramento jurídico. Contudo, o que pode tornar-se problemático é o surgimento de uma preocupação ética de relevo: os apelos do exercício quotidiano podem mascarar o que merece, de facto, importância. Portanto, a não atenção é comum e pode conduzir a uma imprecisa categorização dos problemas éticos, ignorando aspectos éticos e favorecendo situações “facilitistas” meramente enquadradas em constructos legais que, de algum modo, revelam o auto-interesse, tanto individual como corporativo⁹¹.

Muitos profissionais de saúde consideram o auto-interesse como uma abordagem defensiva e legal, o que pode constituir um conflito com o interesse dos doentes numa situação ética. Como já foi argumentado, este auto-interesse reflecte uma abordagem ética passiva em que o profissional não se compromete numa escolha ética mas antes acata um procedimento legal que o tranquiliza. A decisão sobre o que é moralmente correcto não é a mesma decisão sobre o que é o agir para decidir. Ao estabelecer a intenção moral, o agente deve equilibrar todos os seus factores morais, inclusive o auto-interesse. Com efeito, Jones (1991) alegou que o auto-interesse é um factor não moral e contempla preocupações dentro do contexto mercantil, tais como os incentivos de carreira, e que são sobremaneira relevantes na prestação de cuidados de saúde⁹⁰. Neste sentido, a intenção de concretizar uma decisão ética pode e deve ser considerada face ao auto-interesse (e este conceito é muito importante para a análise da tomada de decisão em cuidados de saúde).

Inúmeros casos são conhecidos em que o técnico de saúde, ciente de que deve justificar a sua acção e, paralelamente, identificando a importância dos melhores interesses do doente, acaba por resvalar para o auto-interesse e não fará nada que ameace a sua carreira. Assim, é crível que os técnicos de saúde estejam cientes de que procedimentos legais podem levar a conflito com as considerações éticas, em especial com o bem-estar e com os cuidados de saúde.

Esta contenda entre Ética e Lei não é recente. Todavia, no seio da ética médica, embora sejam consideradas em campos opostos, em qualquer análise Bioética sobre problemáticas na saúde, não deve verificar-se o divórcio do enquadramento legal. A Ética é independente da Lei no sentido em que o Bem ou Mal de uma acção não podem ser estabelecidos pela legalidade ou ilegalidade.

Face ao exposto, depreende-se que o uso de instrumentos legais pode camuflar uma abordagem prática eticamente passiva⁹². Na experiência de vários profissionais de saúde, não é um factor de relevo que o efeito de proporcionar um bom serviço resulte no reconhecimento por parte do doente. Assim, uma concepção de auto-interesse, legalmente suportada, é que, em geral, parece sobrepor-se a outras formas de justificação ética. Os seus promotores podem estar eticamente atentos embora apenas sustentem a sua decisão ética na necessidade de se defenderem legalmente.

Por Lei, o âmbito da tomada de decisão ética permite a consideração dos problemas éticos e das suas partes constituintes, a concretização da justificação e a

reflexão ética, considerando ainda o auto-interesse como ponto inevitável. Assim, talvez seja mais apropriado considerar a problemática como incómodo moral em vez de os assumir como dilemas pois, muitas vezes, envolvem valores morais e problemática geral, processual ou financeira, mas não colidem com valores éticos ou conflitos normativos que exprimem um prejuízo grave para o doente. De notar, aqui, que a centralidade da Lei é chocante pois ela aparece não só como sinónimo de ética para muitos profissionais mas também define e decide variados problemas éticos identificados no desempenho profissional. Todavia, é possível ainda que um efeito de enquadramento possa ocorrer pelo facto de a identificação dos problemas éticos apenas corresponder às expectativas criadas “à priori”. Em oposição, quando não se observa, esta falta de atenção ética evidencia dificuldade no reconhecimento dos valores éticos e é um descritor inicial de passividade ética. Esta categorização de problemas não éticos parece ser relevante para a descrição de situações problemáticas (e do mesmo modo também influenciar a tomada de decisão)⁹³. Neste sentido, o técnico de saúde pode não estar particularmente preocupado em assegurar a confidencialidade (tema recorrente no quotidiano destes profissionais), mas antes, pela facilidade/dificuldade do procedimento, a posterior (e negativa) retractação e assomo de culpa. O conceito de passividade ética pode, assim, emergir como uma descrição apropriada para quem é eticamente desatento, preocupado com o auto-interesse, e que não está comprometido na acção ética.

Capítulo II - BIOÉTICA E ENSINO

A Bioética pode ser entendida como uma atitude ponderada de ordem ética com objectivo de clarificar ou resolver problemas éticos suscitados pela aplicação das tecnologias biomédicas na vida humana, ou por uma experiência na saúde. É o processo de tomada de decisão face às tecnologias biomédicas que deverá ser acompanhado pela reflexão ética e a atitude desejada face à aceitação ou rejeição das tecnologias.

Assim, a Bioética tem que ser ensinada de forma a transmitir, à sociedade, os conhecimentos, os temas, as atitudes e as práticas do âmbito ético. Para isto, há necessidade de delimitar os objectivos pedagógicos, de identificar os destinatários deste ensino, de tomar em consideração a transdisciplinaridade própria da disciplina, de fixar a natureza do nível de ensino, de dominar os métodos pedagógicos nas disciplinas médicas em apreço e de solicitar o contributo das ciências não médicas como o Direito, a Sociologia ou a Antropologia, entre outras.

Perante as circunstâncias anteriormente declaradas, o formador encontra-se diante de um desafio, que se traduz em como ensinar uma disciplina transdisciplinar que visa uma educação aberta à cidadania. Permitir aos professores orientarem os alunos para a reflexão nas dimensões éticas da medicina, nos cuidados de saúde, identificar as questões e ensinar a justificar as decisões de modo racional, aplicando os princípios éticos, exige que a Bioética se apoie num sistema educativo flexível para abarcar este novo saber.

Como ensinar Bioética aos Técnicos de Saúde

Nas últimas três décadas, houve um real aumento da publicação de literatura sobre o ensino e aprendizagem na formação dos profissionais de saúde. Muita desta produção prende-se com a aplicação de teorias de ensino em adultos, desenvolvimento do processo de raciocínio e eficácia de variadas abordagens e estilos de ensino. Estas questões de ensino e aprendizagem de conhecimentos profissionais complexos, das aptidões e competências exigidas aos profissionais de saúde com vista a aplicação prática da Bioética/Ética médica, não são de fácil observação. No rescaldo desta situação, a literatura médica sobre o ensino da Bioética/Ética médica parece tender a focar-se em conteúdos curriculares e os respectivos objectivos de aprendizagem sem, contudo, se

orientar para temáticas tais como comprometer os alunos nesta aprendizagem ou alcançar as competências requeridas.

Uma questão que se coloca neste domínio é se os educadores influenciarem positivamente o desenvolvimento dos alunos na área da ética aplicada em saúde. Como resposta pode sugerir-se o reconhecimento da importância da mera aplicação legalista das normas para um uso mais operacional dos princípios e valores éticos. O valor de um código deontológico não é tanto a sua existência mas antes a sua aplicação. Este é um desafio que as profissões devem vencer: como aplicar individualmente e transmitir a aplicação ética na prática profissional quotidiana. Aqui se irá encontrar a vitalidade da conduta ética. Em todas estas áreas, a ética prática necessita do desenvolvimento de uma fundamentação teórica rigorosa para realçar a sua aplicação profissional. Um conhecimento relevante para a prática que inclua a compreensão básica das mais importantes abordagens filosóficas do pensamento ético, e de tópicos e conceitos específicos das diferentes profissões.

A ética prática profissional é a capacidade de reconhecer, reflectir, analisar, compreender, tomar decisões e agir, sob a influência de valores morais patentes no desempenho profissional (enquanto especialista em saúde). Neste sentido, a ética prática pode contribuir em todos os aspectos da sua vida profissional, na prestação de cuidados aos doentes, na gestão ou mesmo no ensino.

Dentro dos variados cenários do exercício prático, neste conjunto de princípios, iremos encontrar as orientações relevantes para auxílio da tomada de decisão em cuidados de saúde. Temos ainda de considerar outros constructos na formação Bioética/Ética médica/Deontologia nas tecnologias da saúde. Em primeiro lugar, a proposta de Gilligan (1982) para uma ética do cuidar, em que a autora refere como mais importante prioridade ética o cuidar na proximidade do doente. De acordo com esta formulação, a ética abstracta e a reflexão ética impessoal são moralmente problemáticas, daí a necessidade da concretização da ética pelo contacto directo com aqueles em fragilidade³⁹. Porém, nos últimos anos, uma ética do cuidar tem extravasado da circunstância privada, da relação interpessoal para incluir as preocupações públicas⁹⁴. Esta abordagem é sugestiva de que através do contacto pessoal e de disponibilizar o cuidado requerido se alcança um nível ético apropriado, embora tenhamos de acautelar o contexto interpessoal (da sociedade envolvente) pois ele será fundamental para tomar a decisão eticamente sensível.

Também se deve considerar a ética das virtudes que, derivando do pensamento filosófico aristotélico, considera as virtudes a um nível hierarquicamente superior às regras e, onde, a interacção de uma acção ou a motivação para a acção é a preocupação primordial para determinar a actividade comportamental ética⁹⁵. Assim, a competência está dependente do desenvolvimento de valores pessoais e profissionais, tais como o respeito pela dignidade e os direitos dos doentes, evitar a discriminação, e considerar o desempenho profissional sobreposto ao auto interesse. Estes valores aparecem, assim, a realçar determinadas atitudes explicitadas nos respectivos códigos deontológicos, nomeadamente a empatia, a honestidade, a integridade, a compaixão, a confiança, a competência, a aprendizagem ao longo da vida e o compromisso com a reflexão crítica.

De facto, as virtudes éticas facilitam um modo de reflectir sobre a intenção das acções e integram o pessoal, o particular, nas acções profissionais. Não podemos deixar de considerar ainda a ética narrativa que, requerendo que os envolvidos no processo de tomada de decisão compreendam a influência das suas experiências na interpretação da situação dos doentes, fornece um quadro teórico sugestivo para que a opção ocorra num contexto pessoal, cultural e social⁹⁶. No âmbito deste estudo, após a consulta das propostas patenteadas nas diferentes profissões, estas são as principais teorias presentes nos diferentes códigos deontológicos dos técnicos de saúde.

É esperado que, através do currículo contemplado com as diferentes abordagens teóricas, os estudantes possam integrar e reflectir sobre a diversidade de correntes de pensamento ético. Esta diversidade, além de dar solidez ao conhecimento, também fornecerá a base para o raciocínio subjacente à sua própria formulação de decisão na prática ética (reconhecendo, ao mesmo tempo, que outros possam agir de modo diferente, ainda que dentro de um quadro ético legítimo). E, claro que devemos acautelar os resultados esperados, até pela própria impraticabilidade de acesso à totalidade dos conteúdos derivada da formatação dos ciclos de estudo.

Por fim, também existem aptidões intrínsecas que habilitam os profissionais de saúde para identificar, reflectir e implementar as decisões. Muitas destas aptidões são consistentes com as utilizadas pelos técnicos noutros aspectos da sua profissão, como por exemplo, a partilha da tomada de decisão, a comunicação profissional (paralelamente com um forte elemento de agregação profissional, tomada de consciência de classe) e a própria acção colaborativa. Contudo, não arriscando nas ponderações do acaso, pela inexistência do currículo formal, devemos apostar noutras formas de veicular conteúdos,

como o currículo “oculto” (inclusão transversal e não programada de conteúdos e atitudes ao longo do plano de estudos), como modo de activar as referidas capacidades inerentes. O sentido aqui será não ostracizar a aplicação da reflexão crítica e, pelo menos, de uma forma informal, respeitar os procedimentos éticos.

Factores da Consciência Ética

O reconhecimento, tanto pelos profissionais como pelos alunos, de que um tema, uma decisão ou uma acção, intrinsecamente envolve a consideração ética, faz parte da consciência ética. De certo modo, esta diz respeito aos profissionais desenvolverem uma sensibilidade sobre a temática no seu exercício quotidiano. Parte desta consciência também é saber fazer a distinção entre angústia ética (quando o técnico de saúde conhece o resultado da acção mas existem barreiras para o seu alcance) e dilema ético onde duas ou mais linhas de acção são eticamente correctas mas não se podem concretizar em concomitância⁹⁷. Com efeito, sem consciência ética, para o técnico de saúde, é muito difícil tomar decisões éticas meticulosas e ultrapassar situações potencialmente causadoras de “angústia” ética. Já o raciocínio moral envolve a capacidade para compreender e interpretar as propostas éticas dos outros e, também, a habilidade para construir e justificar uma particular decisão ética. Conquanto estas capacidades sejam vitais noutras áreas profissionais, em relação aos técnicos de saúde, elas devem constituir-se de modo intrínseco para comunicar com doentes e familiares sobre temas éticos, para facilitar a tomada de decisão e para implementar decisões éticas, sobretudo quando constringidos pelo contexto.

Assim, a consciência e o raciocínio moral são essenciais para a prática da ética dos profissionais de saúde e, embora possam ser consideradas um refinamento característico de outras aptidões profissionais práticas, existem competências específicas relacionais com o cuidar em saúde.

Deste modo, as atitudes e valores éticos devem fazer parte integrante da identidade do técnico de saúde. Valores e atitudes como a honestidade, a integridade, a confiança, a cortesia e a empatia. Este último(a) valor/virtude/sentimento para cuidar, como um impulso para alívio do sofrimento de outros, de se colocar no seu lugar e compreender o seu ponto de vista, a um nível mais profundo, pode evidenciar o desenvolvimento de uma

maior consciência social e cultural, utilizando-a para compreender uma circunstância particular (o estado da doença, por exemplo) que melhore as expectativas⁹⁸.

Também o respeito deve ser considerado para os valores e atitudes éticas. Esta atitude deve incluir o respeito por si próprio, pelos doentes, pela dignidade das pessoas e pelo papel dos outros profissionais na hierarquia dos cuidados de saúde. Um outro aspecto muito importante é o conhecimento dos limites pessoais e profissionais que se devem manter para com os doentes, os estudantes, os colegas, de modo a que, com a intervenção dos profissionais de saúde, os seus interesses sejam sempre salvaguardados.

Um outro aspecto particularmente relevante neste domínio é o da responsabilização. Uma abordagem que leve a uma prática responsável deve incluir a auto-avaliação, a prática reflexiva, a competência profissional e a contínua actualização de conhecimentos. Tal acontece na medida em que os técnicos de saúde, por força do estabelecido na quase totalidade dos respectivos códigos deontológicos, têm obrigação de disponibilizar o melhor desempenho profissional. Deste modo, por vezes, os códigos deontológicos salientam vários aspectos da atitude responsável, como o dever de fornecer informação precisa, assumir a responsabilidade hierárquica e manter o desenvolvimento dos *standards* profissionais. A responsabilidade também tem um alcance mais lato, no sentido da comunidade, incorporando um sentimento de obrigação moral e responsabilidade profissional para agir⁹⁹.

Esta perspectiva acerca da responsabilidade, embora não sendo exaustiva, fornece uma ilustração da complexidade envolvida no conceito de ética prática profissional. Portanto, é contextualmente relevante considerar a importância do ensino e aprendizagem de Bioética nas tecnologias da saúde.

A moralidade individual está baseada nas crenças e valores, sejam certos ou errados. Por comparação, a ética profissional está focada em como um grupo profissional pode responder à questão: o que devemos fazer?¹⁰⁰ A deontologia requer a capacidade para pensar, argumentar e agir para lá do meramente pessoal. Este nível de integração de conhecimento e práticas complexas não acontece por assimilação ou socialização profissional (o que implica aprendizagem formal ou tenuemente através de currículo escondido tantas vezes observado nestas formações)¹⁰¹.

Do mesmo modo que não esperamos que os alunos aprendam técnicas de colheita de amostras sanguíneas pela mera socialização profissional, observando um técnico empático e carismático, não podemos permitir que aprendam ética prática através de uma

metodologia “ad hoc” pobremente definida. De acordo com alguns autores¹⁰², o desenvolvimento de uma “persona” profissional inclui o ensino preciso da competência técnica profissional, as capacidades interpessoais, as normas de conduta e a competência ética relevantes para cada exercício laboral. Este desenvolvimento não é um simples processo de imitação, mas antes um desenvolvimento intencional, uma indução para um papel profissional. Aqui, o risco da socialização na profissão é a tendência para a arriscada manutenção do “status” profissional. De facto, e mais grave ainda, alguns autores^{103,104} argumentam que o contacto de estudantes ou recém-graduados com o ambiente de trabalho pode conduzir a alguma erosão ética ou a uma inversão negativa nas crenças e valores éticos, se aqueles em posição de poder ou de liderança exibirem comportamentos e atitudes não éticos. Outros autores¹⁰⁵ adiantam mais na crença que estudantes que observem profissionais a agir de modo não ético correm o risco de se tornarem desiludidos e cínicos, sendo esta observação coincidente com evidências de currículo escondido no desempenho prático. Isto realça a importância do ensino explícito e rigoroso na área da Deontologia. Acresce ainda que esta realidade de um currículo escondido também permite a oportunidade do estudante reflectir sobre as suas próprias observações de comportamentos não éticos, mas sob a influência de um professor, tutor ou mentor. Exemplos destas oportunidades de aprendizagem incluem sessões informais para, inequivocamente, identificar práticas não éticas e, posteriormente, gerir os problemas de modo diferente.

Como já mencionado anteriormente, o currículo oculto refere-se ao não oficial, não intencional, mas que, contudo, veicula valores e perspectivas que o estudante aprende na escola^{106,107}. Enquanto o currículo formal consiste em disciplinas e actividades de aprendizagem em que os estudantes participam, o currículo oculto consiste no que não é mencionado ou implícito na mensagem comunicada ao aluno¹⁰⁸. Este conceito é baseado no reconhecimento de que os estudantes absorvem lições na sua formação que podem ou não fazer parte do seu curso formal. De notar, ainda, que este conceito pode reforçar as lições do currículo formal, do mesmo modo que o pode contradizer, revelando inconsistências entre a missão especificada e as convicções que os alunos, de facto, integram na escola. Em virtude do que não é ensinado de modo explícito, o currículo oculto pode ser tão influente ou formativo como o que é leccionado, podendo, também, estender-se para áreas, valores e mensagens que, além de omitidas, são ignoradas, negligenciadas, menosprezadas ou mesmo ridicularizadas pelos formadores.

Deste modo, o currículo oculto está intimamente relacionado com o desenvolvimento profissional dos estudantes que, também nas tecnologias da saúde, requerem a definição dos elementos estruturantes da prática profissional.

Numa formação bem estruturada, pelo menos três factores devem ser considerados: (i) o conhecimento da história e tradição das tecnologias; (ii) o seu impacto social e económico; e (iii) os seus valores éticos e morais. Estes factores, pela sua capacidade de influência, são o alvo-chave da aprendizagem fornecida, não raras vezes, pelo currículo oculto. Ambas fornecem aos alunos uma perspectiva mais ampla sobre o ambiente social e intelectual associado à vida profissional, códigos éticos, cortesia, polidez e interesse pelo doente. O escasso tempo dedicado à aprendizagem destes atributos define o profissionalismo muito para lá da aprendizagem dos procedimentos técnicos.

O saber, na sua forma holística, é fundamental, tanto para a definição como para a prática de uma profissão¹⁰⁹. Tradicionalmente, o programa académico de um curso profissional orientava-se para o desenvolvimento de um saber profissional básico, enquanto a prática laboral colocava um maior ênfase nas capacidades e atitudes profissionais. Recentemente, o enfoque num ensino mais integrado tornou menos pronunciada esta clivagem académico-clínica, colocando a ênfase na incrementação de uma aprendizagem interactiva mais profunda, através de um pleno ambiente educativo. Isto resulta numa maior capacidade dos estudantes usarem, explicarem e construírem o seu próprio saber e aptidões, para elaborar em novas situações.

Por oposição a uma aprendizagem superficial, que é caracterizada pela memorização e reprodução, pretende-se que, de modo semelhante, o saber profissional envolva o saber declarativo (o quê), o saber processual (como) e o saber condicional (quando), tornando-se num fenómeno pessoal e dinâmico, ainda mais complexo pelo conhecimento tácito de qualquer grupo profissional¹¹⁰. A premissa sublinhada de desenvolvimento do saber é que este seja activamente construído dependente do processo de reflexão, da metacognição e da própria cartografia cognitiva, que é um modo de descrição do conhecimento base próprio de cada indivíduo, tendo sido construído para interpretar o ambiente e o modo como tem um sentido pessoal e intrínseco^{111,112}.

Outro aspecto também importante das teorias de formação é a variedade de estilos de aprendizagem e a sua implicação na prática educativa. Devemos, assim, considerar alguns tipos de formandos: os Activistas (os que aprendem melhor através de novas

experiências e oportunidades, que necessitam de liberdade para errar e de receber os resultados de imediato), os Pragmáticos (os que aprendem melhor com aplicações práticas e experiências concretas), os Teóricos (os que aprendem melhor através da observação, análise e síntese de uma teoria necessitando, para isto, de um paradigma orientador), os Reflectores (os que aprendem melhor através da observação das tarefas de modo directo e estruturado, que preferem oportunidades de prática antes da execução real) e os Generalistas (os que utilizam múltiplos estilos de aprendizagem e vão variando conforme a tarefa e o estilo de ensino envolvido)^{113,114}.

Nem sempre é fácil ter instrumentos que contemplem os variados tipos de aprendizagem para os diversos tipos de formandos. Contudo, existem muitos instrumentos para apoiar o planeamento didáctico, a estruturação, a organização, os currículos e os objectivos institucionais (SOLO – Structured of Observed Learning Outcome, PBL – Problem Based Learning, MCLS – Media Combination Learning Styles, SBA – Standard Based Assessment, entre outros). Não menos importante deverá ser a consideração da Taxonomia de Bloom, pela teoria hierarquizante dos objectivos educacionais, onde cada um dos domínios tem diversos níveis de profundidade (e a habilitação no domínio cognitivo trata de conhecimento, compreensão e reflexão sobre um problema)¹¹⁵. De facto, também no âmbito da aprendizagem profissional da ética prática podemos considerar vários níveis:

- 1- O saber pode estar relacionado com uma consciência da abordagem baseada em princípios de análise ética;
- 2- A compreensão pode indicar que o estudante é capaz de definir os princípios;
- 3- A aplicação sugere que ele possa reconhecer um princípio específico num dado cenário;
- 4- A análise mostra que o aluno pode identificar e hierarquizar princípios conflitantes;
- 5- A síntese pode implicar que o formando possa usar as suas percepções para formular uma solução;
- 6- A avaliação pode significar que ele pode criar ou várias opções sopesando os prós e contras de cada uma baseado na especificidade de cada caso.

Porém, Marzano e Kendal (2008) sugerem que a ordenação anterior não reflecte completamente a avaliação do desempenho pois o comportamento pode estar condicionado pelos modelos fornecidos¹¹⁶. Neste caso, os formandos podem desenvolver múltiplas opções teóricas para a tomada de decisão ética, formulando todos os pontos

favoráveis e desfavoráveis aludidos no nível 6 da Taxonomia de Bloom acima sintetizada (rejeitando uma matriz e avaliando em função da singularidade de cada caso) Na realidade, na maioria das vezes, consideram somente uma opção viável devido à falta de confiança, capacidade de concretização ou, ainda, o facto de não estar emocionalmente integrado na tarefa¹¹⁷.

Há a necessidade real da criação de uma consciência ética que facilite a concretização da decisão. Ela será uma aptidão fundamental para o exercício prático. Porque a sociedade e os formandos das tecnologias da saúde devem estar conscientes do debate público, os problemas biomédicos devem ser generalizados para incluir as questões éticas quotidianas (como o caso das políticas de alocação de recursos para a saúde e a disponibilização arbitrária de procedimentos médicos) para incrementar a consciência ética¹¹⁸.

Esta consciência ética é difícil de se revelar no seio de profissionais com pouca experiência devido às exigências da diversificação do seu foco de atenção¹¹⁹. A sua abordagem será um ponto para reflexão devendo, para isso, ser facilitadas experiências de aprendizagem estruturadas com uma base segura, utilizando uma aprendizagem estimulada (grupos de reflexão experienciados, bibliografia específica deste âmbito e mesmo, seminários e *workshops*, entre outros) como modo de desenvolver a consciência ética¹²⁰. Alguns autores¹²¹ sugerem que, em muitos cursos de profissionais de saúde, se verifica uma parca avaliação de Ética/Bioética por via de dificuldades nos métodos avaliativos. Mitchell (1995) propõe ainda que seria mais desafiante avaliar o ensino da actividade prática em ética clínica (tal raramente verificado)¹²². Recentemente, os métodos de apreciação educativa incluem as respostas dos alunos a estudos de caso, apresentações da análise ética de cenários verosimilhantes construídos pelos formandos incluindo situações de dilemas éticos, e a medição do desenvolvimento do raciocínio ético antes e após o ensino de ética formal^{123,124}. Note-se que os alunos podem ser apenas contemplados com satisfaz ou não satisfaz, não sendo explicitamente reconhecidas as capacidades e aptidões em ética prática pela exiguidade de parâmetros avaliativos.

A título de exemplo, este critério limitado pode descrever o aluno que mantém a confidencialidade e o respeito na abordagem dos doentes e do ambiente de trabalho, não traduzindo um comportamento ético (ou não ético) pretendido na formação de técnicos de saúde, pois não há evidência nem indício de conhecimentos e aptidões na ética prática que lhe permitam transpor todas as situações de interacção humana no futuro. Embora,

contudo, se realce que as realidades/contextos/casos são, por natureza, dinâmicos haverá sempre lugar para a aplicação transdisciplinar dos saberes.

A Bioética na Saúde Pública

A saúde pública enfrenta continuamente dilemas no que diz respeito ao seu alcance e em que ponto da acção os profissionais da saúde podem infringir as liberdades individuais abrangidos na letra da Lei. A Bioética, enquanto disciplina, auxilia os técnicos de saúde a identificar e responder aos dilemas morais no decurso da sua “praxis”. Especialmente para a saúde pública, é necessário um enquadramento da análise ética para fornecer orientação e para realçar a definição dos valores da saúde pública, os quais podem diferir de modo moralmente relevante dos valores que, por exemplo, definem a prática clínica e a investigação.

A saúde pública procura aumentar o bem-estar das populações e, ao mesmo tempo, assegurar as condições sob as quais as pessoas possam usufruir de vida saudável. Através da Bioética, os técnicos de saúde podem reconhecer esta proposta, nomeadamente baseados no modelo de Beauchamp e Childress³². Contudo, há outros enquadramentos bioéticos que incluem, por exemplo, a ética do cuidado, a casuística e a ética baseada na virtude que, na sua especificidade, podem fazer variar o pendor no enfoque, de maior ou menor abrangência populacional.

Com efeito, desde os anos 60 e 70, que a Bioética cresceu com as questões de justiça na alocação de recursos, com a problemática ética levantada pelas novas tecnologias e com a falta de visão global do sujeito humano na investigação. Em 1969, o actual Hastings Center (The Institute of Society, Ethics and Life Sciences) foi criado para responder a questões da Bioética e sugerir enquadramentos para análise de dilemas ético-morais quotidianos na medicina¹²⁵.

Posteriormente, em 1974, o relatório de Belmont incluiu princípios éticos como orientação de conduta na investigação humana. Todavia, os assuntos debatidos seriam aqueles em que o princípio do respeito pela autonomia teria agora um estatuto moral proeminente (talvez concedido devido à menor atenção em épocas anteriores)¹²⁶. O consentimento informado, como aplicação prática do princípio da autonomia, tornou-se assim um padrão da nova Bioética (e orientação ética na prática clínica). Enquanto ainda enfatiza a necessidade de não prejudicar o doente, junta argumentos para o técnico de

saúde melhor cuidar, na dignidade da pessoa, doentes ou sujeitos da investigação¹²⁷. A falta de orientação própria para os profissionais de saúde, em alguns casos, mesmo que existam códigos de orientação de procedimentos, podem obstaculizar contra as funções tradicionais, tais como o rompimento da confidencialidade para declaração de patologia específica, sendo uma exceção permitida à regra ética em nome da saúde pública.

Vivemos numa sociedade de moral pluralista e é inevitável que esta subjectividade entre em conflito com a política pública. A necessidade de normas éticas para a saúde pública pode ser assumida como uma via (um código) para analisar a justiça e os chamados direitos “negativos” dos cidadãos (a liberdade de cada um agir conforme os seus interesses, limita o governo e impedem-no de interferir em certos comportamentos dos seus cidadãos) à não-intervenção¹²⁸. Este enquadramento deve, sobretudo, enfatizar a positividade deste alcance através dos direitos para os quais as outras pessoas têm, de alguma forma, que contribuir. Assim, um código como um instrumento analítico, é programado para auxiliar os profissionais da saúde a considerar as implicações éticas das intervenções e políticas propostas, iniciativas de investigação e programas de cuidados de saúde.

Restringir a liberdade de alguém para sua própria protecção e restringir a liberdade para proteger uma outra pessoa é coisa diferente. Uma variedade de riscos pode existir em programas de saúde pública, sendo que a maioria se subdivide por três grandes categorias: (i) risco para a privacidade e confidencialidade (especialmente na recolha de informações); (ii) risco para a liberdade e a autodeterminação (dado o poder reconhecido à saúde pública de activar quase qualquer medida para conter a doença); e (iii) riscos na equidade da justiça (se os profissionais se focam exclusivamente na intervenção sobre determinados grupos populacionais). Ainda que os tipos de recolha de dados não sejam considerados muito pessoais por muita gente, todos têm os seus limites. Para alguns indivíduos, elementos particulares vitais para a estatística (como a paternidade ou causa de morte) podem ser considerados invasão de privacidade. Estas e outras informações públicas podem revelar padrões acerca de grupos étnicos ou vizinhanças que possam ser estigmatizantes ou, de qualquer modo, prejudiciais. A este propósito, também Pellegrino e Thomasma (1988) remetem para a cautela com que determinadas disposições devem ser encaradas, pela perda de autonomia democrática mesmo numa sociedade responsável¹²⁷.

Dado que os sujeitos, tipicamente, querem a prerrogativa de quando e para quem a informação é revelada, a declaração da doença acarreta o risco adicional da perda de confidencialidade se as medidas de segurança excepcionais não forem observadas. Para alguns, há um risco de quebra de privacidade quando a extensão da confidencialidade não se mantém e prejudica como um estigma social (perda de emprego, por exemplo). Para outros, a quebra de privacidade é assumida como um mal em si próprio, apesar de não haver evidência de prejuízo tangível. A declaração obrigatória de patologias coloca ainda riscos adicionais à privacidade. Não só o nome individual e a condição de saúde são relatadas mas, aos indivíduos, é também solicitado que forneçam o nome de outros contactos que tenham tido (por norma, de índole sexual). Obviamente, tanto a quebra de privacidade como o rastreamento por contacto indirecto invadem a privacidade de indivíduos cujos nomes sejam revelados. Prejuízo pode ocorrer se falha a protecção da confidencialidade, podendo ocorrer que os indivíduos se sintam vítimas em virtude desta violação. Os profissionais de saúde quando reportam o nome e a doença para os órgãos oficiais devem informar os doentes de que, por Lei, a sua identificação deve ser referida às autoridades de saúde pública assegurando que, ao mesmo tempo, o enquadramento jurídico requer que esta acção seja confidencial¹²⁹.

O alinhamento num percurso de análise ética torna o profissional metucioso no seu raciocínio, mantendo a defesa de intervenções na base de factos e não meramente de crenças. A análise ética conduz a padrões elevados, não apenas no método científico mas também pelo respeito no modo como comunicamos e envolvemos as comunidades. Os técnicos de saúde devem fazer este percurso de análise ética também para assegurar a integridade pública. O público deve sentir a confiança de que os profissionais lhe oferecem apenas as propostas que elevam a qualidade da saúde na comunidade.

Porquê ensinar Bioética aos Técnicos de Saúde

Na área da saúde, muitos cursos de nível superior (e mesmo alguns de nível médio) incluem algum tipo de formação em Bioética/Ética médica. As próprias estruturas profissionais, tanto a nível nacional como internacional, reconhecem que os planos de estudos devem contemplar Bioética/Ética/Deontologia, de modo a que os profissionais possam ter uma formação qualitativamente mais sólida, abrangendo várias áreas do saber. Além do mais, é a própria Assembleia da República Portuguesa que, desde 1999, impõe

a mais-valia destes conteúdos, referindo a necessidade de o formando adquirir uma compreensão em assuntos éticos e tomada de decisão em saúde¹³⁰.

Na medida em que os formadores envolvidos no ensino da Ética/Bioética devem estar bem cientes dos problemas éticos que ocorrem na prática clínica dos técnicos de saúde, isto poderá tornar o processo educativo mais eficiente. A importância de expor os alunos às questões derivadas da realidade prática pode ser, contudo, potencialmente limitadora. Esta realidade, várias vezes aferida em ambientes informais, revela a carência estrutural da implementação do chamado método de Estudo de Casos, em que o aluno pode ficar estagnado na mera resolução de estudo de casos semelhantes, não conseguindo transportar os conhecimentos adquiridos para as novas situações futuras.

Muitos destes cenários são, de facto, meros incómodos morais e, assim, podem não ser do tipo mais apropriado para expor na formação. Neste sentido, exemplos de problemas éticos que envolvem um conflito entre valores éticos, têm muito relevo neste nível educativo. A formação não é o único meio pelo qual os valores e a orientação ética são potencialmente transmitidos. Isto também é uma função dos códigos de ética que têm ganho popularidade nos últimos anos¹³¹. Porém, para além da parte normativa, também deve considerar-se que o aumento da proposta de codificação seja um atributo “societal” negativo, pois pode minar o apelo para a reflexão crítica activa. Neste âmbito de saúde, orientações há que remetem menos para assistência na tomada de decisão ética e mais, inocuamente, para a redefinição de conteúdos funcionais, propondo práticas estritas para situações concretas e, assim, negligenciando a intervenção das áreas humanísticas. Charar et al. (2005) sugerem que os códigos, em geral, podem não ser uma grande influência para os profissionais de saúde⁸⁶. Porém, os códigos deontológicos com natureza corporativa reflectem a necessidade de mudança (positiva ou negativa) para outras expressões muitas vezes baseadas em meros princípios benéficos para uma prática hermética.

Variadas profissões no âmbito dos cuidados de saúde debatem-se para identificar e articular conceitos e valores éticos, mas uma iliteracia ética generalizada limita a aptidão destes profissionais na discussão dos problemas éticos. A nossa experiência profissional e académica tem demonstrado que muitos técnicos de saúde são incapazes de compreender o alcance de um código deontológico que, de acordo com um juízo profissional, inclua os princípios éticos básicos que devem aplicar. Isto é, que possam

aplicar correctamente as premissas éticas ao mesmo tempo que conseguem equilibrar princípios antagónicos de cariz meramente corporativo ou auto-interesse.

A popularidade dos códigos deontológicos, tanto para profissões como para organizações, sugere que têm um lugar paralelo com outras formas de comunicação ou argumentação ética¹³². Esta perspectiva é mais compatível com a escassez de comunicação ética, que pode estar relacionada com uma situação profissional hermética e com limitações no próprio raciocínio ético. Reconhecendo a importância de questões fundamentais que revelam como os valores e normas éticas são comunicados nas profissões da saúde, podemos encontrar áreas de potencial mudança das práticas e, assim, evitar o pessimismo. A discussão sobre ética requer uma compreensão generalizada do termo. A definição vulgar pode ser traduzida pela adequação moral de uma decisão no decorrer da acção. Contudo, a ética também diz respeito a princípios morais, embora não se reflecta sobre sentimentos nem esteja confinada à religião nem traduza o que, simplesmente, a sociedade aceita como consenso num tema sensível.

Podemos dizer que ética é a consideração das consequências da acção humana, ao mesmo tempo que equilibra os valores, as virtudes e os princípios pelos quais os indivíduos e grupos tomam decisões¹³³. Como resultado, no plano profissional, a ética pode ser um meio pelo qual a confiança entre grupos se estabelece e mantém. A prática ética é uma área complexa da competência profissional que implica a aquisição de aptidões éticas para a tomada de decisão, que são centrais para o desenvolvimento profissional e que se baseiam no conhecimento, aptidão e competência adequadas, na integração e aplicação dos saberes de base, capacidade de raciocínio e formulação de juízos profissionais¹³⁴. Do mesmo modo, também envolve a transferência do saber ético para a tomada de decisão e para a prática profissional, abarcando um variado leque de competências em que se inclui a comunicação, a empatia e a resolução de conflitos¹³⁴. As aptidões para esta tomada de decisão envolvem a recolha de toda a informação pertinente, sopesando prós e contras em cada orientação da acção.

Capítulo III - FORMAÇÃO EM BIOÉTICA NAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE

No desempenho quotidiano, o saber, a aptidão e a competência incorporam a ética profissional. Temas do domínio da bioética (e.g., investigação em células estaminais, negligência no acto médico, abortamento e procriação medicamente assistida) são frequentemente debatidos nos meios de informação e comunicação social, reflectindo uma séria preocupação de toda a sociedade, apenas mitigada pela confiança depositada nos níveis de formação destes profissionais como forma de defesa dos interesses colectivos. Menos evidente para a comunidade é a importância das decisões éticas quotidianas, tais como a opção sobre quem recebe o tratamento imediato, ou quem ingressa numa lista de espera, ou ainda quem acede aos dados clínicos confidenciais dos doentes.

Este é o tipo de decisão pelo qual os técnicos de saúde são responsabilizados e para o qual necessitam de ser capazes de tomar decisões, muitas vezes sem prévios recursos de orientação. Em concomitância, as próprias associações profissionais na área da saúde reconhecem a importância da ética prática através dos seus códigos profissionais de conduta, códigos deontológicos e da revisão periódica dos procedimentos. De facto, a importância conferida à ética aplicada é meritoriamente cultivada nos diversos níveis de formação em saúde, tanto pela inclusão obrigatória de unidades curriculares, como pela disponibilização de seminários, *workshops*, congressos e afins.

Normalmente, os códigos deontológicos incluem os valores e os princípios que os membros associados devem usar para a tomada de decisão na abordagem prática. Os valores subjacentes são, maioritariamente, a dignidade, o respeito pelos outros, a não discriminação, a sobreposição do interesse profissional ao interesse individual e a objectividade científica, sugerindo que possam ser usados como orientação através de variadas opções sem, contudo, apontar para a abordagem de situações com valores antagónicos ou conflito de interesses^{135,136}

A formação em Bioética/Ética médica é muito importante, sobretudo na actualidade, em que as políticas de saúde estão em processo de mudança constante, ao mesmo tempo que os sistemas de saúde funcionam de modo diferenciado para se adaptar aos contextos socioeconómicos actuais. Acresce ainda que o desempenho profissional envolve tomadas de decisão sobre muitos novos assuntos éticos. A compreensão da política de saúde é uma parte maior da prestação de cuidados de saúde. Os esforços da promoção da saúde pública, a regulamentação do financiamento dos cuidados, a normatização farmacêutica, o impacto da biotecnologia são, entre outros, exemplos de temas em que os técnicos de saúde podem tornar-se mais activos na aplicação de uma ou outra particular legislação.

A relevância e impacto de temas populares na cobertura mediática, como é o caso da sequenciação do exoma, da investigação em células estaminais e da produção de transgénicos, é inquestionável. Contudo, os profissionais de saúde, nomeadamente os técnicos de saúde, deveriam também preocupar-se com temas com menor visibilidade, eventualmente mais comuns, como a obtenção efectiva do consentimento informado e esclarecido, a certificação da autodeterminação do doente, a ética em investigação e a própria gestão dos cuidados. O conhecimento que os técnicos de saúde têm sobre a Bioética (e o enquadramento legal da prestação de cuidados) pode ter um impacto directo no tipo e qualidade de cuidados que os doentes recebem. Neste sentido, é fundamental que detenham uma formação sólida sobre os aspectos éticos, de modo a desenvolverem a capacidade de reflectir criticamente sobre a complexidade da prática clínica. A constância deste tipo de formação levará os profissionais e os alunos (futuros técnicos) a alcançar este objectivo e projecto de educação ao longo da vida.

Na nossa perspectiva, os técnicos de saúde deveriam compreender os aspectos elementares do sistema legal de enquadramento da saúde para desempenhar melhor a sua função, já que este conhecimento da Lei segue profundas implicações éticas para o cuidado e bem-estar dos doentes. Embora a grande maioria dos códigos deontológicos na área da saúde remeta para a actualização da formação científica nas respectivas áreas, de facto, o desconhecimento do legalmente estipulado nesta matéria é facilmente percebido no contacto directo com estes profissionais da área da saúde¹³⁷. O aumento do conhecimento sobre as normativas dispostas para este âmbito, ajudará a estimar e melhor compreender o eventual risco associado ao desempenho profissional.

Também o conhecimento do sistema de prestação de cuidados de saúde é fundamental. Os profissionais devem saber como as instituições de saúde funcionam e tal implica recorrer a um conceito transdisciplinar de tarefas que inclui a interacção entre os diferentes profissionais de saúde (e.g., enfermeiros, técnicos de radiologia, médicos, fisioterapeutas, dietistas, entre outros), pois só desse modo é possível compreender como estas relações intra e interinstitucionais podem funcionar de modo diferente em prejuízo ou benefício do indivíduo e da comunidade. Mais ainda, a aplicação prática dos conceitos bioéticos é essencial para o bem-estar, quer para o bem-estar dos doentes, quer para o dos próprios técnicos de saúde, pois orienta os profissionais para um melhor desempenho das suas funções. O conhecimento (genérico e específico) e a experiência das Humanidades são a “pedra-de-toque” para tratar os doentes como pessoas. De outro modo, a interacção humana no cuidado de saúde corre o risco de se perder nas actividades diárias das tecnologias. De facto, abordar os casos através da perspectiva das humanidades, faz com que os técnicos melhor compreendam a experiência da dor dos doentes e aliviem o seu sofrimento, tanto quanto possível, contrapondo à frieza cega da decisão a compreensão e aceitação de cada doente como um caso singular^{138,139}.

Na actualidade, verifica-se que a oferta dos cuidados de saúde está cada vez mais dependente do sector privado, pela sua expansão e concorrência com o sector público. Por conseguinte, os técnicos de saúde devem estar cientes de eventuais situações de conflito de interesse, nomeadamente em casos de acesso a recursos e laboração concomitante nos dois sectores. Só a habilidade para pensar criticamente sobre as temáticas éticas é que conduz a acções apropriadas de resposta a dilemas.

Não podemos esperar que os profissionais de saúde sejam, genericamente, formados em Filosofia da Ética e em Direito. Não obstante, como o tipo e o nível de ensino prático entre os indivíduos variam bastante, os técnicos de saúde deveriam ter a noção de onde e como conseguir obter esta orientação.

Do nosso contacto com responsáveis educativos, a nível nacional, se verifica que alguns obstáculos são colocados à formação em Bioética. O mais crítico é a constrição financeira: a maior parte dos programas (nesta e noutras áreas tidas como complementares) não estão categoricamente implementados para assegurar a qualidade da sua formação. Estes conteúdos (Ética, Bioética, Deontologia) são, na maior parte das vezes, assegurados em contextos de outras unidades curriculares (Introdução à Profissão, Psicologia, Cuidados com os doentes, etc.) que, logicamente, não usam os mesmos

constructos nem têm os mesmos objectivos. Para além do mais, na quase totalidade dos casos, a formação não é assegurada por quem tenha habilitação específica nestas áreas, o que deprecia ainda mais o produto final do projecto educativo.

Um outro escolho à implementação da Bioética nos currículos dos técnicos de saúde é a variação substancial em qualidade e quantidade dos conteúdos programáticos levando à diluição dos resultados de aprendizagem, tanto a nível local como nacional. As instituições com programas que apenas aflorem o mínimo (requerido pelas agências de creditação) não prestam o serviço adequado para assegurar o cuidado ético. Esforços educacionais especificamente orientados para o ensino da Bioética devem ser efectivos. A investigação sugere que, após formação em Bioética aplicada, os profissionais de saúde têm uma melhor compreensão da temática e são capazes de analisar criticamente os assuntos relevantes¹⁴⁰.

A mensagem que deve perpassar o ambiente educacional é a de que os responsáveis pelo processo educativo asseguram que a Bioética/Ética médica/deontológica são uma parte crucial de toda a aprendizagem. Se os futuros profissionais não aprenderem e integrarem a importância da Bioética para a sua prática clínica, os doentes podem vir a sofrer sem necessidade e os seus direitos de autodeterminação serem ignorados. Para se evitar deve priorizar-se a Bioética na formação dos técnicos de saúde, assegurando o carácter obrigatório nos planos formativos de todas estas profissões^{141,142}.

Apontamento Histórico da Formação em Bioética nas Tecnologias da Saúde

O objectivo imediato da educação em Bioética/Ética médica tem-se alicerçado no inculcar de valores, na promoção de princípios essenciais e, através da integração das virtudes, na conformação do carácter^{143,144}. Tradicionalmente, as razões da formação ética do profissional de saúde eram fundamentadas na necessidade de criar uma boa consciência inter-relacional e, ao mesmo tempo, desenvolver, na personalidade, uma tônica de respeito incondicional pelos direitos fundamentais das pessoas¹⁴³⁻¹⁴⁵.

Na actualidade, os argumentos em prol da formação em bioética são aqueles que decorrem do já enunciado progresso da Ciência e da Técnica, e que encerram conflitos entre o desempenho, a ordem estabelecida e os ditames da consciência insatisfeita. Com base no enorme acervo de competências acumuladas, e no receio despoletado pelo desconhecido, é lícito pensar que a prestação de cuidados de saúde necessite bastante de fundamentação ética. A grande procura por qualificação profissional (encerrando a

oportunidade de mobilidade social) foi respondida pela abertura de novas instituições de ensino, com respectivo aumento de cursos oferecidos. Esta expansão que, timidamente, começou sob a chancela do Estado, rapidamente transbordou para uma lógica de mercado sem qualquer verificação de qualidade curricular.

É difícil determinar a fronteira entre ética e exercício técnico pois, na maioria das vezes, ambos encontram-se enleados na proposta e na aplicação da acção. Assim, e de modo a assegurar uma prática, de cuidados, pautada pela excelência, as preocupações devem ser suscitadas, aos estudantes das tecnologias da saúde, sob pena de os desviar da orientação ética promotora da qualidade de vida e dos cuidados.

A formação dada pelas Escolas Superiores Técnicas em diversas áreas foi analisada, nos finais da década de 70 e princípios da década de 80, sob a iniciativa do Ministério da Educação face à educação e treino dos chamados técnicos paramédicos. Nesta conjuntura, o Ministério da Educação e Cultura convidou, em Janeiro de 1979, o professor McKie, citado por Vital et al., a fim de elaborar um relatório que permitisse fundamentar a aplicação em Portugal do ensino superior a profissões da saúde que se mantinham à margem do sistema¹⁴⁶. O relatório produzido, intitulado “*Report on a visit to Lisbon arranged by the British Council at the request of the Ministry of Education and Culture, to investigate aspects of the education and training of paramedical technicians*”, tornou-se no testemunho fulcral para a compreensão do ensino destes profissionais e a posição antagónica entre os dois Ministérios intervenientes (o Ministério da Saúde e o da Educação), revelando a natureza distinta dos respectivos projectos.

Na análise do documento supracitado, nomeadamente no ponto 7 deste relatório, refere-se que foi tomado, como protótipo deste tipo de formação o Centro de Reabilitação Médica do Alcoitão. Neste contexto, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala já eram preparados de acordo com níveis formativos internacionalmente aceites.

Ora, numa outra frente, o Ministério dos Assuntos Sociais já estava a preparar formação e qualificações para técnicos auxiliares intermédios nos hospitais, com o argumento de que este tipo de formação seria da responsabilidade do Ministério tutelar das instituições empregadoras¹⁴⁷. Esta seria uma formação de duração encurtada e acesso por um nível inferior ao desejado pelo Ministério da Educação, o qual, de resto, não foi consultado¹⁴⁸.

Aqui, torna-se perceptível que McKie¹⁴⁶ denota a importância e preponderância que o Ministério da Educação deveria ter na formação destes profissionais da saúde. O

referido antagonismo interministerial é revelado pela principal discrepância que seria o nível de formação de acesso exigido para estes cursos de nível superior. Ao Ministério da Saúde deveria apenas incumbir um papel orientador para a prestação de cuidados de saúde por parte destes técnicos e outros profissionais. Daqui resulta a vantagem destes profissionais não serem formados em função de um determinado posto de trabalho, mas sim dotados de competências que permitem resistir às constantes mudanças tecnológicas e contextos de emprego.

Em resumo, à semelhança do que já acontecia de uma forma generalizada pelo resto da Europa, este relatório salvaguardava este tipo de ensino com a inequívoca integração no sistema educativo português ao nível do ensino superior.

A Constituição das Escolas Técnicas e a sua Integração no Ensino Superior em Portugal

Os anos 70 descreveram um forte debate sobre «o tradicional ensino superior», principalmente pondo a questão do reforço e afirmação do modelo unificado ou a introdução de um modelo assente em 2 subsistemas: Ensino Superior Politécnico e Ensino Superior Universitário. Portugal apostou, desde logo, num modelo dual, que permitisse, de alguma forma, uma inter-articulação nesta forma de organização do ensino superior¹⁴⁹.

Algumas perspectivas teóricas apontam para várias razões fulcrais do lançamento do ensino Politécnico, apoiando-se em dois pilares de base sobre a organização dos sistemas educativos¹⁵⁰:

1. O entendimento, mais ou menos assumido, de que a educação pode actuar como factor de progresso social;
2. O reconhecimento, porventura mais generalizado, da influência da educação e formação na criação e distribuição da riqueza e no funcionamento das empresas.

O ensino superior Politécnico assumiria, então, uma componente de adaptação que teria em conta o progresso social, o acompanhamento do crescimento económico e da justiça social, assente no esbatimento de assimetrias de natureza individual e regional. Esta perspectiva iria permitir uma melhor adaptação dos recursos humanos às reais necessidades do mercado de trabalho numa perspectiva dinâmica, além do reforço da equidade de acesso ao ensino superior.

Assim, a intenção clara de um ensino marcadamente profissionalizante foi objectivada pela adequação de conteúdos e práticas pedagógicas, tendo em conta as respectivas dissemelhanças populacionais e o desenvolvimento de modelos de formação contínua adequados às reais necessidades do mercado de emprego. A malha tecida entre o sistema educativo e o sistema económico, particularmente o subsector produtivo, tenta configurar de forma clara uma educação que capacita indivíduos para o exercício de profissões e tarefas.

O próprio Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior documenta a evolução da oferta formativa e respectivas reformas, desde 1995, demonstrando que o sistema clássico de ensino superior não satisfaz as diferentes procuras individuais de uma classe estudantil cada vez mais heterogénea, nem responde às necessidades pedagógicas das sociedades democráticas extremamente exigentes em aptidões e qualificações. A solução passa por uma transformação dos modelos clássicos de ensino superior, procurando ampliar, de forma variada, os objectivos que tenderão cada vez mais para ser um reflexo de condicionantes de natureza individual e social, aproximando-se de uma natural expectativa de preparação para um exercício profissional, no futuro, tecnicamente exigente e socialmente prestigiado¹⁵¹.

Actualidade do Ensino Superior Politécnico

A forma de enquadramento do Ensino Politécnico, actualmente no sistema educativo nacional, está contemplada desde a década de oitenta do século passado, através da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo)¹⁴⁹. Segundo o mesmo texto, o Ensino Politécnico possui a responsabilidade de desenvolver uma “sólida formação cultural e técnica de nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e de análise crítica e ministrar conhecimentos científicos de índole teórico e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de actividades profissionais”.

Aqui, no que dizia respeito aos graus académicos, o Ensino Superior Politécnico conferia o grau académico de Bacharelato e, através de Cursos de Estudos Superiores Especializados (CESES), a obtenção de uma equivalência ao grau de Licenciatura para todos os efeitos legais, sendo que, apenas se poderiam candidatar a tais cursos quem pelo menos detivesse o grau de Bacharel. A estes diplomados, tornava-se assim, possível, o

ingresso no ensino superior universitário para acesso aos graus de Mestre e Doutor (Graus Académicos segundo a Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986).

Posteriormente, através da Lei 49/2005, de 30 de Agosto, as escolas Politécnicas passaram a poder ministrar o grau de Mestrado¹⁵². Esta era uma das grandes diferenciações que se estipularam entre os dois subsistemas de ensino: o Ensino Superior Universitário conferindo os graus de Licenciatura, Mestrado e Doutoramento, enquanto que o Ensino Superior Politécnico concedia os graus de Bacharelato e Diploma de Estudos Superiores Especializados (DESE) como equivalente à Licenciatura. Esta forma de progressão académica no Politécnico permitia, desde logo, uma capacidade dinâmica de adaptação curricular dos CESES às reais necessidades do aluno. Foi somente em 23 de Abril de 1993, que as escolas técnicas dos serviços de saúde foram integradas no ensino superior politécnico através do Decreto-Lei n.º 415/93, passando a ser designadas por Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde (ESTeS)¹⁵³.

Mais tarde, em 2001, pelo Decreto-Lei n.º 99/2001 de 28 de Março, as escolas politécnicas não integradas, a exemplo ESTeS, transitam para a tutela do Ministério da Educação, o que se revelou de capital importância no desenvolvimento e numa melhor formação dos profissionais de saúde, vindo finalmente a fazer-se justiça ao já citado Relatório McKie¹⁵⁴. Posteriormente, em 2004, deu-se mais um passo importante na qualidade do ensino dos formandos em Tecnologias da Saúde, com a integração das ESTES nos Institutos Politécnicos das suas localidades (Decreto-Lei n.º 175/2004 de 21 de Julho)¹⁵⁵.

Na actualidade, e não de somenos importância, devemos ter em conta o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, que consagra o regime jurídico do chamado “Processo de Bolonha”. Este visa não só melhorar a qualidade da frequência do ensino superior, como também fomentar a internacionalização das formações¹⁵⁶. A adesão das propostas formativas no âmbito das tecnologias da saúde a este Tratado deu-se no ano lectivo de 2008/2009 e teve como questão central deste Processo a mudança de paradigma, no sentido de um modelo baseado no desenvolvimento de competências “(...) instrumentais, interpessoais e sistémicas”. Actualmente, estamos ainda a verificar de que modo as mudanças, nomeadamente a duração dos cursos, irá abalar as estruturas da formação dos técnicos de saúde.

Identidade Profissional

Das variadas noções relativas ao conceito de profissão, uma merece especial destaque pelo paralelismo evidenciado para com a nossa temática: a da identidade profissional, sobretudo pela via em que Trede et al (2012) concederam ao conceito referindo-se à atitude e valor próprio que o sujeito desenvolve no seio de uma disciplina e/ou comunidade^{157,158}

Em termos gerais, podemos dizer que profissão é um ofício, emprego ou actividade da qual o indivíduo pode tirar os seus meios de subsistência e que, para além de indicar um colectivo profissional que exerce as mesmas actividades no processo de produção de um bem ou de um serviço, implica a existência de conhecimentos, criatividade ou habilidade específica para determinado trabalho¹⁵⁹.

Claro que este conceito exige não só um corpo de saberes e de práticas de desempenho, como também a adesão a condutas e comportamentos de ordem ética (definidos e aceites pela colectividade profissional e reconhecidos sociedade). De facto, numa profissão, existem estas duas dimensões inseparáveis: o Saber e a Ética. Ambas visam a defesa e a melhoria do “status” social dos indivíduos pertencentes a um determinado grupo profissional.

Se as diferentes etapas do processo de profissionalização (prática a tempo inteiro da actividade em causa; estabelecimento de escolas de formação; formação de associações profissionais; criação de um suporte legal para o exercício da actividade) já foram cumpridas pela esmagadora maioria das profissões das tecnologias da saúde, uma há) que se debate com inúmeros constrangimentos: a formalização de um Código Deontológico.

Sabendo que o enquadramento das actividades se baseia em grande parte na auto-regulação dos deveres e das boas práticas codificadas pela própria profissão. É, pois, compreensível que a integração séria de conteúdos de Bioética/Ética médica/Deontologia auxilie a construção de uma identidade profissional característica de cada grupo, reforçando os laços profissionais e estimulando o sentimento de honra de pertença à profissão. O trabalho, que exerce nos nossos dias uma verdadeira função social, deveria, na prestação de cuidados de saúde, requerer uma consulta à vocação, pois, para além da sua razão de ser – o serviço público, também engrandece o indivíduo na actividade da solidariedade social.

A população de técnicos de saúde é muito heterogénea. De modo geral, nota-se que a escolha destas profissões não provém da vontade/vocação individual, mas mais do que se poderia chamar de determinismo social pois apresenta-se como uma boa perspectiva de emprego.

Estas profissões conhecem, igualmente, conflitos geracionais. Estes acontecem, amiúde, entre os antigos profissionais, provenientes de formações não superiores e em cargos de chefia, e os novos diplomados, geralmente em cargos subalternos, mas com aspirações e conceitos normalizados pela sociedade actual e, claro, pelo nível educacional frequentado.

Contudo, na prática quotidiana, o técnico de saúde ainda é percebido pelo público como um indivíduo que, a par com as outras profissões da saúde, deve ter sentido de altruísmo, experiência e gosto pela relação humana. Neste sentido, a formação deve ser mais do que uma sucessão de aconselhamentos de cariz moralizador, orientação para virtudes e sentido de rectidão, devendo integrar-se mais no corpo curricular de base para aplicação directa no desempenho¹⁶⁰.

As Temáticas no Ensino da Bioética - Estado da Arte

A Bioética, segundo Patrão Neves e Osswald (2007), “consiste numa reflexão e numa prática éticas ... relativas à bondade da acção sobre a vida ...”¹⁶¹. Esta disciplina traduz teorias e conceitos éticos em prática para resolver problemas e dilemas de saúde pública multidimensional e complexa. Numa perspectiva clássica, os dilemas éticos acontecem quando dois ou mais princípios éticos fundamentais estão em conflito directo e não há nenhuma resposta necessariamente certa. A ideia de que a competência ética abrange apenas esses tipos de dilemas não é a realidade, pois a sua definição estende-se para lá do comportamento ético e seus conceitos, abrangendo, assim, a prática quotidiana¹⁶².

Uma série de problemas podem resultar da necessidade de tomar decisões éticas complexas. A título de exemplo, o que entendemos por *Moral Distress* (ou a sua tradução angústia/sofrimento moral), também está intimamente relacionado com a prática clínica sendo um fenómeno comum em profissionais de saúde¹⁶³.

A angústia moral tem sido descrita como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando os trabalhadores não podem executar situações moralmente adequadas à sua consciência. Quando ela está presente, o impacto para o doente pode ser a falta de envolvimento por parte dos técnicos e situações em que os trabalhadores evitam o contacto com os doentes, causando um aumento no desconforto e no próprio sofrimento do doente, face à doença e ao tratamento^{164,165}.

Sentimentos dolorosos e/ou desequilíbrio psicológico são reconhecidos no seio profissional como resultado da colisão entre dilemas morais e a prática correcta de acção instituída, tornando em dúvida a acção do eticamente correto. A necessidade de avaliar estas questões levou a que Corley desenvolvesse, em 1995, a *Moral Scale Distress* (MDS) para medir o sofrimento moral dos enfermeiros e identificar as questões morais que apresentavam um maior sofrimento moral, quando estavam associados aos cuidados mais agressivos e prolongamento da vida¹⁶⁶. Os seus resultados revelaram que, apesar dos *scores* médios mostrarem baixos níveis de sofrimento moral, algumas respostas evidenciaram que existiam enfermeiros que, apesar de larga experiência laboral, sofriam altos níveis de *Moral Distress*. Assim, já nesta altura, a autora remete para a necessidade de mais investigação sobre as condições que as organizações fornecem para apoiar a integridade moral dos profissionais de saúde.

Apesar do sofrimento moral ter consequências importantes, incluindo *stress*, esgotamento, insatisfação dentro e fora do trabalho, os profissionais de saúde, em geral, apropriam-se de conceitos de compromisso, sensibilidade, autonomia, sentido de dever, conflito, juízo, competência e certeza actuando, por isso, como agentes morais¹⁶⁷.

A intensificação da formação em bioética decorre do desejo de se terem serviços de saúde mais humanizados, mais compassivos, numa era onde se enfrentam constantemente dilemas éticos impostos pelos avanços tecnológicos e limitações de recursos. A melhor forma de incentivar o pensamento ético e o comportamento entre estudantes na prática clínica tem sido, desde sempre, uma questão em aberto. Contudo, tem sido consensual que os educadores não devem ensinar os alunos apenas a compreender e aprender com os dilemas que moldam seu mundo moral, mas também prepará-los para responder a esses dilemas adequadamente¹⁶⁸.

Já na década de 90 do século passado, Swenson e Rothstein (1996) discutiam as práticas clínicas em matéria de educação ética. Um dos aspectos discutidos dizia respeito

a como as abordagens tradicionais podem não dotar os alunos com os tipos de aptidões morais que eles precisam para se tornarem éticos¹⁶⁸. Nos últimos anos, esta necessidade tem sido reforçada em vários estudos. Com efeito, como as necessidades de cuidados de saúde pública aumentam em complexidade, a atenção está direccionada para as dimensões éticas da tomada de decisão e para o desenvolvimento da ética da saúde pública como uma área delimitada de ensino e pesquisa.

Os estudos de Slomka et al. (2008) fornecem uma visão geral de abordagens à ética de saúde pública e de tomada de decisão, e sugerem maneiras de incorporar as competências profissionais no ensino da prática de saúde pública. Os autores concluem que o ensino de uma terminologia ética, dos conceitos e ferramentas para a análise de decisão, ajudam a preparar os alunos para as escolhas éticas inevitáveis que terão que fazer na sua prática profissional e promovem um elo crítico entre a educação e a prática¹⁶⁹.

Embora não existam dados disponíveis sobre como sofrimento moral pode afectar a qualidade dos cuidados de enfermagem, desde 2004 que a *American Association of Critical-Care Nurses* emitiu uma declaração da sua tomada de posição, em que responsabiliza o empregador na implementação de programas que fossem de encontro à minimização dos efeitos nocivos do sofrimento moral¹⁶⁷ reconhecendo o *distress*/sofrimento moral como um problema nacional¹⁷⁰. Efectivamente, Corley et al. (2005) examinaram a condicionante do ambiente ético e descobriram que cerca de 1/4 da sua amostra deixou a sua posição profissional, devido ao sofrimento moral¹⁷¹.

Um outro estudo, realizado por de Robichaux e Parsons (2007), revelou que trabalhadores em organizações sustentáveis e com “bom” ambiente criam ambientes éticos favoráveis e envolvem-se mais nas decisões¹⁷². Por sua vez, Ulrich et al. (2007), acentuam que um clima ético representa as percepções compartilhadas de práticas organizacionais relacionadas com a tomada de decisão ética e reflexão, e inclui questões de poder, confiança e interacções humanas dentro de uma organização¹⁷³.

Na carência de trabalhos nas especificidades das tecnologias da saúde, dois grupos são usualmente estudados no que concerne a esta problemática da angústia moral: os enfermeiros e os assistentes sociais. Ambos os estes grupos profissionais têm sido considerados elementos fundamentais nas equipas de trabalho na área da saúde. Diariamente, estes grupos são confrontados com questões éticas difíceis, nomeadamente na tomada de decisões e, de facto, muito se tem escrito sobre o sofrimento moral que

enfermeiros e assistentes sociais enfrentam^{164,171,174}, situação em que o profissional reconhece a acção eticamente correcta a tomar, mas se debate com a impotência na sua aplicação ou mesmo na comunicação efectiva com quem tem o derradeiro poder aplicativo.

Também Grady et al. (2008) exploraram a relação entre educação e formação ética. Os autores pretendiam saber se os profissionais com maior preparação ética seriam mais confiantes nos seus julgamentos morais¹⁷⁴. Para o efeito recorreram a uma amostra de 3000 profissionais de enfermagem e de serviço social, nos Estados Unidos da América do Norte a quem pediram para identificar problemas éticos vivenciados, o nível de *stress* ético, factores que influenciam o *stress*, a sua percepção do seu clima ético, a acção moral, a utilização de recursos éticos e, ainda, a satisfação no trabalho. Os resultados desta investigação mostraram que a educação e formação em ética têm uma influência significativa sobre a confiança, o uso de recursos de ética, moral e acção dos inquiridos. Porém, embora seja amplamente reconhecido que as questões éticas estão omnipresentes na área da saúde, os autores concluíram que a educação ética pode ajudar enfermeiros, assistentes sociais e outros trabalhadores da saúde a determinar em que medida os problemas que encontram na prática são problemas éticos, e também os pode ajudar a definir os seus próprios valores éticos e crenças, e a desenvolver ferramentas e aptidões necessárias para enfrentar dilemas éticos.

O referido estudo demonstrou, ainda, que a maioria dos inquiridos considerou que a educação ética aumenta os níveis de confiança nos seus julgamentos morais, tomada de decisões adequadas e utilização de recursos disponíveis, quando necessário. Os profissionais com pouca ou nenhuma educação ética apresentavam maior susceptibilidade ao sofrimento moral, de aflição-angústia. Este estudo revelou ainda que apenas metade dos entrevistados informou que recursos de ética estavam disponíveis na sua organização e que os profissionais com mais educação ética, especialmente em termos de formação contínua, eram mais propensos a utilizar os recursos disponíveis e achá-los úteis, do que aqueles sem formação ética. Esta mesma situação foi corroborada pelos assistentes sociais: os que tinham mais educação ética na sua formação e se mostraram mais confiantes (do que os enfermeiros) em relação aos seus julgamentos morais, e daí serem mais propensos à utilização dos recursos disponíveis, achando-os úteis¹⁷⁴.

Desde o final do século que os estudos vêm alertando sobre a necessidade da maioria das licenciaturas em ética médica deixarem uma lacuna crítica por preencher,

uma vez que não conseguem resolver os dilemas éticos específicos do estudante. St. Onge (1997) sugere maneiras de introduzir este tipo de ensino nas escolas de saúde¹⁷⁵.

Não obstante, se esta questão do ensino da ética e bioética é importante nos países desenvolvidos e ricos, os desafios da construção de capacidade de ética em nações de média e baixa riqueza são igualmente pertinentes. Um estudo de Millum, Sina e Glass (2015), que analisa a evolução, entre 2000 e 2010, da visão para a educação futura de ética em investigação revela que, apesar de inflamada discussão, ainda persistem preocupações básicas com o consentimento informado, padrões de cuidados de saúde e, sobretudo, a imposição de uma visão e sistemas de regulamentação ocidental nesses países, culturalmente diferentes¹⁷⁶. Na mesma linha de pensamento, o ensino de ética médica necessita de uma revitalização visando a uma maior integração cultural¹⁷⁷.

Esta preocupação com os padrões éticos nasce quando, há quase 20 anos atrás, uma série de estudos para avaliação da “Zidovudina” para a prevenção da transmissão fetal do vírus da imunodeficiência humana (HIV) provocou controvérsia mundial. Os patrocinadores e investigadores foram acusados de duplos padrões éticos - realização de pesquisas sobre populações vulneráveis dos países em desenvolvimento que não seriam permitidas nos países de desenvolvidos e ricos. Seguindo esta controvérsia, o Centro Internacional Fogarty lançou, no Instituto Nacional de Saúde (NIH) dos EUA, um programa financiado para apoiar formação pós-graduada, socioculturalmente relevante na investigação ética nos países de médio e baixo rendimento¹⁷⁶.

Apesar da controvérsia acerca da importância da educação ética e em que moldes esta deverá ser implementada na prática, a falta de consenso acerca do conteúdo, contexto e na forma como aquela deverá ser apresentada, os autores concluem que, a formação em Ética, através de programas de educação profissional e de educação contínua, é vital para aumentar os níveis de confiança e habilidade, capacitando os profissionais para os desafios éticos inerentes ao seu trabalho¹⁷⁴.

Já no final do século passado, um estudo realizado por Guccione (1980) com 450 fisioterapeutas membros da American Physical Therapy Association, em New England, com o objectivo de identificar que decisões éticas surgem mais frequentemente na sua prática terapêutica e quais as mais difíceis de tomar¹⁷⁸. Questões primárias e secundárias foram agrupadas em função do tipo de cada preocupação expressa. Quatro grupos de preocupações foram identificados: (i) a tomada de decisão na escolha do tratamento, (ii)

as obrigações decorrentes do contrato de doente-terapeuta, (iii) a obrigação moral e as questões económicas, e (iv) o relacionamento do fisioterapeuta com outros profissionais de saúde. Neste estudo, as fontes de conflito ético também foram discutidas, bem como a importância do ensino da ética/ bioética. Assim, relativamente à tomada de decisão terapêutica, mais de 70% dos inquiridos referiram que a prioridade era o tratamento do doente, mesmo quando o tempo ou os recursos eram limitados, destacando-se os cuidados continuados com os doentes terminais como uma questão prioritária, especialmente para os terapeutas a trabalharem lares de idosos e serviços de cuidados crónicos. Importa referir, ainda, que os valores pessoais estão subjacentes às decisões éticas de todos os terapeutas ajudando-os a direccionar suas escolhas. Neste âmbito, conflitos entre valores pessoais e valores profissionais, ou entre os valores da profissão e atitudes da sociedade, podem surgir facilmente. Daí, a necessidade de identificar e esclarecer questões éticas dentro de uma profissão de saúde.

Os conflitos entre as convicções privadas de um indivíduo e sua concepção das exigências de seu papel profissional, bem como os dilemas éticos, também podem surgir quando as atitudes, valores e objectivos de um grupo profissional entram em conflito com os de outro. De facto, actualmente, o fisioterapeuta, assim como os demais profissionais de saúde, deve analisar a sua profissão a partir de um ponto de vista ético. Ao fazer isso, este grupo profissional cuida os direitos dos doentes, mantendo a sua integridade, enquanto profissional, ao mesmo tempo que promove os ideais da profissão.

Neste estudo, a relação profissional do terapeuta com o doente foi considerada como uma importante fonte de obrigação moral. Questões básicas relativas ao contrato, muitas vezes silencioso, entre o doente e o terapeuta não eram, aparentemente, um problema com os entrevistados. A questão primordial na interacção doente-terapeuta emergiu de um conflito relativo ao julgamento profissional acerca das necessidades inerentes ao próprio doente, das necessidades da família ou ainda dos cuidados estipulados. Quanto à necessidade de formação contínua, ela é bem reconhecida como um elemento essencial de prestação de cuidados de saúde de qualidade. No entanto, o crescimento do conhecimento da fisioterapia e do aumento do custo da formação também foram referenciados no estudo ao mesmo tempo que as questões económicas foram consideradas uma componente moral. A fonte de conflito é, muitas vezes, a diferença entre o que um fisioterapeuta pode considerar necessário para os doentes e o que a sociedade considera como essencial para a saúde daqueles. Essa decisão coloca

dificuldades que podem ir de ligeiras a extremas dependendo de quem tem que intervir e/ou decidir.

Neste sentido, foi também possível verificar que, embora os entrevistados tenham reconhecido que uma determinada decisão difícil tinha de ser feita, nem sempre as identificaram como uma decisão de escolha ética. A incapacidade de reconhecer que é necessário um ponto de vista ético (que requer a exploração de alguns aspectos únicos) numa determinada decisão é um primeiro passo em direcção a um comportamento antiético. A implicação educacional destes dados é inevitável: a fim de atender todos os desafios da prática clínica, os estudantes devem ser ensinados a fazer tanto julgamentos éticos como clínicos¹⁷⁸.

Ainda no âmbito pedagógico, um estudo de Settle (2010), com 224 enfermeiros de sete hospitais de Massachusetts, efectuando questões relacionadas com a resposta aos dilemas éticos, demonstrou que os enfermeiros que apresentaram um índice de maior preocupação com os aspectos éticos da prática clínica e maior percepção da sua capacidade de influenciar a ética na tomada de decisão, foram mais propensos a apresentar medidas de resolução perante um dilema ético. Os respondentes, ao manifestarem as suas preocupações, permitiram melhores julgamentos e oportunidade de explorar mais plenamente as razões que levavam ao desconforto dos doentes. Além disso, a investigação revelou que, quando os enfermeiros não manifestam as suas preocupações, poderão existir consequências negativas tanto para os doentes como para os profissionais. O estudo revela ainda que a tendência para permanecer em silêncio em situações problemáticas poderá causar tamanho desconforto, que pode levar ao abandono profissional¹⁷⁹. Em suma, quando a integração da identidade profissional acontece diminuem o *burnout* e o *distress*, aumentando a compaixão e a satisfação¹⁷⁰.

Siqueira, Sakai e Eisele (2002) referem que a Bioética oferece, aos estudantes, a possibilidade de conhecer as diferentes correntes sobre o conhecimento comportamental do ser humano, com uma visão mais abrangente da moralidade humana. Estes autores questionam a pertinência do modelo pedagógico passivo e defendem um processo mais objectivo e pragmático de interacção docente-discente e a realidade social. Na sua perspectiva, não basta tomar conhecimento de normas morais e legais, pois o comportamento ético exige tolerância, prudência e poder de discriminação, características da disciplina de bioética¹⁸⁰.

O aumento de intervenções tecnológicas e farmacológicas no tratamento do doente e a incerteza quanto aos resultados que daí possam advir têm sido associados à escalada em dilemas morais e éticos vivenciados por prestadores de cuidados de saúde. Uma revisão sistemática da literatura empírica, que compilou artigos entre 1980 e o início de 2007 acerca dos efeitos do sofrimento moral de enfermeiros a trabalhar por turnos, demonstrou que o sentimento predominante era de que um clima ético pobre e sofrimento moral eram causados pela rotatividade de pessoal¹⁸¹.

O saber tecnocientífico aplicado à vida em geral tem estimulado, ao mesmo tempo, a esperança e o receio, ambos empolados pelos meios de comunicação social com um rol de notícias aleatórias sobre os riscos nos cuidados de saúde, lançadas de forma demagógica¹⁸².

Na realidade, a tecnologia está a desbravar as fronteiras do processo pelo qual o saber compreensivo se transforma num meio de saber aplicativo. A engenharia genética, o estudo fisiológico em tempo real, a nanotecnologia, ou então a mais entendível fertilização *in vitro*, são temas com evidentes questões éticas e reflexos importantes da relação técnico de saúde-doente.

A reflexão ética que tinha sido secundarizada até meados do séc. XX, durante o período da “industrialização” da ciência e da “ciência e técnica como ideologia”, conforme Habermas, vem, paulatinamente, tomar o seu lugar de riqueza transdisciplinar como contraponto à pobreza da opinião “ad-hoc”, formada através do crivo facilitador dos “informativos da TV” e das notícias sensacionalistas da imprensa. Também a esperança na vitória sobre as doenças se mostrou ilusória, pois a persistência e o reaparecimento de antigas (e mesmo novas) doenças tem demonstrado que, à volta da saúde, gravita uma grande dose de incerteza.

O paradigma de ensino baseado na fragmentação curricular e na acumulação de conhecimento trava as mudanças mais efectivas que o dinamismo científico e tecnológico nas ciências básicas trouxe para o ensino nas áreas da saúde. Se tomarmos em conta mais de 500.000 artigos publicados por ano na área das tecnologias da saúde e que, em cada 5 anos, o profissional deverá reciclar os seus conhecimentos, poderemos compreender a angústia pela dúvida da validade futura desses conhecimentos¹⁸³.

Neste sentido, deve procurar-se uma formação profissional que permita harmonizar o conhecimento científico gerado nas instituições pedagógicas com as

solicitações de saúde de uma sociedade que ainda convive com profundas desigualdades sociais¹⁸³.

Assim, em contraposição com as certezas do discurso científico da “Grande Saúde”, deparámo-nos com as incertezas do confronto entre valores e interesses sobre cada uma das variadas opções a tomar e que, de facto, irão definir o nosso futuro¹⁸⁴.

O profissional de saúde, incorporando as esperanças da modernidade social, também enfrenta as dificuldades inerentes aos possíveis confrontos entre a Ética Hipocrática e a Ética actual caracterizada pelas modernas solicitações sociais e que se traduzem em verdadeiros dilemas morais. Para a miríade de dilemas éticos que a modernidade e pós-modernidade suscitam, o paradigma vigente debate-se com dificuldade nas respostas, renunciando-se a transição para um modelo ainda a estabelecer, mas já com um conteúdo indelével da autodeterminação do doente (a par da co-responsabilização e da saúde universalista).

Deste modo, a saúde, actualmente, debate-se entre a evolução constante da ciência e da técnica e o aumento exponencial dos justos anseios da população enquanto consumidora dos serviços de assistência. De salientar, nesta relação entre a população e os serviços de saúde que, se por um lado, é indiscutível a melhoria oferecida pelas possibilidades e recursos em saúde disponíveis, por outro, o processo também arrasta aspectos pouco abonatórios, senão negativos (listas de espera, falta de alcance colectivo, cuidados inacessíveis, entre outros).

Este potencial descontentamento não é tão paradoxal como se poderia imaginar pois é, fruto do relacionamento Humano e não do resultado da Ciência/Técnica. Segundo Bianchi e Orsi (1998), as principais queixas quanto à assistência recebida em saúde são: a) não haver um esclarecimento adequado, nem sobre a doença, nem sobre o tratamento proposto; b) o doente ser tratado como um mero objecto e não como uma pessoa, despoletando sentimentos de acessoriedade, como se se tratasse do último elo da cadeia; c) o doente não dispor de assistência centralizada nos seus desejos ou necessidades; e d) não existência de condições estruturais que promovam a segurança e o conforto¹⁸⁵.

Depreende-se, pois, que a satisfação do cidadão com a assistência na saúde depende, sobretudo, da relação cada vez mais difícil e complexa com o profissional de saúde. Torna-se, portanto, claro, que a prestação de serviços de saúde não depende como outrora, apenas dos possíveis erros médicos.

O ensino da Bioética nas escolas superiores de tecnologia da saúde do nosso país caracteriza-se por uma postura incipiente, que parece não atender às necessidades de formação dos profissionais que o momento exige: sólida formação em tecnologia e humanidades. De facto, esta opinião, é corroborada muitas vezes, pela falta de sensibilidade e empatia argumentadas pelos doentes nos diversos atendimentos em saúde.

No nosso entender, a resposta passará pela reformulação da estrutura de formação de modo a promover o desenvolvimento da capacidade do futuro profissional em tomar decisões que envolvam aspectos morais. Deste modo, poderemos ajudar ao desenvolvimento de um profissional de saúde com uma postura ética apreendida e estimulada para a relação com o paciente, com os outros grupos profissionais em que interage e com a sociedade em geral.

Note-se que, o técnico de saúde, como profissional de saúde à semelhança de outros intervenientes no diagnóstico e terapêutica, pode simbolizar o poder supremo de continuar a vida, aplacar o sofrimento ou, por falha, causar a dependência e a morte. Ele é portador de saberes técnico-científicos que constituem acervo cultural e, embora não sendo sua propriedade, a ele pertence o desempenho e transmissão das técnicas e conhecimentos adquiridos. Este património, transmitido pela educação formal e com prática clínica em hospitais públicos ou instituições financiadas pelo poder público e privado, resulta do saber acumulado pela observação e intervenção no próprio homem.

Assim, se, por um lado, o técnico de saúde pode e deve gerir e administrar o seu desempenho, cabe, por outro lado, às instituições que os formam ensinar mais que o funcionamento do corpo humano. Cabe-lhes o ensino da Ética como um factor estruturante da formação do carácter, indispensável ao controle da vida e ao relacionamento com o semelhante, sobretudo nas margens nebulosas no desempenho profissional.

De facto, o profissional de saúde detém o supremo privilégio de acesso àquilo que o indivíduo tem de mais valioso: a identidade. Para além do mais, sendo a tecnologia aplicada à saúde uma eterna fonte de investigação de inspiração nobre, elevada, é imprescindível a relação com a reflexão ética para não sobrepor o interesse da ciência ao interesse individual, a qualquer um, no mais recôndito dos lugares.

Em nome do benefício, ele usufrui da confiança e goza da confiança necessária para adentrar os sentimentos e o corpo. Esta mesma confiança decorre da crença e colaboração do doente para receber a contrapartida da cura (ou, na impossibilidade desta,

o alívio do sofrimento) e, subsequentemente, o dever de respeito ao corpo, associado ao dever de sigilo imposto ao profissional de saúde numa relação fraterna de beneficência para o semelhante.

A intervenção na saúde não é exclusiva de qualquer dos grupos de prestadores de cuidados de saúde. De entre estes grupos iremos debruçar-nos, particularmente, sobre os Técnicos de Saúde que, englobando 22 profissões diferenciadas, têm um forte quinhão de responsabilidade na inter-relação a desenvolver com o doente.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo IV - ESTUDO I - FORMAÇÃO EM BIOÉTICA NAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE EM PORTUGAL

Considerações Gerais

Toda a investigação tem, implícita ou explícita, uma questão que pretende ser respondida, testada ou solucionada. Neste ponto, a experimentação e/ou a prática tornam-se um campo fértil, para gerar pontos de partida para a investigação científica¹⁸⁶.

A nossa experiência profissional, a nível das profissões da saúde, permitiu-nos semear a questão geral que, mais tarde, depois de delimitada, traduzir-se-ia na elaboração da seguinte pergunta de partida: De que forma o ensino da Bioética é importante para a formação nas tecnologias da saúde?

A sensibilidade para o tema surge das funções exercidas enquanto professor de Bioética nos cursos de tecnologias da saúde, em que, dos conteúdos programáticos ministrados, se destacam os seguintes objectivos de aprendizagem para a preparação dos futuros profissionais das tecnologias da saúde:

- Permitir o diálogo transdisciplinar, através de ferramentas de reflexão, como por exemplo as neurociências, o desenvolvimento moral, ou a tolerância e o respeito, fora de qualquer estrutura hierarquizante, possibilitando a livre expressão dos pontos de vista, muitas vezes em conflito, reflectindo, enquanto futuro profissional, prestador de cuidados de saúde, no sentido do Bem Colectivo e Respeito pela Dignidade da Pessoa Humana;

- Elaborar um exercício permanente de reflexão sobre os avanços científicos e tecnológicos, conducente à tão aclamada “Qualidade na prestação dos Serviços de Saúde”; a ela se acede através da Humanização dos Serviços, e o seu veículo natural é a Reflexão Ética.

O objectivo do ensino da bioética nas tecnologias da saúde é informar os alunos mas, principalmente, sensibilizá-los para a importância da Bioética aplicada na sua área, potencializando o sentido de Humanidade¹⁸⁷. Do nosso conhecimento actual baseado no contacto directo com variados profissionais das tecnologias da saúde, é reconhecida a importância de práticas pedagógicas e conteúdos específicos para o ensino desta

disciplina. Para tanto, focalizamo-nos nestes últimos. Com efeito, o ensino desta disciplina fica comprometido se não houver congruência entre os conteúdos programáticos e a consecução dos objectivos na área.

A Actualidade da Formação sobre/em Bioética nas Tecnologias da Saúde

A Generalidade dos Cursos nas ESTeS

As especificidades próprias e a experiência das escolas superiores de tecnologias da saúde levaram a que, na década de 80, houvesse a necessidade de rever os processos de selecção de alunos, os planos de estudo, a regulamentação pedagógica e mesmo a sua própria estrutura orgânica. Para isto, em 1984, o Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (DRHMS) constituiu várias comissões inter-escolas coordenadas pela existência de uma Comissão/Grupo Central.

Em 1986, a Portaria 549/86¹⁸⁸ veio reforçar, pela vertente de formação, o enquadramento profissional ao nível da carreira técnica da função pública, já consagrado no Decreto-Lei 384-B/85, uma vez que ao estabelecer a posse do 12º. ano de escolaridade como condição de ingresso nos cursos de formação, clarifica o nível pós-secundário dos mesmos¹⁸⁹. Concomitantemente, também nesse ano, se iniciou o chamado Curso Complementar de Ensino e Administração, o qual era fortemente aguardado pelo que seria de determinante no próprio processo de desenvolvimento curricular.

A reformulação dos planos de estudos dos cursos administrados nas Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde foi imaginada como uma reorganização de cada curso de modo a incorporar os avanços científicos e tecnológicos que se registam constantemente. A necessidade de imprimir uma tal profundidade a este trabalho derivou, por um lado, do reconhecimento do desenvolvimento que as profissões em causa têm sofrido e, por outro, da consciência de que este ensino tinha de se projectar numa perspectiva de futuro não se compadecendo com soluções imediatistas.

Estas preocupações estavam explicitadas nas orientações dadas às escolas de tecnologias da saúde para a constituição das referidas Comissões de Curso, as quais deveriam ter um predomínio de pessoal docente específico, integrando, para isso, técnicos das respectivas profissões, ou mesmo outros considerados imprescindíveis.

Nas conclusões da reflexão operada, coordenada pelo Grupo Central do DRHMS destacam-se, entre outras:

- O desenvolvimento do processo de revisão dependia da clarificação do perfil de cada profissão nas suas várias dimensões (estando este parâmetro limitado pela formação dos seus elementos constituintes);

- Os planos de estudo, enquanto formação básica, deviam ser concebidos na perspectiva formal de uma formação complementar, havendo necessidade de definir quais as aquisições que possibilitam o nível de ensino mínimo de desempenho (de facto, recorre-se a isto tanto para referenciar outros tipos de conteúdos não previstos nos actuais planos, como para priorizar conteúdos eminentemente técnicos em detrimento das ciências Humanas, por exemplo)¹⁸⁸.

A análise das necessidades e a definição dos perfis profissionais decorreu em torno de dois eixos incontornáveis: o primeiro, seria a natureza e o desenvolvimento previsível de cada profissão; o segundo, prender-se-ia com as condicionantes técnico-pedagógicas resultantes da integração deste ensino no Sistema Educativo Nacional.

Na mesma altura, foi assumido pelos intervenientes no processo, que a “natureza da profissão” resultava de um variado conjunto de conceitos tais como o nível de autonomia de desempenho, o domínio específico dos saberes e práticas características, o inter-relacionamento com o doente (afinal, o maior beneficiário de todo o processo), e o relacionamento com os outros profissionais de saúde. A reflexão tomou como ponto de partida a prática dos técnicos de saúde de então, tendo o cuidado de estabelecer contactos e colher elementos junto daqueles que revelavam níveis mais elevados de actuação profissional, tanto pelo esforço de formação que tinham realizado, como pelas condições tecnológicas e organizacionais implementadas nos respectivos serviços (nomeadamente aqueles que eram referencial na sua profissão ligados ao associativismo profissional).

Considerando o objectivo da valorização e mobilidade dos recursos humanos qualificados (factor estratégico para a modernização alinhada com a Europa) foi dado um enfoque particular a este, de modo a conciliar o perfil dos técnicos a formar nestas escolas com a tipologia das funções a serem desenvolvidas neste nível de ensino superior¹⁹⁰. Por conseguinte, o conhecimento das práticas formativas internacionais foi determinante para esta reflexão, permitindo a introdução de conteúdos curriculares considerados de excelência. De facto, anos volvidos, são os parceiros internacionais destas formações a

não se coibirem no elogio da qualidade de alguns destes cursos ministrados nas ESTeS^{191,192}.

Assim, através da consulta (e aplicação) da Lei de Bases do Sistema Educativo¹⁴⁹, do Estatuto e Autonomia dos Estabelecimentos do Ensino Superior Politécnico¹⁹³ e dos diversos planos de estudo deste nível e área de ensino, foi vertido para o estudo, o espírito pretendido com a integração no Sistema Educativo Nacional. Do trabalho realizado foram extraídas variadas conclusões, das quais destacamos:

- A assumpção de que somente algumas profissões das tecnologias da saúde apresentam componentes de concepção e que, logicamente, as diferenças entre elas são meras características de cada uma, não devendo, portanto, haver qualquer tipo de valorização dessas particularidades;

- A definição de cada profissão das tecnologias da saúde deve, fundamentalmente, basear-se na explicitação do seu modelo de actuação, fugindo à simples enumeração de um rol de técnicas, ou mesmo de um campo de intervenção que, de resto, pode ser partilhado por várias profissões.

Neste sentido, cada indivíduo deveria de assumir-se como técnico de saúde (e não como um mero manipulador de equipamentos), ultrapassando o carácter de subserviência destas profissões em relação a outras no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Daqui é esperado um perfil competente e responsável, onde cada profissional torne o seu desempenho o mais consciente possível, de forma activa e, ao mesmo tempo, desenvolvendo-se para maximizar a qualidade nos serviços prestados, perspectivando o trabalho na óptica do doente.

Definição dos Objectivos Gerais dos Cursos

Esboçado um quadro de necessidades formativas ficou definido que os objectivos deveriam ser elaborados na perspectiva do aluno (sem, contudo serem contemplados objectivos explícitos do carácter humanístico destas profissões). Na fase de definição dos modelos pedagógicos e durante a reflexão sobre os objectivos gerais de cada curso, somente sobre o tema “modo de produção de uma identidade profissional” é que os intervenientes aludiram a um quadro de uma ética aplicada.

Entretanto, para facilitar o trabalho de elaboração desta revisão, o Grupo Central de coordenação do DRHMS esboçou quais as unidades curriculares destes novos planos de estudo, integrando-as em grandes categorias de disciplinas: área das Ciências de Base, área das Ciências Médicas, área das Ciências do Comportamento, Método de Pesquisa e Tratamento de Dados, Tecnologia Profissional e, uma área designada por Enquadramento Profissional, onde, entre conteúdos de Introdução à Profissão e Gestão de Serviços, aparece a Deontologia.

Mais uma vez, são reveladas grandes lacunas a nível da formação na área das Ciências Humanas, bem como nas Ciências do Comportamento. Consequentemente, foi solicitado pelo Ministério da Saúde às Comissões de Curso que, em função do inter-relacionamento com o doente, deveriam avaliar a pertinência destas disciplinas.

Características Específicas da Formação em Bioética nas Tecnologias da Saúde

A reformulação dos planos de estudos acima descrita acatou alterações estruturais nos cursos de que se salientavam algumas das modificações de âmbito geral para toda a formação:

- Cada curso foi arquitectado de forma autónoma, pois foi entendido que cada profissão se fundamenta num conjunto de saberes e práticas próprias;

- Foi assumida uma disciplina chamada de Introdução à Profissão como o maior elo de referenciação onde se reflecte sobre a natureza e contextos de actuação de cada profissão.

De notar que, é neste espaço de introdução à profissão que, muitas vezes, são abordados conteúdos de Bioética, Ética e Deontologia, pois, como facilmente se percebe, eles são indissociáveis da praxis destes profissionais.

No âmbito deste estudo sobre a formação bioética existente nas tecnologias da saúde, e tomando em consideração os três cursos seleccionados por pouco (Análises Clínicas e Saúde Pública), moderado (Radiologia) e muito (Fisioterapia) contacto com o doente, é também oportuno observar, ainda que de forma breve, os planos de estudo de cada curso:

Em primeiro lugar, no curso de Análises Clínicas e Saúde Pública, nota-se que os objectivos gerais da formação não fazem referência a Ciências Humanas. Os planos foram organizados de modo a que os diplomados conseguissem “desenvolver os processos básicos que suportam a diversidade das técnicas existentes”. Com a concentração do conhecimento num número reduzido de disciplinas pretendia-se uma aprendizagem mais integrada e menos fragmentada.

Já no curso de Radiologia se verifica uma preocupação com a produção de juízos de valor, porquanto, nos objectivos gerais podemos constatar que o aluno deverá (i) ser capaz de “efectuar de harmonia com as directrizes vigentes o controlo da qualidade dos equipamentos e instalações” e (ii) aplicar normas de protecção e segurança contra as radiações ionizantes, de acordo com a especificidade das situações.

Por fim, também o curso de Fisioterapia, nos seus objectivos gerais, propõe que o aluno deva ser capaz de avaliar a sua própria intervenção, devendo adapta-la, se necessário, aos resultados, fazendo-o de uma forma crítica dentro de um plano geral de cuidados para o doente. Neste sentido, o aluno deve produzir juízos de valor no contexto inter-relacional da sua profissão; aqui, o plano de estudos parte de reflexão crítica sobre a identidade dos próprios profissionais.

A introdução de mudanças no currículo desta especialidade parte do princípio que o doente é um todo bio-psico-social. A mudança visou a unidade, a globalidade e, claro, a diversidade da intervenção profissional. Esta perspectiva integradora levou, como instrumento inerente ao desempenho na área específica da Fisioterapia, à introdução de conteúdos normalmente ministrados em disciplinas como a Psicologia, as Ciências Sociais, a Bioética, a Ética médica e a Deontologia.

A reflexão sobre a natureza desta profissão exigiu o reforço da implementação das Ciências do Comportamento para melhor habilitar o Técnico de Saúde no desempenho que vivencia no quotidiano.

As Escolas das Tecnologias da Saúde

Conforme se pode depreender a partir do previamente exposto, ministrando um patamar mínimo de saberes e práticas específicas, cada curso de tecnologias da saúde prepara os seus alunos para o desempenho numa determinada profissão específica. A aplicação dos planos de estudos permite compreender o carácter profissionalizante da sua natureza. A sistematização de corpos teóricos próprios decorre de as características profissionais se revelarem tanto na realização técnica (as práticas) quanto da sua fundamentação científica (a teoria).

Esta focalização em funções, e não nas actividades e tarefas, vem consubstanciar a perspectiva profissionalizante pois revela um carácter mais estrutural (enquanto que as tarefas apresentam características mais conjunturais). Decorre isto, da necessidade de, relativamente aos planos de estudo iniciais, proceder-se à criação de disciplinas mais integradas e globalizantes mas que, ao mesmo tempo, dessem um tratamento pormenorizado às técnicas específicas usadas em cada profissão.

Este modelo permite uma abordagem pedagógica das técnicas, de uma forma abrangente e não estanque, a que o profissional recorre para o desempenho no âmbito de uma determinada função, consoante um certo plano de acção. Deste modo, será possível ultrapassar o estigma da formação de técnicos de saúde enquanto meros manipuladores de técnicas (como, de resto, ficou consagrado nos princípios orientadores).

Senão, vejamos: uma abordagem totalizante significa que o aluno deve aceder à maioria (e não à totalidade) das tecnologias disponíveis numa área específica, devido à sua constante renovação. Em termos de desenvolvimento curricular, tal significa que os conteúdos vão sendo acumulados em função da evolução científica e da inovação tecnológica.

Este tipo de ensino revela-se mais apropriado também para o exercício de funções de planeamento e avaliação, e não de mera execução que, correspondendo ao nível 3 adoptado pelo Quadro Nacional de Qualificações é normalmente conhecido como técnico-profissional¹⁹⁴.

Na medida em que o modelo desta reforma privilegia o desenvolvimento da fundamentação que, constituindo a base de apropriação das técnicas em uso (e das que venham a ser criadas), aponta para um tratamento selectivo de planeamento, que sirva de aplicação e consolidação dos corpos teóricos que as suportam, criando-se, assim, as

condições de generalização do conhecimento (uma das características essenciais das produção científica). Esta ideia também é defendida na Lei de Bases para o Ensino Superior Politécnico: todas as unidades curriculares deverão concorrer para que a aprendizagem seja um processo pluridimensional que deve abordar o desenvolvimento das competências como uma totalidade (e não como entidades isoladas)¹⁴⁹.

Da análise de nove planos de estudo, a carga curricular atribuída à disciplina de Bioética, nos diferentes cursos de tecnologias da saúde, é reduzida, podendo um semestre corresponder apenas a 2 unidades do Sistema Europeu de Transferência de Créditos (ECTS).

Ao mesmo tempo a qualidade didáctica também deve ser preocupação dos coordenadores pedagógicos pois, por desempenharem um papel nuclear no âmago destas profissões, as disciplinas relativas à tecnologia e ao enquadramento profissional, devem ser convenientemente ministradas por técnicos da respectiva profissão. Deste modo, embora este procedimento esteja disseminado por todos os cursos, e devido à existência de docentes com as mais variadas formações (Medicina, Sociologia, Engenharia, etc.), será sempre necessário o amparo das Coordenações de curso de modo a assegurar, com estatuto de especialista, o responsável por cada disciplina na orgânica de cada curso.

Os Cursos ministrados nas ESTeS

A prestação de cuidados na área das Tecnologias da Saúde está enquadrada pelo Decreto-Lei nº. 320/99, de 11 de Agosto que, define os princípios gerais em matéria do exercício das profissões de diagnóstico e terapêutica¹³⁰. O seu acesso está, assim, permitido aos graduados em:

- Licenciado em Análises Clínicas e de Saúde Pública;
- Licenciado em Anatomia Patológica, Citologia e Tanatologia;
- Licenciado em Audiologia;
- Licenciado em Cardiopneumologia;
- Licenciado em Dietética;
- Licenciado em Farmácia;
- Licenciado em Fisioterapia;
- Licenciado em Higiene Oral;

- Licenciado em Medicina Nuclear;
- Licenciado em Neurofisiologia;
- Licenciado em Ortóptica;
- Licenciado em Ortoprotesia;
- Licenciado em Prótese Dentária;
- Licenciado em Radiologia;
- Licenciado em Radioterapia;
- Licenciado em Terapia da Fala;
- Licenciado em Terapia Ocupacional;
- Licenciado em Saúde Ambiental.

São ainda abrangidos os grupos ocupacionais a que correspondem formações actualmente integradas no sistema educativo português, a nível do ensino superior, e cujo âmbito de actividade tem claras afinidades com as anteriores:

- Nutrição;
- Podologia;
- Optometria;
- Reabilitação Psicomotora.

Por conseguinte, das 18 licenciaturas anteriormente listadas, cada qual com formação específica, todas têm formação diferenciada pela natureza da especificidade de cada uma.

A Disciplina de Bioética

Na maior parte dos casos, conteúdos do foro da Bioética/Ética médica/Deontologia já vinham a ser ministrados desde a formação assumida pela referida Portaria 709/80¹⁴⁷. Acresce que, o relatório do Conselho para a Reflexão para a Saúde também foi um dos pilares de base para a construção dos actuais planos de estudo¹⁹⁵.

No sentido de conciliar as necessidades do público, os interesses dos prestadores dos cuidados de saúde e a imprescindível racionalização dos recursos, este relatório assumiu, como um dos objectivos operacionais do Sistema de Saúde, em Portugal, que as escolas vocacionadas para esta formação superior deveriam ministrar conteúdos nas áreas da economia e gestão de cuidados de saúde, avaliação de qualidade, direito Bioético e Bioética, como forma de preparação para o respeito da individualidade e direitos do doente.

A comissão propôs, pois, o compromisso do Governo no sentido de ser este a promover, imperativamente, a responsabilização na prestação dos cuidados, com o recurso, nomeadamente, da ética e da deontologia¹⁹⁵. No seguimento, e decorrente da nossa análise aos planos de estudo, acedidos pelo contacto directo com os directores dos cursos em apreço, a partir de 1999/2000, enquanto em Coimbra os conteúdos se concentraram de forma mais específica numa unidade curricular chamada Bioética, no Porto e em Lisboa alguns poucos conteúdos encontram-se dispersos, de modo desigual, por blocos de disciplinas ou Departamentos de Ciências Humanas ou Comportamentais.

Embora a especificidade curricular seja objecto de análise posterior, por forma a obtermos uma visão mais detalhada, tanto dos conteúdos programáticos como da carga horária afectada, ou mesmo da consecução dos resultados esperados, será aqui de todo o interesse revelar o estado da formação em Bioética/Ética médica/Deontologia nas três escolas visadas.

Deste modo, podemos constatar que:

- Em Coimbra, foi assumido que o modelo conceptual dos três cursos deve contemplar unidades de ensino específicas das Técnicas (de Análises, Fisioterapia, Radiologia), unidades curriculares que constituem suporte das especialidades (Física, Química, etc.) e outras na área das Ciências Sociais e Humanas (por exemplo, Psicologia, Sociologia, Bioética). Nesta instituição optou-se, pois, por um ensino excepcionalmente focado em conteúdos e objectivos. Deste modo, sempre existiu formação específica, pelo menos, em Bioética em Deontologia.
- No Porto, os conteúdos de Bioética/Ética médica/Deontologia estão repartidos pela disciplina de Introdução à Profissão (no 1º. e 3º. Ano) de cada curso, o que foi uma forma de assegurar a exclusividade desta formação pelos próprios profissionais. Curiosamente, segundo os docentes responsáveis, enquanto os conteúdos de “Introdução” são sistematizados e as expectativas alcançadas, já parece não haver maturidade na compreensão do teor da Bioética/Ética médica/Deontologia devido ao momento em que é ministrada (nomeadamente o 1º. ano em que o aluno evidencia a natural falta de maturidade).
- Em Lisboa, e à semelhança do Porto, os conteúdos estão distribuídos pelas disciplinas de Seminários de Integração Profissional e Psicologia. Contudo, neste caso, embora prevalecendo tanto uma exiguidade na carga horária (1/3 de

semestre), como uma certa indefinição na matéria, são ainda formulados os objectivos específicos de promover uma atitude Humanista e Ética.

As transformações ocorridas a nível da formação na área das tecnologias da saúde desde o final dos anos 90 até à actualidade foram diversas. Com a liberalização das propostas formativas possibilitadas para o sector privado (que não será aqui analisado pela indisponibilização total ou parcial de elementos), as tecnologias da saúde passaram da inicial proposta de 4 escolas (Porto, Coimbra, Lisboa e Alcoitão) para a actual dezena em que, na maioria, embora exista apenas um mínimo controlo formativo por parte do Estado, não existe nenhum por parte das instituições profissionais representativas (Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das áreas de Diagnóstico e Terapêutica, Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, Associação Portuguesa de Dietistas, Associação Portuguesa dos Técnicos de Radioterapia, Radiologia e Medicina Nuclear, Associação Portuguesa de Cardiopneumologia, Associação Nacional de Saúde Ambiental, entre outros), afinal os que melhor conhecem o “core” profissional. Este facto faz toda a diferença, pois o enquadramento das actividades de saúde repousa, em grande parte, na auto-regulação através de princípios deontológicos, que plasme os deveres e as boas práticas codificadas pela própria profissão.

Porém, pelo menos nas 4 escolas iniciais, toda a proposta foi sendo aperfeiçoada de acordo com o contexto das necessidades na prestação de cuidados de saúde e com o alinhamento internacional, nomeadamente o europeu, para encarar a nova realidade do mercado laboral.

Como a competência profissional é a consequência da integração dos saberes num determinado contexto, a falta do Saber-ser faz a diferenciação entre o técnico de nível superior e o mero executante. Neste caso, trata-se de actividades profissionais regulamentadas (Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de Agosto – Portaria 325/2000 de 8 de Junho) na área da saúde que visam actuar “*em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respectiva profissão, com objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção*” (Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro)¹⁹⁶.

Assim, na maioria das formações e, sobretudo, nos cursos objecto do nosso estudo (Análises, Radiologia e Fisioterapia) o objectivo do processo educativo são as competências fundamentadas numa formação de base científica sólida com objectivo de capacitar para funções profissionais com autonomia e responsabilidade conforme os princípios legais, éticos e deontológicos específicos. Deste modo, a Bioética, integrada a nível do 1º. Ciclo nas denominadas Ciências Complementares, está prevista permitindo desenvolver um profissional com perspectiva humanista e capacidade de intervenção autónoma, através da aquisição de conhecimentos autónoma e diferenciada, potenciadora da tomada de decisão ética.

Portanto, o grau de Licenciatura nas Tecnologias da Saúde deverá proporcionar, ao estudante, a obtenção do conhecimento, competências e aptidões, necessárias para as funções, responsabilidades e atribuições, definidas na legislação Portuguesa¹⁹⁷.

A título de exemplo pela organização estrutural e disponibilização informativa, tanto a nível nacional como internacional, podemos adiantar que, na área da Radiologia, a proposta formativa de conteúdos no âmbito da Bioética preconiza que o graduado seja capaz de demonstrar conhecimento e compreensão em, entre outros:

- I. Por um lado, utilizar a radiação ionizante de forma eficaz, com precisão e segurança, dentro das orientações legais, éticas e profissionais e, por outro, avaliar o risco/benefício nos procedimentos radiológicos mantendo, em concomitância, cuidados especiais com o doente, incluindo também pais e cuidadores;
- II. Deverá, também, comunicar de forma eficaz e anti-discriminatória com doentes, acompanhantes e demais trabalhadores da saúde, tendo em conta as suas características físicas, psicológicas, sociais e culturais, no sentido do respeito pela dignidade do doente, ao mesmo tempo que deve exibir uma compreensão aprofundada em ética e deontologia.

Isto mesmo poderá ser corroborado pela acção metódica e profissional assumida como objectivo educativo pelas sucessivas Direcções do curso, de que destacamos:

- Demonstrar uma abordagem ética e compromisso com os doentes, cuidadores, outros profissionais de saúde e público em geral;
- Manter a confidencialidade no processamento/manipulação/arquivo de dados relacionados com o doente e os procedimentos realizados respeitando a legislação e os regulamentos sobre protecção de dados;
- Aceitar a responsabilidade pelas suas próprias acções;

- Recusar a realização ou pedido de exame que na sua opinião é desaconselhável ou perigoso, no sentido do respeito pela dignidade do doente.

Como não podia deixar de ser, destes requisitos propostos, salientam-se as razões inerentes às exigências de desenvolvimento e maturidade dos indivíduos recém-formados, face à natureza do exercício profissional. De facto, em termos de responsabilidade clínica o graduado em Radiologia (actual Imagem Médica e Radioterapia) detém a responsabilidade ética, deontológica e legal dos seus actos. As suas funções implicam a tomada de decisão relativa aos métodos e as técnicas mais adequadas para o esclarecimento da situação clínica dos doentes.

Assim, foi implementada uma estrutura formativa baseada no Quadro Nacional de Qualificações para o Ensino Superior em Portugal e orientada para um sistema de avaliação de Conhecimentos, Aptidões e Competências [de acordo com a Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Abril de 2008, relativa à instituição do Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (JO, n.º C 111, de 6 de Maio de 2008)]¹⁹⁸. Aqui, procura-se orientar o alcance do nível 6 através de procedimentos de validação de aprendizagem formal e não formal sem, contudo, o intuito de imposição de conteúdos curriculares às instituições.

Este documento faz a clara diferenciação entre os resultados da aprendizagem e as competências, distinguindo os papéis dos intervenientes no processo de aprendizagem. Deste modo, as competências representam uma combinação dinâmica de saberes, aptidões, habilidades e atitudes, ao mesmo tempo que se faz a importante distinção e genéricos em que, muitas vezes, a disciplina de Bioética se move.

Na *Qualification Framework of the European Higher Education* baseada nos Descritores de Dublin, os resultados (incluindo as competências) são tidos como o resultado global da aprendizagem^{198,199}. Os referidos descritores consistem nos resultados genéricos das típicas expectativas ou níveis de competência alcançadas no mencionado nível 6 associado com os ciclos de Bolonha, em que cada país deverá identificar o nível apropriado.

Os resultados da aprendizagem serão as representações do que o aluno sabe, compreende e é capaz de fazer no final do processo de aprendizagem, sendo definidos em termos de conhecimentos, aptidões e competências. O conhecimento representa o resultado da assimilação da informação através da aprendizagem e o corpo dos factos, princípios, teorias e práticas que estão relacionadas com um campo de estudos ou área de

trabalho. A aptidão é a habilidade de aplicação do conhecimento e o uso do “*know-how*” para completar as tarefas e resolver os problemas. A competência revela a capacidade comprovada de usar o conhecimento, a aptidão e a habilidade pessoal, social e metodológica, tanto nas situações de estudo como no desenvolvimento pessoal e profissional.

Neste nível 6 do supracitado Quadro Europeu de Qualificações, aparecem as seguintes definições estruturantes:

Conhecimento – Saber aprofundado num campo de estudo ou área laboral envolvendo o raciocínio crítico sobre as teorias e princípios;

Aptidão – Capacidades avançadas demonstrando mestria e inovação requeridas para a resolução de problemas imprevistos e complexos;

Competência – Gestão das actividades técnicas ou profissionais complexas assumindo a responsabilidade pela tomada de decisão.

A título de exemplo, e ainda para o caso da Radiologia, podemos assistir à proposta da *European Federation of Radiographer Societies* na área de “*Patient Care*”, de que todos os aspectos, nesta especificidade, devem de incluir²⁰⁰:

- A tomada de decisão ética em relação aos doentes, aos pares e ao público, em geral;
- A assumpção da importância da obtenção do consentimento do doente e a manutenção da confidencialidade em todo o processo, dentro do enquadramento legal para a protecção de dados.

Já no âmbito da Bioética/Ética médica salientamos as seguintes recomendações:

- Conhecimento das principais teorias, incluindo o relacionamento entre Ética e Lei e o seu impacto na prática;
- Adesão aos Códigos Deontológicos;
- Agir com base numa crítica reflexiva tomando em consideração os códigos profissionais e comportamentais;
- Assegurar o consentimento informado e esclarecido para cada exame ou tratamento e mostrar dignidade e respeito pelo doente.

Assim, a integração de conteúdos de Bioética/Ética médica/Deontologia deve constituir um instrumento privilegiado de regras adequadas à função do trabalho que, por um lado, integrem o indispensável desenvolvimento da competência profissional e, por

outro, estabeleçam a definição das qualidades aliadas às atitudes profissionais características.

Esta integração baseia-se na ideia de que todas as atitudes do técnico de saúde se reflectem sobre o doente e têm significado, pela presença ou pela ausência, nos objectivos pretendidos com essa relação, segundo os percursos de vida de cada um.

Capítulo V - ESTUDO II - 1 -Conceptualização e Objectivos da Investigação

Na primeira parte deste trabalho foram desenvolvidas as teorias bioéticas que sustentam a problemática deste estudo. Já nesta segunda parte, reportamo-nos a um pequeno estudo de revisão e análise integrativa acerca do estado de arte do ensino da bioética nas tecnologias da saúde. Estas teorias e análise permitiram-nos delinear um corpo de ideias que, ao mesmo tempo que serviram como fundamentação teórica de toda a investigação, consentiram, também, a percepção das realidades e ambiguidades experimentadas pelos técnicos de saúde (população em análise).

O objectivo principal deste estudo é, pois, verificar a importância da formação em Bioética nas tecnologias da saúde na perspectiva dos próprios técnicos. Neste sentido, projectámos analisar de que forma a formação em Bioética nas tecnologias da saúde tem impacto no envolvimento e tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos éticos destes profissionais. Para que se pudesse alcançar o objectivo principal proposto, foram definidos os seguintes objectivos específicos, por forma a facilitar esta investigação:

1. Saber se a formação em Bioética influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.
2. Saber de que modo a duração da formação em Bioética influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.
3. Saber se a formação em Deontologia influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.
4. Saber de que modo a duração da formação em Deontologia influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.
5. Perceber se o número de disciplinas em Bioética/Ética médica influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.

A forma que escolhemos para atingir cada um dos nossos objectivos específicos foi a transformação de cada um destes em hipóteses. Assim, foram formuladas as seguintes:

H1: Os profissionais com formação específica em Bioética têm maior envolvimento na tomada de decisão ética, menor dificuldade na reflexão ética e maior frequência nos questionamentos morais.

H2: A duração da formação específica em Bioética influencia positivamente o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência da reflexão ética e nos questionamentos morais.

H3: Os profissionais com formação em Deontologia têm maior envolvimento na tomada de decisão ética, menor dificuldade na reflexão ética e maior frequência nos questionamentos morais

H4: Existe uma relação positiva entre a duração da formação específica em deontologia e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência da reflexão ética e nos questionamentos morais.

H5: Existe relação positiva entre o número de disciplinas em Bioética/Ética médica formação específica em Bioética e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência e na intensidade dos questionamentos morais.

Procedimentos Metodológicos

Este estudo seguiu dois modelos: um primeiro modelo, mais descritivo e qualitativo disse respeito à análise da formação existente nas tecnologias da saúde em Portugal e foi já apresentado no capítulo anterior; um segundo modelo, de desenho observacional, do tipo transversal e, em termos analíticos, de nível III (correlacional), que se apresenta neste ponto.

Para o nosso estudo, de entre a totalidade das profissões de técnicos de saúde foram seleccionadas três, utilizando o seguinte critério: maior ou menor contacto com o doente durante o desempenho profissional. Esta opção parece-nos pertinente, já que existem profissões das Tecnologias da Saúde que pouco ou nenhum contacto têm com o público, situação esta que não é a normal.

Os técnicos de saúde interagem com os doentes e é nesse contacto que esta formação em Bioética/Ética médica/Deontologia poderá expressar-se. Acresce ainda, neste caso particular, que o técnico deve ser pessoalmente responsável pela tarefa que lhe é confiada pela sociedade, tendo como corolário a necessidade de sobrepor os interesses dos doentes às preferências pessoais, ou mesmo, às influências das entidades empregadoras.

Assim, como curso/profissão com pouco contacto com o doente foi escolhido o de Análises Clínicas e Saúde Pública (Análises), pois o contacto com o público é feito quase na exclusividade das colheitas de amostras.

Como contacto de nível médio foi seleccionado o de Radiologia, porque o seu desempenho prático se distribui tanto pela intervenção junto aos doentes, como por actividades (preparatórias, post-processamento de imagem, etc.), só indirectamente relacionadas com o público.

Por último, com elevado contacto com o doente foi eleita a Fisioterapia. Por razões evidentes, esta profissão tem no seu âmago a relação interpessoal e o contacto directo com o público que a ela recorre. Serão, assim, os profissionais emergentes destes três cursos o objecto de análise do nosso trabalho através do ensino ministrado em conteúdos de Bioética/ Ética médica /Deontologia.

Uma vez que, nem do Ministério da Saúde, nem das próprias Administrações Regionais de Saúde, foram obtidos consensos, acerca do número de profissionais no exercício, esta informação emanou da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), organismo que confere as carteiras profissionais, em Junho de 2013, a qual, sob algumas reservas (pois também neste âmbito existe exercício profissional inqualificado), revelou em 14 (de 18 profissões - excepção de Terapia da Fala; Terapia Ocupacional; Dietética; Prótese Dentária) a existência de 22.532 profissionais das tecnologias da saúde (representatividade com 377 indivíduos, conforme a Fórmula para o cálculo de amostras provenientes de populações finitas (assumindo um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%), coincidente com as tabelas de Krejcie e Morgan,1970²⁰¹.

Dos dados fornecidos pela ACSS, 4.608 seriam de Análises Clínicas e Saúde Pública (ACSP), 3.328 de Radioterapia, Radiologia e Medicina Nuclear (RAD) e, por fim, 3.945 de Fisioterapeutas (FISIO). Como se pode verificar, esta amostragem (11.881) corresponde a 53% do total do conjunto das profissões adiantado pela ACSS.

Para evitar qualquer compromisso na amostra, devido ao conhecimento pessoal dos investigadores, foi entendido que a versão final do IEB deveria ser aplicada através de organizações consideradas representativas destes profissionais, a nível nacional, abaixo referidas, direccionando-a aos seus associados.

Assim, após solicitação do procedimento e respectiva autorização do mesmo por parte das direcções destas entidades, o endereço electrónico do questionário foi enviado para as seguintes associações de profissionais:

Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das áreas de Diagnóstico e Terapêutica (STSS),

Associação Portuguesa de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública (APTAC),

Associação Portuguesa dos Técnicos de Radioterapia, Radiologia e Medicina Nuclear (ATARP),

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFISIO).

O esquema que se segue ilustra o processo de recolha de dados:

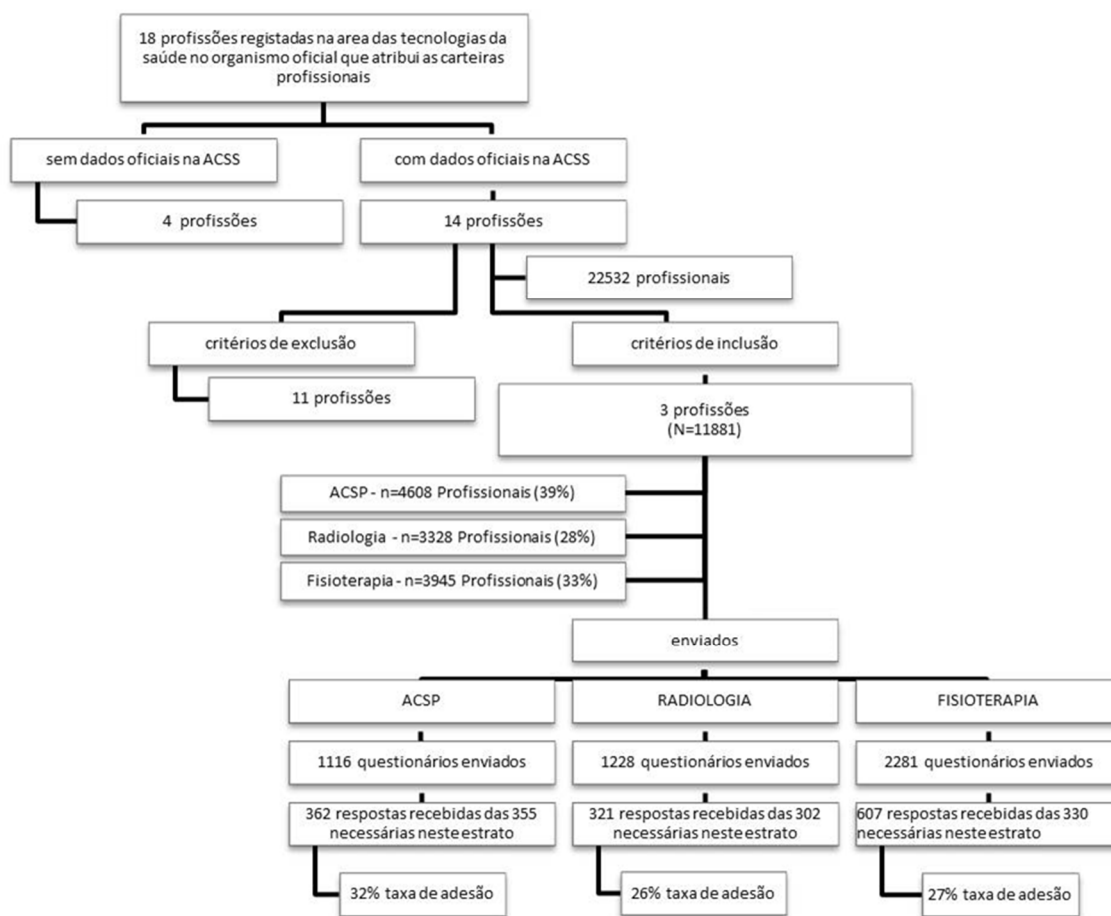


Figura 1: Fluxograma do procedimento da recolha de dados

Legenda: ACSP - Análises Clínicas e Saúde Pública; ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde.

Face ao exposto, a população do estudo é constituída por profissionais das tecnologias da saúde, nas áreas de Análises Clínicas e Saúde Pública, Radiologia e Fisioterapia onde, respectivamente, representavam profissões de pouco, médio e grande contacto com o doente e que responderam ao questionário “Importância da Educação da Bioética”. O mesmo foi construído intencionalmente para este estudo, no Google Drive, local *online* onde esteve disponível para resposta durante 40 dias entre 22 de Novembro e 31 de Dezembro de 2013 (intervalo dilatado para contemplar os indivíduos em gozo de férias com endereço institucional e que agrega conforto e praticidade para o respondente)^{202,203}. Após este período, e consideradas boas as percentagens de adesão, os dados foram organizados em ficheiros Excel e transformados para serem utilizados em IBM-SPSS, versão 21.

Considerações Éticas

É imperioso respeitar o direito do indivíduo submetido à pesquisa e preservar a sua integridade e dignidade. Devem, portanto, ser tomadas todas as precauções para respeitar a privacidade do indivíduo e minimizar o dano que a pesquisa possa causar à sua integridade física e mental e à sua personalidade.

Como abordagem ética a seguir, será aqui assumido o seguinte enquadramento:

1 – Apesar de não ter estatuto legal, a Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial 1964-2000) é tratada e reconhecida como código de conduta à escala global da investigação na área da saúde, sendo referida praticamente em todos os protocolos de pesquisa ou de ensaios clínicos apresentados a comissões de ética institucionais²⁰⁴.

2 – Directrizes Éticas Internacionais para a Investigação Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS, 1993), nomeadamente a Directriz 3: Obrigações do pesquisador a respeito do consentimento informado, a Directriz 9: Consentimento informado em estudos epidemiológicos e a Directriz 12: Salvaguardas à confidencialidade²⁰⁵.

3 – Recomendações do Conselho Europeu (*Guide for Research Ethics Committee Members*, 2010), nomeadamente no ponto 3D: Garantir o respeito pelos princípios éticos: avaliação científica e ética independente²⁰⁶.

Os principais princípios éticos relativos à experimentação no homem estão, pois, consignados nos seguintes pressupostos: Princípio do Respeito pela pessoa Humana, Princípio da Benefício sobre o risco e Princípio da Justiça distributiva.

A participação dos indivíduos, neste estudo, estará a implicar a sua anuência e consentimento prévio, com base no esclarecimento do carácter voluntário da participação. Foi, também, assumido o compromisso ético de não divulgar quaisquer informações lesivas obtidas no decorrer e no âmbito desta investigação. A participação no estudo foi absolutamente voluntária e a imparcialidade foi reforçada, pela ausência de interesses comerciais ou outros, uma vez que os dados são apenas para fins académicos.

O inquérito é anónimo. Deste modo, foi garantido aos participantes um estudo em que as respostas foram codificadas para manter a confidencialidade, sendo mantidas em local seguro por três anos, e destruídas após esse período. Foi ainda estipulado que os

resultados da pesquisa seriam publicados, exclusivamente, para fins acadêmicos. Por fim, uma eventual identificação não seria usada e os resultados foram mantidos em sigilo (Lei nº. 67/98 de 26 de Outubro)²⁰⁷.

Análise estatística dos dados

Os dados foram submetidos ao seguinte tratamento estatístico:

- (i) Inspeção prévia dos dados, para ver se havia desvios significativos em relação à normalidade nas distribuições das variáveis estudadas;
- (ii) Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios padrão das variáveis sociodemográficas;
- (iii) Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios padrão das variáveis constantes no questionário Importância do Ensino em Bioética (IEB) e as respectivas dimensões. Cálculo das contingências, percentagens e respectivos coeficientes de significância, entre os índices e as variáveis consideradas importantes no estudo.

Foram usados os seguintes testes de análise: Testes t de *Student* (médias), e análises de variância para analisar os dados dependentes de vários efeitos ou condições externas (ANOVA) com o objectivo de testar a existência de diferenças significativas entre as médias obtidas pelos grupos em análise. Sempre que existiram diferenças significativas ($p < 0.05$) procedemos às comparações múltiplas, para identificar essas mesmas diferenças.

Outras técnicas de análise utilizadas foram a Análise Factorial Exploratória (AFE) dos dados para examinar a estrutura dimensional do instrumento e a Análise Factorial Confirmatória (AFC) para encontrar um modelo que se ajustasse quer à população quer à amostra utilizada para a estimação.

Durante a análise exploratória e com recurso quer ao coeficiente de fidedignidade (α Cronbach), quer à análise das componentes principais (ACP), com rotação Varimax (técnicas que nos ajudam a definir/reduzir os itens das dimensões do instrumento), foi decidido que questões constituiriam o IEB e a que dimensões faziam parte.

Para análise psicométrica dos resultados obtidos pela administração dos instrumentos de medida, foram calculados, para cada item, a média, respectivos desvios

padrão e correlações com o total da escala. Foi também realizada a análise da dimensionalidade das escalas, através da Análise Factorial Exploratória (AFE) dos itens e da correlação entre os factores encontrados.

O método utilizado na análise da dimensionalidade da escala foi a Análise das Componentes Principais (ACP), explorando-se as saturações Varimax e Promax com normalização Kaiser.

Após a AFE, seguimos para a análise confirmatória com suporte no AMOS que nos ajuda a obter Modelos de Equações Estruturais (MEE). Estes podem ser entendidos como uma extensão da regressão múltipla já que, em vez de ter como preditor uma única variável dependente, nos MEE há mais do que uma.

Os MEE são modelos matemáticos complexos que trabalham com matrizes, cujos resultados são, também eles, a própria matriz e resolvem o problema da colinearidade inerentes ao método da regressão múltipla. Existem várias abordagens e estratégias de modelização. A utilizada foi a de “geração de modelo”, considerada como sendo a melhor para a construção de instrumentos de raiz.

Deste modo, o MEE revelou-se muito útil já que o modelo que pretendíamos testar era complexo e tinha múltiplas variáveis simultâneas e traços latentes. De facto, esta mescla de análise factorial com a regressão múltipla foi bastante útil no nosso estudo, pela simplificação do modelo teórico.

Procedemos, ainda, à determinação dos coeficientes de consistência interna (α de Cronbach) para todas as escala e subescalas.

Todas as análises estatísticas foram efectuadas recorrendo ao referido *software*. Além disso, recorreu-se também ao *software* IBM-SPSS AMOS versão 22, para a modelização de equações estruturais e obtenção de um modelo que fosse ajustado e permitisse um instrumento acurado para medir a importância dada ao ensino da ética e da bioética.

O nível de significância escolhido para minimizar o erro das decisões foi de 0,05.

ESTUDO II – 2 - Construção e Validação Estatística do inquérito “A importância do Ensino da Bioética”

Qualquer disciplina necessita de se conhecer e reconhecer junto do seu potencial público-alvo (estudantes, profissionais, etc.) pelo que têm de existir instrumentos que permitam operacionalizar este princípio. O objectivo deste estudo é construir e validar um instrumento que permita avaliar a importância do ensino da unidade curricular Bioética, através de um conjunto de métodos quantitativos (α Cronbach, AFE, AFC). Para o efeito, utilizou-se uma amostra de 1290 profissionais, técnicos de saúde, que responderam numa plataforma *online*.

A escrita deste estudo seguiu, o mais possível, o delineamento dos estudos observacionais propostos pelas directrizes STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) por ser a mais adaptada a este trabalho (anexo I). No entanto, mesmo sabendo que nem todos os itens se adequam à análise psicométrica aqui apresentada, ainda assim, visando facilitar a sua leitura, utilizamos esta ferramenta, considerada por vários pesquisadores, de suporte à descrição dos estudos observacionais e elaboração do seu desenho.

O Inquérito intitulado “A Importância do Ensino da Bioética” (IEB), construído especificamente para este estudo, teve três fases. Cada fase comportou três tipos de actividades nucleares e correspondentes.

O processo iniciou-se com a formulação do modelo teórico que estabeleceu as relações causais entre as variáveis, devidamente fundamentado na teoria e baseado em pressupostos teóricos consistentes e em evidências empíricas anteriormente apresentadas.

Os itens foram provenientes do consenso de 18 profissionais especialistas em Análises Clínicas e Saúde Pública, Radiologia e Fisioterapia, do julgamento de 6 profissionais das tecnologias da saúde (ambos os grupos contactados directamente pelos autores) e de pesquisas anteriores, com o propósito de medir as particularidades que podem explicar o fenómeno. No final, o seu conjunto foi avaliado para verificar a sua adequação representacional.

Após validação de conteúdo, seguiu-se a criação e formatação do instrumento, o que exigiu um pré-teste (estudo piloto) a 12 profissionais dentro do universo do estudo, com objectivo de obtenção de uma versão, que permitisse a sua aplicação posterior. A

análise estatística desta versão *online* revelou qualidades métricas que permitiram dar início ao estudo na versão global.

Pelo exposto, nesta fase, foi necessária a realização de um estudo piloto.

A Tabela 1 detalha o procedimento.

Tabela 1: Fases do Estudo

Fases	Actividades
1.ª Fase – Fundamentação e definição do racional teórico-prático do instrumento	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisas bibliográficas e revisão da literatura • Revisão de outros instrumentos de avaliação da disciplina de Bioética
2.ª Fase – Concepção e formatação do instrumento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição das dimensões teóricas • Redacção das instruções e dos itens • Formatação gráfica do instrumento no Google Drive
3.ª Fase – Pré-teste do instrumento	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do instrumento por um painel de especialistas em Bioética/Ética médica/Deontologia • Realização de sessões de discussão com especialistas em análise de dados • Realização de um estudo-piloto

O inquérito IEB ficou, então, composto por 5 partes com 155 questões iniciais (44 gerais e 111 específicas). Estas questões, após submetidas a análises estatísticas e psicométricas, passaram a 153. As 44 questões gerais (partes 1 e 2) relativas à caracterização biográfica (11) e à caracterização da formação em Bioética (33) dos participantes mantiveram-se; as 2 questões específicas (uma sobre a frequência em relatar práticas duvidosas de uma outra pessoa que não técnico de saúde ou Médico às autoridades apropriadas e outra pela dificuldade desta mesma conduta), pela necessidade dotar o factor, de que faziam parte, de validade de constructo. Assim, este instrumento ficou constituído pelas partes 3, 4 e 5 do inquérito inicial, com a exclusão das questões 1 a 6 a que chamámos “Condições para a Avaliação Ética” (CAE), e da questão 17, perfazendo um total de 102 questões (anexo II).

A parte 3 tinha o propósito de saber como é que a formação em Bioética influenciava acção moral ético-moral na prática dos técnicos de saúde e continha 31 itens. Contudo, como foi referido, a dimensão CAE (com as questões de 1 a 6) não foi considerada como componente da IEB, uma vez que se constitui como um grupo de questões independentes que servirá para caracterizar as condições para a tomada de decisão ética do local de trabalho dos respondentes. Pelo mesmo motivo, a questão 17, (frequência com que concorda com os procedimentos de diagnóstico/terapêutica com prognóstico incerto) também não foi considerada no modelo IEB.

A parte 4 questionava acerca das situações para a reflexão ética no desempenho profissional e era composta por 14 questões, desdobradas em Frequência e Dificuldade com que as situações ocorriam, estruturadas em 28 itens. A 5.^a e última parte dedicava-se ao questionamento moral ético-moral e, tal como a parte anterior, desdobrava-se em duas dimensões: a da Intensidade dos questionamentos e a da Frequência com que estes ocorriam. Esta parte ficou composta, globalmente, por 50 itens (25 cada dimensão).

A base teórica da construção do IEB inicial seguiu um modelo de análise que supunha que a importância dada ao ensino da Bioética dependia da Intensidade e Frequência dos Questionamentos Morais (IQM e FQM), da Frequência e Dificuldade da Reflexão Ética (FRE e DRE), da Qualidade e Satisfação no Local de Trabalho (QSALT) e no Envolvimento na Tomada de Decisão (ETD).

Deste modo, o modelo foi, inicialmente, representado pela expressão:

$$\text{IEB} = f(\text{IQM}, \text{FQM}, \text{FRE}, \text{DRE}, \text{QSALT}, \text{ETD}).$$

Para uma compreensão mais detalhada do modelo do IEB e das variáveis observadas (itens) que, em teoria, compunham cada uma das variáveis latentes (IQM, FQM, FRE, DRE, QSALT, ETD), apresenta-se o esquema gráfico que se segue (Figura 3):

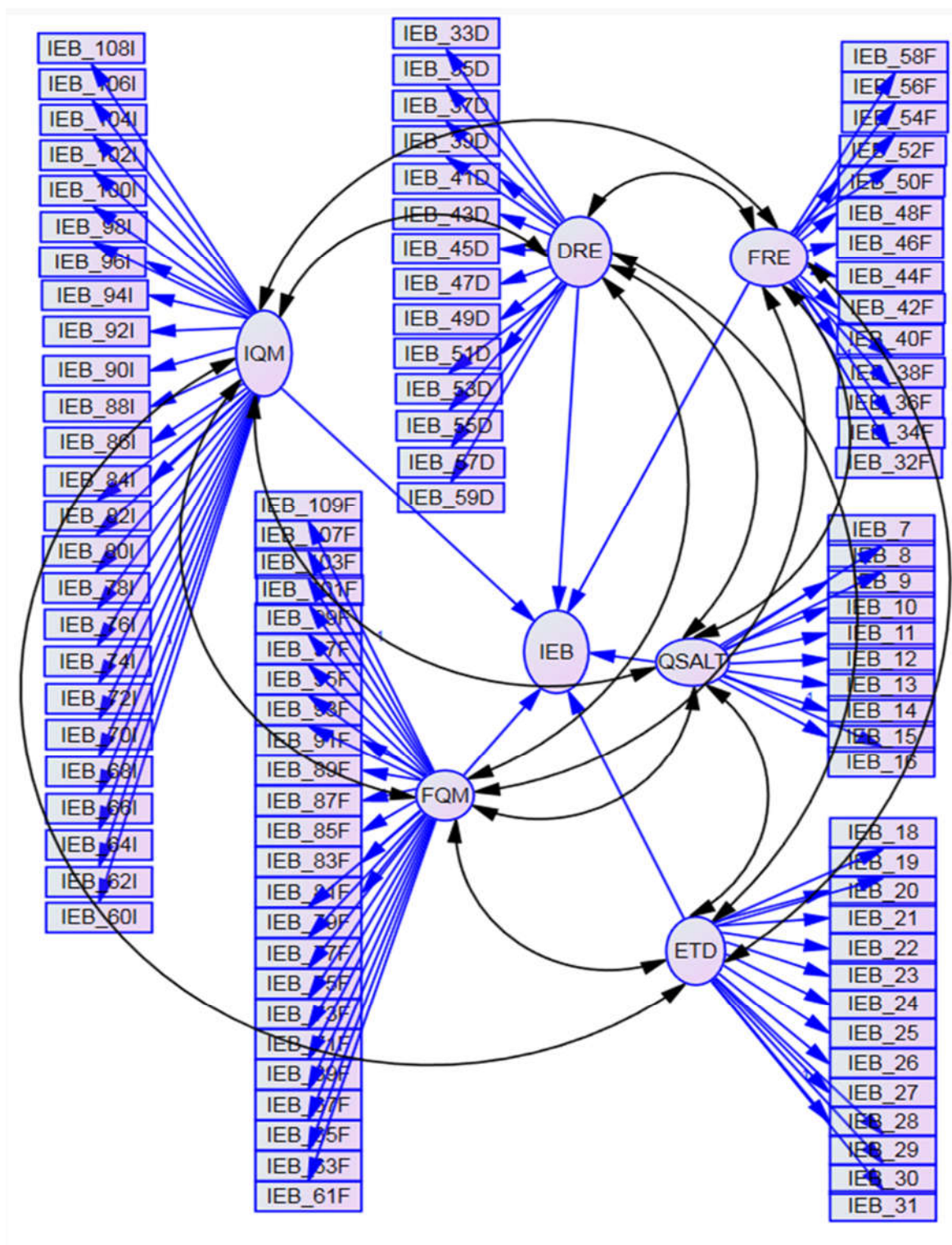


Figura 2 – Modelo Teórico da Importância do Ensino da Bioética

Legenda: IEB - Importância do Ensino da Bioética; IQM - Intensidade dos Questionamentos Morais; FQM - Frequência dos Questionamentos Morais; FRE - Frequência da Reflexão Ética; DRE - Dificuldade da Reflexão Ética; QSALT - Qualidade e Satisfação no Local de Trabalho; ETD - Envolvimento na Tomada de Decisão.

Para a obtenção dos itens do IEB (medida que nos permite avaliar a importância do ensino da Bioética), recorreu-se a itens de proveniências múltiplas, inspirado em

modelos internacionais, devidamente adaptados à realidade portuguesa²⁰⁸. A construção e adaptação dos itens à realidade portuguesa seguiram os dois princípios básicos deste processo: primeiro, a teoria subjacente ao ensino da bioética e o seu impacto nos profissionais; segundo, após a obtenção de um conjunto de itens que permitisse avaliar a importância do ensino em bioética, seguindo-se o tratamento de dados para a inclusão ou exclusão de afirmações, itens ou dimensões. Este último princípio teve por recurso as técnicas estatísticas adequadas à redução dos itens. A partir do suporte conceptual do que se desejou medir, chegou-se às diferentes dimensões (IQM, FQM, FRE, DRE, QSALT, ETD) que explicam o fenómeno e definiu-se o conteúdo da escala, garantido a inclusão de todos os aspectos importantes.

Deste modo, nesta 1.ª fase, obteve-se uma *pool* de 111 itens. Estes foram quantificados mediante escalas do tipo Likert.

Assim, previa-se, de acordo com as teorias que versam sobre a importância do ensino da Bioética, que o IEB resultasse da conjugação dos aspectos assinalados na figura 3, onde os itens foram quantificados variando:

1. Na Parte III
 - a. IEB 7 a 16 – QSALT: de 1 a 5 desde “Discordo completamente” até “Concordo completamente”, com uma pontuação de 1 a 5 (1 = Discordo completamente; 2 = Discordo; 3 = Concordo pouco; 4 = Concordo; 5 = Concordo completamente).
 - b. IEB 18 a 31 – ETD: de 1 a 6 desde “De forma nenhuma” até “Absolutamente”, com uma pontuação de 1 a 6 (1 = De forma nenhuma; 2 = Muito pouco; 3 = Um pouco; 4 = Em parte; 5 = Em grande parte; 6 = Absolutamente).
2. Na Parte IV (IEB 32 a 59) de 1 a 5 desde “Alta” até “Não se aplica”, com uma pontuação de 1 a 5 (1 = Alta; 2 = Moderada; 3 = Mínima; 4 = Nenhuma; 5 = Não se aplica) para o FRE e de 1 a 5 desde “Extrema” até “Não se aplica”, com uma pontuação de 1 a 5 (1 = Extrema; 2 = Moderada; 3 = Mínima; 4 = Nenhuma; 5 = Não se aplica) para o DRE.
3. Na Parte V (IEB 60 a 109 – IQM e FQM) de 1 a 6 desde o “De forma nenhuma” até o “Absolutamente”, com uma pontuação de 1 a 6 (1 = De forma nenhuma; 2 = Muito pouco; 3 = Um pouco; 4 = Em parte; 5 = Em grande parte; 6 = Absolutamente) para o IQM e de 1 a 6 (1 = De forma nenhuma; 2 =

Muito pouco; 3 = Um pouco; 4 = Em parte; 5 = Em grande parte; 6 = Completamente) para o FQM.

Este formulário serviu de base ao momento seguinte, em que se procedeu a um pré-teste. A amostra foi composta por nove sujeitos, de ambos os géneros, das três especialidades a incluir no estudo, licenciados e com formação em Bioética. O objectivo foi o de averiguar a compreensão das instruções e do conteúdo de cada item, não se verificando, contudo, obstáculos no preenchimento desta avaliação. Neste segundo momento de pré-teste, as questões foram então aplicadas a 12 sujeitos com idênticas características.

A composição desta amostra de 12 profissionais foi, no que diz respeito à idade, distribuída igualmente por dois grupos etários: seis profissionais idade compreendida entre os 31 e 40 anos e, os restantes seis, entre 41 e 50 anos. O questionário foi aplicado a cinco mulheres e a sete homens, dos cursos de ACSP (oito casos), Fisioterapia (dois casos) e Radiologia (dois casos). No que diz respeito à categoria profissional, cinco eram técnicos de 1^a. Classe, quatro de 2^a. Classe, um técnico principal e um trabalhava em clinica privada (sem categoria profissional). Quanto às habilitações literárias, um possuía a licenciatura, 10 possuíam um mestrado e, o restante detinha um grau de doutor. Por fim, em termos de vínculo na instituição, um tinha contrato administrativo de provimento, seis tinham contrato por tempo indeterminado, quatro estavam em regime de prestação de serviços (recibo verde) e, um, em regime liberal. Nesta selecção foram excluídos todos os indivíduos sem a habilitação de nível superior, já que só este grau nos dava a garantia de contacto com os conteúdos que se pretendiam analisar. Este estudo-piloto (análise intermédia) serviu de base exploratória para a construção da versão experimental que seria administrada à população alvo.

O questionário IEB demonstrou, numa primeira fase, que se podia dividir em 6 subescalas (tabela 2).

Tabela 2: Dimensões do IEB

	IEB	itens	alfa
Qualidade e Satisfação no local de trabalho actual (III)		10	0,777
Envolvimento na Tomada de Decisão (III)		14	0,858
Frequência da Reflexão ética (IV)		14	0,737
Dificuldade na Reflexão ética (IV)		14	0,855
Intensidade dos Questionamentos morais (V)		25	0,969
Frequência dos Questionamentos morais (V)		25	0,951
	Total de itens	102	0,922

Após esta fase, colocou-se o IEB na plataforma Google Drive para ser acessado pelos profissionais que as associações supracitadas endereçaram. Depois de estar disponibilizado durante 40 dias e, findo este período, já em posse de 1290 respostas, voltámos a analisar com recurso a análise factorial exploratória e confirmatória.

No início deste processo psicométrico, e face ao ganho de validade da dimensão “Frequência da reflexão” (de $\alpha=0,514$ para $\alpha=0,718$), foi retirada a questão 11 do grupo IV (*Relatar práticas duvidosas de uma outra pessoa que não técnico de saúde ou Médico às autoridades apropriadas*) constituída por 2 itens (Frequência e Dificuldade). Na fase seguinte procedeu-se à análise da consistência temporal. O IEB apresentava uma Consistência Temporal muito boa ($\alpha=0,954$) e uma Consistência Interna excelente ($\alpha=0,956$). Finda a análise exploratória, iniciámos a Análise Factorial Confirmatória (AFC). Para o efeito recorremos ao *software* AMOS.

A dificuldade em encontrar um ajustamento aceitável (no caso do *Standardized Route Mean Square Residual* entre 0 para não ajustado e 1 para um ajustamento perfeito; no caso da medida de ajustamento de parcimónia χ^2 relativo este é adequado se estiver entre 1 e 5), fez-nos alterar a estrutura factorial inicial.

Assim, voltámos à AFE pelo método das componentes principais, mas desta vez recorremos à saturação pelo método Promax com normalização de Kaiser. Os métodos de rotação são ou ortogonal ou oblíqua. Nos métodos de rotação ortogonal (Equamax, Orthomax, Quartimax e Varimax) supõe-se que os factores não estão correlacionados. Em contraste, os métodos de rotação oblíqua (Direct Oblimin e Promax) assumem que os factores são correlacionados.

Após excluirmos todos os itens com correlações inferiores a 0,3 com o factor, encontramos uma saturação de 5 factores que se mostrou ser muito interpretável e com uma variância explicada de 51,6%. O primeiro factor diz respeito à IQM e explica 22,3% da variância. O segundo factor refere-se à FQM e contribui com 14,3% da variância explicada. O terceiro factor explica 7,1% do total da variância e agrupou itens do QSALT e do ETD, passando a denominar-se, doravante, por Satisfação com o trabalho e Envolvimento nas Decisões (SED). A reflexão ética está representada no quarto e no quinto factor sendo que a DRE explica 4,4% e a FRE 3,2% da variância total.

A distribuição dos itens, por cada factor, pode observar-se na tabela que se segue:

Tabela 3: Matriz das saturações factoriais

	1	2	3	4	5
IEB_102_Intensidade	0,9				
IEB_100_Intensidade	0,884				
IEB_90_Intensidade	0,878				
IEB_94_Intensidade	0,864				
IEB_96_Intensidade	0,852				
IEB_86_Intensidade	0,836				
IEB_98_Intensidade	0,83				
IEB_92_Intensidade	0,827				
IEB_108_Intensidade	0,815				
IEB_80_Intensidade	0,809				
IEB_64_Intensidade	0,802				
IEB_88_Intensidade	0,797				
IEB_82_Intensidade	0,795				
IEB_84_Intensidade	0,791				
IEB_76_Intensidade	0,789				
IEB_66_Intensidade	0,77				
IEB_78_Intensidade	0,763				
IEB_72_Intensidade	0,694				
IEB_62_Intensidade	0,634				
IEB_106_Intensidade	0,608				
IEB_104_Intensidade	0,607				
IEB_70_Intensidade	0,566				
IEB_60_Intensidade	0,565				
IEB_103_Frequência		0,865			
IEB_95_Frequência		0,855			
IEB_89_Frequência		0,821			
IEB_109_Frequência		0,795			
IEB_79_Frequência		0,795			
IEB_85_Frequência		0,791			
IEB_81_Frequência		0,787			
IEB_99_Frequência		0,764			
IEB_91_Frequência		0,749			
IEB_83_Frequência		0,736			
IEB_87_Frequência		0,736			
IEB_105_Frequência		0,727			
IEB_107_Frequência		0,720			
IEB_101_Frequência		0,697			
IEB_97_Frequência		0,688			
IEB_93_Frequência		0,667			
IEB_77_Frequência		0,55			
IEB_61_Frequência		0,516			
IEB_63_Frequência		0,478			
IEB_73_Frequência		0,468			
IEB_71_Frequência		0,433			
IEB_67_Frequência		0,426			
IEB_65_Frequência		0,412			

Tabela 3: Matriz das saturações factoriais (cont.)

	1	2	3	4	5
IEB_28			0,793		
IEB_24			0,79		
IEB_8			0,756		
IEB_27			0,731		
IEB_23			0,687		
IEB_11			0,681		
IEB_9r			0,622		
IEB_19			0,615		
IEB_18			0,548		
IEB_14r			0,49		
IEB_13			0,489		
IEB_12			0,455		
IEB_26			0,411		
IEB_57_Dificuldade				0,636	
IEB_53_Dificuldade				0,581	
IEB_41_Dificuldade				0,569	
IEB_39_Dificuldade				0,552	
IEB_59_Dificuldade				0,53	
IEB_43_Dificuldade				0,482	
IEB_33_Dificuldade				0,336	
IEB_32_Frequência					0,39
IEB_38_Frequência					0,555
IEB_40_Frequência					0,502
IEB_42_Frequência					0,55
IEB_52_Frequência					0,326
IEB_56_Frequência					0,629
IEB_58_Frequência					0,568

A tabela 3, mostra a matriz de saturações com cinco factores claros, que a AFE devolveu (saturações variando entre 0,33 e 0,9), não revelando qualquer inconsistência na distribuição, uma vez que nenhum dos itens apresenta saturações negativas.

Face ao exposto, os 73 itens, resultantes da redução anterior, foram colocados no *software* AMOS para o cálculo dos MEE.

O diagrama resultante dos MEE exibe uma representação gráfica que é uma simbologia convencionada de nomenclatura das relações estruturais entre variáveis:

- As variáveis observadas são representadas por rectângulos ou quadrados e têm sempre associado um erro (representado obrigatoriamente por uma pequena circunferência ligada com uma seta em direcção à variável observada);
- As variáveis latentes são representadas por círculos ou elipses. Contudo, a direcção da seta é definida pelo investigador e o erro não é obrigatório;
- O *path*, caminho ou a relação de causa entre duas variáveis, é representado por uma seta unidireccional;
- A correlação ou covariância entre duas variáveis é representada por uma seta com duas pontas;
- Uma relação bidireccional entre duas variáveis é representada por duas setas em sentidos opostos.

Para além de saber se existe correlação entre as variáveis, com o nosso modelo pretendemos confirmar se a Importância do Ensino da Bioética (IEB) é explicada pelas Variáveis Latentes (VL) que se seguem:

- Intensidade dos Questionamentos Morais (IQM),
- Frequência dos Questionamentos Morais (FQM),
- Satisfação com o trabalho e Envolvimento nas Decisões (SED),
- Dificuldade na Reflexão Ética (DRE),
- Frequência da Reflexão Ética (FRE).

dimensões (figura 3): Frequência da Reflexão Ética (FRE), Dificuldade da Reflexão Ética (DRE), Satisfação e Envolvimento nas Tomadas de Decisão (SED), Frequência dos Questionamentos Morais (FQM) e, por fim, Intensidade dos Questionamentos Morais (IQM). Na tabela 4 podem observar-se os valores das medidas de parcimónia e de ajustamento absoluto do modelo final ajustado (figura 3).

Tabela 4: Valores das medidas de parcimónia e de ajustamento

	Medidas de parcimónia χ^2 relativo (CMIN/DF)	Medidas de ajustamento absoluto SRMR
IEB	4,924	0,093
Fit Model	Adequado	Ajustado
Valores de referência	Intervalo recomendado [1 – 5] Hair et al (1998)	Próximo de 0,08 Hu e Bentler (1999)

Os métodos de estimação utilizados para a avaliação do modelo foram as medidas de ajustamento absoluto *Standardized Route Mean Square Residual* (SRMR), cujo intervalo varia entre 0 (não ajustado) a 1 (ajustamento perfeito) e a medida de ajustamento de parcimónia χ^2 relativo (CMIN/DF) que apresenta um intervalo de valores possíveis entre o limite inferior 1 e o limite superior 5. Assim, pode-se concluir que o modelo do IEB é ajustado nos seus vários parâmetros (fidelidade de cada indicador, fidelidade de cada varável latente, validade discriminante e fidelidade dos parâmetros estimados). Face ao exposto, as variáveis, até agora consideradas latentes, serão tratadas como dimensões resultantes do conjunto das variáveis observadas que compuseram cada uma das variáveis latentes.

Apesar do ajuste do modelo IEB este instrumento deve ser reaplicado noutros estudos para confirmar se o protótipo aqui apresentado se mantém consensual. Uma outra possibilidade de verificação e comparação de modelos é a partição desta amostra em subamostras para calcular novas AFC. Contudo, esta é uma tarefa que se pretende deixar para fase posterior.

Actualmente é necessário um conhecimento básico sobre os testes, tanto por parte de quem os constrói e aplica, como por quaisquer pessoas que usem os resultados destes testes como fonte de informação para tomar decisões sobre si mesmas ou sobre as outras²⁰⁹.

A testagem tem crescido a um ritmo acelerado, contribuindo cada vez mais e de forma mais variada, para as diversas áreas da vida, do conhecimento clínico e do conhecimento científico. Os testes/instrumentos de medida são sempre ferramentas inacabadas e este é um facto essencial a ter em conta, se quisermos colher benefícios destas²¹⁰⁻²¹². É um facto, mas um trabalho científico tem de ter um princípio (início) e um fim. Este é o fim que escolhemos para este estudo.

ESTUDO III – Importância do ensino em Bioética: a perspectiva dos técnicos

A Bioética e a própria reflexão Ética têm dificuldade de evidência na formação académica e profissional dos Técnicos de saúde, já que este tipo de disciplinas são encaradas como do foro filosófico, etéreas e difíceis de entender para um público que se reclama das ciências ditas naturais (por oposição às ciências humanas), técnicas e exactas e, portanto, assume a patente falta de preparação para a reflexão epistemológica (ver Enquadramento Teórico).

O objectivo geral deste estudo é a avaliação da forma como a Bioética influencia o desempenho profissional, ao nível da intensidade e frequência da reflexão ética, bem como, da tomada de decisão e questionamento moral. Para o efeito, recorremos a um estudo transversal e correlacional. A colheita de dados foi efectuada através do recurso a um formulário *online*, onde ficou disponível por 40 dias, tendo sido coligidas 1290 respostas válidas distribuídas por 362 de Análises Clínicas e Saúde Pública, 321 de Radiologia e 607 de Fisioterapia.

À semelhança do anterior, a escrita deste estudo seguiu, o mais possível, as orientações propostas pela iniciativa STROBE (anexo III).

Os dados foram inspecionados para ver se haviam desvios significativos em relação à normalidade (viés); para as variáveis qualitativas foram calculadas as frequências e percentagens; para as quantitativas calcularam-se as médias e respectivos desvios padrão. Estas análises foram efectuadas tanto para as variáveis sociodemográficas como para as variáveis constantes no questionário Importância do Ensino em Bioética (IEB) e as respectivas dimensões. Para a estatística inferencial foram usados os Testes t de *Student* (médias) e a análise de variância (ANOVA). Para a interpretação das diferenças utilizamos o $p < 0,05$ como valor significativo e sempre que este critério se verificou, procedemos às comparações múltiplas, para identificar essas mesmas diferenças (tabela 5).

Tabela 5: Estratégias estatísticas de análise dos dados

Objectivo específico	Hipótese	Testes
Ter formação em Bioética influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.	H1: Os profissionais com formação específica em Bioética têm maior envolvimento na tomada de decisão ética, menor dificuldade na reflexão ética e maior frequência nos questionamentos morais.	T de <i>Student</i> para dados independentes
A duração da formação em Bioética influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.	H2: A duração da formação específica em Bioética influencia positivamente o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência da reflexão ética e nos questionamentos morais.	T de <i>Student</i> para dados independentes
Ter formação em Deontologia influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.	H3: Os profissionais com formação em Deontologia têm maior envolvimento na tomada de decisão ética, menor dificuldade na reflexão ética e maior frequência nos questionamentos morais	T de <i>Student</i> para dados independentes
A duração da formação em Deontologia influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.	H4: Existe uma relação positiva entre a duração da formação específica em deontologia e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência da reflexão ética e nos questionamentos morais.	Anova de um critério e η^2 (ϵ^2) T de <i>student</i> para dados independentes
O número de disciplinas em Bioética/Ética médica influencia o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na reflexão ética e nos questionamentos morais.	H5: Existe relação positiva entre o número de disciplinas em Bioética/Ética médica formação específica em Bioética e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência e na intensidade dos questionamentos morais.	Anova de um critério e η^2 (ϵ^2)

No que diz respeito à forma como foram obtidas as informações necessárias ao envio da hiperligação que permitia que os profissionais acessem ao formulário supracitado, foi solicitado ao Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das áreas de Diagnóstico e Terapêutica (STSS), à Associação Portuguesa de Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública (APTAC), à Associação Portuguesa dos Técnicos de Radioterapia, Radiologia e Medicina Nuclear (ATARP) e à Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFISIO), autorização para envio do *link*, que por sua vez seria distribuído para os associados pelas respetivas direcções.

Relativamente ao STSS, tivemos pouca expressão pois, dos questionários enviados, 632 (Análises), 357 (Radiologia), 80 (Fisioterapeutas), apenas foram devolvidos 60 pedidos de adesão para colaboração no questionário.

No caso da APTAC, os 484 contactos cumpriram os requisitos solicitados (profissionais no activo). Destes, 58 foram devolvidos. Os motivos destas devoluções foram, nomeadamente, desactualização do endereço electrónico ou caixa de correio electrónico cheia.

Em radiologia (ATARP), foram enviados 871 e devolvidos 192, pelas mesmas razões apresentadas anteriormente.

Quanto à APFISIO, foram enviados os *E-mails* para 2201 endereços de Fisioterapeutas. Lamentavelmente, não conseguimos obter a resposta sobre as devoluções, pois, na mesma mensagem de correio electrónico em que foi solicitado o pedido de adesão, foram divulgadas, pela associação, outras iniciativas (informações acerca de eventos vários corporativos).

O número de profissionais facultado pela ACSS como referência para as três profissões em apreço, após o respectivo contacto feito tanto pelo sindicato como pelas associações profissionais representativas, perfaz um total de 1290 respostas recebidas total de repostas recebidas (tabela 6).

Tabela 6: Número de questionários recebidos

	ACSP	Radiologia	Fisioterapia
Número de profissionais indicados pela ACSS	4608	3328	3945
Questionários enviados através do sindicato e associações profissionais representativas	1116	1228	2281
Respostas recebidas	362	321	607

Em termos globais, a taxa de adesão para as ACSP foi de 32%, para a RAD foi de 26% e para a FISIO foi de 27%. Contudo, pelo exposto, deverá ser feita a ressalva, nesta última, de não ter sido possível apurar o valor absoluto pelos motivos apresentados anteriormente.

Caracterização da amostra

A amostra que estudámos é constituída por 1290 profissionais das Tecnologias da saúde e apresenta um valor percentual elevado de participantes do género feminino, que representam quase 80% do total da amostra.

Os elementos profissionais mais jovens (≤ 40 anos), com 77,3% da amostra, e os licenciados, com 63,6%, são os grupos dominantes, como se pode verificar na tabela 7.

Tabela 7: Caracterização Biográfica

		N	%
Género:	Masculino	274	21,2%
	Feminino	1016	78,8%
Idade:	20-30 anos	564	43,7%
	31-40 anos	433	33,6%
	41-50 anos	216	16,7%
	51-60 anos	77	6,0%
Habilitações literárias:	Bacharelato	16	1,2%
	Licenciatura	820	63,6%
	Mestrado	443	34,3%
	Doutoramento	11	0,9%

Quando analisamos a tabela 8, verificamos que a amostra é, de facto, dividida por três áreas de formação. Relativamente à distribuição da amostra pelos diferentes cursos existentes, verificamos que o Curso de Fisioterapia é aquele que apresenta uma maior participação no estudo, com 607 participantes o que corresponde a 47,1% do total. Os restantes participantes encontram-se distribuídos pelos outros dois grupos profissionais de uma forma idêntica entre si.

Os profissionais que participaram neste estudo encontram-se, na sua grande maioria, a exercer como técnicos de 1.^a e 2.^a classe. Dos participantes, 60% estão distribuídos pelo Porto, Coimbra e Lisboa. Com horário completo observam-se 50,2% e apenas 27% trabalham na mesma instituição há menos de 5 anos.

Tabela 8: Caracterização profissional

		n	%
Profissão:	Análises Clínicas e Saúde Pública	362	28,1%
	Fisioterapia	607	47,1%
	Radiologia	321	24,9%
Categoria profissional:	Técnico(a) de 2. ^a classe	960	74,4%
	Técnico(a) de 1. ^a classe	277	21,5%
	Técnico(a) Principal	18	1,4%
	Técnico(a) Especialista	24	1,9%
	Técnico(a) Especialista de 1. ^a classe	1	0,1%
	Técnico(a) Coordenador (a)	10	0,8%
Tipo de vínculo à instituição:	CAP	129	10,0%
	CT certo	170	13,2%
	CT indeterminado	793	61,5%
	Prestação de serviços (recibos verdes)	173	13,4%
	Conta própria	16	1,2%
	C sem termo	6	0,5%
	Estágio profissional	3	0,2%
Actualmente, está empregado/a?	Sim	1188	92,1%
	Não	102	7,9%
Região	Porto	195	15,1%
	Coimbra	196	15,2%
	Lisboa	374	29,0%
	outras	524	40,7%
Quantas horas de trabalho por semana de contacto com o doente está no mesmo local e com a mesma função?	0-10 horas semanais	305	23,6%
	11-20 horas semanais	154	11,9%
	21-30 horas semanais	104	8,1%
	31-40 horas semanais	647	50,2%
	mais de 40 horas semanais	80	6,2%
Há quanto tempo é que exerce a sua profissão?	0-5 anos	348	27,0%
	6-10 anos	403	31,2%
	11-15 anos	174	13,5%
	16-20 anos	148	11,5%
	21-25 anos	108	8,4%
	mais de 25 anos	109	8,4%
Há quanto tempo é que trabalha no mesmo serviço da actual instituição?	0-5 anos	568	44,0%
	6-10 anos	312	24,2%
	11-15 anos	147	11,4%
	16-20 anos	148	11,5%
	21-25 anos	62	4,8%
	mais de 25 anos	53	4,1%

Relativamente à formação em ética/bioética dos participantes no estudo, verifica-se que quase 92% tem este tipo de formação, destes, 74,3% com duração de um semestre.

No que diz respeito à deontologia, são menos os que referem ter tido acesso a este tipo de formação (65,7%), sendo que, dos que a tiveram, a maioria (68,3%) teve também a duração de um semestre. Quanto aos conteúdos de ética/bioética ministrados no âmbito de outras disciplinas, foram 91% os que referiram a existência deste aspecto.

Estes e outros resultados relativos à formação em ética/bioética da amostra podem ser observados na tabela 9.

Tabela 9: Caracterização da Formação em ética/bioética

		n	%
Teve formação em ética/bioética?	Sim	1185	91,9%
	Não	105	8,1%
Qual a duração da formação em ética/bioética?	nenhuma	105	8,1%
	menos de um mês	73	5,7%
	um mês	50	3,9%
	um semestre	959	74,3%
	um ano	96	7,4%
	mais de um ano	7	0,5%
Teve formação em deontologia?	Sim	847	65,7%
	Não	443	34,3%
Qual a duração da formação em deontologia?	menos de um mês	106	12,6%
	um mês	94	11,2%
	um semestre	575	68,3%
	um ano	67	8,0%
	mais de um ano	0	0,0%
Quantas disciplinas existiam em ética/bioética no seu curso?	nenhuma	130	10,1%
	uma	850	65,9%
	duas	291	22,6%
	três ou mais	19	1,5%
Em quantas disciplinas, fora das assinaladas na questão anterior, foram abordados conteúdos de ética/bioética (p. ex.: integração à profissão)?	nenhuma	116	9,0%
	uma	529	41,0%
	duas	297	23,0%
	três ou mais	348	27,0%
Quantas actividades de formação contínua relacionadas com ética/bioética em cuidados de saúde frequentou desde que se formou?	nenhuma	813	63,0%
	uma	289	22,4%
	duas	90	7,0%
	três ou mais	98	7,6%
Há quanto tempo é que acabou o curso base de nível superior ou recebeu créditos por formação contínua em ética em cuidados de saúde?	0-5 anos	453	35,1%
	6-10 anos	531	41,2%
	11-15 anos	195	15,1%
	16-20 anos	51	4,0%
	21 ou mais anos	60	4,7%

Dos 91% que referiram a existência de conteúdos de ética/bioética inseridos na sua formação, aproximadamente 85% assinalam como assuntos mais abordados os de competências e os de consciência profissional (tabela 10).

Não obstante, de acordo com a perspectiva dos participantes os temas específicos considerados mais úteis foram o respeito pela dignidade humana e o consentimento informado e esclarecido.

Tabela 10: Conteúdos e utilidade da formação em ética/bioética

		Sim		Não	
		n	%	n	%
Conteúdos de ética/bioética inseridos na sua formação	Autonomia profissional	993	77,0%	296	23,0%
	Tomar decisões	997	77,3%	292	22,7%
	Habilidade comunicacional	829	64,3%	460	35,7%
	Pensamento crítico	1014	78,7%	275	21,3%
	Competências profissionais	1090	84,6%	199	15,4%
	Dilemas éticos	944	73,2%	345	26,8%
	Criar empatia	906	70,3%	383	29,7%
	Objecção de consciência	729	56,6%	560	43,4%
	Destreza de persuasão	424	32,9%	865	67,1%
	Consciência profissional	1089	84,5%	200	15,5%
	Outro	117	9,1%	1172	90,9%
Aspectos mais úteis na formação em ética/bioética	Defesa do sigilo profissional	1008	78,2%	281	21,8%
	Modelos de justiça distributiva	465	36,1%	824	63,9%
	Respeito pela dignidade da pessoa	1181	91,6%	108	8,4%
	Aspectos éticos na investigação científica	934	72,5%	355	27,5%
	Reconhecer o Outro como seu semelhante	1027	79,7%	262	20,3%
	Capacidade de autonomia do doente	886	68,7%	403	31,3%
	Consentimento informado e esclarecido	1104	85,6%	185	14,4%

A tabela 11 revela de que forma os profissionais em estudo aplicam ou estariam dispostos a aplicar os conteúdos, na área da ética/bioética, no exercício profissional quotidiano.

Os resultados demonstram que a maioria estaria disposta a frequentar formação adicional em ética nos cuidados de saúde, seja com recursos próprios (54,5%), sejam providenciados pela entidade patronal (97,1%).

De salientar ainda que, a grande maioria encontrou proveito na sua educação em ética e apenas 5% declarou a falta de utilidade dessa mesma formação.

Por outro lado, 64,8% dos respondentes revelou que, no último ano, só raramente consultou bibliografia sobre a temática.

No mesmo alinhamento, cerca de 1/5 (21,4%) declarou mesmo nunca o ter feito.

Tabela 11: Utilização de ética/bioética no contexto laboral

		n	%
A sua entidade patronal providencia formação em ética nos cuidados de saúde?	Sim	364	28,2%
	Não	925	71,8%
Estaria disposto(a) a frequentar formação adicional em ética nos cuidados de saúde se os encargos fossem suportados pela entidade patronal e/ou o(a) compensarem em tempo de serviço?	Sim	1251	97,1%
	Não	38	2,9%
Estaria disposto(a) a frequentar formação adicional em ética nos cuidados de saúde com recursos próprios?	Sim	702	54,5%
	Não	587	45,5%
De que modo a sua formação em ética tem sido útil para o(a) ajudar a compreender e ultrapassar os dilemas no trabalho?	Extremam/ útil	445	34,7%
	Algo útil	362	28,2%
	Útil	426	33,2%
	Não muito útil	37	2,9%
	Nada útil	14	1,1%
No último ano quantas vezes consultou livros, artigos ou relatórios sobre ética nos cuidados de saúde?	Diariamente	0	0,0%
	Semanalmente	9	0,7%
	Mensalmente	169	13,1%
	Raramente	834	64,8%
	Nunca	276	21,4%
Hoje em dia considera adequada a educação em ética nos cuidados de saúde?	Sim	967	75,1%
	Não	321	24,9%

*FAECS - Formação adicional em ética nos cuidados de saúde

Como se pode observar na tabela 12, existem muitos profissionais que trabalham em instituições de saúde sem comissão de ética, embora considerem de elevada importância a sua existência, uma vez que 92,5% a considera útil e 92,5% estão preocupados com os dilemas éticos.

Tabela 12: Actuação profissional (satisfação e envolvimento)

		n	%
O seu local de trabalho dispõe de comissão de ética para a saúde?	Sim	610	47,3%
	Não	481	37,3%
	Não sei	199	15,4%
Se o seu local de trabalho dispõe de CES (Comissão de Ética para a Saúde) com que frequência recorre a estes serviços?	Nunca	880	68,2%
	Raramente	310	24,0%
	Algumas vezes	100	7,8%
	Muitas vezes	0	0,0%
	Por rotina	0	0,0%
Se o seu local de trabalho dispõe de CES por que razão não usa estes serviços mais vezes?	Não existe CES	98	7,7%
	Não estou qualificado(a)	88	7,0%
	Medo de retaliação	33	2,6%
	Falta de autoconfiança	29	2,3%
	Dificuldade de acesso	274	21,6%
	Não senti necessidade	721	57,0%
	Exclusivo para investigação	23	1,8%
Considera útil a existência de uma CES na sua instituição?	Sim	1193	92,5%
	Não	97	7,5%
Com que frequência encontra dilemas éticos no seu trabalho?	Diariamente	232	18,0%
	Semanalmente	219	17,0%
	Mensalmente	281	21,8%
	Raramente	550	42,6%
	Nunca	8	0,6%
Indique de que modo se preocupa com os dilemas éticos com que é confrontado/a no seu exercício profissional	Quase nada preocupado(a)	32	2,5%
	Pouco preocupado(a)	64	5,0%
	Alguma preocupação	320	24,8%
	Muito preocupado(a)	695	53,9%
	Muitíssimo preocupado(a)	179	13,9%

Verificação de hipóteses

A análise inferencial dos resultados é, aqui, dedicada à verificação de hipóteses. Assim, antes de cada tabela, apresentamos a hipótese que pretendemos testar e, por baixo da tabela, analisaremos os resultados, aceitando ou rejeitando a hipótese em estudo.

A tabela 13 apresenta os resultados da verificação da hipótese 1 (H1).

H1: Os profissionais com formação específica em Bioética têm maior envolvimento na tomada de decisão ética, menor dificuldade na reflexão ética e maior frequência nos questionamentos morais

Tabela 13: Formação específica e importância da educação em Bioética

Formação em ética/bioética	n	Média	Desvio padrão	t	df	p-value	
SED	Sim	1185	3,3129	,81233	6,885	1288	,000
	Não	105	2,8989	,56671			
FRE	Sim	1185	2,1810	,48441	,022	1288	,982
	Não	105	2,1800	,46001			
DRE	Sim	1185	2,7587	,49015	1,078	1288	,281
	Não	105	2,7054	,44156			
IQM	Sim	1185	3,6962	1,45076	6,123	1288	,000
	Não	105	2,7930	1,42728			
FQM	Sim	1185	2,1244	,96516	2,723	1288	,007
	Não	105	1,9375	,64203			

Legenda: IEB - Importância do Ensino da Bioética; IQM - Intensidade dos Questionamentos Morais; FQM - Frequência dos Questionamentos Morais; FRE - Frequência da Reflexão Ética; DRE - Dificuldade da Reflexão Ética; SED – Satisfação e Envolvimento nas Tomadas de Decisão.

Como se pode observar, os profissionais com formação específica em bioética têm significativamente maior envolvimento ($p < 0,05$) na tomada de decisão ética (SED), maior intensidade (IQM) e maior frequência nos questionamentos morais (FQM).

No que diz respeito à frequência (FRE) e à dificuldade de reflexão ética (DRE), os resultados não mostraram evidência estatística que permita rejeitar a hipótese nula e aceitar este domínio da nossa hipótese experimental. Face ao exposto, confirmamos apenas parcialmente a H1 (o maior envolvimento na tomada de decisão ética e a maior frequência nos questionamentos morais).

Quanto à tabela 14, esta ilustra os resultados obtidos relativamente à Hipótese 2:

H2: A duração da formação específica em Bioética influencia positivamente o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência da reflexão ética e nos questionamentos morais.

Tabela 14: Duração da formação e importância do ensino em ética/bioética

	Ética/ bioética	n	Média	Desvio padrão	t	df	p-value
SED	< um semestre	123	3,5272	,68983	3,102	1183	,002
	≥ a um semestre	1062	3,2881	,82202			
FRE	< um semestre	123	2,1554	,34870	-,620	1183	,536
	≥ a um semestre	1062	2,1840	,49778			
DRE*	< um semestre	123	2,6662	,39313	-2,216	1183	,027
	≥ a um semestre	1062	2,7695	,49922			
IQM	< um semestre	123	3,7794	1,57061	,672	1183	,502
	≥ a um semestre	1062	3,6866	1,43672			
FQM	< um semestre	123	2,1205	1,20494	-,047	1183	,962
	≥ a um semestre	1062	2,1249	,93411			

* Leitura inversa (Pontuações elevadas correspondem a menor dificuldade e vice-versa)

Legenda: IEB - Importância do Ensino da Bioética; IQM - Intensidade dos Questionamentos Morais; FQM - Frequência dos Questionamentos Morais; FRE - Frequência da Reflexão Ética; DRE - Dificuldade da Reflexão Ética; SED – Satisfação e Envolvimento nas Tomadas de Decisão.

A tabela anterior demonstra que os profissionais com menor tempo de formação específica em bioética têm maior envolvimento (3,53) na tomada de decisão ética (SED) e maior dificuldade (2,67) de reflexão ética (DRE).

Os resultados não mostraram evidência estatística que permita rejeitar a hipótese nula e aceitar a nossa hipótese experimental. Assim, rejeitamos a H2, concluindo que o tempo de formação não é factor relevante no sentido do maior envolvimento dos profissionais nas tomadas de decisão ética, nem na reflexão e questionamentos morais.

A tabela 15 resume a informação que permitiu testar a H3.

H3: Os profissionais com formação em Deontologia têm maior envolvimento na tomada de decisão ética, menor dificuldade na reflexão ética e maior frequência nos questionamentos morais.

Tabela 15: Formação em deontologia e importância do ensino em ética/bioética

Formação em deontologia		n	Média	Desvio padrão	t	df	Sig. (2-tailed)
SED	Sim	847	3,3024	,02655	1,438	1288	,151
	Não	443	3,2348	,04073	1,392		
FRE	Sim	847	2,1975	,01597	1,701	1288	,089
	Não	443	2,1494	,02438	1,650		,
DRE	Sim	847	2,7170	,01660	-3,834	1288	,000
	Não	443	2,8258	,02305	-3,829		
IQM	Sim	847	3,5526	,05014	-2,373	1288	,018
	Não	443	3,7567	,07036	-2,362		
FQM	Sim	847	2,0992	,02952	-,525	1288	,600
	Não	443	2,1283	,05175	-,488		

Legenda: IEB - Importância do Ensino da Bioética; IQM - Intensidade dos Questionamentos Morais; FQM - Frequência dos Questionamentos Morais; FRE - Frequência da Reflexão Ética; DRE - Dificuldade da Reflexão Ética; SED – Satisfação e Envolvimento nas Tomadas de Decisão.

Conforme podemos ver, a tabela 15 revela que os profissionais com formação específica em deontologia têm maior envolvimento na tomada de decisão ética (SED),

menor dificuldade de reflexão ética (DRE) e maior frequência nos questionamentos morais (FRE), contudo apenas existem diferenças significativas na DRE e na IQM. Assim, confirmamos apenas parcialmente a H3, concluindo que a formação em deontologia é relevante na reflexão ética e na intensidade dos questionamentos morais. Quanto à H4, de seguida apresentamos a tabela 16, que resume a informação que permitiu testar esta hipótese.

H4: Existe uma relação positiva entre a duração da formação específica em deontologia e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência da reflexão ética e nos questionamentos morais.

Tabela 16: Duração da formação em deontologia e importância do ensino em ética/bioética

		SED	FRE	DRE	IQM	FQM
Menos de um mês	Média	3,50	2,17	2,53	3,50	1,57
	n	106	106	106	106	106
	Desvio padrão	0,73	0,37	0,38	1,69	0,34
Um mês	Média	2,97	2,28	2,77	3,22	1,92
	n	94	94	94	94	94
	Desvio padrão	0,71	0,50	0,35	1,48	0,73
Um semestre	Média	3,32	2,19	2,70	3,59	2,22
	n	575	575	575	575	575
	Desvio padrão	0,75	0,46	0,49	1,43	0,91
Um ano	Média	3,20	2,28	3,02	3,85	2,16
	n	67	67	67	67	67
	Desvio padrão	0,92	0,51	0,49	1,27	0,81
Total	Média	3,30	2,20	2,71	3,56	2,10
	n	842	842	842	842	842
	Desvio padrão	0,77	0,46	0,48	1,46	0,86
ANOVA	df	3	3	3	3	3
	F (BG)	8,86	1,85	15,75	2,72	19,88
	p-value	0,0001	0,136	0,0001	0,043	0,0001
	ϵ^2	0,031	0,007	0,053	0,010	0,066

Legenda: IEB - Importância do Ensino da Bioética; IQM - Intensidade dos Questionamentos Morais; FQM - Frequência dos Questionamentos Morais; FRE - Frequência da Reflexão Ética; DRE - Dificuldade da Reflexão Ética; SED – Satisfação e Envolvimento nas Tomadas de Decisão.

Como pode observar-se na tabela 16, os profissionais com menos tempo de formação específica em deontologia têm menor satisfação e envolvimento na tomada de decisão ética (SED), menor dificuldade de reflexão ética (DRE), maior intensidade (IQM) e maior frequência nos questionamentos morais (FQM). Com efeito, parece que o tempo de formação não se mostra positivamente relacionado com a SED nem com a DRE. Contudo, apresenta evidência estatística que nos permite concluir o contrário em relação à IQM e FRE.

Assim, antes de rejeitarmos parcialmente a hipótese, analisámo-la reagrupando o tempo de formação em semestres, já que a agregação das categorias do tempo de formação poderia eventualmente influir nos resultados. Os resultados podem ser observados na tabela seguinte:

Tabela 17: Duração da formação em deontologia e importância do seu ensino

		SED	FRE	DRE	IQM	FQM
< um semestre	Média	3,25	2,22	2,64	3,37	1,73
	n	200	200	200	200	200
	Desvio padrão	0,77	0,44	0,39	1,60	0,59
≥ a um semestre	Média	3,31	2,20	2,73	3,62	2,21
	n	642	642	642	642	642
	Desvio padrão	0,77	0,46	0,50	1,41	0,90
Total	Média	3,30	2,20	2,71	3,56	2,10
	n	842	842	842	842	842
	Desvio padrão	0,77	0,46	0,48	1,46	0,86
	gl	1	1	1	1	1
TESTE T	t	0,960	0,702	2,327	2,106	7,06
	p	0,338	0,483	0,020	0,036	0,000
	ϵ^2	0,001	0,001	0,006	0,005	0,056

Legenda: IEB - Importância do Ensino da Bioética; IQM - Intensidade dos Questionamentos Morais; FQM - Frequência dos Questionamentos Morais; FRE - Frequência da Reflexão Ética; DRE - Dificuldade da Reflexão Ética; SED – Satisfação e Envolvimento nas Tomadas de Decisão.

O teste t apresentado na tabela 17 revela que apenas a frequência e a intensidade dos questionamentos ético-morais apresentam uma relação positiva com a duração da formação, mantendo-se sem significância a frequência da reflexão ética (FRE), pelo que aceitamos, apenas, parcialmente a hipótese 4.

Por fim, apresentamos a tabela 18 com os resultados da verificação da hipótese 5 (H5).

H5: Existe relação positiva entre o número de disciplinas em Bioética/Ética médica formação específica em Bioética e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência e na intensidade dos questionamentos morais.

Tabela 18: Número de disciplinas de ética/bioética e importância do seu ensino

		SED	FRE	DRE	IQM	FQM
nenhuma	Média	3,03	2,20	2,67	2,97	1,83
	n	130	130	130	130	130
	Desvio padrão	0,61	0,42	0,43	1,50	0,61
uma	Média	3,30	2,19	2,76	3,61	2,09
	n	850	850	850	850	850
	Desvio padrão	0,81	0,50	0,48	1,47	0,99
duas	Média	3,31	2,13	2,75	3,91	2,32
	n	291	291	291	291	291
	Desvio padrão	0,83	0,46	0,52	1,39	0,91
três ou mais	Média	3,76	2,23	3,02	4,38	1,84
	n	19	19	19	19	19
	Desvio padrão	0,76	0,41	0,55	0,72	0,29
Total	Média	3,28	2,18	2,75	3,62	2,11
	n	1290	1290	1290	1290	1290
	Desvio padrão	0,80	0,48	0,49	1,47	0,94
ANOVA	df	3	3	3	3	3
	F (BG)	6,910	1,523	3,206	14,391	9,536
	Sig.	0,0001	0,207	0,022	0,0001	0,0001
	ϵ^2	0,031	0,007	0,053	0,010	0,066

Legenda: IEB - Importância do Ensino da Bioética; IQM - Intensidade dos Questionamentos Morais; FQM - Frequência dos Questionamentos Morais; FRE - Frequência da Reflexão Ética; DRE - Dificuldade da Reflexão Ética; SED – Satisfação e Envolvimento nas Tomadas de Decisão.

Como pode constatar-se na tabela anterior, existe uma relação positiva entre o número de disciplinas em Bioética/Ética médica, a formação específica em Bioética e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência e na intensidade dos questionamentos morais. Face ao exposto, aceitamos a hipótese 5 de que o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência e na intensidade dos questionamentos morais são variáveis dependentes do número de disciplinas em Bioética/Ética médica e da formação específica em Bioética.

Em síntese, apresentamos um resumo da decisão resultante da verificação das hipóteses formuladas:

Tabela 19 – Resumo da verificação de Hipóteses

Hipóteses	Decisão
H1: Os profissionais com formação específica em Bioética têm maior envolvimento na tomada de decisão ética, menor dificuldade na reflexão ética e maior frequência nos questionamentos morais	Parcialmente aceite
H2: A duração da formação específica em Bioética influencia positivamente o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência da reflexão ética e nos questionamentos morais.	Não aceite
H3: Os profissionais com formação em Deontologia têm maior envolvimento na tomada de decisão ética, menor dificuldade na reflexão ética e maior frequência nos questionamentos morais.	Parcialmente aceite
H4: Existe uma relação positiva entre a duração da formação específica em deontologia e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência da reflexão ética e nos questionamentos morais.	Parcialmente aceite
H5: Existe relação positiva entre o número de disciplinas em Bioética/Ética médica formação específica em Bioética e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência e na intensidade dos questionamentos morais	Aceite

De uma forma geral pudemos concluir que o ensino em bioética influencia o desempenho dos profissionais ao nível intensidade e frequência da reflexão ética bem como da tomada de decisão e questionamento moral. Com efeito os profissionais com formação específica em bioética têm maior envolvimento na tomada de decisão ética (SED), maior intensidade (IQM) e maior frequência nos questionamentos morais (FQM). O tempo de formação em bioética não é factor relevante no sentido do maior envolvimento dos profissionais nas tomadas de decisão ética, nem na reflexão e questionamentos morais. Os profissionais com formação específica em deontologia têm menor dificuldade de reflexão ética (DRE) e menor intensidade nos questionamentos morais (IQM). Já no que se refere à duração da formação em deontologia, existe uma relação positiva com a frequência e a intensidade dos questionamentos ético-morais tal como existe correlação positiva entre o número de disciplinas em Bioética/Ética Médica

e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência e na intensidade dos questionamentos morais.

Os resultados deste estudo têm uma relevância de elevado impacto uma vez que a amostra, sendo representativa, dota o estudo de validade externa, isto é, permite-nos generalizar os resultados obtidos para outros Técnicos da saúde das mesmas áreas profissionais, mesmo que em outros contextos. O cuidado colocado na colheita dos dados garante que os resultados obtidos não são dependentes da situação particular desta pesquisa ou da amostra apreciada²¹³.

Existe, pois, necessidade de reflexão ética mesmo sabendo que esta reflexividade não prescreve tipos específicos de respostas a situações também elas específicas; mas permite uma noção de sensibilização para a complexidade da prática ética²¹⁴. Como refere a UNESCO, já desde a década de 90 do século passado, os sistemas educativos necessitam de explorar formas de auxiliar professores e coordenadores apoiando o desenvolvimento dos currículos de modo a que os mesmos não recaiam fortemente sobre aspetos e interesses individuais²¹⁵.

Capítulo VI - Discussão

Discussão

Analisados e apresentados os resultados deste estudo, é chegado o momento da sua discussão. Para este capítulo, reservámos a discussão dos resultados.

Deste modo, iniciamos este Capítulo, lembrando os aspectos mais gerais e descritivos da amostra de profissionais, fisioterapeutas, radiologistas e analistas clínicos de ambos os sexos, maioritariamente de mulheres, com menos de 40 anos, licenciados. A maioria destes profissionais encontra-se no activo, são técnicos de 1.^a e 2.^a classe, com horário completo, exercem funções há mais de cinco anos na mesma instituição e são provenientes do grande Porto, Coimbra e Lisboa.

Quase todos os profissionais participantes (91,9%) tiveram formação em ética/bioética e destes 3/4 fizeram-no com duração de um semestre.

No que diz respeito à deontologia, são menos os que referem ter tido acesso a este tipo de formação, sendo que, dos que tiveram, a maioria (68,4%) foi também de um semestre. A maior parte dos inquiridos revelaram que os conteúdos de ética/bioética eram ministrados no âmbito de outras disciplinas e a maioria destes referiu que os conteúdos mais abordados foram os de competências e consciência profissional.

Conteúdos como o respeito pela dignidade humana e o consentimento informado e esclarecido foram assinalados como os aspectos considerados mais úteis.

A maioria assinala ainda que estaria disposta a frequentar formação adicional em ética nos cuidados de saúde, quer seja com recursos próprios (54,5%), quer seja com recursos providenciados pela entidade patronal (97,1%). Com efeito, estes resultados estão em consonância com outros estudos realizados com outras amostras (Enfermagem e Medicina) e traduzem as preocupações da própria Organização Mundial da Saúde na educação para a saúde²¹⁶⁻²¹⁸.

Para além do exposto, existe, um consenso em vários estudos de que ensinar a aprender e compreender com os dilemas que moldam o mundo moral de cada um não é suficiente para a tomada de decisão²¹⁹⁻²²². Estes profissionais devem também ser preparados para responder adequadamente a estes dilemas, já que as abordagens

tradicionais podem não contribuir de forma perene para os tipos de aptidões (éticas) que os técnicos de saúde necessitam.

O nosso estudo demonstrou que os profissionais com formação específica em bioética têm maior envolvimento na tomada de decisão ética (SED), maior intensidade (IQM) e maior frequência nos questionamentos morais (FQM). No entanto, no que diz respeito à frequência (FRE) e à dificuldade de reflexão ética (DRE), os resultados não mostraram evidência estatística que permita rejeitar a hipótese nula e aceitar este domínio da nossa hipótese experimental. Assim, confirmamos apenas parcialmente a H1, de que quem tem formação específica em Bioética têm maior envolvimento na tomada de decisão ética. Contudo, apesar da hipótese o prever, não ficou demonstrado que a formação específica nesta área conduzisse a uma menor dificuldade na reflexão ética nem a maior frequência nos questionamentos morais. A este propósito, também o estudo de Slomka et al., em 2008, sugere formas de incorporar competências profissionais no ensino na área da saúde e têm demonstrado que o ensino específico em bioética, nomeadamente a adaptação de uma terminologia, conceitos e ferramentas éticas, contribuem para preparar os futuros profissionais para a escolha e decisão ética que, inevitavelmente, terão de utilizar na sua prática clínica¹⁶⁹.

A debilidade de conceitos, dos discursos e das práticas conduz à ambiguidade, tantas vezes dissimulada nas opiniões fortemente mediatizadas que difundem uma concepção utilitarista, redutora. No quadro das prestações de cuidados de saúde, é prejudicial, para a sua constância, a utilização de um único modelo de quê? De cuidados? De deliberação ética?, já que este é, por natureza, limitativo e discutível. Neste sentido, é fundamental dotar os técnicos de saúde de uma verdadeira competência, de nível superior, e de uma experiência verificada no campo da reflexão directamente implicada no exercício da sua actividade.

Siqueira et al. (2002) põem em causa os modelos pedagógicos passivos e defendem o modelo mais pragmático e objectivo, pautado pela interactividade docente-discente-realidade social. Estes autores reforçam a ideia de que o comportamento ético depende mais de questões como tolerância, prudência e poder de discriminação, do que da mera informação acerca das normas legais e morais. Estes aspectos são, segundo estes autores, características da disciplina de Bioética. Neste sentido, parece-nos que não podem ser desbaratados, de forma avulsa, em disciplinas com programas bem-

intencionados, mas com resultados que não desenvolvem o pensamento ético crítico e reflexivo¹⁸⁰.

Relativamente à segunda hipótese formulada no âmbito deste estudo, face à sua possível integração interpretativa com a hipótese quatro, decidimos discutir os resultados em conjunto com esta última. Com efeito, tanto o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética quanto a frequência nos questionamentos morais são as variáveis dependentes de ambas as hipóteses, alterando apenas as variáveis independentes: duração da formação em ética (H2) e da formação em deontologia (H4). Quanto à H3, embora os profissionais com formação específica em deontologia tenham maior envolvimento na tomada de decisão ética (SED), menor dificuldade de reflexão ética (DRE) e maior frequência nos questionamentos morais (FRE), apenas existem diferenças significativas na DRE e na IQM. Assim, confirmamos apenas parcialmente a H3, concluindo que a formação em Deontologia é relevante na reflexão ética e na intensidade dos questionamentos ético-morais.

A este propósito, note-se que a possibilidade de conflitos entre valores pessoais e profissionais, por falta de esclarecimento de questões éticas dentro das profissões das Tecnologias da saúde, é fruto de várias pesquisas desde a década de 80. Estes estudos foram iniciados por Guccione, em 1980, com Fisioterapeutas, tendo o autor concluído que, problemas que envolvem decisões sobre o tratamento de doentes dependem, não só do relacionamento pessoal com o próprio doente como com outros profissionais envolvidos no acto, nomeadamente médicos e enfermeiros²²³.

Parece-nos, pois, importante que as organizações educativas e profissionais apostem num sistema formativo que promova climas éticos favoráveis, nomeadamente através da comunicação interpessoal e do trabalho em equipa, e que permita, ainda, aumentar a FRE, colmatando a dificuldade identificada com a mesma. De facto, como vários autores referem, esta educação com disciplinas específicas da formação em Bioética/Ética médica e Deontologia, aumenta os níveis de confiança nos julgamentos ético-morais e promove as tomadas de decisão adequadas^{175-177,224}.

Por sua vez, num estudo prospectivo realizado por Millum et al. (2015), constatou-se que a maioria dos programas de formação discute mais a ética relacionada com a investigação do que com os cuidados prestados onde, de facto, está maioritariamente presente¹⁷⁶. Numa época de emigração de profissionais da saúde, é importante que a

formação incorpore tanto valores e princípios deontológicos como valores éticos, já que são estes os que possibilitam o desenvolvimento de competências e capacidades para responder aos desafios profissionais que uma prática multicultural requererá.

Com efeito, a Declaração Universal dos Direitos do Homem foi a inspiração da Convenção para a protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade Humana relativamente às aplicações da Biologia e da Medicina reforçando, aqui, a importância da dignidade Humana, dos direitos e liberdades individuais de índole normativa²²⁵. À evidente procura da excelência na cientificidade profissional procurada pelo mercado laboral junta-se, assim, a declaração da necessidade do cuidar, curar, auxiliar o doente, fundamentada no contacto humano, nas Humanidades.

Na falta de um regulamento abrangente para todas as profissões, os técnicos de saúde tendiam apenas a observar o Código de Procedimento Administrativo²²⁶ e a Relação de Princípios Éticos da Administração Pública (Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público, Ministério das Finanças)²²⁷. À semelhança de outras organizações, este enquadramento legal poderia ser idealmente veiculado por uma Ordem (das Tecnologias da Saúde), além, claro, das tímidas formulações deontológicas propostas por cada uma das Associações Profissionais representativas.

Assim, actualmente, o técnico deve possuir uma sólida formação em Bioética/Ética médica/Deontologia para, com mais autonomia, poder deixar de depender exclusivamente de um raciocínio moral redutor, corporativo e antagónico ao doente. Não chega, pois, que o processo formativo apenas contemple a Deontologia, pois é a Bioética que aglutina a norma com o respeito pela Dignidade Humana traduzida pela abordagem e empatia na prática profissional²²⁸. Os próprios currículos devem ser construídos com base no real alcance do desenvolvimento profissional, social e, também, pessoal. Neste percurso, a Dignidade Humana é o real fundamento de todos os princípios presentes, tanto na reflexão como na transposição prática da tomada de decisão sobre o doente.

Tal como referimos anteriormente, analisaremos, de seguida, a hipótese 4 em conjunto com a hipótese 2. Assim, quando estudámos o tempo de formação, quer em ética/bioética (H2) quer em deontologia (H4), verificámos também que os profissionais com menos tempo de formação específica em bioética têm maior envolvimento na tomada de decisão ética (SED) e maior dificuldade de reflexão ética (DRE). De facto, em ambas

as hipóteses, os resultados não mostraram evidência estatística que permita rejeitar a hipótese nula (ausência de relação) e aceitar a nossa hipótese experimental. Deste modo, rejeitamos a H2, concluindo que o tempo de formação em bioética não é factor relevante no sentido do maior envolvimento dos profissionais nas tomadas de decisão ética, nem na reflexão e questionamentos morais. Seria de supor que o tempo de formação poderia ter uma relação positiva com o envolvimento dos profissionais já que a longevidade da formação parece um factor determinante para a integração completa e, pelo menos, satisfatória das noções curriculares. Contudo, como refere Bartlett (2013), os aspectos da tomada de decisão estendem-se para além da definição dos conceitos^{163,229}. Pode, inclusive, haver um conflito quando aquela permite que, num dilema ético, haja mais do que uma resposta que não se espelha na prática e onde o indivíduo, por falta de envolvimento nos fenómenos, tem dificuldade na tomada de decisão ética. Este facto pode traduzir-se por uma angústia moral, como refere Kälvemarm et al., em 2004, e é bastante comum em trabalhadores na área da saúde^{163,229}.

Quanto à H4, também concluímos que apenas a frequência e a intensidade dos questionamentos ético-morais apresentam uma relação positiva com a duração da formação, pelo que aceitamos apenas parcialmente a hipótese 4. A este propósito, Slomka et al. (2008) referem que a formação promove um elo crítico entre a educação e a prática. Contudo, esta promoção não implica a quantidade (FRE) nem o grau de dificuldade a ela associada, pois não existem dados disponíveis, nem neste nem em outros estudos de âmbito internacional, que clarifiquem como é que a angústia moral decorrente desta dificuldade pode afectar a generalidade de cuidados^{167,170}. Todavia, vários são os estudos que remetem para a idade, o sexo, impacto inicial e o grau de contacto com o doente, tempo e satisfação com a actividade profissional, estilos de liderança, tamanho das equipas, e a interferência do contexto sociopolítico na saúde, entre outros, como sendo determinantes desta angústia moral²³⁰⁻²³³. Segundo Corley (2005), aproximadamente 1/4 de Enfermeiros, chega mesmo a abandonar a sua profissão devido ao sofrimento moral condicionado pelo ambiente ético¹⁷¹.

No caso da decisão e acção moral, as ocorrências na prática diária podem levar os profissionais de saúde (entre os quais se insere o grupo dos técnicos de saúde) à rotina ou mesmo à trivialidade. É importante compreender que os problemas éticos na prestação de cuidados de saúde não se resumem aos temas de grande impacto, como são o caso do aborto ou a partilha de bases de dados. Estes problemas também envolvem questões

fundamentais sobre a natureza e a qualidade do relacionamento interpessoal. Neste sentido, a decisão inclui a fundamental apreciação da aplicação prática da ética para precisar o impacto que as decisões e acções dos Técnicos de Saúde têm sobre as vidas e bem-estar de outros seres humanos.

Lidar com problemas éticos deve requerer uma sensibilidade ético-moral aprimorada, que facilite a empatia, a compaixão, a bondade e o interesse pelo cuidado prestado. Do mesmo modo, há outros campos que também não devem ser minorados: reduzir a ansiedade e vulnerabilidade dos doentes, prevenir o risco de complicações, tornar os procedimentos menos traumáticos, apoiar o doente ou familiar a fazer a diferença na relação com o Outro. Acresce ainda que pode também ser necessário conhecimento e habilidade para ultrapassar quaisquer obstáculos ao “agir” e “fazer” correctamente.

A educação em Bioética pode, de facto, ajudar os profissionais a definir as suas próprias crenças e valores e a avaliar até que ponto os problemas emergentes do exercício profissional são dilemas éticos. Do mesmo modo, a falta da formação pode ajudar a explicar o sentimento de falta de qualificação para a mobilização de recursos éticos individuais e colectivos, dando mesmo lugar a susceptibilidade para a angústia moral resultante da discrepância entre a crença do que deve ser feito e o que realmente é conseguido²³⁴⁻²³⁷.

Por fim, constatamos, ainda, que existe relação positiva entre o número de disciplinas em Bioética/Ética Médica e o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão ética, na frequência e na intensidade dos questionamentos morais. Estes resultados levaram-nos a aceitar a hipótese 5, o que é corroborado pelos estudos de Ramjan et al. (2010), e Lima (2014). Estes autores referem que pode ser particularmente útil para a apropriação de conhecimentos por parte dos estudantes desenvolver uma abordagem interactiva que garanta uma relação entre os conteúdos e que estes estejam integrados em várias unidades curriculares. Este tipo de abordagem produz o designado efeito em “espiral”), oferecendo, aos alunos, uma oportunidade de consolidarem as experiências de aprendizagem^{238,239}.

Além disso, nos dias de hoje, em que, no nosso entender, parece prevalecer o juízo opinativo, as práticas ligadas à ideologia da precaução afectam a autonomia, tornando mais complexa a tomada de decisão ética e, logo, o exercício das responsabilidades.

Como indivíduos, somos confrontados com situações específicas que apelam, da nossa parte, a decisões claras, responsáveis e coerentes. É necessário, pois, evitar a oposição estéril à reflexão teórica sobre os fundamentos e as aplicações práticas da Ética ao quotidiano.

A separação excessiva entre a acção e a reflexão, entre a ética aplicada e a ética fundamental, não é pertinente, nem no plano prático nem no plano teórico. Na realidade, há antes um interesse na mais-valia da integração mais apurada e dialéctica da acção e do pensamento crítico e reflexivo. No nosso entender, a fim de evitar os obstáculos do moralismo e do eticamente correcto *versus* incorrecto devemos, antes, reconhecer que a Bioética observa a realidade sob um ângulo particular: a clarificação entre bem relativo e bem absoluto. Apelando a decisões responsáveis, abre-se um espaço prático de deliberação contraditória e democrática, um debate sobre os fundamentos éticos susceptíveis de justificar as nossas acções e decisões.

A pluralidade dos motivos e argumentos que visam a fundamentar a Bioética revelam a importância das convicções e das representações culturais, simbólicas e religiosas que todos comportam, enquanto indivíduos e sociedade. Aqui estão as condições para um espaço dinâmico e interactivo, dando mais relevo ao diálogo, à cultura, enfim, ao Outro, em que estaremos também a contribuir para a nossa própria identidade.

A Bioética não se pode conceber senão numa perspectiva de reflexão em situação sobre as práticas consideradas como compromisso singular, contínuo e, necessariamente, partilhada no seio dos grupos profissionais das tecnologias da saúde. A experiência destes profissionais permite-lhes, particularmente, estimular e enriquecer a reflexão na realidade da “praxis”, como se observa através dos efeitos construtivos dos diálogos, concertações e aprofundamento das prestações de cuidados de saúde. Esta dinâmica de deliberação e exercício de um espírito crítico corresponde a uma mais justa compreensão dos princípios de Respeito e de Dignidade, que fundamentam a relação do cuidado e do humanismo profissional. No campo do cuidado, a preocupação ou a atenção ética relevam de uma aquisição de competências e de experiências que respeitam à cultura genérica dominante (filosofia moral, enquadramento legal, história, sociologia, etc.). Esta transmissão é gerada numa abordagem pluridisciplinar que concilia a aquisição teórica e a sensibilização para a argumentação na complexidade das situações.

No caso da formação de profissionais de saúde, mais concretamente dos técnicos de saúde, é bem evidente que o processo beneficia das suas experiências e reflexões, de tal modo que também o ensino se enriquece, naturalmente, pelos resultados que suscita. Nesta ordem de ideias, sem formação adequada, a discussão torna-se difícil, incitando uns e outros à submissão de algumas certezas dogmáticas, que acabam por não satisfazer e encerram o risco de provocar o obscurantismo, a desresponsabilização e a perda de confiança. Torna-se, pois, urgente, fomentar um debate de qualidade à altura dos desafios colocados pela falta de formação em Bioética, pois não é possível a satisfação do público, em geral, com posicionamentos aproximados e confusos. Deste modo, os técnicos de saúde não podem renunciar ao dever de se manterem numa posição de constante questionamento, sem a qual é fácil a acusação de desinvestimento ou indiferença, prejudiciais ao interesse comum das profissões de prestação de cuidados de saúde.

Indubitavelmente, os aspectos profissionais das tecnologias da saúde têm uma dimensão ética: promover o bem-estar humano, gerir interesses e necessidades de populações diferenciadas, formular juízos credíveis sobre a conduta moral “certa” e “errada” e fornecer justificações para as decisões e acções com base naqueles juízos. Portanto, estes profissionais não podem nem devem alhear-se destas responsabilidades do exercício (até porque nenhuma decisão ocorre num vazio moral e todas as acções podem afectar, significativamente, terceiros). De facto, os preceitos Deontológicos de todas estas áreas de intervenção na saúde tornam clara esta situação.

O que, muitas vezes, não é declarado é como os Técnicos de Saúde devem cumprir a sua responsabilidade ético-moral para lidar, com eficiência, com os muitos e variados problemas éticos que a sua prática profissional quotidiana suscita. Neste sentido, é fundamental identificar correctamente os aspectos éticos mais pertinentes numa dada altura, reconhecer tanto as implicações imediatas como as de longo prazo para o exercício profissional, e desenvolver estratégias para uma tomada de decisão eficiente. Esta requer, pelo menos, uma compreensão básica do que é a Bioética e a sua relação com o campo mais alargado da Ética.

Limitações

O nosso estudo teve algumas limitações. A primeira foi a notória falha na informação disponível, a nível nacional, por parte das instituições responsáveis por estes profissionais da saúde. De facto, desde o início deste trabalho, deparamo-nos com grande dificuldade em identificar um número absoluto significativo para a amostra, já que nenhum organismo (privado ou público) assume a contagem real nacional destes profissionais. Parece, portanto, existir alguma negligência nesta lacuna, talvez explicada pela conveniência governamental na contratação inqualificada, logo, menos onerosa.

Deste modo, o número de questionários devolvidos foi 1290, o que corresponde a taxas de adesão percentualmente baixas, embora possamos concluir que excedemos o número mínimo de participantes necessário para garantir a representatividade em cada uma das profissões da amostra estudada.

A segunda é a falta de resultados de investigação produzida sobre estas profissões, sobretudo no nosso país. Isto é importante na medida em que este autoconhecimento poderia, certamente, contribuir para uma posição elevada do próprio estatuto profissional e reverter numa maior qualidade no atendimento público. Por outro lado, poderemos também ver esta situação como uma vantagem deste mesmo estudo.

Embora a representatividade seja inquestionável, em termos de tamanho da amostra e considerando as indicações reveladas por Krejcie e Morgan (1970), gostaríamos que mais profissionais tivessem anuído em participar nesta investigação pois, dado o prazo considerável de acesso ao questionário, seria esperado maior número de participações. Pelo facto da janela temporal de adesão ser constringida pela própria duração deste mesmo trabalho investigativo, não foi contemplado o seu alargamento.

Do mesmo modo, face à elevada adesão que têm os movimentos corporativos, seria de esperar um maior número de participantes. Infelizmente, a realidade não foi essa, o que impediu, de alguma forma, uma maior riqueza de contributos para a compreensão dos grandes traços identitários destas tecnologias prestadoras de cuidados de saúde e, consequentemente, a nossa discussão. Contudo, apesar de este facto ser completamente alheio e independente da nossa vontade, não nos demoveu de contactar as organizações consideradas representativas destes profissionais, a nível nacional, e encontrar uma amostra, o mais representativa possível da realidade em estudo.

Capítulo VII - Conclusões e Implicações Bioéticas

Os resultados deste estudo podem ter implicações importantes nas diferentes formações das tecnologias da saúde, ao mesmo tempo que revelam que, na perspectiva dos profissionais desta área, a integração dos conteúdos tem uma influência significativa na optimização dos recursos éticos, na acção moral e na própria autoconfiança do técnico.

De salientar que, em primeiro lugar, da formação ministrada, actualmente, nas Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde, o modelo de ensino tem emparelhado com o padrão internacional, de modo a garantir uma qualidade formativa de nível superior que requer competências profissionais complexas. Em segundo lugar, o amplo reconhecimento da quase ubiquidade da Ética na prestação de cuidados de saúde expressa nos 91,9% dos técnicos que revelaram ter tido Bioética/Ética médica na sua formação básica. Adicionalmente, 1/3 (37%) tiveram algum tipo de formação avançada ou pós-graduada nestas áreas. Contudo, 8,1% dos profissionais responderam não ter tido educação alguma em Ética nos cuidados de saúde, apesar das evidências de programas de educação contínua (ou mesmo acções formativas pontuais) neste âmbito. Isto é tanto mais grave quanto não é expectável que os alunos integrem a profissionalização apenas pela observação de técnicos empáticos. O risco da incerta exposição a um currículo oculto aponta para a necessidade de um ensino explícito e rigoroso na área da ética prática. Além disso, a realidade da existência de um currículo oculto também pode alimentar o provimento de oportunidades para os estudantes reflectirem sobre comportamentos não-éticos.

O currículo oculto é essencial no futuro desenvolvimento profissional. A criação de técnicos de saúde faculta, em primeiro lugar, os elementos essenciais da prática quotidiana. Uma vez coligidos, os processos formativos podem ser planeados e implementados para assimilação dos estudantes.

Pelo menos três factores de crescimento nutrem a empatia profissional destas áreas: o conhecimento da história e tradição, o seu impacto social e económico e os apelos éticos e morais. Estes pontos-chave são fundamentais e implicitamente absorvidos por via do currículo oculto. Deste modo, os estudantes aprendem sobre a conduta profissional, os códigos de ética, o cuidado e a cortesia. O escasso tempo dedicado à aprendizagem

destes atributos define o profissionalismo numa extensão bem maior do que os procedimentos tecnológicos.

Parece-nos, enfim, que a mais-valia a ressaltar seria a posterior discussão e gestão das práticas futuras. De facto, o estudo aprofundado da Bioética resulta numa maior capacidade para os alunos usarem, aplicarem e construírem conhecimentos e atitudes em novas situações.

A consideração de vários estilos de aprendizagem leva os formadores a criar uma maior variedade de oportunidades de aprendizagem para captar todos os tipos de aprendentes. Deste modo, os estudantes podem, em teoria, criar variadas formulações para a decisão ética e sopesar os prós e contras que cada opção sugerir. A reflexão ética é uma aptidão fundamental na prática profissional da Ética. O incremento da reflexão em Bioética é a expansão do seu reconhecimento para as temáticas biomédicas genéricas, para incluir os assuntos éticos do quotidiano do exercício profissional.

Na medida em que alguns contratempos estão apenas firmados num passado muito recente decorrente do próprio historial destas profissões, isto poderia parecer traduzir uma imaturidade no processo de autoconhecimento. Contudo, tal não é exclusivo das profissões mais recentes, sendo antes partilhado pelas mais antigas e reconhecidas socialmente (as com maior implementação histórica e estabelecidas em carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica)^{240,241}. Até estas que, eventualmente, constituem os grupos estudados, não comungam uma identidade profissional, pelo que ficam reduzidas a uma expressão muito limitada, mesmo que incrementando a sua área de intervenção alicerçada nos maiores avanços técnico-científicos, responsabilizando-se pela actualização formativa e revelando, assim, a almejada autonomia profissional. Tal poderá ser explicado por um estudo futuro da congruência da identidade profissional nas Tecnologias da saúde que permita reforçar a tónica das Humanidades na formação.

Com base nos resultados apresentados e analisados, a tese que nos propomos defender é que os profissionais com formação específica em Bioética se envolvem mais nas tomadas de decisão Ética, apresentam uma maior intensidade e, também, maior frequência nos questionamentos morais, sem que a duração dessa mesma formação seja relevante. Ao contrário do que acontece em Deontologia, em que o tempo de formação interfere nas mesmas dimensões. Neste sentido acresce ainda que, face à fulcral importância da Reflexão Bioética no quotidiano dos técnicos de saúde, a formação inicial

não produz os objectivos pretendidos. De facto, a Bioética é sentida como importante mas, no desempenho profissional, não alcança os mesmos propósitos, caindo num limbo de incertezas e normatização corporativa, manifestada pelos profissionais no decurso das suas tarefas, e entendida pelo público que com eles coabita.

Logo que a questão ética é reconhecida ela exprime-se, imediatamente, pela procura dos limites e dos critérios que permitam fixá-los. Desde o momento em que a Medicina contemporânea não intervém somente para diminuir o sofrimento, tratar e curar, e que ela, de certo modo, se constitui como um meio de alcançar um fim, os problemas éticos alargaram o âmbito para uma ética cada vez mais pragmática. Deste modo, o campo da Bioética inscreve-se no campo da discussão: o colapso das morais tradicionais fundadas numa concepção do proibido e interdito, onde haja uma manifesta apatia moral para com os interesses dos outros, encapotada na legitimidade científica e profissional.

A simples aplicação das normas não confere mais conhecimento para decidir. Por outro lado, também existem os “casos únicos”, com a sua absoluta singularidade, sem nenhuma regra geral para aplicação. A boa decisão é, em consciência, o assolar de dúvidas, a colocação de um certo número de questões fundamentais. Não é um fim em si mesmo. Apesar de se movimentar num fundo de incerteza, ela é mais um meio com vista à melhor escolha possível.

Assim, a formação em Bioética pode servir o propósito da comunhão de uma identidade de pertença às Tecnologias da Saúde, sem esquecer que é necessário procurar vias para que o conjunto da comunidade se torne responsável pelo processo condutor da emergência de uma Medicina moderna e, sobretudo, Humana.

Bibliografia

1. Koerich MS, Backes DS, Scortegagna H de M, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Context - Enferm.* 2006;15(spe):178-185. doi:10.1590/S0104-07072006000500022.
2. Japiassú H, Marcondes D. Techné. In: *Dicionário Básico de Filosofia*. 3ª ed. Jorge Zahar; 2001:212.
3. Lorenzetti J, Trindade L de L, Pires DEP de, Ramos FRS. Technology, technological innovation and health: a necessary reflection. *Texto Context - Enferm.* 2012;21(2):432-439. doi:10.1590/S0104-07072012000200023.
4. Kant E. Critique de la raison pure. In: *Oeuvres Philosophiques*. Paris: Gallimard; 1980.
5. Parizeau M-H. Éthique et éthiques appliquées: l'émergence de théories composites. *Philosopher.* 1994;16:133-143.
6. Veatch RM. Who should manage care? The case for patients. *Kennedy Inst Ethics J.* 1997;7(4).
7. Bentham J. *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Dover Phil. New York: Dover Publications; 2007.
8. Rawls J. *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press; 1999.
9. Pritchard MS. *Professional Integrity: Thinking Ethically*. Lawrence: University Press of Kansas; 2006.
10. Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology. *The Teaching of Ethics*. Paris; 2004. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001345/134552mb.pdf>.
11. Jonas H. *The Imperative of Responsibility: In Search of an Ethics for the Technological Age*. London: The University Chicago Press, Ltd; 1985.
12. Beck U. *Cosmopolitan Vision*. In: Cambridge: Polity Press; 2006.
13. Kemp, P.; Dees R. *Citizen of the World: The Cosmopolitan Ideal for the Twenty-First Century (Contemporary Studies in Philosophy and the Human Sciences)*. Revised. New York: Prometheus, Humanity Books; 2010.
14. Porra V. A Phenomenological Approach to Ethics Education. In: *International Conference on Engineering Education and Research "Progress Through Partnership."* Ostrava: VSB-TUO; 2004:361-365. <http://www.ineer.org/events/iceer2004/proceedings/papers/0361.pdf>.
15. Merton RK. *The Sociology of Science: Theoretical and Empirical Investigations*. London: The University Chicago Press, Ltd; 1979.
16. Jonsen AR. Scofield as Socrates. *Cambridge Q Healthc ethics.* 1993;2(4):434-438.
17. Jonsen AR. *A Short History of Medical Ethics*. 1 Reprint. Oxford University Press; 2008.
18. Jonsen AR. *Bioethics Beyond the Headlines: Who Lives? Who Dies? Who*

- Decides?* Maryland, Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc; 2005.
19. Gillon R. What is Medical Ethics' Business. In: Evans HM, ed. *Critical Reflections on Medical Ethics*. Connecticut, Greenwich: JAI Press; 1998.
 20. Scofield GR. Ethics consultation: The least dangerous profession? *Cambridge Q Healthc ethics*. 1993;2(4):442-445.
 21. Shalit R. When We Were Philosopher Kings. *New Repub*. 1997;216(17):24-28.
 22. Yoder SD. Experts in ethics? The nature of ethical expertise. *Hastings Cent Rep*. 1998;28(6):11-19.
 23. Crosthwaite J. Moral expertise: a problem in the professional ethics of professional ethicists. *Bioethics*. 1995;9(5):361-379.
 24. Weinstein BD. The Possibility of Ethical Expertise. *Theor Med An Int J Philos Methodol Med Res Pract*. 1994;15(1):61-75.
 25. Evans HM. Learning to see in medical ethics education. In: *Critical Reflections on Medical Ethics*. Connecticut, Greenwich: JAI Press; 1998:99-111.
 26. Akabayashi A. *The Future of Bioethics: International Dialogues*. Oxford University Press; 2014.
 27. Hare RM. *Moral Thinking: It's Levels, Methods and Point*. Oxford University Press; 1981.
 28. Mackie J. *Ethics*. New York: Penguin; 1977.
 29. Ross WD. *The Foundations of Ethics: The Gifford Lectures Delivered in the University of Aberdeen, 1935-6 (Oxford Scholarly Classics)*. The Clarendon Press; 1963.
 30. Dworkin R. *Taking Rights Seriously*. London: Duckworth; 2013.
 31. MacIntyre A. *After Virtue: A Study in Moral Theory*. 3rd ed. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 2007. www.undpress.nd.edu.
 32. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2008.
 33. Drane JF. Character and the Moral Life: A Virtue approach to Biomedical Ethics. In: DuBose, E. R.; Hamel, R. P.; O'Connell LJ, ed. *A Matter of Principles? Ferment in US Bioethics*. Valley Forge, PA: Trinity Press International; 1994:284-309.
 34. Dworkin R. *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. Reprint. First Vintage Books Editions; 1994.
 35. Singer P. *Practical Ethics*. Cambridge University Press; 1993.
 36. McCormick R. A good death - Oxymoron? *Bioethics Forum*. 1997;13(1):5-10.
 37. Tovey P. Narrative and knowledge development in medical ethics. *J Med Ethic*. 1998;24(3):176-181.
 38. Artnak K, Dimmitt JH. Choosing a framework for ethical analysis in advanced practice settings: The case for casuistry. *Arch Psychiatr Nurs*. 1996;10(1):16-23.
 39. Gilligan C. *In a Different Voice*. Massachusetts: Harvard University Press; 1982.
 40. Jonsen, A. R.; Siegler, M.; Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 7th ed. McGraw-Hill Medical; 1998.

41. Sherwin S. *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
42. Ten Have H. The hyper-reality of clinical ethics: a unitary theory and hermeneutics. *Theor Med Bioeth*. 1994;15(2):113-131.
43. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press; 1993.
44. Percival T, Leake C. *Medical Ethics*. Michigan: R. E. Krieger Pub. Co; 1975.
45. Jonsen AR. A History of Bioethics as Discipline and Discourse. In: Jecker, N. S., Jonsen, A. R., Pearlman RA, ed. *Bioethics: Introduction to History, Methods, and Practice*. 2nd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2007.
46. DGS. *Consentimento Informado, Esclarecido E Livre Dado Por Escrito*. Portugal; 2014.
47. Gabinete de Documentação e Direito Comparado na Internet. Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. Direitos humanos: textos internacionais: instrumentos e textos regionais. <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>. Published 2014. Accessed March 8, 2014.
48. Tauber AI. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility: Basic Bioethics*. 1st ed. Massachusetts, Cambridge: The MIT Press; 2005.
49. Kittay EF. *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency*. (Routledge, ed.). New York; 1999.
50. Gaylin, W.; Jennings B. *The Perversion of Autonomy: The Proper Use of Coercion and Constraints in a Liberal Society*. New York: The Free Press; 1996.
51. Callahan D. Can the moral commons survive autonomy? *Hastings Cent Rep*. 1996;26:41-42.
52. O'Neill O. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press; 2002.
53. Veatch RM. Which grounds for overriding autonomy are legitimate? The case for patients. *Hastings Cent Rep*. 1996;26(6):42-43.
54. Gillon R. Ethical problems of scientific advance: Introduction. In: Gillon, R.; Lloyd A, ed. *Principles of Health Care Ethics*. Chichester: John Wiley & Sons; 1994.
55. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge; 1996.
56. World Health Organisation. Trade, foreign policy, diplomacy and health. *Const WHO 1946*. 2010;(1946):1-2. doi:/entity/trade/glossary/story046/en/index.html.
57. Greaves D. *Mystery in Western Medicine*. Aldershot: Avebury Press; 1996.
58. Dreyfus HL. Preface. In: Benner P, ed. *Interpretive Phenomenology, Embodiment Caring and Ethics in Health and Illness*. London: Sage; 1994.
59. Johnson SB. Medicine's Paradigm Shift: An Opportunity For Psychology. *Am Psychol Assoc*. 2012;43(8):5.
60. Morris D. *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley: University of California Press; 1998.

61. Lock, M.; Gordon DR. *Biomedicine Examined*. The Netherlands, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1988.
62. Räikkä J. The Social Concept of Disease. *Theor Med Bioeth*. 1996;17(4):353-361.
63. Nordenfeldt L. Concepts of health and their consequences for health care. *Theor Med Bioeth (Thematic issue)*. 1993;14(4):277-285.
64. Toombs, S.; Barnard, D.; Carson R. *Chronic Illness: From Experience to Policy*. Bloomington: Indiana University Press; 1995.
65. Edwards SD. The moral status of Intellectually disabled individuals. *J Med Philos*. 1997;22(1):29-42.
66. Veatch RM. Resolving conflict among principles: Ranking, balancing and specifying. *Kennedy Inst Ethics J*. 1995;5(3):199-218.
67. Callahan D. *False Hopes: Why America's Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure*. Kindle. New York: Simon & Schuster; 1998.
68. Callahan D. *Setting Limits: Medical Goals in an Ageing Society*. Washington DC: Georgetown University Press; 1995.
69. Frankford D. Scientism and economism in the regulation of health care. *J Health Polit Policy Law*. 1994;19(e4):773-799.
70. Barnes, M.; Prior D. Spoilt for choice? How consumerism can disempower public service users. *Public Money Manag*. 1995;15(3):53-58.
71. Anderson J. Empowering patients: Issues and strategies. *Soc Sci Med*. 1996;43(5):697-705.
72. Hart JT. Viewpoint: Expectations of healthcare: promoted, managed or shared? *Heal Expect*. 1998;1(1):3-13.
73. Barnes M, Harrison S, Mort M, Shardlow P. *Unequal Partners: User Groups and Community Care*. Bristol: The Policy Press; 1999.
74. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or, it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1999;44:681-692.
75. Lupton D. Your Life In Their Hands: Trust In The Medical Encounter. In: James, V.; Gabe J, ed. *Health and the Sociology of Emotions (Sociology of Health and Illness Monographs)*. Oxford: Blackwell; 1997.
76. Lupton D. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. In: Nettleton, S.; Gustafsson U, ed. *The Sociology of Health and Illness Reader*. Cambridge: Polity Press; 2002.
77. Jordan, J.; Dowswell, T.; Harrison, S.; Lilford, R.; Mort M. Whose priorities? Listening to users and the public. *Br Med J*. 1998;316(7145):1668-1670.
78. Milewa T, Valentine J, Calnan M. Community participation and citizenship in British health care planning: narratives of power and involvement in the changing welfare state. *Sociol Heal Illn*. 1999;21(4):445-465. doi:10.1111/1467-9566.00166.
79. Coote, A.; Lenaghan J. *Citizens' Juries: Theory into Practice*. London: Institute for Public Policy Research
80. Cowley S. *Community Public Health in Policy and Practice: A Sourcebook*. 2nd

- ed. Elsevier, Baillière Tindall; 2008.
81. McIntyre A. Moral Dilemmas. *Philos Phenomenol Res.* 1990;1(Supplement):367-382. <http://brandon.multics.org/library/AlasdairMacIntyre/macintyre1990moral.pdf>.
 82. Lemmon EJ. Moral Dilemmas. In: Gowans C, ed. *Moral Dilemmas*. New York: Oxford University Press; 1987:101-115.
 83. Jackson J. *An Introduction to Business Ethics*. Oxford: Blackwell; 1996.
 84. McLagan P. Varieties of Moral Issue and Dilemma: A Framework for the Analysis of Case Material in Business Ethics Education. *J Bus Ethics.* 2003;48(1):21-32.
 85. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Editorial Triacastela; 2008.
 86. Chaar, B.; Brien, J.; Krass I. Professional ethics in pharmacy: the Australian experience. *Int J Pharm Pract.* 2005;13:195-204.
 87. Erbay H, Alan S, Kadioglu S. Attitudes of prehospital emergency care professionals toward refusal of treatment: A regional survey in Turkey. *Nurs Ethics.* 2013;21(5):530-539. doi:10.1177/0969733013505311.
 88. Barnitt R. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. *J Med Ethics.* 1998;24 (3):193-199. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1377523/?tool=pubmed>.
 89. Cave E. Disclosure of Confidential Information to Protect the Patient: The Role of Legal Capacity in the Evolution of Professional Guidance. *J Med Law Ethics.* 2015;3(1):7-23. doi:10.7590/221354015X14319325749982.
 90. Jones TM. Ethical Decision Making by Individuals in Organizations: An Issue-Contingent Model. *Acad Manag Rev.* 1995;16(2):366-395.
 91. Hudon A, Drolet M-J, Williams-Jones B. Ethical issues raised by private practice physiotherapy are more diverse than first meets the eye: recommendations from a literature review. *Physiother Can.* 2015;67(2):124-132. doi:10.3138/ptc.2014-10.
 92. Thoreau HD. *A Desobediência Civil*. Antígona; 2005.
 93. Bommer M, Gratto C, Gravander J, Tuttle M. A behavioral model of ethical and unethical decision making. *J Bus Ethics.* 1987;6(4):265-280. doi:10.1007/BF00382936.
 94. Catchpoole V. *A Sociobiological, Psychosocial and Sociocultural Approach to Ethics Education*. Brisbane: Queensland University of Technology; 2001.
 95. McIntyre A. *After Virtue: A Study in Moral Theory*. 3rd ed. Indiana: University of Notre Dame Press; 2007.
 96. Lothe, J.; Hawthorne J. *Narrative Ethics*. Amsterdam: Rodopi, Value Inquiry Book Series; 2013.
 97. Purtilo, R.; Doherty R. *Ethical Dimensions in the Health Professions*. 5th ed. Missouri, St. Louis: Elsevier, Saunders; 2010.
 98. Svenaeus F. Empathy as a necessary condition of phronesis: A line of thought for medical ethics. *Med Heal Care Philos.* 2014;17(2):293-299. doi:10.1007/s11019-013-9487-z.
 99. Hay, I.; Foley P. Ethics, geography and responsible citizenship. *J Geogr High Educ.* 1998;22(2):169-183.

100. Longstaff S. What is ethics education or training? St James Ethics Centre. <http://www.ethics.org.au/on-ethics/our-articles/before-2014/what-is-ethics-education-or-training>. Published 1995. Accessed March 2, 2014.
101. Paradis, E; Webster, F.; Kuper A. Medical education and its context in society. In: Walsh K, ed. *Oxford Textbook of Medical Education*. Oxford University Press; 2013:136-148.
102. Lincoln, M.; Carmody, D.; Maloney D. Professional development of students and clinical educators. In: McAllister, L.; Lincoln, M.; McLeod, S.; Maloney D, ed. *Facilitating Learning in Clinical Settings*. UK, Cheltenham: Nelson Thornes, Ltd; 2001:65-99.
103. Satterwhite RC, Satterwhite WM, Enarson C. An ethical paradox : the effect of unethical conduct on medical students ' values. *J Med Ethics*. 2000;26:462-465. <http://jme.bmj.com/content/26/6/462.full.pdf+html>.
104. Feudtner, C.; Christakis, D.; Christakis N. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students perceptions of their environment and personal development. *Acad Med*. 1994;69(8):670-679.
105. McAllister, L.; Lincoln M. *Clinical Education in Speech Language Pathology*. London: Whurr Publishers, Ltd; 2004.
106. Crisp G. Mentoring At-risk Students through the Hidden Curriculum of Higher Education by Buffy Smith. *Rev High Educ*. 2015;38(3):470-471. doi:10.1353/rhe.2015.0024.
107. Santome JT. *El Currículo Oculto*. 8th ed. Madrid: Ediciones Morata; 2005. https://books.google.pt/books?id=e3mpuRBbW5IC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
108. Pacheco JA. *Currículo: Teoria E Práxis*. Ciências d. Porto: Porto Editora; 2007.
109. Higgs, J.; Jones, M.; Titchen A. Knowledge, reasoning and evidence for practice. In: Higgs, J.; Jones, M.; Loftus, S.; Christensen N, ed. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 3rd ed. Oxford: Elsevier, Butterworth-Heinemann; 2008:151-163.
110. Mitchell M. *Michael Polanyi: The Art of Knowing*. 1st ed. ISI Books, Library Modern Thinkers Series; 2006.
111. Higgs, J.; Titchen A. The Nature, Generation and Verification of Knowledge. *Physiotherapy*. 1994;81(9):515-520.
112. Groundwater-Smith S. Living Ethical Practice in Qualitative Research. In: Higgs, J.; Titchen, A.; Horsfall, D.; Bridges D, ed. *Creative Spaces for Qualitative Researching*. Rotterdam: Sense Publishers; 2011:201-213.
113. Honey, P.; Mumford A. *The Manual of Learning Styles*. 3rd ed. Peter Honey Publications; 1992.
114. Porter, R.; Schick I. Revisiting Bloom's taxonomy for ethics and other educational domains. *J Health Adm Educ*. 2003;20(3):167-188.
115. Rohwer W, Sloane K. Psychological perspectives. In: Anderson, L.; Sosniak L, ed. *Bloom's Taxonomy: A Forty-Year Retrospective*. Ninety- th. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
116. Marzano, R.; Kendal J. *Designing and Assessing Educational Objectives: Applying*

- the New Taxonomy*. Sage, Corwin Press; 2008.
117. Hersh D. Beyond the “plateau”: Discharge dilemmas in chronic aphasia. *Aphasiology*. 2007;12(3):207-218. doi:10.1080/02687039808249447.
 118. McAllister L. Ethics in the workplace – more than just using ethical decision-making protocols. *Acquir Knowl Speech, Lang Hear*. 2006;8(2):76-80.
 119. Lateef F. Simulation-based learning: Just like the real thing. *J Emergencies, Trauma Shock*. 2010;3(4):348-352.
 120. Rezler AG, Schwartz RL, Obenshain SS, Lambert P, Gibson JM, Bennahum DA. Assessment of ethical decisions and values. *Med Educ*. 1992;26(1):7-16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1538661>. Accessed November 27, 2014.
 121. Mitchell, K.; Myser, C.; Kerridge I. Measuring the clinical competence of graduate medical students. *Bioethics*. 1993;19:230-236.
 122. Myser, C.; Kerridge, I.; Mitchell K. Ethical reasoning and decision making in the clinical setting: Assessing the process. *Med Educ*. 1995;29:29-33.
 123. Roff, S.; Preece P. Helping medical students to find their moral compass: Ethics teaching for second and third year undergraduates. *J Med Ethics*. 2004;30:487-789.
 124. Gaebler, C.; Lehmon L. Fostering Student Engagement in Medical Humanities Courses. *Am Med Assoc J Ethics*. 2014;16(8):595-598.
 125. Steinbock B. Liberty, responsibility and the common good. *Hastings Cent Rep*. 1996;26(6):45-47.
 126. Ramsey P. The nature of medical ethics. In: Veach, R.; Gaylin, W.; Morgan C, ed. *The Teaching of Medical Ethics*. New York: Institute of Society, Ethics and the Life Sciences; 1973:14-28.
 127. Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the Patients Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. (Press OU, ed.). New York; 1988.
 128. Skoble AJ. Norms of liberty : Challenges and prospects. In: Skoble AJ, ed. *Reading Rasmussen and Den Uyl: Critical Essays on Norms of Liberty*. Lanham, MD: Lexington Books; 2008.
 129. Assembleia da República Portuguesa. *Lei N.º 81/2009 de 21 de Agosto*. Diário da República, 1.ª série — N.º 162 — 21 de Agosto de 2009 5495 3; 2009:5491-5495.
 130. Assembleia da República Portuguesa. *Decreto Lei Nº 320/99 de 11 de Agosto*. Vol nº 186/99. Portugal; 1999:5248-5251.
 131. Gorlin RA. *Codes of Professional Responsibility: Ethics Standards in Business, Health, and Law*. 4th ed. BNA Books; 1999.
 132. Pellegrino ED. The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J Med Philos*. 2001;26:559-579.
 133. Atherton M, McAllister L. Emerging Trends Impacting on Ethical Practice in Speech Pathology. *Acquir Knowl Speech, Lang Hear*. 2009;11(1):31-35.
 134. Mattison M. Ethical decision making: The person in the process. *Soc Work*. 2000;45(3):201-212.
 135. ATARP. Código Deontológico. Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear.

- <http://www.atarp.pt/index.php/home/codigo-deontologico>. Published 2013. Accessed January 1, 2015.
136. APTEC. Código Ético e Deontológico. 2006:1-8.
 137. Dolor ALT. Atendimento Pré-Hospitalar: Histórico do Papel do Enfermeiro e os Desafios Ético-Legais. 2008.
 138. Osipov R. Do Future Bench Researchers Need Humanities Courses in Medical School? *Am Med Assoc J Ethics*. 2014;16(8):604-609.
 139. Malek, J.; Geller, G.; Sugarman J. Talking about cases in bioethics: The effect of an intensive course on health care professionals. *J Med Ethics*. 2000;26:131-136.
 140. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington; 1978. http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4178b_09_02_Belmont_Report.pdf.
 141. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. The Birth of the Empirical Turn in Bioethics. *Bioethics*. 2005;19(1):49-71. doi:10.1111/j.1467-8519.2005.00424.x.
 142. MacRae S. Clinical bioethics integration, sustainability, and accountability: the Hub and Spokes Strategy. *J Med Ethics*. 2005;31(5):256-261. doi:10.1136/jme.2003.007641.
 143. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. *Acad Med*. 1989;64(12):705-714.
 144. DuBois JM, Burkemper J. Ethics education in U.S. medical schools: a study of syllabi. *Acad Med*. 2002;77(5):432-437.
 145. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. *Acad Med*. 2005;80(12):1143-1152. doi:10.1097/00001888-200512000-00020.
 146. Vital E, Baltazar C, Gavinho C, Mendes I. O Processo de Profissionalização dos Fisioterapeutas Portugueses. *Rev Port Fisioter (Arquivos Fisioter)*. 2006;1(2).
 147. Ministério dos Assuntos Sociais: Secretaria de Estado da Saúde. *Portaria 709/80 de 23 de Setembro*. Portugal; 1980:2881-2885.
 148. Ministério da Educação. *Decreto-Lei No 513-T/79, de 26 de Dezembro*. Portugal; 1979:3350-3364.
 149. Assembleia da República Portuguesa. *Lei de Bases Sistema Educativo. Lei N.º 46/86 de 14 de Outubro*. Portugal: Diário da República I Série - Número 237; 1986:3067-3081.
 150. Simão J V., Santos SM, Costa AA. *Ensino Superior. Uma Visão Para a Próxima Década*. Coleção T. Lisboa: Gradiva; 2002.
 151. Ministério da Ciência T e ES. *Reforma E Modernização Do Ensino Superior Em Portugal, 2005-2011: Síntese de Acções de Política E Principais Resultados*.; 2011.
 152. DGES-Direcção Geral do Ensino Superior. Sistema de Ensino Superior Português. Ministério da Ciência e Tecnologia do Ensino Superior. http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Reconhecimento/NARICENIC/Ensino_Superior/Sistema_de_Ensino_Superior_Portugu%C3%AAAs.

153. Ministério da Saúde. *Decreto-Lei N.º 415/93 de 23 de Dezembro*. Portugal; 1993:7136-7137. <https://dre.pt/application/file/a/541479>.
154. Assembleia da República Portuguesa. *Criação Dos Institutos Politécnicos Da Saúde de Coimbra, de Lisboa E Do Porto. Decreto Lei 99/2001, de 28 de Março*. Portugal: Diário da República I Série A - Número 74; 2001.
155. Ministério da Ciência e do Ensino Superior. *Decreto-Lei N.º 175/2004 de 21 de Julho*.; 2004:4509-4512.
156. Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. *Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março*.; 2006:2242-2257.
157. Trede F. Role of work-integrated learning in developing professionalism and professional identity. *Asia-Pacific J Coop Educ*. 2012;13(3):159-167.
158. Trede F, Macklin R, Bridges D. Professional identity development: a review of the higher education literature. *Stud High Educ*. 2012;37(907396158):365-384. doi:10.1080/03075079.2010.521237.
159. Dias MO. Reflexões sobre a Ética no quotidiano da profissão. *Gestão e Desenvolv*. 2004;12:81-103.
160. Lingard L, Reznick R, DeVito I, Espin S. Forming professional identities on the health care team: Discursive constructions of the “other” in the operating room. *Med Educ*. 2002;36(8):728-734. doi:10.1046/j.1365-2923.2002.01271.x.
161. Neves M do CP, Osswald W. *Bioética Simples*. Bioética. Lisboa: Verbo; 2007.
162. Bartlett JL. Developing Ethical Competence : The Perspective of Nurse Educators from Pre-Licensure Baccalaureate Nursing Programs Accredited by the Commission on Collegiate Nursing Education. 2013. <http://digitalscholarship.unlv.edu/thesesdissertations>.
163. Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med*. 2004;58(6):1075-1084. doi:10.1016/S0277-9536(03)00279-X.
164. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002;9(6):636-650. doi:10.1191/0969733002ne557oa.
165. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(4):599-603. doi:10.1590/S0034-71672009000400018.
166. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care*. 1995;4(4):280-285.
167. Elpern BEH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2005;14(6):523-530.
168. Swenson SL, Rothstein JA. Navigating the wards: teaching medical students to use their moral compasses. *Acad Med*. 1996;71(6). http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/1996/06000/Navigating_the_wards__teaching_medical_students_to.9.aspx.
169. Slomka J, Quill B, DesVignes-Kendrick M, Lloyd LE. Professionalism and ethics in the public health curriculum. *Public Health Rep*. 2008;123 Suppl:27-35. doi:10.2307/25682038.
170. Mason VM, Leslie G, Clark K, et al. Compassion fatigue, moral distress, and work

- engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: A pilot study. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):215-225. doi:10.1097/DCC.000000000000056.
171. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005;12(4):381-390. doi:10.1191/0969733005ne809oa.
 172. Robichaux C, Parsons ML. An ethical framework for developing and sustaining a healthy workplace. *Crit Care Nurs Q*. 2011;32(3):199-207. doi:10.1097/CNQ.0b013e3181ab91ff.
 173. Ulrich C, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Soc Sci Med*. 2007;65(8):1708-1719. doi:10.1016/j.socscimed.2007.05.050.
 174. Grady C, Danis M, Soeken KL, et al. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? *Am J Bioeth*. 2008;8(4):4-11. doi:10.1080/15265160802166017.
 175. St. Onge J. Medical education must make room for student-specific ethical dilemmas. *CMAJ*. 1997;156(8):1175-1177.
 176. Millum J, Sina B, Glass R. International Research Ethics Education. *JAMA*. 2015;(5). doi:10.1001/jama.2015.203.
 177. Figueira EJG, Cazzo E, Tuma P, Silva Filho CR da, Conterno L de O. Apreensão de tópicos em ética médica no ensino-aprendizagem de pequenos grupos: comparando a aprendizagem baseada em problemas com o modelo tradicional. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):133-141. doi:10.1590/S0104-42302004000200027.
 178. Guccione A. Ethical issues in physical therapy practice. A survey of physical therapists in New England. *Phys Ther*. 1980;60(10):1264-1272.
 179. Settle MD. Predictors of NICU Nurse Activism : Response to Ethical Dilemmas. 2010. <http://hdl.handle.net/2345/1817>.
 180. Siqueira JE, Sakai MH, Eisele RL. O ensino da ética no curso de medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL). *Bioética*. 2002;10(1):85-95.
 181. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics*. 2008;15(3):304-321. doi:10.1177/0969733007088357.
 182. Hottois G. *Le Paradigme Bioéthique: Une Éthique Pour La Technoscience*. Michigan: De Boeck Université; 1990.
 183. Briani MC. Historia e construção social do currículo na educação medica : a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 2003. <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000296052>.
 184. Sfez L. *A Saúde Perfeita: Crítica de Uma Nova Utopia*. Unimarco; 1996.
 185. Bianchi A, Orsi L. Cittadino insoddisfatto, sanità in trasformazione: una possibile lettura bioetica del problema. *Bioetica*. 1998;6(1):15-26.
 186. Popper K. *Conjecturas E Refutações*. Coimbra: Almedina; 2003.
 187. Potter VR. Bioethics, the Science of Survival. *Perspect Biol Med*. 1970;14(1):127-153. doi:10.1353/pbm.1970.0015.

188. Ministério da Saúde. *Portaria 549/86 de 24 de Setembro*. Portugal; 1986:2709-2713.
189. Ministério da Saúde. *Decreto de Lei Nº 384-B-85 de 30 de Setembro*. Portugal: DIARIO DA REPUBLICA - 1.ª SERIE, Nº 225-2ºSupl; 1985:3240 - (5) - 3240 - (9).
190. Lopes AMF. *Implementação Do Processo de Bolonha a Nível Nacional, Por Áreas de Conhecimento: Tecnologias Da Saúde*. Lisboa; 2004.
191. Terapêutica SN dos TS de S das Á de D e. 1ª Cimeira do Ensino das Ciências e Tecnologias da Saúde. *TecnoSaúde - O J das Tecnol da Saúde (Edição Espec.* 2013;21:44. http://stss.pt/files/section/TECNOSAÚDE/tecnosaude_abril.pdf.
192. Union of Sciences and Health Technologies. E.P.B.S.
193. Assembleia da Republica. *Lei Nº 54/90 de 5 de Setembro. Estatuto E Autonomia Dos Estabelecimentos de Ensino Superior Politécnico.*; 1990:3580-3589.
194. Ministério da Ciência T e ES. *Quadro Nacional de Qualificações (8 níveis)Diário Da República, 1.ª Série — N.º 141 — 23 de Julho de 2009*. Vol 141.; 2009:4776-4778.
195. Conselho de Reflexão sobre a Saúde. *Recomendações Para Uma Reforma Estrutural*. Lisboa; 1998. <http://www.danielserrao.com/fotos/gca/Recomendacoes.pdf>.
196. Conselho de Ministros. *Decreto-Lei N.o 564/99 de 21 de Dezembro. Ministério Da Saúde*. Portugal; 1999:9083-9100. <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL564.99 - Estabelece o estatuto legal da carreira de TDT.PDF><http://www.materiasespeciais.com.br/saude/boletins/acre.pdf>.
197. Ministério da Educação e da Saúde. *Portaria N.o 3/2000 de 4 de Janeiro*. Portugal: Diário da República - I Série-B N.64; 2000:14-16.
198. Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. *The Framework for Higher Education Qualifications in Portugal.*; 2010.
199. Accreditation EC for Dublin Descriptors. http://ecahe.eu/w/index.php/Dublin_Descriptors. Published 2014. Accessed September 15, 2014.
200. European Federation of Radiographer Societies. *European Qualifications Framework (EQF) Benchmarking Document : Radiographers.*; 2014.
201. Krejcie R V, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30:607-610. doi:10.1177/001316447003000308.
202. Research & Data. How Many Days Does it Take for Respondents to Respond to Your Survey? Research & Data. <https://www.surveymonkey.com>. Published 2011.
203. Sheehan KB, McMillan SJ. Response Variation In E-Mail Surveys: An Exploration. *J Advert Res.* 1999;39(4):45-54. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1999-01294-005>.
204. Associação Médica Mundial. *Declaração de Helsínquia Da Associação Médica Mundial.*; 2013. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
205. CIOMS/OMS. Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. 1993.
206. Council of Europe. Guide for Research Ethics Committee Members: Steering

- Committee on Bioethics. 2012:55.
207. Assembleia da República Portuguesa. *Lei Da Protecção de Dados Pessoais Lei Nº. 67/98 de 26 de Outubro*. Portugal; 1998.
 208. Pocinho M. *Metodologia de Investigação E Comunicação Do Conhecimento Científico*. (Lidel, ed.). Lisboa; 2012.
 209. A A, S U. *Testagem Psicológica*. 7th ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
 210. Charlin B. Script questionnaires: their use for assessment of diagnostic knowledge in radiology. *Med Teach*. 1998;20(6):567-571. doi:10.1080/01421599880300.
 211. Farajollahi AR, Fouladi DF, Ghojzadeh M, Movafaghi A. Radiographers' professional knowledge regarding parameters and safety issues in plain radiography: a questionnaire survey. *Br J Radiol*. 2014;87(1040):20140090. doi:10.1259/bjr.20140090.
 212. Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: Focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract*. 2007;23(1):1-20. doi:10.1080/09593980601023705.
 213. Cook D a, Brydges R, Zendejas B, Hamstra SJ, Hatala R. Technology-Enhanced Simulation to Assess Health Professionals. *Acad Med*. 2013;88(6):872-883. doi:10.1097/ACM.0b013e31828ffdcf.
 214. Guillemin M, Gillam L. Ethics, Reflexivity, and “Ethically Important Moments” in Research. *Qual Inq*. 2004;10(2):261-280. doi:10.1177/1077800403262360.
 215. UNESCO. *Values and Ethics and the Science and Technology Curriculum*. Bangkok: Asia and the Pacific Programme of Educational Innovation for Development; 1991. <http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000911/091109e.pdf>.
 216. Saraiva AMP. O acesso à tecnologia em saúde. uma perspetiva bioética. 2015.
 217. Benson SG, Dundis SP. Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow's hierarchy of needs, training and technology. *J Nurs Manag*. 2003;11(5):315-320. doi:10.1046/j.1365-2834.2003.00409.x.
 218. WHO. *Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training*.; 2013.
 219. Andrade M, Câmara L. Sobre o conceito de justiça: como estudantes o mobilizam na discussão de dilemas morais? *Educ e Pesqui*. 2012;(ahead):0-0. doi:10.1590/S1517-97022012005000020.
 220. Guimaraes R. Dilemas morais e praticas de saude. *Rev Saude Publica*. 2013;47(2):425-429. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004621.
 221. Swenson SL, Rothstein JA. Navigating the wards: teaching medical students to use their moral compasses. *Acad Med*. 1996;71(6).
 222. Gonçalves-Dias SLF, Herrera CB, Cruz MTDS. Desafios (e dilemas) para inserir “sustentabilidade” nos currículos de administração: um estudo de caso. *Rev Adm Mackenzie*. 2013;14(3):119-153.
 223. Guccione AA. Ethical issues in physical therapy practice. A survey of physical therapists in New England. *Phys Ther*. 1980;60(10):1264-1272. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7443788>.
 224. Grady C, Danis M, Soeken KL, et al. Does ethics education influence the moral

- action of practicing nurses and social workers? *Am J Bioeth.* 2008;8(4):4-11. doi:10.1080/15265160802166017.
225. Assembléia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal Dos Direitos Humanos Adotada E Proclamada Pela Resolução 217 A (III) em 10 De Dezembro De 1948. *PSIC CLIN.* 2008;20(2):201-207.
 226. Ministério da Justiça. *Código Do Procedimento Administrativo.*; 2001.
 227. DGAEP - Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público. Relação de Princípios Éticos da Administração Pública.
 228. Neves M. O que é a Bioética. *Cad Bio-Ética.* 1996;11:7-27. http://www.mpatraoneves.pt/media/pub/paper/M._Patrão_Neves_O_que_é_a_Bioética_Cadernos_de_Bio-Ética.pdf.
 229. Bartlett JL. Developing Ethical Competence : The Perspective of Nurse Educators from Pre-Licensure Baccalaureate Nursing Programs Accredited by the Commission on Collegiate Nursing Education. 2013.
 230. O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics.* 2015;22(1):32-42. doi:10.1177/0969733013513216.
 231. Veer AJE, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(1):100-108. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017.
 232. Jones A. Moral distress among nurses. *J Emerg Nurs.* 2014;40(1):4. doi:10.1016/j.jen.2013.03.022.
 233. Musto LC, Rodney PA, Vanderheide R. Toward interventions to address moral distress: Navigating structure and agency. *Nurs Ethics.* 2015;22(1):91-102. doi:10.1177/0969733014534879.
 234. Kahane G, Savulescu J. Normal human variation: Refocussing the enhancement debate. *Bioethics.* 2015;29(2):133-143. doi:10.1111/bioe.12045.
 235. Abramovay R. Entre Deus e o diabo: mercados e interação humana nas ciências sociais. *Tempo Soc.* 2004;16(2). doi:10.1590/S0103-20702004000200002.
 236. Morreim H. Conflict Resolution in the Clinical Setting: A Story Beyond Bioethics Mediation. *J law, Med ethics.* 2015:843-857.
 237. Irrazábal G. Acerca de la emergencia y consolidación de la bioética como disciplina desde una perspectiva sociológica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos.* 2015;22(4):1121-1140. doi:10.1590/S0104-59702015000400002.
 238. Ramjan JM, Costa CM, Hickman LD, Kearns M, Phillips JL. Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: The University of Notre Dame, Australia - Sydney experience. *Collegian.* 2010;17(2):85-91. doi:10.1016/j.colegn.2010.04.009.
 239. Lima TF. Implementação de um programa de formação em Cuidados Paliativos no ensino pré-graduado em Enfermagem. 2014;1.
 240. Secretaria de Estado dos Negocios do Reino. *Criação E Organização de Um Laboratorio de Analyse Clinica, No Hospital Real de S. José Por Ordem de Sua Majestade El-Rei Em 24 de Dezembro.* Portugal: Diário do Governo n.º 293; 1901:3652.
 241. Ministério da Saúde. *Decreto-Lei N.º 384-B/85 de 27 de Setembro.* Portugal:

Diário da República I Série - Número 225; 1985.

ANEXOS

ANEXO I

Estudo 2

Declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº.	Recomendação	Pág. nº.
Título e Resumo	1	(a) Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado	91
		(b) Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado	91
Introdução			
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa	91
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes	91
Métodos			
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.	92
Contexto (setting)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.	96
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento	N/A
		Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles	N/A
		Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.	96
		Estudos de Coorte: Para os estudos emparelhados, apresente os critérios de emparelhamento e o número de expostos e não expostos	N/A
		Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos emparelhados, apresente os critérios de emparelhamento e o número de controles para cada caso	N/A
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos	97
Fontes de dados/ Mensuração	8	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação	95-96
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés.	97
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho da amostra.	97
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porquê.	97-98
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de viés	99

		Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados em falta (“missing data”)	99-100
		Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas.	N/A
		Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o emparelhamento dos casos e controles foi tratado.	N/A
		Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem	N/A
		Descreva qualquer análise de sensibilidade.	N/A
Resultados			
Participantes	13	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex.: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados)	101-102
		Descreva as razões para as perdas em cada etapa.	N/A
		Avalie a pertinência de apresentar um fluxograma	--
Dados Descritivos			
	14	Descreva as características dos participantes (ex.: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados em falta para cada variável de interesse.	N/A
		Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex.: média e tempo total)	N/A
Desfecho			
	15	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo	N/A
		Estudos de Caso-Controlle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição	N/A
		Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.	102
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex.: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos.	102
		Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados	N/A
		Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.	N/A
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.	98-99
Discussão			
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo	102
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.	102
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.	102-103

Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados	102-103
Outras Informações			
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado	N/A

ANEXO II

Inquérito - A Bioética e os Técnicos de Saúde

No âmbito do meu doutoramento em Bioética da Universidade Católica Portuguesa pretendo realizar um estudo sobre “A Bioética e os Técnicos de Saúde”.

O principal objectivo deste estudo é avaliar a importância da formação em Bioética nas Tecnologias da Saúde. Deste modo é também nosso objectivo contribuir para a implementação de programas e propor estratégias de formação aos Técnicos de Saúde adequados às suas necessidades e expectativas.

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Não há respostas certas ou erradas, somente a sua opinião é importante.

Os resultados da pesquisa podem ser publicados exclusivamente para fins académicos, mas o seu nome não será usado e os resultados serão mantidos em Sigilo (Lei nº. 67/98 de 26 de Outubro). O inquérito é anónimo. As respostas serão codificadas para manter a Confidencialidade, sendo mantidas em local seguro por três anos, e destruídas após esse período.

Desde já agradeço a sua colaboração e aproveito para lhe apresentar os meus cumprimentos.

Adelino M. Moreira dos Santos

Adelino Manuel Moreira dos Santos

Rua 5 de Outubro, 3046-854 S. Martinho do Bispo, Coimbra

Adelinosantos@estescoimbra.pt

* Required

Parte I: Caracterização Biográfica

1. 1 - IDADE: **Mark only one oval.*

- 20 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 ou mais

2. 2. GÉNERO: **Mark only one oval.*

- Masculino
- Feminino

3. 3 - PROFISSÃO: **Mark only one oval.*

- Análises Clínicas e Saúde Pública
- Fisioterapia
- Radiologia

4. 4 - CATEGORIA PROFISSIONAL: **Mark only one oval.*

- Técnico/a de 2ª. Classe
- Técnico/a de 1ª. Classe
- Técnico/a Principal
- Técnico/a Especialista
- Técnico/a Especialista de 1ª. Classe
- Técnico/a Coordenador/a
- Other:

5. 5 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: **Mark only one oval.*

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. 6 - TIPO DE VÍNCULO À INSTITUIÇÃO: **Mark only one oval.*

- Contrato Administrativo de Provisamento
- Contrato a Termo Certo
- Contrato por Tempo Indeterminado
- Prestação de Serviços (Recibos Verdes)
- Other:

7. 7 - ACTUALMENTE, ESTÁ EMPREGADO/A? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

8. 7.1 - POR FAVOR, INDIQUE O DISTRITO DO SEU LOCAL DE TRABALHO

.....

9. 8 - QUANTAS HORAS DE TRABALHO POR SEMANA DE CONTACTO COM O DOENTE ESTÁ NO MESMO LOCAL E COM A MESMA FUNÇÃO? **Mark only one oval.*

- 0 – 10
- 11 – 20
- 21 – 30
- 31 – 40
- 41 ou mais

10. 9 - HÁ QUANTO TEMPO É QUE EXERCE A SUA PROFISSÃO? **Mark only one oval.*

- 0 – 5 anos
- 6 – 10 anos
- 11 – 15 anos
- 16 – 20 anos
- 21 - 25 anos
- 26 ou mais

11. 10 - HÁ QUANTO TEMPO É QUE TRABALHA NO MESMO SERVIÇO DA ACTUAL INSTITUIÇÃO? **Mark only one oval.*

- 0 – 5 anos
- 6 – 10 anos
- 11 – 15 anos
- 16 – 20 anos
- 21 -25 anos
- 26 ou mais

Parte II: Caracterização da Formação em Ética/Bioética?

12. 1 - TEVE FORMAÇÃO EM ÉTICA/BIOÉTICA? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

13. 2 - QUAL A DURAÇÃO DA FORMAÇÃO EM ÉTICA/BIOÉTICA? **Mark only one oval.*

- Uma semana
- Um mês
- Um semestre
- Um ano
- Other:

14. 3 - TEVE FORMAÇÃO EM DEONTOLOGIA? **Mark only one oval.*

- Sim
- Não

15. 4 - QUAL A DURAÇÃO DA FORMAÇÃO EM DEONTOLOGIA? **Mark only one oval.*

- Uma semana
- Um mês
- Um semestre
- Um ano
- Other:

16. 5 - QUANTAS DISCIPLINAS EXISTIAM EM ÉTICA/BIOÉTICA NO SEU CURSO? *

Mark only one oval.

- Nenhuma
- Uma
- Duas
- Três ou mais

17. 6 – EM QUANTAS DISCIPLINAS, FORA DAS ASSINALADAS NA QUESTÃO ANTERIOR, FORAM ABORDADOS CONTEÚDOS DE ÉTICA/BIOÉTICA (P. EX.: INTEGRAÇÃO À PROFISSÃO)? *

Mark only one oval.

- Nenhuma
- Uma
- Duas
- Três ou mais

18. 7 - QUANTAS ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO CONTÍNUA RELACIONADAS COM ÉTICA/BIOÉTICA EM CUIDADOS DE SAÚDE FREQUENTOU DESDE QUE SE FORMOU? *

Mark only one oval.

- Nenhuma
- Uma
- Duas
- Três ou mais

19. 8 - HÁ QUANTO TEMPO É QUE ACABOU O CURSO BASE DE NÍVEL SUPERIOR OU RECEBEU CRÉDITOS POR FORMAÇÃO CONTÍNUA EM ÉTICA EM CUIDADOS DE SAÚDE? *

Mark only one oval.

- 0 – 5 anos
- 6 – 10 anos
- 11 – 15 anos
- 16 – 20 anos
- 21 ou mais

20. 9 – DOS CONTEÚDOS ABAIXO, QUAIS OS QUE FORAM TRABALHADOS NA SUA FORMAÇÃO EM ÉTICA PARA A SAÚDE (POR FAVOR, SELECIONE TODOS OS QUE SE APLICAREM)?

.....

21. 9.1. Autonomia profissional **Mark only one oval.* Sim Não**22. 9.2. Tomar decisões ****Mark only one oval.* Sim Não**23. 9.3. Habilidade comunicacional ****Mark only one oval.* Sim Não**24. 9.4. Pensamento crítico ****Mark only one oval.* Sim Não**25. 9.5. Competências profissionais ****Mark only one oval.* Sim Não**26. 9.6. Dilemas éticos ****Mark only one oval.* Sim Não**27. 9.7. Criar empatia ****Mark only one oval.* Sim Não**28. 9.8. Objeção de consciência ****Mark only one oval.* Sim Não

29. **9.9. Destreza de persuasão ***

Mark only one oval.

Sim

Não

30. **9.10. Consciência profissional ***

Mark only one oval.

Sim

Não

31. **9.11. Outro ***

Mark only one oval.

Sim

Não

Other:

32. **10 - QUAIS FORAM OS ASPECTOS MAIS ÚTEIS NA SUA FORMAÇÃO EM ÉTICA (POR FAVOR, SELECIONE TODOS OS QUE SE APLICAREM)?**

.....

33. **10.1. Defesa do sigilo profissional ***

Mark only one oval.

Sim

Não

34. **10.2. Modelos de justiça distributiva ***

Mark only one oval.

Sim

Não

35. **10.3. Respeito pela dignidade da pessoa ***

Mark only one oval.

Sim

Não

36. **10.4. Aspetos éticos na investigação científica ***

Mark only one oval.

Sim

Não

37. **10.5. Reconhecer o Outro como seu semelhante ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

38. **10.6. Capacidade de autonomia do doente ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

39. **10.7. Consentimento informado e esclarecido ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

40. **10.7. Outro ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não
 Other:

41. **11 - A SUA ENTIDADE PATRONAL PROVIDENCIA FORMAÇÃO EM ÉTICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE? ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

42. **12 - ESTARIA DISPOSTO(A) A FREQUENTAR FORMAÇÃO ADICIONAL EM ÉTICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE SE OS ENCARGOS FOSSEM SUPOSTADOS PELA ENTIDADE PATRONAL E/OU O(A) COMPENSAREM EM TEMPO DE SERVIÇO? ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

43. **13 – ESTARIA DISPOSTO(A) A FREQUENTAR FORMAÇÃO ADICIONAL EM ÉTICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE COM RECURSOS PRÓPRIOS? ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

44. **14 - DE QUE MODO A SUA FORMAÇÃO EM ÉTICA TEM SIDO ÚTIL PARA O(A) AJUDAR A COMPREENDER E ULTRAPASSAR OS DILEMAS NO TRABALHO? ***

Mark only one oval.

- Extremamente útil
- Algo útil
- Útil
- Não muito útil
- Nada útil

45. **15 - NO ÚLTIMO ANO QUANTAS VEZES CONSULTOU LIVROS, ARTIGOS OU RELATÓRIOS SOBRE ÉTICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE? ***

Mark only one oval.

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Raramente
- Nunca

46. **16 - HOJE EM DIA CONSIDERA ADEQUADA A EDUCAÇÃO EM ÉTICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE? ***

Mark only one oval.

- Sim
- Não

Parte III: A Formação em Ética influencia a Acção Moral na prática dos Técnicos de saúde?

47. **IEB_1_O SEU LOCAL DE TRABALHO DISPÕE DE COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE? ***

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não sei

48. **IEB_2_SE O SEU LOCAL DE TRABALHO DISPÕE DE CES COM QUE FREQUÊNCIA RECORRE A ESTES SERVIÇOS?**

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Por rotina

49. IEB_3_SE O SEU LOCAL DE TRABALHO DISPÕE DE CES POR QUE RAZÃO NÃO USA ÉSTES SERVIÇOS MAIS VEZES?

Mark only one oval.

- Não me sinto qualificado(a)
- Medo de retaliação
- Falta de auto-confiança
- Dificuldade de acesso
- Other:

50. IEB_4_CONSIDERA ÚTIL A EXISTÊNCIA DE UMA CES NA SUA INSTITUIÇÃO? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

51. IEB_5_COM QUE FREQUÊNCIA ENCONTRA DILEMAS ÉTICOS NO SEU TRABALHO? *

Mark only one oval.

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Raramente
- Nunca

52. IEB_6_INDIQUE DE QUE MODO SE PREOCUPA COM OS DILEMAS ÉTICOS COM QUE É CONFRONTADO/A NO SEU EXERCÍCIO PROFISSIONAL *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Quase nada preocupado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo preocupado(a)

53. AS SEGUINTES QUESTÕES REFEREM-SE À SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO ACTUAL. POR FAVOR, INDIQUE A RESPOSTA MAIS APROPRIADA *

Mark only one oval per row.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo pouco	Concordo	Concordo completamente
IEB_7_O meu serviço está adequado em Recursos Humanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEB_8_No meu serviço os técnicos de saúde são muito valorizados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEB_9_No meu serviço os técnicos de saúde têm pouca influência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEB_10_Em geral, estou satisfeito(a) com a minha capacidade de prestar cuidados de saúde de qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEB_11_A Administração Hospitalar/Gerência do meu local de emprego tem interesse real no bem-estar e satisfação geral dos técnicos de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEB_12_No meu serviço os cuidados dos técnicos de saúde são, geralmente, de qualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEB_13_No meu serviço os cuidados médicos são, geralmente, excelentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEB_14_Em geral, não estou satisfeito(a) com as condições de trabalho, no meu serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEB_15_Estou satisfeito/a com a minha capacidade de influenciar a qualidade dos cuidados de saúde, no meu serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IEB_16_No meu serviço os cuidados de enfermagem são, geralmente, muito bons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54. **IEB_17_POR FAVOR, INDIQUE QUANTAS VEZES, NO SEU SERVIÇO, DISCORDOU DO PROCEDIMENTO DE DIAGNÓSTICO/TERAPÉUTICA COM PROGNÓSTICO INCERTO ***

Mark only one oval.

- Nunca
- Uma vez por ano
- Duas vezes por ano
- 6 vezes por ano
- 8 vezes por ano
- 12 ou mais vezes por ano

AS SEGUINTEs QUESTÕES INQUIREM SOBRE O SEU SERVIÇO. POR FAVOR, INDIQUE A RESPOSTA MAIS APROPRIADA

No meu serviço: ...

55. **IEB_18_É considerado apropriado para os técnicos de saúde, o envolvimento nas tomadas de decisão Ética ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

56. **IEB_19_Os técnicos de saúde e o pessoal médico concordam nas decisões Éticas que são tomadas com respeito ao procedimento de diagnóstico/terapêutica ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

57. **IEB_20_Os técnicos de saúde concordam entre eles com as decisões Éticas que são tomadas com vista ao procedimento de diagnóstico/terapêutica do doente ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

58. **IEB_21_Os técnicos de saúde e as famílias concordam sobre as decisões Éticas que são tomadas com vista ao procedimento de diagnóstico/terapêutica do doente ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

59. **IEB_22_Os médicos e as famílias concordam sobre as decisões Éticas que são tomadas com vista ao procedimento de diagnóstico/terapêutica do doente ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

60. **IEB_23_A coordenação técnica apoia o envolvimento dos técnicos de saúde na resolução de dilemas éticos ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

61. **IEB_24_Os técnicos de saúde são envolvidos nas tomadas de decisão Ética no que diz respeito à escolha crítica de diagnósticos/terapêuticas ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

62. **IEB_25_Os dilemas Éticos respeitantes ao procedimento do diagnóstico/terapêutica do doente são enviados para a Comissão de Ética ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

63. **IEB_26_Há mecanismos estabelecidos para questionar o plano respeitante ao procedimento de diagnóstico/terapêutica do doente ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

64. **IEB_27_O pessoal médico muitas vezes altera o plano de cuidados de saúde para com o doente baseado nas opiniões dos técnicos de saúde ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

65. **IEB_28_Os técnicos e os médicos colaboram no desenvolvimento dos planos de procedimento de diagnóstico/terapêutica do doente ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

66. **IEB_29_Os técnicos de saúde, de acordo com a Lei, têm autonomia para questionar o plano de procedimento do diagnóstico/terapêutica do doente ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

67. **IEB_30_Os médicos valorizam as opiniões dos técnicos sobre os Cuidados de saúde para com os doentes ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

68. **IEB_31_Os procedimentos de diagnóstico/terapêutica agressivos(as) são frequentemente retirados aos doentes que não estão a corresponder ***

ESCALA: 1 - De forma nenhuma; 2 - Muito pouco; 3 - Um pouco; 4 - Em parte; 5 - Em grande parte; 6 - Absolutamente

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

Parte IV: Situações para reflexão Ética no desempenho profissional

POR FAVOR, SELECIONE O ITEM DE ACORDO COM A FREQUÊNCIA COM QUE ENCONTRA A SITUAÇÃO, BEM COMO A DIFICULDADE QUE SENTE EM TOMAR A DECISÃO NESSAS CIRCUNSTÂNCIAS

1 - ESTABELEECER PRIORIDADES PARA O DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA DO DOENTE QUANDO O TEMPO E OS RECURSOS SÃO LIMITADOS

69. **IEB_32_Frequência ***

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

70. **IEB_33_Dificuldade ***

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

2 - FINALIZAR/DESCONTINUAR O PROCEDIMENTO DE DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA A DOENTES QUE HABITUALMENTE NÃO SEGUEM INSTRUÇÕES, PROGRAMAS E TRATAMENTOS

71. IEB_34_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

72. IEB_35_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

3 - CONTINUAR O PROCEDIMENTO DE DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA A DOENTES TERMINAIS

73. IEB_36_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

74. IEB_37_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

4 - INFORMAR O DOENTE/FAMÍLIA SOBRE AS LIMITAÇÕES DO DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA

75. IEB_38_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

76. IEB_39_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

5 - ASSEGURAR QUE O DOENTE/FAMÍLIA COMPARTICIPEM NO DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA

77. IEB_40_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

78. IEB_41_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

6 - AVALIAR O NÍVEL DE DESCONFORTO EM FACE DO BENEFÍCIO DO DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA

79. IEB_42_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

80. IEB_43_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

7 - RECUSAR OU LIMITAR OS CUIDADOS DE SAÚDE COM OBJECTIVOS DE MELHORAR CONDIÇÕES DE

TRABALHO, SALÁRIOS, ETC.(GREVE, POR EXEMPLO)

81. IEB_44_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

82. IEB_45_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

8 - RECUSAR OU LIMITAR DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA A PORTADORES DE DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA POR FALTA DE MATERIAL DE PROTECÇÃO PARA OS TÉCNICOS (LUVAS DE LÁTEX, POR EXEMPLO)

83. IEB_46_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

84. IEB_47_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

9 - RELATAR PRÁTICAS DUVIDOSAS DE UM TÉCNICO DE SAÚDE ÀS AUTORIDADES APROPRIADAS

85. IEB_48_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
 Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

86. IEB_49_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
 Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

10 - RELATAR PRÁTICAS DUVIDOSAS DE UM MÉDICO ÀS AUTORIDADES APROPRIADAS

87. IEB_50_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
 Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

88. IEB_51_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
 Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

11 - DETERMINAR A RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL QUANDO OS OBJECTIVOS DO DOENTE COLIDEM COM OS OBJECTIVOS DA FAMÍLIA

89. IEB_52_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
 Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

90. **IEB_53_Dificuldade ***

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

12 - ASSUMIR A RESPONSABILIDADE DA FORMAÇÃO CONTÍNUA PARA A ACTUALIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE DO DOENTE

91. **IEB_54_Frequência ***

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

92. **IEB_55_Dificuldade ***

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

13 - RESPEITAR A PRIVACIDADE DO DOENTE QUANDO O DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA REQUER CONTACTO INDIVIDUAL E/OU DA EQUIPA MÉDICA

93. **IEB_56_Frequência ***

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

94. **IEB_57_Dificuldade ***

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

14 - RESPEITAR O SENTIDO DE DIGNIDADE DO DOENTE QUANDO O DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA REQUER CONTACTO INDIVIDUAL E/OU DA EQUIPA MÉDICA

95. IEB_58_Frequência *

ESCALA: 1 - Alta; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
 Mark only one oval.

1	2	3	4	5		
Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

96. IEB_59_Dificuldade *

ESCALA: 1 - Extrema; 2 - Moderada; 3 - Mínima; 4 - Nenhuma; 5 - Não se aplica
 Mark only one oval.

1	2	3	4	5		
Extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não se aplica

Parte V: Questionamento/Ansiedade Moral

DEFINA O ESTADO DE ANSIEDADE MORAL QUE LHE PROVOCA CADA SITUAÇÃO DESCRITA ABAIXO, DE ACORDO COM A INTENSIDADE/SEVERIDADE E A FREQUÊNCIA/ASSIDUIDADE COM QUE ESTA ANSIEDADE MORAL ACONTECE. ASSINALE O NÚMERO CORRESPONDENTE NA ESCALA RESPECTIVA

1 - SEGUIR OS DESEJOS DA FAMÍLIA PARA OS CUIDADOS COM O DOENTE QUANDO NÃO CONCORDA COM ELES MAS A ADMINISTRAÇÃO TEME UM PROCESSO LEGAL

97. IEB_60_Intensidade *

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6		
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

98. IEB_61_Frequência *

Mark only one oval.

1	2	3	4	5	6		
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

2 - CUMPRIR ORDENS MÉDICAS PARA TRATAMENTOS

DESNECESSÁRIOS OU EXAMES EM DOENTES TERMINAIS

99. IEB_62_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

100. IEB_63_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

3 - TRABALHAR COM MÉDICOS SEM A COMPETÊNCIA QUE O CUIDADO COM O DOENTE REQUER

101. IEB_64_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

102. IEB_65_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

4 - TRABALHAR COM TÉCNICOS DE SAÚDE SEM A COMPETÊNCIA QUE O CUIDADO COM O DOENTE REQUER

103. IEB_66_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

104. IEB_67_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

5 - TRABALHAR COM PESSOAL AUXILIAR SEM A COMPETÊNCIA QUE O CUIDADO COM O DOENTE REQUER

105. IEB_68_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

106. IEB_69_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

6 - CUMPRIR ORDENS MÉDICAS PARA EXAMES DESNECESSÁRIOS

107. IEB_70_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

108. IEB_71_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

7 - AUXILIAR UM MÉDICO QUE, EM SUA OPINIÃO, É INCOMPETENTE

109. **IEB_72_Intensidade ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

110. **IEB_73_Frequência ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

8 - TRABALHAR EM CONDIÇÕES DE RECURSOS HUMANOS CONSIDERADAS INSUFICIENTES

111. **IEB_74_Intensidade ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

112. **IEB_75_Frequência ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

9 - OBSERVAR, SEM INTERVIR, QUANDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÃO RESPEITAM A PRIVACIDADE DO DOENTE

113. **IEB_76_Intensidade ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

114. IEB_77_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

10 - A PEDIDO DA FAMÍLIA RECUSAR DISCUTIR A MORTE COM UM DOENTE TERMINAL QUE INQUIRA SOBRE O ASSUNTO

115. IEB_78_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

116. IEB_79_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

11 - PERMITIR QUE OS ESTUDANTES EM FORMAÇÃO/ESTÁGIO EXECUTEM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS APENAS PARA MELHORAR AS SUAS COMPETÊNCIAS

117. IEB_80_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

118. IEB_81_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

12 - A PEDIDO DO MÉDICO RECUSAR A DISCUSSÃO SOBRE O PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA

COM O DOENTE

119. **IEB_82_Intensidade ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

120. **IEB_83_Frequência ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

13 - A PEDIDO DO MÉDICO RECUSAR A DISCUSSÃO SOBRE O PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA COM A FAMÍLIA EM CASO DE FALTA DE AUTONOMIA DO DOENTE

121. **IEB_84_Intensidade ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

122. **IEB_85_Frequência ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

14 – CUMPRIR ORDENS MÉDICAS PARA NÃO CONTAR A VERDADE AO DOENTE MESMO QUE ESTE O SOLICITE

123. **IEB_86_Intensidade ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

124. IEB_87_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

15 - A PEDIDO DO MÉDICO, RECUSAR DISCUTIR A MORTE COM UM DOENTE TERMINAL QUE INQUIRA SOBRE O ASSUNTO

125. IEB_88_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

126. IEB_89_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

16 - IGNORAR SITUAÇÕES EM QUE OS DOENTES NÃO FORAM INFORMADOS ADEQUADAMENTE DE MODO A GARANTIR O CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

127. IEB_90_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

128. IEB_91_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

17 - TRABALHAR COM COLEGAS INQUALIFICADOS PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

129. **IEB_92_Intensidade ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

130. **IEB_93_Frequência ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

18 - AUXILIAR UM MÉDICO QUE DESEMPENHA UM DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA SEM O CONSENTIMENTO INFORMADO

131. **IEB_94_Intensidade ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

132. **IEB_95_Frequência ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

19 - LEVAR A CABO UMA TAREFA PARA A QUAL NÃO ME SINTO PARTICULARMENTE COMPETENTE

133. **IEB_96_Intensidade ****Mark only one oval.*

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

134. IEB_97_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

20 - IGNORAR A SITUAÇÃO QUANDO SOUBE QUE UM(A) COLEGA ERROU UM PROCEDIMENTO DE DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA E OCULTOU O DESEMPENHO

135. IEB_98_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

136. IEB_99_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

21 - “DAR ALTA” A UM DOENTE QUE CUMPRIU O PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICA PREVISTO, EMBORA APRESENTE EVIDENTES NECESSIDADES DE MAIS CUIDADOS

137. IEB_100_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

138. IEB_101_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

22 - IGNORAR SITUAÇÕES SUSPEITAS DE ABUSO

SOBRE O DOENTE POR PARTE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

139. **IEB_102_Intensidade ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

140. **IEB_103_Frequência ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

23 - AUXILIAR UM ESPECIALISTA A INTERVIR NUM DOENTE APÓS INSUCESSO DE SBV (SUPORTE BÁSICO DE VIDA) - RESSUSCITAÇÃO CARDIO-PULMONAR

141. **IEB_104_Intensidade ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

142. **IEB_105_Frequência ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

24 - PRESTAR CUIDADOS DE SAÚDE DE MELHOR QUALIDADE AOS SEUS FAMILIARES DO QUE A OUTREM

143. **IEB_106_Intensidade ***

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

144. IEB_107_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

25 - A PEDIDO DO DOENTE, PRESTAR AUXÍLIO AO SUICÍDIO, EM CASOS DE MAU PROGNÓSTICO DO ESTADO DO DOENTE

145. IEB_108_Intensidade *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Absolutamente

146. IEB_109_Frequência *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	
De forma nenhuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Completamente

ANEXO III

Estudo 3

Declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº.	Recomendação	Pág. nº.
Título e Resumo	1	(a) Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado	104
		(b) Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado	104
Introdução			
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa	104
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes	104
Métodos			
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.	104
Contexto (setting)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.	105-106
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento	N/A
		Estudos de Caso-Control: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles	N/A
		Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.	106
		Estudos de Coorte: Para os estudos emparelhados, apresente os critérios de emparelhamento e o número de expostos e não expostos	N/A
		Estudos de Caso-Control: Para os estudos emparelhados, apresente os critérios de emparelhamento e o número de controles para cada caso	N/A
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos	N/A
Fontes de dados/ Mensuração	8	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação	105
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de viés.	105
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho da amostra.	106
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porquê.	105
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de viés	105

		Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados em falta (“missing data”)	105-106
		Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas.	N/A
		Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o emparelhamento dos casos e controles foi tratado.	N/A
		Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem	N/A
		Descreva qualquer análise de sensibilidade.	N/A
Resultados			
Participantes	13	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex.: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados)	106
		Descreva as razões para as perdas em cada etapa.	N/A
		Avalie a pertinência de apresentar um fluxograma	--
Dados Descritivos			
	14	Descreva as características dos participantes (ex.: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados em falta para cada variável de interesse.	106-111
		Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex.: média e tempo total)	N/A
Desfecho			
	15	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo	N/A
		Estudos de Caso-Controlle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição	N/A
		Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.	N/A
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex.: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos.	112-118
		Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados	N/A
		Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.	N/A
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.	N/A
Discussão			
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo	118
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.	--
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.	118-119

Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados	118-119
Outras Informações			
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado	N/A

