



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DECISÃO ÉTICA EM ENFERMAGEM: DO PROBLEMA
AOS FUNDAMENTOS PARA O AGIR.**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem

Por, Sérgio Joaquim Deodato Fernandes

Sob orientação da Sra. Prof. Doutora Lucília Nunes

**Instituto de Ciências da Saúde
Outubro, 2010**

Ab alio expectes, quod alteri feceris

Desta construção, participaram pessoas e entidades, às quais expresso aqui o meu profundo agradecimento.

À Universidade Católica Portuguesa, na pessoa seu reitor

Sr. Prof. Doutor Manuel Braga da Cruz,

e ao

Instituto de Ciências da Saúde (UCP), na pessoa do seu diretor,

Sr. Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas

e na pessoa da sua coordenadora da área científica de enfermagem,

Sra. Prof. Doutora Margarida Vieira,

pela oportunidade de realização do doutoramento em enfermagem.

À Sra. Prof. Doutora Lucília Nunes,

pela disponibilidade e empenho na orientação da tese.

Aos participantes do estudo,

pela disponibilidade para a partilha da riqueza das suas experiências profissionais.

Aos colegas próximos,

pelo apoio.

À Sandra e ao Pedro.

RESUMO

A presente tese resultou do estudo realizado com o propósito da obtenção do grau de doutor em enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa. Incide sobre a decisão ética em enfermagem, definindo o conceito de problema ético de enfermagem, enunciando as fases de construção da decisão ética e significando os fundamentos utilizados pelos enfermeiros no seu agir profissional.

O estudo parte de dois problemas de investigação, a saber, *o que constitui problema ético na prática clínica de enfermagem e como é que os enfermeiros constroem a decisão ética para resolver esses problemas*. Destes problemas resultaram três questões de investigação: *o que constitui problema ético de enfermagem; de que forma os enfermeiros constroem a decisão ética de enfermagem e por fim, quais os fundamentos utilizados pelos enfermeiros, na sua prática clínica, para suportarem a construção da decisão ética de enfermagem*. As questões de investigação formuladas deram origem a três objetivos, a saber, *definir o conceito de problema ético de enfermagem; descrever a construção da decisão ética de enfermagem e ainda, significar os fundamentos da construção da decisão ética de enfermagem*. Para estes objetivos desenhou-se um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, com recurso à entrevista como método de recolha de dados e a utilização da análise de conteúdo para a sua análise.

A tese, elaborada sob orientação da Sra. Professora Doutora Lucília Nunes, inclui um enquadramento apriorístico do estudo (Parte I), onde se identifica o conhecimento atual na área da decisão ética de enfermagem, se sintetiza a ancoragem teórica de referência e se situa o campo epistemológico escolhido. Ancoramo-nos em Aristóteles, Kant e Paul Ricoeur quanto à decisão ética e em Lucília Nunes e Margarida Vieira na ligação da ética à enfermagem. Tendo em conta o contexto problemático e metodológico do estudo, situamo-nos no pos-modernismo enquanto campo epistemológico de referência. A uma clarificação da metodologia utilizada do estudo (Parte II), segue-se a apresentação dos resultados na Parte III. A parte IV é destinada à teorização da decisão ética de enfermagem, discutindo os resultados do estudo com os referenciais teóricos adotados.

Como principais conclusões, relevamos a definição do conceito de problema ético de enfermagem, enquanto incerteza face à escolha das intervenções a realizar pelo enfermeiro, a natureza não processual da construção da decisão ética de enfermagem e uma predominância da utilização de fundamentos éticos para esta decisão. Como propostas futuras, este estudo sugere o aprofundamento da investigação na área de ligação entre a decisão clínica e a decisão ética de enfermagem.

ABSTRACT

This thesis resulted from a study conducted for the purpose of obtaining a doctoral degree in nursing at Catholic University. It focuses on the ethical decision in nursing, defining the concept of nursing ethical problem by setting out the stages of decision making and ethical meaning the grounds used by nurses in their professional action. The study explores two research problems, namely *what constitutes an ethical problem in clinical nursing and how nurses construct the ethical choice to solve these problems*. These problems resulted in three research questions: *what constitutes ethical issues in nursing; how nurses construct the decision nursing ethics and finally, what are the grounds used by nurses in their clinical practice, to support the construction of ethical decision nursing*. The research questions formulated led to three goals, namely *to define the concept of ethical issues in nursing, to describe the construction of nursing and ethical decision also means building the foundations of ethical decision nursing*. For these goals drew up a qualitative study, exploratory and descriptive, using the interview as a method of data collection and use of content analysis to the analysis.

The thesis, prepared under the guidance of the Professor Lucilia Nunes, includes a priori framework of the study (Part I), which identifies the current knowledge in the field of nursing ethics decision, if synthesizes the theoretical grounding of reference and is situated epistemological field chosen. Leaning in Aristotle, Kant and Paul Ricoeur on the decision in ethical and in Lucilia Nunes, and in Margarida Vieira on the link to nursing ethics. Having regard to the problematic context and methodology of the study, are located within postmodernism as an epistemological field of reference. The clarification of the methodology of the study (Part II), followed by the presentation of results in Part III. Part IV is devoted to theorizing the decision nursing ethics, discussing the study results with the theoretical frameworks adopted. As main conclusions, we highlight the definition of ethical issues in nursing, while uncertainty over the choice of interventions to be undertaken by nurses, not the nature of the construction of procedural decision nursing ethics and a predominant use of ethical foundations for this decision. As future proposals, this study suggests further

research in the area of connection between the clinical decision and the decision of nursing ethics.

INDICE DE QUADROS

	<i>Pag.</i>
Parte II	
Quadro 1	Caracterização da amostra do estudo. 72
Parte III	
Quadro 1	Problemas éticos identificados, integrados na categoria <i>informação</i> 81
Quadro 2	Problemas éticos identificados, integrados na categoria <i>acompanhamento em fim de vida</i> . 83
Quadro 3	Problemas éticos identificados, integrados na categoria <i>decisão do destinatário dos cuidados</i> . 86
Quadro 4	Problemas éticos identificados, integrados na categoria <i>respeito pela pessoa</i> 87
Quadro 5	Problemas éticos identificados, integrados na categoria <i>sigilo profissional</i> . 88
Quadro 6	Problemas éticos identificados, segundo categorias de Lucília Nunes 91
Quadro 7	Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria <i>conflito entre princípios: científicos e éticos</i> 97
Quadro 8	Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria <i>conflito entre normas</i> . 99
Quadro 9	Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria <i>desrespeito pela dignidade humana</i> . 100
Quadro 10	Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria <i>conflito entre valores</i> . 101
Quadro 11	Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria <i>violação de direitos</i> . 102
Quadro 12	Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria <i>risco do bem-estar</i> . 103
Quadro 13	Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria <i>risco para a saúde</i> . 103
Quadro 14	Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria <i>conflito entre direitos</i> . 104
Quadro 15	Categorização das características de problema ético de enfermagem. 105
Quadro 16	Fases de construção da decisão, enquanto categorias emergentes. 115
Quadro 17	Fundamentos éticos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem. 122
Quadro 18	Fundamentos científicos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem. 125
Quadro 19	Fundamentos jurídicos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem. 126

Quadro 20	Fundamentos deontológicos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.	127
Quadro 21	Fundamentos profissionais ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.	128
Quadro 22	Fundamentos culturais ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.	129
Quadro 23	Categorização dos fundamentos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.	130
Quadro 24	Fundamentos éticos utilizados na decisão ética de enfermagem.	137
Quadro 25	Fundamentos científicos utilizados na decisão ética de enfermagem.	139
Quadro 26	Fundamentos profissionais utilizados na decisão ética de enfermagem.	141
Quadro 27	Fundamentos deontológicos utilizados na decisão ética de enfermagem.	143
Quadro 28	Fundamentos culturais utilizados na decisão ética de enfermagem.	144
Quadro 29	Fundamentos sociais utilizados na decisão ética de enfermagem.	145
Quadro 30	Fundamentos jurídicos utilizados na decisão ética de enfermagem.	146
Quadro 31	Categorização dos fundamentos utilizados na decisão ética de enfermagem.	147

INDICE DE FIGURAS

	<i>Pag.</i>
Parte III	
Figura 1	164
Representação gráfica do <i>Processo de Enfermagem</i> em ligação à identificação do problema ético de enfermagem.	
Figura 2	202
Representação gráfica das fases da decisão ética de enfermagem.	
Figura 3	248
Representação gráfica dos fundamentos da decisão ética de enfermagem.	

INDICE GERAL

	<i>Pag.</i>
INTRODUÇÃO	15
Parte I ENQUADRAMENTO APRIORÍSTICO DO ESTUDO	21
1 REVISÃO DA LITERATURA	22
1.1 Problema ético em enfermagem	22
1.2 Decisão ética em enfermagem	24
2 ANCORAGEM TEÓRICA: DA DECISÃO À AÇÃO	29
2.1 A origem da decisão: o poder do homem livre	29
2.2 Os antecedentes da decisão: a intenção e a vontade	33
2.3 A ação como resultado da decisão	36
2.4 As consequências da decisão e da ação	41
2.5 A decisão de cuidado em enfermagem	44
3 ENQUADRAMENTO EPISTEMOLÓGICO DO ESTUDO	48
3.1 Correntes epistemológicas	48
3.2 O campo epistemológico do estudo	53
3.3 O objeto disciplinar da enfermagem	54
4 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM	58
4.1 O <i>problema</i> de enfermagem, nas filosofias, nos modelos conceptuais e nas teorias	58
4.2 Filosofias de enfermagem	59
4.3 Modelos conceptuais e grandes teorias	61
4.4 Teorias e teorias de médio alcance	63
4.5 Conceitos de problema de enfermagem	64
Parte II METODOLOGIA	67
1 OPÇÕES METODOLÓGICAS	68
1.1 Tipo de estudo	68
1.2 Campo de Análise	69
1.3 Amostra	70
1.4 Método de recolha de dados	72
1.5 Análise dos dados	75
1.6 Considerações éticas	76

Parte III	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: DO PROBLEMA À DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM	77
1	IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS ÉTICOS DE ENFERMAGEM	78
1.1	Metodologia seguida	78
1.2	Informação	79
1.3	Acompanhamento em fim de vida	81
1.4	Decisão do destinatário dos cuidados	84
1.5	Respeito pela pessoa	86
1.6	Sigilo Profissional	88
1.7	Categorização dos problemas éticos de enfermagem identificados	88
2	A NATUREZA DO PROBLEMA ÉTICO DE ENFERMAGEM	93
2.1	Metodologia utilizada	93
2.2	Conflito entre princípios: científicos e éticos.	94
2.3	Conflito entre normas	97
2.4	Desrespeito pela dignidade humana	99
2.5	Conflito de valores	100
2.6	Violação de direitos	101
2.7	Risco para o bem-estar	102
2.8	Risco para a saúde	103
2.9	Conflito de direitos	104
2.10	Síntese das características do problema ético de enfermagem	104
3	FASES DA CONSTRUÇÃO DA DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM	107
3.1	Identificação do problema ético de enfermagem	107
3.2	Envolvimento da pessoa e dos seus familiares na decisão	108
3.3	Construção da decisão em equipa	109
3.4	Ponderação dos fundamentos para a decisão	110
3.5	Decisão segundo os fundamentos escolhidos	112
3.6	Agir conforme os fundamentos utilizados	113
3.7	Avaliação da decisão	114
4	FUNDAMENTOS PONDERADOS PARA A DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM	116
4.1	Fundamentos éticos ponderados	117
4.2	Fundamentos científicos ponderados	123
4.3	Fundamentos jurídicos ponderados	125
4.4	Fundamentos deontológicos ponderados	126
4.5	Fundamentos profissionais ponderados	127
4.6	Fundamentos culturais ponderados	128
4.7	Síntese dos fundamentos ponderados	129

5	FUNDAMENTOS UTILIZADOS PARA A DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM	131
5.1	Fundamentos éticos utilizados	131
5.2	Fundamentos científicos utilizados	137
5.3	Fundamentos profissionais utilizados	140
5.4	Fundamentos deontológicos utilizados	141
5.5	Fundamentos culturais utilizados	143
5.6	Fundamentos sociais utilizados	144
5.7	Fundamentos jurídicos utilizados	145
5.8	Síntese dos fundamentos utilizados	146
Parte IV	TEORIZAÇÃO DA DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM	148
1	CONCEITO DE PROBLEMA ÉTICO DE ENFERMAGEM	149
1.1	Modo de construção do conceito	149
1.2	Características essenciais constitutivas: a incerteza face ao agir.	150
1.3	Características essenciais constitutivas: a protecção das pessoas.	152
1.4	Características essenciais consecutivas: escolha dos fundamentos para agir.	154
1.5	Característica acidental geral: a necessidade de cuidado de uma pessoa em concreto.	158
1.6	O Conceito de problema ético de enfermagem	159
2	PROBLEMA ÉTICO E PROBLEMA CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM	161
3	CONSTRUÇÃO DA DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM	165
3.1	A natureza sistémica da construção da decisão ética de enfermagem	165
3.2	Identificar o problema ético de enfermagem	166
3.3	Envolver a pessoa na construção da decisão	173
3.3.1	A participação dos familiares	179
3.4	Envolver a equipa de saúde	181
3.5	Ponderar os fundamentos para a decisão	186
3.6	Decidir com base nos fundamentos escolhidos	190
3.7	Prestar o cuidado decidido	194
3.8	Avaliar o impacto da ação realizada	197
3.9	Sintetizando a construção da decisão ética de enfermagem	201
4	FUNDAMENTOS DA DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM	203
4.1	Fundamentos éticos	204
4.1.1	O respeito pela pessoa e pela dignidade humana	204
4.1.2	O respeito pela vontade do próprio	206
4.1.3	Respeito pelos princípios e pelos valores da pessoa	210
4.1.4	O bem para a pessoa	211
4.1.5	O princípio da não-maleficência	213

4.1.6	O respeito pela vida e pela qualidade de vida	215
4.1.7	A promoção do bem-estar e o alívio do sofrimento	218
4.1.8	A proteção da saúde	220
4.1.9	O princípio da justiça	221
4.1.10	A confiança	223
4.2	Fundamentos deontológicos	225
4.3	Fundamentos jurídicos	230
4.4	Fundamentos profissionais	235
4.5	Fundamentos científicos	239
4.6	Fundamentos sócio-culturais	242
4.7	Síntese dos fundamentos da decisão ética de enfermagem	246
	CONCLUSÃO	249
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO	253

INTRODUÇÃO

A presente tese decorre do estudo realizado no âmbito temático da decisão ética de enfermagem, inserido na área de especialização de “História e Filosofia de Enfermagem” do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tem como objetivos, sintetizar o enquadramento apriorístico do estudo, no que se refere ao estado do conhecimento atual, ao enquadramento epistemológico e à ancoragem teórica; fundamentar as escolhas metodológicas feitas; discutir os resultados do estudo realizado e teorizar a decisão ética de enfermagem.

A problemática em estudo enquadra-se no domínio da ética de enfermagem, enquanto dimensão própria do conhecimento desta disciplina. A decisão ética é aqui entendida como resultante da ocorrência de problemas éticos no âmbito do exercício profissional do enfermeiro, em que está envolvida a pessoa a quem os cuidados se dirigem e, por vezes, os seus familiares. Perante a identificação destes problemas, o enfermeiro procura as ações que considera adequadas à sua resolução, através da construção de uma decisão suportada em fundamentos que se mostram apropriados para garantir um agir ético.

A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento relativa ao cuidado humano, materializa-se no exercício profissional, essencialmente na prestação de cuidados às pessoas, às famílias, aos grupos e à comunidade¹. São cuidados dirigidos às pessoas, sedimentados no conhecimento disciplinar de enfermagem, pelo que são reconhecidos como *cuidados de enfermagem*².

O cuidado consiste numa *intervenção* do enfermeiro³, enquanto *ação* humana capaz de alterar o meio externo. Realizar uma intervenção de enfermagem corresponde à prática de um cuidado, que é concretizado numa e com uma pessoa, na dupla perspectiva de que se materializa no ser humano verificando-se nele a produção de resultados, e que se

¹Como definido no nº 2 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro.

²A publicação em lei do REPE em que os “cuidados de enfermagem” surgem como um conceito definido, é uma manifestação inequívoca desse reconhecimento pela sociedade.

³Referimos o termo *enfermeiro* como o profissional de enfermagem, independentemente do título profissional atribuído em Portugal, de “enfermeiro” ou “enfermeiro especialista”.

desenvolve numa relação pessoa-enfermeiro. Frequentemente as ações do enfermeiro envolvem outras pessoas para além do seu *cliente*, tido aqui como aquele que estabeleceu a relação de cuidado. E podem ainda afetar o ambiente, como acontece na utilização de recursos materiais para a prestação dos cuidados.

O cuidado de enfermagem, enquanto intervenção profissional do enfermeiro dirigida à pessoa, manifesta-se assim no mundo social e no mundo material. Consubstancia-se numa ação voluntária, precedida de uma decisão que se revela na realidade exterior ao enfermeiro, para além dos efeitos verificados em si próprio.

Ocorrendo um problema ético, o enfermeiro necessita resolvê-lo, assumindo o seu dever profissional de agir. Deste modo, o enfermeiro procura a ação adequada para resolver o problema identificado, construindo uma decisão que se revele eticamente boa para a pessoa em causa. Pela decisão e pela ação o enfermeiro responde, no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem.

Esta ligação problemática do nosso estudo – a decisão ética de enfermagem – à responsabilidade profissional do enfermeiro, permite-nos situá-la na esfera mais ampla da responsabilidade profissional em enfermagem. Assim, quando nos situamos na decisão ética de enfermagem, consideramos a decisão para o cuidado, ou seja uma decisão que origina uma ação, em que ambas – decisão e ação – constituem objecto de responsabilidade do enfermeiro.

O nosso trabalho de mestrado consistiu na identificação de enunciados de agir do enfermeiro em Portugal - a partir dos Pareceres e dos Acórdãos do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros - que consideramos como critérios de responsabilidade profissional⁴. Consideramos estes critérios, que integram a doutrina vigente, na medida em que resultam da interpretação e reflexão do Conselho Jurisdicional, como fundamentos para a decisão em enfermagem. Assim, com este trabalho situámo-nos na área da decisão de enfermagem, concretamente no domínio dos fundamentos utilizados e na sua contribuição para a avaliação da responsabilidade profissional, considerando os atos profissionais como resultado da tomada de decisão alicerçada em fundamentos de ordem ética, deontológica e jurídica, identificados nestes critérios. Na medida em que os critérios de agir identificados, resultaram da pesquisa dos documentos de interpretação dos deveres profissionais dos enfermeiros e

⁴Publicado em: DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Edições Almedina, 2008. 194 p. ISBN 978-972-40-3401-0

encontrando-se estes prescritos na lei⁵, consideramo-los como a valoração da sociedade da responsabilidade em enfermagem. Ou seja, sendo critérios identificados a partir da interpretação da norma jurídica, resultante do poder legislativo do Estado, traduzem a valoração que a sociedade faz da responsabilidade do enfermeiro, no exercício da sua atividade profissional. Com o presente estudo, propusemo-nos investigar a decisão ética, a partir da valoração dos enfermeiros e tendo em conta o problema ético de partida.

Os problemas éticos com os quais os enfermeiros lidam no seu exercício profissional em Portugal, encontram-se identificados⁶. Temos também propostas, algumas definições para problema ético em geral, mas não encontramos estudos que tenham construído um conceito de problema ético de enfermagem, pelo que este é um primeiro objetivo definido. Pretendemos delimitar problema ético de enfermagem, encontrando uma definição para o conceito, enquadrando-o na ética de enfermagem. Com efeito, se consideramos que a enfermagem tem uma ética própria ancorada num agir profissional com características específicas, com princípios e valores próprios, isso significa que os problemas de enfermagem que classificamos como éticos, também serão específicos. Se a enfermagem tem um campo de intervenção autónomo na saúde – a prestação de cuidado ao Outro – com a adequada delimitação disciplinar, apesar de inserida num contexto *multiprofissional* e pluridisciplinar, os problemas de natureza ética, serão igualmente específicos. Ou seja, partimos do princípio de que o enfermeiro lida com situações próprias do seu domínio de intervenção em saúde, que a pessoa em concreto e a sociedade esperam que ele resolva. Serão problemas cujas soluções competem aos enfermeiros encontrar, porque se inserem no âmbito do cuidado de enfermagem que este profissional prometeu prestar às pessoas. Deste modo, são problemas que integram a ética de enfermagem, enquanto ética aplicada regional.

De outro modo, encontram-se referidos na literatura modelos para “processos de tomada de decisão” ética em saúde e em enfermagem⁷. Contudo não encontramos estudos

⁵O Código Deontológico do Enfermeiro integra o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

⁶Referimo-nos ao estudo de Lucília Nunes, publicado em: NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8

⁷Como os referidos por: BANDMAN, Elsie.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics: Through The Life Span**. New Jersey: Prentice Hall, 2002 333 p. ISBN 0-83-85-6976-5; por: THOMPSON, Ian E;

realizados em Portugal sobre o assunto e os escassos estudos estrangeiros publicados não originaram uma teoria acerca da tomada de decisão ou dos fundamentos utilizados pelos enfermeiros na resolução de problemas éticos. Assim, consideramos pertinente a construção de conhecimento neste domínio da conceptualização de problema ético de enfermagem, da construção da decisão ética e dos fundamentos para decidir utilizados pelos enfermeiros na sua prática de cuidados.

Considerando os contornos da realidade portuguesa, relativamente à reflexão no âmbito da ética de enfermagem que tem proposto princípios e valores éticos⁸, aos princípios e valores adotados pela profissão, à deontologia profissional e ao quadro jurídico vigente, julgamos necessário a caracterização do modo e dos fundamentos da decisão ética do enfermeiro no nosso país. Estamos assim a circunscrever-nos à nossa realidade sócio-cultural, na linha de pensamento de Kim Lutzen⁹ que propõe que a investigação sobre a decisão ética em enfermagem deve ser contextualizada a uma determinada cultura, uma vez que a dimensão cultural dos cuidados de saúde e de enfermagem fazem com que os problemas éticos sejam diferentes.

Nestes termos, formulamos dois problemas de investigação, a saber, *o que constitui problema ético na prática clínica de enfermagem e como é que os enfermeiros constroem a decisão ética para resolver esses problemas, quanto às fases percorridas e quanto aos fundamentos utilizados*. Estes problemas de investigação deram origem a três questões de investigação, a saber, *o que constitui problema ético de enfermagem; de que forma os enfermeiros constroem a decisão ética de enfermagem e por fim, quais os fundamentos utilizados pelos enfermeiros, na sua prática clínica, para suportarem a construção da decisão ética de enfermagem*. Destas questões de investigação, resultaram três objetivos, a saber, *definir o conceito de problema ético de enfermagem*;

MELIA, Kath M; BOYD, Kenneth M – **Ética em Enfermagem**. Trad. PEREIRA, Helena; ROSA, Margarida Cunha. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-67-3. p. 11 ou por: Manuela Gândara, referindo-se aos modelos de P. Almenara e M. Burkhard e A. Nathaniel, em GÂNDARA, Manuela – Dilemas Éticos e Processo de Decisão. IN NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p.403-416

⁸Como acontece em: NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. 582 p. ISBN 072-603-326-8; **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. Nº 15. (Dezembro.2004)

⁹LUTZEN, K. Nursing Ethics Into the Next Millennium: a context-sensitive approach for nursing ethics. **Nursing Ethics**. (Em linha) 4.3 (May 1997) 219-226. Academic Search Complete. EBSCO. (Consult.25. Agosto.2008). Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=7392903&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

descrever a construção da decisão ética de enfermagem e ainda, significar os fundamentos da construção da decisão ética de enfermagem.

A escolha metodológica recaiu sobre um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, com a utilização da entrevista semi-estruturada como método de recolha de dados. Os sujeitos foram enfermeiros – com título de *enfermeiro* e *enfermeiro especialista* – com exercício profissional na prestação de cuidados. Foram entrevistados 15 enfermeiros, cujas narrativas foram analisadas através da *análise de conteúdo*. Dos seus discursos extraíram-se as referências que corporizaram o conjunto dos resultados que deram resposta aos objetivos estabelecidos.

No texto que se segue apresenta-se o resultado teórico construído a partir desta investigação. Os capítulos integram-se em quatro partes, cada uma delas correspondendo a uma fase do percurso seguido. A Parte I - Enquadramento Apriorístico do Estudo – é destinada a explicitar os diversos alicerces teóricos onde o estudo se ancora. Enquadra a problemática, sintetiza a ancoragem teórica, realiza o enquadramento epistemológico e analisa o conceito de problema científico de enfermagem. A Parte II – Metodologia – apresenta as opções metodológicas do processo de investigação. A Parte III – Apresentação dos Resultados: do Problema à Decisão Ética de Enfermagem – apresenta os resultados obtidos através da análise das narrativas dos participantes. Por fim, a Parte IV – Teorização da Decisão Ética de Enfermagem – discute os resultados apresentados na parte anterior estabelecendo as diversas pontes teóricas que o enquadramento da Parte I possibilita. Desta discussão emerge a teorização sobre a decisão ética de enfermagem, definindo-se o conceito de problema ético de enfermagem, explicitando-se a construção da decisão ética e identificando os fundamentos que a suportaram.

O texto da tese forma assim um corpo teórico uno que procura resolver os problemas de investigação de partida. A sua separação estrutural corresponde apenas a uma divisão adjetiva na procura de uma melhor organização sistemática. É também com este propósito que alguns capítulos se encontram divididos em sub-capítulos, sempre que a extensão dos seus conteúdos o justifique. A inclusão de algumas figuras pretende sintetizar graficamente algumas matérias, dando assim imagem ao discurso.

O compêndio de palavras traduz o conjunto sistemático das ideias construídas a partir do estudo realizado. O necessário enfoque temático na decisão ética de enfermagem,

não impediu a procura de outros horizontes filosóficos e científicos. A ancoragem teórica onde nos suportamos e o desenrolar da análise e discussão dos resultados do estudo, permitiram as naturais incursões na ética, na deontologia, no direito, assentes no eixo central da enfermagem.

A delimitação conceptual realizada através da definição de problema ético de enfermagem, a descrição do modo de construção da decisão ética de enfermagem e a identificação dos fundamentos utilizados pelos enfermeiros para o seu agir ético, constituem os tópicos teóricos desta tese. A sua abordagem, tendo como origem os resultados do estudo, resultou desta confluência de diversos domínios do saber, no conhecimento de enfermagem. Na medida em que se situa no agir do enfermeiro enquanto profissional do cuidado, refletindo alguns modos e fundamentos para este agir, enquadra-se no âmbito da ética de enfermagem. O título – *decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir* – sintetiza assim o tema central – decisão ética de enfermagem – e delimita o âmbito do estudo, quando considera o problema ético de enfermagem como ponto de partida para a construção da decisão ética, em que os fundamentos valorados pelos enfermeiros assumem uma dimensão essencial.

Com esta tese pretendemos contribuir para o conhecimento de enfermagem, tendo como propósito teorizar a decisão ética na prática clínica. Com o conhecimento produzido, pretendemos contribuir para o desenvolvimento da ética de enfermagem e em concreto, para o ensino e a formação em enfermagem sobre a tomada de decisão ética, na esfera mais ampla da responsabilidade profissional, integrando assim a lacuna que consideramos existir.

Por opção, o texto encontra-se redigido cumprindo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

PARTE I

ENQUADRAMENTO APRIORÍSTICO DO ESTUDO

*“Escuto sem saber se estou ouvindo
O ressoar das planícies do vazio
Ou a consciência atenta
Que nos confins do universo
Me decifra e fita”*

Sophia de Mello Breyner Andresen

1. REVISÃO DA LITERATURA

Tendo em conta a problemática em estudo, as questões de investigação formuladas e os objetivos definidos, fazemos aqui o ponto da situação do conhecimento disponível, com base na revisão da literatura efectuada.

1.1 Problema ético em enfermagem

Problema ético é geralmente considerado na bibliografia¹⁰ como uma situação difícil que requer uma solução que seja eticamente adequada. Quando os autores se referem a problema ético em enfermagem, aludem a situações da prática profissional do enfermeiro, mas não encontramos uma definição própria para o conceito de *problema ético de enfermagem*, enquanto entidade conceptual própria. Verificamos que existem diversos estudos que identificam problemas éticos nos cuidados de saúde e de enfermagem, todavia não encontramos um conceito que delimitasse o problema ético de enfermagem. As definições encontradas, referem-se a situações de dificuldade de decisão¹¹, mas não delimitam conceptualmente.

Um estudo¹² realizado na Coreia do Sul em 1993 com 57 enfermeiros, identificou 329 problemas éticos, o que levou a que fosse proposto um novo “Ethics Code” que

¹⁰Como em: THOMPSON, Ian E; MELIA, Kath M; BOYD, Kenneth M – **Ética em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 445 p.Trad. PEREIRA, Helena; ROSA, Margarida Cunha. ISBN 972-8383-67-3. p. 8

¹¹Como os casos de: “An ethical problem is a situation involving conflict about the right thing to do”. Fonte: Park Hyeoun –AE, et-al - Korean Nursing Students' Ethical Problems and Ethical Decision Making. **Nursing Ethics** [serial on the Internet]. (2003, Nov), [Consult. 1.Maio.2009]; 10(6): 638-653. Available from: Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=37&hid=6&sid=545816ab-9f38-4dde-a047-244807f9fb2e%40sessionmgr3>; “situations where they can choose between different alternatives to act, and where it is impossible to satisfy all parties’ interests and/or values in an ideal way”. Fonte: Bolmsjö Ingrid; Edberg Anna-Karing; Sandman Lars - Everyday Ethical Problems in Dementia Care: a teleological model. **Nursing Ethics** [serial on the Internet]. (2006, July), [Consult. 1.Maio.2009]; 13(4): 340-359. Available from: Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=37&hid=6&sid=545816ab-9f38-4dde-a047-244807f9fb2e%40sessionmgr3>

¹²HAN, Sung-Suk, et al - Korean nurses' perceptions of ethical problems: Toward a new code of ethics for nursing. **Nursing & Health Sciences** (Em linha) 2.4 (Dec. 2000) 217-224. Academic Search Complete. EBSCO. (Consult.25.Agosto.2008) Disponível em:

reflectisse os novos problemas encontrados. Neste estudo, deliberadamente¹³ não foi definido problema ético à partida, aceitando todos os casos referidos pelos participantes. Com base nos problemas éticos identificados, os autores propuseram¹⁴ que o novo Código Coreano incluísse normas relativas aos direitos humanos, aos deveres legais, à autonomia profissional, ao respeito pelos clientes e pelos enfermeiros, à defesa dos clientes, à competência profissional e ao relacionamento com os outros membros da equipa de saúde, uma vez que foram estas as categorias onde se incluem os problemas encontrados.

No domínio específico dos cuidados de saúde primários, um estudo¹⁵ realizado em São Paulo (Brasil) em 2001 e 2002, identificou um conjunto de problemas éticos a partir da percepção de enfermeiros e médicos, que foram agrupados em 3 categorias: “*problemas éticos nas relações com usuários e família*”, “*problemas éticos nas relações da equipe*” e “*problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde*”. Os problemas identificados relativos à relação com as pessoas clientes de cuidados, incluem situações relacionadas com a *relação propriamente dita*, com o *projecto terapêutico*, com a *informação*, e com a *privacidade e confidencialidade*. No global, os problemas identificados, segundo os autores, “representam preocupações do cotidiano da assistência à saúde e não as situações dramáticas próprias do hospital”¹⁶, o que corrobora os resultados de outros estudos realizados noutros países, referidos neste estudo.

Em Portugal, Lucília Nunes¹⁷ num estudo realizado entre 2001 e 2004, identificou um conjunto de problemas éticos referidos pelos enfermeiros, que agrupou em 12 categorias: *informação, acompanhamento de fim de vida, decisão do destinatário dos cuidados, respeito pela pessoa, sigilo profissional, responsabilidade profissional nas actividades interdependentes, responsabilidade institucional, distribuição de recursos,*

<<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=5485534&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

¹³ Como referem em: Idem, p. 2

¹⁴ Idem, p. 7

¹⁵ ZOBOLI, Elma L. C. P; FORTES, Paulo A. C. - Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. (Em linha) ISSN 0102 – 311X. Vol. 20. Nº 6 (Nov/Dez.2004). (Consult. 25.Abril.2008) Disponível em: <http://www.scielo.org/img/revistas/csp/v20n6/28t1.gif>

¹⁶ Idem. Mantivemos a frase na escrita original brasileira.

¹⁷ Publicado em: NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 257-345

reflexão profissional, desenvolvimento das tecnologias, protecção da saúde e início de vida.

Os problemas éticos relativos a cada um destas categorias, referem-se a decisões sobre intervenções de enfermagem ou sobre outros aspectos inerentes à prática profissional do enfermeiro. Destes emergem os problemas relacionados com a articulação com os familiares da pessoa cliente de cuidados, nomeadamente quanto à transmissão da informação, os relacionados com o agir em interdependência no seio da equipa de saúde, assim como os problemas inerentes ao papel das organizações de saúde no atendimento em saúde.

Estas categorias são as que iremos utilizar na análise dos resultados relativos à identificação do problema ético de enfermagem, no capítulo 1 da Parte III.

Verificamos assim que existem identificados problemas éticos de enfermagem, inclusive na realidade portuguesa, formulados a partir da conceptualização que resultou dos estudos, não emergindo todavia, da revisão da literatura feita, uma definição que delimite este conceito.

1.2 Decisão ética em enfermagem

A tomada de decisão ética em enfermagem é um tema que encontramos abordado atualmente em diversa bibliografia. Os autores referem a decisão de cuidados a partir de problemas que emergem da relação de cuidado entre o enfermeiro e as pessoas de quem cuidam, assim como no âmbito da relação estabelecida com os familiares, com os colegas e com os outros profissionais de saúde.

Sobre a tomada de decisão ética do enfermeiro, são enunciados modelos de natureza processual, considerando que o cuidado a prestar resulta de um conjunto de etapas, a partir do problema identificado. James F. Smurl, considerava num artigo¹⁸ publicado em 1988 que a tomada de decisão ética é um processo que envolve competência e arte¹⁹. Em 1992, Mary Elizabeth Greipp, enfermeira e professora nos Estados Unidos da

¹⁸SMURL, James F. - Ethical Problems. **Nursing** (Em linha) 18.6 (June 1988) 110-110. Academic Search Complete. EBSCO. (Consult. 25 Agosto 2008). Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=4888093&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

¹⁹Referindo que a tomada de decisão implica: “a skill and an art developed by personal effort and institutional support”

América, publicou um artigo propondo um modelo de fundamentação para a tomada de decisão ética em enfermagem, que intitulou de “*Greipp's Model of Ethical Decision Making*”²⁰. Este modelo assenta no respeito pelos princípios éticos relacionados com os cuidados de saúde – justiça, autonomia, beneficência, não-maleficência, responsabilidade – tendo por base a deontologia de enfermagem e o princípio Kantiano que considera a pessoa como um fim em si mesmo. Os pressupostos deste modelo são os seguintes²¹: “*todas as pessoas partilham a necessidade de cuidados básicos de saúde*”; “*os enfermeiros agem como ‘analistas de dados/decisores’ diariamente*”; “*agir segundo código deontológico*”; “*a tomada de decisão é um processo complexo, sujeito a variações impostas pelas pessoas, pelas situações e pelos ambientes*”.

Outros autores propõem modelos com identificação das fases do processo de tomada de decisão ética pelo enfermeiro. Thompson et al²² propõem um processo intitulado por “*modelo DECIDE*”, actualizando o modelo anterior “*SPIRAL*”, que inclui 6 etapas. Uma primeira (“*definir o problema*”) destinada à identificação do problema a que se segue uma segunda fase (“*estudo ético*”) de procura dos princípios éticos que ajudarão a encontrar a solução adequada. Uma terceira etapa (“*considerar opções*”) é destinada à análise das diversas alternativas possíveis de solução e uma quarta (“*investigar os resultados*”) tem por fim identificar os resultados possíveis para cada uma das alternativas consideradas. A quinta etapa deste processo (“*decidir sobre a acção*”) é destinada à decisão e à implementação da acção decidida e na sexta e última (“*estimar/avaliar os resultados*”) o enfermeiro avalia o resultado final da sua acção. Desta forma, segundo os autores, seguindo um contínuo de passos, o enfermeiro encontrará a melhor solução para os problemas éticos que lhe surgem no seu exercício profissional.

²⁰GREIPP, ME - Greipp's model of ethical decision making. **Journal of Advanced Nursing** (Em linha).17.6 (June 1992) 734-738. CINAHL Plus with Full Text. EBSCO.(Consult.24.Agosto.2008). Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1992147529&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

²¹Tradução livre de (Idem, p. 737): “all clients share a need for basic health care”; “nurses act as 'data analyst/decision maker' on a daily basis”; “all nurses practise within a code of ethics”; “decision making is a complex process subject to variations imposed by people, situations and environments”.

²²Em: THOMPSON, Ian E; MELIA, Kath M; BOYD, Kenneth M – **Ética em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 445 p.Trad. PEREIRA, Helena; ROSA, Margarida Cunha. ISBN 972-8383-67-3. p. 324-331

Bandman e Bandman²³ referem-se aos valores e aos princípios que devem suportar a decisão ética em enfermagem, dando particular relevância à participação das pessoas clientes, nos processos de tomada de decisão que lhes dizem respeito. Para tal, as autoras consideram como essenciais a serem considerados na tomada de decisão ética pelos enfermeiros, os princípios da *autodeterminação*, do *bem-estar* e da *equidade*.

Um estudo sueco²⁴, utiliza um modelo de tomada de decisão ética da autoria de Lars Sandman (co-autora do estudo) para a decisão de casos com problemas éticos relacionados com pessoas com problemas de demência, que integra um conjunto de etapas. Estes passos são: identificação da situação-problema; identificação das diferentes alternativas; avaliar as diferentes alternativas e por fim decidir, implementar a decisão e avaliar.

Alguns estudos referem-se aos modos de tomada de decisão ética na saúde em geral e em enfermagem, apontando algumas diferenças. Um estudo²⁵ realizado em 2 hospitais de Toronto, publicado em 1992, em que participaram 9 enfermeiros e 9 médicos, revela que os enfermeiros e os médicos assumem decisões éticas diferentes. Na perspectiva dos autores, os enfermeiros adotam mais um comportamento ético, mais preocupado com o cuidado ao Outro como fim, enquanto que os médicos se preocupam mais com os direitos das pessoas, com a sua doença e com a cura.

No Reino Unido, um estudo²⁶ publicado em 1998 tendo como sujeitos enfermeiros, identificou as influências na decisão ética de enfermagem. As influências identificadas no processo de decidir dos enfermeiros, resultaram das atitudes dos médicos, dos colegas, dos constrangimentos organizacionais e dos limites impostos pela autonomia das pessoas cuidadas.

²³Cf. BANDMAN, Elsie.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics: Through The Life Span**. New Jersey: Prentice Hall, 2002 333 p. ISBN 0-83-85-6976-5. p. 96-113

²⁴ Bolmsjö Ingrid; Edberg Anna-Karing; Sandman Lars - Everyday Ethical Problems in Dementia Care: a teleological model. **Nursing Ethics** [serial on the Internet]. (2006, July), [Consult. 1.Maio.2009]; 13(4): 340-359. Available from: Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=37&hid=6&sid=545816ab-9f38-4dde-a047-244807f9fb2e%40sessionmgr3>

²⁵GRUNDSTEIN-AMADO, R. - Ethical decision-making processes used by health care providers." **Journal of Advanced Nursing** (Em linha) 18.11 (Nov. 1993) 1701-1709. CINAHL Plus with Full Text. EBSCO. (Consult. 25.Agosto.2008). Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1994179253&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

²⁶LIPP; Alison – An Enquiry Into a Combined Approach for Nursing Ethics. **Nursing Ethics**. (Em Linha). (1998) (Consult. 16.Agosto.2008). Disponível em : <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=27&hid=101&sid=afc8ac9f-802f-4437-b0a1-6c94b0b4a095%40sessionmgr2>

Relativamente às componentes da tomada de decisão ética em enfermagem, um estudo²⁷ realizado nos Estados Unidos da América e publicado em 1996, que entrevistou 19 enfermeiros de um hospital, revelou a emergência de 4 categorias comuns, relativas à tomada de decisão ética: o contexto, a situação que inicia o processo, o processo de tomada de decisão e os resultados.

Um estudo²⁸ realizado nos Estados Unidos da América, com estudantes de enfermagem, publicado em 2001, demonstrou que a distribuição dos 73 participantes pelos cinco modelos de resolução de problemas conhecidos pelos estudantes foi relativamente homogénea (entre os 11 e os 19), verificando-se contudo uma percentagem de 52 % (38 participantes) que utilizou modelos *principalistas*, pelo facto de, segundo os autores, serem melhor apropriados pelos estudantes. Numa réplica deste estudo realizado na Coreia do Sul²⁹ publicado em 2003, com 97 estudantes de enfermagem, identificaram-se 97 problemas éticos – 1 por estudante – e o modo como foi resolvido por cada um. Concluiu-se que, dos cinco modelos de resolução de problemas, o mais utilizado (43,3%), foi o Modelo de *guidelines* para resolver problemas éticos, de Cameron ME. Neste estudo, 91% dos estudantes consideraram útil a utilização de um dos modelos de resolução de problemas éticos para a sua aprendizagem

Esta revisão da literatura, com alguns estudos (todos qualitativos) publicados, leva-nos a concluir que não conhecemos em concreto o modo de decidir dos enfermeiros quando se vêm confrontados com problemas éticos. Não conhecemos sobre se os processos de tomada de decisão ética que são propostos pelos autores são de facto utilizados pelos enfermeiros. Não conhecemos igualmente quais e de que natureza são os fundamentos utilizados pelos enfermeiros na resolução de problemas éticos na sua relação de cuidado com as pessoas.

²⁷SMITH, K V - Ethical decision-making by staff nurses. **Nursing Ethics** (Em linha) 3.1 (Mar. 1996): 17-25.MEDLINE with Full Text. EBSCO. (Consult.24.Agosto.2008). Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=8696860&site=ehost-live>>.

²⁸CAMERON, Miriam; SCHAFFER, Marjorie; PARK, Hyeoun – Nursing Students' Experience of Ethical Problems and Use of Ethical Decision-Marking Models. **Nursing Ethics** (Em linha). (2001) (Consult. 15.Agosto.2008). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=9&hid=116&sid=01f88d9f-4804-4f45-b1bf-e6f97d0a9e85%40sessionmgr107>

²⁹HAN, Sung-Suk, et al - Korean nurses' perceptions of ethical problems: Toward a new code of ethics for nursing. **Nursing & Health Sciences** (Em linha) 2.4 (Dec. 2000) 217-224. Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive. EBSCO (Consult. 25.Agosto.2008). Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=5485534&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

É deste ponto de partida face ao conhecimento existente, que procuraremos respostas para a problemática definida neste estudo.

2. ANCORAGEM TEÓRICA: DA DECISÃO À AÇÃO

O objeto do nosso estudo circunscreve-se à decisão ética de enfermagem, entendida como aquela que se propõe resolver um problema ético de enfermagem. Deste modo, considerando que os problemas éticos de enfermagem emergem da relação de cuidado ou seja, no âmbito da prestação de cuidados, a decisão que procura a sua resolução, será, ainda assim, uma decisão para o cuidado. É nesta medida, que consideramos a decisão ética de enfermagem, como uma parte do todo que é a decisão de cuidado, ou a decisão para o cuidado.

Considerando que o cuidado consiste, em sentido material e também em sentido formal, numa ação, isto significa que a decisão ética de enfermagem, na medida em que tem em vista um cuidado, resulta na prática de uma ação, ou de uma intervenção do enfermeiro. É neste sentido que alguns autores se referem à decisão em geral e à decisão ética em particular como um processo, ou seja, como um conjunto de etapas que levam à realização de um ação. Alguns referem-se mesmo à *tomada de decisão ética*, realçando a construção por etapas, como vimos no capítulo anterior. A expressão “*processo de tomada de decisão*” leva-nos exactamente a esta natureza processual da decisão ética, verificando-se que alguns autores demarcam claramente as diferentes etapas.

Nesta fase de construção do enquadramento conceptual para o nosso estudo, afastamo-nos deste suposto como adquirido, deixando que os seus resultados clarifiquem o problema e procuramos em alguns autores a ancoragem teórica das principais dimensões desta problemática.

2.1 A origem da decisão: o poder do homem livre

A decisão que precede a ação resulta da capacidade que o Homem livre tem para guiar o seu agir. A origem da decisão funda-se na capacidade, entendida como poder, própria da pessoa capaz. São os seres humanos, os únicos capazes de realizar manifestações externas a si, que resultam de processos racionais de decidir. Este poder, enquanto exercício da autonomia individual, é próprio do ser humano que se apresenta aos outros como um ser livre. Um ser que usa o poder de decidir de uma forma livre, procurando o seu próprio sentido para a vida.

Se o poder, enquanto condição para agir é inerente à natureza de ser humano, a sua manifestação externa ancora-se no exercício da liberdade. O poder para decidir e agir é exercido pela pessoa livre, capaz de ponderar as diversas alternativas de que dispõe. Poder e liberdade são assim dimensões essenciais da decisão humana, que nos importa aprofundar, no sentido de compreender a especificidade da decisão ética, realizada no exercício da actividade profissional de enfermagem.

A liberdade revela-se no agir, nas ações realizadas, através das escolhas que a vontade livre determina. Como nos ensina Michel Renaud³⁰ “*a liberdade, deste modo, tem que ver com o agir que se rege pela razão. O livre arbítrio consiste portanto no poder de escolha, que precede o agir, e que se mede pela sua dimensão racional*”. Deste modo, o exercício da liberdade é concretizado através da utilização do poder para ponderar a decisão entre diversas alternativas. Esta escolha realizada por cada um, consubstancia a realização da decisão conducente à ação. O ato resulta assim do exercício da liberdade individual, da possibilidade que cada um tem em escolher entre diferentes alternativas. Deste modo, a liberdade está ligada à vontade, como nos refere Michel Renaud, que considera que “*efectivamente não se pode falar de liberdade sem implicar o exercício da vontade*”³¹, tornando assim a *vontade livre*. A liberdade materializada no agir, ou a liberdade exterior – para distinguir da liberdade interior, a que habita apenas no pensamento de cada um – pode assim ser considerada como o “*exercício de uma vontade (de um conjunto de vontades...)*”³², como o refere Paulo Ferreira da Cunha. Todavia, a liberdade não é absoluta e devemos considerar aquilo a que Renaud denomina os “*condicionamentos da liberdade*”³³. Desde logo, considera o autor, que a “*minha liberdade tem uma condição de possibilidade espaço-temporal que se enraíza no nascimento*”³⁴. Ou seja, a própria finitude humana constitui-se como um *condicionamento* a uma ideia de liberdade absoluta. Isabel Renaud³⁵ considera como

³⁰RENAUD, Michel – Os Novos Condicionamentos da Liberdade. **Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética**. ISSN 1646-882. Nº 9 (Dezembro.2009). p. 370

³¹ Idem, p. 369

³²Cf. CUNHA, Paulo Ferreira – **Filosofia Jurídica Prática**. Lisboa: Quid Júris?, 2009. 800 p. ISBN 978-972-724-411-9. p. 31

³³RENAUD, Michel – Os Novos Condicionamentos da Liberdade. **Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética**. ISSN 1646-882. Nº 9 (Dezembro.2009). p.371

³⁴ Idem. 372

³⁵RENAUD. Isabel – A Sociedade e a Religião entre a Lei e a Relação. Proibição ou decisão Ética. **Cadernos de Bioética**. ISSN 1646-882. Nº 10 (Abril.2010). p.43

exemplos destes *factores de condicionamento* da liberdade, o corpo, a idade, a cultura, mas não os vê como impeditivos, apenas como limites legítimos para a liberdade.

Depois, podemos também considerar, como o faz Michel Renaud, “*as novas formas de condicionamentos da liberdade*”³⁶, nomeadamente as que resultam das novas possibilidades científicas que podem interferir diretamente no cérebro humano.

Do mesmo modo podemos analisar a liberdade, nomeadamente a liberdade para agir, na perspectiva dos seus limites, como o direito habitualmente faz. De facto, sendo a liberdade traduzida em ações, exteriorizada na relação com os outros, na esfera política do ser humano, ela estende-se em possibilidades, mas de igual modo constrange-se com limitações. Como considera Cunha, “*nenhuma das liberdades prescinde, assim, da mesura, da sabedoria, de limites. Os quais, longe de serem (quando são limites justos) peias, talas, leitos de Procusta, pelo contrário são guias indicadores do recto caminho, auxiliares do equilíbrio*”³⁷. Ou seja, os próprios limites da liberdade, não são impossibilidade de agir, antes constituem fundamentos que devem servir de base à livre escolha para as ações. A uma vida finita e desenvolvida na relação com os outros, não pode associar-se uma ideia de liberdade absoluta, como que cada pessoa vivesse isolada num planeta distante. É da própria natureza finita da vida e da condição de *pluralidade* da ação humana, como considera Hannah Arendt³⁸, que resulta o carácter não absoluto da liberdade.

Em Heidegger, a liberdade revela-se na abertura do Homem ao mundo e na capacidade que este tem de viver no mundo, influenciando e sendo influenciado por ele, constituindo-se como um *ser-no-mundo*³⁹. É nisto que consiste a *transcendência*, segundo o filósofo. A liberdade, em Heidegger constitui assim “*a ultrapassagem para o mundo*”⁴⁰, permitindo a cada um agir em ligação ao mundo que o rodeia e onde está inserido, fazendo dele parte integrante. Permite, nomeadamente, obrigar-se a si mesmo a viver no mundo manifestando-se como a possibilidade de “*vinculação e obrigação*”, uma vez que “*somente a liberdade pode deixar um mundo dominar e mundificar o estar*

³⁶RENAUD, Michel – Os Novos Condicionamentos da Liberdade. **Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética**. ISSN 1646-882. Nº 9 (Dezembro.2009). p.373

³⁷CUNHA, Paulo Ferreira – **Filosofia Jurídica Prática**. Lisboa: Quid Júris?, 2009. 800 p. ISBN 978-972-724-411-9. p. 30

³⁸ARENDR, Hannah – **A Condição Humana**. Lisboa: Relógio D’Água, 2010. Trad. Roberto Raposo. 407p. ISBN 9789727086375. p. 20

³⁹ Cf. HEIDEGGER, Martin – **A Essência do Fundamento**. Lisboa: Edições 70 (sd). ISBN 978-972-44-1336-5. p.99

⁴⁰ Idem. P.99

ai”⁴¹. A decisão livre em Heidegger, encontra-se assim fortemente influenciada pela *transcendência*, enquanto capacidade de abrir-se ao mundo, de tal forma “ *a liberdade como transcendência não é, contudo, apenas uma espécie particular de fundamento, mas a origem do fundamento em geral*”⁴². Deste modo, as ações, sendo resultado de uma decisão livre, não nascem simplesmente determinados por uma causalidade intrínseca ao sujeito, mas “*radicam na transcendência*”⁴³, numa liberdade, por esta razão, finita.

Numa outra dimensão, podemos analisar a decisão enquanto exercício do poder individual para a pessoa se auto-determinar e para se relacionar com os outros.

Em Paul Ricoeur, a decisão tem na origem a capacidade inerente ao ser humano, para ponderar e escolher a sua ação. É a capacidade para tomar decisões que permite a cada pessoa transformar a decisão em ato. Uma capacidade que existe na pessoa livre, que em autonomia toma decisões e pratica ações. A esta capacidade, chama Paul Ricoeur⁴⁴ o *poder para agir*. A pessoa *capaz* é aquela que chama a si a autoria das suas ações, detentora de um *poder-fazer* que corresponde à capacidade para agir. Nunes⁴⁵ aludindo ao pensamento de Ricoeur chama a este poder o “*ser-capaz-de-fazer*”, vincando a ideia do agir em resultado do exercício do poder de decidir e de fazer. É neste contexto de uso do poder exercido em liberdade, que nascem as decisões sobre o que pretende ou não fazer. As ações exteriorizam as decisões que as antecedem e são elas que as tornam visíveis aos outros.

Relacionado com o poder para agir, Ricoeur considera também a imaginação, como uma dimensão essencial. A ação resulta também da imaginação, que fornece ao agente “*o meio, a clareira luminosa*”⁴⁶, onde os diversos fundamentos da decisão são ponderados. É na medida em que o agente se questiona no seu imaginário, quanto às possibilidades de agir, que atribui a si próprio o poder de agir. Refere Ricoeur⁴⁷ que “*eu só atribuo a mim mesmo o meu próprio poder, enquanto agente da minha própria acção, descrevendo-o para mim mesmo com os traços de variações imaginativas sobre*

⁴¹ Ibidem, p. 101

⁴² Ibidem, p. 103

⁴³ Ibidem, p. 99

⁴⁴ RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 27

⁴⁵ NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 137

⁴⁶ Cf. RICOEUR, Paul – **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p. 224

⁴⁷ Idem, p. 224

o tema do eu poderia, ou até do eu teria podido de outro modo, se tivesse querido". E deste modo, atribui à imaginação um papel relevante na construção da decisão pelo ser humano.

2.2 Os antecedentes da decisão: a intenção e a vontade

A ação resulta assim da capacidade para decidir, à qual se junta uma intenção como considera Ricoeur⁴⁸. Uma intenção de fazer (ou não fazer) no exercício da vontade livre que confere ao ser humano a sua condição de ser *agente*, o que age a partir de si e exterioriza as ações para fora de si, originando mudanças nos outros e no ambiente. Se a capacidade de fazer determina a possibilidade do agir, a intenção, segundo o filósofo, assume também uma dimensão essencial que antecede a ação.

A intenção, em Ricoeur constitui o "*critério distintivo da acção de todos os outros acontecimentos*"⁴⁹, fazendo assim uma separação entre ato decidido e factos que resultam de não-decisões. As ações são praticadas pela pessoa-capaz e com uma deliberação prévia que Ricoeur considera tratar-se da *razão de fazer*. Neste contexto, o filósofo⁵⁰ distingue os conceitos de causa e de motivo, considerando que este se refere à *razão de fazer* e portanto intrínseca à ação e não externa como seria a causa. Ricoeur clarifica que a intenção está relacionada com os fundamentos usados para agir, de tal forma que "*classificar uma acção como intencional é decidir por qual tipo de lei ela deve ser explicada*"⁵¹. A ação humana é assim realizada e fundamentada em alguma razão que levou a pessoa a decidir fazer, no uso do seu *poder para agir*.

Refletindo a *razão de agir*, Ricoeur encontra aquilo a que denomina de *traços* que integram este conceito. O primeiro é a motivação para agir, considerando que desejar uma ação é uma "*condição mínima de inteligibilidade da acção sensata*"⁵². Como segundo traço, Ricoeur considera a possibilidade da ação ser explicada quanto aos motivos que a determinaram. Ou seja, é possível o agente interpretar a sua ação, à luz das disposições que constituíram os motivos. O terceiro traço, consiste no fim da ação,

⁴⁸Cf. RICOEUR, Paul – **Soi-même comme un autre**. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 424 p. ISBN 2-02-011458-5. p. 94

⁴⁹Tradução livre de: "critère distinctif de l'action parmi tous les autres événements » em : RICOEUR, Paul – **Soi-même comme un autre**. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 424 p. ISBN 2-02-011458-5. p. 94

⁵⁰Idem, p.97-99

⁵¹Tradução livre de: « classer une action comme intentionnelle, c'est décider par quel type de loi elle doit être expliquée » em : RICOEUR, Paul – **Soi-même comme un autre**. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 424 p. ISBN 2-02-011458-5. p. 98

⁵²RICOEUR, Paul – **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p. 239

ou seja aquilo para que se realizou o ato. A intenção com que a ação foi realizada, constitui o quarto traço. A intenção, corresponde ao conceito de *raciocínio prático* que Ricoeur⁵³ introduz. Ele permite a ponderação das diversas razões e escolhe qual o sentido da ação.

Verificamos assim que o agir exterioriza a decisão de fazer (ou não fazer), em resultado da vontade livre do autor da ação. Nunes⁵⁴ aborda a vontade no âmbito do poder para agir, considerando que a “*vontade quer fazer alguma coisa*”⁵⁵. Aludindo ao pensamento de alguns filósofos⁵⁶ situa a vontade enquanto *capacidade do espírito* que se dirige à ação. Referindo-se ao pensamento de Santo Agostinho, a autora refere-nos que “*o agir supõe sempre um querer e o não-agir a falta de vontade ou de capacidade*”⁵⁷.

Em Kant, a ação resulta da vontade, que é sem si boa e capaz de justificar os atos praticados pela pessoa. A vontade determina a ação, fazendo com que esta concretize o seu querer, no respeito pela *lei* criada pelo Homem. As ações, encontram assim fundamento na vontade, porque é esta que determina as escolhas.

Kant enunciou a lei universal das ações, segundo a qual, a pessoa decide o seu agir: “*devo proceder sempre de maneira que eu possa querer também que a minha máxima se torne uma lei universal*”⁵⁸. É com base nesta *lei*, que constitui um princípio da vontade, que devemos decidir sobre as ações a realizar. Ou melhor, esta é a única *lei* na qual se justificam os atos que praticamos. Daí que Kant venha a denomina-la de *lei fundamental da razão pura prática*. Ao agir segundo esta lei, agimos por dever, já que “*dever é a necessidade de uma acção por respeito à lei*”⁵⁹. Uma ação é boa se praticada por dever, ou seja se respeitar a “*máxima que a determina*”⁶⁰. A vontade constitui em

⁵³ Idem, p.242

⁵⁴ Em NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8

⁵⁵ Idem p. 110

⁵⁶ Nomeadamente: Aristóteles, Santo Agostinho, Kant e Hannah Arendt. Ibidem. P. 108-115

⁵⁷ Ibidem, p.112

⁵⁸ Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8. p 33

⁵⁹ Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8 p. 31

⁶⁰ Idem, p. 30

Kant “a *faculdade de escolher*”⁶¹ as ações e uma vez que faz “*derivar as acções das leis*”⁶², é considerada a *razão prática*.

A determinar a vontade, encontram-se os *imperativos*⁶³, que são princípios oriundos da razão e que ditam os *deveres* a que a pessoa se deve obrigar. Kant distingue dois tipos de imperativos: o *hipotético* e o *categorico*. O *imperativo hipotético* corresponde a ações que constituem *meios* para atingir um determinado fim, enquanto que o *categorico* representa “*uma acção como objectivamente necessária por si mesma, sem relação com qualquer outra finalidade*”⁶⁴. O *imperativo categorico*, corresponde à lei universal que Kant definiu para o agir: “*age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal*”⁶⁵. É desta proposição que derivam todos os imperativos de dever, que fundamentarão as ações. Este imperativo tem como base o postulado de que *o homem é um fim em si mesmo*⁶⁶, e portanto, tem um valor absoluto, não estando dependente da vontade para existir. Existe, por si mesmo, enquanto pessoa, enquanto *natureza racional*. Assim, Kant enuncia como *imperativo pratico*, do qual derivam as leis da vontade, o seguinte: “*age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio*”⁶⁷. É desta natureza de existir como um fim, que nasce a capacidade da pessoa de ser criadora das suas leis, que são universais.

Como percursos destas leis que a vontade cria, encontram-se os princípios, que Kant denomina de “*princípios da razão pura prática*”, que constituem “*proposições que contêm uma determinação geral da vontade, a qual inclui em si várias regras práticas*”⁶⁸. Kant considera-os como *princípios objectivos*, que determinam *leis práticas* e por isso válidas “*para a vontade de todo o ser racional*”⁶⁹, por oposição aos *princípios subjectivos* que determinam apenas a vontade do próprio.

Este princípio objetivo que antecede e determina a vontade, constitui, em Kant, a *lei moral*. De tal forma, que “*o valor moral das acções depende de que a lei moral*

⁶¹ Ibidem, p. 47

⁶² Ibidem, p. 47

⁶³ Ibidem, p. 48

⁶⁴ Ibidem, p. 50

⁶⁵ Ibidem, p. 59

⁶⁶ Ibidem, p. 68

⁶⁷ Ibidem, p. 69

⁶⁸ Cf. KANT, Immanuel – **Crítica da Razão Prática**. Lisboa: Edições 70, 2001. 192 p. Trad. De Artur Morão. ISBN 972-44-0153-7. p. 29

⁶⁹ Idem, p. 29

determina imediatamente a vontade”⁷⁰. Deste modo, as ações boas resultam de uma vontade determinada pela *lei moral* e apenas por esta, sendo as outras possíveis influências, como os sentimentos, afastados por ela.

Em Kant, a pessoa é, portanto, livre e é desta autonomia que resulta a *dignidade*⁷¹ do ser humano. Do facto de ser autor da sua própria *lei*. Esta “*autonomia é pois o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional*”⁷². A pessoa é autora da lei moral e obriga-se a ela. A necessidade de realizar uma ação por obrigação, ou seja por respeito à lei criada no âmbito da autonomia da vontade, constitui o *dever*. Assim, o valor moral da ação resulta do “*facto de a acção ter lugar a partir do dever, isto é, somente por mor da lei*”⁷³. O agir realiza-se assim *por dever*, em resposta a uma *necessidade moral*, que Kant denomina de *obrigação*. A ação, realizada pelo homem racional livre, funda-se no dever em consequência de uma obrigação moral; moral porque proveniente da lei, criada pela razão do próprio. Deste modo, “*somos certamente membros legisladores de um reino moral, possível mediante a liberdade, proposto ao nosso respeito pela razão prática, mas ao mesmo tempo, no entanto, somos os seus súbditos...*”⁷⁴.

Relativamente ao julgamento das ações que realizamos, no exercício livre da nossa vontade, Kant enuncia uma regra: “*interroga-te a ti mesmo se a acção que projectas, no caso de ela ter de acontecer segundo uma lei da natureza de que tu próprio farias parte, a poderias ainda considerar como possível mediante a tua vontade*”⁷⁵. É desta resposta que nascerá a clarividência de cada um sobre a bondade das suas ações, nomeadamente no que se refere ao cumprimento da vontade livre individual.

2. 3 A ação como resultado da decisão

A discussão anterior permite-nos chegar a um conceito de ação que sintetize as principais ideias analisadas. Como pudemos constatar, o conceito de *ação* encerra um conjunto de elementos que o distinguem de outros acontecimentos que também

⁷⁰ Ibidem, p. 87

⁷¹ Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8. p. 77

⁷² Idem, p. 79

⁷³ Cf. KANT, Immanuel – **Crítica da Razão Prática**. Lisboa: Edições 70, 2001. 192 p. Trad. De Artur Morão. ISBN 972-44-0153-7. p. 97

⁷⁴ Idem, p. 98

⁷⁵ Ibidem, p. 83

provocam alterações no mundo físico, denominados *factos*. Oliveira Ascensão define *acção* como a “*conduta humana voluntária que assenta na categoria de finalidade*”⁷⁶. No direito penal, onde a ação é apreciada desde a sua criação no agente até aos resultados que provoca nas pessoas ou nos seus bens (como também acontece na responsabilidade disciplinar de enfermagem) Germano Marques da Silva define-a como “*um comportamento humano externo, um agere no mundo físico, um movimento corporal, dominado pela vontade, objectivamente dirigido para a lesão de um bem jurídico*”⁷⁷. Com excepção do fim desta definição, que lhe confere a natureza de ação penal, verificamos que os outros elementos do conceito são os mesmos da definição anterior. Como podemos constatar, os três elementos deste conceito são: a manifestação exterior, a vontade e o fim. A ação consiste numa manifestação exterior do agente, em que o seu corpo provoca uma alteração que afeta a realidade física. Este *movimento corporal* do agente decorre da sua vontade, formada internamente, podendo contudo receber influência de diversos factores externos. Por último, esta vontade determina um fim ou um resultado que se pretende alcançar com esta actividade corporal.

O fim da ação constitui um elemento essencial deste conceito conferindo a natureza humana ao acontecimento produzido uma que vez “*que permite ao homem antecipar mentalmente a sua realização e consentir nos objectivos previstos*”⁷⁸. Este elemento conceptual assume uma relevância muito importante na ação de enfermagem, uma vez que esta, acontecendo no âmbito do Processo de Enfermagem, é realizada para atingir um determinado fim, considerado o *resultado esperado*.

A ação humana, para além desta definição em sentido lato, abrange também a *omissão*, enquanto ausência de *fazer*. Para Ascensão, “*há omissão quando o agente não interfere na realidade exterior para evitar um evento, quando isso estava da dependência da sua vontade*”⁷⁹. Silva, no âmbito do direito penal, define omissão enquanto “*comportamento que consiste na abstenção da actividade devida*”⁸⁰. Neste último caso, releva-se a omissão enquanto negação de cumprimento do dever, que assume não apenas relevância penal, mas também disciplinar em enfermagem, uma vez que está em

⁷⁶Cf. ASCENSÃO, Oliveira – **Teoria geral do Direito Civil: Acções e Factos Jurídicos**. Lisboa: FDL, 1992. Vol. III. 517 p. p.13

⁷⁷Cf. SILVA, Germano Marques – **Direito Penal Português. Parte geral. Teoria do Crime**. 1ª ed. Lisboa: Verbo, 1998. Vol. II. 354 p. ISBN 9722219022. P. 46

⁷⁸Cf. ASCENSÃO, Oliveira – **Teoria geral do Direito Civil: Acções e Factos Jurídicos**. Lisboa: FDL, 1992. Vol. III. 517 p. p.15

⁷⁹Idem, p. 18

⁸⁰Cf. SILVA, Germano Marques – **Direito Penal Português. Parte geral. Teoria do Crime**. 1ª ed. Lisboa: Verbo, 1998. Vol. II. 354 p. ISBN 9722219022. P. 46

causo o incumprimento de deveres. Contudo a omissão, pode ser deliberada como o melhor agir perante determinadas circunstâncias. Trata-se de uma intenção deliberada de não *fazer* porque tal é considerado pelo agente como o mais adequado naquele contexto concreto.

A ação é assim realizada pelo ser humano, nascendo de si, enquanto vontade de tornar externa a sua presença no mundo. Paul Ricoeur⁸¹ considera que “*agir significa, acima de tudo, operar uma mudança no mundo*”, adoptando um conceito de ação enquanto intervenção humana que se manifesta externamente. A ação em Ricoeur constitui assim, uma *intervenção intencional*, numa alusão do filósofo ao pensamento de Wright. A ação produz um acontecimento, uma modificação no mundo, sendo o agir uma “*fazer acontecer qualquer coisa*”⁸².

Segundo a *teoria da acção social de Eberhard Schmidt*⁸³, a ação é verificável através dos seus efeitos nos outros. O agir humano, segundo esta teoria, é por natureza social, porquanto a pessoa existe convivendo com os outros e os atos que pratica fazem-se sentir nos outros. Ou seja, a ação enquanto fazer ou não fazer, que se repercute no Outro. Um fazer que resulta do poder para fazer, da capacidade para decidir e para concretizar uma intenção tendo em vista um resultado pretendido. Como clarifica Ricoeur⁸⁴ “*agir é fazer sempre alguma coisa de modo a que aconteça qualquer outra coisa no mundo*”.

Esta exteriorização da ação face ao agente, que permite delimitar o ato da pessoa que o praticou, compara Ricoeur à exteriorização da escrita face ao escritor, numa ligação entre a teoria da ação e a teoria do texto. Para o filósofo, do mesmo modo que a leitura permite o contacto de várias pessoas com a escrita realizada por um autor, também a ação “*é uma obra aberta, dirigida a uma sucessão indefinida de leitores*”⁸⁵. De resto, o filósofo conclui a este respeito pela similitude entre o texto e a ação, até porque muitos “*- senão todos os textos – têm por referente a própria acção*”⁸⁶, referindo a narrativa como um destes casos.⁸⁷

⁸¹RICOEUR, Paul – **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p. p. 174

⁸²Idem, p. 175

⁸³Cf. SCHMIDT, Eberhard – *Teoria da Acção Social*. Trad. Jorge de Castilho Pimentel. In **Textos de Direito Penal. Tomo II**. Lisboa: AAFDL, 1984. p. 177-205.

⁸⁴RICOEUR, Paul – **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p. 176

⁸⁵Idem, p. 177

⁸⁶Ibidem, 177

⁸⁷Esta ancoragem teórica, serviu-nos também para a escolha do método, como é abordado no capítulo respectivo.

Em Ricoeur, quer o texto quer a ação destacam-se do seu autor. No caso específico da ação, esta “*desliga-se do seu agente e desenvolve as suas próprias consequências*”⁸⁸. Há aquilo que Ricoeur denomina uma *autonomização da ação*, uma vez que é possível considerar em separado o agente e a ação. Ou seja, para além da intenção do autor ao realizar o ato, os outros que se afetam por ele e nos quais os efeitos se produzem, fazem eles próprios a sua interpretação, atribuindo-lhe os seus próprios significados. A ação encerra assim em Ricoeur, uma *dimensão social*, na medida em que autonomizando-se do agente, passa a ser considerada na perspectiva externa, por outros, nomeadamente quanto aos efeitos que produz.

De outro modo, esta apreciação externa da ação pode ser feita por mais do que uma pessoa. A ação e as suas consequências podem ser analisadas por diversas pessoas, quando de alguma forma foram afetadas por ela. Ricoeur fala-nos da ação como uma *obra aberta*, numa alusão metafórica ao texto, uma vez que vários *leitores* podem encontrar diferentes significações. A ação permite mesmo, que novas significações sejam encontradas, permanecendo *aberta*, no sentido em que a “*significação está em suspenso*”⁸⁹. As ações, em Ricoeur, encontram-se na disponibilidade interpretativa de cada um, exactamente como o texto.

Pensar a acção como resultado de uma decisão, leva-nos, irremediavelmente a Aristóteles. O filósofo⁹⁰ distingue entre *ações voluntárias* e *ações involuntárias*. As *involuntárias* são aquelas “*que se geram sob coação ou por ignorância*”, ou seja, as que resultam de factores externos ao agente. As que resultam de um impulso exterior, de outrem, que obriga alguém a realizar algo, contra a sua vontade e também aquelas que se baseiam em desconhecimento da situação em concreto. Ainda assim, Aristóteles distingue entre *ações involuntárias* que são aquelas em que o agente se arrepende posteriormente e *ações não voluntárias*, como aquelas em que não há arrependimento. De outro modo, *ações voluntárias*, são as que são praticadas “*quando o princípio motivador se encontra no próprio agente*”⁹¹. É a ação que é do conhecimento do agente quanto às “*circunstâncias concretas e particulares nas quais se processa*”⁹².

⁸⁸ RICOEUR, Paul – **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p. 195

⁸⁹ Idem, p. 198

⁹⁰ ARISTÓTELES – **Ética a Nicómaco**. Trad. de António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004. ISBN 972-564-622-3. p. 59

⁹¹ Idem, p. 59

⁹² Ibidem 62.

Em Aristóteles a ação voluntária não se confunde com decisão, de tal forma que “*uma decisão parece tratar-se de um acto voluntário, mas nem todo o acto voluntário parece resultar de uma decisão*”⁹³. A ação pode ser voluntária, mas não resultar de uma decisão, mas sim de um desejo. Ora, “*o desejo tem em vista o que é agradável e o que é desagradável*”⁹⁴, enquanto que a decisão não. Desde logo, porque a decisão tem em vista aquilo que é possível e apenas o que é possível através de nós próprios. Ao passo que podemos desejar um fim – por exemplo a saúde – de facto só podemos decidir “*através do qual viremos a obter a saúde*”⁹⁵, ou seja sobre os meios.

A decisão em Aristóteles implica uma escolha entre alternativas possíveis, ou seja uma *deliberação*⁹⁶, que é prévia à decisão e por isso também anterior à ação. Assim, a deliberação corresponde, não à escolha dos fins das ações, mas à ponderação dos meios que se colocam em alternativa. Decorrente desta deliberação, a pessoa escolhe o seu *modo como agirá*, ou seja, decide. É desta decisão que resulta o ato voluntário.

Deste modo, a responsabilidade resultará da ação praticada, em função da decisão tomada, que resultou de deliberação prévia. Caso particular é a situação em que o acontecimento não foi decidido, mas ocorreu involuntariamente após alteração do estado de consciência do agente, por exemplo devido a consumo de substâncias psicotrópicas. Aristóteles releva, nestes casos, o *princípio da ação* e o poder para decidir não consumir essas substâncias. Sendo escolha da pessoa tornar-se alterado na sua consciência, estando no seu poder de decidir não o fazer, continuará responsável pelas suas ações. Considera o filósofo que “*o princípio do movimento estava no seu poder*”⁹⁷. Deste modo e no plano da avaliação da responsabilidade, cada pessoa continua a responder pelos atos que praticou mesmo que estes tenham resultado de não-decisões, se o estado de alteração da consciência tenha sido previa e conscientemente decidido.

⁹³ Ibidem, p. 65

⁹⁴ Ibidem, p.63

⁹⁵ Ibidem, p. 64

⁹⁶ Ibidem, p. 65

⁹⁷ Ibidem, p. 70

2.4 As consequências da decisão e da ação

O *poder* de cada um para ser autor dos seus atos, determina que a pessoa capaz responda pelo seu agir. Passamos assim de uma dimensão anterior à ação, em que o poder se revela como impulsionador da decisão de fazer, para uma dimensão posterior de resposta pelo que se fez. Sendo capaz, a pessoa encontra-se em condições de responder pelas suas decisões e pelos atos que praticou. É desta forma que a pessoa assume a sua responsabilidade. É responsável aquele a quem o ato é imputável, ou seja, ao autor que decidiu, no âmbito do seu *poder-fazer*, como considera Ricoeur⁹⁸.

Esta imputação do ato a um agente, interessa sobretudo em sede de responsabilidade, quando é necessário concluir sobre se um determinado ato foi ou não praticado por uma pessoa. Ou seja, se fora deste campo jurídico, podemos considerar diversas interpretações acerca da ação e dos seus efeitos - como fazemos com os textos, no dizer de Paul Ricoeur⁹⁹ - quando se decide da responsabilidade pelo praticado, importa concluir essa fase de discussão argumentativa das várias interpretações. Ou seja, enquanto que a *validação* das diversas interpretações, perante um texto ou uma ação em geral, não implica uma escolha, no campo da avaliação da responsabilidade, tem que haver uma conclusão na diversa argumentação apresentada.

O filósofo discute a relação entre o ato e a pessoa que o praticou - o agente - e propõe um novo conceito para definir essa relação, a saber, *ascription*, que traduziremos por *atribuição*, no sentido da imputabilidade do ato ao seu autor. Ricoeur define *ascription* como consistindo “na reapropriação pelo agente da sua deliberação”¹⁰⁰. Há *ascription* quando o agente narra o ato praticado e o descreve aludindo às razões que presidiram às suas escolhas e desta forma, ficamos a conhecer a sua intenção. Assim, voltar à ação através do discurso, permite ao agente recontar a ação e identificar os motivos que o levaram a agir. Deste modo, ficamos a conhecer o autor do ato, aquele a quem a responsabilidade pelo praticado pode ser atribuída.

⁹⁸RICOEUR, Paul - **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 27

⁹⁹ RICOEUR, Paul - **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p. p.205-206

¹⁰⁰Tradução livre de: "dans la réappropriation par l'agent de sa propre délibération » em : RICOEUR, Paul - **Soi-même comme un autre**. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 424 p. ISBN 2-02-011458-5. p. 117

Ricoeur¹⁰¹ discute a responsabilidade pelas ações e sobretudo pelos seus efeitos, quando estes causam dano a alguém – a responsabilidade civil – ou numa esfera mais ampla sempre que se procura o autor do ato, procurando o seu objeto. De facto, a responsabilidade pelo dano, constitui para o direito apenas uma modalidade de responsabilidade. No plano jurídico, se na responsabilidade civil releva o dano, na responsabilidade penal, na disciplinar e na administrativa, é valorada a conformação com a lei. Ou seja, a responsabilidade é aferida na medida do cumprimento ou incumprimento da norma jurídica e o que esta protege. Na responsabilidade penal, está em causa a protecção dos bens jurídicos que a lei penal salvaguarda e na responsabilidade disciplinar e na administrativa, os deveres. Em quaisquer destes tipos de responsabilidade jurídica, relevam as ações, como resultados da decisão livre da pessoa capaz.

Em Ricoeur o objecto da responsabilidade não se encontra na ação, mas no Outro, pelo qual cada um é responsável. É do facto de sermos responsáveis pelos outros que nos estão confiados, que respondemos¹⁰² quando os nossos atos lhes provocam danos. Ou seja, “*é-se responsável pelo dano porque, antes de mais, se é responsável pelo outro*”. Assim, como que desviamos o objeto da responsabilidade do ato em si, para o ato no Si, em que a pessoa enquanto totalidade sistémica é considerada num todo, na qual a ação se realizou. E assim, se ao direito interessa o ato, a ética releva a pessoa destinatária da ação, surgindo assim uma diferença entre a responsabilidade no plano jurídico e no plano ético.

À enfermagem, esta abrangência à pessoa do objeto da responsabilidade, encontra um eco fácil, uma vez que as ações de enfermagem – os cuidados – também se dirigem à pessoa enquanto *totalidade única*, pelo que, na avaliação das consequências nos interessa não apenas a parte, mas o todo complexo e sistémico que é cada ser humano. A responsabilidade em enfermagem resulta assim do responder pelo “*tomar a cargo um encargo confiado*”¹⁰³, que corresponde a uma pessoa, a uma família ou a uma comunidade, que se confiou ao enfermeiro e dele espera cuidados.

¹⁰¹ RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 27

¹⁰² Idem. P. 54

¹⁰³ NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 391

Quanto ao problema da extensão da responsabilidade no espaço e sobretudo no tempo, Ricoeur considera que a medida será encontrada no meio-termo entre uma não assunção das consequências dos atos e uma responsabilidade ilimitada pelas consequências que se viessem a verificar. Para a procura desta justa medida, Ricoeur faz apelo à *prudência* que permitirá antever quais as consequências nefastas, que devem ser evitadas. É pela *prudência* que o agente conseguirá antever quais os efeitos das suas ações que devem ser evitados e será sobre estes que assumirá a responsabilidade. Fá-lo através da ponderação das alternativas durante a deliberação, em que as diversas hipóteses de decisão são equacionadas. De tal forma que, Nunes¹⁰⁴ descreve a *prudência* como “*uma forma de conhecimento, como as ciências e as artes, por isso situada nas virtudes intelectuais*”.

Deste modo, a pessoa-agente deve antever as consequências dos seus atos e decidir sobre o realizado tendo também em conta os possíveis efeitos. Ou seja, para além da finalidade que orienta o agir, a previsão dos resultados determina igualmente as decisões. De tal forma, que na assunção da responsabilidade, são tidos em conta o ato em si e os resultados produzidos. No plano jurídico, consoante a modalidade de responsabilidade em apreço, estará em causa essencialmente o resultado, ou o conjunto de ato-resultado. No primeiro caso, surge a responsabilidade civil, em que a relevância vai para o dano, enquanto resultado verificado. Na segunda hipótese temos os outros tipos de responsabilidade, em que, para além do resultado e independentemente dele, o autor responde pela conformação do ato à norma jurídica.

A abordagem da construção da decisão que leva à ação, faz emergir a autonomia de cada pessoa para decidir e para agir. É da liberdade de cada um para tomar decisões que nascem os atos e é nessa vontade livre que estes se fundamentam.

No plano profissional de enfermagem, as decisões e os atos implicam o Outro que se encontra ao cuidado do enfermeiro e as consequências fazem sentir-se nele. A escolha da acção em enfermagem assume assim uma essencial dimensão ética. Sendo um agir livre, é também um agir responsável, em que a responsabilidade pelo Outro, em

¹⁰⁴NUNES, Lucília – **Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos**. Loures: Lusociência, 2009. 188 p. ISBN 978-972-8930-47-9. P. 89

resultado do *compromisso de cuidado*¹⁰⁵ assumido, obriga a uma ponderação do processo e dos fundamentos utilizados.

2.5 A decisão de cuidado em enfermagem

Partimos da premissa de que a decisão de cuidado, é tomada por um enfermeiro, no seu exercício autónomo da profissão. É esta decisão de cuidado que pretende dar resposta aos problemas de enfermagem identificados nas pessoas, nas famílias e nas comunidades, que encerra uma dimensão ética, a par da sua essencial dimensão científica. Com efeito, sendo a decisão de cuidado concretizada no âmbito de um método científico de decidir – o Processo de Enfermagem – a partir dos diagnósticos formulados, com base no conhecimento científico de enfermagem, ela assume, em primeiro lugar uma natureza científica. Contudo, uma vez que o resultado dessa decisão, a ação, consubstancia uma intervenção de enfermagem realizada nas pessoas, a dimensão ética encontra-se igualmente presente.

Desde logo, porque o cuidado é um ato praticado por uma pessoa - o enfermeiro - que se envolve diretamente na concretização da intervenção decidida. De fato, os cuidados de enfermagem incluem a pessoa do enfermeiro como principal recurso. É esta pessoa autónoma e livre que toma decisões e que as executa. Deste modo, o enfermeiro materializa o seu poder para agir, prestando ao Outro e no Outro, os cuidados. Como considera Nunes¹⁰⁶ “*é o poder-capacidade, a competência para, que permite realizar*”. Porque o enfermeiro é uma pessoa capaz e ao mesmo tempo é um profissional com competências adquiridas, que lhe permite tomar decisões e executar o cuidado. Na perspectiva de Nunes¹⁰⁷, as decisões de cuidado resultam em primeiro lugar do *compromisso de cuidado* que o enfermeiro, ao tornar-se profissional, assumiu perante a sociedade. É deste compromisso, assumido em abstrato e na generalidade, que resulta aquilo a que a autora denomina o *pacto de cuidado*, em que a relação de cuidado é estabelecida em concreto com cada pessoa, família ou comunidade. Este conceito remete para o original “*pacte de soins*” de Paul Ricoeur¹⁰⁸, em que o poder de decidir

¹⁰⁵ Como o considera Nunes em: NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 353

¹⁰⁶ Idem, p. 365

¹⁰⁷ Ibidem

¹⁰⁸ RICOEUR, Paul - Les trois niveaux du jugement médical. **ESPRIT**. N° 227. (Dezembro.1996). p. 21-33

do profissional de saúde, nem se sobrepõe nem se subalterna à decisão da pessoa cuidada, mas onde é encontrada uma terceira via para o problema da autonomia *versus* paternalismo em saúde. O *pacte de soins* permite o envolvimento das duas pessoas na relação – profissional e pessoa-cliente de cuidados – numa tentativa de harmonização entre a oferta de cuidado com base no conhecimento científico sobre as necessidades em resultado do estado de saúde/doença e a capacidade de aceitação do cuidado proposto. De igual modo, o *pacto de cuidado* em Nunes é estabelecido entre um enfermeiro capaz e competente e uma pessoa que se confiou aos seus cuidados, igualmente capaz para exercer o seu poder de decidir sobre si. Este conceito de *pacto* é subsumível ao de contrato, em que duas partes, iguais em capacidade de decidir, negociam os termos da sua relação. No caso da relação de cuidado de enfermagem, este contrato estabelecer-se-á entre enfermeiro e pessoa ao seu cuidado, numa procura de aproximações entre o que cientificamente o enfermeiro propõe e a vontade do Outro para aceitar, em resultado das suas convicções, das suas fragilidades ou dos seus projetos de vida.

Frequentemente a pessoa inclui na sua proximidade relacional, os seus familiares e amigos, que constituem para si o seu suporte social. De tal forma que devemos considerar o conceito de *familiar* como a pessoa, parente ou amigo, que cada pessoa nomeia como convivente próximo, independentemente da sua relação sanguínea (conceito adotado ao longo desta tese). Esta amplitude relacional implica uma abrangência de cuidado por parte do enfermeiro, sem deixar contudo de situar o papel de cada um na relação de cuidado estabelecida.

Do lado do enfermeiro, para além da sua autonomia individual, a decisão de cuidado resulta igualmente da autonomia profissional. Ou seja, o cuidado de enfermagem é decidido no âmbito de um exercício profissional do enfermeiro que atualmente se encontra consagrado como autónomo em Portugal. Dizemos atualmente, porque esta consagração em lei foi estabelecida em 1996, através da publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (conhecido por REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 Setembro. De facto foi esta publicação em lei e o estabelecimento do princípio da autonomia profissional do enfermeiro no número 3 do seu artigo 8º, que introduziu a consagração do exercício autónomo de enfermagem. Mais tarde, a criação da Ordem dos Enfermeiros, através do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, constituiu outra manifestação jurídica da autonomia profissional de enfermagem, ao estabelecer a auto-regulação, em resultado do desenvolvimento científico e profissional verificado.

Deste modo, o enfermeiro, sendo juridicamente, um profissional autónomo, exerce o seu poder de tomar de decisões de cuidado (assim como nas restantes áreas de atuação, a saber, a gestão, a formação, o ensino, assessoria e a investigação, como prevê o número 2 do artigo 9º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro). Assim, a uma individualização científica que tem sido desenvolvida nas últimas décadas, a enfermagem portuguesa encontra uma correspondente autonomia profissional, claramente consagrada no ordenamento jurídico do país. É em resultado desta autonomia científica e profissional, que o enfermeiro toma a seu cargo a formulação diagnóstica e a decisão de cuidado, em função dos problemas identificados. E é no âmbito desta decisão para o cuidado, que emergem problemas éticos. Emergindo da relação de cuidado entre o enfermeiro e a pessoa, no âmbito do exercício profissional autónomo, estes problemas serão considerados problemas éticos de enfermagem.

Do mesmo modo, realizando-se hoje a prestação de cuidados, nomeadamente em situação de doença, sobretudo em ambiente *multiprofissional*, surgem igualmente problemas que poderão não circunscrever-se ao domínio de enfermagem. A sua resolução incluirá, para além do enfermeiro e da pessoa em causa, os demais profissionais de saúde envolvidos.

Voltando à questão da decisão de enfermagem, verificamos em Portugal, uma especificidade que não se verifica na maior dos outros países da Europa e do mundo. Entre nós, a prestação de cuidados de enfermagem é realizada apenas por enfermeiros de cuidados gerais e por enfermeiros especialistas. Não existem outros níveis profissionais responsáveis pela prática de cuidados. Isto significa que a decisão e a prática do cuidado se fundem na mesma pessoa, sem interferência, nomeadamente na prestação, de outros profissionais. Apenas algumas tarefas podem ser executada por pessoal auxiliar, nos termos de regime da delegação, estabelecido no artigo 10º do já referido Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Podem ser delegadas algumas tarefas que sejam necessárias para a concretização do cuidado, mas não o cuidado no seu todo.

Assim, a decisão de cuidado, para além de ser uma decisão autónoma do enfermeiro, mesmo que integrado numa equipa *multiprofissional*, é também uma decisão que é tomada e executada apenas pelo enfermeiro.

Para tal o enfermeiro é detentor de conhecimento de enfermagem, completado com conhecimento de outros domínios complementares, que suportam o exercício das suas

competências profissionais. Relativamente à decisão ética em particular, o enfermeiro é igualmente detentor de competências específicas, adquiridas na licenciatura de base e desenvolvidas ao longo do seu percurso profissional. Este desenvolvimento da competência profissional, que é ao mesmo tempo “*capacidade de juízo e de acção*”¹⁰⁹, é fundamental para a contínua necessidade de resolver os problemas éticos que vão surgindo.

Deste modo, sendo um profissional autónomo e com as necessárias competências para a tomada de decisão ética, o enfermeiro, sujeito capaz e livre, assume a responsabilidade profissional. Age segundo *critérios do agir profissional*¹¹⁰, que decorrem da ética e deontologia de enfermagem.

No plano deontológico esta responsabilidade é relativa às decisões, aos atos realizados e aos atos delegados, como se encontra estabelecido na alínea b) do artigo 79º do Código Deontológico do Enfermeiro, incluso no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. A responsabilidade profissional em enfermagem inclui assim a decisão e a ação, numa clara proteção da pessoa cliente de cuidados. Pelas decisões tomadas e pelos seus efeitos manifestados no Outro, o enfermeiro responde. Fá-lo, na verificação da conformação das decisões e dos atos com os deveres e as normas jurídicas que deve obedecer com a sua conduta profissional. Responsabilizar-se pelo Outro, que no sentido ético determina o agir, nos planos deontológico e jurídico implica o responder quando a afectação do Outro se tornou negativa, causando-lhe dano. De tal forma que, havendo incumprimento de deveres com violação de direitos das pessoas, há lugar a sanção. E assim, a um esperado agir responsável, corresponde um regime deontológico e jurídico de responsabilidade profissional que tem como finalidade a proteção das pessoas. É deste modo, que o enfermeiro assume a plenitude do seu *compromisso de cuidado* e garante que o *pacto de cuidado* é respeitado.

¹⁰⁹Como o considera Nunes em: NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 365

¹¹⁰Como abordamos em: DEODATO, Sérgio – Critérios do Agir Profissional. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. Nº 29 (Maio.2008). p. 45-50

3. ENQUADRAMENTO EPISTEMOLÓGICO DO ESTUDO

Como ponto de partida para a construção do estudo, consideramos necessário, a clarificação do terreno epistemológico onde nos situamos. É dele, que partimos para as opções metodológicas a seguir e é também nele que assentarão as bases filosóficas para a sua realização. A forma como desenhamos a investigação e a perspectiva como incluiremos os seus resultados, no conhecimento de enfermagem, resultarão, naturalmente, da opção epistemológica que fazemos.

3.1 Correntes epistemológicas

A origem do conhecimento é matéria de reflexão e de debate filosófico, surgindo no tempo diversas correntes epistemológicas. Uma corrente ainda fortemente preponderante no nosso tempo, do qual Comte é um expoente fundamental, o *positivismo*, considera que o conhecimento resulta dos sentidos, tendo a experiência como a fonte metodológica essencial. Para o *positivismo*, o conhecimento, resulta dos resultados obtidos através das experiências realizadas, que se revelam aos sentidos do Homem, a partir do qual são formuladas leis gerais. O conhecimento constrói-se assim de forma indutiva.

Este pensamento, enraizou-se no espírito científico, nos séculos XIX e XX e temos hoje influências nos diversos domínios científicos. No direito, devido à “Teoria Pura do Direito” de Hans Kelsen (sec. XX), a expressão *direito positivo* passou a ganhar sentido, situando o essencial da ordem jurídica estadual na lei escrita. A um jusnaturalismo precedente na história do direito, Kelsen introduziu esta perspectiva *positivista*, considerando a norma jurídica como a principal fonte de direito e delimitando-o ao sistema de leis. Se é verdade que a filosofia do direito, discute¹¹¹ a possibilidade de uma dimensão metafísica da *groundnorm* de Kelsen o que é facto é que a forma como este ordenou a hierarquia das leis escritas, revela esta clara opção positivista. E hoje, no tempo da escrita e perante uma sociedade fortemente regulada, o *direito positivo*, assume um papel essencial na vida de todos nós em sociedade. Apesar

¹¹¹ Cf. MONCADA, Cabral de – **Filosofia do Direito e do Estado**. Coimbra: Coimbra Editora, 1995. 359 p. ISBN 972-32-0086-4. p. 232

de em alguns domínios, como a bioética, se discutir atualmente, a necessidade de uma fundamentação ética para o direito, a verdade é que, na sociedade democrática em que vivemos, a norma jurídica resulta, essencialmente do consenso social criado.

No domínio profissional, por exemplo, em que as éticas relativas a cada profissão têm emergido com algum relevo, estas têm-se refugiado na deontologia normativa, materializando na norma jurídica, os seus princípios e valores. No caso da enfermagem portuguesa, cujo Código Deontológico é relativamente recente (1998), o seu aparecimento surge incluído numa lei positiva, o Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, que cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o seu Estatuto. A posterior alteração deste Decreto-Lei através da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, manteve incluída a deontologia profissional, onde se inclui o Código Deontológico. Uma tendência positivista, associada sobretudo à necessária segurança jurídica da letra da lei, própria do nosso tempo.

Noutra linha de pensamento, Kant¹¹² parte da interrogação sobre se todo o conhecimento provém da experiência, concluindo que há conhecimento que existe *a priori* e que não nos é dado por esta. O conhecimento *a priori* situa-se na *razão pura*, e integra os princípios que permitem conhecer. Por sua vez, o conhecimento *a posteriori* é-nos dado pelos sentidos, sendo por isso *empírico*. Kant denomina de *intuição empírica* “a intuição que se relaciona com o objecto, por meio de sensação” ou seja, através do “efeito de um objecto sobre a capacidade representativa, na medida em que por ele somos afectados”¹¹³.

Em Kant, o conhecimento humano tem duas origens: a sensibilidade e o entendimento. A *sensibilidade* é “a capacidade de receber representações (*receptividade*), graças à maneira como somos afectados pelos objectos”¹¹⁴, todavia “é o entendimento que pensa esses objectos e é dele que provêm os conceitos”¹¹⁵.

Contrariando o *positivismo reinante* no seu tempo, Bachelard, introduziu a dimensão racionalista na ciência. De uma forma contundente e marcando a rutura com o positivismo instalado, Bachelard, cita Boutry, apropriando-se da ideia de que “a ciência

¹¹²KANT, Immanuel – **Crítica da Razão Pura**. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008. Trad. Manuela Pinto dos Santos e Alexandre Fradique Morujão. 680 p. ISBN 978-972-31-08623-7. p. 37

¹¹³ Ibidem, p. 61

¹¹⁴ Ibidem, p. 61

¹¹⁵ Ibidem, p. 61

é um produto do espírito humano”¹¹⁶. Bachelard critica o olhar positivista do conhecimento científico mas considera que é possível uma conciliação entre este e o novo pensamento epistemológico, para o qual propõe a introdução de “*princípios epistemológicos novos*”¹¹⁷.

Para vincar esta sua rutura epistemológica, Bachelard, analisa o passado científico, considerando que o pensamento científico se tem perpetuado inalterado nos últimos dois mil anos. Dá como exemplo a Geometria, que, não sofre alteração epistemológica desde Euclides. Critica igualmente Descartes e o seu método científico, considerando que está a fazer uma “*condenação da doutrina das naturezas simples e absolutas*”¹¹⁸. Isto porque, no seu entendimento “*na realidade, não há fenómenos simples; o fenómeno é um tecido de relações*”¹¹⁹. Da mesma maneira, considera que também não existem ideias simples e que estas “*não são de modo nenhum a base definitiva do conhecimento*”¹²⁰.

Marcando a sua tese racionalista, Bachelard, refere que “*as regiões do saber científico são determinadas pela reflexão*”¹²¹ e que os factos só se tornam factos científicos, quando tornados em pensamento racional. A *revolução epistemológica* que ele próprio propõe, consiste em “*evidenciar o racionalismo (a ordem das razões) e situar em posição subalterna o empirismo (a ordem dos factos)*”¹²². Desta forma, e referindo-se ao que denomina de “*materialismo racional*”, considera que o conhecimento resulta do racional que antecede a experiência, ou seja que “*um potente a priori conduz a experiência*”¹²³. O racionalismo de Bachelard, enuncia que o conhecimento científico nasce da formulação de um problema pelo Homem e nunca parte do zero. De tal forma, que o primeiro obstáculo colocado à descoberta do conhecimento é a experiência inicial¹²⁴. Assim, desde a sua origem, o conhecimento, reside na razão. De outro modo, os fenómenos investigados são descritos através de conceitos científicos, ou seja, conceptualizados pela razão.

¹¹⁶BACHELARD, Gaston – **O Novo Espírito Científico**. Lisboa: Edições 70, 1996. 124 p. ISBN 971-44-0915-5. p. 7

¹¹⁷ Idem, p. 18

¹¹⁸ Ibidem, p. 101

¹¹⁹ Ibidem, p. 105

¹²⁰ Ibidem, p.105

¹²¹ Ibidem, p. 33

¹²² Ibidem, p. 35

¹²³ Ibidem, p. 83

¹²⁴ Ibidem, p. 120

Também na linha racionalista, Karl Popper, distingue dois tipos de conhecimento: o conhecimento objetivo e o conhecimento subjetivo. O conhecimento objetivo é o evidenciado aos sentidos e o subjetivo aquele que o Homem diz saber.

Ainda no domínio dos conceitos, Popper, distingue entre *verdade* e *veracidade*. A *verdade*, em Popper, está ligada à descrição dos fenómenos “*mas sempre em presença do argumento e da crítica, porque afirmar que uma teoria é verdadeira ou falsa representa fazer um juízo crítico sobre ela*”¹²⁵. Assim, em Popper, “*o conhecimento científico e a racionalidade humana que o produz são (...) sempre falíveis ou sujeitos a erro*”¹²⁶, introduzindo assim o conceito de *faliabilidade* em ciência. O conhecimento científico é conhecimento, até ser demonstrado, por novo conhecimento, que é falso e, neste sentido, a ciência é *revolucionária*.

Temos assim a ideia de um conhecimento científico que não é imutável e que se desenvolve no tempo. A investigação em ciência, surge como um meio de garantir o desenvolvimento científico, na medida em que, colocando em causa descobertas anteriores, produz conhecimento novo. Só aceitando esta *falibilidade* proposta por Popper, justificamos a realização de investigação.

Lakatos, considera que para chegar à *episteme*¹²⁷ ao contrário da *doxa*, é necessária uma “*metodologia dos programas de investigação*”¹²⁸. Lakatos, afasta-se assim de uma investigação que tem como ponto de partida uma ou um conjunto de hipóteses, considerando, inicialmente, “*uma série de teorias em desenvolvimento*”¹²⁹, com uma estrutura própria e sólida, que se colocam em estudo. É através dos programas de investigação que o conhecimento se produz, revelando, se descoberto, a falsidade do anteriormente conhecido.

Inserido nesta ideia de desenvolvimento científico, cujo conhecimento se vai modificando no tempo, em resultado da comprovação de que o anterior conhecido

¹²⁵ POPPER, Karl – **O Conhecimento e o Problema Corpo – Mente**. Lisboa: Edições 70, 1997. Trad. Joaquim Alberto Ferreira Gomes. 173 p. ISBN 972-44-0961-9. p. 113

¹²⁶ POPPER, Karl – **O Mito do Contexto. Em Defesa da Ciência e da Racionalidade**. Lisboa: Edições 70, 1999. Trad. Paula Taipas. 253 p. ISBN 972-44-0997-X. p. 9

¹²⁷ LAKATOS, Imre – **História da Ciência e sua Reconstruções Racionais**. Lisboa: Edições 70, 1998. Trad. Emília Picado Tavares Marinho Mendes. 175 p. ISBN 972-44-0958-9

¹²⁸ Idem, p. 90

¹²⁹ Ibidem, p. 90

estava errado, Thomas Kuhn, propõe o conceito de *paradigma*¹³⁰. O conhecimento científico, organiza-se em *paradigmas* ou corpo de conhecimento, aceite num determinado tempo pela comunidade científica, que permite o desenvolvimento da investigação a partir daí. A mudança de paradigma ocorre quando acontece uma alteração nos princípios e nos conceitos básicos que suportam determinada teoria.

A questão que se coloca, no que se refere à descoberta do conhecimento científico, é a de saber qual a influência que o paradigma vigente exerce sobre o cientista. Boaventura Sousa Santos¹³¹, considera a este respeito, que o cientista é influenciado pelo paradigma, de tal forma que “*o paradigma que o cientista adquiriu durante a sua formação profissional fornece-lhe as regras do jogo, descreve as peças com que deve jogar e indica-lhe a natureza do resultado a atingir*”. O investigador encontra-se *moldado* pelo paradigma no qual se formou.

Santos, partindo de Kuhn, para a sua “*alternativa teórica*” epistemológica, tece-lhe todavia, duas críticas. Por um lado não concorda com a natureza *pré-paradigmática* que Kuhn atribui às ciências sociais, pelo que isso revela de “*atraso em relação às ciências naturais*”¹³². Por outro lado, opõe-se à ideia e Kuhn de submeter a validade do paradigma ao consenso da comunidade científica, sem incluir a relação com a sociedade em geral. Santos refere-se à comunidade científica como tendo o papel de “*mediação entre o conhecimento científico e a sociedade no seu todo*”¹³³, não sendo assim a única garante da validade do conhecimento. Considera inclusive, que no momento atual, o conhecimento tem uma dimensão transnacional importante, pelo que se torna necessária uma “*sociologia crítica da ciência*”¹³⁴. Propondo uma ciência pós-moderna, Santos inclui a dimensão sociológica no conhecimento científico, considerando “*não ser hoje possível deixar de fora da epistemologia a reflexão sobre as condições sociais, políticas e culturais da produção científica, uma vez que estas não ficam à porta do conhecimento científico, antes o penetram até aos seus mais íntimos recessos*”.¹³⁵ De

¹³⁰ KUHN, Thomas – **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 1ª ed. Lisboa: Guerra e Paz Editores, 2009. Trad. Carlos Marques. 286 p. ISBN 978-989-8175-42-0

¹³¹ Em SANTOS, Boaventura de Sousa – **Introdução a Uma Ciência Pós-Moderna**. 6ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2002. ISBN 972-36-0207-5. p. 151-152

¹³² Idem p, 154-155

¹³³ Ibidem p.160

¹³⁴ Ibidem p. 155

¹³⁵ Ibidem, p. 147

outro modo, Boaventura Sousa Santos¹³⁶ faz também referência à inclusão da dimensão emocional no discurso científico pós-moderno, passando assim a considerar também a componente não cognitiva, para além desta.

Santos¹³⁷ propõe uma divisão entre a epistemologia e a sociologia da ciência. À epistemologia cabe ocupar-se dos factores internos da ciência, as suas condições teóricas e os seus aspectos cognitivos. Por sua vez, à sociologia da ciência caberá a abordagem dos “*factores não teóricos, externos ou não cognitivos*”¹³⁸. Ou seja, considera que a existência desta *sociologia crítica da ciência* se deve ao facto de existir um conjunto de condicionantes de natureza social na produção do conhecimento científico.

Relativamente ao conhecimento científico, Santos considera a existência de duas ruturas epistemológicas. Uma primeira quando o conhecimento novo se “*confronta com o senso comum*”¹³⁹ e a outra ocorre quando “*esse conhecimento não se destinar a transformar o senso comum e a transformar-se nele*”¹⁴⁰. À luz desta segunda rutura epistemológica sugerida por Santos, surge a ciência pós-moderna, em que o conhecimento científico se abre a outros saberes. A ciência pós-moderna, nascida do paradigma emergente segundo o autor, considera que “*todo o conhecimento científico é auto-conhecimento. A ciência não descobre, cria, (...)*”¹⁴¹ e os pressupostos do investigador, como as suas crenças ou o seu juízo de valor, integram este conhecimento. Sousa Santos, afasta-se assim do paradigma anterior, da ciência moderna, em que era clara a distinção entre sujeito e objecto.

3.2 O campo epistemológico do estudo

Face ao quadro epistemológico analisado, cabe-nos agora delimitar a corrente onde nos situamos e na qual pretendemos situar o nosso estudo.

Partimos para esta investigação, com um trabalho anterior na mesma área da tomada de decisão em enfermagem, consubstanciado na tese de mestrado em bioética. O que pretendemos investigar, está fortemente influenciado por esse trabalho, pelo que a

¹³⁶Ibidem p. 133-135

¹³⁷Ibidem p. 156

¹³⁸Ibidem p. 156

¹³⁹Ibidem p. 168

¹⁴⁰Ibidem p. 168

¹⁴¹SANTOS; Boaventura Sousa – **Um Discurso Sobre as Ciências**. 15ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2007. 59 p. ISBN 978-972-36-0174-9. p. 20

delimitação do objeto do estudo se fez a partir daí. De outro modo, consideramos a investigação como o meio de descoberta do conhecimento, na medida em que descreve os fenómenos, mas fá-lo, com o sentido da interpretação do investigador. Utilizando qualquer dos métodos e das técnicas possíveis para colher dados, os resultados serão sempre objecto de interpretação. Desta forma, consideramo-nos inseridos na corrente do *criticismo* de Kant, procurando, com este estudo uma teorização sobre a decisão em enfermagem, da forma que, humanamente, conseguiremos racionalizar, por via da interpretação dos resultados obtidos e torna-lo conhecimento de enfermagem.

De outro modo, consideramo-nos também próximos do pós-modernismo de Boaventura Sousa Santos. O autor, que considera que no paradigma epistemológico emergente, a que corresponde a ciência pós-moderna, “*o conhecimento é total, tem como horizonte a totalidade universal*”¹⁴². Assim, quando investigamos a decisão ética de enfermagem, procurando, nomeadamente, os fundamentos utilizados, contamos, à partida, com resultados que se incluíram em diversos domínios do saber, da enfermagem à sociologia ou da ética ao direito. A natureza transversal da enfermagem, permitiu-nos lidar com esta variedade de dados, também suportado, do ponto de vista epistemológico, pela tese pós-modernista de Boaventura Sousa Santos.

A clarificação do campo epistemológico onde nos encontramos ajudou-nos a suportar as decisões metodológicas e permitiu-nos igualmente justificar o trabalho de análise e discussão dos resultados obtidos. Com efeito, a interpretação dos dados que realizamos e as relações teóricas que estabelecemos resultam deste enquadramento epistemológico que nos influenciou enquanto investigador.

3.3 O objeto disciplinar da enfermagem

Um dos objetivos do nosso estudo é a delimitação do conceito de problema ético de enfermagem. Pretendemos construir esta definição conceptual como ponto de partida para a teorização sobre a decisão ética de enfermagem e os seus fundamentos. Entretanto e como enquadramento da área epistemológica onde nos encontramos, consideramos necessário e pertinente uma abordagem breve do objeto disciplinar enfermagem, no sentido de podermos estabelecer a relação entre o conceito de problema ético de enfermagem e o campo disciplinar de onde ele emerge.

¹⁴² Idem. p. 18

Jean Davallon¹⁴³, distingue o objeto científico, que considera consistir numa “*representação já construída do real*”, do objeto de investigação que corresponde ao “*fenómeno, ou o facto, tal como o investigador o constrói para o estudar*” e do objeto concreto, do domínio da observação. O autor considera o objeto científico como o resultado final da investigação, consistindo no conhecimento produzido através dos estudos realizados. Situa-se no fim da escalada do conhecimento que vai da observação simples do real, passando pela realidade investigada, até ser produzido o conhecimento científico. É este conhecimento que constitui o objeto da cada ciência.

Nestes termos, a identificação do objeto científico da enfermagem, resulta da delimitação que o atual conhecimento de enfermagem fez emergir. O conhecimento produzido, enquanto resultado da investigação realizada no campo onde os cuidados são prestados, permite assim circunscrever o objeto científico da enfermagem.

Mas quando olhamos a enfermagem enquanto área do saber, partimos desde logo com uma dificuldade ou antes um desafio, que é o de considerar a sua particularidade epistemológica. Em primeiro lugar, seguindo Amendoeira¹⁴⁴, devemos incluir a enfermagem no grupo das disciplinas profissionais, ou seja aquelas em que cujo saber é dirigido “*para objetivos práticos*”. Noutra perspectiva, o conhecimento de enfermagem encerra mais do que o domínio científico, considerando Carper¹⁴⁵ que inclui também o conhecimento ético, o estético e o conhecimento pessoal do enfermeiro. Ou seja, o conhecimento de enfermagem ultrapassa o domínio científico, incluindo duas dimensões filosóficas, a ética e a estética e ainda o conhecimento que o enfermeiro detém sobre si. A autora identifica estes quatro *padrões de conhecimento* de enfermagem como integrantes do todo disciplinar que suporta a prestação do cuidado. O conhecimento científico, empírico por natureza, que constitui a base fundamental da disciplinar de enfermagem, constituído por teorias que apresentam explicações abstratas

¹⁴³DAVALLON, Jean – **Objecto concreto, objecto científico, objecto de investigação.** Trad. Helena Santos. (Em linha). (Consult. 25.Ago.2007). Disponível em: http://prisma.cetac.up.pt/artigospdf/3_objecto_concreto_objecto_cientifico_objecto_de_investigacao_jean_davallon.pdf. p 5

¹⁴⁴Cf. AMENDOEIRA, José – **Cuidado de Enfermagem: Intenção ou Acção. O que Pensam os Estudantes?** (Em linha). (Consult. 28.Ago.2007). Disponível em: <http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/CuidEnf.IntAc.OQPOE.pdf> P.4

¹⁴⁵Cf. CARPER, B.A. *Fundamental patterns of knowing in nursing.* In POLIFRONI, Carol E.; WELCH, Marylouise, **Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology.** Philadelphia: Lippincot, 1999

para os fenómenos estudados. O padrão ético que corresponde ao conhecimento utilizado pelo enfermeiro na sua relação de cuidado que lhe permite um agir com cada pessoa, no respeito por si e pela sua dignidade. O conhecimento estético que inclui a criatividade usada na relação de cuidado e a adaptação artística que o enfermeiro faz do cuidado a cada pessoa, tornando única cada relação de cuidado. E o conhecimento pessoal do enfermeiro, enquanto conhecimento sobre a sua individualidade, que lhe permite uma melhor utilização de Si na relação com o Outro. Considerar o conhecimento em enfermagem, na perspectiva de Carper implica assim observar estes diferentes padrões, enquanto dimensões complementares que, conjuntamente, fundamentam o cuidado.

De todo o modo quando consideramos o objeto disciplinar da enfermagem este é referido na literatura enquanto objeto científico, relevando-se assim a dimensão empírica do conhecimento de enfermagem. Abel Paiva¹⁴⁶ considera como “*objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação*”, adoptando o conhecimento mais recente e aludindo em particular ao conceito de transição de Meleis e Trangenstein. O conhecimento sobre as respostas humanas nas transições de vida que as pessoas experimentam, corresponderá assim ao objeto científico da enfermagem.

Contudo, se analisarmos outros autores deparamo-nos com outras propostas conceptuais para o objeto disciplinar, dependendo do contexto histórico e da escola de pensamento onde se encontra. Como traço comum realça-se o cuidado humano como resposta disciplinar e profissional aos problemas apresentados pelas pessoas, no âmbito do objeto disciplinar considerado. O conhecimento de enfermagem, suporta a prestação do cuidado pelo enfermeiro, dirigindo-se para a promoção do auto-cuidado efetuado pela pessoa e substituindo-a sempre que a sua situação de vida o exigir.

Deste modo, a delimitação do objeto disciplinar permite a identificação de problemas que serão resolvidos através da prestação de cuidados de enfermagem. Os problemas de enfermagem, que emergem do conhecimento disciplinar produzido, são aqueles com os quais o enfermeiro lida na sua relação de cuidado e originam a formulação diagnóstica que faz iniciar o Processo de Enfermagem. É destes problemas que nos ocuparemos no capítulo seguinte, considerando que a clarificação do problema científico de

¹⁴⁶Cf. PAIVA, Abel – Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir**. ISSN 0871-2379. Nº 55. (Jan. Fev, 2007). P. 11-19

enfermagem como ponto de partida para a tomada de decisão clínica, permite contribuir para a delimitação do meio onde ocorrem os problemas éticos de enfermagem.

4. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM

Uma incursão na história, permite-nos concluir que o conhecimento de enfermagem, enquanto corpo teórico que se apresenta para suportar a prática dos cuidados, emerge apenas no final da primeira metade do século XX, sobretudo nos Estados Unidos da América. Surgem modelos e teorias que definem conceitos e procuram a sua identidade científica. Surgem igualmente aquilo a que os autores classificam como filosofias de enfermagem, que procuram os fundamentos para os cuidados. Estamos assim situados no domínio próprio do conhecimento de enfermagem, que se individualiza face a outras áreas do saber e relativamente a outras ciências, procurando uma esfera disciplinar própria.

Situando-se o nosso estudo na tomada de decisão ética de enfermagem e considerando a ligação entre o problema de enfermagem situado no domínio científico e problema ético que originará uma tomada de decisão ética, resolvemos procurar um eventual conceito de problema de enfermagem enquanto entidade disciplinar própria. Ou seja, antes da delimitação do conceito de problema ético, procuramos uma definição do problema, enquanto entidade própria do conhecimento científico de enfermagem, que origina a tomada de decisão clínica.

4.1 O *problema* de enfermagem, nas filosofias, nos modelos conceptuais e nas teorias

Procuramos nas filosofias, nos modelos conceptuais e nas teorias de enfermagem – surgidos a partir do final da primeira metade do século XX – a identificação do problema em enfermagem. Considerando que as filosofias, os modelos conceptuais e as teorias constituem uma dimensão essencial do conhecimento, pretendemos encontrar a circunscrição que cada teoria ou modelo fazem do problema enquanto razão de ser do cuidado.

Não sendo nosso objetivo uma análise profunda de cada filosofia, modelo ou teoria, mas apenas a identificação do *problema de enfermagem* em cada um, optamos por utilizar

como fonte de pesquisa, uma obra que os resume¹⁴⁷. Ou seja, servimo-nos da análise destes autores e da sua interpretação dos textos produzidos pelos teóricos, para identificar a emergência de um conceito de *problema de enfermagem*, nestas fontes de conhecimento. Esta utilização de fontes secundárias, permitiu-nos uma maior abrangência das filosofias, modelos e teorias analisadas, tornando assim possível uma visão ampla sobre a abordagem da definição do conceito no conhecimento produzido. No caso de Virgínia Henderson, considerando o seu contributo histórico para a definição de enfermagem e tendo em conta que pela primeira vez situa o *problema* nas Necessidades Humanas Básicas da pessoa – utilizado depois por diversas outras teorias – utilizamos uma fonte primária.

Seguimos assim a classificação dos autores, quanto a filosofia, modelo conceptual ou teoria de enfermagem, como pode verificar-se nos sub-capítulos seguintes.

4.2 Filosofias de enfermagem

A análise das diversas filosofias de enfermagem, permite-nos concluir que não se evidencia, na maior parte delas, uma definição do conceito de *problema de enfermagem*. De todas as filosofias abordadas¹⁴⁸, apenas duas circunscrevem de forma mais ou menos explícita o conceito. São as filosofias de Virgínia Hendersen e a de Faye Glenn Abdellah.

Virgínia Henderson, a quem é atribuída a primeira definição de enfermagem (1955), fundamenta os cuidados nas necessidades humanas¹⁴⁹. Enuncia-as como sendo: “*respirar normalmente*”; “*comer e beber adequadamente*”; “*eliminar por todas as vias de eliminação*”; “*deslocar-se e manter uma postura desejável*”; “*dormir e descansar*”; “*seleccionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se*”; “*manter a temperatura do corpo num nível normal*”; “*manter o corpo limpo*”; “*evitar perigos*”; “*comunicar*”; “*praticar de acordo com a sua fé*”; “*trabalhar em algo que proporcione*

¹⁴⁷TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. Trad. Ana Rita Albuquerque. ISBN 972-8383-74-6

¹⁴⁸Nomeadamente as de: Florence Nightingale; Ernestine Wiedenbach; Lydia Hall; Jean Watson e Patrícia Benner; Virgínia Hendersen e Faye Glenn Abdellah.

¹⁴⁹HENDERSON, Virgínia – **Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE**. Loures: Lusodidacta, 2007. 74 p. Trad. Idalina Gomes; João Santos; Mª Helena Silva; Mª Isabel Soares; Teresa Félix; Teresa Rebelo. ISBN 978-989-8075-00-0. p. 8

um sentido de realização”; *“divertir-se ou participar em várias formas de recreação*”; *“aprender”*¹⁵⁰. São as necessidades apresentadas pelas pessoas que justificam e estão na base da prestação dos cuidados. São necessidades comuns ao ser humano, para que este mantenha a sua vida, mas cuja satisfação difere de pessoa para pessoa, como consequência dos diversos factores internos e externos que influenciam os modos de vida. Henderson considera mesmo que o enfermeiro *“nunca poderá compreender totalmente ou proporcionar tudo o que outra pessoa necessita para o seu bem-estar”*¹⁵¹. Deste modo, na perspectiva da autora, as necessidades que cada pessoa evidencia, são diferentes, como diversas são também as suas formas de satisfação. Todavia, esta circunstância não altera o fundamento para os cuidados de enfermagem, ou seja as necessidades humanas. Com efeito, independentemente do tipo de necessidades em causa e do modo com elas irão ser satisfeitas, continuamos a ter como objeto do cuidado, as necessidades da pessoa. Assim, seguindo Virgínia Henderson, podemos delinear a tomada de decisão em enfermagem destinado à prática do cuidado, que se inicia na identificação de um problema que consiste numa necessidade humana alterada.

Faye Glenn Abdellah, partiu da sua convicção de que o ensino de enfermagem nos anos 50 do sec. XX nos Estados Unidos da América, precisava de uma base de conhecimento próprio, para construir a tese dos 21 problemas de enfermagem, tendo como fonte as 14 necessidades de Virgínia Henderson. Para chegar a estes 21 problemas, Abdellah realizou estudos em que utilizou a entrevista com pessoas doentes, para identificar 58 problemas que depois o *National League for Nursing* reduziu para os 21 finais. A formulação destes problemas, surge como necessidades que as pessoas apresentam para a sua sobrevivência.

Desta forma, esta autora identifica um conjunto de problemas que são o ponto de partida para os cuidados. De resto Abdellah define problema de enfermagem, considerando-o como *“uma situação enfrentada pelo doente ou pela família que a enfermeira pode ajudar a resolver através do desempenho das suas funções profissionais”*¹⁵². Para a autora, os cuidados são prestados, na sequência de um processo que decorre da identificação de um dos problemas de enfermagem definidos.

¹⁵⁰ Idem, p. 15-16

¹⁵¹ Ibidem, p. 8

¹⁵²Cf. TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. Trad. Ana Rita Albuquerque. ISBN 972-8383-74-6. p 131

Estas duas filosofias e nomeadamente a de Virgínia Henderson trouxeram um contributo fundamental para o conhecimento de enfermagem e igualmente para a prestação de cuidados. O problema de enfermagem encontra-se situado nas alterações das Necessidades Humanas Básicas da pessoa, o que constitui um delimitação científica do conceito. Trata-se de uma definição que assenta na pessoa e nas alterações que esta apresenta na satisfação das suas necessidades básicas e que, por isso, constitui um problema próprio da área do conhecimento de enfermagem. De tal forma que a resolução desse problema fundamenta a realização de intervenções profissionais de enfermagem, ou seja de cuidados.

Nestes termos a circunscrição disciplinar do conceito de problema – a necessidade humana básica alterada – permite a clarificação do cuidado, uma vez que esta resulta da identificação daquele e concretiza-se no âmbito de um processo científico de tomada de decisão, o Processo de Enfermagem.

4.3 Modelos concepuais e grandes teorias

Da análise dos modelos concetuais e das grandes teorias de enfermagem, podemos concluir que em alguns¹⁵³ não encontramos definições de problema de enfermagem, enquanto que noutros emerge a sua identificação.

Dorothea Orem desenvolveu a *Teoria do Défice de Auto-Cuidado na Enfermagem*. A Teoria da Ação, segundo a qual a pessoa é um agente e delibera sobre o seu agir, constituiu a base teórica desta teoria. Dorothea Orem enunciou o seu conceito de enfermagem, a partir de um estudo que realizou no *Indiana State Department of Health* (EUA). Segundo Tomey e Alligood¹⁵⁴, a tese de Orem é constituída por 3 teorias: a teoria dos sistemas de enfermagem; a teoria do défice do auto-cuidado e a teoria do auto-cuidado. A primeira centra-se na ideia de que os cuidados de enfermagem correspondem essencialmente a ações humanas, deliberados por enfermeiros. A segunda foca-se no conceito de défice de auto-cuidado, considerado como “*a relação entre as capacidades de acção dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado*”¹⁵⁵. Por sua vez, a teoria do auto-cuidado considera este como “*uma função humana reguladora que*

¹⁵³ Nomeadamente, os de: Myra Levine; Marta Rogers; Imogene King.

¹⁵⁴ Cf. TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. Trad. Ana Rita Albuquerque. ISBN 972-8383-74-6. p 217

¹⁵⁵ Idem, p. 218

os indivíduos têm deliberadamente de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar”¹⁵⁶.

Ao considerar o “*défice de auto-cuidado*” como a diferença entre as necessidades de auto-cuidado de uma pessoa e a sua atividade de cuidado próprio, Orem situa o problema de enfermagem, uma vez que define os cuidados como aqueles que são prestados por enfermeiros para satisfazer as necessidades das pessoas de auto-cuidado. Apesar de não surgir definido, o problema de enfermagem em Orem será o *défice* do auto-cuidado das pessoas.

A teoria de Dorothy Johnson – Teoria do Sistema Comportamental – baseia-se no pressuposto de que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a prevenir ou recuperar das doenças, centrando-se na pessoa e não na doença. A autora vê a pessoa como um sistema em que o comportamento observado corresponde ao funcionamento desse sistema. Segundo esta teoria os cuidados de enfermagem respondem a alterações nesse sistema, o que podemos concluir tratar-se do problema de partida, do qual resultam os cuidados. O problema reside no desequilíbrio, tendo o cuidado de enfermagem como objetivo o equilíbrio sistémico.

Callista Roy criou o MAR: Modelo de Adaptação de Roy, segundo a qual “*a adaptação refere-se ao processo e resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos ou grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental*”¹⁵⁷. A enfermagem tem como objetivo central, segundo Roy, promover a *adaptação*, no sentido de alcançar o bem-estar. Roy considera que os *problemas de adaptação*, relativos à sua teoria “*são vistos não como diagnósticos de enfermagem, mas como áreas de preocupação para a enfermeira relacionada com a pessoa ou grupo em adaptação*”¹⁵⁸. Os diagnósticos de enfermagem são construídos a partir da avaliação do estado de adaptação das pessoas às suas situações de vida.

Betty Neuman criou o Modelo de Sistemas, que se baseia na teoria geral dos sistemas. A pessoa é considerada como um sistema que inclui necessidades. A enfermagem atua nesse sistema, quando há necessidades por satisfazer. O problema de enfermagem

¹⁵⁶ Ibidem, p.218

¹⁵⁷ Ibidem, p 307

¹⁵⁸ Ibidem, 304

corresponderá a uma alteração nessas necessidades quando há “*variações do bem-estar*”¹⁵⁹, nomeadamente causadas pelos factores considerados como *stressores*.

Nancy Roper iniciou em 1970 um estudo sobre a essência da enfermagem, investigando na literatura existente. Em 1976 convidou Winifred Logan e Alison Tierney para desenvolverem o seu estudo, que foi publicado em 1980. Segundo este modelo, a pessoa integra 12 “*actividades de vida*”, sendo função da enfermagem a ajuda na prevenção de problemas potenciais para que estes não se transformem em problemas reais. Os problemas corresponderão a alterações nestas *actividades de vida* que as pessoas evidenciem.

Temos assim, para cada teoria, um conceito diferente de problema de enfermagem. Constituem problemas, o défice de auto-cuidado, um desequilíbrio no sistema pessoa, alterações na adaptação ou alterações nas *actividades de vida*. A delimitação destes problemas insere-se no campo científico definido por cada teoria e é deles que decorrem os cuidados de enfermagem.

4.4 Teorias e teorias de médio alcance

As teorias e teorias de médio alcance analisadas, levam-nos a concluir que em diversas¹⁶⁰ não se encontra delimitado o conceito de problema de enfermagem. Outras, definem ou delimitam o seu âmbito.

Katherina Kolcaba desenvolveu a Teoria do Conforto, segundo a qual, as necessidades de cuidados são consideradas necessidades de conforto. O conceito de conforto é definido como a “*condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto*”¹⁶¹. Consideramos assim, que segundo esta teoria, o problema de enfermagem corresponde a necessidades de conforto, sendo os cuidados de enfermagem, as “*medidas de conforto*”.

Katryn Barnard desenvolveu o modelo de interacção pais-filhos, classificada como uma teoria de médio alcance, que tem como “*objectivo específico a relação prestador de*

¹⁵⁹ Ibidem, p. 344

¹⁶⁰ Nomeadamente as de: Hildergard Peplau; Ida Orlando; Joyce Travelbee; Ramona Mercer; Madeleine Leininger; Rosemarie Rizz Parse; Merle Mishel; Margaret Newman; e Nola Pender.

¹⁶¹ Idem, p. 484

cuidados-criança".¹⁶² Em 1981 definiu enfermagem como *"o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde"*¹⁶³.

Não encontramos nesta teoria, qualquer definição de problema de enfermagem. Todavia, a definição de enfermagem leva-nos a considerar que este se situará nas respostas que as pessoas conseguirão dar ou não aos seus problemas de saúde.

Evelyn Adam considera que o enfermeiro utiliza o Processo de Enfermagem na sua prática profissional, com base num modelo conceptual de que se apropriou. Considera que o objetivo da enfermagem é a satisfação das necessidades básicas da pessoa, numa alusão à teoria de Virgínia Henderson. O problema é considerado como *"uma dificuldade a reduzir ou eliminar"*¹⁶⁴. Problema de enfermagem é definido como *"um problema de dependência na satisfação da necessidade. Um diagnóstico de enfermagem é uma necessidade específica que não é satisfeita por haver força, vontade ou conhecimento insuficientes"*¹⁶⁵.

Evelyn Tomlin e Mary Swain, desenvolvem a teoria de Helen Erickson: Teoria da Modelagem e de Modelo de Papel. Não encontramos referências a definição de problema de enfermagem nesta teoria. Todavia, as autoras consideram as Necessidades Humanas Básicas, como essenciais aos cuidados, sem contudo fazer corresponder o problema de enfermagem às alterações destas necessidades.

Assim nestas teorias, para além do conceito de problema de enfermagem fundado na alteração das necessidades básicas da pessoa, formulam-se outras delimitações do conceito. É o caso do problema enquanto necessidade de conforto e enquanto alteração nas respostas às situações de saúde/doença.

4.5 Conceitos de problema de enfermagem

Verificamos que as diferentes filosofias, modelos conceptuais ou teorias de enfermagem, observam a pessoa de modo diverso. Todas colocam a pessoa no centro do seu foco atenção, mas a perspectiva da sua abordagem enquanto ser único e de relação, difere. É desta diversidade de conceber a pessoa e o cuidado, que resulta em cada

¹⁶² Ibidem, p. 550

¹⁶³ Ibidem, p. 547

¹⁶⁴ Ibidem, p. 690

¹⁶⁵ Ibidem, p. 692

filosofia, modelo conceptual ou teoria, um conceito diferente de enfermagem e de onde emerge, de forma mais ou menos delimitada, um conceito próprio de problema de enfermagem.

O conceito de problema científico de enfermagem enquanto necessidade humana básica alterada, tendo surgido numa fase inicial da conceptualização disciplinar, continua a prevalecer como entidade científica de referência em diversas teorias. A par desta definição, surgiram outras que vieram introduzir inovações conceptuais e que propuseram diferentes abordagens para a fundamentação dos cuidados. Cada conceito, na medida em que se encontra inscrito numa filosofia, modelo conceptual ou teoria, delimita-se face aos outros, conforme os pressupostos teóricos subjacentes. Em função destes pressupostos fundamentarão os cuidados de forma diferente.

Desta forma, a identificação do problema de enfermagem, contribui para a autonomia disciplinar da enfermagem, uma vez que a conceptualização do conceito corresponde a uma individualização do campo epistemológico onde este se insere. Definir problema de enfermagem como necessidade básica alterada, como défice de auto-cuidado ou como uma alteração nas respostas humanas relativas às transições, por exemplo, significa demarcar o âmbito onde o conhecimento de enfermagem se inscreve. Do mesmo modo, ao ficar identificado este domínio disciplinar, fica igualmente clarificado o campo de intervenção profissional de enfermagem, que se fundamenta no conhecimento produzido.

O conceito de problema de enfermagem reveste-se assim de uma dupla importância, científica e profissional. As filosofias, os modelos conceptuais e as teorias trouxeram um contributo significativo para a definição do conceito. No tempo presente, duas questões se colocam. Por um lado a de saber se o conhecimento científico de enfermagem progride no sentido de uma definição única que circunscreva de forma inequívoca o espectro científico da enfermagem e por outro lado, a questão de saber se a prestação de cuidados de enfermagem utiliza ou não os (ou o) conceitos definidos. Paiva¹⁶⁶ refere-nos que atualmente em Portugal, persiste esta diferença entre os *modelos expostos* e os *modelos em uso*, propondo o conceito de *enfermagem avançada* como

¹⁶⁶ Cf. PAIVA, Abel – *Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina*. **Servir**. ISSN 0871-2379. Nº 55. (Jan. Fev, 2007). P. 11-19

forma de promover a aplicação do conhecimento teórico de enfermagem à prática dos cuidados.

No âmbito deste estudo e tendo em conta os seus objetivos, consideramos que a clarificação dos conceitos de problema de enfermagem formulados, contribuiu para uma melhor contextualização disciplinar dos cuidados de enfermagem. Sendo a relação de cuidado, o meio onde ocorrem os problemas éticos de enfermagem e onde a decisão ética se desenvolve, esta contextualização permitiu-nos o estabelecimento de uma relação entre o problema científico e o problema ético de enfermagem. Disso nos ocuparemos no capítulo 2 da Parte IV.

PARTE II

METODOLOGIA

*“Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura...”*

Fernando Pessoa

1. OPCÕES METODOLÓGICAS

A revisão da literatura efectuada, as questões de investigação formuladas e os objetivos que foram definidos, ditaram as opções metodológicas para a realização do estudo. São estas escolhas metodológicas que apresentamos neste capítulo.

1.1 Tipo de estudo

O conhecimento existente sobre a problemática em estudo é limitado e sobretudo relativo a população estrangeira, como verificamos no capítulo destinado à revisão da literatura. Todavia, consideramos esse conhecimento como ponto de partida, pelo que classificamos este estudo do tipo descritivo.

Procuramos conhecer a construção da decisão ética de enfermagem e os fundamentos para decidir utilizados pelos enfermeiros, a partir dos seus próprios significados. De facto, pretendemos descrever essa construção da decisão, com base na narrativa dos enfermeiros, procurando o significado das suas descrições. Pretendemos conceptualizar uma definição para o conceito de problema ético de enfermagem, descrever o modo como os enfermeiros o resolvem e quais os fundamentos que utilizam, com base nessas narrativas e nos significados que os próprios enfermeiros atribuem aos factos ocorridos. Procuramos a valoração dada pelos enfermeiros ao seu modo de agir e às razões de decidir da sua prática profissional de cuidado, extraindo dos seus discursos os elementos de conteúdo necessários à análise. De outro modo, realizamos a recolha dos dados e fazemos a sua análise com recurso à nossa própria interpretação, participando assim na construção do conhecimento produzido.

Nestes termos o estudo foi realizado com uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório, descritivo e, tendo em conta o nível residual de conhecimento neste domínio, de nível I.

1.2 Campo de Análise

Seguindo o conceito de “*campo de análise*” de Quivy e Campenhoudt¹⁶⁷, o nosso estudo, ao pretender abordar a construção da decisão ética pelos enfermeiros portugueses, circunscreve o *campo*. Assim, teremos como *população* o conjunto dos enfermeiros que exerce atividade em Portugal.

Tratando-se de decisão ética de enfermagem, relativa à resolução de problemas éticos no âmbito da relação de cuidado entre o enfermeiro e a pessoa-cliente¹⁶⁸, consideramos apenas a principal área de intervenção da profissão, ou seja a prestação de cuidados. Ou seja, são considerados como sujeitos do estudo todos os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional na prestação de cuidados às pessoas, independentemente do seu título profissional de *enfermeiro* ou *enfermeiro especialista*. O critério de delimitação da população restringe-se assim ao exercício profissional como prestador de cuidados de enfermagem, uma vez que é neste campo que emergem os problemas éticos relativos à relação de cuidado estabelecida. Deste modo, excluem-se os enfermeiros das áreas da gestão, da formação, do ensino, da investigação e da assessoria.

Tendo em conta que os fundamentos de natureza jurídica usados na construção da decisão ética pelos enfermeiros podem ter diferenças geográficas no território português, incluímos no campo de análise apenas os enfermeiros do continente. Com efeito, existe alguma autonomia legislativa e regulamentar das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, que poderia originar diferenças em alguns regimes jurídicos que se apliquem aos cuidados de enfermagem. Assim, salvaguardando esta possibilidade de enviesamento, consideramos como meio do estudo apenas o continente, garantindo deste modo que todos os membros da população estão, previsivelmente, em igualdade de circunstâncias quanto aos fundamentos jurídicos, que podem utilizar na construção da decisão ética.

Quanto ao tempo, a recolha de dados ocorreu entre Junho de 2009 e Abril de 2010, tendo a análise dos resultados terminado em Julho de 2010.

¹⁶⁷QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan – **Manual de Investigação Em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. 282 p. Trad. João Minhoto Marques; Maria Amélia Mendes; Maria Carvalho. ISBN 972-662-275-1. p.157

¹⁶⁸Utilizaremos a expressão *pessoa-cliente*, para nos referirmos à pessoa que estabelece o *pacto de cuidado* com o enfermeiro, iniciando com este uma *relação de cuidado*. Por relação de cuidado entendemos a relação interpessoal entre a pessoa-cliente e o enfermeiro destinada à prestação de cuidados de enfermagem.

1.3 Amostra

Tendo em conta a população considerada, constituída por todos os enfermeiros do continente português que exercem a sua atividade profissional na prestação de cuidados, trata-se de uma população extensa (23.238 em 31 de Dezembro de 2009¹⁶⁹ em todo o país, havendo contudo 34.219 com área de atuação desconhecida, mas que na sua grande maioria encontrar-se-ão também na prestação de cuidados). Assim, o estudo de todos os membros da população do universo é impraticável, pelo que procedemos ao estudo de uma amostra.

Uma vez que existem dados sobre a população em estudo, podíamos ter equacionado uma amostra do tipo probabilístico. Todavia, tendo em conta a problemática em causa, os objetivos e o tipo do estudo, não nos pareceu adequada tal escolha. Tratando-se de um estudo com uma abordagem qualitativa que pretende construir o conceito de problema ético de enfermagem e descrever o modo da decisão ética, consideramos como Quivy e Campenhoudt¹⁷⁰ que “*não deve confundir-se cientificidade com representatividade*”. Deste modo, neste estudo não nos pareceu adequado que a amostra fosse representativa, porquanto o que nos interessa é uma generalização conceptual e não uma generalização estatística¹⁷¹. Quivy e Campenhoudt propõem como estratégia a diversificação dos sujeitos, considerando que “*se o investigador procurar diversificar sistematicamente os perfis, chegará forçosamente o momento em que já não conseguirá encontrar novos casos francamente diferentes dos que já encontrou e em que o rendimento marginal de cada entrevista suplementar reduzirá rapidamente*”¹⁷², obtendo-se assim a *saturação* pretendida.

Assim, tendo em conta o perfil amplo pretendido para os sujeitos do estudo – enfermeiros que prestam cuidados no continente português - utilizamos uma amostra do

¹⁶⁹Segundo dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (Em linha) (Consult. 23.Abril.2010). Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE_Dados_Estatisticos_2000_2009_VFinal.pdf

¹⁷⁰QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan – **Manual de Investigação Em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. 282 p. Trad. João Minhoto Marques; Maria Amélia Mendes; Maria Carvalho. ISBN 972-662-275-1. p.161

¹⁷¹ Como o consideram Procter e Alan, para a investigação qualitativa, em: PROCTER, Susan; ALAN, Teresa – Muestreo. In GUERRISH, Kate; LACEY, Anne – **Investigación en Enfermería**. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2008. Trad. dirigida por Vicent Montalt. ISBN 978-84-481-6390-7. p. 181

¹⁷²QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan – **Manual de Investigação Em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. 282 p. Trad. João Minhoto Marques; Maria Amélia Mendes; Maria Carvalho. ISBN 972-662-275-1. p.161

tipo “bola-de-neve” (snowball), como referem Polit e Beck¹⁷³ (por exemplo) em que o primeiro sujeito nomeou o segundo, este o terceiro e assim sucessivamente até ser verificada a saturação dos dados. Partimos do princípio de que, ao ser explicado o fim do estudo e tendo em conta que qualquer enfermeiro prestador de cuidados conhece outros também prestadores de cuidados que resolveram problemas éticos, cada sujeito entrevistado ficaria em condições de indicar o seguinte. As sucessivas nomeações permitiram uma natural diversidade dos sujeitos. Para a primeira entrevista, utilizou-se uma amostra de tipo conveniência, segundo a acessibilidade ao primeiro sujeito.

No total, participaram no estudo 15 enfermeiros, 6 com título de *enfermeiro* e 9 com título de *enfermeiro especialista*, das regiões do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo (segundo a divisão geográfica usada no Serviço Nacional de Saúde), todos a exercer a sua atividade na prestação de cuidados.

Como seria de esperar o género maioritário é o feminino integrando 12 participantes, enquanto que do género masculino participaram 3 enfermeiros. Curiosamente, esta relação corresponde à realidade nacional, em que a percentagem do género feminino é historicamente maioritária, com cerca de 80%¹⁷⁴, como se verifica nesta amostra.

O grupo etário predominante situa-se entre os 41 e os 50 anos de idade, registando-se e pessoas com idades compreendidas entre os 31 e os 40 e 3 entre os 21 e os 30 anos. Todos contam com mais de 5 anos de atividade profissional, situando-se o intervalo entre os 5 e os 25 anos. O maior número – 6 – encontra-se no intervalo entre os 15 e os 19 anos de atividade profissional.

O local de trabalho predominante é o hospital, verificando-se que apenas 1 enfermeiro exerce num estabelecimento prisional. Do mesmo modo, as situações problemáticas narradas foram igualmente verificadas com pessoas doentes nestes locais. Verificamos assim que, em resultado do tipo de amostra escolhido sem definição de critérios de escolha relativos a local de trabalho, os sujeitos pertencem quase todos ao ambiente hospitalar, o que significa que os problemas éticos narrados são predominantemente relativos a esse meio. De todo o modo, tendo em conta o objeto do estudo e a correspondente abordagem qualitativa que dele decorreu, não relevamos este facto na

¹⁷³POLIT, Denise F.; BECK, Cherly, Tatano – **Nursing Research: Principles and Methods**. 7ª ed. Philadelphia: LWW, 2004. 758 p. ISBN 0-7817-3733-8. p. 306-307

¹⁷⁴Segundo dados estatísticos de 31.12.2009, da Ordem dos Enfermeiros (Em linha) (Consult. 23.Abril.2010). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE_Dados_Estatisticos_2000_2009_VFinal.pdf

análise dos resultados. Foi tida em conta a relação de cuidado em si, independentemente do contexto organizacional onde os cuidados são prestados.

No quadro seguinte são apresentados os dados relativos à caracterização desta amostra.

Quadro 1 – Caracterização da amostra do estudo.

		N	%	TOTAL
GENERO	F	12	80.00	15
	M	3	20.00	
IDADE	21-30	3	20.00	15
	31-40	2	13.33	
	41-50	10	66.67	
REGIÃO DE TRABALHO	LVT	8	53.33	15
	Alentejo	7	46.67	
TÍTULO PROFISSIONAL	Enfermeiro	6	40.00	15
	Enf. Especialista	9	60.00	
LOCAL DE TRABALHO	Hospital	14	93.33	15
	Estab. Prisional	1	6.67	
ANOS DE ATIVIDADE PROFISSIONAL	5-9	3	20.00	15
	10-14	2	13.33	
	15-19	6	40.00	
	20-24	3	20.00	
	25-29	1	6.67	

Legenda: F – Feminino; M – Masculino; LVT – Lisboa e Vale do Tejo; Enf. – Enfermeiro; Estab. - Estabelecimento

1.4 Método de recolha de dados

A pesquisa foi realizada através da entrevista semi-estruturada, uma técnica utilizada quando se pretende, como neste estudo, “*a análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados...*”¹⁷⁵. Naturalmente que temos em conta que nesta técnica de recolha de dados, “*tudo o que se obtém é uma declaração do sujeito sobre a observação que ela faz do seu próprio pensamento, comportamento ou situação*”¹⁷⁶. Todavia, também segundo este mesmo autor referindo-se à investigação nas ciências sociais, a informação recolhida através da observação direta “*dá um acesso muito limitado ao sistema de classificações; à configuração das representações e ao universo de sentido dos protagonistas de práticas*

¹⁷⁵Como considera Quivy e Campenhoudt em: QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan – **Manual de Investigação Em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. 282 p. Trad. João Minhoto Marques; Maria Amélia Mendes; Maria Carvalho. ISBN 972-662-275-1. p.193

¹⁷⁶Como considera COSTA, António Firmino – **A Pesquisa de Terreno em Sociologia**. In SILVA, Augusto; PINTO, José Madureira – **Metodologia das Ciências Sociais**. 14ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2007. ISBN 978-972-36-0503-7. p. 142

sociais”¹⁷⁷. Como o nosso propósito é delimitar problema ético e descrever a construção da decisão de enfermagem e significar os fundamentos utilizados a partir da valoração dos próprios enfermeiros, optamos pela recolha de dados através da entrevista, que responde ao objeto do nosso estudo.

A opção pela entrevista resultou ainda do objetivo metodológico de pretender obter a descrição da realidade de uma forma que Paul Ricoeur¹⁷⁸ considera de *revelada e recriada* pelo autor da experiência vivida. Seguindo o filósofo, as narrativas “*imitam e ordenam o agir humano*”¹⁷⁹, pelo que, conhecer a experiência vivida a partir da narrativa do autor, permitiu-nos chegar às razões do seu agir. A narrativa de experiências vividas pelo próprio, permitiu-nos interpretar os significados atribuídos ao vivido. Ensina-nos Paul Ricoeur que “*a percepção é dita, o desejo é dito*”¹⁸⁰, de tal forma “*que não há experiência emocional tão escondida, dissimulada ou distorcida que não possa ser trazida à clareza da linguagem e revelada no seu próprio sentido*”¹⁸¹. É com estes fundamentos que optamos pela entrevista, como técnica para a recolha dos dados.

Para garantir a mesma matriz de condução da entrevista e de percepção e interpretação das narrativas, as entrevistas foram realizadas sempre pelo mesmo investigador. Também as questões de partida foram sempre as mesmas. Deste modo promovemos a garantia da *fidelidade* do estudo.

Para garantir a *validade interna*, construíram-se questões para a entrevista que não fossem indutoras, à partida de respostas esperadas, mas que permitiram uma narrativa do vivido. Sobretudo não foi utilizado em nenhum momento da entrevista a expressão “processo de tomada de decisão”, para garantir que o discurso, face ao modo de decidir fosse o mais livre possível de pré-conceitos, nomeadamente quanto à natureza processual da decisão ética.

Escolhemos a entrevista semi-estruturada, para permitir o diálogo entre o investigador e o entrevistado, no sentido de esclarecer os sentidos das palavras utilizadas em cada momento.

¹⁷⁷ Idem, p. 142

¹⁷⁸ Cf. RICOEUR, Paul – **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p. p.8

¹⁷⁹ Idem, p. 9

¹⁸⁰ Ibidem, p. 40

¹⁸¹ Ibidem, p. 40

Assim, partimos de 4 questões:

- 1) Narre uma situação que tenha constituído um problema ético para si, enquanto enfermeiro.
- 2) Justifique porque considerou que essa situação constituiu um problema ético de enfermagem.
- 3) Narre como resolveu essa situação.
- 4) Realce as questões que esta situação lhe levantou após a sua resolução.

Deste modo, as questões 1 e 2 permitiram identificar e delimitar problema ético de enfermagem, a partir da valoração dos enfermeiros. Através das questões 3 e 4, foi possível conhecer o modo de construção da decisão e identificar os fundamentos utilizados, também segundo o seu próprio significado. A questão 4, em particular, permitiu clarificar a valoração que os enfermeiros fazem da construção da decisão ética e dos fundamentos que a suportaram, independentemente de o terem usado ou não. Ou seja, consideramos que, se alguma circunstância externa impediu o enfermeiro de utilizar o processo e os fundamentos que considera adequados, através desta questão, foi possível identificar qual a valoração real e não apenas a possível do momento que a decisão se verificou.

Para garantir a *credibilidade*¹⁸² dos dados pesquisados nas narrativas obtidas com as entrevistas, pedimos a todos os participantes que a entrevista fosse gravada e que procedessem à revisão dos respectivos *verbatim*s. Só depois desta revisão se procedeu à análise de conteúdo.

Pretendemos recolher os dados, a partir do discurso dos enfermeiros, sujeitos do estudo, tomando as suas afirmações como a valoração que fizeram das suas decisões e dos seus atos. Como Wittgenstein, estamos a considerar que “*a verdade das minhas afirmações é a prova da minha compreensão dessas afirmações*”¹⁸³. Seguimos assim o filósofo, neste particular de dar ênfase à linguagem enquanto fonte de proposições que aceitamos como

¹⁸²Como consideram Streuber e Carpenter em: STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. 383 p. Trad. Ana Paula Sousa Santos. ISBN 972-8383-29-0. p. 33

¹⁸³WITTGENSTEIN, Ludwig – **Da Certeza**. Edição Bilingue. Lisboa: Edições 70, 2000. Trad. Maria Elisa Costa. 191 p. ISBN 972-44-0816-7. p. 35

certas. A linguagem onde se inserem os conceitos, que podemos partilhar com os outros.

1.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados recolhidos através da entrevista, utilizamos a análise de conteúdo segundo Bardin¹⁸⁴, uma vez que, segundo os objetivos do estudo necessitamos de categorizar os resultados. Deste modo, de entre as técnicas possíveis propostas pela autora, optamos pela *análise categorial* que respondeu a esta necessidade de categorização e investigamos os textos das narrativas através da *análise temática*.

Para cumprir o primeiro objetivo, começamos por identificar os problemas referidos, agrupá-los por categorias, para que fosse possível identificar os diversos elementos conceptuais que pudessem suportar a definição. Para o segundo objetivo, necessitamos igualmente de categorizar para identificar as diferentes fases da construção da decisão ética. Por fim, para o objetivo de significar os fundamentos utilizados pelos enfermeiros no suporte da decisão ética, necessitamos também de categorizar os resultados pelos diferentes fundamentos.

Os *verbatimins* foram sendo analisados à medida que as entrevistas foram realizadas e os dados recolhidos foram analisados à medida que forem produzidos, permitindo assim a construção progressiva do conhecimento e a “*contínua regulação dos procedimentos técnicos de pesquisa*”¹⁸⁵, assim como a verificação da *saturação teórica*¹⁸⁶. Após a análise dos dados recolhidos com as entrevistas e tendo em conta os objetivos enunciados, definimos problema ético de enfermagem, identificamos as diversas fases da construção da decisão ética e as diversas categorias de fundamentos utilizados pelos enfermeiros para a decisão tomada, ficando assim demonstrado que o desenho do estudo correspondeu aos seus objetivos e respondeu às questões de investigação formuladas.

¹⁸⁴BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2003. 225p. Trad. Luís Antero e Augusto Pinheiro. ISBN 972-44-0898-1

¹⁸⁵Cf. COSTA, António Firmino – A Pesquisa de Terreno em Sociologia. In SILVA, Augusto; PINTO, José Madureira – **Metodologia das Ciências Sociais**. 14ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2007. ISBN 978-972-36-0503-7. p. 144

¹⁸⁶Como refere Judith Lathelan em: LATHELAN, Judith – Análises Cualitativo. In GUERRISH, Kate; LACEY, Anne – **Investigación en Enfermería**. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2008. Trad. dirigida por Vicent Montalt. ISBN 978-84-481-6390-7. p. 419

1.6 Considerações éticas

Os aspectos éticos relativos a este estudo estão relacionados com o meio, com os participantes e com a confidencialidade dos dados.

Relativamente ao meio, uma vez que pretendemos obter relatos de enfermeiros inseridos em contextos organizacionais de prestação de cuidados de enfermagem, tivemos que equacionar a autorização formal dos responsáveis dessas organizações de saúde. Todavia, uma vez que o pretendido foi o relato posterior de situações vividas pelos enfermeiros, a recolha pôde ser feita fora do contexto de exercício profissional. Ou seja, nenhuma organização de saúde constitui meio do estudo, uma vez que o nosso objetivo foi pesquisar as narrativas dos enfermeiros. Assim, não havendo envolvimento da organização de saúde enquanto meio de pesquisa e como os enfermeiros participantes vieram ao estudo também sem ligação formal ao seu contexto de trabalho, consideramos não ser necessária autorização das organizações de saúde onde os enfermeiros participantes exercem a sua atividade profissional.

Relativamente aos sujeitos, como referimos, estes participaram, após o seu livre e esclarecido consentimento, formalizado através de documento escrito. Foi assim assegurada a participação livre de cada enfermeiro, tendo sido fornecida toda a informação sobre o estudo, quanto aos fins e métodos utilizados. O *feedback* dos resultados será assegurado através da publicação do estudo.

A confidencialidade das fontes foi garantida durante todo o processo. Para tal, as entrevistas foram arquivadas com identificação codificada, sem referência aos sujeitos nem aos locais onde foram realizadas. Os dados extraídos foram sempre manuseados sem qualquer referência ao sujeito do estudo, inclusive na publicação dos resultados.

Não existindo necessidade de autorização de nenhuma organização de saúde para a realização do estudo, coloca-se a questão de saber se há ou não necessidade de parecer ético de alguma entidade externa. Consideramos que, sendo o estudo realizado em meio académico numa Universidade, em que a orientadora da tese e a coordenadora científica do doutoramento são ambas especialistas em ética de enfermagem e que, sendo o projeto avaliado por um júri antes da realização do estudo, não seria necessária a apreciação por uma entidade externa.

PARTE III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: DO PROBLEMA À DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

*“Uma certa quantidade de gente à procura
de gente à procura dum certa quantidade”*

Mário Cesariny

1.IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS ÉTICOS DE ENFERMAGEM

Iniciamos a apresentação e discussão dos resultados com a identificação do problema ético de enfermagem, respondendo assim à primeira questão de investigação formulada e ao primeiro objetivo definido. A uma breve explicação sobre a metodologia seguida, segue-se a apresentação dos dados relativos a cada categoria.

1.1 Metodologia seguida

Os problemas éticos emergiram das narrativas dos participantes, quando estes descreveram as situações que consideraram problemáticas. De cada narrativa retiraram-se as situações consideradas pelo próprio como problema ético, de tal forma que o facto do episódio descrito ser classificado como problema ético de enfermagem, resulta da atribuição dessa qualidade por cada enfermeiro.

Os problemas que emergiram foram integrados em categorias e sub-categorias, segundo a classificação de Lucília Nunes¹⁸⁷. Sendo este o único estudo realizado em Portugal com identificação categorial de problemas éticos de enfermagem, utilizamos esta classificação. Das 12 categorias identificadas pela autora, emergiram 5 no nosso estudo, a saber, *informação, acompanhamento em fim de vida, decisão do destinatário dos cuidados, respeito pela pessoa e sigilo profissional*.

Em cada uma destas categorias, foram encontrados problemas que integramos em sub-categorias da mesma classificação. Assim, a categoria *informação* conta com duas sub-categorias: *informação relativa aos cuidados e dilemas na informação*. A categoria *acompanhamento em fim de vida* desdobrou-se também em duas sub-categorias: *obstinação terapêutica e dilemas face ao morrer*. Igualmente a categoria *decisão do destinatário de cuidados* integra duas sub-categorias: *respeito pela decisão expressa e decisão do outro*. Do mesmo modo, a categoria *respeito pela pessoa* divide-se em duas sub-categorias: *cuidado personalizado e respeito pelos direitos humanos*. Finalmente,

¹⁸⁷Publicado em: NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8

na categoria *sigilo profissional* integram-se problemas apenas relativos a uma sub-categoria: *contexto das práticas*.

No respeito pela sequência de apresentação das categorias do estudo referido e tendo em conta uma maior facilidade de análise comparativa dos resultados com os dados do nosso estudo, apresentamos as categorias segundo essa sequência¹⁸⁸. As sub-categorias são apresentadas segundo a ordem decrescente face ao número das unidades de contexto que a integram, independentemente da apresentação no estudo-matriz.

1.2 Informação

Da análise dos dados resulta que a *informação* surge como uma área problemática, na qual se inscrevem diversos problemas éticos, num total de 6 unidades de registo, integrados em 2 sub-categorias: *informação relativa aos cuidados e dilemas na informação*. A primeira com 5 e a segunda com uma única unidade de registo.

Esta área revela-se como problemática em enfermagem, como já havíamos verificado em estudo anterior¹⁸⁹. No estudo de Nunes¹⁹⁰ do qual emergiu a classificação que adotamos, esta categoria revelou-se igualmente como prevalente.

Na sub-categoria *informação relativa aos cuidados* integram-se 3 unidades de contexto: “*dúvida sobre a escolha entre informar o cliente da verdade (má notícia) ou não informar*”; “*dúvida sobre a escolha entre informar os familiares da verdade (má notícia) ou não informar*”; “*conflito entre respeito pelas normas e sentido de protecção das pessoas, na transmissão da informação*”.

As duas primeiras unidades de contexto incluem problemas relacionados com dúvidas sobre o agir, em matéria de transmissão da informação, quer à pessoa, quer aos seus familiares. Como no estudo de Nunes, são predominantemente dúvidas sobre o dever de transmitir determinados dados de saúde, em função da situação específica da pessoa. Verificamos que estas dúvidas resultam sobretudo da ponderação do enfermeiro face às

¹⁸⁸Cf. NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 264

¹⁸⁹Publicado em: DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Edições Almedina, 2008. 194 p. ISBN 978-972-40-3401-0

¹⁹⁰Cf. NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8

consequências que essa transmissão pode originar nas pessoas. O enfermeiro confronta-se com a dúvida sobre “*contar ou não contar a verdade*“, equacionando sobre os efeitos que uma notícia, nomeadamente uma má notícia, podem provocar no estado de saúde-doença das pessoas. Constatamos deste modo, que o problema se inicia com as incertezas quanto ao agir, quando está em causa a proteção das pessoas. Perante um ato que podia ser considerado como meramente acessório face à prestação de cuidados, verificamos que o enfermeiro inclui esta sua atuação, na esfera da prestação de cuidado. Do mesmo modo que pondera os efeitos das suas intervenções na pessoa e decide em função da decisão clínica com base científica, o enfermeiro, coloca a decisão sobre a transmissão da informação no domínio da decisão ética.

O conflito entre o respeito pelas normas vigentes e o dever de proteção das pessoas no âmbito da transmissão da informação, constitui também um problema emergente nesta sub-categoria, com a emergência de uma unidade de contexto. Perante a transmissão de uma má notícia, em que o enfermeiro considera estar melhor colocado para a realizar, coloca-se o problema da norma jurídica imputar essa responsabilidade a outro profissional. O enfermeiro vê-se assim confrontado perante um conflito entre o respeito pela *lei*¹⁹¹ e um agir que considera mais protetor do Outro. O conflito assume como foco central a transmissão da informação e o lidar com as suas consequências, verificando-se que a existência de uma norma constitui um obstáculo ao exercício profissional. Esta ponderação entre o cumprimento “cego” da *lei* e uma decisão que garanta a proteção das pessoas revela-se como problemática, colocando o enfermeiro numa séria interrogação face ao seu agir profissional concreto.

Nesta categoria surge outro problema - correspondente a uma unidade de contexto - relativo a interrogações quanto ao fornecimento de informação sobre doença com conotação social negativa aos familiares, que incluímos na sub-categoria *dilemas na informação*.

Encontrando-se o conteúdo desta informação fora do domínio próprio da enfermagem, ela surge igualmente como problemática. Por um lado as dúvidas surgem, inseridas no âmbito do trabalho em equipa dos profissionais de saúde, em que os conteúdos funcionais se articulam em vez de uma separação estanque. De outro modo, estas

¹⁹¹ “lei” em sentido amplo, considerando uma qualquer norma de natureza jurídica, independentemente da sua fonte formal.

interrogações inserem-se, mais uma vez, no domínio das preocupações com o Outro, nomeadamente quanto às consequências dos atos de enfermagem. No caso, a ponderação dos efeitos noutras pessoas, em resultado de uma omissão, quando “*o doente também não queria que contássemos à namorada*”.

Nesta situação, temos a transmissão da informação como uma ação em si mesmo, sem uma ligação direta ao cuidado. Todavia, mais uma vez, chamando ao domínio da decisão ética, o enfermeiro coloca esta transmissão da informação na própria esfera do cuidado. Ou seja, informar ou não informar, constituem, eles próprios, cuidados de enfermagem e é por esta razão que são considerados como problemas de enfermagem.

Verificamos assim que, a transmissão de informação em enfermagem, surge individualizada enquanto cuidado e não apenas acessória face à relação de cuidado estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa. A ação (ou a omissão) de informar constitui-se assim como uma entidade *cuidativa* autónoma e é nessa medida que o enfermeiro chama a si essa intervenção.

As unidades de contexto relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Problemas éticos identificados, integrados na categoria *informação*

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
INFORMAÇÃO	INFORMAÇÃO RELATIVA AOS CUIDADOS	Dúvida sobre a escolha entre informar o cliente da verdade (má notícia) ou não informar.	2
		Dúvida sobre a escolha entre informar os familiares da verdade (má notícia) ou não informar.	2
		Conflito entre respeito pelas normas e sentido de protecção das pessoas, na transmissão da informação.	1
	DILEMAS NA INFORMAÇÃO	Dúvidas sobre transmitir informação aos familiares, sobre situação de doença contagiosa do cliente.	1

1.3 Acompanhamento em fim de vida

O *acompanhamento em fim de vida* foi a categoria que emergiu com maior número de unidades de registo, num total de 49, o que nos leva a concluir pela importância desta área dos cuidados de enfermagem. As decisões sobre cuidados na fase final da vida,

com as dúvidas sobre o prolongar da vida em condições de aumento do sofrimento ou as incertezas quanto ao respeito pela opinião dos familiares, evidenciam-se como áreas problemáticas.

Nesta categoria incluem-se problemas respeitantes a duas sub-categorias: *dilemas face ao morrer* e *obstinação terapêutica*. A primeira conta com 47 unidades de registo e a segunda com 2.

Na primeira sub-categoria - *dilemas face ao morrer* - inserem-se quatro unidades de contexto diferentes: *dúvidas sobre prestação de cuidados que prolongam a vida em fim de vida, conflito entre proteção do bem-estar do cliente e respeito pela vontade dos familiares, dúvidas sobre a escolha de algumas intervenções para com os familiares e, por fim, pedido de eutanásia*.

Os problemas éticos aqui encontrados, dizem respeito quer a incertezas quanto à escolha das intervenções a prestar quer junto dos clientes de cuidados, quer aos seus familiares. De igual modo, dizem também respeito ao pedido expresso para ser praticada eutanásia. As dúvidas sobre as intervenções a realizar em fim de vida, quando se trate da própria pessoa ou dos seus familiares, evidenciam as preocupações com o respeito pela dignidade humana, numa altura em que os cuidados deixam de ser dirigidos à proteção da vida. Esta inversão do resultado de enfermagem dirigido à vida, à sua proteção e ao seu prolongamento (natural), para a definição de resultados que substituem a vida como fim, pelo morrer com dignidade, colocam problemas éticos vividos com particular intensidade pelos enfermeiros.

Um número significativo de unidades de registo nesta sub-categoria – 47 no total – é disso uma evidência. Mas a consciência de que “*tive dificuldade em lidar com isso*”, revelado por uma participante, ilustra esta intensidade com que o enfermeiro vive este tipo de problemas. Esta dificuldade chega a ser vivida como angústia, nomeadamente quando a decisão atinge o limite de equacionar entre a vida e a morte. É o caso da referência de que “*esta situação foi uma situação que me angustiou bastante*”, aquando do pedido de eutanásia a um enfermeiro.

A decisão de cuidado surge assim inserida num contexto relacional em quem a par dos fundamentos científicos e da necessária articulação com os outros profissionais de saúde, a dimensão ética ganha uma especial destaque. A decisão perante um pedido desta natureza implica, não apenas a escolha quanto à intervenção ou omissão de agir, mas sobretudo a necessidade de manter uma relação de cuidado com alguém que atinge

este limite. Para além de intenso, este contexto relacional revela-se bastante complexo, tendo em conta as inúmeras variáveis com que o enfermeiro tem que lidar, muitas vezes em tempo reduzido. A resposta sim ou não a um pedido destes, poderia inclusivamente consubstanciar a decisão mais fácil, contudo, verificamos que a chamada a si da situação enquanto problema, constitui uma evidência pela ponderação das intervenções a realizar.

Na segunda sub-categoria identificaram-se dois problemas relativos a incertezas quanto ao parar cuidados que se consideraram inúteis, incluídos na mesma unidade de contexto. São dúvidas sobre se “*se deve ou não continuar o tratamento (...) porque isso já não lhe está a trazer melhoria nem qualidade de vida*”. Ou seja, a incerteza quanto ao continuar cuidados que se julgam não trazer nenhuma melhoria no estado de doença da pessoa e que consubstancia um prolongamento do sofrimento, sem qualquer fim terapêutico à vista. O confronto com as decisões de outros profissionais de saúde que mantém planos terapêuticos que continuam a vida de forma artificial e que exigem a prestação de cuidados de enfermagem. Um contexto onde a decisão de enfermagem se insere numa equipa *multiprofissional* e em que essa articulação complementar origina interrogações quanto ao continuar de cuidados que são inúteis face a qualquer fim terapêutico.

De igual modo, são considerados intervenções questionáveis do ponto de vista ético, por desrespeitarem a dignidade humana, uma vez que prolongam o sofrimento, que podia ser terminado com a paragem dos suportes artificiais.

No quadro 2 apresentam-se os resultados relativos a esta categoria.

Quadro 2 – Problemas éticos identificados, integrados na categoria *acompanhamento em fim de vida*.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
ACOMPANHAMENTO EM FIM DE VIDA	DILEMAS FACE AO MORRER	Conflito entre proteção do bem-estar do cliente e respeito pela vontade dos familiares	28
		Dúvidas sobre prestação de cuidados que prolongam a vida em fim de vida.	13
		Dúvidas sobre a escolha de algumas intervenções para com os familiares	3
		Pedido de eutanásia	3
	OBSTINAÇÃO TERAPÉUTICA	Parar tratamento inútil.	2

1.4 Decisão do destinatário dos cuidados

A terceira categoria apresentada - *decisão do destinatário de cuidados* - inclui duas sub-categorias: *respeito pela decisão expressa* e *decisão pelo outro*. Os problemas emergentes estão sobretudo relacionados com o consentimento para os cuidados de enfermagem, em ligação com o exercício da autonomia do próprio e o consentimento prestado por outros, terceiros à relação de cuidado, quando acontece a *representação legal*. No total somam-se 5 unidades de registo, sendo 4 relativos à primeira sub-categoria e 1 relativo à segunda.

Na primeira sub-categoria - *respeito pela decisão expressa* - inserem-se problemas relacionados com o não consentimento do próprio, para o cuidado proposto, em 3 unidades de contexto, a saber, *não consentimento pelo cliente, para o cuidado proposto, em situação de risco de vida; não consentimento para internamento proposto e não consentimento pelo cliente menor (15 anos) com capacidade de decidir sobre o cuidado, sem risco de vida*.

O problema surge quando, perante o planeamento de execução de uma determinada intervenção de enfermagem, a pessoa em causa rejeita-a. O enfermeiro fica assim com uma interrogação que consiste na dúvida quanto a aceitar esse exercício livre da autonomia de decidir da pessoa ou, desrespeitar o uso dessa liberdade individual, realizando o cuidado. Este problema surge perante situações em que está em causa o risco de vida ou a necessidade extrema do cuidado, como nos casos em que “*punha-se o problema de ser transfundido...ele não aceitou*”. Surge igualmente quando há recusa para um internamento hospitalar considerado necessário face ao estado de saúde-doença daquela pessoa em concreto e se confronta com o facto de que esta “*não aceitou o internamento*”. E verifica-se ainda quando um menor, sem capacidade jurídica para decidir mas com discernimento bastante para apreciar aquela decisão de cuidado em concreto, recusa o cuidado proposto. São casos em que a não concretização do cuidado, considerado cientificamente necessário tem riscos para a pessoa, incluindo o risco da sua própria vida. O enfermeiro vê-se assim confrontado com a recusa de cuidados, cuja necessidade está identificada e para o qual existe possibilidade da sua realização. Ou seja, a decisão clínica com base no conhecimento científico está definida e, ao mesmo tempo, a não aceitação pela pessoa coloca a questão sobre o respeito pelo não

consentimento ou um agir que se entende no sentido do melhor benefício do Outro. Emerge claramente um conflito entre o respeito pela autonomia da pessoa e da sua capacidade de escolher o cuidado, face ao dever de agir no sentido da manutenção da vida ou da integridade física. Ou seja, o conflito entre princípios éticos profissionais, considerados hoje como essenciais na relação de cuidado de enfermagem. Conflitos entre a decisão clínica e decisão ética que se revelam bastante problemáticos para o enfermeiro.

De igual modo, o problema incluído na única unidade de contexto da sub-categoria *decisão pelo outro* reveste a mesma natureza. Trata-se de recusa de cuidado, mas agora relativamente ao Outro sobre o qual se exerce a *representação legal*, nomeadamente o poder paternal. Perante uma decisão do representante que determina “*pare!*”, o enfermeiro interroga-se quanto ao seu dever de respeitar o consentimento de quem exerce o poder paternal e o seu dever de prestar o cuidado necessário à criança, começando por consciencializar-se de que nesse momento “*começa o conflito*”.

Tratando-se, no plano jurídico, de um não consentimento de cuidado, encerra contudo um outro tipo de problema. A recusa não produz efeitos sobre quem decide, mas sobre Outro. Ou seja, o resultado da decisão de recusar o cuidado e bem assim da decisão de cuidado do enfermeiro, produz-se num Outro. Todavia, é este o cliente de cuidados de enfermagem e portanto aquele que se encontra em plena relação de cuidado. Uma tríade que coloca o enfermeiro no conflito entre respeitar a decisão do representante ou a sua decisão de cuidado. Caso mais complicado, será aquele em que o cliente em causa, apesar de menor ou incapaz, tem possibilidade de participar na decisão. Cabendo ao enfermeiro ouvi-lo, fica contudo com um problema mais complexo se existir discórdia entre a opinião do cliente e a do seu representante. A decisão de enfermagem, partirá assim desta complexidade e dos conflitos existentes.

As unidades de contexto desta categoria são apresentadas no quadro seguinte.

Quadro 3 – Problemas éticos identificados, integrados na categoria *decisão do destinatário dos cuidados*.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
DECISÃO DO DESTINATÁRIO DOS CUIDADOS	RESPEITO PELA DECISÃO EXPRESSA	Não consentimento pelo cliente, para o cuidado proposto, em situação de risco de vida.	2
		Não consentimento para internamento proposto.	1
		Não consentimento pelo cliente menor (15 anos) com capacidade de decidir sobre o cuidado, sem risco de vida.	1
	DECISÃO PELO OUTRO	Não consentimento pelos pais de criança menor, de cuidado necessário, mas sem risco de vida.	1

1.5 Respeito pela pessoa

Na categoria *respeito pela pessoa* incluem-se duas sub-categorias: *cuidado personalizado* e *respeito pelos direitos humanos*. No total, integram-se nesta categoria 12 unidades de registo, 8 das quais relativas à primeira sub-categoria e 4 que se incluem na segunda.

Na primeira sub-categoria identificaram-se problemas relacionados com o confronto entre uma prática no respeito pelas normas vigentes e o desrespeito por essas normas e a proteção da intimidade das pessoas, incluídos na unidade de contexto relativa à *escolha entre, agir cumprindo a prática instalada, violadora da intimidade dos clientes e não cumprir a prática corrente, protegendo a intimidade*.

O problema surge assim da necessidade de alterar práticas correntes, para respeitar um direito fundamental em enfermagem, a saber, o direito à intimidade. O enfermeiro considera que “isto é um problema ético...” porque, mesmo perante uma prática instalada “*nós não podemos por em causa a intimidade da pessoa*”. A proteção da intimidade é de tal forma importante, que a sua violação, mesmo que através da prática instituída, é considerado um problema ético de enfermagem.

Na segunda sub-categoria estão incluídos problemas que dizem igualmente respeito à proteção dos direitos das pessoas. Integram-se 2 unidades de contexto, sendo a primeira

relativa à *escolha entre um agir no cumprimento das regras estabelecidas e no respeito pelos direitos do cliente, violando regras* e a segunda relativa a *dúvidas sobre realizar um cuidado considerado desumano*.

De novo surgem dúvidas quanto a um agir que se mostra violador de regras estabelecidas, mas que se pretende respeitador dos direitos humanos. Ou, de outro modo, incerteza quanto a decidir cuidados que se consideram em si, violadores deste direitos. O enfermeiro vê-se assim confrontado com situações em que a decisão de determinado cuidado e a sua execução originariam práticas violadoras dos direitos das pessoas, vislumbrando uma decisão alternativa, mas *“realmente fora (...) do que está estabelecido”*. Ou seja, apesar da existência de normas institucionais que obrigam ao cumprimento de todos, o enfermeiro equaciona, perante determinados casos concretos, se essas normas respeitam ou não os direitos das pessoas em causa.

De outro modo, os casos em que o enfermeiro se vê confrontado com uma necessidade de realizar uma intervenção que parece mostrar-se adequada face a uma situação de elevado risco de vida, implicam também interrogações sobre o melhor agir. Estas interrogações situam-se no âmbito da proteção da pessoa e do respeito pelos direitos humanos, quando algumas intervenções são consideradas desumanas. É o caso em que se afirma *“eu nem diria contenção física, diria contenção”*, quando a intervenção *contenção física*, mais do que uma medida terapêutica, é ponderada quanto à sua *humanidade*.

No quadro 4 apresentam-se os resultados desta categoria.

Quadro 4 – Problemas éticos identificados, integrados na categoria *respeito pela pessoa*

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
RESPEITO PELA PESSOA	CUIDADO PERSONALIZADO	Escolha entre, agir cumprindo a prática instalada, violadora da intimidade dos clientes e não cumprir a prática corrente, protegendo a intimidade.	8
	RESPEITO PELOS DIREITOS HUMANOS	Escolha entre um agir no cumprimento das regras estabelecidas e no respeito pelos direitos do cliente, violando regras.	2
		Dúvidas sobre realizar um cuidado considerado desumano.	2

1.6 Sigilo Profissional

A última categoria que emerge é relativa ao *sigilo profissional*. O único problema identificado insere-se na sub-categoria *contexto das práticas*.

Trata-se de um confronto entre o cumprimento de normas institucionais e o respeito pelo dever de sigilo, na transmissão de informação quando “*todos eles me pediam para eu tomar uma decisão que eu não queria tomar*”. O problema ético resulta de um conflito entre normas organizacionais e do apelo externo ao seu cumprimento, e normas jurídico-deontológicas aplicáveis ao exercício profissional de enfermagem que o enfermeiro coloca em equação.

A escolha de determinada intervenção implica a ponderação entre estes dois fundamentos possíveis. O problema ético resulta exactamente deste conflito que origina uma tensão entre diferentes tipos de normas, colocando a proteção das pessoas em causa no centro da decisão.

O quadro 5 apresenta os resultados desta categoria.

Quadro 5 – Problemas éticos identificados, integrados na categoria *sigilo profissional*.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
SIGILO PROFISSIONAL	CONTEXTO DAS PRÁTICAS	Escolha entre cumprir dever profissional e cumprir normas institucionais.	1

1.7 Problemas éticos identificados, segundo categorias de Lucília Nunes

A análise das entrevistas realizadas, permitiu verificar a emergência de situações da prática profissional dos enfermeiros que os próprios consideraram como problemáticas, quanto à sua dimensão ética. A *análise de conteúdo* aplicada às narrativas dos participantes levou-nos a concluir pela delimitação de cinco áreas relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem, onde foi possível inscrever os problemas identificados. Estas cinco áreas problemáticas correspondem a categorias que fazem parte da classificação de Nunes, como referimos. Assim, a *informação*, o *acompanhamento em fim de vida*, a *decisão do destinatário dos cuidados*, o *respeito*

pela pessoa e o *sigilo profissional*, constituem os domínios relativamente aos quais identificamos problemas éticos de enfermagem. Seguindo igualmente a categorização de Nunes, foi possível integrar os diversos problemas identificados em sub-categorias, sem contudo esgotar o total da classificação, como de resto aconteceu com as categorias.

Na categoria *informação* os problemas éticos referidos na sub-categoria *informação relativa aos cuidados*, dizem respeito a dúvidas sobre a transmissão da verdade e a conflitos entre um agir no respeito pelas normas face ao sentido de proteção das pessoas. Está sobretudo em causa a ponderação da escolha das intervenções a realizar, tendo em conta as consequências que a transmissão da informação pode implicar no Outro.

Na sub-categoria *dilemas na informação*, o problema referido diz respeito a dúvidas sobre a transmissão de informação a familiares quando está em conflito a quebra do sigilo profissional face a um e o respeito pela proteção da saúde de outros. O problema é situado no domínio da transmissão da informação e é por essa razão que o incluímos nesta categoria.

A informação surge assim como uma área que coloca ao enfermeiro diversos problemas éticos, nomeadamente quanto à sua transmissão às pessoas. A transmissão da informação do enfermeiro para a pessoa ao seu cuidado ou aos seus familiares, tem inerente a si, um conjunto de interrogações, nomeadamente quanto ao conteúdo a transmitir, que a tornam problemática. São dúvidas e conflitos quanto à escolha das intervenções a realizar, que reiteram a ideia de que o fornecimento de informação é em si mesmo um cuidado.

Relativamente à categoria *acompanhamento em fim de vida* são referidos problemas que dizem respeito à *obstinação terapêutica*, que constitui uma sub-categoria e relativos a dúvidas quanto à escolha de intervenções em fim de vida, que consubstanciam outra sub-categoria, a saber, *dilemas face ao morrer*.

Perante uma situação de especial vulnerabilidade das pessoas, o enfermeiro interroga-se quanto à decisão pelo cuidado cientificamente adequado ou se escolhe uma intervenção ou uma omissão que considera mais dignificante para a pessoa. Ou tem igualmente dúvidas quanto aos diferentes interesses em equação, quando ficam em conflito a proteção da pessoa ao seu cuidado e o acompanhamento da fragilidade dos familiares.

São interrogações quanto ao agir, partindo do princípio de que as escolhas terão que ser ponderadas, tendo em conta as diferentes variáveis identificadas.

A *decisão do destinatário dos cuidados* constitui outra categoria onde se integram diversos problemas éticos. Uns dizem respeito às dificuldades na decisão quando a pessoa recusa o cuidado proposto e incluem-se na categoria *respeito pela decisão expressa*. Outros são relativos a dúvidas sobre que decisão tomar quando o consentimento é prestado por um terceiro – o representante legal – e está em risco, não a vida, mas a saúde do representado. É precisamente este alargamento da relação de cuidado, para além da pessoa em causa que origina conflito quanto ao plano terapêutico. A dificuldade da decisão decorre das diferentes perspectivas quanto ao cuidado planeado, ficando em conflito o respeito pela decisão do *representante legal* e o sentido de proteção da pessoa. O respeito pelo consentimento, aqui na sua versão formal de representação, origina dúvidas quando se considera que a vida da pessoa-cliente está em risco.

Na categoria *respeito pela pessoa* inscrevem-se problemas éticos que tomam como foco central a proteção da pessoa enquanto destinatário dos cuidados, no que concerne à sua dignidade e aos seus direitos. Alguns, que integram a sub-categoria *cuidado personalizado*, são relativos à ponderação da decisão face ao conflito entre o cumprimento das práticas instaladas e os direitos das pessoas. Outros, incluídos na sub-categoria *respeito pelos direitos humanos* dizem respeito a dúvidas quanto à escolha da melhor intervenção que garanta o respeito pelos direitos humanos, enquanto dimensão essencial da *humanidade* da pessoa em causa. É a ponderação entre realizar ou não uma intervenção, em resultado de uma regra estabelecida ou de uma prática comum, que coloca o enfermeiro na situação de interrogação, quando este considera que o respeito pela pessoa pode ser colocado em risco.

Por fim, na categoria *sigilo profissional* inclui-se um problema identificado, que inserimos na sub-categoria *contexto das práticas*. O problema situa-se na equação quanto a um agir que, embora responda às normas institucionais, coloca em causa o segredo da informação a que o enfermeiro teve acesso. É este conflito entre o cumprimento de normas que vão em sentidos opostos, que consubstancia uma situação problemática. À partida, a decisão afigura-se como alternativa, mas com uma natureza

dilemática, em que as soluções que se vislumbram afiguram-se ambas como violadoras de regras. Decidir entre elas constitui um problema ético situado no domínio do exercício profissional do enfermeiro.

Como eixo central a este conjunto de problemas éticos referidos pelos enfermeiros, identificamos a ponderação na escolha das intervenções, quando está em causa a proteção da pessoa, seja enquanto cliente de cuidados, seja como familiar. O problema encontra sempre ligação com este sentido de proteger o Outro, considerando esta protecção como inerente ao cuidado de enfermagem. É este fim que faz equacionar decisões, mesmo quando estão em causa, práticas ou normas em vigor.

Deste modo, concluímos que os problemas éticos de enfermagem identificados, têm na sua essência uma interrogação face ao agir, quando se coloca como fundamento central para a decisão, a pessoa e a sua dignidade. Todavia, o capítulo seguinte, relativo à identificação da natureza do problema ético de enfermagem, permitirá clarificar esta tendência conceptual.

De um modo compacto, apresentamos a totalidade dos dados no quadro seguinte. Seguimos a ordem de apresentação das categorias e das sub-categorias, conforme a sequência utilizada nos sub-capítulos precedentes.

Quadro 6 – Distribuição dos problemas éticos identificados, segundo categorias de Lucília Nunes

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
INFORMAÇÃO	INFORMAÇÃO RELATIVA AOS CUIDADOS	Dúvida sobre a escolha entre informar o cliente da verdade (má notícia) ou não informar.	2
		Dúvida sobre a escolha entre informar os familiares da verdade (má notícia) ou não informar.	2
		Conflito entre respeito pelas normas e sentido de protecção das pessoas, na transmissão da informação.	1
	DILEMAS NA INFORMAÇÃO	Dúvidas sobre transmitir informação aos familiares, sobre situação de doença contagiosa do cliente.	1
ACOMPANHAMENTO EM FIM DE VIDA	OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA	Parar tratamento inútil.	2
	DILEMAS FACE AO MORRER	Conflito entre protecção do bem-estar do cliente e respeito pela vontade dos familiares	28

		Dúvidas sobre prestação de cuidados que prolongam a vida em fim de vida.	13
		Dúvidas sobre a escolha de algumas intervenções para com os familiares	3
		Pedido de eutanásia	3
DECISÃO DO DESTINATÁRIO DOS CUIDADOS	RESPEITO PELA DECISÃO EXPRESSA	Não consentimento pelo cliente, para o cuidado proposto, em situação de risco de vida.	2
		Não consentimento para internamento proposto.	1
		Não consentimento pelo cliente menor (15 anos) com capacidade de decidir sobre o cuidado, sem risco de vida.	1
	DECISÃO PELO OUTRO	Não consentimento pelos pais de criança menor, de cuidado necessário, mas sem risco de vida.	1
RESPEITO PELA PESSOA	CUIDADO PERSONALIZADO	Escolha entre, agir cumprindo a prática instalada, violadora da intimidade dos clientes e não cumprir a prática corrente, protegendo a intimidade.	8
	RESPEITO PELOS DIREITOS HUMANOS	Escolha entre um agir no cumprimento das regras estabelecidas e no respeito pelos direitos do cliente, violando regras.	2
		Dúvidas sobre realizar um cuidado considerado desumano.	2
SIGILO PROFISSIONAL	CONTEXTO DAS PRÁTICAS	Escolha entre cumprir dever profissional e cumprir normas institucionais.	1

2. A NATUREZA DO PROBLEMA ÉTICO DE ENFERMAGEM

Após a identificação dos diferentes tipos de problema ético de enfermagem, realizaremos neste capítulo a análise das entrevistas no que se refere à natureza do problema identificado.

A uma explicação da breve da metodologia seguida nesta análise, seguem-se os resultados nos sub-capítulos subsequentes.

2.1 Metodologia utilizada

No capítulo anterior apresentamos os resultados quanto ao tipo de problema ético de enfermagem. A partir da análise das narrativas dos enfermeiros, tipificamos os diferentes problemas, introduzindo-os nas categorias já conhecidas de Nunes. Todavia, neste estudo formulamos como questão de investigação *o que constitui problema ético de enfermagem* e como objectivo *delimitar problema ético de enfermagem*. O pretendido é uma clarificação conceptual, para além da classificação quanto ao tipo. Deste modo, o trabalho seguinte é o de interpretar as narrativas no sentido de responder à questão formulada, dirigindo a análise para a natureza do problema ético de enfermagem. Ou seja, procuramos agora a delimitação do conceito, encontrando os seus traços identitários, que permitam uma definição conceptual. Saímos assim de um domínio da classificação, para um campo ontológico, procurando definir o conceito de problema ético de enfermagem. Pretendemos a resposta ao *o que é?* Para tal, analisamos as narrativas dos enfermeiros, identificando o problema ético considerado, quanto à sua natureza. Na referência ao problema ético que deu início à decisão ética de enfermagem, identificamos os enunciados relativos à sua delimitação identitária.

Utilizando a *análise de conteúdo* e em concreto a técnica da *análise temática*, de Bardin, cada uma destas referências, que consideramos como unidades de registo, foi agrupada em unidades de contexto agregadoras de um mesmo traço conceptual. Deste modo cada unidade de contexto revela uma característica que contribuirá para construir o todo conceptual.

Entretanto as diversas unidades de contexto foram integradas em categorias que foram emergindo, através da proximidade a uma característica mais abrangente. Uma vez que

esta análise foi sendo feita à medida que os dados foram sendo recolhidos através das entrevistas realizadas, foi possível verificar a saturação das diversas categorias, num momento relativamente próximo ao da saturação das demais categorias em análise.

Os resultados são agora apresentados nos sub-capítulos seguintes.

2.2 Conflito entre princípios: científicos e éticos.

A maior parte dos problemas identificados insere-se na categoria relativa ao *conflito entre princípios: científicos e éticos*. Dela fazem parte 5 unidades de contexto, onde se inserem 25 unidades de registo. As unidades de contexto são as seguintes: *decisão de parar cuidados planeados; dúvidas sobre a decisão ética adequada, para a pessoa; decisão de não realizar intervenção clinicamente adequada; dúvidas sobre intervenções dirigidas aos familiares; conflito entre decisão clínica adequada e decisão ética clinicamente desadequada*.

O conflito que surge entre princípios científicos e éticos perante a ponderação de uma *decisão de parar cuidados planeados*, ocorre sempre que a decisão de cuidado exige uma ponderação, na escolha como fundamento, entre um princípio científico e um princípio ético que se encontram em confronto. O enfermeiro lida com uma situação em que o plano de cuidados está estabelecido com base em conhecimento científico, mas cuja execução é colocada em causa, perante princípios éticos que considera aplicáveis. Estas situações ocorrem sobretudo em fim de vida, quando o conhecimento científico determina algumas intervenções que começam a ser consideradas como eticamente desadequadas. O problema coloca-se perante a constatação de que “*era eu ver que não fazia nada de bem aquela pessoa quando lhe ia prestar cuidados*”. É perante este conflito que se interroga “*se deve ou não continuar o tratamento*”, sendo que a decisão mais difícil e por isso problemática, é a que pondera “*como é que vamos suspender?*”. Nesta unidade de contexto integram-se 9 unidades de registo.

Noutro domínio emerge uma unidade de contexto relativa às *dúvidas sobre a decisão ética adequada, para a pessoa*, que inclui 6 unidades de registo.

Perante uma determinada situação em que o conhecimento científico determinaria um planeamento dos cuidados de acordo com o padrão vigente, o enfermeiro questiona-se

sobre se essas intervenções são eticamente aceitáveis. Interroga-se sobre “*qual é a melhor decisão, o que é que eu faço melhor para...*”, colocando em causa os princípios científicos normalmente aplicáveis aquela situação.

Esta incerteza quanto ao modo de agir, verificada em expressões do tipo “*o que é que eu faço?*”, constitui o problema de partida com o qual o enfermeiro se confronta. É perante ele e na constatação de que existem mais do que uma possibilidade de decidir, que o enfermeiro inicia a construção de uma decisão que resolva o problema identificado. Uma interrogação que não é diagnóstica, uma vez que do ponto de vista científico o plano de cuidados está estabelecido, mas que é ética, na medida em que equaciona a melhor intervenção, não apenas para responder ao diagnóstico de enfermagem formulado, mas para contribuir para a proteção da pessoa em causa. Ou seja, o problema assume esta natureza de conflito entre os princípios científicos normalmente aplicáveis a situações clínicas semelhantes e princípios éticos que o enfermeiro considera dever cumprir.

A possibilidade de tomar uma *decisão de não realizar intervenção clinicamente adequada*, surge também como uma situação problemática de enfermagem, constituindo mais uma unidade de contexto desta categoria, onde se inscrevem 5 unidades de registo. O enfermeiro planeia determinada intervenção, na decorrência do diagnóstico de enfermagem formulado, mas entretanto o respeito por determinados princípios éticos, levam-no a ponderar não realizar o cuidado previsto. São situações em que se coloca em equação sobretudo o princípio da autonomia da pessoa e em que este conflitua com o conhecimento científico aplicável. O confronto surge porque o enfermeiro, considera que, à luz do respeito pela auto-determinação individual “*não lhe poder administrar a terapêutica*” que se revela essencial para preservar a sua vida. O plano de cuidados fica assim em risco, assim como a vida da pessoa em causa, porque a vontade se pretende sobrepor à necessidade clínica. O enfermeiro vê-se confrontado com uma pessoa que, livremente decide em sentido oposto ao que lhe é cientificamente proposto, assumindo “*desculpe, mas eu não quero*”. Este conflito entre o respeito pelos princípios científicos a que está obrigado e alguns princípios éticos que também considera ser seu dever respeitar, configura-se como problemática em enfermagem.

Outra unidade de contexto diz respeito a *dúvidas sobre intervenções dirigidas aos familiares*, que integra 3 unidades de registo.

Do mesmo modo que as interrogações quanto ao agir perante a pessoa que se apresenta como cliente de cuidados constituem problemas éticos para o enfermeiro, as incertezas quanto aos familiares também se revelam problemáticas. Em situações de maior complexidade do estado de saúde/doença como no fim de vida, o enfermeiro desloca o seu foco de atenção para os familiares, de uma forma mais intensa. As dificuldades dos familiares em lidar com o novo estado da pessoa doente constituem igualmente um alvo dos cuidados de enfermagem. É nesta relação de cuidado com os familiares que surgem interrogações quanto à melhor intervenção a realizar em determinado contexto específico. O enfermeiro questiona-se sobre se “*eu ligo à senhora que foi descansada?*”, por exemplo. Ou seja, se de uma perspectiva do conhecimento científico de enfermagem, a intervenção deva ser realizada, a proteção da pessoa em causa coloca em equação essa decisão, verificando-se assim um conflito entre o determinado pelo conhecimento científico e os princípios do melhor agir ético.

Por fim, relativamente a esta categoria emerge uma unidade de contexto relativa ao *conflito entre decisão clínica adequada e decisão ética clinicamente desadequada*, onde se inserem 2 unidades de registo.

O conflito surge quando o enfermeiro é chamado a participar numa decisão *multiprofissional* sobre o início de determinado tratamento. O enfermeiro vê-se confrontado com a decisão sobre se deve iniciar “*ou não um tratamento que se não iniciar estamos a acelerar o seu processo de morte, ou estamos a fazer um tratamento que não traz melhoria a este doente e estamos só a prolongar o sofrimento*”. Perante um determinado plano terapêutico cientificamente adequado, coloca-se a questão de saber se, naquela pessoa em concreto, isso não significará um aumento do seu sofrimento. Esta participação do enfermeiro numa decisão de equipa, revela-se igualmente um problema ético de enfermagem.

No quadro seguinte apresentam-se as diferentes unidades de contexto desta categoria.

Quadro 7 – Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria *conflito entre princípios: científicos e éticos*

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
CONFLITO ENTRE PRINCÍPIOS: CIENTÍFICOS E ÉTICOS	Decisão de parar cuidados planeados	9
	Dúvidas sobre decisão ética adequada, para com a pessoa	6
	Decisão de não realizar intervenção clinicamente adequada	5
	Dúvidas sobre intervenções dirigidas aos familiares	3
	Conflito entre decisão clínica adequada e decisão ética clinicamente desadequada	2

2.3 Conflito entre normas

O *conflito entre normas* constitui também uma categoria relativa às características conceptuais do problema ético de enfermagem. Nela, inserem-se 3 unidades de contexto, com 21 unidades de registo. As unidades de contexto são as seguintes: *conflito entre normas institucionais e deveres profissionais; conflito entre o respeito por normas jurídicas e o dever de promover o bem-estar das pessoas e conflito entre regras estabelecidas e respeito pelos direitos das pessoas*.

Inserem-se nesta categoria, situações em que existe conflito entre a fundamentação do agir com uma ou outra norma, como é o caso do *conflito entre normas institucionais e deveres profissionais*, com 13 unidades de registo. Ambas são normas que se revelam obrigatórias para o exercício profissional do enfermeiro, uma que vez que também os deveres profissionais estão inscritos em normas. No caso dos deveres deontológicos, estes estão estabelecidos em normas deontológicas mas que, pelo facto de integrarem uma lei – a Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro – são em simultâneo, normas jurídicas.

O problema ético surge quando o enfermeiro se vê confrontado com situações em que as normas da instituição prestadora de cuidados e as suas normas deontológicas ficam em conflito. O enfermeiro constata que “*o meu dilema é, se eu tinha que manter a fidelidade aos meus princípios ou aos princípios institucionais que me mandavam fazer coisas de forma não esclarecida*”. A escolha situa-se entre agir num determinado sentido no respeito pelas regras estabelecidas ou, contrariar as normas organizacionais, no respeito pelos seus deveres deontológicos. A interrogação sobre se, no caso em apreço, perante a necessidade de decidir em concreto, deve prevalecer o quadro

normativo aplicável ou as normas deontológicas que prescrevem deveres. Este conflito constitui um problema ético de enfermagem, colocando-se aquando da decisão sobre que intervenção executar.

Num outro domínio, encontra-se o *conflito entre o respeito por normas jurídicas e o dever de promover o bem-estar das pessoas*, que constitui também uma unidade de contexto da categoria do conflito entre normas, com 5 unidades de registo. Nestes casos, o conflito é relativo ao cumprimento entre o que se consideram ser normas jurídicas aplicáveis e um agir diferente, suportado no respeito pelo dever profissional de promover o bem-estar. Fica em conflito, uma norma que integra uma lei que se aplica à situação concreta e outra norma que se aceita como prescritora do dever de promover o bem-estar do Outro. O problema ético é relatado como a constatação de que *“fiquei dividida entre, vou esperar que aconteça a situação normal e ser eu - uma pessoa com uma relação muito diferente e que acompanhou a situação – a fazê-lo“*. Surge o confronto entre *“aquilo que nos é dito que é a norma....ou os passos que devem ser dados...”* no cumprimento de outras normas que se consideram mais adequadas à situação em apreço.

Ainda nesta categoria emerge outra unidade de contexto relativa ao *conflito entre regras estabelecidas e respeito pelos direitos das pessoas*, que inclui 3 unidades de registo.

O conflito acontece quando o enfermeiro equaciona *“alterar uma norma ou uma prática corrente”* no respeito pelos direitos das pessoas. Mais uma vez, o sentido de proteção das pessoas, leva o enfermeiro a ponderar se, numa situação concreta e em circunstâncias específicas, deve seguir a norma organizacional vigente ou se deve alterá-la, permitindo assim o exercício de determinado direito das pessoas em causa. O problema surge no confronto do agir do enfermeiro no sentido de respeitar o Outro e os seus direitos e a existência de regras que, estando adequadas à maioria dos casos, não corresponde à necessidade específica de uma situação concreta. É esta interrogação sobre quais normas aplicar, considerando que os direitos das pessoas estão inscritos em normas jurídicas, que constitui o problema ético de enfermagem.

O conjunto das unidades de contexto desta categoria é apresentado no quadro seguinte.

Quadro 8 – Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria *conflito entre normas*.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
CONFLITO ENTRE NORMAS	Conflito entre normas institucionais e deveres profissionais	13
	Conflito entre o respeito por normas jurídicas e o dever de promover o bem-estar das pessoas	5
	Conflito entre regras estabelecidas e respeito pelos direitos das pessoas	3

2.4 Respeito da dignidade humana

O *respeito da dignidade humana* surge também como categoria emergente, com 2 unidades de contexto e 8 unidades de registo. As unidades de contexto são: *conflito entre a vontade do cliente e respeito pela dignidade humana* e *desrespeito pela dignidade das pessoas*.

O *conflito entre a vontade do cliente e respeito pela dignidade humana* emerge como uma unidade de contexto com 5 unidades de registo. Integra as referências a situações em que o exercício da autonomia individual das pessoas a quem são prestados cuidados fica em conflito com aquilo que o enfermeiro considera ser o respeito universal pela dignidade humana. Perante um pedido de cuidado que a ser concretizado violaria de forma inequívoca a dignidade da pessoa humana, o enfermeiro interroga-se: “*o que é que eu faço agora?*“. São situações em que a decisão de cuidado implica uma interrogação quanto à escolha da intervenção a executar, quando a ponderação dessa escolha assume como limite o respeito pela dignidade.

A segunda unidade de contexto desta categoria é relativa ao *desrespeito pela dignidade das pessoas*, com 3 unidades de registo. Incluem-se aqui as situações descritas pelos enfermeiros como potencialmente violadoras da dignidade das pessoas. Potencialmente violadoras no sentido em que, a opção por determinada intervenção é considerada pelo enfermeiro como desrespeitadora da dignidade humana. O enfermeiro pondera o seu agir, considerando que se realizasse uma determinada ação “*não estava a respeitar a sua dignidade*“. O problema ético surge assim na incerteza quanto a uma determinada ação de enfermagem, que seria cientificamente adequada ou que é solicitada pelo

próprio, mas que o enfermeiro considera ser lesiva da dignidade daquela pessoa em particular e da dignidade humana de uma forma geral.

No quadro que se segue apresentam-se as unidades de contexto que incluem esta categoria.

Quadro 9 – Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria *desrespeito pela dignidade humana*.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
DESRESPEITO PELA DIGNIDADE HUMANA	Conflito entre a vontade do cliente e respeito pela dignidade humana	5
	Desrespeito pela dignidade das pessoas	3

2.5 Conflito de valores

Outra categoria emergente, é relativa ao *conflito de valores*, que integra uma unidade de contexto com 8 unidades de registo.

A única unidade de contexto enuncia o *conflito entre valores profissionais e valores do cliente*. Neste domínio foram identificados problemas relativos aos conflitos entre os valores dos clientes e os valores dos enfermeiros. O confronto do enfermeiro quando constata que “*o que se prendeu foi o choque dos meus valores morais com os valores do doente...*”. Um conflito que acontece na recusa de cuidado pelo cliente, por exemplo, e ressaltam como foco do confronto, os valores profissionais por um lado e os valores do cliente para outro. Os valores do enfermeiro que determinam um agir no sentido daquilo que cientificamente se revela adequado e os valores do cliente que o levam a não consentir o cuidado proposto.

Entretanto o conflito agrava-se quando o enfermeiro antecipa as consequências da recusa e está em risco a vida (“*porque nós somos formados para salvar vidas.*”). Um confronto que emerge em situações-limite, em que a vida está em perigo. A vida, que constitui um valor supremo em enfermagem e segundo o qual, o agir profissional é predominantemente orientado. Agir, prevendo-se colocar a vida em risco e sobretudo

decidir não fazer, aumentando esse risco, revela-se como uma situação marcadamente problemática em enfermagem.

Os resultados relativos a esta categoria são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 10 – Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria *conflito entre valores*.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
CONFLITO ENTRE VALORES	Conflito entre valores profissionais e valores do cliente.	8

2.6 Violação de direitos

A *violação de direitos* é outra categoria que surge com uma unidade de contexto, onde se inserem 7 unidades de registo.

A unidade de contexto, relativa à *violação de um direito da pessoa* evidencia a dificuldade da decisão de cuidado quando aquilo que se deve proteger, pode ficar desprotegido. Emergiram diversas situações problemáticas em que o enfermeiro se vê confrontado com a interrogação de decidir uma intervenção que considera violadora dos direitos das pessoas.

Perante uma ação que é esperada ou se devia executar, surge a incerteza quanto à sua concretização, porque se considera que isso interfere na adequada proteção de um direito. A interrogação começa exactamente pela constatação de que a pessoa, sendo titular do direito (“*o direito que a pessoa tem...*”) pode ver-se atingida no exercício desse direito. Um violação que ocorre, não pela sua situação de saúde/doença, mas que decorrerá do próprio cuidado. Ou seja, a acontecer o cuidado, este, devendo garantir e promover a proteção dos direitos, encerra ele mesmo, uma dimensão violadora. É perante tal possibilidade que o enfermeiro se interroga e se questiona quanto ao seu agir.

No quadro seguinte apresentam-se os resultados desta categoria.

Quadro 11 – Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria *violação de direitos*.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
VIOLAÇÃO DE DIREITOS	Violação de um direito da pessoa.	7

2.7 Risco para o bem-estar

Também o *risco para o bem-estar* constitui uma categoria emergente, com duas unidades de contexto, onde se inserem 5 unidades de registo. As unidades de contexto são: *conflito entre proteção do bem-estar do cliente e do bem-estar dos familiares e decisões que colocam em causa o bem-estar da pessoa*.

No que concerne à unidade de contexto relativa ao *conflito entre proteção do bem-estar do cliente e do bem-estar dos familiares* surgem diversas situações problemáticas narradas, num total de 4 unidades de registo. As referências dizem respeito a situações em que o enfermeiro tem que ponderar entre uma intervenção que se dirige ao bem-estar da pessoa ao seu cuidado e outra que seria mais adequada para o bem-estar dos familiares, mas que se revela prejudicial à pessoa cliente dos cuidados. Perante este conflito, o enfermeiro assume que “*eu já tinha dúvidas*”.

De outro tipo, mas da mesma natureza encontram-se as interrogações que integram a unidade de contexto relativa às *decisões que colocam em causa o bem-estar da pessoa*, com uma unidade de registo. O enfermeiro enfrenta o confronto de uma decisão dos representantes legais de outra pessoa que considera contrária ao seu bem-estar. Pondera decidir de acordo com o consentimento para o cuidado, quando “*nós sabemos que aquela terapêutica é essencial para o bem-estar*”. É esta ponderação do risco e dos benefícios terapêuticos para a pessoa que colocam o enfermeiro perante o problema de cumprir ou não o consentimento expresso, tendo o bem-estar como fundamento em equação.

O quadro seguinte apresenta as unidades de contexto que integram esta categoria.

Quadro 12 – Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria *risco do bem-estar*.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
RISCO DO BEM-ESTAR	Conflito entre proteção do bem-estar do cliente e do bem-estar dos familiares	4
	Decisões que colocam em causa o bem-estar da pessoa	1

2.8 Risco para a saúde

As decisões que podem implicar *risco para a saúde* são também consideradas como problemas éticos de enfermagem neste estudo, constituindo uma categoria com uma unidade de contexto.

As situações narradas integram a unidade de contexto *risco para a saúde dos familiares*, com 2 unidades de registo. Dizem respeito a dificuldade de decisão no domínio da transmissão da informação, quando estão em causa outras pessoas, para além do cliente de cuidados. Ou seja, os casos de decisão sobre comunicar factos da saúde da pessoa-cliente, quando isso implica com a proteção da saúde dos outros. Nomeadamente as situações em que a não transmissão pode colocar em risco a saúde dos familiares.

O enfermeiro considera que “*esse é que era o nosso problema: o risco para a saúde das pessoas que estavam envolvidas com ele*”. É a partir desta presunção de risco que é ponderada a decisão, que a concretizar-se implicará a partilha de informação de saúde alheia e portanto quebra de sigilo profissional. Todavia, este risco para a saúde dos outros revela-se como bastante preponderante e é sobre ele que a situação é equacionada. A decisão de transmitir ou não informação é sobretudo ponderada assumindo este risco como foco e é a interrogação sobre como agir que constitui o problema ético de enfermagem.

O quadro seguinte apresenta os resultados relativos a esta categoria.

Quadro 13 – Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria *risco para a saúde*.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
RISCO PARA A SAÚDE	Risco para a saúde dos familiares	2

2. 9 Conflito de direitos

Por fim, o *conflito de direitos* emerge também como uma categoria, com uma unidade de contexto.

Os problemas éticos identificados são relativos ao *conflito entre direitos da pessoa e direitos dos seus familiares*. Perante a decisão de cuidado na proteção de um direito da pessoa a quem são prestados cuidados, surgem situações em que pode estar em causa proteção de um direito do familiar, surgindo a interrogação “*até que ponto é que isso é um direito dele*”. A decisão de cuidado faz assim emergir um conflito de direitos, sendo que o enfermeiro considera dever respeitar ambos. O conflito resulta da possibilidade da acção, ao mesmo tempo que se fundamenta no facto do direito de um, ser violadora do direito de outrem. A decisão, resultará da ponderação deste conflito, que consubstancia um problema ético de enfermagem.

No quadro seguinte apresentam-se os resultados desta categoria.

Quadro 14 – Características do problema ético de enfermagem, segundo a categoria *conflito entre direitos*.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
CONFLITO ENTRE DIREITOS	Conflito entre direitos da pessoa e direitos dos seus familiares.	1

2.10 Categorização das características do problema ético de enfermagem

Após esta análise verificamos que a procura da identificação das características do problema ético de enfermagem, segundo a identificação dos participantes no estudo, se revela pluricategorial. Com efeito, podemos identificar distintos elementos identitários, mas todos eles incluídos na delimitação da natureza do problema ético narrado.

A metodologia seguida permitiu-nos identificar categorias que correspondem a um agregado temático que constitui um elemento conceptual próprio. É esta identidade de cada categoria que nos permite concluir pela sua natureza de característica ou de traço comum. O conjunto destas características forma uma agregação conceptual mista, como

diversas são também as situações narradas que lhes deram origem. Como eixo comum que servirá para a pretendida delimitação do conceito de problema ético de enfermagem, encontra-se o facto de estes elementos serem relativos ao agir do enfermeiro, no estabelecimento da sua relação de cuidado. É este eixo comum que nos permite concluir que estes elementos, no seu conjunto, consubstanciam a natureza do problema ético de enfermagem. São características diferentes, mas relativas a uma mesma realidade ontológica.

Deste modo podemos concluir que existe problema ético de enfermagem quando ocorre um *conflito entre princípios científicos e princípios éticos* ou um *conflito sobre normas* aplicáveis ao exercício da prática de cuidados de enfermagem. Verifica-se igualmente um problema ético de enfermagem quando a intervenção ponderada coloca em risco o *desrespeito pela dignidade* humana. Do mesmo modo, estamos perante um problema ético de enfermagem sempre que a decisão implicar um *conflito entre valores* ou uma *violação de direitos* das pessoas que integram a relação de cuidado. Também o *risco para o bem-estar* ou o *risco para a saúde* estão na origem do problema ético de enfermagem. Por fim, também o *conflito entre direitos* das pessoas envolvidas nos cuidados, constitui um traço identitário da natureza de problema ético de enfermagem. São estes elementos que contribuirão para a construção do conceito pretendido, quando analisados segundo uma metodologia apropriada. Esta tarefa encontra-se concretizada no capítulo 1 da parte IV.

No quadro seguinte apresentam-se os resultados em conjunto.

Quadro 15 – Categorização das características do problema ético de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Elementos para o conceito de problema ético de enfermagem		
CONFLITO ENTRE PRINCÍPIOS: CIENTÍFICOS E ÉTICOS	Decisão de parar cuidados inúteis.	9
	Dúvidas sobre decisão ética adequada, para com o cliente	6
	Decisão de não realizar intervenção clinicamente adequada	5
	Dúvidas sobre decisão ética adequada, para com os familiares	3
	Conflito entre decisão clínica adequada e decisão ética clinicamente desadequada.	2
CONFLITO SOBRE NORMAS	Conflito entre normas institucionais e deveres profissionais	13
	Conflito entre o respeito por normas jurídicas e o dever de promover o bem-estar das pessoas	5

	Conflito entre regras estabelecidas e respeito pelos direitos das pessoas	3
DESRESPEITO PELADIGNIDADE	Conflito entre vontade do cliente e respeito pela dignidade humana	5
	Desrespeito pela dignidade humana.	3
CONFLITO ENTRE VALORES	Conflito entre valores profissionais e valores do cliente.	8
VIOLAÇÃO DE DIREITOS	Violação de um direito da pessoa.	7
RISCO DO BEM-ESTAR	Conflito entre protecção do bem-estar do cliente e do bem-estar dos familiares	4
	Decisões que colocam em causa o bem-estar da pessoa	1
RISCO PARA A SAÚDE	Risco para a saúde dos familiares	2
CONFLITO ENTRE DIREITOS	Conflito entre direitos do cliente e direitos dos seus familiares.	1

3. FASES DA CONSTRUÇÃO DA DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

Depois de identificado o problema ético de enfermagem, através das narrativas dos participantes, procuramos conhecer o modo como esse problema foi resolvido. Saímos assim do problema enquanto início de uma decisão de cuidado, para a clarificação das fases percorridas nessa tomada de decisão.

Apesar da literatura atual referir uma natureza processual, considerando a resolução dos problemas éticos em enfermagem como um processo, não partimos deste *a priori* e procuramos conhecer o modo como os enfermeiros desenvolveram a sua decisão. Assim, através da análise realizada, fizeram-se emergir categorias que foram correspondendo a fases percorridas durante a decisão. Estas fases são relativas a atividades mentais ou de discussão com outros, em tempos que antecederam a realização da ação. Desde a identificação do problema ético até à concretização da intervenção que foi decidida, emergiram estas atividades de construção da decisão, que foram possíveis separar. Correspondem assim a fases de ponderação da decisão e do ato, mas não assumem entre si um contínuo de natureza processual. Surgem isoladas no percurso de pensamento do enfermeiro, sem uma sequência evidente, pelo que afastamos uma matriz de pensamento analítico materializado num processo. É por esta razão que a uma utilização do termo “etapas”, preferimos a expressão “fases” por se adaptar melhor a esta natureza não processual da construção da decisão ética de enfermagem.

3.1 Identificação do problema ético de enfermagem

Apesar de verificarmos que a construção da decisão ética de enfermagem não tem uma natureza processual, no sentido em que uma etapa se segue a outra, ficou claro a clarificação do começo da actividade mental de decidir. Como início da tomada de decisão ética, surge a *identificação do problema ético de enfermagem*. Com efeito, há lugar a decisão ética quando o enfermeiro se vê confrontado com uma situação da prestação de cuidados de enfermagem que encerra em si um problema ético. Ou seja, para que a decisão ocorra, é necessário que o enfermeiro contacte com alguma incerteza face ao seu agir profissional que o obrigue a uma reflexão ética prévia à decisão. É

necessária a constatação de que *“houve uma situação que me incomodou bastante”*, para que haja lugar a uma construção de decisão ética. De tal forma que esta só acontece se, durante uma prática profissional de prestação de cuidados, surgir algum acontecimento que seja valorado como um problema ético de enfermagem.

O enfermeiro ao narrar o ponto de partida para a decisão, tem a oportunidade de verificar de que *“aquilo gerou muita discussão entre nós todos na altura e revoltou-me bastante”*. É esta interrogação sobre como agir perante uma situação concreta no âmbito de uma relação de cuidado estabelecida com uma pessoa ou com os seus familiares ou a incerteza sobre *“saber o que era melhor para o doente”* naquele contexto específico, que constitui o início da construção da decisão ética de enfermagem.

Esta identificação do problema ético de enfermagem constitui assim uma fase bem determinada da construção da decisão ética pelo enfermeiro. Delimita-se enquanto fase e emerge como a primeira face a todas as demais. É partir dela que as restantes actividades mentais e de partilha com outros se desenrola, no sentido de alcançar uma solução para o problema identificado, ou seja uma intervenção de enfermagem que se considere adequada à situação concreta.

Nesta fase, enquanto categoria emergente, integramos 38 unidades de registo.

3.2 Envolvimento da pessoa e dos seus familiares na decisão

Uma outra fase que emerge da análise das narrativas, é *o envolvimento do cliente e dos familiares na decisão*. De facto, a dada altura da construção da decisão e por vezes em mais do que um momento, o enfermeiro procura que quer a pessoa ao seu cuidado, quer os seus familiares, participem diretamente na construção de decisão. Ou seja, há uma procura da solução para o problema, na própria vontade da pessoa em causa ou dos seus familiares.

No caso da pessoa recetora dos cuidados, é procurado que ela, para além do destinatário da intervenção, constitua ela mesma um sujeito na construção da decisão. O enfermeiro considera que *“o doente tem que ser informado detalhadamente e em pormenor e termos a noção de que ele está a tomar uma decisão consciente”*. Deste modo, ao mesmo tempo que a pessoa constitui o centro do problema, o sujeito a partir do qual se identificou uma interrogação quanto à melhor intervenção a realizar, é também chamado a participar na procura da solução.

Nesta fase ganha particular relevância a transmissão da informação, considerando-se que *“é conversar, é dialogar, é explicar que não há outra hipótese....!”*. É a transmissão da informação de enfermagem, que é considerado como um factor determinante deste envolvimento da pessoa na decisão sobre o problema ético que lhe diz diretamente respeito. De tal forma que também na resolução de problemas éticos continua a existir *“uma relação terapêutica que valida...e exactamente o utente percebe que estamos ali para o ajudar”*. Deste modo, o enfermeiro revela a convicção de que *“estamos sim numa postura de ajuda e de parceria com ele”*.

Do mesmo modo, também o envolvimento dos familiares é frequentemente referida como uma fase da construção da decisão com vista à resolução do problema ético de enfermagem. Há a constatação de que *“foi dialogado com a família”*, na procura da melhor intervenção. Para além do envolvimento do próprio, fica também claro o envolvimento dos familiares na construção da decisão, verificando-se a convicção de que *“validamos isso também com a família”*. A tríade pessoa, enfermeiro, família fica assim realçada também neste domínio da resolução de problemas éticos de enfermagem, verificando-se que o enfermeiro considera todos os elementos deste sistema.

Esta categoria de envolvimento da pessoa e dos seus familiares da construção da decisão com vista à procura da melhor intervenção perante um problema ético de enfermagem, integrou 27 unidades de registo.

3.3 Construção da decisão em equipa

Uma outra fase que emerge da análise dos dados é a relativa à *construção da decisão em equipa*. Para além do envolvimento da pessoa e dos familiares, os resultados evidenciam também uma procura do envolvimento dos outros elementos da equipa. Em concreto, podemos mesmo distinguir uma chamada de enfermeiros apenas ou, num plano mais alargado, dos restantes profissionais da equipa de saúde.

Trata-se de uma fase que não surge situada de forma processual num determinado tempo, mas que é referida mais como estratégia de procurar a solução para o problema ético encontrado. O recurso à equipa surge frequentemente como não planeado, mas de uma forma espontânea perante o novo acontecimento, bastando a verificação de que *“estávamos a duas na unidade e o médico que estava de serviço, falamos ali.”*

A equipa funciona assim como mais um recurso para a procura da solução, permitindo nomeadamente a discussão de pontos de vista diferentes. Perante a dificuldade em decidir, recorre-se ao profissional que está próximo, integrado na equipa que está presente no contexto real, considerando-se que *“vamos lá pensar as duas para tentar resolver isto da melhor forma. E lá ficamos ali as duas a falar”*. Frequentemente este envolvimento da equipa é tido como essencial à construção da decisão afirmando-se que *“eu partilhei sempre com os colegas”*. Ou seja, esta discussão emerge, não apenas como subsidiária da tomada de decisão, mas assumida como fase fundamental dessa construção.

Deste modo, sem abdicar da responsabilidade por procurar decidir, verifica-se que o enfermeiro procura nos outros, colegas ou demais profissionais, uma validação para as suas possibilidades de decisão, *“provavelmente porque ela era uma pessoa com...anos e com alguma sensibilidade e apoiou-me na minha decisão pessoal e disse-me para fazer aquilo eu estava a pensar fazer”*. A experiência e o saber do outro são factores determinantes desta procura, assim como o reconhecimento pelas competências no âmbito da decisão ética.

De outro modo, verifica-se igualmente que a identificação de um problema ético pode funcionar como um desafio à discussão. A partir da dificuldade de escolher a melhor intervenção, o enfermeiro aproveita o contexto para fomentar a reflexão dos outros e a partilha em equipa, concluindo que *“houve um grande debate”*. De tal forma que a resolução do problema ético acaba por promover o envolvimento do grupo em torno de uma discussão, quando nem sempre essa possibilidade de partilha está presente.

Nesta categoria, incluem-se 18 unidades de registo, sendo 11 relativas à *construção da decisão em equipa de enfermagem* e 7 respeitantes à *construção da decisão em equipa multiprofissional*.

3.4 Ponderação dos fundamentos para a decisão

A análise dos dados, no que se refere à identificação de fases de construção da decisão ética de enfermagem revela também a *ponderação dos fundamentos para a decisão*, como uma dessas fases. Uma atividade mental individual e por vezes partilhada, de equação dos diversos fundamentos que poderão suportar a decisão. Ou seja, na procura

da solução para o problema ético encontrado, o enfermeiro chama diferentes bases que possam servir de alicerce ético para a sua decisão e para os seus atos.

Esta busca pela fundamentação da decisão ética constitui-se como uma fase que se verifica após a identificação do problema ético de enfermagem e antecede a intervenção escolhida. Situa-se assim entre estes dois pólos do contínuo da decisão ética, na medida em que emerge após a confrontação do enfermeiro com a situação de onde resulta o problema (ou os problemas) e constitui-se como uma fase da preparação da decisão, antes da concretização da ação. Mais uma vez, como acontece com as duas fases anteriores, a *ponderação dos fundamentos para a decisão*, não surge claramente situada num tempo ou num percurso processual de decisão. Surge como inerente à construção da decisão, mas sem uma situação processual definida.

Nesta fase, são colocados em equação fundamentos diversos e de diversa natureza. O enfermeiro procura frequentemente “*o melhor para ele...para ele*”, numa clara fundamentação ética do seu agir em função do Outro. Esta ponderação daquilo que fundamenta o agir profissional é também evidenciada como uma equação das diferentes alternativas, como fica claro na afirmação: “*depois ainda pensei em dizer sem ele saber*”. Ou seja, verifica-se uma fase de reflexão, marcadamente vivida pelo enfermeiro na busca da solução. Desenvolve-se assim uma atividade mental prévia à decisão que consiste em “*pensar conscientemente...ponderar uma série de factores, que estas coisas têm que ser mais ponderadas*”. Uma atividade mental que tem um objetivo a atingir, que é o da procura da solução para o problema. Uma solução que é consubstanciada numa intervenção de enfermagem, idêntica a qualquer outra, mas que assume a importância de ter sido a escolhida (ou as escolhidas) face a uma situação humana complexa e problemática.

A decisão resulta assim desta atividade de refletir o que é melhor e o que é pior, assumindo-se como necessária. A intervenção surge “*depois de ponderar muito os aspectos*” que envolvem a complexidade do problema, na procura dos diversos fundamentos que a possam legitimar. Associa-se assim a ideia de que “*é uma decisão que precisa ser amadurecida para ponderar os prós e os contras*”. Este amadurecimento exige uma reflexão pessoal intensa que implica inclusivamente o questionar sobre o “*que é que eu estou enquanto técnico de saúde a proporcionar aquele doente, quando lhe estou a fazer um tratamento*”. Deste modo, interrogando, questionando, antevendo consequências, o enfermeiro pondera os fundamentos éticos e de outra natureza que possam suportar o seu agir.

Nesta categoria incluem-se 35 unidades de registo.

3.5 Decisão segundo os fundamentos escolhidos

A decisão, enquanto atividade mental prévia ao ato (ou aos atos) constitui uma fase essencial a esta construção que estamos a analisar. Com efeito, a *decisão segundo os fundamentos escolhidos* emerge como uma categoria da análise dos dados recolhidos das narrativas dos enfermeiros.

Perante um problema ético, o enfermeiro pondera os fundamentos que suportarão a decisão, promove o envolvimento com a pessoa ao seu cuidado e com os seus familiares e acaba por tomar a sua decisão. Uma decisão que visa dar resposta ao problema identificado, mas que tem por base os fundamentos ponderados. Uma decisão de não fazer porque *“ele não está em risco de vida, a gente não vai actuar contra a vontade”*. Ou uma decisão de agir ativamente, assente no fundamento considerado *“para afirmar naquele momento que a minha decisão também era essa e porque é que era essa.”*

A decisão surge assim associada ao seu fundamento, emergindo estas duas dimensões como um bloco inseparável. Ou seja, a intervenção decidida resulta de uma construção que incluiu outras fases e justifica-se através do fundamento que lhe está associado. De tal forma, que a referência à decisão surge frequentemente com a referência ao fundamento utilizado, afirmando-se que *“isso pesou na minha decisão”*. Ou seja, a referência à decisão tomada vem associada à razão de decidir, considerando-se que *“também ficou definido o que é que eu tinha que fazer para proteger a doente daquela situação”*.

Deste modo, fica claro que a decisão constitui um momento importante da resolução do problema ético identificado, verificando-se uma referência inequívoca a esta fase. Afirmações de que *“decidi contar nessa altura”* ou *“naquele dia decidi não dizer à doente”* demonstram uma consciencialização evidente da actividade mental de decidir.

De outro modo, verifica-se também uma assunção individual da decisão, como que uma chamada a si próprio da última palavra. Afirma-se que *“achei que era a melhor forma de resolver aquela situação”*, colocando a decisão na primeira pessoa do singular. Mesmo nos casos em que, noutros momentos se procure um envolvimento de outros, como o caso da pessoa cliente de cuidados, dos seus familiares ou dos outros profissionais da equipa, no momento de decidir, toma-se isso a seu cargo. Existem

algumas referências a um “*aceitamos prescrição ...*”, como que deslocando a decisão da esfera individual para a coletiva, mas parece-nos ser sobretudo uma forma de linguagem. Com efeito, numa alusão mais concreta à decisão, emerge sobretudo a referência à individualidade da decisão, afirmando-se que “*prescreveu a naloxona e eu...concordei...*”. Ou, de um modo mais veemente, “*confesso que acabei por fazê-lo*”. A decisão, enquanto escolha do que fazer em concreto, tendo por base o fundamento considerado, constitui assim uma fase inequívoca desta construção que antecede a ação.

Enquanto categoria emergente, inclui 40 unidades de registo.

3.6 Agir conforme os fundamentos utilizados

Na resolução dos problemas éticos de enfermagem, a seguir à identificação e valoração do problema, seguem-se diversas fases até à decisão sobre a ação a realizar, como acabamos de concluir da análise dos dados verificada. Após a decisão tomada, verifica-se que esta dá lugar a uma ação. Ou seja, depois de tomar a decisão tendo em conta os fundamentos utilizados, verifica-se que se passa à prática do ato (ou dos atos). Emerge assim a fase correspondente ao *agir conforme os fundamentos utilizados*. Uma fase que poderíamos considerar posterior à construção da decisão, mas que surge inerente a este contínuo do problema à ação. Ou seja, a análise das narrativas não nos permite fazer uma separação entre a construção da decisão após a identificação do problema ético e concretização da ação decidida. Esta, emerge como contígua à decisão, mas em total associação com ela. Constitui como que um prolongamento da atividade mental de decidir, uma vez que esta tem apenas um sentido, que é exatamente o de proporcionar uma intervenção de enfermagem.

A ação pode assim assumir a realização de um ato propriamente dito ou pode igualmente constituir uma omissão. Em ambos os casos, são consideradas intervenções, com o sentido de ato profissional de enfermagem.

Quando a decisão é de não fazer, assume-se isso e age-se em conformidade, constatando-se todavia que “*podíamos sim ... não fizemos*”. O enfermeiro decide omitir um ato, apesar de considerar que, noutras circunstâncias e com outros fundamentos, essa ação podia ser realizada.

A referência à intervenção praticada surge como consequência da decisão tomada, assumindo-se que “*portanto, eu disse que sim*”. A uma construção que pode ser

partilhada em algumas fases e que termina numa decisão tomada pelo próprio, surge igualmente uma assunção pessoal da ação. Isso é notório face à ação, assim como à omissão, afirmando-se que *“não fiz mais nada, mantive-me ali com ele”*. Todavia, relativamente à decisão, a referência ao coletivo da ação, através por exemplo de *“falamos com os pais ...”* é mais frequente. Ou seja, enquanto que a decisão é tida sobretudo como uma atividade do próprio, a intervenção surge também considerada como realizada em equipa. Há, por vezes, como que uma extensão da decisão tomada a outros elementos da equipa sugerindo que em certos casos isso é natural acontecer afirmando-se a primeira pessoa do plural, como por exemplo: *“temos circunstâncias em que temos mesmo”*.

De todo o modo, esta referência à possibilidade da intervenção decidida ser praticada por outros membros da equipa para além do próprio, evidencia-se como excepcional, face à regra da execução por quem decide. De resto a afirmação do próprio na fase de agir em conformidade com o que se decidiu é frequentemente afirmado através da inclusão da primeira pessoa do singular na construção da frase, como por exemplo: *“e eu fui falar com ele”*. Ou seja, a uma construção da decisão segue-se um agir em conformidade com a equação e a fundamentação pessoal a prevalecer.

Nesta categoria inserem-se 52 unidades de registo.

3.7 – Avaliação da decisão

A última categoria a emergir desta análise dos resultados é relativa a uma nova fase e trata-se da *avaliação da decisão*. Do mesmo modo que no caso anterior, esta categoria surge em ligação às anteriores. De facto, de uma forma não generalizada, mas muito frequente, surgem referências à avaliação da decisão e do praticado. O enfermeiro, após realizar a intervenção que decidiu, volta a ela, muitas vezes num tempo posterior, refletindo sobre se considera adequada a sua decisão e se a manteria, afirmando-se *“olho como uma decisão que me pareceu adequada e que depois pratiquei mais vezes”*. É feito um juízo acerca do que se decidiu e do que se realizou ou omitiu, voltando frequentemente a equacionar os fundamentos utilizados para a decisão, considerando-se *“penso, sinceramente, que fiz o que devia”*.

A referência a acontecimentos subsequentes à práticos dos atos, como *“a família depois veio cá mais tarde, agradecer tudo o que nós tínhamos feito”*, são uma expressão desse

sentido de avaliação. Se em alguns casos se afirma a adequação do decidido e do realizado, com alguma frequência se conclui o contrário, afirmando-se que “*não devia ter iniciado...*”. São sobretudo colocados de novo em equação os fundamentos utilizados, assim como se admite que não se conseguiu apreender toda a complexidade da situação, afirmando-se que “*eu não percebi na altura isso*”. De outro modo, ficam algumas vezes dúvidas que não se resolveram e que permanecem. Aquando da avaliação sobre a decisão anterior, admite-se que “*fiquei com aquela expectativa sobre se não lhe devia ter dito também*”.

Estas considerações demonstram a evidência da fase da avaliação em momento posterior ao acontecimento e à intervenção realizada. É notória a emergência da avaliação sobre a decisão, mesmo que a referência surja sob a forma de interrogação, como na afirmação: “*e o que me preocupa mais é se a decisão que eu tomei foi a mais correcta naquela altura*”. Ou seja, apesar de ser narrada de forma diferente, a avaliação surge como inerente a este contínuo do problema à ação, considerando-se a ponderação avaliativa sobre o decidido como fase posterior e autónoma das anteriores. De tal forma, que é clara a separação temporal entre as fases anteriores e esta.

Nesta categoria integram-se 36 unidades de registo.

O quadro 2 apresenta as diferentes categorias emergentes, que correspondem às fases da construção da decisão ética de enfermagem. As categorias são apresentadas segundo a sequência que resultou da análise dos resultados, face à construção da decisão ética.

Quadro 16 – Fases de construção da decisão, enquanto categorias emergentes.

CATEGORIAS EMERGENTES	UE
Fases da Construção da Decisão Ética de Enfermagem	
Identificação do problema ético	38
Envolvimento da pessoa e dos seus familiares na decisão	27
Construção da decisão em equipa	18
<i>Construção da decisão em equipa de enfermagem</i>	11
<i>Construção da decisão em equipa multidisciplinar</i>	7
Ponderação dos fundamentos para a decisão	35
Decisão segundo os fundamentos escolhidos	40
Agir conforme os fundamentos utilizados	52
Avaliação da decisão	36

4. FUNDAMENTOS PONDERADOS PARA A DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

As narrativas relativas à terceira questão da entrevista – *narre como resolveu o problema ético identificado* – para além de permitirem a emergência das fases da tomada de decisão ética possibilitou também a identificação dos fundamentos ponderados e utilizados. De facto, a análise das descrições do modo como os enfermeiros resolveram a situação problemática com a qual se confrontaram, tornou possível verificar quais os diferentes tipos de fundamentos que foram chamados a viabilizar a decisão. Dessa análise, ficou claro que num período pré-decisão, os enfermeiros equacionam diversos princípios éticos, valores, deveres profissionais ou direitos das pessoas envolvidas, de tal forma que esta ponderação lhes permite escolher aqueles que servem, por fim, de suporte à decisão tomada. Esta separação, enquanto atividade mental, da ponderação e da escolha final dos fundamentos utilizados foi de resto já analisada no capítulo anterior, uma vez que originou a consagração de duas fases distintas durante a construção da decisão.

No presente capítulo analisaremos os fundamentos que foram ponderados, durante esta fase de equação e de construção, prévia à decisão, independentemente de depois serem ou não utilizados pelo enfermeiro. A sua identificação resulta assim das referências às possíveis justificações que podiam servir de suporte à decisão a tomar, antes da escolha final.

As referências foram em primeiro lugar tipificadas de acordo com os conceitos existentes nos diversos campos do conhecimento aplicáveis. Para esta tipificação, partimos de uma categorização inicial, utilizando a conceptualização conhecida nos domínios relativos às referências feitas. Assim, cada referência correspondente a uma unidade de registo, foi agrupada com as demais dentro do mesmo conceito, originando as unidades de contexto. Cada unidade de contexto é relativa a uma princípio ético ou científico, a um valor, a um direito, a um dever ou a uma crença. Deste modo, cada unidade de contexto constitui um fundamento diferente, ponderado para a decisão a tomar pelo enfermeiro. Conforme a sua natureza, estes fundamentos foram integrados em categorias correspondentes a áreas do conhecimento. Desta forma, foram identificadas categorias relativas a fundamentos éticos, deontológicos, jurídicos,

científicos (de enfermagem) e culturais. Para além destes, foi ainda considerada uma categoria de fundamentos profissionais, onde se integraram unidades de contexto de natureza profissional, distinta das diferentes categorias.

4.1 – Fundamentos éticos ponderados

O maior número de unidades de contexto - 13 – a que corresponde igualmente o maior número de unidades de registo – 60 – situa-se na categoria dos *fundamentos éticos*. Este facto, leva-nos a concluir pela importância da dimensão ética na tomada de decisão ética de enfermagem. Na procura de soluções para os problemas éticos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, verifica-se que o enfermeiro valoriza os fundamentos éticos de forma significativa e com maior relevância face às demais categorias.

As unidades de contexto identificadas são as seguintes: *princípio do respeito pela autonomia, princípio da não-maleficência, respeito pela vida, princípio da beneficência, protecção da saúde das pessoas, respeito pela pessoa, respeito pelos valores da pessoa, aliviar o sofrimento humano, respeito pela dignidade humana, respeito pela qualidade de vida, princípio da justiça* e o *princípio da confiança*.

De todos os fundamentos éticos ponderados, o *princípio do respeito pela autonomia*, surge como o mais referido, com 11 unidades de registo. O enfermeiro pondera suportar a sua decisão, com base no respeito pela autodeterminação da pessoa a quem são prestados os cuidados, enquanto expressão da sua autonomia. Isto significa que, à partida e perante um problema ético, o enfermeiro vê a pessoa, apesar da sua especial vulnerabilidade face à sua situação de saúde-doença, como um Outro autónomo, capaz para decidir sobre si. Evidencia-se assim o respeito pela decisão do Outro, afirmando-se que “*prevalece a decisão do doente...*”.

O respeito pela sua *opção* face ao cuidado que se pondera, emerge assim como um fundamento com enorme peso, nesta fase de construção da decisão ética. De tal forma que, mesmo em situações em que a capacidade não está presente, se pondera que “*se ele não está consciente presumimos que é isso que ele queria*”. Ou seja, mesmo na ausência de capacidade para decidir naquele contexto espaço-temporal específico, a autonomia é tida em conta, através da presunção da sua escolha. Deste modo, a par do consentimento livre para o cuidado como condição para suportar a decisão, o

enfermeiro toma igualmente o *consentimento presumido*, a partir do conhecimento sobre as escolhas anteriores da pessoa em causa.

A ponderação dos diversos fundamentos, inclui assim de forma relevante a equação quanto ao respeito pela decisão da pessoa, considerando-se que “*não vale a pena e ele tomou a decisão de que não quer*”. À partida, considera-se que “*não estamos ali para o privar das liberdades dele*”, pelo que a decisão sobre a intervenção a realizar terá as escolhas pessoais em conta.

Outro fundamento é relativo ao respeito pelo *princípio da não-maleficência*, com 7 unidades de registo. As referências relativas a este princípio equacionam os efeitos que podem ser prejudiciais para a pessoa, caso sejam tidos em conta para a tomada de decisão. O enfermeiro confronta-se com a possibilidade das suas intervenções não serem adequadas, referindo “*pensei que já não estava a fazer bem aquela pessoa, pelo contrário já estava a fazer mais mal que bem*”. De tal forma, que esta ponderação leva a questionar a decisão em curso quanto às intervenções futuras. Pondera-se: “*se a criança vem, vai ficar a vida inteira a lembrar-se disto*”, entendendo-se que essas consequências não são boas.

A ponderação em torno deste fundamento ético diz sobretudo respeito a esta antevisão das consequências dos atos a praticar, na equação de “*mas....podia fazer-lhe mal...*”. Deste modo, numa fase prévia à decisão e à execução da intervenção, o enfermeiro coloca em equação como fundamento para a sua decisão os eventuais efeitos nefastos dessa intervenção. Procura sobretudo antever se as consequências dos seus atos são boas ou más para a pessoa em causa. Mesmo que esta previsão não tenha por base conhecimento científico, o enfermeiro toma-a em consideração, bastando a constatação de que “*eu senti que aquilo iria ser prejudicial para o doente*”.

O *respeito pela vida* emerge também como um fundamento ético, com 7 unidades de registo. A vida e a sua proteção constitui assim uma razão para agir, na ponderação da construção da decisão ética de enfermagem. O respeito pela vida, materializado na proteção da vida daquela pessoa em concreto, é tido como fundamento ético para a resolução dos problemas éticos de enfermagem.

Perante as diversas possibilidades de decisão, pondera-se: “*mas respeitávamos mais a vida...*”. Esta ponderação envolve a escolha entre diversas alternativas, procurando-se fundamentos de diversa natureza, em que o respeito pela vida ocupa um lugar de

destaque. De tal forma, que a sua valoração é tida como quase absoluta considerando-se que o enfermeiro assume “*o intuito de salvar vidas, de fazer tudo o que estiver ao nosso alcance para a sobrevivência dos nossos utentes*”. É exatamente esta ponderação entre fundamentos diferentes e por vezes contraditórios que retira esta natureza quase-absoluta ao respeito pela vida. Uma ponderação que leva a considerar esta valoração apenas pela vida como um início de reflexão, considerando-se que “*o primeiro momento é salvar a vida*”. Só depois de uma reflexão mais profunda e da equação em simultâneo dos outros fundamentos, se atribui uma valoração relativizada face a outras condições para agir.

O *princípio da beneficência* ou a procura *do bem para a pessoa* evidencia-se também como um fundamento ponderado para a decisão ética de enfermagem, com 5 unidades de registo. Na procura da melhor decisão, é tido em conta o que se afigura como melhor para a pessoa a quem a intervenção diz respeito. Sendo a intervenção necessária, é contudo equacionado quais os efeitos que essa intervenção produz e interrogado sobre se esses efeitos são eticamente bons. Procura-se uma decisão com base naquilo “*que seria melhor para aquele doente*” em concreto. Tem-se em conta, não um fundamento ético em abstrato, mas uma pessoa em especial, tornando essa decisão única e pessoal. Em algumas referências, contudo, esta ponderação faz-se perspectivando a totalidade da amplitude deste fundamento, colocando-se mesmo em equação se o respeito pelo princípio da beneficência não deslocará o sujeito da decisão para o enfermeiro. Ao afirmar-se que “*....o paternalismo continua a funcionar*”, procura-se sobretudo uma ponderação sobre se o respeito por este princípio não se encontra distorcido por excesso. Ou seja, a ponderação pelo bem do Outro, não encontrando frequentemente dúvidas quanto ao seu sentido positivo, por exemplo quando se considera que “*não é possível de todo deixar a pessoa ir embora*”, é igualmente equacionado quanto à possibilidade de significar um desrespeito pelo outro. Uma equação que demonstra a fase de ponderação dos fundamentos antes de ser tomada uma decisão. Um interrogação que se afirma como uma estratégia de alcançar a melhor decisão e conseqüentemente a melhor intervenção. A melhor, na escolha entre as alternativas que são possíveis ponderar.

Num outro domínio, mas igualmente com um sentido ético, surge a *proteção da saúde das pessoas* como um fundamento ponderado para a tomada de decisão ética de enfermagem. Foram contabilizadas 5 unidades de registo para este fundamento.

Perante uma decisão complexa e difícil por estarem envolvidos diversos direitos em conflito, nomeadamente quando conflituam os direitos da pessoa cliente dos cuidados de enfermagem e os dos seus familiares, este sentido da proteção da saúde das pessoas é especialmente chamado à colação. Perante a ponderação realizada, considera-se que se optaria por uma determinada decisão se estivesse “*em risco a saúde de outros*”. Deste modo, o enfermeiro vê-se obrigado a sair da sua relação de cuidado com uma pessoa, para alargar o foco das suas preocupações também aos familiares. A par da proteção da saúde da pessoa ao seu cuidado, o enfermeiro encontra na proteção da saúde de outros, um fundamento ético para decidir. E assim, a proteção da saúde, enquanto condição para o agir, constitui-se como fundamento ético ponderado e abrange a relação de enfermagem no seu todo, incluindo a pessoa cuidada e os seus familiares.

O *respeito pela pessoa* enquanto fundamentação ética para tomar decisões em enfermagem, emerge também da análise dos dados, integrando 4 unidades de registo. Do mesmo modo que são ponderados aspectos particulares da pessoa e da sua vida, constituindo essas dimensões da personalidade, fundamentos éticos a ter em conta na procura da decisão, a pessoa, na sua plenitude total, é também considerado como foco de respeito. É considerado o respeito por aquela pessoa em concreto, naquela situação específica, mas com um sentido mais amplo de respeito pela pessoa em abstrato, afirmando-se que “*para já, primeiro respeitar o outro*”. Não está em causa o respeito apenas por uma pessoa, por aquilo que ela é e está a viver naquelas circunstâncias, mas o respeito pelas pessoas em geral, aproximando-se claramente do princípio do respeito pela dignidade humana.

O *respeito pelos valores da pessoa*, surge igualmente como fundamento ético, com 4 unidades de registo. Numa expressão da sua autonomia, o enfermeiro tem em conta os valores da pessoa em causa, para decidir sobre aquilo que lhe diz respeito. O enfermeiro, perante decisões decorrentes de problemas éticos surgidos, adiciona aos seus valores profissionais os valores da pessoa. Assume perante um eventual conflito com a sua ética profissional que “*eu não tenho que mudar os valores das pessoas*”. Da mesma forma que pondera os diversos fundamentos inerentes ao seu papel profissional, integra igualmente na construção da decisão, os valores da pessoa, afirmando deste modo o respeito por mais uma dimensão humana, integrando-a na sua relação de cuidado.

Nesta construção da decisão ética de enfermagem será inevitável que o sofrimento surja como uma referência obrigatória. Com efeito, *aliviar o sofrimento humano* constitui também um fundamento ético que resulta das narrativas, integrando 4 unidades de registo. Não prolongar o sofrimento e tentar evitá-lo ou alivia-lo, sendo uma dimensão ética essencial da enfermagem, presente ao longo de todo o seu percurso histórico, emerge aqui como um fundamento a ponderar na construção da decisão. Esta ponderação surge sobretudo através de um “*questiono-me se eu não estou apenas a prolongar o sofrimento*”. Deste modo, colocam-se em equação os cuidados que estão a ser prestados, interrogando-se sobre a sua substituição, tendo em conta o alívio do sofrimento do outro.

O *respeito pela dignidade humana* surge também como fundamento ético delimitado face aos demais, com 3 unidades de registo. A chamada deste fundamento à ponderação da decisão emerge sobretudo em situações de decisão difícil e com conflito interprofissional incluído. O enfermeiro, ao ponderar as suas decisões de continuidade de cuidados considera que “*já tínhamos ultrapassado o limite do que é humano*”, considerando alterar o plano de cuidados. Na procura do suporte para a escolha das intervenções a realizar, a dignidade humana evidencia-se como um princípio necessário para a fundamentação ética apropriada. Justifica-se determinada escolha “*porque, devemos respeitar a dignidade das pessoas*”. Recorre-se assim a uma dimensão total da personalidade, apelando ao princípio do respeito pela dignidade humana para aplicação em concreto na resolução de uma situação específica.

Na fundamentação ética em torno da vida, inclui-se também, uma outra dimensão, que consideramos complementar ao respeito pela vida, a saber, o *respeito pela qualidade de vida*, que inclui 3 unidades de registo. Ele é referenciado como integrante no respeito geral pela vida humana, mas com uma valoração “*essencialmente na qualidade de vida*”. Em vez de uma dicotomia de princípios, estes surgem ligados entre si, nomeadamente em situações de decisão em fim de vida. As escolhas neste domínio implicam uma ponderação que além da vida, considera a forma como as pessoas desenvolvem os seus projectos pessoais. As decisões terão assim em conta, não apenas a vida em si, de forma abstrata e absoluta, mas a ponderação da qualidade dessa vida, nas circunstâncias concretas em apreço.

A justiça e o respeito pelo *princípio da justiça* surge também como fundamento ético na ponderação para a decisão ética de enfermagem, com uma unidade de registo. Considera-se que, relativamente às pessoas a quem são prestados cuidados “*trata-las de forma igual, respeita-las da mesma forma...e isto implica às vezes trata-las de maneira diferente*”.

Por fim, emerge o *princípio da confiança* como um fundamento ético chamado à equação da escolha das intervenções a realizar, com uma unidade de registo. Pondera-se tomar a decisão “*pela relação mais próxima e pelo facto de ter vivido a situação mais perto*“. A proximidade da qual resultou a confiança entre as pessoas e o enfermeiro, podem determinar o sentido ou a forma da intervenção a ser realizada.

O quadro seguinte enumera o conjunto dos fundamentos éticos que acabamos de analisar.

Quadro 17 – Fundamentos éticos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA Natureza dos fundamentos	UNIDADE DE CONTEXTO Fundamentos	UE
ETICOS	Princípio do respeito pela autonomia	11
	Princípio da Não-Maleficência	7
	Respeito pela vida	7
	O Bem para a pessoa (princípio da Beneficência)	5
	Protecção da saúde das pessoas	5
	Respeito pela pessoa	4
	Respeito pelos valores da pessoa	3
	Aliviar o sofrimento humano	4
	Respeito pela dignidade humana	3
	Respeito pela qualidade de vida	3
	Princípio da justiça	1
	Princípio da confiança	1

4.2 – Fundamentos científicos ponderados

Da análise das entrevistas emergem um conjunto de fundamentos que classificamos de natureza científica e agrupamos na categoria de *fundamentos científicos*. São referências relacionadas com a procura de bases científicas que suportem a decisão ética. Na construção da decisão como resposta ao problema ético, o enfermeiro procura fundamentar-se também no conhecimento científico de enfermagem. Coloca em equação fundamentos que dizem diretamente respeito à natureza científica dos cuidados de enfermagem. Deste modo, fica incluída uma dimensão científica na ponderação dos fundamentos para tomada de decisão ética de enfermagem.

Nesta categoria inserem-se 4 unidades de contexto, a saber, *necessidades de cuidados identificadas*, *inutilidade dos cuidados*, *dúvidas diagnósticas*, e *benefício terapêutico*. No total destas unidades de contexto, integram-se 14 unidades de registo.

A *necessidade de cuidados identificada* na pessoa constitui uma razão que o enfermeiro pondera na construção da sua decisão ética. Corresponde a uma unidade de contexto onde se inserem 5 unidades de registo. A escolha das alternativas possíveis esbarra com esta inevitabilidade da evidência da necessidade dos cuidados. A afirmação “*é necessário!*”, numa fase de construção da decisão constitui uma consciencialização desta inevitabilidade.

Esta ponderação perante as necessidades da pessoa em causa, situa-se frequentemente nos domínios das mais elementares necessidades humanas, como é o caso da alimentação. A satisfação destas necessidades constitui uma premissa que se revela valorada pelos enfermeiros na escolha das intervenções a realizar. Considera-se que “*mas se ele não comia, eu tinha que arranjar uma solução diferente*”.

Perante as dificuldades ou os constrangimentos colocados ao agir profissional do enfermeiro, esta preocupação pela satisfação das necessidades humanas, como foco central da ação do enfermeiro, ganha particular valoração. Considerando as *necessidades humanas* como integrantes de algumas teorias de enfermagem, entendemos esta referência relativa à dimensão científica que também se revela na construção da decisão ética.

Também a *inutilidade dos cuidados* quando identificada, constitui um fundamento ponderado na decisão ética, emergindo 3 unidades de registo nesta unidade contexto.

Ele surge sobretudo quando se equaciona a continuação de um plano terapêutico que se revela sem eficácia terapêutica. Nesta altura interroga-se sobre decidir terminar determinada intervenção “*porque do ponto de vista clínico ele não está a melhorar*”. Havendo dificuldades na decisão, juntamente com outros fundamentos, o enfermeiro adiciona as condições científicas que podem ajudar na escolha da intervenção adequada. A constatação de que “*não se via melhoras absolutamente nenhuma ... não havia mais nada*”, evidencia uma inutilidade dos cuidados que estão ou podem vir a ser prestados. Perante esta inutilidade que assume uma natureza científica, porquanto diz respeito ao plano de cuidados estabelecido à luz do conhecimento científico de enfermagem e frequentemente em ligação com outras ciências da saúde, o enfermeiro questiona-se quanto ao seu agir. De tal forma que a antevisão desta inutilidade funciona como um fundamento para a tomada de decisão e a escolha da intervenção.

De igual forma, também as *dúvidas diagnósticas* podem constituir um fundamento científico a ponderar na tomada de decisão ética de enfermagem, constituindo assim uma unidade de contexto onde se inscrevem 3 unidades de registo. Mesmo perante a incerteza quanto ao diagnóstico de enfermagem a formular, surge a convicção de que “*não podia por também essa hipótese de lado*”. A procura da melhor decisão lida também com esta dúvida quanto ao problema científico a identificar naquela pessoa e é esta incerteza que pode determinar a escolha da intervenção a realizar. Ou seja, perante uma dúvida diagnóstica, o enfermeiro orienta a sua ação num determinado sentido, em face dessa interrogação.

Por fim, nesta categoria integra-se também o *benefício terapêutico* como um fundamento científico a ter em conta, contando com 3 unidades de registo nesta unidade de contexto. Segundo este, o enfermeiro pondera se a intervenção a planear trará um acréscimo terapêutico para a pessoa ou se, pelo contrário, lhe é prejudicial. Pondera-se se determinada intervenção não acarreta o risco de não ser do ponto de vista clínico, adequada para aquela pessoa, afirmando-se sobre esse eventual escolha que: “*... podia era manter-se o comportamento disfuncional da doente*”. Na construção da sua decisão, o enfermeiro coloca em equação o fim terapêutico das suas intervenções, não ultrapassando o limite da adequação clínica, na resolução do problema ético então surgido. Deste modo, é mais uma vez afirmada a dimensão científica na ponderação dos fundamentos para a tomada de decisão ética de enfermagem.

O quadro seguinte enuncia as unidades de contexto e as unidades de enumeração desta categoria.

Quadro 18 – Fundamentos científicos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
CIENTÍFICOS	Necessidades de cuidados identificadas	5
	Inutilidade dos cuidados	3
	Dúvidas diagnósticas	3
	Benefícios terapêuticos	3

4.3 – Fundamentos jurídicos ponderados

Outra categoria emergente é relativa aos *fundamentos jurídicos*. São fundamentos relacionados com o respeito pelas normas jurídicas e com o respeito pelos direitos das pessoas. Emergem como premissas que são tidos em conta quando o enfermeiro se confronta com um problema ético e se vê obrigado a tomar uma decisão no sentido da sua resolução. Deste modo, a dimensão jurídica acrescenta-se às restantes dimensões que integram a construção da decisão ética pelos enfermeiros.

Esta categoria integra 5 unidades de contexto, a saber, uma relativa ao *respeito pelas normas jurídicas* e as restantes 4 integram unidades de registo relacionadas com o respeito pelos direitos das pessoas. No total, esta categoria inscreve 6 unidades de registo.

O *respeito pelas normas jurídicas* surge como unidade de contexto, com duas unidades de registo em sentidos diferentes. Uma em sentido positivo que apela ao cumprimento das normas jurídicas “... *nem que fosse em termos formais*”. Outra que vai no sentido negativo de considerar que “*nem sempre a gerir-me por algumas normas, mesmo que estas normas sejam internas de uma determinada instituição*”.

A ponderação do respeito pelas normas revela assim que, existem situações em que o seu cumprimento deve ser seguido, ao passo que perante outras circunstâncias, o fundamento pode incluir o seu não cumprimento. Ou seja, a lei – tida aqui em sentido amplo – é considerada, mas não significa que seja considerada como superior face aos

restantes fundamentos. De tal forma que o enfermeiro pondera quer o seu cumprimento quer decidir em sentido diferente ao disposto nas normas jurídicas.

As restantes unidades de contexto são relativas, cada uma delas, ao respeito por um direito das pessoas em causa. Sendo os direitos atribuídos por lei, consideramo-los assim enquanto fundamentos de natureza jurídica.

Na construção da decisão ética, o enfermeiro toma em consideração o *direito à reserva da vida privada*, o *direito a morrer com dignidade*, o *direito à informação* e o *direito à vida e à integridade física*. Perante a situação problemática, o enfermeiro equaciona as alternativas da sua decisão, mas fá-lo procurando respeitar os direitos das pessoas. Os direitos surgem assim protegidos pela ação do enfermeiro, sendo utilizados como fundamentação na ponderação quanto às escolhas das intervenções, quando a decisão se revela problemática.

No quadro seguinte apresentam-se as unidades de contexto relativas a esta categoria.

Quadro 19 – Fundamentos jurídicos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
JURÍDICOS	Respeito pelas normas jurídicas	2
	Direitos do cliente (direito à reserva da vida privada)	1
	Direitos do cliente (Direito a morrer com dignidade)	1
	Direitos do cliente (direito à informação)	1
	Direitos do cliente (vida e integridade física)	1

4.4 – Fundamentos deontológicos ponderados

A dimensão deontológica integra também o conjunto das categorias relativas à ponderação dos fundamentos para decidir em enfermagem. Com efeito, a análise das entrevistas permite identificar 5 unidades de registo que integramos em 3 unidades de contexto inseridas na categoria dos *fundamentos deontológicos*.

Na sua narrativa, o enfermeiro refere-se expressamente a alguns dos seus deveres, quer pela positiva quer negativamente. Na construção da decisão equaciona se a sua decisão cumpre ou viola o dever que considera como dever profissional. São feitas referências aos deveres de *sigilo*, de *respeito pela intimidade* e pelo *dever de cuidado*.

O apelo ao dever de guardar segredo da informação, surge sobretudo pela possibilidade da sua quebra afirmando-se: “*estava a quebrar ali o segredo profissional*”. Refere-se um “*estava ali*” como a possibilidade de violar o dever de sigilo, no caso da realização de determinada intervenção. Interroga-se sobre se essa intervenção não poderia originar a divulgação de informação das pessoas, quando se considera que “*eu devia manter só para mim*”.

Nesta ponderação do agir segundo os deveres deontológicos, são considerados outros fundamentos. Refere-se que “*neste caso foi o respeito pela intimidade, que é um dever nosso, da enfermagem*”, assumindo a proteção da intimidade das pessoas como um dever do enfermeiro que deverá servir de fundamento à escolha das intervenções.

Do mesmo modo, é assumido o dever de cuidado, como uma premissa que deve fundamentar a decisão ética de enfermagem. Considera-se que “*nós estamos aqui para cuidar dos doentes...*”, na assunção de que esse cuidado constitui um dever profissional, ponderado na tomada de decisão.

O quadro seguinte enumera o total das unidades de contexto desta categoria.

Quadro 20 – Fundamentos deontológicos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
DEONTOLÓGICOS	Dever de sigilo	3
	Dever de respeito pela intimidade	1
	Dever de cuidado	1

4.5 – Fundamentos profissionais ponderados

A análise das narrativas revela também alguns fundamentos relacionados com a dimensão profissional. São referidas pelos participantes, premissas para decidir,

relacionados o exercício da profissão e com a sua condição de enfermeiro. Emergem duas unidades de contexto: *competência profissional* e *exercício da autonomia profissional*. A primeira integra duas unidades de registo e a segunda unidade de contexto integra uma.

Na unidade de contexto relativa à *competência profissional* inscrevem-se referências à competência do enfermeiro para realizar determinada ação, afirmando-se: “*achei que era capaz*”. Pondera-se o sentido da decisão, tendo como base a competência para realizar uma intervenção, naquele contexto específico, que se considera adequada para resolver o problema ético identificado.

A referência ao *exercício da autonomia profissional* do enfermeiro, surge igualmente como fundamento para a escolha das intervenções que resolverão a situação problemática em causa. Considera-se que a autonomia profissional determina que se opte por uma decisão que se considera mais adequada à protecção da pessoa. A decisão poderá assim ser legitimada pelo exercício dessa autonomia.

No quadro seguinte enumeram-se as unidades de contexto desta categoria.

Quadro 21 – Fundamentos profissionais ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
PROFISSIONAIS	Competência profissional	2
	Exercício da autonomia profissional	1

4.6 – Fundamentos culturais ponderados

A última categoria relativa aos fundamentos ponderados para a construção da decisão ética de enfermagem, diz respeito aos *fundamentos culturais*. Emergem referências ao respeito pelas crenças ligadas a um determinado meio sócio-cultural, pelo integramos nesta categoria. Integra-se uma unidade de registo na unidade de contexto *respeito pelas crenças*.

O enfermeiro assume como fundamento para decidir o respeito pelas crenças de algumas pessoas, integradas num determinado contexto sócio-cultural, considerando que “*eles têm a crença e têm valores diferentes*”. Este facto, faz equacionar a possibilidade de decidir diferente do habitual, contrariando as regras estabelecidas, mas que respeitarão uma cultura minoritária.

No quadro seguinte enuncia-se a unidade de contexto desta categoria.

Quadro 22 – Fundamentos culturais ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
CULTURAIS	Respeito pelas crenças	1

4.7 – Síntese dos fundamentos ponderados

Em síntese, podemos verificar que os fundamentos ponderados para decisão ética de enfermagem são de diferente natureza. Isto significa que, na equação quanto aquilo que fundamenta as decisões que se seguem à identificação de problemas éticos, o enfermeiro diversifica a sua escolha. Perante o caso concreto, nomeadamente quanto à especial protecção da pessoa (ou das pessoas, se estiverem incluídos os familiares), a fundamentação para decidir o cuidado inclui diversas dimensões. Cada uma delas fornece princípios, valores, deveres, direitos ou outras premissas que o enfermeiro pondera, interroga e coloca em alternativa na construção da decisão ética. É desta ponderação que resulta a escolha final, no momento que a decisão se verifica.

Os fundamentos éticos emergem como os mais ponderados, sendo eles próprios de categoria diversa. A par destes, também fundamentos científicos, jurídicos, deontológicos, profissionais e culturais, são utilizados na ponderação que antecede a decisão. Esta natureza multidimensional emerge com clareza das narrativas e constitui-se como um traço fundamental da construção da decisão ética de enfermagem.

Como síntese desta análise, apresentamos no quadro seguinte o conjunto das categorias e as respectivas unidades de contexto.

Quadro 23 – Categorização dos fundamentos ponderados na construção da decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA Natureza dos fundamentos	UNIDADE DE CONTEXTO Fundamentos	UE
ETICOS	Princípio do respeito pela autonomia	11
	Princípio da Não-Maleficência	7
	Respeito pela vida	7
	O Bem para a pessoa (princípio da Beneficência)	5
	Protecção da saúde das pessoas	5
	Respeito pela pessoa	4
	Respeito pelos valores da pessoa	4
	Respeito pela dignidade humana	3
	Aliviar o sofrimento humano	4
	Respeito pela qualidade de vida	3
	Princípio da justiça	1
	Princípio da confiança	1
	CIENTÍFICOS	Necessidades de cuidados identificadas
Inutilidade dos cuidados		3
DÚvidas diagnósticas		3
Benefícios terapêuticos		3
JURÍDICOS	Respeito pelas normas jurídicas	2
	Direitos do cliente (direito à reserva da vida privada)	1
	Direitos do cliente (Direito a morrer com dignidade)	1
	Direitos do cliente (direito à informação)	1
	Direitos do cliente (vida e integridade física)	1
DEONTOLÓGICOS	Dever de sigilo	3
	Dever de respeito pela intimidade	1
	Dever de cuidado	1
PROFISSIONAIS	Competência profissional	2
	Exercício da autonomia profissional	1
CULTURAIS	Respeito pelas crenças	1

5. FUNDAMENTOS UTILIZADOS PARA A DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

A análise das narrativas - sobre o modo como os enfermeiros desenvolveram a construção da decisão ética - permitiu identificar os fundamentos utilizados, de facto. Com efeito, havendo um período em que o enfermeiro se questionou quanto aos fundamentos para decidir, essa fase deu origem a uma outra em que a decisão aconteceu. A ponderação deu lugar à escolha definitiva. Após uma interrogação quanto às condições que deviam ser verificadas para suportar a decisão, a apreciação das diversas dimensões em apreço originou uma escolha. Esta escolha permitiu a execução da intervenção e foi mais tarde avaliada na fase respectiva. Passou-se de um domínio muitas vezes abstrato face aos diversos fundamentos conhecidos, para um plano mais concreto em que se procurou uma fundamentação para o agir naquele contexto específico. É precisamente esta seleção, que consideramos como os fundamentos utilizados na decisão ética de enfermagem.

Do mesmo modo que para os fundamentos ponderados, identificamos diversas dimensões que foram classificadas como categorias. Assim, identificamos fundamentos éticos, deontológicos, jurídicos, científicos, profissionais, culturais e sociais, exatamente as mesmas categorias que nos fundamentos ponderados, acrescentando-se apenas os fundamentos sociais.

5.1 – Fundamentos éticos utilizados

A categoria dos fundamentos éticos é a que integra a maior parte das unidades de contexto dos fundamentos utilizados – 12 – onde se inserem 50 unidades de registo.

O *princípio do respeito pela autonomia* é um dos fundamentos mais referenciados pelos enfermeiros, com 9 unidades de registo. Com o mesmo número de unidades de registo encontra-se o *respeito pelo princípio da beneficência*, o que constitui, só por si, motivo de análise, a que voltaremos na parte IV.

O *princípio do respeito pela autonomia* revela-se através de diversas referências que consideram como razão de decidir, a vontade da pessoa, alvo dos cuidados. Afirma-se que o que esteve na base da decisão tomada *“foi pelo respeito sim, pela decisão”*. O respeito pela decisão do Outro. Um Outro que se entregou ao cuidado de enfermagem, mas sobre o qual houve necessidade de decidir determinada intervenção em função do problema ético surgido. A decisão tomada naquelas circunstâncias, ou seja no contexto particular em que o problema aconteceu, resultou da vontade expressa da pessoa. Mesmo perante pessoas sobre as quais se poderiam colocar dúvidas quanto à sua capacidade para consentir, o enfermeiro justifica a sua decisão *“porque respeitei a vontade daquele adolescente”*. Inclusivamente, perante o conflito entre a vontade da pessoa em causa e a dos seus familiares, o enfermeiro valorou a decisão do próprio, considerando que o que prevaleceu na decisão *“foi a vontade dele e não da mãe ...”*.

Em algumas situações, este respeito pela autonomia do Outro, surge com referências negativas. A utilização da vontade da pessoa como fundamento para decidir, é também tida em conta quando não há consentimento. Nestes casos *“é mesmo não ter autorização, entre aspas, para o fazer, neste caso faltou a autorização do doente”*. Deste modo, a falta de expressão da vontade implica uma decisão de não fazer. Refere-se que *“ele não queria era ser puncionado e nós respeitamos isso...”*.

Quer de um modo positivo em que a vontade expressa vai no sentido de agir, ou de forma negativa em que a decisão pode originar uma omissão, o fundamento que suporta a decisão é o respeito pela autonomia. O princípio ganha assim materialização nestas decisões de enfermagem, na medida em que determina o agir do enfermeiro.

O *princípio da beneficência* ou o *bem para a pessoa* constitui outro fundamento utilizado na decisão ética pelos enfermeiros, com 9 unidades de registo. Do mesmo modo que a vontade própria é tida em conta, também aquilo que o enfermeiro considera ser o melhor para a pessoa ao seu cuidado emerge como fundamento utilizado.

Perante determinadas circunstâncias, não havendo uma compressão da autonomia individual, mas sobretudo verificando-se uma dificuldade ou mesmo impossibilidade de decisão pela pessoa, o enfermeiro mantém o seu sentido de cuidado. Decide pela pessoa, na assunção de que *“achei que não era a altura mais indicada”*, tendo em conta o melhor para ela. As situações limite como o risco de vida são exemplos que emergem como contexto onde o apelo ao princípio da beneficência se verifica. Afirma-se que *“se nós temos a percepção que aquela pessoa está em risco de suicídio, risco de homicídio,*

integridade dela ou de terceiros, de alguma forma, ou de bens...á não temos muita dúvida de que é de facto necessário o internamento". Mesmo que o cuidado em si não seja aceite pelo próprio. Nestes casos, aquilo que podia ser equacionado como uma violação da autonomia do Outro nem surge na equação. A referência é apenas ao bem para a pessoa e a necessidade de assegurar a sua vida ou a sua integridade física. É este fundamento que acaba por prevalecer na decisão final.

O recurso ao princípio da beneficência para suportar a decisão ética, surge também nas circunstâncias em que o melhor para o Outro não nasce da apreciação do enfermeiro, mas tem origem externa. O enfermeiro apropria os pedidos da pessoa ou dos seus familiares e constrói a sua decisão a partir daí. É o caso em "*o que pesou naquela decisão, foi o verbalizar da mãe*". Ou seja, recorre ao princípio da beneficência para considerar que o melhor para a pessoa em causa, corresponde aquilo que ela ou os seus familiares exteriorizam como sendo o melhor.

O valor *verdade e justiça*, do modo como está estabelecido enquanto valor profissional no Código Deontológico do Enfermeiro (artigo 78º, nº 2, alínea c) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro), constitui igualmente um fundamento para a decisão ética de enfermagem. Nesta unidade de contexto integram-se 8 unidades de registo.

Nas situações em que a transmissão da informação à pessoa ou aos seus familiares é assumida como cuidado, o enfermeiro guia-se pelo valor verdade, mas não de forma absoluta. As referências dizem respeito a uma conciliação entre o rigor da informação quanto à sua veracidade, mas ao mesmo tempo uma atitude *cuidativa* que obriga a moldar a forma e os conteúdos fornecidos, face às circunstâncias específicas daquela (ou daquelas pessoas). Em fim de vida, por exemplo, afirma-se que "*eu baseei-me no princípio da verdade e como dar más notícias...*", fazendo apelo à ligação da verdade a um condicionalismo da transmissão da informação.

Na tomada de decisão, o enfermeiro tem em conta "*por um lado a verdade, mas por outro lado...*" as limitações que se colocam ao fornecimento da verdade absoluta. Ou seja, para além da preocupação com dizer a verdade sobre a informação que pertence à própria pessoa, verifica-se igualmente uma atitude de proteção face a um Outro que se encontra particularmente vulnerável. Isto não significa que se aceite mentir ou não informar a pessoa da sua situação de saúde. Considera-se, acima de tudo que "*não era eticamente correcto estarmos a enganar aquelas pessoas*". Ou seja, o valor verdade

sobressai como fundamento ético que justifica a ação, contudo, não é tido isolado ou supremo face aos restantes valores. Daí que, considerando que a transmissão da informação nos casos narrados é considerada em concreto face às circunstâncias próprias e adaptada a esse contexto particular, que classificamos esta categoria como respeito pela valor verdade e justiça. A justiça, enquanto juízo de equidade, adaptando a medida da informação a fornecer à pessoa em causa, emerge também como fundamento, ao lado da verdade. É por esta razão, que os consideramos junto, como de resto o valor profissional proclama.

A assinalar a dimensão ética na decisão de enfermagem, emerge uma outra unidade de contexto que classificamos como *bem-estar e alívio do sofrimento*. São 5 unidades de registo que relativas à fundamentação da decisão na promoção do bem-estar e no alívio do sofrimento do Outro.

O bem-estar surge assim associado à preocupação com o sofrimento causado sobretudo pela doença em fim de vida. A promoção do bem-estar constitui uma razão para decidir, perante circunstâncias específicas, que é o do alívio do sofrimento. A escolha da intervenção funda-se assim na promoção desse bem-estar, constatando-se que “*o que é que me motivou a tomar as decisões? O bem-estar do doente*”. Perante a procura de uma fundamentação para a escolha da intervenção a realizar, o enfermeiro conclui que “*portanto o que estava aqui em causa era o bem-estar psíquico, mais nada. Era esse conforto que eu lhe queria dar*”. Sobretudo quando se constata que “*o que está ali em causa é sobretudo o sofrimento*”.

Neste conjunto de fundamentos éticos para a decisão do enfermeiro perante um problema ético, emerge também o *princípio da não-maleficência* com 5 unidades de registo. Das narrativas dos enfermeiros surgem referências a uma eventual consequência negativa para a pessoa ou para os seus familiares, se determinada intervenção fosse executada. É essa previsão de um possível dano, que fundamenta a escolha da ação. Considera-se que uma possível intervenção que se vislumbra como adequada naquela situação clínica “*não seria benéfico para ela*”. Ou seja, mesmo que cientificamente apropriada, a sua realização não seria eticamente adequada, ponderadas as circunstâncias concretas. Deste modo decide-se fazer ou não fazer, tendo como razão de decidir o facto de que “*seria mais complicado para ela*”.

O enfermeiro tem assim em conta na resolução dos problemas éticos que enfrenta os eventuais danos causados com determinadas escolhas e guia o seu agir pelo princípio de não fazer mal.

Outro princípio que emerge da análise dos dados como fundamento para a decisão ética de enfermagem, é o *princípio da confiança*, com 4 unidades de registo. Surgem referências a decisões que ocorreram com base na relação próxima e de confiança que o enfermeiro estabelece com as pessoas ao seu cuidado. É esta relação de confiança que determina a decisão, nomeadamente quanto à escolha do sujeito para agir. Ou seja, perante um problema ético que envolve uma pessoa, o enfermeiro decide ser o sujeito na realização da intervenção “*pela ligação com a pessoa*”. Decide agir em determinado sentido e ser ele o agente da ação escolhida, tendo em conta essa proximidade. De tal forma, que se estende esta constatação a um domínio mais abstrato, afirmando-se que “*a proximidade que a enfermagem permite junto dos utentes e das famílias*”. Passa-se assim da esfera de uma relação de cuidado, para a consagração como fundamento do princípio da confiança, da prestação de cuidados de enfermagem.

O *respeito pela pessoa*, pela sua totalidade única e não apenas por uma das suas dimensões, surge também como um fundamento utilizado. Nesta unidade de contexto integram-se 3 unidades de registo. As afirmações são relativas a um respeito inespecífico pela pessoa, em situações em que a sua proteção está em risco. Nestes casos, decide-se agir “*pelo respeito por ele*”. É este respeito pela pessoa enquanto pessoa, sem mais nenhuma justificação especial ou alusão a algum dos seus direitos, que constitui o fundamento da decisão.

Também o *princípio da justiça* é tido como fundamento utilizado pelo enfermeiro, integrado 2 unidades de registo. As referências dizem respeito à conceção Aristotélica de justiça, considerando-a como equidade.

O enfermeiro considera que “*acabei por ter um comportamento diferente para com aquela pessoa, mas no fundo para a tratar igual*”. Decide uma intervenção que pode ser diferente do comum, ou da norma instituída, mas que considera ser a aplicada naquela situação concreta. Deste modo, a pessoa em causa, em vez de poder ser o recetor de mais um cuidado, é tido como uma pessoa a quem se presta o cuidado, aquele cuidado determinado. Assim, sendo escolhida a intervenção em função da necessidade

específica da pessoa e adaptada às suas reais circunstâncias, consideramos aplicar-se o princípio da justiça.

O *respeito pela vida* emerge também como um fundamento para a decisão de cuidado, na resolução de problemas éticos, com uma unidade de registo. A decisão resulta da convicção do valor vida e do que ele ocupa na actividade profissional de enfermeiro. Perante uma possibilidade de intervenção que pode comprometer a vida, decide-se considerando que “*isso não faz parte das minhas decisões...tenho uma formação para a vida*”.

O *respeito pelos valores da pessoa* é também utilizado como fundamento ético para a decisão de enfermagem, referido numa unidade de registo. O enfermeiro afirma que a decisão foi tomada “*pelo respeito precisamente pelos seus valores.*” Mesmo numa situação de doença e de eventual vulnerabilidade aumentada, os seus valores pessoais são tidos em conta nas decisões que lhes dizem respeito. E como fundamento da decisão são estes valores que sobressaem como fundamentos para decidir.

De igual modo, também o *respeito pelos princípios do cliente* surge como um fundamento ético utilizado, com uma unidade de registo. A decisão foi tomada num determinado sentido porque se constata que a pessoa adota determinados princípios de vida, com os quais se conforma. Numa situação de doença, o enfermeiro sugue esses fundamentos, afirmando fazê-lo “*porque têm os seus princípios*”. Mais uma vez, a intervenção a realizar é fundamentada na dimensão ética da relação de cuidado, considerando-se os princípios da pessoa como razão de decidir.

Por fim, neste conjunto de fundamentos éticos, surge o *respeito pela palavra dada*, com uma unidade de registo. A decisão funda-se em algo que se prometeu através da palavra e que, em circunstâncias problemáticas é trazido à relação de cuidado. O enfermeiro decide o seu agir tendo em conta esse compromisso, afirmando que “*foi a minha palavra!*”. A palavra, expressão de um acordo entre enfermeiro e pessoa ao seu cuidado, a ganhar força de fundamento para a decisão, mantendo-se assim a confiança nessa relação de cuidado.

O conjunto dos fundamentos analisados constitui a dimensão ética da decisão do enfermeiro na resolução dos problemas éticos de enfermagem. Apresentamos no quadro seguinte o total das unidades de contexto que integram esta categoria.

Quadro 24 – Fundamentos éticos utilizados na decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
ÉTICOS	Princípio do respeito pela autonomia	9
	O Bem para a pessoa (princípio da Beneficência)	9
	Valor “verdade e justiça”	8
	Bem-estar e alívio do sofrimento	5
	Princípio da não-maleficência	5
	Princípio da confiança	4
	Respeito pela pessoa	3
	Princípio da justiça	2
	Respeito pela vida	1
	Respeito pelos valores da pessoa	1
	Respeito pelos princípios da pessoa	1
	Respeito pela palavra dada	1

5.2 – Fundamentos científicos utilizados

A análise dos dados revelou que, para além dos fundamentos éticos que constituíram a categoria mais utilizada na decisão, os enfermeiros socorreram-se também de alguns fundamentos de natureza científica. No total contam-se 4 unidades de contexto, onde se integram 10 unidades de registo. Trata-se de fundamentos para a decisão que consideramos incluídos no conhecimento científico de enfermagem e daí a nossa classificação como *científicos*. Dizem respeito a *confirmação diagnóstica*, *benefícios terapêuticos*, *inutilidade dos cuidados* e a *necessidades de cuidados identificadas*. Ao mobilizá-los, o enfermeiro situa-se no plano da prestação de cuidados, com o planeamento de intervenções que respondem aos problemas de enfermagem identificados. A escolha destas intervenções é feita com base no conhecimento científico de enfermagem que se considera adequado aplicar naquela situação, sendo que, para finalmente decidir sobre que intervenção executar, o enfermeiro baseia-se nos fundamentos referidos, que consideramos do domínio científico. Em concreto, verifica-se pelas narrativas que, apesar da ponderação dos diversos fundamentos que é realizada

– como verificamos na capítulo anterior – a escolha final quanto à intervenção a realizar, suporta-se na dimensão científica do cuidado.

Um fundamento científico utilizado é a *confirmação diagnóstica*, com 3 unidades de registo. Perante um problema ético em que é necessário planear intervenções adequadas à sua resolução, o enfermeiro, entre as diferentes variáveis que envolvem o problema, conta com a sua interrogação quanto ao diagnóstico de enfermagem que havia feito. É no confronto que essas dúvidas diagnósticas que o enfermeiro pondera realizar intervenções que possam confirmar o problema considerado. Uma ponderação que chega a ser angustiante, na medida em que “*eu estava a ficar com um peso, que eu não era capaz de gerir*”. De tal forma que estas interrogações determinam a escolha. Ou seja, a intervenção decidida resulta de considerar-se que, naquelas circunstâncias, é necessário parar o plano terapêutico e prestar outro cuidado, uma vez que “*senti que era preciso despistar*”. A necessidade de confirmar ou infirmar o diagnóstico formulado constitui assim o fundamento para a decisão.

Um outro fundamento identificado é o relativo aos *benefícios terapêuticos*, onde se inserem 3 unidades de registo. Na escolha final das intervenções a realizar, a que corresponde a decisão ética, o enfermeiro baseia-se naquilo que considera ser os benefícios terapêuticos para a pessoa. O suporte para a decisão observa-se assim nesta equação dos riscos e dos benefícios decorrentes dos cuidados de enfermagem, optando-se por considerar os benefícios terapêuticos como fundamento. Numa situação problemática, em que a continuidade do plano terapêutico estabelecido fica ameaçada por factores externos à relação de cuidado, o enfermeiro decide considerando que “*eu continuei a proteger aquilo que eu considere que era sagrado, que era a minha relação profissional com a doente*”. A relação terapêutica e os efeitos positivos para a pessoa que daí advém, são a premissa base que é seguida para decidir o cuidado, na presença de circunstâncias complexas e difíceis.

Mesmo quando correm conflitos entre o que se considera ser benefício terapêutico para a pessoa em causa e outros condicionalismos externos, como as normas institucionais por exemplo, o enfermeiro conclui pela primeira. Decide a intervenção a realizar fundamentando-se nos proveitos terapêuticos para a pessoa, assumindo que “*isto é a minha postura terapêutica e isto eu não discuto consigo relativamente aquilo que são os regulamentos internos*”.

A *inutilidade dos cuidados* constitui igualmente um fundamento para a decisão ética de enfermagem, integrando 3 unidades de registo. Perante uma situação problemática em que se verifica que os cuidados planeados, começam a mostrar-se inúteis quanto ao fim terapêutico estabelecido, o enfermeiro decide parar, com base nessa inutilidade. A constatação de que “*não se via melhoras absolutamente nenhuma ... não havia mais nada*”, levam a que o enfermeiro decida a sua intervenção, nomeadamente a sua omissão de determinado cuidado, com este fundamento de natureza científica.

A ponderação, como vimos no capítulo anterior, demonstra que diversos fundamentos são chamados à reflexão. Em algumas circunstâncias, a decisão de parar alguns cuidados, nomeadamente em situação de fim de vida, funda-se em premissas de natureza ética. Todavia, verificamos igualmente que, para além da dimensão ética nas decisões de fim de vida, o enfermeiro utiliza também fundamentos científicos que lhes permite escolher a intervenção a realizar (ou omitir). A decisão resulta sobretudo da constatação de que “*há uma degradação do ponto de vista clínico*”. É esta fundamentação que se revela como determinante na decisão.

Também a *necessidade de cuidados identificados*, surge como um fundamento utilizado, com uma unidade de registo. A decisão sobre a intervenção a realizar, assenta numa necessidade de cuidados que entretanto se identificou. Algum acontecimento na situação de saúde/doença da pessoa fez alterar o seu estado clínico, verificando-se novos problemas de enfermagem. Esta ocorrência, na medida em que permite identificar novas necessidades de cuidados constitui assim o fundamento utilizado para decidir.

No quadro seguinte apresentamos o conjunto das unidades de contexto, relativos a esta categoria.

Quadro 25 – Fundamentos científicos utilizados na decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
CIENTIFICOS	Confirmação diagnóstica	3
	Benefícios Terapêuticos	3
	Inutilidade dos cuidados	3
	Necessidades de cuidados identificadas	1

5.3 – Fundamentos profissionais utilizados

Uma outra categoria de fundamentos utilizados na construção da decisão ética de enfermagem, insere-se na dimensão profissional. Da análise dos dados resulta que um conjunto de justificações para o agir, se inscrevem num domínio relativo ao exercício profissional de enfermeiro. Ou seja, a decisão teve como fundamento uma razão que decorre da condição de profissional do enfermeiro. Quando consideramos o seu papel profissional, estamos sobretudo a considerar o compromisso que o enfermeiro assumiu com a sociedade, com a instituição prestadora de cuidados e com a pessoa em concreto, para assumir a prestação de cuidados de enfermagem.

Nesta categoria inscrevem-se 2 unidades de contexto, com um total de 9 unidades de registo. As unidades de contexto são relativas ao *agir em complementaridade* e à *competência profissional*.

Consideramos como fundamento, o *agir em complementaridade*, quando a decisão de fazer resultou do facto do enfermeiro considerar que é o profissional melhor colocado dentro da equipa de saúde para realizar uma determinada intervenção. É uma unidade de contexto onde se inserem 5 unidades de registo.

Considera-se, por exemplo, que “*acho que quem tem melhor relação com os doentes é que deve dar essa informação*”. Ou seja, é a assunção de que se está em melhores condições, face aos demais elementos da equipa *multiprofissional*, que determina a decisão. Em algumas circunstâncias, esta constatação resulta de um pedido expresso de outro profissional em que “*ela disse-me que não era capaz de dar aquela notícia ...*”.

Trata-se assim de conciliar a esfera própria de competências do enfermeiro com a dos outros profissionais de saúde, procurando quem melhor realiza determinada ação. Ou seja, estamos situados no domínio do agir em complementaridade funcional dentro da equipa de saúde. No momento da escolha da intervenção, é esse papel complementar face aos outros que releva como fundamento para a decisão. No entanto, esta fundamentação surge envolta em preocupações relacionadas com o conflito interprofissional. O enfermeiro decide num contexto de complementaridade mas “*sem pisarmos a esfera daquilo que não era a nossa competência e autonomia*”. Pretende-se deste modo evitar que uma decisão de enfermagem possa colocar em risco a articulação complementar entre os profissionais de saúde, procurando-se não interferir na sua esfera específica de competência.

Um outro fundamento de natureza profissional é relativo à *competência profissional*. A decisão para determinada intervenção na decorrência de um problema ético, funda-se na capacidade que o enfermeiro considera ter para aquele desempenho concreto. O enfermeiro considera que “*eu tenho competências pessoal ou técnica...e.....conhecimentos*”, pelo que decide realizar uma determinada intervenção. É o facto dele se julgar competente em determinado domínio que o leva a escolher aquela ação determinada.

Em algumas situações perante um agir em complementaridade na equipa de saúde, o facto do enfermeiro auto-reconhecer competências profissionais na área em apreço, fá-lo decidir em determinado sentido. Ou seja, verifica-se que o fundamento utilizado, após a ponderação de outros, é o da competência profissional confirmada “*pelos nossos conhecimentos na área de enfermagem e treino*”.

As duas unidades de contexto que integram a categoria dos fundamentos profissionais, são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 26 – Fundamentos profissionais utilizados na decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
PROFISSIONAIS	Agir em complementaridade	5
	Competência profissional	4

5.4 – Fundamentos deontológicos utilizados

Outra categoria emergente, foi a relativa aos fundamentos deontológicos, com 2 unidades de contexto onde se integram 6 unidades de registo. Nesta categoria consideramos as referências, quanto aos fundamentos utilizados na decisão ética, relacionados com os deveres deontológicos do enfermeiro. Foi a referência mais ou menos explícita aos deveres profissionais que nos levaram a considerar esta categoria. Nela se integram referências a dois deveres, a saber, o *dever de sigilo* e o *dever de respeito pela intimidade*. São ambos deveres enunciados no Código Deontológico do

enfermeiro português, respectivamente no artigo 85º e 87º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

O *dever de sigilo* surge como fundamento para a decisão ética de enfermagem, em situações em que se coloca a possibilidade de quebrar o segredo. Constitui uma unidade de contexto onde se inscrevem 5 unidades de registo. Perante a possibilidade de quebra de sigilo profissional, que resulta da intromissão de factores externos na relação de cuidado, o enfermeiro, após ponderar os diversos fundamentos em equação, acaba por basear-se no seu dever de guardar segredo, para justificar a sua decisão. Colocando-se a hipótese de revelação de informação de enfermagem da pessoa ao seu cuidado, o enfermeiro considera essencial o seu dever de sigilo e faz disso o fundamento da sua decisão, afirmando que *“não podia dizer porque estava ao abrigo do segredo profissional, ponto!”*.

A informação de enfermagem de determinada pessoa é tida como confidencial, o que impede o enfermeiro de divulgá-la para lá dos que estão implicados no processo terapêutico dessa pessoa. Do mesmo modo, o enfermeiro considera que não pode facultar os registos do processo clínico porque *“eu sou um guarda desse processo”*. Ou seja, assume-se não apenas como guardião da informação que recolheu, mas como *fiel depositário* de toda a informação de saúde contida no *processo*. Este assumir do seu dever de guardar segredo sobre informação que não lhe pertence, por ser da titularidade de outra pessoa, constitui assim um fundamento para a decisão de enfermagem na resolução de problemas éticos.

Para além do dever de sigilo, o *dever de respeito pela intimidade* das pessoas ao seu cuidado, constitui também um fundamento deontológico na tomada de decisão ética, com uma unidade de registo.

A necessidade de escolher uma intervenção, face à situação problemática com que se debate, o enfermeiro coloca o respeito pela intimidade no centro da sua decisão. Após ponderar outros fundamentos e tendo também em conta outras premissas para decidir, fundamenta-se no respeito pela intimidade. Assume que *“neste caso é a intimidade da pessoa que temos que valorizar”* e faz dessa valoração fundamento para a sua decisão. Procura a intervenção adequada a partir desta condição para decidir e utiliza-a mesmo no conflito com outros profissionais em que outras razões para a decisão são colocadas

em equação. O enfermeiro considera o respeito pela intimidade e refere-o como um dever seu, sendo nessa medida que justifica a sua escolha.

No quadro seguinte enumeram-se as duas unidades de contexto que integram esta categoria.

Quadro 27 – Fundamentos deontológicos utilizados na decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA Natureza dos fundamentos	UNIDADE DE CONTEXTO Fundamentos	UE
DEONTOLÓGICOS	Dever de sigilo	5
	Dever de respeitar a intimidade	1

5.5 – Fundamentos culturais utilizados

Da análise das narrativas resulta também uma categoria de fundamentos utilizados para sustentar a decisão, relacionada com a dimensão cultural do agir de enfermagem. As referências são relativas ao *respeito pelas crenças* das pessoas, em função do seu ambiente cultural, num total de 3 unidades de registo.

As crenças que as pessoas evidenciam e que são tidas em conta pelo enfermeiro estão integradas no meio cultural onde as pessoas estão inseridas. Um meio cultural onde se nasceu e vive, num ambiente socialmente fechado, e onde algumas crenças são aceites pela comunidade. O internamento de uma pessoa oriunda deste ambiente coloca-se como dificultador da manutenção dos seus hábitos de vida e mesmo ameaçador de uma vivência conforme às suas crenças culturais. Sendo hábitos de vida minoritários, coloca ao enfermeiro um desafio ético da maior importância, respeitar esses hábitos de vida e essas crenças.

É neste contexto que o *respeito pelas crenças* surge como fundamento para a decisão ética de enfermagem. Perante o conflito entre o cumprimento das normas institucionais e o respeito pela crenças das pessoas que fazem alterar o habitual das atividades de vida, o enfermeiro escolhe o primeiro para justificar a sua ação. Fá-lo na convicção de que “*as pessoas têm direito a ter as suas crenças*”.

Este respeito pelas diferenças culturais funciona como premissa para decisão, em detrimento de um seguimento cego pelas práticas instaladas. Assume-se como dimensão integrante da decisão ética de enfermagem, este respeito pelas crenças do Outro, conformando a intervenção terapêutica com esta atitude de respeito.

O quadro seguinte enuncia a unidade de contexto que integra esta categoria.

Quadro 28 – Fundamentos culturais utilizados na decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
CULTURAIS	Respeito pelas crenças	3

5.6 – Fundamentos sociais utilizados

Destes resultados emerge uma outra dimensão onde se agrupam duas unidades de contexto. São os *fundamentos sociais*, que integram também duas unidades de registo.

Estes resultados evidenciam uma extensão até à dimensão social, das razões que levam o enfermeiro a fundamentar a sua decisão ética. Fazendo jus a uma relação de cuidado ampla considerando a pessoa na sua plenitude, o enfermeiro tem em conta os aspetos sociais da vida de cada pessoa e inclui-os na sua decisão profissional.

Os fundamentos identificados dizem respeito ao *respeito pelas obrigações familiares* e à existência de uma *família de suporte*. Ambas situam-se no campo familiar, enquanto esfera própria da dimensão social do indivíduo, à qual os cuidados de enfermagem são sensíveis.

O *respeito pelas obrigações familiares* surge como um fundamento de natureza social (uma unidade de registo) que o enfermeiro atende aquando da decisão ética. Em situação de internamento e sobretudo em fase de fim de vida, a escolha das intervenções implica uma ampla ponderação de alternativas. As obrigações perante a família que a pessoa considera serem suas, constituem também uma razão de decidir em enfermagem. O enfermeiro decide-se por determinada intervenção, na convicção de que “*se calhar resolverem as coisas que ainda quieriam*”. Optou-se por uma ação que possibilitou o cumprimento pelo próprio das suas obrigações familiares, porque a estas se deu a

importância devida. Houve assim um olhar completo para a pessoa e para as suas necessidades, fundamento o agir numa das suas dimensões essenciais.

Num outro domínio, também a existência de uma *família de suporte* serviu de fundamento à decisão (uma unidade de registo). Ponderando as diversas possibilidades, decide-se a intervenção tendo em conta a verificação de que existem familiares que podem suportar o tratamento e participar nos cuidados necessários. Considera-se que “*se tem acompanhamento se efectivamente é possível, de alguma forma dar início ou continuidade ao tratamento lá em casa*”, então há condições para uma determinada escolha. A par de outras razões para sustentar a decisão, o enfermeiro valora as reais condições familiares que pode fazer alterar o plano terapêutico, quanto à sua operacionalização. De tal forma que faz dessa valoração, o fundamento para decidir.

No quadro seguinte enunciam-se as duas unidades de contexto desta categoria.

Quadro 29 – Fundamentos sociais utilizados na decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
SOCIAIS	Respeito pelas obrigações familiares	1
	Família de suporte	1

5.7 – Fundamentos jurídicos utilizados

A última categoria dos fundamentos utilizados para a decisão ética de enfermagem é relativa aos *fundamentos jurídicos* e integra uma unidade de contexto onde se inscreve uma única unidade de registo.

Com esta referência acrescenta-se assim a dimensão jurídica aos fundamentos utilizados pelo enfermeiro. Na justificação para a decisão, o enfermeiro inclui também a fundamentação jurídica, aqui resumida ao respeito pelos direitos da pessoa.

A unidade de contexto emergente é referente ao respeito pelos *directos da pessoa* e em concreto, o respeito pelo *direito à informação*. Partindo do princípio de “*que nós não podemos fazer nada sem comunicar ao doente ...*”, é decidida a intervenção com esse fundamento.

Perante a interrogação quanto à transmissão da informação ao seu titular, no que diz respeito à sua situação de saúde/doença, o enfermeiro decide-se pelo fornecimento dessa informação. A suster esta escolha, encontra-se a convicção de que a informação constitui um direito para a pessoa e que o enfermeiro deve assumir o dever profissional de respeitá-lo. É com base nesta convicção que a decisão é tomada.

No quadro seguinte dá-se conta da unidade de contexto que integra esta categoria.

Quadro 30 – Fundamentos jurídicos utilizados na decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UE
Natureza dos fundamentos	Fundamentos	
JURÍDICOS	Direitos da pessoa (direito à informação)	1

5.8 – Síntese dos fundamentos utilizados

Do mesmo modo que na ponderação, também os fundamentos utilizados para decidir o cuidado, assumem uma diversidade categorial. A decisão pode basear-se em diferentes fundamentos igualmente pertencentes a dimensões diversas. O suporte para a decisão pode assim ter origem em áreas distintas do conhecimento, verificando-se igualmente uma multidisciplinaridade quanto às escolhas utilizadas. A uma natural complexidade da decisão de enfermagem perante um problema ético, corresponde uma também natureza multidimensional dos fundamentos utilizados.

A análise das narrativas permite-nos concluir que o conjunto dos fundamentos utilizados na decisão final, é praticamente sobreponível aos fundamentos ponderados. Apenas os fundamentos sociais se acrescentam. Mantendo-se uma predominância da dimensão ética, verifica-se igualmente que os fundamentos científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos, constituem a base de sustentação para a decisão ética de enfermagem. É perante a situação concreta e a especificidade da relação de cuidado estabelecida, que o enfermeiro, após ponderação, escolhe a fundamentação que considera adequada. De uma forma geral, podemos constatar que é a proteção da pessoa e das suas específicas necessidades de cuidados que determinam a decisão final.

Uma apresentação global dos fundamentos utilizados pelo enfermeiro na decisão ética de enfermagem, poderá ajudar uma leitura sistêmica. Daí que apresentemos no quadro seguinte o conjunto dos fundamentos utilizados, distribuídos pelas diferentes categorias.

Quadro 31 – Categorização dos fundamentos utilizados na decisão ética de enfermagem.

CATEGORIA Natureza dos fundamentos	UNIDADE DE CONTEXTO Fundamentos	UE
ÉTICOS	Princípio do respeito pela autonomia	9
	O Bem para a pessoa (princípio da Beneficência)	9
	Valor “verdade e justiça”	8
	Bem-estar e alívio do sofrimento	5
	Princípio da não-maleficência	5
	Princípio da confiança	4
	Respeito pela pessoa	3
	Princípio da justiça	2
	Respeito pela vida	1
	Respeito pelos valores da pessoa	1
	Respeito pelos princípios da pessoa	1
	Respeito pela palavra dada	1
CIENTIFICOS	Confirmação diagnóstica	3
	Benefícios Terapêuticos	3
	Inutilidade dos cuidados	3
	Necessidades de cuidados identificadas	1
PROFISSIONAIS	Agir em complementaridade	5
	Competência profissional	4
	Necessidades de cuidados identificadas	1
DEONTOLÓGICOS	Dever de sigilo	5
	Dever de respeitar a intimidade	1
CULTURAIS	Respeito pelas crenças	3
SOCIAIS	Respeito pelas obrigações familiares	1
	Família de suporte	1
JURÍDICOS	Direitos da pessoa (direito à informação)	1

PARTE IV

TEORIZAÇÃO DA DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

*“Mas, com isto, que têm as estrelas?
Continuam brilhando, altas e belas.”*

José Régio

1. CONCEITO DE PROBLEMA ÉTICO DE ENFERMAGEM

Os resultados que emergiram do estudo, permitem-nos configurar a delimitação do conceito de problema ético de enfermagem. Com efeito, a partir da identificação das características identitárias emergentes, apresentadas no capítulo II da Parte III, é agora possível construir uma delimitação conceptual, recorrendo à *Teoria do Conceito* de Dahlberg.

1.1 Modo de construção do conceito

Procuramos construir o conceito de problema ético de enfermagem, a partir dos elementos que emergiram das narrativas dos enfermeiros, quando descreveram a situação por eles vivida e que consideraram como problema ético da sua prática profissional. Identificamos esses elementos, através dos enunciados descritos nas narrativas, seguindo assim Dahlberg¹⁹² que considera que “*cada enunciado verdadeiro representa um elemento do conceito*”, sendo que estes se “*articulam numa unidade estruturada*”¹⁹³ de tal forma que “*a soma*” dos diversos elementos permite-nos formular o conceito. Estes elementos, na perspectiva de Dahlberg traduzem os *atributos* ou as *características* daquilo que é designado pelo conceito, sendo possível decompô-lo, identificando cada um dos seus elementos.

Para este autor, as características do objeto do conceito, são de dois tipos: *essenciais* e *acidentais*. As características essenciais, por sua vez dividem-se em *constitutivas* que permitem distinguir o objeto do conceito dos outros e *consecutivas*, que dependem daquelas. As *acidentais*, “*que dependem de factores externos e condições acidentais*”¹⁹⁴, dividem-se em *gerais* e *individualizantes*. As *gerais* que têm manifestações diferentes em cada objeto do conceito, enquanto que as *individualizantes* referem-se às relações com tempo e lugar. Estas últimas são as que dão origem a

¹⁹² DAHLBERG, Ingetraut. Teoria do conceito. *Ciência da Informação*. (Em linha).v. 7, n. 2, p. 101-07, 1978. Trad. Astério Campos. (Consult. 28.Dezembro.2009). Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/1680/1286> . p 102

¹⁹³ Idem, p.102

¹⁹⁴ Ibidem, p. 103

conceitos individuais e por isso não se aplicam ao conceito em estudo que é geral, uma vez que não depende das dimensões *tempo* e *espaço*¹⁹⁵.

A procura da definição do conceito de problema ético de enfermagem no âmbito da construção desta tese, para além de preocupações ontológicas, encerra igualmente uma dimensão teleológica, na medida em que nos permitirá clarificar a discussão em torno deste conceito. Seguimos assim Dahlberg que considera que “*as definições são pressupostos indispensáveis na argumentação e nas comunicações verbais e que constituem elementos necessários na construção de sistemas científicos*”¹⁹⁶.

Assim, das situações problemáticas narradas pelos enfermeiros, retiramos os enunciados que consideramos *essenciais* ou *acidentais* para a construção do conceito de problema ético de enfermagem. A divisão categorial, através da análise de conteúdo, realizada no capítulo 2 da Parte III, ao identificar as características quanto à natureza do problema ético de enfermagem, permite-nos agora identificar os elementos necessários para a construção do conceito. Fazendo corresponder as características identificadas, traduzidas nas categorias emergentes, aos elementos identitários, ficamos com a delimitação da natureza do conceito. Todavia, este somatório de atributos conceptuais não permite uma clara delimitação conceptual. Precisamos agora analisar esse conjunto de uma forma sistemática, utilizando a teoria de Dahlberg quanto aos diferentes tipos de características.

1.2 Características essenciais constitutivas: a incerteza face ao agir.

Para a construção do conceito de problema ético de enfermagem, começamos por identificar as características *essenciais constitutivas*. Segundo Dahlberg, são as características que nos permitem circunscrever o objeto do conceito, uma vez que correspondem aos elementos que consideramos substantivos da definição conceptual a construir. A identificação destes elementos resulta da análise efectuada no capítulo 2 da Parte III.

Da análise dos dados resulta uma característica que consideramos essencial constitutiva, por ser relativa ao tipo de situação problemática. De facto, verificamos que as situações narradas são relativas a interrogações ou a incertezas quanto ao modo de agir. O enfermeiro considera problema ético as situações que o obrigam a ponderar uma

¹⁹⁵ Ibidem, p. 102

¹⁹⁶ Ibidem, p. 106

determinada intervenção de enfermagem, por não ser clara qual deve realizar. Frequentemente esta escolha ocorre, perante alternativas que obrigam a colocar em causa a intervenção que seria esperada. Ou seja, são situações que colocam o enfermeiro perante a necessidade de optar por realizar o cuidado normalizado ou esperado tendo em conta o diagnóstico feito e uma outra alternativa que se considera eticamente mais adequada. A relação de cuidado com determinada pessoa em concreto e naquelas circunstâncias próprias, levam a que haja interrogação quanto ao cuidado adequado, mesmo que fora da norma ou do habitual.

Com efeito, em todas as categorias relativas à natureza do conceito¹⁹⁷ verificamos que os problemas éticos são relativos à escolha das intervenções e constituem incertezas verificadas antes da sua execução. A análise efectuada no capítulo 2 da Parte III permite-nos concluir que, nas diversas categorias, esta incerteza face ao agir constitui um traço identitário comum. Na origem da interrogação podem estar fundamentos de natureza diversa, como princípios, normas, valores, direitos ou outros, todavia, a interrogação em si tem a ver com a decisão quanto ao ato profissional a executar.

A expressão desta incerteza quanto ao agir, revela-se claramente em todas as categorias emergentes, surgindo algumas unidades de contexto formuladas através do vocábulo *dúvidas* quanto à decisão e quanto à ação. Ou seja, *o que constitui* problema ético para o enfermeiro, corresponde a uma interrogação colocada a dado momento da relação de cuidado, relativamente às escolhas das intervenções a realizar. É esta incerteza sobre *que fazer* (ou não fazer) que emerge das narrativas como problemático. Ou seja, independentemente de estar em causa o desrespeito pela dignidade humana ou a violação dos direitos das pessoas, um conflito entre princípios, valores, normas ou direitos ou em risco a saúde ou o bem-estar dos clientes, o problema ético de enfermagem situa-se na esfera do planeamento do cuidado. É esta incerteza quanto à decisão de cuidado, que emerge do estudo como um problema ético de enfermagem.

Esta interrogação, sobre o respeito pela pessoa e pela sua dignidade e que coloca dúvidas ou conflitos sobre os fundamentos para decidir, é narrada perante uma decisão de cuidado de enfermagem. Mesmo que em ambientes complexos, com articulação com os demais profissionais de saúde, a incerteza manifestada é relativa ao cuidado de enfermagem. Com efeito, quando analisamos as diferentes unidades de contexto das diversas categorias relativas à natureza do problema ético de enfermagem que

¹⁹⁷Cf. Quadro 15, da Parte III, p. 102

emergiram do estudo, verificamos que as incertezas quanto às decisões, se referem a intervenções de enfermagem. Mesmo nos casos narrados em que a situação problemática está inserida num contexto *multiprofissional*, a valoração como problema tem com foco central o cuidado de enfermagem. Do mesmo modo, o conflito surgido entre os distintos fundamentos para a decisão relaciona-se com os cuidados de enfermagem que se pretendem prestar.

Esta característica transversal às diferentes categorias emergentes e que consideramos como elementos identitários do conceito de problema ético de enfermagem, assume assim um importante elemento conceptual. Permite-nos clarificar o âmbito do conceito, porquanto nos leva a considerar apenas o cuidado de enfermagem como entidade conceptual. Ou seja, podendo todo o agir profissional do enfermeiro mostrar-se problemático, verificamos que a delimitação do conceito do problema ético de enfermagem tem como limite o contexto do cuidado enquanto intervenção. O foco do conceito encontra-se no que se faz (ou não faz) enquanto materialização de uma decisão profissional e é esta essencialidade de ação que confere ao conceito em construção uma natureza ética. Deste modo, verificamos uma clara correspondência entre a valoração consciente dos enfermeiros, que consideraram as situações narradas como problemas éticos e a natureza do conceito que é possível construir a partir das suas narrativas.

Deste modo e seguindo Dahlberg consideramos que esta incerteza quanto ao cuidado a realizar constitui a primeira característica *essencial constitutiva*, uma vez que constitui um traço comum a todas as situações narradas. E assim, sendo comum, consideramo-lo como substantivo face do objeto do conceito.

1.3 Características essenciais constitutivas: a protecção das pessoas.

Na delimitação de problema ético de enfermagem, a incerteza quanto aos atos a realizar acontece quando está em risco a pessoa ou alguma dimensão de si. A interrogação ocorre quando o enfermeiro é confrontado com a necessidade de garantir a protecção da pessoa (e/ou dos seus familiares) e configura a possibilidade de mais do que uma intervenção. Deste modo, o problema tem como objeto a dúvida sobre como agir, mas num campo próprio que é o da protecção da pessoa. É ao assumir a responsabilidade pelo Outro, como nos ensina Ricoeur, que o enfermeiro se interroga sobre qual ação realizar, de modo a garantir essa protecção.

Em concreto e tendo em conta os resultados analisados no capítulo 2 da Parte III, o problema surge quando a escolha do cuidado a prestar exige a ponderação face a um possível desrespeito pela dignidade humana, ou uma violação dos direitos ou da vontade das pessoas ou dos seus familiares. De igual modo, a possibilidade de risco para a saúde ou para o bem-estar das pessoas ou seus familiares, constituem motivos de interrogação face ao planeamento das intervenções.

Estamos assim a considerar como características essenciais constitutivas, os elementos relativos à natureza do conceito, correspondentes às seguintes categorias que emergiram do estudo: *desrespeito pela dignidade* onde se insere uma referência, numa unidade de contexto, à vontade das pessoas; *violação dos direitos*; *risco do bem-estar* e *risco para a saúde*.

De facto, a interrogação sobre o agir não surge isolada, mas ligada à possibilidade destas consequências, de tal modo que a previsão destes resultados são eles próprios elementos essenciais dos problemas identificados. A incerteza revela-se perante uma previsão de ameaça a algo que se considera dever proteger.

É deste modo que o problema ganha uma natureza ética. A incerteza quanto à decisão e ao ato está inserido no domínio da proteção da pessoa, enquanto centro do cuidado de enfermagem. A escolha de como agir torna-se problemática quando há necessidade de equacionar se determinada intervenção se revela violadora da dignidade humana. Essa violação, face à pessoa concreta ou relativamente à dignidade das pessoas em geral, constitui assim um limite para as escolhas das ações de enfermagem. A ponderação das intervenções do enfermeiro situa-se numa esfera, onde a liberdade de escolher não ultrapassa a proteção da dignidade humana. Como enuncia o princípio que estrutura a deontologia de enfermagem em Portugal – artigo 78º, nº1 do Código Deontológico do Enfermeiro, incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro - a ponderação do agir em enfermagem implica a “*defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana*”. De tal forma, que as situações em que a dignidade possa estar em causa, constitui um problema ético para o enfermeiro.

Do mesmo modo, também os casos em que se prevê violação dos direitos das pessoas – cliente de cuidados e/ou familiar – constituem situações de incerteza em enfermagem. Quando determinados direitos são considerados como integrantes da esfera de proteção do enfermeiro, na sua relação de cuidado com as pessoas, a perspectiva da sua violação

constitui motivo para ponderar o agir. A proteção da pessoa é aqui considerada numa dimensão específica, a dos direitos, ponderando-se sobre se os atos a realizar promovem ou impedem o seu exercício. O enfermeiro chama a si esta proteção, considerando assim os direitos como uma dimensão intrínseca da vida das pessoas que não fica alterada em função da especial situação de saúde/doença de cada um.

Também uma possível violação da vontade das pessoas a quem se prestam cuidados ou dos seus familiares, constitui um elemento essencial da delimitação conceptual de problema ético de enfermagem. No planeamento das intervenções, o enfermeiro pondera não realizar ações que se mostrem lesivas das escolhas individuais. A equação surge inclusivamente no conflito entre o respeito pela dignidade a que o enfermeiro se vincula e a vontade expressa da pessoa em causa.

Ainda como elemento essencial constitutivo, uma vez que surge como substantivo nas narrativas, é a possibilidade de risco quer para a saúde, quer para o bem-estar das pessoas. Com efeito, as situações em que as ações a realizar podem prejudicar a saúde ou o bem-estar, levam a incerteza quanto à escolha dos actos a concretizar.

A saúde e o bem-estar, revelam-se assim como dimensões da esfera de protecção do enfermeiro. Sempre que possa haver risco para ambas, coloca-se em equação como agir.

É na medida em que estes elementos são inerentes à própria narrativa do problema, intimamente ligados à interrogação sem possibilidade de autonomia de um face ao Outro, que os consideramos como características essenciais constitutivas.

1.4 Características essenciais consecutivas: escolha dos fundamentos para agir.

A situação considerada como problema ético de enfermagem, para além da incerteza e da eventual ameaça à dignidade da pessoa ou a outras dimensões que a integram, releva também a existência de dúvidas ou conflitos sobre a ponderação dos fundamentos para decidir. Em concreto, são referidas dúvidas sobre a escolha dos princípios, normas, valores e direitos para fundamentar a ação a realizar. Ou seja, estas dúvidas ou conflitos sobre a escolha dos fundamentos, surgem por consequência da verificação de violação ou risco para a pessoa. Com efeito, esta escolha dos fundamentos para a decisão configura-se como uma consequência das interrogações quanto o agir protetor das pessoas. Em função das dúvidas surgidas, o enfermeiro equaciona os diferentes

fundamentos que podem ser chamados a suportar a decisão, de tal forma que essa ponderação se revela, ela mesma, como problemática, na medida em que é necessário escolher entre mais do que um fundamento, sendo que em algumas circunstâncias, este se encontram em conflito. É neste sentido, enquanto elemento que se mostra como consequente face às características *essenciais constitutivas*, que consideramos estes elementos como uma característica essencial consecutiva.

As categorias emergentes do estudo que consideramos como elementos relativos à escolha dos fundamentos para decidir, são as seguintes: *conflito entre princípios: científicos e éticos; conflito sobre normas; conflito entre valores e conflito entre direitos*.

Na ponderação dos fundamentos para decidir, o enfermeiro confronta-se um conflito entre a aplicação de princípios científicos e o respeito por princípios éticos. Este conflito pode resultar do facto de uma determinada intervenção se adequar ao conhecimento científico de enfermagem aplicável mas, ao mesmo tempo, violar um determinado princípio ético. Ou seja, a escolha entre a utilização de um ou de outro para fundamentar o cuidado a prestar, revela-se difícil e constitui um problema para o enfermeiro.

A actual deontologia de enfermagem portuguesa enuncia um conjunto de princípios, que têm na origem uma natureza ética. Com efeito, a par do princípio estruturante de todo o agir do enfermeiro relativo ao respeito “*da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*”, estabelecido no referido nº 1 do artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, o número 3 deste mesmo artigo enuncia mais três princípios éticos. A alínea a) refere “*a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade*”, a alínea b) “*o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes*” e a alínea c) “*a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais*”. De igual modo, também os princípios emergentes da bioética – o princípios da justiça, respeito pela autonomia individual, os princípios da beneficência e da não-maleficência – e outros que têm sido valorados pela reflexão ética de enfermagem – como o do respeito pela vulnerabilidade, o princípio da confiança, por exemplo - são atualmente aceites como fundamentos éticos para a decisão de cuidado. São estes princípios que conflituam com os de natureza científica nos quais assentam as intervenções de enfermagem.

O fim de vida é particularmente rico em conflitos desta natureza, onde as intervenções planeadas em função do conhecimento de enfermagem e que se julga adequado aos diagnósticos de enfermagem formulados, são consideradas frequentemente como desadequadas à particular situação da pessoa em causa. O respeito pela dignidade humana, enquanto princípio essencial ao exercício dos cuidados de enfermagem confronta-se em muitas situações com princípios relativos à satisfação das necessidades de cuidados das pessoas em geral, mas cuja aplicação em concreto é duvidosa. O enfermeiro vê-se confrontado com um planeamento que foi considerado adequado até determinado momento do desenvolvimento da situação de saúde/doença da pessoa, mas que, perante o aproximar do momento da morte, fica desadequado, face aos princípios éticos que julga aplicar-se.

De igual modo, o conflito entre normas que se consideram dever aplicar-se ao caso em presença, constitui-se como problemático em enfermagem. A incerteza quanto à decisão a tomar encontra uma dificuldade acrescida quando se colocam em equação as diferentes normas que são chamadas à fundamentação ética. Por um lado encontram-se normas institucionais que se consideram de cumprimento obrigatório, mas por outro, são equacionadas normas deontológicas ou jurídicas que conflituam na sua aplicação ao caso concreto. A dificultar ainda mais a decisão, a escolha destes fundamentos de natureza normativa, é frequentemente fortemente influenciada por intervenção externa ao enfermeiro. O apelo às normas organizacionais ou às práticas correntes, surge como obrigatório por elementos da equipa de saúde ou mesmo por pessoas externas com responsabilidades institucionais. Nestes casos, o conflito ultrapassa a fronteira da decisão individual, consubstanciando ao mesmo tempo um conflito no seio da equipa ou organização de saúde.

Este conflito é considerado pelo enfermeiro como perturbador à sua decisão, sobretudo porque as normas em apreço são elas próprias de natureza diferentes e visam proteções distintas. É o caso em que normas institucionais, de aplicação geral, podem violar os direitos das pessoas em causa. O enfermeiro coloca em equação o cumprimento das normas que é hábito aplicar, mas que considera não dever utilizar como fundamento para a decisão perante determinada pessoa, por não permitir o exercício de determinado direito.

Num cultura com fortes tradições normativas, em resultado do seu percurso histórico e sendo Portugal um Estado de Direito, como consagra o artigo 2º da Constituição da

República Portuguesa, é natural que as organizações de saúde e o próprio exercício de enfermagem se encontrem intensamente reguladas. Acresce o facto histórico da organizações de saúde serem predominantemente de tradição pública, onde o Direito Administrativo, por natureza normativo, se manifesta através de um acervo amplo de normas reguladoras e regulamentares. Ao mesmo tempo, os direitos das pessoas, assim como a própria deontologia de enfermagem encontram-se inscritos em normas jurídicas, o que determina que o conflito entre normas a aplicar ao caso concreto pelo enfermeiro, possa surgir com particular naturalidade.

Também o conflito entre valores, na procura dos fundamentos para decidir, constitui um elemento identitário do conceito de problema ético de enfermagem, ao corresponder a uma categoria do estudo, relativa à natureza do problema. O confronto surge quando os valores das pessoas ficam em conflito com os valores profissionais do enfermeiro.

Em Portugal, a deontologia de enfermagem prescreve um conjunto de valores “*a observar na relação profissional*”, como enuncia o nº 2 do artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro. *A igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional*, constituem os valores universais da profissão. Todavia, na sua relação de cuidado, o enfermeiro defronta-se com os valores pessoais de cada um e podem verificar-se conflitos. A escolha da intervenção face a este conflito revela-se como problemática, constituindo também uma característica essencial consecutiva da delimitação conceptual do problema ético de enfermagem.

Por fim, a existência de conflito entre os direitos da pessoa e os dos seus familiares, revela-se como problemático. A ponderação entre a proteção dos direitos de um e o respeito pelos direitos dos outros, revela-se difícil, na medida em que o enfermeiro considera dever ter ambos em atenção.

A enfermagem toma como foco de atenção a pessoa, mas situada no seu contexto sócio-familiar. Enquanto objeto central dos cuidados ou como cliente do enfermeiro, encontra-se a pessoa que recebe os cuidados, mas esta não é considerada como um elemento isolado do seu sistema familiar. Esta amplitude do objecto de cuidado revela-se frequentemente como problemática, nomeadamente quando estão em causa direitos ligados à reserva da relação estrita de cuidado, como é o caso do direito à reserva da

vida privada e o conseqüente dever de sigilo do enfermeiro. Nestes casos, é mesmo necessário determinar uma fronteira nítida entre a pessoa a quem se prestam cuidados e os outros que, mesmo familiares, são terceiros face à relação de confiança estabelecida entre essa pessoa e o enfermeiro.

Todavia e mesmo nestas situações, os familiares, mesmo que estranhos face à informação de saúde, por exemplo, constituem sempre foco de atenção do enfermeiro. Apesar do sujeito-cliente ser identificável, o familiar é sempre objeto de uma relação de enfermagem, onde o seu bem-estar – considerado como finalidade ética da enfermagem por Nunes¹⁹⁸ - é valorado como resultado a promover. É nesta inclusão do familiar como elemento integrante da relação de cuidado em enfermagem, que os seus direitos podem conflitar com a proteção dos direitos da pessoa-cliente.

De um modo geral verificamos que a escolha dos fundamentos para a decisão de cuidado pode ser problemática para o enfermeiro. O problema resulta do conflito entre fundamentos diferentes que se colocam na equação perante uma situação concreta. Esta escolha surge na sequência da interrogação face a que intervenção realizar quando se considera em risco a proteção da pessoa a quem os cuidados se destinam. É nesta medida que a escolha dos fundamentos para decidir constitui um elemento a ter em conta na definição do conceito de problema ético de enfermagem, em função dos resultados obtidos no estudo.

1.5 Característica accidental geral: a necessidade de cuidado de uma pessoa em concreto.

Continuando a construção do conceito de problema ético de enfermagem, identificamos agora a característica accidental geral, que segundo Dhalberg diz respeito a factores externos e accidentais. São as características que estão presentes em todos os objetos do conceito mas que podem ter manifestações diferentes.

Da análise dos resultados do estudo, podemos constatar que as situações narradas como problemáticas dizem respeito a uma necessidade de cuidado evidenciada por uma

¹⁹⁸Cf. NUNES, Lucília – A Especificidade da Enfermagem In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para Uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p. 33-48

pessoa. De facto, a incerteza quanto à decisão a tomar tendo em conta as dúvidas ou o conflito verificado face aos fundamentos a utilizar, tem origem numa necessidade que foi identificada numa pessoa por quem o enfermeiro se responsabilizou. É este impulso externo ao enfermeiro, resultado de factores diversos que afectam determinada pessoa que determina a necessidade de intervenção de enfermagem. Ou seja, as dúvidas quanto ao agir não se revelam à revelia de uma relação de cuidado, quanto a uma agir abstrato, mas têm como foco central uma pessoa (ou mais, nos casos em que estão envolvidos os familiares) à qual se deve prestar cuidados.

O problema ético de enfermagem tem assim uma ligação direta com a relação de cuidado estabelecida entre o enfermeiro a pessoa ao seu cuidado. É dessa relação interpessoal que emergem as incertezas quanto às decisões e aos atos. Do conjunto das ações que o enfermeiro realiza no seu exercício profissional, que inclui actividades de gestão, de planeamento de cuidados em equipa, actividades burocráticas institucionais, por exemplo, são os relativos à prática do cuidado com as pessoas que estão na origem das situações problemáticas. Mesmo nos casos em que o problema tem uma dimensão de articulação em equipa ou de cumprimentos de normativos institucionais, o foco problemático surge claramente colocado no cuidado a prestar a determinada pessoa.

Quando se verificam as diversas categorias do estudo e as unidades de contexto que as integram, podemos constatar que, independentemente da manifestação em cada uma, subjaz uma necessidade de cuidado de enfermagem numa pessoa em concreto. A incerteza quanto à intervenção ou as dúvidas sobre que fundamentos utilizar são relativas a um cuidado que se revelou como necessário em determinado contexto da relação de cuidado estabelecida. As decisões em causa têm na origem a ponderação de uma intervenção e tem igualmente como objetivo a efectivação dessa intervenção, numa pessoa determinada.

1.6 O Conceito de problema ético de enfermagem

Seguindo a teoria do conceito de Dahlberg, chegamos à construção do conceito de problema ético de enfermagem. Reunindo as diferentes características identificadas a partir dos resultados obtidos no estudo realizado, podemos agora formular uma definição.

Com efeito, consideramos como características essenciais constitutivas, a *incerteza face ao agir* e a *proteção das pessoas*. Como característica essencial consecutiva a *escolha*

dos fundamentos para agir. Por fim, como característica accidental geral consideramos a necessidade de cuidado de uma pessoa em concreto. A reunião destes diferentes elementos, seguindo uma lógica conceptual face ao conceito em estudo, permitiu-nos construir o seguinte conceito:

Constitui problema ético de enfermagem, a existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar, suscitando dúvidas ou conflitos sobre os direitos, os valores, os princípios ou as normas a adoptar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto.

2. PROBLEMA ÉTICO E PROBLEMA CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM

Depois de definido o conceito de problema ético de enfermagem, verificamos que este se situa no domínio da escolha das intervenções. Pensando a intervenção de enfermagem como a ação que resulta de um diagnóstico e que pretende alcançar um determinado resultado, ficamos com o caminho aberto para refletir estas ligações. Ou seja, se o problema ético surge em momento prévio à execução da intervenção, temos igualmente como antecedentes, a formulação diagnóstica e o planeamento dos resultados esperados de enfermagem. Estamos assim a situar-nos no campo da tomada de decisão clínica através da utilização do Processo de Enfermagem.

A questão que se coloca é a de saber se existe alguma relação entre o agora definido problema ético e o problema científico de enfermagem, considerando que este resulta da primeira fase do Processo de Enfermagem - a avaliação inicial - e que a sua identificação permite a formulação do diagnóstico. Ou seja, independentemente da taxonomia utilizada, formular diagnóstico em enfermagem, corresponde à utilização de uma determinada linguagem para delimitar um problema. E será este problema formulado, em forma diagnóstica, que dará origem ao planeamento dos resultados que se pretendem atingir nas pessoas (nas famílias e nas comunidades) e igualmente ao planeamento das intervenções.

O conhecimento científico de enfermagem não nos fornece um conceito único de problema científico de enfermagem, como verificamos no capítulo 5 da parte I. Tampouco verificamos uma tendência na construção deste conceito. As filosofias, os modelos teóricos e as teorias têm apontado algumas delimitações conceptuais, mas não se têm preocupado em construir uma definição. O investimento conceptual tem incidido sobretudo no cuidado, tendo o conhecimento produzido apresentado diversas definições para a ação do enfermeiro, sem uma mesma preocupação pelo problema que lhe dá origem. Todavia, a adoção metodológica do Processo de Enfermagem como forma de decisão clínica que se inicia na identificação de um problema, não foi afastada.

Parece haver assim uma apetência teórica pela ação em detrimento dos restantes elementos científicos que a antecedem. O conhecimento de enfermagem tem-se centrado no cuidado que, no plano metodológico utilizado – o Processo de Enfermagem

– constitui a fase de execução da intervenção que foi planeada. Estamos assim a considerar o cuidado como a ação que o enfermeiro realiza, inserido num método científico de decidir. O cuidado-ação, abordado em diferentes perspectivas científicas e que dará origem a problemas éticos, uma vez que consubstancia o agir profissional de enfermagem.

As intervenções de enfermagem constituem os atos praticados pelo enfermeiro, integrando as intervenções propriamente ditas e as omissões que consistem em decisões de não fazer. De modo diverso, encontram-se as omissões que não foram ponderadas nem realizadas mas que seriam necessárias para atingir os resultados planeados, que adquirem sobretudo relevância âmbito da responsabilidade profissional, onde, independentemente do nível de envolvimento da construção da decisão, os resultados produzidos nas pessoas são sempre apreciados.

O problema ético surge assim no momento das escolhas das ações a realizar, ou seja, quando as intervenções são planeadas. Após a formulação do diagnóstico e dos resultados que se pretendem atingir na pessoa, são escolhidas as intervenções. É aqui que surgem os problemas éticos, quando surge a incerteza quanto às alternativas possíveis quando a proteção da pessoa é colocada em risco. O problema ético consiste na dificuldade da escolha dos cuidados, tendo em vista o resultado formulado, sendo que as ações a praticar deverão suportar-se, para além do conhecimento científico, em fundamentos de diversa natureza. No seguimento da construção da decisão ética, os actos decididos são executados, em sede de Processo de Enfermagem. Depois de realizados são avaliados, para verificar se os resultados esperados foram ou não atingidos.

Deste modo, existe uma ligação entre a decisão clínica – enquanto decisão que se desenvolve com a utilização do Processo de Enfermagem - e a decisão ética de enfermagem que é estabelecida através das intervenções. As intervenções do enfermeiro consistem nos cuidados e derivam do diagnóstico formulado e é no domínio da intervenção planeada que o problema ético surge, enquanto interrogação quanto à sua realização, quando o respeito pela pessoa e pela sua dignidade parecem afectados. Na eminência de que a intervenção a realizar naquela situação, pode atingir a vida ou alguma dimensão humana da pessoa, ferindo os seus princípios, os seus valores ou os seus direitos, o enfermeiro questiona-se sobre o seu agir, colocando em causa a concretização do cuidado previsto. Inicia a construção da sua decisão ética que validará

se essa intervenção deve ou não ser realizada ou se há lugar ao planeamento de outras ações. A prestação do cuidado fica assim suspensa até à sua validação ética e só depois da decisão construída, é reatada ou alterada.

Considerando o Processo de Enfermagem como um contínuo - avaliação inicial, diagnóstico, planeamento de resultados e das intervenções, prestação do cuidado e avaliação final - a decisão ética interrompe este processo ao interrogar a intervenção. Provoca um corte no desenrolar deste processo metodológico, não sendo possível a sua concretização com a execução do cuidado que seria esperado.

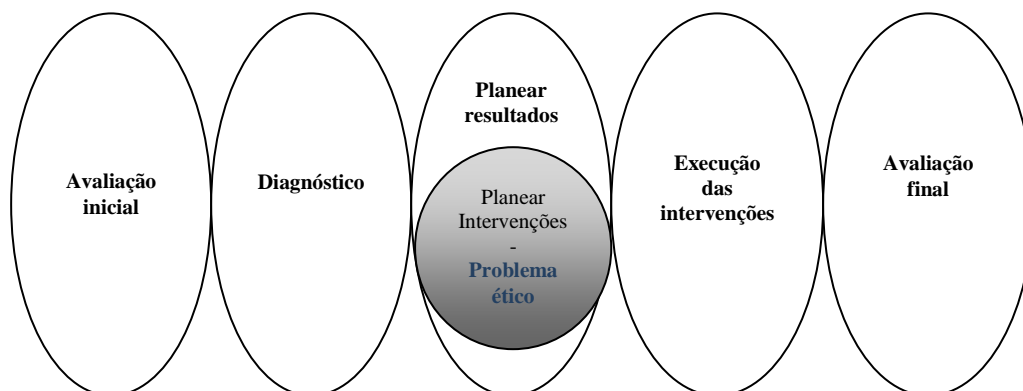
Deste modo, uma vez que o problema ético corresponde a esta dúvida sobre a prática de um ato, que consiste num cuidado de enfermagem, que por sua vez decorreu de um diagnóstico formulado com o conhecimento científico de enfermagem, concluímos que o domínio onde a decisão ética se situa é o domínio da enfermagem.

Na identificação do problema ético, o enfermeiro não se afastou do seu campo científico, uma vez que a sua interrogação é relativa a cuidados de enfermagem. Foi a decisão clínica relativa a uma pessoa em resposta aos seus problemas de enfermagem que deu origem ao surgimento do problema ético e conseqüentemente à decisão ética. Uma decisão que tem em vista a prática de um cuidado que volta a inserir-se no processo de cuidado da pessoa.

O problema de enfermagem – aquele que dá origem ao Processo de Enfermagem – e o problema ético de enfermagem têm assim uma relação epistemológica e metodológica. Por um lado situam-se ambos no domínio epistemológico de enfermagem, sendo que um – problema de enfermagem – tendo natureza científica dá lugar ao planeamento de intervenções com base nesse mesmo conhecimento, de onde emerge o problema ético de enfermagem. De outro modo, e numa perspectiva metodológica, o problema de enfermagem, surgindo primeiro, dá lugar a um processo de decisão científico – o Processo de Enfermagem – de onde decorre a decisão ética com vista à resolução do problema ético.

De uma forma gráfica podemos verificar esta inter-ligação na figura seguinte.

Figura 1 – Representação gráfica do *Processo de Enfermagem* em ligação à identificação do problema ético de enfermagem.



Problema de enfermagem do domínio científico e problema ético de enfermagem do campo ético, dão origem a dois tipos de decisão diferentes que convivem na relação de cuidado estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa-cliente. Ambos dão origem ao cuidado que se fundamenta no conhecimento de enfermagem, considerando aqui as diferentes dimensões de Carper¹⁹⁹. Do mesmo modo, para a sua concretização, o enfermeiro utiliza conhecimento proveniente de outras áreas do saber que convergem como fundamentos para as decisões, clínica e ética. Uma complexidade epistemológica que resulta da totalidade holística com que a pessoa é considerada em enfermagem.

¹⁹⁹Cf. Carper, B.A. *Fundamental patterns of knowing in nursing*. In POLIFRONI, Carol E.; WELCH, Marylouise, **Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology**. Philadelphia: Lippincot, 1999

3. CONSTRUÇÃO DA DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

O estudo realizado levou-nos à conclusão de que a decisão ética de enfermagem é sujeita a uma construção em diversas fases pelo enfermeiro. Neste capítulo ocupamo-nos desta construção da decisão ética que levará à prática de uma ação de enfermagem.

3.1 A natureza sistémica da construção da decisão ética de enfermagem

No capítulo 3 da parte III analisamos os resultados do estudo e concluímos pela existência de diversas fases na construção da decisão ética de enfermagem. Podemos constatar que a decisão para o cuidado decorrente do confronto com uma situação problemática é construída em momentos diferentes e com recurso a distintos elementos internos e externos do enfermeiro. Verificamos que este contexto temporal e mental próprio, a que chamamos *fase*, corresponde a uma parte do todo que é a construção da decisão e inclui a identificação do problema de partida, o envolvimento da pessoa destinatária dos cuidados dos seus familiares e dos profissionais de saúde disponíveis ou relacionados, a procura dos fundamentos, a decisão final, a concretização da ação decidida e a sua avaliação posterior. Todavia, constatamos também que estas diferentes fases da construção da decisão não correspondiam a períodos temporais diversos, pelo que nos afastamos da caracterização da construção da decisão como um processo, em que estas fases corresponderiam a etapas.

Com efeito, o estudo permitiu-nos concluir que, apesar de serem identificados momentos próprios que concorrem para a construção da decisão final, estes têm no tempo, sobreposições, podendo verificar-se em simultâneo. De outro modo, podem também não concluir-se e dar origem a outro momento, mas surgirem alternada ou esporadicamente durante o período temporal da construção da decisão. Ou seja, cada fase surge delimitada quanto ao objeto, mas não quanto ao tempo. Em cada fase é possível circunscrever sobre o que ela se ocupa, mas não é possível determinar um período de tempo único, uma vez que a mesma fase pode ocorrer em mais do que um momento. É precisamente esta impossibilidade de determinar fronteiras temporais que nos levou a concluir pela natureza não processual da construção da decisão ética de enfermagem, contrariamente ao que normalmente é descrito na literatura.

Adotamos assim o conceito de *fase*, próximo do conceito da química, que a considera como “*uma região de um sistema de composição química uniforme e propriedades físicas uniformes.*”²⁰⁰ Ou seja, consideramos fase como uma parte do todo sistémico que é a construção da decisão, em que a articulação com as outras partes se faz através de interpenetração e não em separação nítida, verificando-se mesmo alguma sobreposição. Trata-se de um conceito que nos permite também clarificar esta natureza sistémica da tomada de decisão ética e afastar de uma matriz processual por etapas seguidas no tempo.

Deste modo, ao discutirmos as diferentes fases que emergiram do estudo, estamos sobretudo a procurar uma delimitação substancial quanto ao objeto. Em cada fase, o enfermeiro procura adicionar uma parte de modo a construir uma decisão final que se insere no sistema construção da decisão ética de enfermagem. Mas essa fase não se esgota num tempo determinado, podendo o enfermeiro voltar a ela sempre que o considere.

De todo o modo, podemos falar em contínuo, tendo em conta que a construção da decisão é iniciado com a identificação de um problema ético e termina com a prática de um ato ou de uma omissão. Ou seja, podemos determinar um princípio e um fim, quanto ao objeto e quanto ao tempo. A última fase emergente ganha inclusive alguma autonomia, uma vez que se corresponde à avaliação após a realização da intervenção. Mas, entre este início e fim, o que se verifica não é passível de autonomizar em etapas temporais. Temos assim um contínuo concretizado no tempo em fases sistémicas, sem delimitação temporal específica. O enfermeiro parte da identificação do problema ético e inicia a construção de uma decisão com vista a uma ação que posteriormente avalia, utilizando diversos recursos internos e externos que se circunscrevem numa actividade mental própria que emerge sempre que necessária a essa construção.

3.2 Identificar o problema ético de enfermagem

O ponto de partida para a tomada de decisão ética é a identificação de um problema ético. A razão que determina que o enfermeiro delibere com vista a uma decisão e a um

²⁰⁰Cf. FILHO, Alberto Mesquita – **Introdução à Física-Química das Soluções** (Em linha). (Consult. 23.Junho.2010). Disponível em - <http://www.ecientificocultural.com/BFQ/solu01.htm>

ato de cuidado corresponde à constatação de uma situação problemática que está a acontecer no âmbito da relação de cuidado estabelecida.

É o confronto com uma situação nova que emergiu na sua relação com a pessoa ao seu cuidado ou com os seus familiares que origina a tomada de decisão ética em enfermagem. Nova, no sentido em que surge à margem do planeado e que impele a uma decisão diferente daquela que seria esperada naquele contexto concreto. Para além de nova, gera incerteza quanto à escolha das intervenções apropriadas, uma vez que estas se afiguram como potencialmente violadoras da proteção da pessoa em causa. É esta ocorrência anómala face a uma relação de cuidado que corre o seu curso natural que, consubstanciando um problema ético de enfermagem – como definido no capítulo anterior – sendo colocada ao enfermeiro, o leva a partir para a construção de uma decisão tendo como finalidade a realização da ação eticamente adequada. Ou seja, é a identificação de uma situação-problema que constitui a fase inicial dessa construção.

Para além deste elemento – a novidade – a identificação do problema de partida ocorre quando o enfermeiro se confronta com este acontecimento e valora-o como problemático na sua relação de cuidado. Não basta a constatação de que alguma coisa de diferente ocorre e que a proteção de uma (ou mais pessoas) está em causa. Para que a construção da decisão ética se inicie é também necessário que o enfermeiro chame a si a resolução desse problema. Ou seja, é essencial a esta fase, a valoração pelo enfermeiro de algo que pode afectar a pessoa, atingindo a sua dignidade ou os seus direitos. É precisamente esta auto-inclusão na sua esfera de competência profissional que constitui um elemento substancial da tomada de decisão ética de enfermagem. A decisão ocorre porque o enfermeiro toma a seu cargo a resolução do problema, uma vez que o situa no domínio da sua intervenção profissional. Valora-o, no sentido em que lhe atribui significado e importância, através da consciência de que algo não está bem. Uma consciencialização que permite absorver o acontecimento externo, passando a lidar como ele como sendo seu. Sendo alguma coisa que afecta o Outro e lhe diz pessoalmente respeito, é assimilado pelo enfermeiro, dentro da sua relação profissional que mantém com a pessoa afectada.

Deste modo, uma situação nova e que gera dúvida quanto à intervenção a realizar revela-se como um problema ético para o enfermeiro, quando se insere no campo da enfermagem. É a sua natureza que determina o agir profissional do enfermeiro, em

contextos que são frequentemente pluridisciplinares e *multiprofissionais*. Ou seja, a identificação do problema como sendo de enfermagem legitima o início da construção da decisão pelo enfermeiro, mesmo que num ambiente onde a pessoa em causa é atendida por diversos profissionais.

Esta identificação do problema ético de enfermagem implica assim uma delimitação do seu objeto e uma assunção pelo enfermeiro da sua identidade conceptual. Uma tarefa que pode apresentar-se como difícil, uma vez que a situação problemática dizendo respeito a uma pessoa, pode tornar complexa esta divisão. Daí que, a identificação como problema de enfermagem resulte da valoração que o próprio enfermeiro faz perante a situação em concreto, como o conceito construído no capítulo 1 nos leva a concluir. Resulta da sua capacidade de interpretar os sinais exteriores como problemáticos, individualizando uma realidade concreta, mesmo que esta se mostre envolta em variáveis de diversa natureza. O enfermeiro, neste trabalho de delimitar o problema ético, identificando-o como um problema ético de enfermagem, utiliza assim as suas competências de avaliação. É a sua capacidade analítica de separar os diversos factores do todo complexo a que corresponde a situação apresentada, que lhe permite efectivar essa identificação.

Esta identificação do problema ético constitui assim uma manifestação da autonomia individual da pessoa do enfermeiro, enquanto sujeito capaz. A capacidade pessoal, habitualmente ligada ao *poder para agir* como encontramos em Ricoeur²⁰¹, é aqui ampliada ao início de uma construção da decisão com vista a um ato. Com efeito, sendo a pessoa capaz aquela que chama a si a autoria das suas ações – seguindo Ricoeur – a constatação do ponto de partida para a decisão que leva ao ato, deve ainda ser abrangida por esta capacidade. Ou seja, é na medida em que a pessoa é detentora do poder para realizar ações, que revela esse poder logo no início da construção da decisão. No caso da construção da decisão ética de enfermagem, essa capacidade revela-se a partir da identificação do problema ético, que corresponde a este início.

Deste modo, o enfermeiro, ao verificar a ocorrência de um problema ético, incorpora-o em si, trazendo-o à sua vontade. A verificação da existência do problema faz com que o enfermeiro forme uma vontade de resolvê-lo e será essa vontade construída que

²⁰¹Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 27

determinará, segundo Kant²⁰² a concretização da ação. A não ocorrer esta identificação, não seria possível a formação da vontade, porque a realidade era desconhecida. É o contacto com essa realidade nova e a sua valoração que leva a que o enfermeiro se determine, pela sua vontade, a procurar uma decisão que se concretize numa intervenção adequada à resolução do problema identificado.

Estamos assim situados no domínio da autonomia do enfermeiro, enquanto pessoa capaz para determinar as suas ações. Passando ao domínio do seu exercício profissional, onde a construção da decisão ética de enfermagem se desenrola, somos confrontados com a questão da autonomia profissional. Ou seja, coloca-se a questão de saber sobre como relacionamos esta identificação de um problema ético que promove uma tomada de decisão, com a autonomia profissional do enfermeiro. Do mesmo modo podemos discutir se esta identificação de problemas éticos de enfermagem consubstancia uma atividade independente, face aos demais profissionais de saúde com que o enfermeiro se articula.

De facto, quando conceptualizamos problema ético de enfermagem, como uma entidade própria, somos levados a concluir que a sua identificação se insere no domínio específico do agir do enfermeiro. Deste modo, sendo específico e relacionado com a prestação de cuidados de enfermagem, apenas os enfermeiros poderão possuir a capacidade da sua identificação. Ou seja, é necessário estar incluído no domínio científico onde o problema ocorre, para conseguir delimitar um problema ético que ocorra nesse domínio. De outro modo, estaríamos a considerar um problema ético em geral, que pode ser colocado e resolvido por qualquer profissional de saúde (ou mesmo por outros profissionais ou por outras pessoas habilitadas para tal), mas não de uma situação específica. Sendo relativa à escolha das intervenções que respondem a um diagnóstico de enfermagem, o problema ético identificado mantém-se neste domínio, pelo que essa identificação é realizada pelo enfermeiro, enquanto profissional dessa área científica. Neste sentido, a identificação de um problema ético de enfermagem apenas pode ser realizada pelo enfermeiro, detentor do conhecimento próprio e por isso capaz de exercício autónomo.

Da mesma forma, se situado num contexto *multiprofissional*, esta identificação constitui-se como uma atividade profissional independente dos outros profissionais, exactamente por revestir essa natureza autónoma. Sendo autónoma, tem que afirmar-se

²⁰²Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8

como tal num ambiente complexo, sem interferências externas. Ou seja, a identificação de um problema ético de enfermagem, é uma atividade essencialmente autónoma e, por isso, independente, quando o enfermeiro se articula em complementaridade com outros profissionais.

Naturalmente que para que esta autonomia aconteça, é necessário que ela seja juridicamente atribuída à profissão. Não basta que o conhecimento próprio o determine, é indispensável que o direito reconheça essa autonomia científica e, em consequência, atribua a autonomia ao exercício profissional do enfermeiro. Esta é uma característica do Estado de Direito atual, em que a realidade social passa a ser consagrada quando o ordenamento jurídico a chama às disposições legais. Ou seja, num Estado regulado pela lei, é a esta a quem cabe o papel de regular a vida social, de tal forma que a existência jurídica demonstra a valoração que a sociedade faz em cada momento histórico.

Em Portugal, a autonomia do exercício profissional de enfermagem encontra-se reconhecido pelo direito desde 1996, com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. É a norma do nº 3 do artigo 8º que consagra de forma inequívoca, esta autonomia ao estabelecer que “*os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional*”. Mais tarde, em 1998 com a criação da Ordem dos Enfermeiros, através do Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril (entretanto alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro), o direito voltou a vincar a natureza autónoma da enfermagem portuguesa, devolvendo-lhe os poderes de auto-regulação.

Deste modo, sendo o desempenho profissional do enfermeiro autónomo, é a ele quem compete a decisão face aos cuidados de enfermagem. É neste domínio da tomada de decisão autónoma que se insere a identificação do problema ético de enfermagem, enquanto primeira fase da construção dessa decisão. É na medida em que o enfermeiro se apresenta aos cidadãos como um profissional autónomo que chama a si a clarificação daquilo que exige uma intervenção ética.

A identificação do problema ético, enquanto primeira fase da construção da decisão ética de enfermagem, corresponde assim ao confronto com um acontecimento

inesperado, valorado pelo enfermeiro como integrante da sua esfera profissional, em resultado do seu exercício autónomo. Mas quando a consideramos no domínio da decisão ética, estamos a considerar mais do que estas características. Estamos sobretudo a procurar a sua dimensão ética e deste modo distingui-la da identificação comum de problemas de enfermagem que levam ao planeamento dos cuidados. Ou seja, pretendemos, com a clarificação dessa dimensão ética, separar do domínio científico onde a avaliação inicial de enfermagem leva à identificação de problemas que dão origem à aplicação do Processo de Enfermagem. Tratando-se de decisão ética, encontraremos uma especificidade que lhe dá essa natureza, permitindo uma delimitação conceptual e, ao mesmo tempo, prática, na medida em que esta clarificação permite a continuidade da construção da decisão no seio da relação de cuidado entre o enfermeiro e as pessoas.

Esta dimensão ética resulta do reconhecimento pelo enfermeiro da existência de um problema ético, como o definimos anteriormente. Este reconhecimento consiste essencialmente na verificação de que a pessoa ao seu cuidado (ou os seus familiares) fica colocada numa situação de risco face à proteção que lhe é devida. O enfermeiro reconhece, atribuindo significado aos acontecimentos surgidos, que uma pessoa está ou encontra-se em risco de ser atingida na sua dignidade. Verifica e conforma-se com a eventual desproteção do Outro, quando considera ser se dever garantir essa proteção. É esta conformação com uma adversidade capaz de afectar o Outro na sua personalidade digna e na sua integridade humana, que constitui o ponto de partida para um agir ético, procurado na construção da decisão concreta que entretanto se inicia.

O enfermeiro, ao deixar afectar-se pela presença do Outro, como diria Margarida Vieira²⁰³, dá conta daquilo que o desprotege ou o pode desproteger. Há um “*apelo que vem do outro*” a que se deve cuidado, que impele a encontrar solução para um problema emergente. Um apelo que não é completamente externo, porquanto entre a pessoa em causa e o enfermeiro está já estabelecida (ou em vias de estabelecimento) uma relação de cuidado. Apenas um reconhecimento particular relacionado com uma especial vulnerabilidade manifestada num contexto específico que o obriga – a que o enfermeiro

²⁰³Cf. VIEIRA, Margarida – Solidariedade e Responsabilidade In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. P.301-302

se obriga, numa atitude Kantiana – a tomar a seu cargo essa situação lesiva da humanidade daquela pessoa.

Estamos assim situados no âmbito da *responsabilidade solidária* como o considera Vieira²⁰⁴, em que a convivência relacional entre a pessoa e o enfermeiro, prescreve a este o dever de agir em resposta aos problemas do Outro. O reconhecimento daquilo que o afecta e a sua consagração como problemático para a enfermagem, insere-se assim neste assumir de uma responsabilidade profissional que é por natureza solidária. O exercício profissional é concretizado na relação e é no seio dessa inter-pessoalidade que a protecção de um – no caso, a pessoa que recebe cuidados – obriga o agir do outro na procura da sua protecção. E basta para tal que se verifique a presença, ou seja, que haja constatação da existência de problema, independentemente de pedido expresso. A responsabilidade pelo Outro, como nos ensina Ricoeur²⁰⁵, faz emergir o dever de salvaguardar a sua dignidade e de promover os seus direitos. De tal forma que, quando há afectação prejudicial do Outro, o enfermeiro assume voluntariamente a sua defesa. É nisto que consiste a sua *responsabilidade solidária*. Uma responsabilidade que impele a agir antes de responder pelas ações, fazendo emergir a solidariedade antes mesmo de concretizar o ato profissional. Com efeito, a afectação pelo problema do Outro e a sua valoração e inclusão no domínio profissional, através da identificação de um problema ético, constitui uma manifestação desta responsabilidade pelo Outro. Responsabilizar-se, com este sentido de tomar a seu cargo a resolução dos problemas emergentes na relação de cuidado solidária, revela-se aqui no assumir de uma situação que, afectando o Outro, origina no enfermeiro o dever de agir. É ao enfermeiro, detentor do conhecimento e obrigado por dever profissional de *tomar conta*, a quem cabe, ou melhor a quem compete – uma vez que se trata de relação profissional – identificar o que constitui problema e com isso iniciar a construção da decisão com vista à intervenção adequada. Sendo ético o problema identificado, a tomada de decisão que se segue assume essa natureza, tendo como finalidade o cuidado promotor do bem-estar, considerando como Nunes²⁰⁶, este como a finalidade ética da enfermagem.

²⁰⁴Idem, p.301

²⁰⁵Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186

²⁰⁶Cf. NUNES, Lucília – A Especificidade da Enfermagem In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8

3.3 Envolver a pessoa na construção da decisão

O problema ético que dá origem à construção da decisão ética de enfermagem é relativo a uma pessoa. A pessoa que se confia aos cuidados de enfermagem e estabelece com o enfermeiro um *pacto de cuidado*²⁰⁷ é a fonte de onde emergem as situações difíceis que levam a uma decisão ética. Uma pessoa que desenvolve um projeto de vida e que se relaciona com os outros ou que experimenta uma ausência de sentido de viver. É nesta pessoa que ocorrem os acontecimentos problemáticos que colocam em causa a sua proteção e a sua dignidade. Do mesmo modo, o problema ético identificado pode dizer apenas respeito aos familiares. Uma e outra situação adquirem contornos éticos, deontológicos e jurídicos diferentes, pelo que analisaremos em separado.

Relativamente ao primeiro caso, o enfermeiro, na construção da decisão ética, não pode dispensar a pessoa de onde o problema ético provém. A fonte do problema, sendo também o destinatário da solução, é igualmente chamada a ser sujeito na construção da decisão. A pessoa, em cuja relação de cuidado se instalou a incerteza quanto ao modo de agir, não se afasta dessa relação quando se procura a ação adequada. É mantida na esfera de cuidado e mantém o seu estatuto de sujeito na participação das decisões sobre si. Ou seja, a construção da decisão que se destina a si, envolve-o como parte ativa dessa construção.

Este envolvimento da pessoa na construção da decisão para a escolha da intervenção de enfermagem que responda ao problema ético identificado, constitui assim um elemento essencial da construção da decisão ética pelo enfermeiro. Um envolvimento que corresponde ao pensamento ético atual. Com efeito, hoje a reflexão ética e bioética ligada aos cuidados de saúde, muito na esteira do pensamento de Beachamp e Childress²⁰⁸ coloca a pessoa destinatária dos cuidados, como sujeito na decisão. Considera-se mesmo uma mudança de paradigma, passando a considerar-se obrigatoriamente a opinião da pessoa em vez de se considerar apenas a decisão do profissional de saúde. Uma mudança, cuja efetivação no contexto real de todos os dias, continua a ser discutida, nomeadamente nos *fora* relacionados com a ética da saúde e a

²⁰⁷Como o considera Nunes em: NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 365

²⁰⁸Cf. BEUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James – **Principles of Biomedical Ethics**. 5ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2002.

bioética. De todo o modo, quando hoje consideramos como essencial à construção da decisão em saúde, o envolvimento da própria pessoa-cliente, estamos claramente situados num paradigma que toma a pessoa como centro e sujeito ativo nessa construção.

Esta constatação obriga-nos a pensar sobre o contexto ético em que essa construção da decisão ocorre. Ou seja leva-nos a clarificar os fundamentos éticos que presidem a este agir profissional que chama à decisão de enfermagem a pessoa a quem os cuidados se dirigem. E verificamos que é o respeito pela pessoa que está na base deste envolvimento.

Antes de individualizar os princípios específicos, os valores, os direitos ou os deveres concretos que podem fundamentar este agir, podemos constatar que há uma preocupação com o respeito pela pessoa enquanto pessoa, simplesmente. Um respeito que se centra na valoração de que o exercício profissional e portanto os atos que se praticam, são destinados a uma pessoa. Um valoração que nos leva a distinguir na realidade ambiental em que nos encontramos, a pessoa e o resto do mundo. Considerando a pessoa como o centro dessa realidade, envolta na sua dignidade própria, que nos obriga a um respeito total por si. Um respeito por ser pessoa.

O enfermeiro ao planear os cuidados a prestar, seja numa decisão clínica, seja na resolução de um problema ético, permite a entrada na esfera da decisão que lhe compete, da opinião do Outro. Não se retira desta responsabilidade pela decisão, transferindo-a para a pessoa. Isto seria aquilo que poderia ser considerado como um respeito absoluto pela autonomia, mas, no plano ético e também deontológico, seria um abandono da responsabilidade profissional. Com efeito, responsabilizar-se pelo Outro, como nos ensina Ricoeur significa, acima de tudo, chamar a si as decisões e praticar os atos necessários. Deste modo apelar cegamente a que o Outro decida sobre os cuidados, pode querer dizer um respeito absoluto pela sua liberdade, mas, numa relação de cuidado, assimétrica por natureza, significa muito mais um deixar de assumir o exercício das suas competências profissionais. E, deste modo seria um abandono pelo Outro, na medida em que o profissional se retirava do seu dever de decidir.

O que está subjacente neste envolvimento da pessoa na construção da decisão ética de enfermagem, não é esta demissão pelo enfermeiro, mas antes uma inclusão do Outro nessa construção. A decisão mantém-se na responsabilidade do enfermeiro, a quem compete decidir sobre cuidados de enfermagem, mas a construção dessa decisão tem em

conta aquilo que a pessoa em causa pretende para si. Envolver, não significa devolver, mas incluir na procura da melhor solução.

Este envolvimento leva-nos a dois tipos de questões diferentes. Por um lado a capacidade da pessoa para decidir e por outro, os limites do respeito pela sua participação.

No que se refere à primeira questão, está em causa a necessidade da avaliação sobre se a pessoa se encontra em condições de consciência para decidir. Ou seja, se é detentor de faculdades mentais que lhe permitam formar juízo sobre si e sobre a sua vida. Este aspeto é muito importante em saúde, uma vez que diversos estados de saúde/doença levam a alterações destas faculdades. Assim, o envolvimento da pessoa pressupõe um estado normal de consciência avaliado pelo enfermeiro. Do mesmo modo que é feita a avaliação de diversas funções de vida, também a consciência se inclui nesta *avaliação inicial* de enfermagem. É desta avaliação que resulta sobre a capacidade que, no momento em apreço, a pessoa se encontra em condições de participar na construção em curso.

Estamos assim situados no domínio do consentimento em saúde e em enfermagem, em que a participação de cada um nas decisões sobre as intervenções que lhes dizem respeito, decorrem da sua capacidade para decidir. Este é um pressuposto que se encontra consagrado no actual regime jurídico português para o consentimento, estabelecido na Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, ratificada para o Direito interno através do Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro, nos artigos 5º a 9º. Trata-se de resto de um pressuposto jurídico para qualquer ato com relevância jurídica. As pessoas podem realizar todos os atos jurídicos que não se oponham à lei e desde que sejam titulares da necessária *capacidade jurídica*, nomeadamente da *capacidade de exercício*, que é a que corresponde à possibilidade de cada pessoa exercer os seus direitos. Ora, por princípio, sendo titular de um direito, cabe ao próprio exercê-lo, ou seja procurar livremente a forma de concretiza-lo. No caso dos cuidados de enfermagem, está claramente consagrado em Portugal o direito das pessoas exercerem o seu direito ao consentimento, atribuído de forma geral para a saúde no artigo 5º da referida Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina e em concreto para a enfermagem no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro,

incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n° 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei n° 111/2009 de 16 de Setembro.

Deste modo, o direito a participar nas decisões de enfermagem está atribuído a todas as pessoas pelo direito, pelo que o seu exercício deve também desenrolar-se segundo as normas jurídicas aplicáveis. No caso, teremos que fazer apelo à regras gerais sobre a *capacidade de exercício* estabelecidas no Código Civil português. O artigo 122° estabelece que a capacidade plena é atingida com a maioridade que se verifica quando são alcançados os 18 anos de idade. E o artigo 123° prescreve que as pessoas menores não têm capacidade para exercer os seus direitos. Do mesmo modo, as pessoas com anomalias psíquicas podem também estar impossibilitadas de tomar decisões sobre si, na medida da sentença proferida, se tiver sido decretada pelo tribunal uma *interdição*, nos termos do artigo 138° e seguintes ou uma *inabilitação*, nos termos do artigo 152° e seguintes, ambos do Código Civil. Nestes casos, há uma incapacidade para decidir consagrada juridicamente, o que permitirá ao enfermeiro obter uma fonte formal de informação para decidir sobre o envolvimento ou não da pessoa em causa.

Todavia, dois tipos de sub-questões se colocam a este nível. Uma primeira relacionada com o próprio critério jurídico da maioridade. Uma segunda sobre se uma fonte jurídica prevalece sobre a avaliação do enfermeiro.

Quanto à primeira, verificamos que para além da referida norma do Código Civil, existem outras relativas a consentimento que contemplam os 16 anos. É o caso do regime jurídico do consentimento em direito penal estabelecido no artigo 38° do Código Penal. Esta norma estabelece que, em certos crimes, se os respectivos atos forem consentidos por quem detiver mais de 16 anos, deixa de ser considerado crime. Ora, se para este regime a idade dos 16 anos é suficiente, parece-nos que em saúde esta também deve ser a baliza etária. Acresce o argumento de que, a realização de intervenções em saúde sem consentimento ser considerado crime pelo próprio Código Penal, nos artigos 156° e 157°, pelo que o regime do referido artigo 38° é diretamente aplicável. Assim sendo, devemos considerar a capacidade jurídica para consentir em saúde e em enfermagem, como adquirida plenamente aos 16 anos.

A segunda sub-questão diz respeito de qual deve ser o critério prevalente para decidir sobre a participação de uma pessoa na construção da decisão sobre cuidados. Podemos questionar sobre apenas a partir dos 16 anos uma pessoa pode ser chamada a consentir e se, havendo uma sentença de *interdição* ou *inabilitação* que determina perda do

exercício do direito de consentir, se, ainda assim, isso impede o enfermeiro de envolver a pessoa.

Ora, a existência destes regimes jurídicos têm como finalidade a proteção da pessoa, nos casos em que as suas limitações a tornam mais vulneráveis, levando que fique determinado quem exerce por si os seus direitos. Assim, sendo o fundamento ético a proteção da pessoa, devemos concluir que estas normas apenas devem restringir o exercício dos direitos, nos casos em que a *ratio legis* se verificar. Ou seja, a pessoa deve ser excluída de exercer os seus direitos se, de facto, não estiver em condições para o fazer. O que significa que, sempre que, para cada decisão em concreto, se verifique que a pessoa tem capacidade mental para participar na decisão, esse envolvimento deve acontecer. De resto é este regime que está estabelecido para os menores e para as pessoas com doença mental. A Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, estabelece no n.º 2 do seu artigo 6.º que a opinião do menor deve ser tida em conta na medida da sua capacidade para decidir e a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de Julho) prescreve o mesmo regime para as pessoas com doença mental na alínea c) do n.º 1 do seu artigo 5.º.

Verificamos assim que o respeito pela pessoa e pela sua liberdade de decidir sobre si assume proteção jurídica e determina a sua participação na construção das decisões de saúde, sempre que esta demonstre capacidade para tal, conforme a avaliação feita no contexto e no tempo concreto.

Noutro campo de reflexão coloca-se a (segunda) questão relativa aos limites para o respeito pela opinião da pessoa no que concerne às intervenções que lhe dizem respeito. Noutros termos, podemos interrogar-nos sobre a natureza absoluta ou relativa da expressão da autonomia do Outro quanto às decisões sobre si. O estudo trouxe-nos a esta reflexão a questão particular das decisões em fim de vida, em que o problema dos limites se coloca com maior acuidade. Em concreto, teremos que encontrar solução para manifestação de vontade que tenham como objetivo terminar a vida. Mas, podemos igualmente incluir nesta discussão todos os casos que coloquem em risco a vida ou a integridade física, uma vez que estes são condições essenciais à sobrevivência e consagrados pelo direito como bens jurídicos fundamentais. Ou seja, somos levados a refletir sobre se no respeito pela autonomia do Outro, consideramos ou não alguns limites ao exercício da sua vontade.

Como o considera Michel Renaud²⁰⁹, a liberdade individual que está na origem das decisões em nenhuma circunstância é absoluta. Renaud refere-nos os “*novos condicionantes da liberdade*” para nos dar conta dos factores que o nosso tempo veio acrescentar como elementos que retiram a natureza absoluta da liberdade. No mesmo sentido, Paulo Ferreira da Cunha²¹⁰ apela aos limites do exercício da liberdade, constituindo estes como “*guias indicadores do recto caminho*”, indispensáveis ao equilíbrio das decisões.

Deste modo, não sendo a vontade da pessoa destinatária dos cuidados livre em absoluto, como não é a de qualquer ser humano, existirão limites éticos que devem respeitados quando se procura uma decisão de cuidado. E estes limites decorrerão do respeito pela dignidade humana que difere do respeito pela dignidade de cada pessoa, porque constitui-se como um conceito geral e abstrato dirigido à vida humana, antes de *habitar* cada ser humano. É a vida humana e o seu natural curso que fundamenta uma existência de limites para as decisões individuais que a coloquem em risco ou que pretendam pôr-lhe fim. Assim, as manifestações de vontade que se mostrem violadoras da vida situam-se fora dos limites da possibilidade de decisão profissional do enfermeiro. Não porque se afasta o respeito pela autonomia, mas porque se considera que essas decisões ficariam fora o âmbito do exercício da autonomia, uma vez que colocariam em causa a base ética para o exercício da liberdade, ou seja a dignidade humana. É deste modo que se configuram os limites para o respeito pelas decisões, mantendo a dimensão ética da decisão e do exercício profissional do enfermeiro. Cumpre-se assim o princípio da “*preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro*” que estrutura a deontologia profissional de enfermagem em Portugal, ao estar consagrado na primeira norma do Código Deontológico do Enfermeiro (Artigo 78º, nº 1 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro). Cumpre-se igualmente o valor profissional da “*liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum*”, estabelecido na alínea b) do nº 2 do mesmo artigo 78º do Código Deontológico.

²⁰⁹Cf. RENAUD, Michel – Os Novos Condicionamentos da Liberdade. **Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética.** ISSN 1646-882. Nº 9 (Dezembro.2009). p. 367-377

²¹⁰Cf. CUNHA, Paulo Ferreira – **Filosofia Jurídica Prática.** Lisboa: Quid Júris?, 2009. 800 p. ISBN 978-972-724-411-9. p. 30

3.3.1 A participação dos familiares

Para além da inclusão do destinatário dos cuidados na construção da decisão ética de enfermagem, o nosso estudo revelou também uma preocupação com o envolvimento dos familiares. Em diversas situações problemáticas de onde se destacam as de fim de vida, o enfermeiro chama os familiares a participar na escolha da melhor intervenção. Noutros casos, o problema ético desloca-se da pessoa a quem são prestados os cuidados, para os seus familiares, residindo neles o foco problemático.

Esta constatação leva-nos ao campo mais amplo dos cuidados de enfermagem, onde os familiares estão normalmente incluídos. Diversos teóricos de enfermagem incluem os familiares nos seus conceitos de enfermagem e de cuidado, como é o caso de Abdellah que define problema de enfermagem como “*uma situação enfrentada pelo doente ou pela família (...)*”²¹¹. Esta inclusão dos familiares na relação de cuidado encontra também manifestação na definição dos conceitos de *cuidados de enfermagem*, enquanto um dos quatro conceitos do metaparadigma de enfermagem. No *enquadramento conceptual* dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros de Portugal, por exemplo, esta definição alude às “*peças significativas para o cliente individual*”²¹² que inclui os familiares e o *convivente significativo* com elementos a envolver nos cuidados de enfermagem. Verificamos igualmente que o pensamento ético de enfermagem inclui os familiares no estabelecimento da *parceria* que é estabelecida entre o enfermeiro e as pessoas, considerando-a como inerente à relação de cuidado²¹³. Margarida Vieira ensina-nos que “*os outros, nos quais a pessoa se revê e com os quais se relaciona, são também objecto de cuidado, pela solicitude, pelo zelo, pela dedicação, pelo interesse, pela preocupação sentida e, por vezes, demonstrada*”²¹⁴.

Deste modo, encontrando-se incluídos nos cuidados de enfermagem, os familiares – na aceção ampla considerada que integra para além dos parentes, as pessoas que não tendo ligação consanguínea com a pessoa, estabelecem com esta uma relação social valorada

²¹¹Cf. TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. Trad. Ana Rita Albuquerque. ISBN 972-8383-74-6. p 131

²¹²ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – **Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002

²¹³Como é o caso de Abel Paiva em: PAIVA, Abel – O Papel do Enfermeiro. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. P 51-61

²¹⁴Cf. VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2007. 160 p. ISBN 972-54-0146-8. P. 82

por si – são naturalmente chamados a participar nas decisões que interferem com o bem-estar da pessoa em causa. Do mesmo modo, residindo o problema ético no seu seio, os familiares são igualmente incluídos na procura da melhor intervenção de enfermagem.

A questão que devemos colocar é a de saber em que consiste esse envolvimento. Importa sobretudo clarificar de que modo articulamos o dever de respeito pela autonomia da pessoa-cliente com a inclusão de um terceiro na construção da decisão que lhe diz respeito. Porque, no plano ético e também no plano deontológico e jurídico, devemos distinguir entre a pessoa ao nosso cuidado e os outros que estão para lá da relação estabelecida. Ou seja, revela-se necessário delimitar a fronteira entre envolver na construção da decisão e devolver para o familiar o poder de decidir.

Esta delimitação passa por manter a esfera confidencial entre o enfermeiro e a pessoa e abrir ao conhecimento dos familiares aquilo que for necessário para a tomada de decisão. Ou seja, manter a informação de saúde da pessoa em segredo, no exercício do dever de sigilo em enfermagem e utilizar como critérios para partilhar informação, os que estão atualmente definidos no regime deontológico do segredo profissional em enfermagem. Com efeito, a alínea b) do artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro, incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro enuncia como critérios para a partilha de informação com terceiros, a implicação no plano terapêutico e a necessidade de promoção do bem-estar da segurança e a defesa dos direitos da pessoa em causa. Deste modo, a informação fornecida é limitada ao fim ético estabelecido, pelo que a participação na decisão deve igualmente ter em conta esse fim. O familiar, na procura da melhor solução para o problema ético identificado e no âmbito da proteção da pessoa a quem a intervenção se destina, oferece a sua opinião, com base no conhecimento que tem dessa pessoa e dos seus projetos de vida. Há assim o estabelecimento de uma verdadeira parceria revestida de um ambiente de solidariedade em que os diversos participantes na resolução do problema procuram a intervenção eticamente mais adequada, tendo em vista, não os seus próprios interesses, mas as necessidades do Outro.

O envolvimento dos familiares, de igual modo como a inclusão do próprio, visa o mesmo objetivo, que é o de promover a defesa da vida e da dignidade da pessoa. Este envolvimento revela-se promotor da autonomia da pessoa a quem o cuidado se destina, da mesma forma que articula o respeito pela auto-governança individual com a construção da decisão partilhada. Uma partilha que se estabelece para o bem e por isso

não conflituante, mas antes harmoniosa entre a esfera própria da relação de cuidado entre enfermeiro e cliente e a inclusão de terceiros (familiares) que são chamados a dar o seu contributo para a solução do problema ético de partida. A autonomia convive assim com a natureza social do ser humano, trazendo à construção da decisão ética de enfermagem a participação dos outros que partilham o ambiente de vida de cada pessoa.

3.4 Envolver a equipa de saúde

Do mesmo modo que o enfermeiro procura na pessoa ao seu cuidado e nos seus familiares, contributos para a decisão que vai tomar, dirige-se igualmente aos restantes membros da equipa de saúde. Procura neles o enriquecimento das alternativas possíveis para uma escolha mais adequada. Fá-lo, num e noutro caso, através de um movimento para fora de si, envolvendo outros na procura da solução para o problema identificado. Um movimento que se revela sobretudo de abertura e não de abandono da sua tarefa de decidir. Verifica-se uma procura de ajuda na construção da decisão e não uma fuga.

Esta demanda dos outros profissionais resulta da constatação inicial de que o problema ético se revela de difícil resolução. Verifica-se que a situação envolve contornos complexos em que as diversas variáveis em jogo se apresentam misturadas e com dificuldade de análise isolada. Esta complexidade adensa-se ainda mais quando o problema em causa envolve, não apenas a pessoa cuidada, mas os seus familiares. A decisão e o ato a escolher implica assim, não apenas a pessoa com a qual se estabeleceu o *pacto de cuidado*, mas também terceiros à relação de cuidado. Deste modo, se a escolha da intervenção só por si já se mostra difícil face aos diversos fundamentos em causa, o facto de se encontrarem em presença mais do que um destinatário das intervenções, aumenta esta dificuldade. Sendo difícil, exigindo a ponderação de diversas possibilidades de decisão, mostrando-se esta equação pouco clara no início, o enfermeiro procura ajuda na construção da sua decisão. Enquanto que a abertura à pessoa-cliente e aos seus familiares se destina a uma procura do conhecimento da sua vontade, neste caso o pretendido é a participação de outros profissionais na construção de uma decisão que se apresenta como difícil. Pretende-se aproveitar o conhecimento e a experiência profissional dos restantes membros da equipa no sentido de encontrar a melhor solução.

Este movimento de procura de ajuda na construção parte assim da constatação de que a situação ocorrida sai do âmbito da decisão clínica. O novo acontecimento que se revela

problemático resulta essencialmente da consciencialização pelo enfermeiro de que, no decorrer da relação de cuidado estabelecida, ocorreu uma dificuldade de planeamento dos atos a realizar. Há assim um chamar a si que nasce do confronto com o que afecta, pela necessidade de intervenção. O enfermeiro chama a si a decisão e a ação, no exercício do seu *poder para agir* como considera Ricoeur²¹⁵. É a sua capacidade para tomar decisões e para realizar os atos que delas resultam que possibilitam que o enfermeiro incorpore na sua relação profissional de cuidado os problemas éticos que identifica. É igualmente este poder para decidir e para realizar intervenções de enfermagem que o levam a procurar contributos nas suas deliberações. Ou seja, os contributos, sendo externos revelam-se como ajuda perante uma decisão difícil, mas são incorporados pelo enfermeiro sujeito da decisão. Constituem perspectivas novas, algumas vezes diferentes, mas não substituem a decisão individual. Não alteram a capacidade de decidir, antes participam na construção da ponderação que levará à escolha final da ação a realizar.

O envolvimento da equipa revela-se assim como uma manifestação da construção da decisão ética de enfermagem. Com efeito, é na medida em que a decisão é construída, com a procura de uma intervenção (ou várias) através da ponderação de diversas alternativas, que a participação dos outros profissionais constitui uma fase dessa construção. Havendo um período temporal a decorrer e colocando-se em equação diversos factores, chamar outros profissionais constitui uma fase frequentemente utilizada pelo enfermeiro. Trazem perspectivas novas, modos diferentes de pensar o problema e isso enriquece a tomada de decisão.

Naturalmente que este envolvimento da equipa ocorre porque os outros existem como recurso disponível. O facto do exercício profissional de enfermagem ser sobretudo realizado em ambiente *multiprofissional* permite que os demais profissionais sejam chamados a participar na construção da decisão ética de enfermagem. Com efeito, a prestação de cuidados, sobretudo em situação de doença, exige uma resposta complexa onde os diferentes saberes científicos se interligam. Daqui decorre que diferentes profissionais de saúde se encontrem em torno de uma mesma pessoa procurando satisfazer as suas necessidades face aos problemas de saúde/doença apresentados. De

²¹⁵Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 27

resto, o próprio exercício de enfermagem é igualmente realizado em equipa, em que participam diversos enfermeiros. Esta realidade favorece a partilha entre os diversos membros da equipa, quer dos problemas, quer da procura das intervenções que os resolvam ou atenuam. Há assim um colocar em comum quer com colegas da mesma profissão, quer com outros profissionais de saúde, o que ajuda a construção da decisão. O estudo revela-nos que algumas vezes é no seio da própria equipa que nascem os problemas. Diferentes perspectivas sobre o agir ético em saúde, motivadas por fundamentações valorativas diversas podem levar a que ocorram maneiras opostas de encarar determinadas situações. De resto, as interrogações quanto ao agir concreto, quando uma decisão de outro membro da equipa vai num sentido que desprotege a pessoa, são tidas como um problema ético para o enfermeiro. Deste modo, verificamos que, do mesmo modo que os restantes membros da equipa podem constituir a fonte do problema, podem igualmente ajudar na solução. Sobretudo porque estão disponíveis e a par do acontecimento problemático. Mas fundamentalmente porque constituem uma fonte de conhecimento e de experiência de fácil utilização. De tal forma, que perante uma incerteza quanto ao que decidir e fazer, este recurso constitui uma alavanca de segurança para o responsável pela decisão. A partilha com que está ali por perto permite uma vivência com outros daquilo que se apresenta difícil. E este colocar em comum e discutir a escolha das intervenções a realizar aumenta a segurança de quem decide, ao mesmo tempo que garante para o próprio, a bondade da decisão.

Deste modo, ao envolver os restantes membros da equipa de enfermagem e da equipa *pluriprofissional*, o enfermeiro promove a discussão. Esta surge assim como um elemento essencial da construção da decisão ética de enfermagem.

Com os outros profissionais, o enfermeiro confronta a sua perspectiva, partindo da interrogação e não da solução acabada. Ao discutir, procura conhecer mais alternativas, chamando à colação mais do que uma hipótese de intervenção a realizar. Ou seja, abre o leque das possibilidades, ao partilhar a sua visão com a dos outros. Ao mesmo tempo, a discussão permite o confronto das ideias, levando o próprio a interrogar-se sobre a sua própria perspectiva. Deste modo, há uma procura de consenso a partir da - por vezes - acesa discussão.

O que move os diferentes profissionais é a proteção da pessoa e a defesa da sua dignidade, perante uma situação específica que ocorre. Este sentido ético partilhado permite o caminhar, pela via da discussão, para um resultado final consensual. Mesmo

partindo de diferentes visões iniciais, em resultado do conhecimento que se detém e da fundamentação que se consegue fazer emergir, o respeito pela pessoa e o sentido da sua proteção permite uma escolha construída em equipa. É a discussão, enquanto período de inquietação individual partilhada, que o possibilita.

Desde logo porque o contexto em que a decisão é realizada assim o exige. Com efeito, sendo a decisão ética de enfermagem relativa aos cuidados de enfermagem, poderá interferir com os outros atos dos demais profissionais de saúde. Os cuidados de enfermagem são relativos a uma pessoa e ocorrem num contexto em que as necessidades apresentadas exigem outras respostas. As intervenções de enfermagem podem isolar-se do ponto de vista teórico, mas a sua concretização, ao acontecer numa pessoa, inserem-se no todo sistémico que é a prestação de cuidados de saúde dirigidos a essa pessoa. Podem ser realizados em separado, mas o *objeto* do cuidado é o mesmo. É nele, ou seja numa pessoa, que as consequências se manifestam. Do mesmo modo, é por ser realizado com e numa pessoa, que as diversas prestações necessitam de interligação temporal e mesmo científica. Ou seja, é necessário que a prestação das diversas intervenções profissionais seja dividida no tempo mas sobretudo é obrigatório ter em conta as implicações que uns atos podem ter nos outros ou podem implicar pessoa, em resultado das interações verificadas.

Assim, a um exercício profissional desta natureza, revela-se natural um envolvimento da equipa na tomada de decisão ética de enfermagem. Sendo a discussão um elemento frequentemente presente na decisão de cuidado, é igualmente aceitável que ela ocorra sempre que alguma situação particularmente difícil aconteça. A discussão que origina consenso, mas não abandono da responsabilidade por decidir, levando o enfermeiro a encontrar a melhor intervenção decidida por si.

A questão que podemos colocar a esta altura é a de saber se este envolvimento dos outros profissionais da equipa de saúde acontece de forma planeada ou não. Ou seja, podemos interrogar-nos sobre se esta procura de discussão resulta de um planeamento prévio durante a construção da decisão ética ou se, pelo contrário, ocorre espontaneamente. O estudo demonstra-nos que o envolvimento dos outros profissionais disponíveis – enfermeiros ou outros – não resulta de uma ponderação inserida num eventual processo de decisão, como uma etapa que se seguisse a outra e precedesse a próxima. Com efeito, tal como ocorre com as demais fases, o envolvimento dos profissionais na construção da decisão ética pelo enfermeiro, acontece espontaneamente

após a identificação do problema, em qualquer momento prévio à decisão e à concretização da intervenção precedida. A partilha das preocupações e a discussão dos diferentes pontos de vista verifica-se sempre que outro profissional se encontrar disponível e sempre que as circunstâncias do momento o proporcionem. Acontece de forma natural face ao desenrolar das interrogações que surgem ao enfermeiro, perante o problema ético que surgiu.

Deste modo, a partilha e discussão acerca da escolha dos cuidados a prestar revela-se como natural face ao regular modo de decidir em enfermagem. Da mesma forma que a decisão clínica é concertada no seio da equipa, também a decisão ética segue esse registo de construção com a participação de outros. O enfermeiro, procura assim nas perspectivas de terceiros outras alternativas para juntar às suas, fazendo da fase aristotélica²¹⁶ da *deliberação* uma fase partilhada. A ponderação das diversas possibilidades de decisão que segundo Aristóteles conduzirão à decisão final e ao ato, é frequentemente realizada com recurso a outros profissionais. São influências externas que se acrescentam, sem contudo destituir a autoria da decisão. De tal forma, que sempre que a opinião de terceiros se opõe por completo à do autor da decisão, a discussão não é finalizada. Mantém-se a discussão de perspectivas até um encontro de consenso ou, afasta-se por completo a perspectiva externa. Ou seja, a autoria da decisão não é transferida para outro em caso de conflito não resolúvel. O enfermeiro assume a autoria da decisão e as suas consequências, mesmo que nem sempre aceites por todos os membros da equipa. A procura de ajuda externa lida assim com um limite à discussão, que é o de garantir, segundo a perspectiva do próprio, a proteção da pessoa em causa. Opiniões de outros profissionais que contrariem este fundamento, não são levadas em consideração pelo enfermeiro. Deste modo a partilha da construção da decisão ética garante uma intervenção que se enquadre nos fundamentos éticos considerados em enfermagem, segundo a valoração do enfermeiro.

Do mesmo modo que o envolvimento dos outros profissionais não é planeada, também não é processualmente delimitada no tempo. De facto, se é certo que a discussão ocorre em tempo posterior ao da identificação do problema ético e antes da decisão e da realização do cuidado, também é verdade que não é possível uma delimitação temporal

²¹⁶Cf. ARISTÓTELES – *Ética a Nicómaco*. Trad. de António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004. ISBN 972-564-622-3. p. 65

em que ela se verifica. Ou seja, mais uma vez constatamos que esta fase da construção da decisão não incorpora um contínuo processual, mas surge em qualquer momento da construção e pode mesmo repetir-se no tempo.

Depois de identificado o problema – frequentemente também de forma partilhada entre o enfermeiro e outros colegas e outros profissionais de saúde – inicia-se a procura da intervenção adequada e é esse caminho de busca que surge muitas vezes discutido. Não apenas em determinado momento específico, mas durante todo o tempo relativo à *deliberação*. Pode mesmo verificar-se a procura da perspectiva do outro em fase posterior, como é o caso da avaliação depois do ato realizado. Neste caso, a discussão ocorre, não na equação sobre a ação a realizar, mas sobre o cuidado prestado. A avaliação com outros membros da equipa – enfermeiros ou outros – permite voltar ao ato escolhido e reflectir sobre os seus efeitos e voltar a ponderar a tomada de decisão.

O envolvimento dos membros da equipa – enfermeiros e outros profissionais – constitui assim uma fase da construção da decisão ética de enfermagem. Permite que outros, para além do autor da decisão, sejam chamados a contribuir com o seu saber e a sua experiência profissional para a procura da melhor intervenção a realizar naquela situação concreta. Sendo profissionais de saúde, partilham do mesmo sentido ético de proteção da pessoa em causa e dos seus familiares e é por essa razão que têm legitimidade e são chamados a intervir. Deste modo, esta fase contribui com elementos externos ao enfermeiro num caminho de construção que levará à realização do cuidado considerado adequado.

3.5 Ponderar os fundamentos para a decisão

Após a identificação do problema ético de enfermagem, o enfermeiro vê-se confrontado com a necessidade de decidir sobre que intervenção (ou intervenções) realizar. Para a sua decisão final sobre que cuidado prestar, há que ponderar os fundamentos que suportem, do ponto de vista ético, essa decisão. Esta fase corresponde a um período de reflexão acerca das justificações para a solução encontrada. A ponderação dos diversos fundamentos para a decisão constitui assim uma atividade mental realizada pelo enfermeiro para equação acerca das razões que o levam a escolher uma intervenção em detrimento de outras.

Sendo o problema de partida uma situação complexa, que frequentemente diz respeito à pessoa ao cuidado do enfermeiro e também aos seus familiares, os fundamentos para decidir serão igualmente múltiplos. Desde logo porque a intervenção a realizar na pessoa e as suas consequências dependerão da dimensão humana que se pretende proteger em concreto. Com efeito, se for a autonomia individual que se vise salvaguardar, a escolha pode recair sobre determinado cuidado, mas se for a vida o fundamento escolhido, a intervenção pode ser outra completamente diferente. Nas situações de fim de vida em que o desalento e o medo do sofrimento influenciam fortemente a vontade, as pessoas podem desejar que lhes sejam realizadas ações que violem a vida.

Este conflito de diferentes fundamentos para decidir é colocado ao enfermeiro, obrigando-a a uma ponderação rigorosa e utilizando uma criteriosa recolha de informação e de acompanhamento terapêutico da pessoa em causa, para ter certeza da real vontade. Todavia, esse confronto pode perdurar, o que leva que sejam tidos em conta diferentes fundamentos e de natureza também diversa. Do mesmo modo, sempre que estejam em causa situações que digam respeito à pessoa-cliente e também aos seus familiares, em que os interesses de uns e de outros conflituam, as razões de decidir são também variadas e distintas, podendo levar a intervenções completamente antagónicas. Esta fase de ponderação revela-se assim como essencial numa tomada de decisão em que o conflito entre a vontade ou os princípios e valores da pessoa em causa e aqueles a que o enfermeiro está obrigado por força do seu compromisso profissional, é notório. A situação de doença, ou as convicções levam a que cada pessoa demonstre uma vontade que pode colidir com os fundamentos éticos, deontológicos e mesmo jurídicos que se aplicam ao exercício profissional do enfermeiro.

A dignidade humana, a liberdade e a vida são fundamentos claramente afirmados na prática profissional do enfermeiro. Em Portugal, a deontologia profissional de enfermagem manifesta isso de forma inequívoca ao consagrar como princípio estruturante que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”*²¹⁷ e prescrevendo como dever que o enfermeiro *“no respeito do direito da pessoa à vida”* está obrigado a *“atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e*

²¹⁷Cf. Artigo 78º, nº 1 da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, que constitui a primeira norma do Código Deontológico do Enfermeiro.

defende a vida humana em todas as circunstâncias”²¹⁸. Deste modo, perante um problema ético, podem ficar em conflito princípios, valores ou direitos invocados e manifestados na vontade expressa da pessoa e aqueles pelos quais o enfermeiro se rege. O *compromisso de cuidado* considerado por Nunes²¹⁹, é assumido pelo enfermeiro como uma promessa para a prestação de cuidados no respeito pela pessoa, pela sua vontade livre mas também no respeito pela sua vida e pela sua dignidade. O enfermeiro apresenta-se assim ao Outro como o profissional que garante a sua proteção integral, considerando-o como pessoa.

A liberdade para decidir sobre si constitui uma dimensão a respeitar, mas não emerge como absoluta através de uma vontade que pode levar à extinção de si, por exemplo. A liberdade exterioriza-se de cada um, através de um agir responsável, manifestando-se numa abertura ao mundo, como considera Heidegger²²⁰. O respeito pela liberdade da pessoa, leva assim o enfermeiro a considera-lo como um *ser-no-mundo*²²¹ que vive com os outros e estabelece com estes, relações de convivência. A sua liberdade, que se manifesta numa vida feita com outras pessoas não pode assim ser absoluta, permitindo que cada uma decida sobre si sem nenhum limite. A liberdade individual reveste-se, ela própria de *condicionamentos* como o refere Michel Renaud²²², que não impedem o exercício da vontade, mas antes a condicionam no sentido do possível.

Deste modo, se por um lado o enfermeiro se vê confrontado com o necessário respeito pela liberdade de decidir do Outro, ao mesmo tempo sente-se igualmente obrigado – obrigando-se, ele também livremente, como o considera Kant²²³ - a ter em conta os limites dessa liberdade. De resto, a isso está também igualmente obrigado em Portugal, uma vez que a sua deontologia enuncia como valor a “*liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum*”²²⁴. A liberdade não surge isolada, mas acompanhada da responsabilidade que lhe retira um eventual carácter absoluto.

²¹⁸Cf. Artigo 79º, alínea a) da mesma lei.

²¹⁹Cf. NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 353

²²⁰Cf. HEIDEGGER, Martin – **A Essência do Fundamento**. Lisboa: Edições 70 (sd). ISBN 978-972-44-1336-5. p.99

²²¹Idem, p. 99

²²²Cf. RENAUD, Michel – Os Novos Condicionamentos da Liberdade. **Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética**. ISSN 1646-882. Nº 9 (Dezembro.2009). p. 370

²²³Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8

²²⁴Como estabelece a alínea b) do nº 2 do artigo 78º do Código Deontológico, incluso na Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

Assim, é este confronto entre o exercício autónomo da pessoa e o exercício da sua liberdade nos termos considerados em enfermagem, que obriga a que seja feita uma ponderação entre os diferentes fundamentos com que o enfermeiro se depara. O mesmo acontece quando o confronto se verifica entre a vontade da pessoa e a dos seus familiares. O enfermeiro vê-se igualmente obrigado a colocar em equação aquilo que fundamenta a vontade de um e a dos outros. E acaba sempre por trazer igualmente à colação os princípios e os valores, assim como os seus deveres profissionais, com os quais se comprometeu.

A decisão resultará assim da equação de vários e diferentes fundamentos, após esta atividade reflexiva que o enfermeiro realiza. Uma atividade mental que expressa a capacidade profissional definida por Nunes²²⁵ como o *poder-capacidade* para agir profissionalmente. O enfermeiro constrói uma decisão com vista à realização de um cuidado, chamando a si a escolha dos diferentes fundamentos. Ouve e tem em conta a pessoa em causa, assim como envolve os outros profissionais da equipa, mas responsabiliza-se por ponderar as justificações para as ações a praticar. Envolve terceiros, mas não transfere o poder de decidir. Usa o seu *poder-capacidade* para reflectir a necessária equação.

Deste modo, o enfermeiro, ao ponderar sobre a fundamentação para os seus atos, prevê ao mesmo tempo as intervenções e as suas consequências. Ao escolher determinado fundamento, antevê qual (ou quais) as intervenções correspondentes e antecipa mentalmente quais os seus efeitos. Ou seja, a ponderação não surge desligada daquilo que provoca na pessoa em causa, mas antes permite estabelecer uma ligação direta entre o fundamento escolhido e a implicação do ato. A preferência por determinado princípio ou valor obriga a determinado cuidado, de tal forma que a fundamentos diferentes correspondem também intervenções diversas. A equação permite assim uma escolha alternativa que se adapte à solução mais adequada para o problema identificado.

Esta fase de ponderação dos fundamentos antecede a escolha definitiva daquele ou daqueles que mostram mais adequados perante o caso em apreço. Decorre, não num período temporal circunscrito, mas emerge sempre que a incerteza persiste. Com efeito, quando se interroga qual intervenção realizar, o enfermeiro reflete sobre a

²²⁵Cf. NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 365

fundamentação para a sua decisão. E até à decisão final, esta ponderação pode sempre ocorrer, como resposta a novas interrogações então surgidas.

Não se trata de uma hierarquização valorativa dos diversos fundamentos possíveis. A reflexão faz emergir os diferentes fundamentos e coloca-os em igualdade uns perante os outros. Ou seja, quando equaciona, o enfermeiro considera todos os fundamentos com igual valor. São considerados todos os que podem levar a uma intervenção naquela situação em concreto. De tal forma, que desta ponderação pode resultar não apenas um escolhido, mas todos os que se mostrarem adequados para legitimar o cuidado. Ponderar consiste assim em chamar à colação, obrigando a um exercício de antever as consequências da escolha de cada um. Obrigando igualmente ao confronto entre os resultados que cada uma originaria, caso levasse à concretização de uma ação.

A ponderação corresponde a uma procura das diversas dimensões que integram a pessoas ou as várias pessoas que estão envolvidas na situação em apreço. Traz também à reflexão os diferentes fundamentos que alicerçam o agir ético do enfermeiro. Ponderar implica assim considerar todos os princípios, os valores, os deveres assim como os direitos ou os legítimos interesses das pessoas envolvidas e colocar no mesmo plano de equação as bases éticas deontológicas, jurídicas e profissionais que se aplicam ao exercício autónomo de enfermagem.

É este ter em conta, analisando o seu conteúdo e antevendo as consequências que os atos implicariam, que constitui uma fase essencial da procura da melhor solução para o problema ético que emergiu. É através desta atividade reflexiva de natureza predominantemente analítica, que o enfermeiro chega à síntese final de encontrar a justificação ética para a sua decisão, passando assim a outra fase da construção da decisão ética de enfermagem.

3.6 Decidir com base nos fundamentos escolhidos

A ponderação dos diferentes fundamentos levam o enfermeiro a caminhar no sentido da tomada de decisão. A ponderação dos fundamentos antecede a decisão, fornecendo-lhe as diversas razões para tomar a decisão final. De resto a decisão tornar-se final quando termina o juízo acerca dos diversos fundamentos e se opta por aqueles (ou aqueles) que se consideram eticamente adequados naquela situação.

Tomar a decisão significa assim escolher o ato (ou os atos) a realizar, sendo que estas ações consubstanciam intervenções de enfermagem, uma vez que são realizados no seio

de uma relação de cuidado de natureza profissional. O enfermeiro realiza a atividade mental de escolher, entre as diversas possibilidades de agir, qual (ou quais) ação vai realizar.

É uma escolha que decorre de um período prévio de reflexão e de procura de contributos externos, mas que se situa como actividade mental própria. Os elementos exteriores que foram recolhidos são tidos em conta, através de uma apreciação muitas vezes revestida de discussão com outros. Sobretudo é recolhida informação sobre a vontade da pessoa em causa assim como daquilo que os seus familiares consideram ser o melhor para si. Todavia, a decisão em si, enquanto período de seleção do que vai ser feito, é uma tarefa individual.

O enfermeiro abre-se à construção da decisão, mas incorpora os contributos vindos de fora como elementos que ajudarão a formar a sua vontade. No final, é a sua vontade que determina a escolha, tida assim como considera Kant como a “*faculdade de escolher*”²²⁶. Ou seja, a decisão sobre que intervenção realizar pelo enfermeiro que chamou a si a responsabilidade pela situação problemática resulta da sua vontade, mesmo que formada com contributos de diferentes proveniências. A decisão resulta assim da sua *lei*, como considera Kant. A *lei* criada por si enquanto *máxima* para fundamentar o ato escolhido, a partir da ponderação anterior. Com efeito, o trabalho de reflexão realizado permite-lhe considerar os fundamentos que de justificam a intervenção que melhor se adequa a proteger a pessoa. Essa reflexão leva-o a encontrar a razão de decidir o cuidado que responda ao problema criado, no respeito pela pessoa e pela sua dignidade, apreciadas as diversas dimensões humanas.

A decisão ocorre assim enquanto atividade mental individual nascendo com um só autor. Este facto leva-nos a estabelecer uma inevitável ligação entre a autoria da decisão ética de enfermagem e a responsabilidade profissional do enfermeiro. Com efeito, a responsabilidade tida como a resposta pelo que se faz e não faz – ou seja, pelos atos e pelas omissões – é relativa a uma pessoa que se intitula de autor das suas ações. A decisão resultou de uma intenção para agir, sendo esta, segundo Ricoeur²²⁷ o *critério distintivo* que permite separar as ações dos acontecimentos não decididos. O enfermeiro formula a sua intenção com base na reflexão sobre os fundamentos em apreço e o seu

²²⁶Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8 p. 31

²²⁷CF. RICOEUR, Paul – **Soi-même comme un autre**. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 424 p. ISBN 2-02-011458-5. p. 94

*poder para agir*²²⁸ de que também nos fala Ricoeur, permite-lhe transformar essa intenção em ação.

Deste modo, sendo individual e resultando do poder que o enfermeiro detém para praticar atos, esta decisão insere-se no domínio da responsabilidade. O enfermeiro, sendo uma pessoa capaz e tendo ponderado a sua decisão, está assim em condições de responder por ela e pelo acto que se lhe segue. De outro modo, sendo esta decisão tomada no seio de uma relação de cuidado, ela assume uma natureza profissional se revestir do necessário contexto formal inerente a esse exercício. Para tal, basta que o enfermeiro se apresente como profissional e assuma com a pessoa um *pacto de cuidado* como nos refere Nunes²²⁹, seguindo o pensamento de Ricoeur.

Formalmente esta relação que se estabelece assume também relevância no mundo jurídico em Portugal, uma vez que ela está prevista na lei. Com efeito, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, ao enunciar as regras gerais para o exercício profissional de enfermagem, consagra juridicamente a relação de cuidado que o enfermeiro estabelece com as pessoas de quem cuida.

A decisão desenvolve-se num ambiente jurídico que a torna elemento de apreciação da responsabilidade profissional do enfermeiro. Resulta de uma autoria individual, no seio de uma relação profissional, logo é objeto de avaliação. Ou seja, o enfermeiro responde por ela, tendo em conta os fundamentos que lhe deram origem e assumindo as consequências que o ato praticado originou. É o que se encontra estabelecido na alínea b) do artigo 79º do Código Deontológico do Enfermeiro, incluso no Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, que enuncia o regime deontológico da responsabilidade profissional em enfermagem, que prescreve que o enfermeiro assume o dever de “*responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega*”. Do mesmo modo, esta autoria pela decisão (e pelo ato) está igualmente na origem das restantes modalidades de responsabilidade a que o enfermeiro se encontra sujeito, a saber, a responsabilidade civil, criminal e disciplinar perante a entidade patronal se trabalhar por conta de outrem.

²²⁸Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 27

²²⁹Cf. NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 353

A decisão resulta assim de uma fase de ponderação acerca da *razão de fazer*, como o refere Ricoeur²³⁰ e destina-se a originar uma ação. A decisão ética de enfermagem tem como finalidade a realização de uma intervenção pelo enfermeiro que se consubstancia num ato ou numa omissão.

O enfermeiro ao estabelecer uma relação de cuidado com as pessoas, assume o dever de cuidado. Este dever encontra fundamento formal no direito ao cuidado que o artigo 83º do Código Deontológico consagra a todos os cidadãos em Portugal. Todavia, o enfermeiro considera simplesmente esse dever como seu, ao deixar-se afectar pela presença do outro que necessita de cuidados, como o considera Vieira²³¹. O dever nasce assim de necessidade o Outro e da imprescindibilidade que o enfermeiro assume de agir, com um sentido profundamente ético na medida em que é tido como necessário para a pessoa em causa. É considerado como indispensável face à situação que surgiu e funda-se na responsabilidade que o enfermeiro assume como sua. Uma responsabilidade pela prestação do cuidado necessário face a acontecimentos que então se verificaram. A necessidade do Outro gera assim um assumir do dever de agir, na resposta a essa necessidade. É deste modo que a relação profissional de enfermagem se concretiza, sempre que um problema ético é identificado. A sua verificação apela à construção da decisão ética, em que a escolha da intervenção (ou intervenções) a realizar constitui uma fase essencial. É esta escolha sobre que cuidado realizar, em função dos fundamentos ponderados que consubstancia a decisão. Uma decisão ética porque o ato a realizar resulta de um problema ético de partida. Uma decisão que se assume como ética porque visa a prestação de um cuidado que tem como finalidade a proteção do Outro e a promoção do seu *bem-estar*. E como considera Nunes²³², tendo como fim o *bem-estar*, que segundo a autora constitui a finalidade ética da enfermagem, a decisão que visa a resolução de um problema ético, assume igualmente a natureza ética.

²³⁰Cf. RICOEUR, Paul – **Soi-même comme un autre**. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 424 p. ISBN 2-02-011458-5. p. 94-99

²³¹Cf. VIEIRA, Margarida – Solidariedade e Responsabilidade In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para Uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p. 291-303

²³²Cf. NUNES, Lucília – A Epecificidade da Enfermagem In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para Uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p. 33-48

3.7 Prestar o cuidado decidido

Após a decisão tomada, ou seja depois de escolhida a ação a realizar, esta é concretizada. Realizar a ação (ou as ações) surge assim como uma fase que finaliza a construção da decisão ética de enfermagem. Ela surge, contudo, associada às fases anteriores e é nessa medida que a integra. Ou seja, os atos ou as omissões praticados resultam da decisão que foi tomada, tendo em conta os fundamentos escolhidos. As fases precedentes constituem de facto períodos preparatórios da decisão, recolhendo os contributos para que este se verifique. A ponderação dos fundamentos permite seleccionar aquele ou aqueles que suportam a decisão e as ações. Com efeito, após a ponderação, o enfermeiro orienta a sua decisão pelos fundamentos que considerou adequados, conformando-se com a decisão tomada. É desta conformação que resulta a ação.

Deste modo, os atos ou omissões realizados, tendo sido provenientes de uma construção reflexiva e frequentemente discutida com outros profissionais, envolvendo a própria pessoa (e os seus familiares) a quem os cuidados se destinam, derivam claramente de uma intenção do enfermeiro. Este racionaliza toda a construção da decisão, justificando inclusive, por via dos fundamentos, a opção tomada, quando são possíveis mais do que uma escolha. Estamos assim perante uma *intervenção intencional* como o considera Ricoeur²³³, que se manifesta no mundo exterior ao agente. A intervenção, sendo um ato ou uma omissão decida e portanto intencional, dirige-se à pessoa ou às pessoas pretendidas, provocando os efeitos considerados. A intenção dirige-se a um resultado concreto que se pretende atingir com a realização da ação.

A ação que resulta desta decisão ética não assume uma natureza qualquer, fora da relação de cuidado. Sendo uma ação realizada por um enfermeiro, no âmbito da relação profissional que tem estabelecida com a pessoa em causa destinada à prestação de cuidados de enfermagem, ela assume, naturalmente, a natureza de intervenção de enfermagem. É uma ação realizada no contexto de uma relação profissional entre enfermeiro e uma pessoa que se apresenta como cliente de cuidados, pelo que se integra nesse domínio. Uma ação que pode ultrapassar o planeamento de cuidado feito, mas que não deixa de ser uma intervenção de enfermagem, que visa a proteção da pessoa e a promoção do seu bem-estar.

²³³Cf. RICOEUR, Paul – **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p. p. 174

A ação que resulta da construção da decisão, constitui uma manifestação da capacidade humana para agir. A capacidade que Ricoeur considera o *poder para agir* próprio do ser humano. Um poder para transformar uma intenção em ato que produz efeitos no Outro e também no ambiente. Um poder que consegue criar a *lei* – *segundo Kant*²³⁴ – segundo a qual se obriga no ato. É o poder para decidir e realizar atos que está na origem da atribuição da autoria. É autor da decisão aquele que consegue formar vontade, justificando racionalmente a sua formação e é agente o que realiza uma ação por si decidida. Deste modo a capacidade para fazer que assume relevância ética quando se concretiza em ação, ganha igualmente relevância jurídica, na medida em que essa capacidade de agir corresponde à *capacidade de exercício*, própria dos adultos. E assim, o poder para agir quando efectivado num ato ou numa omissão é também tido em conta pelo direito, nomeadamente em sede de responsabilidade.

No nosso caso, em que o poder para agir resulta numa intervenção de enfermagem, trata-se da capacidade para o exercício no âmbito de uma profissão. O enfermeiro, é uma pessoa capaz, ou seja sem limitação ao exercício livre dos seus direitos, concretamente efectivando o seu direito de trabalhar. Mas, sendo profissional, as ações por si praticados resultam também da capacidade para ser enfermeiro. Uma capacidade que formalmente resulta da atribuição de um título profissional que lhe confere esse direito. E também porque o ordenamento jurídico consagra essa autonomia profissional. No caso português este poder profissional para agir, resulta da atribuição da autonomia profissional aos enfermeiros conferida pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, em particular na norma do nº 3 do seu artigo 8º. É esta autonomia profissional que permite ao enfermeiro identificar problemas, construir a decisão e executar as ações decididas. É no âmbito desta autonomia que o conhecimento de enfermagem permite a identificação de problemas próprios e planear uma tomada de decisão inteiramente levada a cabo por enfermeiros. É igualmente esta autonomia profissional que está na origem da responsabilidade assumida pelo enfermeiro, pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega. Tendo capacidade para seu autor e agente e materializando os actos decididos, o enfermeiro fica também em condições de responder pelo praticado. É deste modo que a autonomia pessoal e profissional se

²³⁴Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8. p. 79

conjugam dando lugar à realização de intervenções revestidas de natureza profissional, pelas quais o enfermeiro responde pelos resultados produzidos nas pessoas.

Relativamente à realização da ação, o estudo demonstra-nos que, algumas vezes, as intervenções são realizadas em equipa. No momento de efectivar o ato, o enfermeiro recorre a outros ou estes oferecem-se para participar nessa execução. De resto muitos cuidados são prestados por mais do que um enfermeiro, sendo essa prática considerada normal em diversos contextos de cuidado. No caso particular da intervenção relativa ao problema ético de partida, o trabalho em equipa é facilitador das dificuldades inerentes a alguns cuidados e será essa uma das razões para que os cuidados sejam prestados por mais do que um enfermeiro. Do mesmo modo podem participar nas intervenções outros profissionais e até os familiares, sendo mais frequente nos cuidados às crianças.

Esta realização conjunta das intervenções, acontecendo após o período de construção da decisão em que a autoria ficou identificada, não altera a responsabilidade do agente. Ou seja, efectivamente podem participar na prestação do cuidado várias pessoas, mas apenas uma assume a autoria pela decisão e por isso pelo ato. Partilhar a prestação de cuidados não se confunde com abandono de responsabilidade profissional, uma vez que o agente ele próprio o papel de prestador principal.

As intervenções são assim realizadas na pessoa e, na medida da sua capacidade, concretizadas com a sua participação na decisão. Resultaram de um período de construção em que os diversos fundamentos que as legitimaram foram ponderados. A escolha pela decisão final e pelas ações a realizar tiveram como origem essa reflexão e frequentemente a discussão com outros. À vontade criada pela escolha dos fundamentos, junta-se a possibilidade concreta de execução. A decisão destina-se a uma pessoa que se encontra numa situação particular de saúde/doença, pelos que o decidido não se perspectiva em abstrato, nas efectiva-se em concreto. Daí que, ao que se considera idealmente adequado, adiciona-se o que é efectivamente possível realizar, perante as circunstâncias específicas do momento. É desta equação que nasce a decisão eticamente adequada e é dela que resulta os atos ou as omissões que responderão ao problema ético considerado.

3.8 Avaliar o impacto da ação realizada

A realização da ação concretiza a decisão, dando-lhe manifestação externa. Com efeito, a intervenção ocorreu fora do agente, saindo de si em direção ao mundo exterior, tendo uma pessoa como destinatário.

Os resultados da ação realizada são produzidos numa pessoa (ou em várias) e ficam à disposição para serem apreciados. Esta avaliação do impacto da ação isola-se como fase autónoma na decisão ética de enfermagem. Verifica-se após todo o período de construção da decisão e depois de prestado o cuidado-intervenção. Ocorre num período temporal que se sobrepõe ao da realização ou acontece em tempo posterior. O enfermeiro avalia o desenrolar da prestação do cuidado, se este é demorado, ou aprecia-o mais tarde. Com maior frequência a avaliação ocorre em momento seguinte e por vezes com algum distanciamento temporal relativamente à intervenção realizada.

A avaliar a ação significa voltar a ela, sobretudo nos casos em que a avaliação ocorre em tempo posterior. Voltar a pensar os atos praticados trazendo-os de novo à consciência. A ação destacou-se do seu autor, autonomizando-se como *obra aberta*, como o considera Ricoeur²³⁵, mas o agente volta de novo a ela. Manifestou-se no mundo externo ao agente, produzindo consequências nos outros, abrindo-se ao exterior e tornando-se realidade que pode ser apreciado por terceiros. Todavia, na fase de avaliação o agente volta ao ato ou omissão que praticou, agora para apreciar os resultados ocorridos. Pode assim verificar se a antevisão que fez dos efeitos, se verificaram de facto e descobre outros impactos que porventura não conseguiu prever. A ação que ganhou a sua *dimensão social* como refere Ricoeur ao tornar-se externa ao agente e poder assim ser apreciada pelos outros, volta ao agente enquanto objeto de avaliação.

A avaliação é possível, porque os resultados já foram produzidos, ficam visíveis e podem assim ser objecto de análise. Com a intervenção realizada algo aconteceu na pessoa ou nos seus familiares, afectando-os diretamente. De facto, os atos de enfermagem, assim como as omissões decididos pelo enfermeiro repercutem-se em pessoas, dando-lhe uma dimensão ética. Os resultados dizem respeito a alterações verificadas na pessoa, no seu estado de saúde/doença ou no seu modo de vida. Algumas consequências implicam a própria vida e a integridade física, assim como todo o

²³⁵Cf. RICOEUR, Paul – **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p. 198

sistema unitário que cada pessoa revela. Deste modo, avaliar as ações destinadas a produzir efeitos em pessoas, ganha assim uma relevância ética da maior importância porquanto estão em causa dimensões que integram a própria dignidade humana. As intervenções realizadas quando provém de um problema ético de enfermagem, estão relacionadas com a vida, com a morte, com a reserva da vida privada ou com o respeito pelas convicções religiosas ou culturais. A escolha da intervenção a realizar implica assim uma ponderação sobre a afectação das diversas dimensões que integram a dignidade da pessoa em causa e da própria dignidade humana considerada em abstrato. O confronto entre o respeito pela vontade da pessoa-cliente e a defesa da sua dignidade em situações de fim de vida por exemplo, são expressão desta complexidade. Avaliar coloca em equação os resultados observados face aos que foram inicialmente perspectivados. A previsão do que iria acontecer dá lugar à verificação do acontecido e se isso favoreceu ou prejudicou o bem-estar da pessoa. É assim altura de voltar aos fundamentos que levaram à decisão, agora para validar a sua adequação. O enfermeiro retoma os fundamentos que escolheu servirem de suporte à decisão e ao ato, para verificar se estes se revelaram como adequados face ao problema identificado. Uma análise *a posteriori* que permite voltar a considerar se os diferentes fundamentos tidos em conta se mostraram capazes de originar uma ação que promoveu de facto a dignidade da pessoa em causa e garantiu a efectivação dos seus direitos. Se o impacto da ação foi no sentido de proteção da pessoa e promotora do seu desenvolvimento, ou se pelo contrário agravou a situação problemática considerada negativa.

A avaliação permite validar a escolha que resultou da ponderação dos fundamentos e verificar se os princípios, os valores, os direitos e os deveres tidos em conta, serviram de facto de legitimação ética para a resolução do problema. Há como que um re-ponderação, agora com os dados resultantes da intervenção conhecidos. Um pensar de novo sobre as escolhas, comparando o decidido com efectivamente verificado, descobrindo as aproximações e as diferenças quanto aos efeitos.

Esta avaliação acontece no agente e depende da sua capacidade de reflexão sobre o seu agir, mas incorpora também contributos de terceiros. A própria pessoa a quem a intervenção se dirigiu participa frequentemente de forma ativa, dando a sua opinião sobre o que se passou. É um novo envolvimento da pessoa na prestação de cuidados em que é objeto, colocando a avaliação na primeira pessoa. Aquele a quem os atos se dirigiram e onde o impacto se verificou tem assim oportunidade de manifestar o que sentiu com o cuidado prestado.

Também os familiares participam algumas vezes desta avaliação, trazendo dados que o enfermeiro incorpora no juízo que faz. Os familiares que viveram a situação-problema e que partilharam as inquietações, as angústias e os medos, tiveram também um papel ativo no decorrer do acontecimento. Estão assim em condições de expressarem a sua opinião sobre se a decisão tomada lhes parecer a melhor.

Os restantes membros da equipa, sobretudo se envolvidos na construção da decisão participam igualmente na apreciação da intervenção realizada. Juntam outras perspectivas, colocam novos dados em equação, enriquecendo assim esse trabalho posterior de validar o que foi feito.

Estes contributos tornam o juízo do agente mais rico, na medida em que obrigam a uma diversificação de pontos de vista. Colocam o enfermeiro na posição de se auto-avaliar, refletindo sobre aquilo que foi a sua capacidade de decidir e de agir no passado. Mas, deste modo, esta avaliação permite-lhe enriquecer a sua experiência profissional, passando a conhecer novas situações problemáticas e a forma de lidar com elas. A avaliação revela-se assim como um enorme contributo para o agir futuro, sendo considerada pelo enfermeiro como um factor de segurança na construção da decisão ética.

Ao realizar a avaliação das suas acções o enfermeiro assume aquilo a que Ricoeur denomina de *ascription*²³⁶, ou um voltar ao acto através de uma *reapropriação* da construção da sua decisão. Ricoeur refere a *ascription* através do discurso, em que a narrativa do vivido promove esse reencontro com a ação. O estudo demonstra que frequentemente o enfermeiro realiza a avaliação narrando a outros o acontecido ou discutindo com os outros membros da equipa que estiveram envolvidos. O discurso favorece o retomar do ato, permitindo quer a auto, quer a hetero-avaliação. De tal forma que o juízo de avaliação formado pelo enfermeiro, nomeadamente o que se refere à utilização no futuro fica assim mais claro e mais enriquecido. Este voltar à ação através da narrativa permite esse movimento de voltar a incorporar em si a ação que se havia desprendido para produzir resultados no Outro.

Esta atividade mental de análise põe termo a um trabalho de construção de uma decisão ética com vista à prática de uma intervenção de enfermagem. A avaliação, ocorrendo depois do cuidado prestado encerra o ciclo de que se iniciou com a identificação do

²³⁶Cf. RICOEUR, Paul – **Soi-même comme un autre**. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 424 p. ISBN 2-02-011458-5. p. 117

problema ético. De resto, a avaliação corresponde já a um momento posterior que pode inclusivamente originar a identificação de novos problemas. Frequentemente o enfermeiro, ao realizar a avaliação em simultâneo com a prática do cuidado verifica os efeitos produzidos e a reação da pessoa em causa, permitindo-lhe alterar o rumo da decisão ao verificar que novas situações se apresentam como problemáticas. De todo o modo, quando considerada como uma construção de decisão que culmina num ato, a avaliação sobre o realizado, só por si, independentemente do tempo em que é concretizada, constitui um finalizar de ciclo. Havendo uma avaliação após algum tempo, este encerramento fica mais nítido.

Pensado desta forma, avaliar os atos profissionais corresponde à equação sobre se o *pacto de cuidado* estabelecido foi ou não cumprido. Ou seja se este pacto, sofrendo uma alteração com a ocorrência do problema ético, se manteve ou não nos termos acordados. Avaliar sobre este cumprimento ou incumprimento é questionar sobre se os alicerces éticos e a finalidade ética da relação de cuidado de enfermagem se mantêm intactos. Se os novos acontecimentos foram promotores do desenvolvimento de uma relação profissional ética ou se, pelo contrário, as decisões tomadas violaram o sentido de proteção do Outro.

Esta avaliação, na perspectiva do próprio, insere-se no seu assumir de papel de responsabilidade pelo Outro, que, como considera Ricoeur²³⁷, o objeto da responsabilidade, mais do que se encontrar centrado na ação e nos seus efeitos, encontra-se situado na pessoa em si.

O enfermeiro avalia os seus atos, refletindo o impacto na plenitude do Outro com quem estabeleceu uma relação de cuidado, olhando à totalidade dos efeitos que o afectaram. Quando volta ao realizado, procura se os fundamentos que utilizou foram ou não promotores do bem-estar da pessoa e não apenas de procurar medir isoladamente algum dos seus resultados. Preocupa-se com o efeito total sentido e valorado pela pessoa, para além de atender a algum eventual dano. O dano, fica assim para avaliação externa, quando a responsabilidade profissional for chamada a intervir. Nessa altura e nessa sede, tem-se em consideração a parte ou a consequência isolada que importa verificar se foi ou não danosa em alguma dimensão da pessoa. Ao enfermeiro, enquanto sujeito da sua própria avaliação, é o todo que interessa. Não o dano causado, mas a afectação

²³⁷Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 54

global que a sua intervenção originou. É deste modo que a avaliação da ação realizada se insere no domínio da responsabilidade profissional, aqui na perspectiva de Ricoeur de responsabilidade pelo Outro.

3.9 Sintetizando a construção da decisão ética de enfermagem

O confronto com um problema ético, enquanto interrogação quanto ao modo de agir em enfermagem quando está em causa a proteção de uma pessoa e a defesa da dignidade humana, origina a construção de uma decisão que tem como fim a prática de uma ação tida como uma intervenção de enfermagem. Esta construção desenvolve-se durante um período temporal que difere das circunstâncias da situação surgida e inclui um conjunto de fases que vão contribuindo para a escolha da intervenção considerada eticamente adequada naquele caso concreto. São estas fases que possibilitam analisar os diversos factores que importa considerar, num trabalho de reflexão individual frequentemente enriquecido com a participação de outros. Depois da identificação do problema ético, que constitui a primeira fase, seguem-se outras que vão ocorrendo sem uma sequência processual. Deste modo o envolvimento da pessoa ao cuidado do enfermeiro, dos seus familiares e também dos outros membros da equipa de saúde, enfermeiros ou outros profissionais, identificam-se como fases desta construção. A ponderação dos fundamentos que suportarão a decisão constitui outra fase que pode ocorrer fora de qualquer continuidade sequencial. Por fim, surge a decisão conforme os fundamentos que se consideram apropriados a respeitar a pessoa e a sua dignidade, promovendo o seu bem-estar ou a sua morte serena.

Após esta fase da decisão, ocorre a execução da intervenção decidida, que corresponde a uma ação ou a uma omissão de enfermagem consistindo assim num cuidado. Após a realização da ação mas considerando-se ainda integrado na construção da decisão ética, surge a avaliação do realizado, onde o enfermeiro confronta o que decidiu com os resultados efectivamente verificados na pessoa em causa.

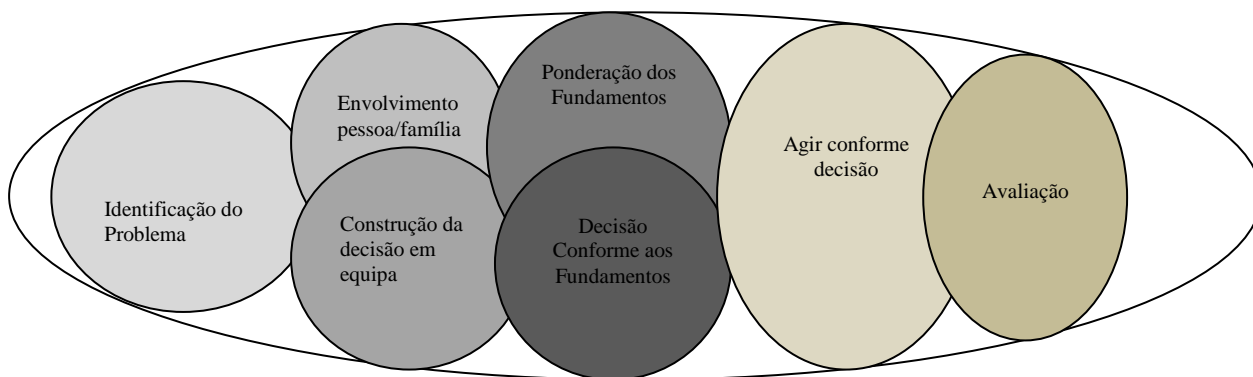
De uma forma geral podemos considerar esta construção como um contínuo do problema à intervenção, uma vez que a identificação do problema ético constitui o início dessa construção e a avaliação marca o fim. Todavia, não se trata de um contínuo rectilíneo em que as diversas fases acontecem sequencialmente umas a seguir às outras como se de um processo se tratasse. De facto, esta natureza processual não está presente na construção da decisão ética de enfermagem, apesar de ser possível isolar fases que se

delimitam umas das outras. Mas esta delimitação não tem correspondência temporal podendo mesmo repetir-se no tempo.

A construção da decisão ética de enfermagem assume assim uma natureza sistémica em que cada fase constitui um elemento que se relaciona com os demais. Com efeito, o desenrolar de uma fase pode obrigar o enfermeiro a passar a outra e esta pode vir a repetir-se mais tarde se algum dado surgido o originar. Este sistema inicia o seu funcionamento com o impulso da identificação do problema ético e extingue-se com a realização da intervenção e a sua avaliação. A razão da sua existência prende-se com o exercício profissional de enfermagem que visa a prestação do cuidado que se assume como protetor da pessoa e da sua dignidade. Um acontecimento que interroge sobre este sentido de proteção do Outro quando surge a dúvida sobre o agir concreto, origina a construção de uma decisão que se torna ética por responder ao problema ético identificado e por ter como fim o respeito pela humanidade da pessoa em causa.

A representação gráfica da figura seguinte pretende tornar mais clara esta natureza sistémica da construção da decisão ética de enfermagem.

Figura 2 – Representação gráfica das fases da decisão ética de enfermagem.



4. FUNDAMENTOS DA DECISÃO ÉTICA DE ENFERMAGEM

A decisão ética de enfermagem que se segue a uma identificação de um problema ético desenrola-se em diversas fases como acabamos de verificar. A decisão propriamente dita parte de alguns fundamentos que a suportam e origina uma intervenção de enfermagem dirigida a uma pessoa (família ou comunidade). A procura dos fundamentos que constituem as razões de decidir inclui uma fase de ponderação e outra de escolha final. Em ambas o enfermeiro reflete e por vezes discute com outros os diversos princípios, os valores, os seus deveres e os direitos das pessoas que considera aplicar-se à fundamentação da resolução problemática em apreço. São estes os fundamentos que legitimarão a escolha da intervenção a realizar, ou seja do agir concreto do enfermeiro perante um problema ético. É neste sentido que os consideramos como fundamentos da decisão ética.

O estudo demonstra que, quer os que são numa primeira fase ponderados quer os que acabam por ser utilizados na decisão, são de natureza diversa. Foram categorizados em éticos, deontológicos, jurídicos, científicos, profissionais, culturais e sociais. Os fundamentos ponderados e utilizados na decisão ética de enfermagem assumem assim um carácter multidimensional, do mesmo modo como a pessoa se apresenta em enfermagem com a sua complexidade humana.

Deste modo, encontramos entre os fundamentos ponderados e os de facto utilizados na decisão ética de enfermagem um conjunto vasto demonstrativo dessa complexidade e sem uma diferença significativa entre uns e outros. De facto, os fundamentos que o enfermeiro equaciona na fase de ponderação da decisão, são praticamente os mesmos que utiliza depois para escolher a intervenção. A ponderação corresponde assim a um colocar em equação, os diversos aspectos da situação a ter em conta, permitindo dessa forma a escolha dos que são tidos em conta na situação em concreto. Não há diferença substancial entre o que se pondera e o que fundamenta a decisão final.

Daí que, na discussão que agora iniciamos trazemos à colação o conjunto dos fundamentos que foram considerados pelo enfermeiro na construção da sua decisão, independentemente da fase em que surgiram. Apresentamo-los com o mesmo sentido em que foram utilizados nessa construção da decisão pelo enfermeiro, fazendo algumas interligações com a teoria ética em que nos ancoramos.

4.1 Fundamentos éticos

Do conjunto dos fundamentos que suportam a decisão ética de enfermagem, os que revestem uma natureza ética assumem um papel de destaque, desde logo pela quantidade e diversidade com que emergem. A dimensão ética ganha assim uma preponderância na construção de uma decisão que é ética por natureza.

Integram este acervo, os princípios e os valores que se encontram habitualmente referidos na teoria ética como seus elementos. Utilizamos a categorização existente na literatura, por corresponder aos fundamentos que emergiram do estudo, não havendo por isso necessidade de nova classificação. Contudo, a densificação de cada um é feita com o respeito conceptual com que foram identificados, à qual se adicionaram algumas pontes teóricas estabelecidas com pensamento ético e jurídico em nos ancoramos.

4.1.1 O respeito pela pessoa e pela dignidade humana

O respeito pela pessoa pela sua dignidade *intrínseca*, como o refere Daniel Serrão²³⁸ e, ao mesmo tempo, o respeito pela dignidade humana em sentido abstrato, constitui um fundamento essencial para justificar a decisão ética de enfermagem. A pessoa, com a sua dignidade própria em resultado da sua condição natural de ser humano, considerada como único na relação profissional do enfermeiro, mas sendo portador de uma dignidade inerente a essa condição e por isso anterior, como também o reflete Serrão. Uma pessoa que se entrega ao cuidado do enfermeiro, passando este a responsabilizar-se pela satisfação das suas necessidades de cuidados, essenciais à sua sobrevivência. É esta pessoa inserida no mundo que a rodeia, com os seus princípios de vida e os seus valores, a sua cultura e as suas convicções religiosas, ideológicas e políticas que se apresenta una à relação de cuidado, que constitui o principal objeto do respeito demonstrado em cada construção de decisão ética. É o respeito pela unidade do todo humano e não apenas por alguma das suas dimensões que podem apenas teoricamente separar-se, que constitui uma razão fundamental para a escolha das intervenções que respondam aos problemas éticos com que o enfermeiro se defronta.

Respeitar a pessoa corresponde a ter em conta a sua dignidade, promovendo-a e defendendo-a. Um respeito que se dirige à vida e à sua valoração inequívoca, à

²³⁸Cf. SERRÃO, Daniel – A Dignidade Humana no Mundo Pós-Moderno. **Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética.** ISSN 1646-8082. Nº 11 (Julho.2010). p.191-199

promoção de modos de vida que se realizam com os outros, que defende a autonomia e o poder individual para encaminhar a sua vontade. O respeito que dá importância aos projetos individuais, mas ao mesmo tempo suporta a construção desses projetos no sentido da humanidade da vida. Um respeito que se traduz em presença capaz de transmitir a segurança necessária para lidar com situações de doença particularmente dolorosas. O respeito que se transforma num agir concreto, no exercício de um papel profissional que implica a responsabilidade pelo Outro, como o considera Ricoeur²³⁹.

O respeito pela pessoa constitui assim uma manifestação da capacidade de tomar o Outro ao seu cuidado, não apenas na dimensão estrita da prestação de determinada intervenção, mas numa atitude *cuidativa* global de resposta às necessidades de cuidado apresentadas. Uma atitude que mesmo que o julgado necessário ultrapasse a esfera profissional do enfermeiro, o obriga a encaminhar para outro profissional que se encontre em condições e esteja vinculado ao dever de agir, como estabelecido no dever da alínea b) do artigo 83º do Código Deontológico do enfermeiro português, incluso na Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

É com o sentido de respeito pela pessoa e pela humanidade da sua vida que o enfermeiro escolhe a intervenção que considera promover e defender essa humanidade. Não se circunscreve à intervenção e ao seu efeito específico, mas situa-a numa proteção total da pessoa, tomando a decisão com base na antevisão de como a consequência dessa intervenção interfere no seu bem-estar. O enfermeiro ultrapassa assim a esfera limitada do cuidado prestado com um objetivo particular, para se situar no campo mais amplo da preocupação com a defesa da humanidade da pessoa.

Deste modo, guiar o seu agir no respeito pela pessoa e pela sua dignidade, implica procurar o bem-estar como finalidade, em vez de estabelecer objetivos parcelares que tenham em vista apenas alguns aspectos da situação de saúde/doença da pessoa em causa. A decisão pretende alcançar um estado harmonioso da pessoa em que esta se sinta e seja reconhecida pela plenitude da sua humanidade e não apenas o equilíbrio de algum sistema corporal. De tal modo, que a escolha pode contrariar o planeamento decorrente da aplicação do Processo de Enfermagem. A decisão ética pode levar a intervenções que não são as mais eficazes para atingir determinado objetivo terapêutico, mas que se mostram adequadas no respeito pela *humanidade* da vida daquela pessoa. É

²³⁹Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 54

neste sentido que a decisão ética se fundamenta no respeito pela pessoa e pela sua dignidade.

Respeitar a pessoa e a dignidade humana e utilizar esse respeito como fundamento na decisão ética de enfermagem corresponde assim a uma elevação da pessoa a valor supremo. Implica a capacidade de considerar cada pessoa como depositário da dignidade *intrínseca* da vida humana, constituindo-se, segundo Kant²⁴⁰ *como um fim em si mesmo*. Considerar esta conclusão Kantiana leva o enfermeiro a orientar o seu agir no respeito por essa elevação que a pessoa encerra, obrigando-o a decidir as ações que não ponham em risco essa dignidade. Obriga-o a conformar-se com um agir que defenda a vida e a liberdade e promova o desenvolvimento humano da pessoa. Constituindo-se como fundamento para agir, o respeito pela pessoa e pela dignidade humana impele o enfermeiro a decidir pela manutenção da humanidade da vida. Leva-o a prestar os cuidados que garantam essa humanidade, quer em situações que tenham fim terapêutico, quer em fim de vida. Usa como critérios a sua própria formação humana e ética, indispensável a um exercício profissional autónomo. Faz-se autor da sua *lei* como considera Kant²⁴¹, e guia-se por ela, na procura das ações que não retirem a natureza humana do cuidado de enfermagem. Decide o cuidado com o fim último de proteção da pessoa e da sua humanidade, mantendo-se presente. Empresta-se à relação de cuidado em vez de executar uma intervenção e é sobretudo através dessa relação humana que o respeito pela pessoa do Outro e pela sua dignidade se efectiva.

4.1.2 O respeito pela vontade do próprio

No centro da decisão ética de enfermagem encontra-se uma pessoa que iniciou ou mantém uma relação de cuidado com o enfermeiro. Encontra-se no centro da decisão porque esta resulta de um problema que lhe diz respeito e origina uma ação que se dirige a ela. A decisão ética, como de resto toda a decisão de enfermagem, tem a pessoa como objeto da sua concretização. A pessoa que se confia ao enfermeiro, frequentemente despida de roupa e do mundo habitual que a rodeia e cujo estado de saúde, que é sobretudo uma situação de doença e muitas vezes de fim de vida, o leva a ficar mais insegura face ao momento que vive e face ao futuro. O sofrimento está muitas

²⁴⁰Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8 p. 68

²⁴¹Idem, p. 33

vezes presente e os modos de lidar com a sua vida e com os outros, comprometida. Ou, há mesmo uma incapacidade normal ou accidental para se auto-governar. O caso das crianças e das pessoas adultas cuja doença ou envelhecimento retirou a consciência de si, do mundo e do tempo. É com esta (s) pessoa (s), que pode encontrar-se em diferentes estados de capacidade de decidir, que o enfermeiro se relaciona e onde surgem os problemas éticos que importa resolver.

A relação enfermeiro-pessoa (cliente) é sempre uma relação assimétrica, independentemente da idade ou da capacidade de auto-governo do Outro, em que o poder de conhecimento de um se contrapõe a uma especial vulnerabilidade, particularmente aumentada em situação de doença. O Outro, com o qual o enfermeiro se relaciona, mesmo adulto capaz, é frequentemente uma pessoa que se encontra debilitada e portanto com maior dificuldade de se auto-governar. Acresce o facto do ambiente de cuidado ser muitas vezes um contexto hospitalar em que essa assimetria se intensifica por força do desconhecimento acerca desse local.

Nestes termos, podíamos questionar sobre o papel que a pessoa-cliente capaz assume na construção da decisão ética que lhe diz respeito. Vimos no capítulo anterior que o seu envolvimento constitui uma fase dessa construção e verificamos agora também que a sua vontade integra o conjunto dos fundamentos éticos da decisão ética de enfermagem, independentemente da idade.

A vontade da pessoa a quem o cuidado se dirige é tida em consideração na construção da decisão ética, constituindo um dos fundamentos, entre outros que são ponderados. Isto significa que a vontade da pessoa tida como não absoluta, é capaz de determinar, por si própria, o agir do enfermeiro. Constitui um elemento a ter em conta, mas nem sempre é o determinante exclusivo da decisão. Há assim um abandono da exclusividade da autonomia individual, adoptando-se uma conduta ética de protecção da pessoa e da humanidade que ela encerra, obrigando a uma ponderação das diversas dimensões da condição humana e não apenas de uma. O enfermeiro não despreza a vontade da pessoa, mas não faz dessa vontade um fundamento que se sobreponha a todos os outros. Numa atitude ética de cuidado, ouve a opinião do Outro, interroga sobre a sua vontade mas não a toma como única razão de decidir. O respeito pela pessoa e pela dignidade humana leva a que o enfermeiro concilie essa vontade com as restantes dimensões da dignidade da pessoa.

A manifestação da autonomia através da expressão da vontade perante um cuidado de enfermagem constitui uma dimensão essencial da dignidade da pessoa humana, mas o

respeito pela vida constitui uma dimensão essencial da personalidade. Ser pessoa implica determinar livremente a vontade e fazer dela, segundo Kant²⁴², *a lei universal*, mas este exercício da liberdade de decidir sobre si apenas se pode concretizar na pessoa viva. Daí que, havendo confronto entre a vontade e o respeito pela vida, como é o caso do pedido de eutanásia, o enfermeiro não fundamenta a sua decisão numa autonomia que pretende extinguir o sujeito da liberdade. Procura pelo estabelecimento de uma relação terapêutica que a vontade – provavelmente afectada pelo sofrimento – ajudar a pessoa a refletir-se e a ponderar as suas escolhas. Fá-lo, porque não considerou a vontade como fundamento absoluto, como de resto não o faz com nenhum outro. O enfermeiro respeita a autonomia kantiana enquanto expressão fundamental da personalidade do outro, mas segue igualmente Kant ao tomar em consideração a pessoa como *um fim*. Do respeito pela vontade incluída numa esfera mais ampla da proteção da pessoa revestida da sua *dignidade intrínseca*, resulta uma decisão fundamentada numa autonomia não absoluta, em que o pretendido por cada pessoa não ultrapassa a dignidade da vida.

Esta atitude harmoniosa que pode ser do ponto de vista abstrato difícil de conseguir, ficou muito bem demonstrada no estudo realizado, em que o respeito pela vontade do sujeito capaz foi tida em conta, mas não permitindo que uma pretensão circunstancial atentasse contra a dignidade humana. O enfermeiro adota na construção da decisão ética um conceito próximo do conceito de acção social de Schmidt²⁴³, ao considerar os efeitos da acção não apenas no sujeito mas também nos outros e assim, um dano na vida atinge não apenas o próprio mas a dignidade da vida em abstrato. Ao ponderar fundamentar a decisão na vontade da pessoa ao seu cuidado, alarga o seu campo de proteção ao não retirar a pessoa do meio social em que se encontra. Um ambiente social que não é apenas instrumental face às necessidades individuais, mas que constitui um sistema humano onde a dignidade da vida deve ser respeitada. O enfermeiro insere assim a sua atividade profissional de cuidado neste respeito pela dignidade da pessoa e da vida humana, ao utilizar a vontade como fundamento não absoluto.

O respeito pela vontade do Outro, implica que a pessoa se encontre em condições adequadas de consciência. Alterações da formação da vontade, devido a estados de

²⁴²Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8. p 33

²⁴³Cf. SCHMIDT, Eberhard – Teoria da Acção Social. Trad. Jorge de Castilho Pimentel. In **Textos de Direito Penal. Tomo II**. Lisboa: AAFDL, 1984. p. 177-205.

doença, de envelhecimento ou à menoridade são realidades com as quais o enfermeiro lida no seu exercício quotidiano. Nestes casos, a vontade da pessoa não pode ser o fundamento para decidir, uma vez que esta não se encontra formada.

Respeitar a autonomia do Outro pressupõe que a pessoa se encontre com capacidade plena de decidir sobre a sua vida. A não ser que, havendo alterações da consciência, não havendo vontade atual, seja possível conhecer a vontade da pessoa anteriormente manifestada. Através da recolha de informação junto dos familiares, por exemplo, é muitas vezes possível conhecer em que sentido a pessoa dirigia e pretende orientar a sua vida, pelo que se torna viável respeitar a vontade anteriormente demonstrada. Em Portugal, o regime jurídico do consentimento em saúde consagra este princípio no artigo 9º da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, ratificada para o Direito interno pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro e pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro.

Do mesmo modo, também no caso das crianças, o regime jurídico português estabelece no nº 2 do artigo 6º da referida Convenção, um princípio que respeita a possibilidade de menor participar nas decisões de saúde. É estabelecido que a criança participe na construção da decisão sobre as intervenções a ela dirigidas, na medida da sua capacidade. A menoridade não surge assim como um limite à participação do próprio em matéria de consentimento em saúde. O respeito pela autonomia individual como princípio ético atualmente consagrado em saúde, levou o legislador a encontrar esta solução legislativa que responde à exigência ética do respeito pela vontade do Outro.

Estes princípios hoje consagrados na lei, ficaram patentes no estudo como aplicados pelo enfermeiro na construção da decisão ética de enfermagem. Com efeito, verifica-se um recurso a familiares para recolher informação sobre a vontade anterior da pessoa, quando esta se encontra impossibilitada de o manifestar no momento. Igualmente se verifica um respeito pela vontade das crianças, sempre que estas expressam uma vontade que surge como adequadamente formada. O respeito pela vontade apresenta-se assim como fundamento que determina a decisão ética do enfermeiro, independentemente da idade ou das limitações circunstanciais da pessoa em causa. Um respeito que não se assume como absoluto, mas que entra na construção da decisão sem afectar a dignidade da pessoa humana.

4.1.3 Respeito pelos princípios e pelos valores da pessoa

A decisão ética de enfermagem lida frequentemente com um fundamento a ter em conta e que se inscreve na autonomia da pessoa, enquanto determinante da sua vontade. Trata-se do respeito pelos princípios e pelos valores que cada um foi tornando seus e que vão influenciando as decisões ao longo da vida. A vida em sociedade e a inevitável influência cultural, a par do desenvolvimento que cada pessoa experimenta, leva à construção individual de um quadro de princípios e de valores que não desaparece quando surge um problema de saúde. Frequentemente as situações mais dolorosas que implicam vivências de sofrimento como as que ocorrem no fim de vida levam a que esse quadro seja questionado, verificando-se mesmo algumas interrogações face ao que socialmente veio sendo assumido. São por vezes as situação-limite em que a fronteira da vida fica ténue que obrigam a uma reflexão mais profunda sobre o que realmente orienta a vida e se colocam em causa alguns princípios e valores que se julgavam sedimentados. O enfermeiro, perante a resolução de um problema ético confronta-se com as certezas e as inquietações do Outro e procura fundamentar as suas decisões no quadro valorativo real da pessoa. Isso exige o estabelecimento de uma relação de confiança muito próxima que permita a entrada no campo mais íntimo da pessoa. Só desse modo se consegue distinguir entre o que pode ser uma vontade socialmente manifestada e a expressão profunda dos princípios e valores de vida.

Respeita-los revela-se assim como a concretização do respeito pelo Outro, pela sua autonomia e pela identidade cultural, mesmo que a decisão coloque em causa os cânones habituais. Ou, com uma aceitação mais difícil, se a vontade fundamentada nesse quadro valorativo contrariar os princípios, os valores ou os deveres profissionais. Neste caso, é necessário um esforço de procura de harmonia que leve a que seja encontrada uma decisão que, não se afastando do respeito pela pessoa, não coloque em risco a ética e deontologia profissionais.

Não sendo possível, coloca-se (mais uma vez) o problema dos limites do respeito por este fundamento que decorre da pessoa em causa. A questão de saber se agir na conformação com os seus princípios e valores colocaria em risco a dignidade humana. Ou seja, uma vez mais a sempre presente situação de conflito na decisão ética de enfermagem entre o respeito pelas convicções individuais e a garantia daquilo a que poderíamos designar por *eticidade* da decisão, ou seja a manutenção da sua natureza ética que obriga, naturalmente, a não violar a dignidade da pessoa humana.

A solução, a ser encontrada no domínio concreto em cada decisão, funda-se na natureza não absoluta da liberdade como claramente aborda Arendt²⁴⁴ em que uma vontade livre para a realização de um determinado ato que deriva da aplicação de princípios ou valores individuais não ultrapassa a fronteira do respeito pela dignidade humana. De outro modo, os princípios e os valores não estariam colocados ao serviço da pessoa e da sua natureza humana. Afastavam-se da sua função fundacional para as decisões de vida, para servir fins retirados da *humanidade* da decisão. E estes, o enfermeiro não tem obrigação de ter em conta, porque isso o afastaria do seu compromisso ético de cuidado. Respeitar os princípios e os valores do Outro significa assim um respeito integral por si, onde estes estão claramente inseridos na humanidade da vida. Implica sobretudo uma adaptação do cuidado, muitas vezes normalizado em baseado em regras gerais e abstratas, a uma pessoa que mantém a sua identidade pessoal íntegra. Dessa identidade fazem parte as razões de princípio e de valor que foram sendo adotadas ao longo do curso da vida e que não são retiradas ao *poder de agir* da cada um. Este poder para agir como o refere Ricoeur²⁴⁵, que utiliza os princípios e os valores como determinantes da vontade, não fica diminuído nas situações de doença. O respeito pela pessoa obriga a uma valoração contínua da sua capacidade para decidir sobre si, a partir da própria valoração ética utilizada por cada um. É deste modo que os princípios e os valores constituem um fundamento para a decisão ética de enfermagem.

4.1.4 O bem para a pessoa

Na procura da intervenção mais adequada perante um problema ético de enfermagem, o enfermeiro encontra também como fundamento ético para a sua decisão, o bem para a pessoa ao seu cuidado. Uma categoria que emerge, não com um sentido abstrato, mas com uma tradução concreta daquilo que se pretende proteger. Este fundamento corresponde a uma proteção da pessoa através de efeitos produzidos pelas ações escolhidas que mostram ser os melhores para garantir essa proteção. O bem traduz-se na garantia da vida, do bem-estar e alívio do sofrimento, dos seus direitos pessoais e no respeito pela dignidade da pessoa. Procurar o bem para cada pessoa, significa agir no

²⁴⁴ARENDR, Hannah – **A Condição Humana**. Lisboa: Relógio D'Água, 2010. Trad. Roberto Raposo. 407p. ISBN 9789727086375. p. 20

²⁴⁵Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 27

sentido da proteção de si, da sua vida e da sua humanidade através de cuidados que satisfazendo as necessidades específicas identificadas, tomam o todo o holístico como foco da intervenção de enfermagem. O bem é alcançado através de uma intervenção que visa não apenas o problema particular, mas pondera a totalidade dos efeitos de bem-estar pretendidos. De tal forma que o objetivo do cuidado decidido ultrapassa o curto domínio do imediato, para passar a uma finalidade mais ampla que contemple as diversas dimensões da pessoa, tendo em vista uma harmonia sistémica traduzida num bem-estar consigo e com os outros, o mais completa possível. Ou, este sentido de bem humano, significa a promoção de uma morte serena quando o fim da vida é inevitável.

Enquanto fundamento para a decisão ética, o bem para a pessoa é utilizado quando uma ausência da capacidade de decidir impede a pessoa de participar na construção da decisão ética. O enfermeiro vê-se confrontado com uma dúvida quanto ao agir mais adequado e encontra-se impossibilitado de obter a vontade da pessoa. A relação de cuidado estabelecida e o sentido profissional da sua conduta obriga a que o enfermeiro encontre uma solução. O dever de cuidado, que se encontra claramente estabelecido no artigo 83º do Código Deontológico português obriga a que haja decisão e a que seja praticada a intervenção que se considera necessária. Este dever de agir leva a que o enfermeiro procure o cuidado que promova o bem para a pessoa, efetivando a sua proteção digna. O enfermeiro suporta-se no seu conhecimento científico mas ao mesmo tempo serve-se do seu sentido ético de cuidado para ponderar e decidir as intervenções que mantenham a vida digna ou permitam uma morte sem sofrimento, se for esse o caso. Na situação concreta, o enfermeiro promove o bem para a pessoa agindo conforme *o que for melhor* para ela, ou seja de acordo com o que a sua situação de saúde/doença implicar como a intervenção se mostre verdadeiramente humana. Humana, no sentido em que garante o respeito integral pela pessoa e pela *humanidade* da sua vida, afastando o sofrimento ou a intervenção que prolongue artificialmente a vida. Humana e responsável, com o sentido de responsabilidade pelo Outro de Ricoeur²⁴⁶, em que as ações dirigidas a outra pessoa visam um assumir total das suas necessidades humanas. Responsabilizar-se pelo Outro ganha assim esta característica de promoção do bem enquanto fundamento essencial para as ações que se lhes destinam. É na medida em que o enfermeiro se responsabiliza pela pessoa ao seu cuidado que se obriga a decidir

²⁴⁶Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p. 54

intervenções que promova o bem para si, fazendo assim da relação de cuidado uma relação essencialmente ética.

Também nos casos em que a intervenção de terceiros – familiares ou outros – afeta a relação de cuidado, trazendo outras perspectivas sobre as decisões a tomar que podem comprometer a defesa da sua dignidade, o bem para pessoa é utilizado como fundamento para a decisão ética de enfermagem. Havendo dúvida sobre se as opiniões dos familiares são de facto as melhores para a pessoa ao cuidado do enfermeiro, este decide segundo o que considera promover o bem para a pessoa. Assume o seu papel profissional, chamando a si a proteção da pessoa por quem se responsabiliza. O seu sentido ético sobre a vida e a dignidade humana, permitem-lhe avaliar a situação real em que a pessoa se encontra e escolher as intervenções que lhe promovam o melhor conforto possível.

Esta promoção do conforto que em Kolcaba²⁴⁷ constitui a principal finalidade da enfermagem, pode configurar um fim pretendido, sobrepondo-se a outros cuidados mais imediatamente terapêuticos, como acontece no fim de vida, por exemplo. Procurar o conforto, pode assim constituir a materialização do bem para a pessoa, em vez de uma intervenção que se mostre excessiva, mas que os familiares acreditam ser a necessária. O respeito pela pessoa e ao mesmo tempo a promoção de uma agir terapêutico também com os familiares, implica que a escolha das intervenções procure o bem verdadeiro e não um falso fim não correspondente ao estado da pessoa em causa.

O bem para a pessoa constitui um fundamento ético que é sobretudo utilizado quando a pessoa não pode ela própria escolher o que quer para si. Mas pode igualmente suportar decisões em que a dignidade humana seja colocada em causa mesmo pelo próprio. É o bem no sentido da humanidade da vida e do respeito pela personalidade de cada um que é tido em conta, procurando-se intervenções que respeitem a vida e a sua dignidade.

4.1.5 O princípio da não-maleficência

Na escolha das intervenções que respondam a um problema ético verificado, o princípio da não-maleficência constitui também um fundamento tido em conta. O enfermeiro

²⁴⁷Cf. TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem.** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. Trad. Ana Rita Albuquerque. ISBN 972-8383-74-6. P 484

decide com base naquilo que não prejudica a pessoa ou que a possa afetar negativamente. A decisão procura que os efeitos da ação realizada não causem danos à pessoa, evitando assim o mal para ela.

Independentemente de uma intervenção ter sido pedida pelo próprio ou sugerida por um familiar, o enfermeiro decide não concretizá-la se antever que isso implica um efeito negativo para a pessoa. Um efeito que prejudique a sua integridade física, que agrave o seu sofrimento que coloque em risco o seu bem-estar ou mesmo a sua vida. Consequências desta natureza não são boas para a pessoa em causa, como o não são para qualquer ser humano. São resultados de intervenções que violariam a dignidade humana e como tal não são, por princípio, executadas.

Noutro domínio incluem-se as intervenções que podem mostrar-se numa pessoa eticamente adequadas, mas provocarem dano noutra. Neste caso, não é a intervenção em si que é má, mas o efeito específico causado naquela pessoa em concreto que não é bom. A especificidade da situação e o estado atual da pessoa obriga a um agir também especial em que o comum das intervenções pode revelar-se desadequado. A proteção da pessoa tendo em conta a sua especial vulnerabilidade e as suas necessidades reais, exige do enfermeiro um planeamento de intervenções que não sejam danosas. Não provocar dano, pode ser assim o principal fundamento utilizado para a decisão ética de enfermagem.

Incluem-se neste conceito de dano que pretende evitar-se, um conjunto de efeitos que afectariam a pessoa e a sua dignidade. Pode ser causador de dano a violência de vontade a ausência de envolvimento da pessoa na construção da decisão. Pode também originar dano o não-respeito pelos direitos ou pelos legítimos interesses da pessoa. A manutenção de funções vitais em situação de fim de vida, prolongando o sofrimento é igualmente uma situação danosa. Uma intervenção violenta numa criança que implique memórias negativas sobre os cuidados de saúde, pode também constituir um dano para essa criança.

Evitar estas consequências que atentam contra a dignidade da pessoa, deixando de considerá-la como um *fin em si mesmo* como postula Kant²⁴⁸, revela-se assim como uma forma de cumprir este fundamento. Decidir no respeito pela dignidade humana, leva a que se evitem os efeitos nefastos que uma intervenção poderia causar. No fundo,

²⁴⁸Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8 p. 68

decidir pelo princípio da não-maleficência apela à natureza ética do cuidado de enfermagem que deve eliminar, aliviar e nunca promover o sofrimento.

4.1.6 O respeito pela vida e pela qualidade de vida

A vida humana constitui o foco central de proteção da enfermagem. Os cuidados de enfermagem dirigem-se à pessoa e à satisfação das suas necessidades próprias da sua idade e do seu estado de saúde/doença e nessa medida a pessoa constitui o objeto do cuidado. Em alguns domínios, pode não ser a pessoa o objeto imediato da intervenção de enfermagem, mas esta surge como finalidade a quem os cuidados são dirigidos. É o caso da gravidez em que a pessoa se encontra em formação ou da saúde comunitária em que algumas intervenções podem ter o ambiente como foco imediato. Mas como fim último ou, de outro modo, como razão da intervenção profissional do enfermeiro, encontra-se a pessoa. A pessoa existe com vida e considerar a pessoa destinatária do cuidado significa respeitar a sua vida.

Os cuidados de enfermagem asseguram a proteção da vida de uma pessoa, mas podem também ser considerados como garantes da vida em geral. Desde logo porque a relação de cuidado estabelecida com uma pessoa ao protegê-la está a promover a vida como valor supremo. Promover o desenvolvimento do Outro e dos seus projectos de saúde significa enaltecer a vida humana, colocando-a como fundamento ético essencial na relação de cuidado.

A ação da enfermagem, tem a proteção vida como horizonte, independentemente das intervenções concretas que são realizadas. Quer na promoção da saúde, na prevenção da doença, no cuidado terapêutico ou na reabilitação, a enfermagem promove a proteção da vida humana. É nessa medida que a vida, constitui o fundamento ético para a decisão de enfermagem.

O enfermeiro, perante a resolução de um problema ético, decide as intervenções que assegurem a vida, que não a coloquem em risco. Procura prestar o cuidado que suporte a vida da pessoa, utilizando para isso os variados recursos que a tecnologia coloca ao seu dispor. Havendo risco de dano para vida, abstem-se de agir, mesmo que seja essa a vontade da pessoa. Fa-lo na defesa da vida daquela pessoa mas age também desse modo, colocando a vida como valor superior que não deve ceder a favor de outras convicções.

De outro modo, não coloca a vida como valor absoluto, à luz do qual toda a intervenção deveria, por todos os meios, manter a pessoa viva. Defende a vida sempre que isso signifique promover a dignidade da pessoa e da vida humana. Decide com base no respeito pela vida, mas mantendo o sentido ético da decisão de enfermagem que procura sempre salvaguardar a dignidade da pessoa humana.

Nas situações de fim de vida, em que a morte se revela inevitável, a decisão de enfermagem não se funda cegamente no respeito pela vida. Respeitar a pessoa significa sobretudo respeitar a natural finitude da vida e passar ao cuidado paliativo, quando a morte se aproxima. A intervenção escolhida não se isola para um campo terapêutico específico em que um objetivo particular poderia ser alcançado, mas procura um fundamento ético que tenha a pessoa como foco de proteção central. O respeito pela vida surge aqui no seu sentido metafísico levando a que a decisão de enfermagem assegure que aquela pessoa em concreto termine serenamente a sua vida.

É com este sentido ético de respeito pela dignidade da vida humana que a teoria de enfermagem se refere à vida. As diversas filosofias teóricas e modelos de enfermagem²⁴⁹ ao considerarem a vida como dimensão essencial do cuidado, abordam em simultâneo a promoção da vida e a garantia de uma morte digna. A defesa da vida surge associada à defesa da dignidade da pessoa que experimenta a morte como etapa final da vida. Promover a vida, como o aborda Collière²⁵⁰, implica a prestação de cuidados que suportem o funcionamento do corpo e mantenham a pessoa em relação, no respeito pelo natural ciclo vital e na aceitação da doença que pode provocar a morte. A promoção da vida, neste sentido com que a enfermagem o tem construído, faz-se no respeito pela vida vivida pela pessoa e pelo seu curso natural do começo ao fim.

O respeito pela vida enquanto fundamento ético para a decisão de enfermagem emerge com estas características. Leva a que o enfermeiro decida a intervenção que mantenha a vida da pessoa em causa se essa manutenção estiver garantir o respeito pela humanidade da vida. Caso contrário, este fundamento dá lugar a outro que se adequa à defesa da dignidade que se pretende garantir. Decidir no respeito pela vida não constitui assim um fundamento absoluto, desde logo porque a vida também não é ilimitada. Escolher o agir

²⁴⁹Como as analisadas em TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. Trad. Ana Rita Albuquerque. ISBN 972-8383-74-6.

²⁵⁰Cf. COLLIÈRE. Marie-Francoise – **Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. 3ª tiragem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e Lidel: Lisboa, 1999. 385 p. Trad. Maria Leonor Braga Assis. ISBN 972-757-109-3

no respeito pela vida significa sobretudo assegurar o cuidado que concilie o valor supremo da vida com a inevitabilidade da morte.

Se manter a vida constitui um fundamento para a decisão ética de enfermagem, respeitar a qualidade da vida surge igualmente como uma razão de decidir perante um problema ético. O enfermeiro procura defender a vida, mas não a todo o custo. As intervenções visam não apenas manter a pessoa viva, mas permitir que a pessoa encontre uma qualidade adequada à sua situação atual. Pode não ser possível a recuperação dos modos de vida habituais que correspondem à qualidade da vida que a pessoa considera. A forma de viver pode ser alterada momentânea ou definitivamente em função dos problemas de saúde/doença que surgiram. O padrão anterior pode mesmo não ser mais possível, se o acontecimento foi brusco e violento, afetando as regulares atividades de vida da pessoa. Todavia, tal não significa um abandono da promoção da qualidade de vida, uma vez que o ser humano tem a capacidade de adaptar-se a novas realidades. É dever do enfermeiro ajudar esses processos de adaptação, levando a pessoa a encontrar modos diferentes mais igualmente harmoniosos.

Decidir em enfermagem implica assim esta procura da qualidade possível para a pessoa que precisa dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro, responsabilizando-se pela manutenção da qualidade de vida da pessoa ou colaborando na construção do novo padrão de qualidade de vida, toma decisões de cuidado no sentido da promoção da vida em cada situação específica. Pode procurar corresponder ao cumprimento dos hábitos adquiridos, como pode facilitar a aquisição de rotinas de vida que promovam a felicidade da pessoa. Em qualquer circunstância, é o respeito pela pessoa e pela sua identidade que determina as escolhas, tendo em conta que a qualidade de vida assume uma dimensão sobretudo subjetiva. A qualidade que o enfermeiro respeita pode não corresponder a um padrão culturalmente aceite, com alguns indicadores medíveis como o refere Magalhães²⁵¹ mas depende sobretudo da valoração pessoal de cada um sobre os seus modos de vida. O enfermeiro lida assim com a *multiculturalidade* aqui manifestada naquilo que cada pessoa entende como a sua qualidade de viver. A qualidade de vida que o enfermeiro utiliza para fundamentar a decisão ética depende sobretudo do conhecimento que obteve do modo de vida da pessoa e daquilo que o torna feliz. As intervenções que decide realizar procuram respeitar esse padrão individual.

²⁵¹Cf. MAGALHÃES, Vasco Pinto – Qualidade de Vida: Desafio e Ambiguidades. In ARCHER, Luis et al – **Novos Desafios á Bioética**. Porto: Porto Editora, 2001. ISBN 972-0-06036-0. p. 222-224

4.1.7 A promoção do bem-estar e o alívio do sofrimento

A promoção do bem-estar é assumido atualmente como um objetivo importante em saúde, tendo a reflexão ética neste domínio contribuído para a análise de diversos aspectos dos cuidados de saúde que nem sempre foram tidos em conta durante o lento desenvolvimento dos séculos passados e a intensa evolução científica e tecnológica do recente século XX. O bem-estar passou a integrar o conceito de saúde e constitui preocupação para os profissionais de saúde a par das suas motivações terapêuticas. O forte desenvolvimento da enfermagem durante o século passado terá também contribuído para esta realidade, na medida em que intensificou a dimensão humana dos cuidados de saúde. Contribuir para o bem-estar das pessoas constitui assim um objetivo que se insere na dimensão ética que os cuidados de saúde inevitavelmente implicam. Para além do fim terapêutico imediato que tem em vista a resolução de um problema de saúde/doença, os cuidados de saúde destinam-se à pessoa na sua totalidade onde um equilíbrio harmonioso corresponde ao conceito de bem-estar.

A enfermagem, através do cuidado participa desta preocupação colocando o bem-estar como uma finalidade ética como o considera Nunes²⁵². O bem-estar surge assim como o fim último dos cuidados de enfermagem, ou seja o estado para onde devem concorrer as intervenções realizadas. Como efeito global e final do cuidado, a pessoa deve sentir bem-estar segundo a sua própria percepção e tendo em conta a sua perspectiva de vida. O que significa que, mais uma vez que lidamos com um conceito subjetivo, que obriga o enfermeiro a conhecer a pessoa que toma ao seu cuidado. É deste conhecimento pessoal que deriva a sua capacidade para decidir em função dessa finalidade, tomando o bem-estar como fundamento da decisão ética. Pretende alcançá-lo e faz dele a base para a sua decisão escolhendo as intervenções que o promovem. É nesta medida que utiliza o bem-estar como fundamento na decisão ética de enfermagem.

A promoção do bem-estar determina assim algumas escolhas do agir do enfermeiro, em situação problemática. Na dúvida sobre qual ação realizar decide-se por aquela que produza na pessoa um estado de tranquilidade consigo e com o meio exterior. A opção pelo bem-estar leva o enfermeiro a procurar o cuidado que produza conforto e alivie o

²⁵²Cf. NUNES, Lucília – A Especificidade da Enfermagem In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8

sofrimento, ajudando a pessoa a lidar com uma condição que pode ser particularmente insegura. Promover o bem-estar é por isso ajudar na consolidação de um ambiente seguro e terapêutico onde a pessoa se sinta protegida e digna.

Aliviar ou dissipar o sofrimento constitui assim um fim que se interliga com este fundamento da promoção do bem-estar. A decisão de enfermagem tem por base ética um objetivo terapêutico mais específico que é o de pôr termo a qualquer forma de sofrimento que afeta a pessoa. O bem-estar é assim alcançado através da eliminação ou do alívio do sofrimento que afecta negativamente a pessoa.

O sofrimento frequentemente traduzido em dor física intensa e por vezes crónica, fazendo parte de inúmeras situações de doença, não é hoje um mal não evitável. O conhecimento científico das diversas ciências da saúde onde a enfermagem se insere, permite lidar com a dor e o sofrimento que ela provoca. Tratar a dor diminuindo fortemente a sua intensidade ou mesmo eliminando-a é hoje possível e constitui um avanço terapêutico com a maior relevância ética. É que passou a ser possível aliviar o sofrimento causado pela dor, permitindo que algumas pessoas com determinadas doenças, mantenham a esperança de viver com uma qualidade de vida aceitável. Este alívio do sofrimento contribui, desta forma, para a promoção da dignidade da vida ao tornar possível que as pessoas não abandonem a sua condição de ser humano que estados de grande sofrimento podem originar.

Em diversas situações e sobretudo nos casos de fim de vida, intervir no sentido do alívio do sofrimento constitui assim uma motivação fundamental em enfermagem. O enfermeiro, encontra na promoção do bem-estar um fundamento ético da maior importância para as suas decisões de cuidado. A deliberação, que segundo Aristóteles²⁵³ permite a escolha entre diferentes alternativas, leva a uma opção pelo alívio do sofrimento fundamentando-se aí a decisão de cuidado. A escolha dos *meios* como o filósofo considera visam atingir esse fim que se revela de maior respeito pela pessoa naquele momento. Procura-se atingir o bem-estar através do alívio do sofrimento e esse fim passa a constituir o fundamento para a decisão ética. A pessoa ganha assim maior relevância do que outros objetivos mais concretos que podiam ser legítimos do ponto de vista do padrão terapêutico, mas numa determinada pessoa pode corresponder a uma intervenção excessiva sem nenhuma razão ética. Deste modo, promover o bem-estar

²⁵³Cf. ARISTÓTELES – *Ética a Nicómaco*. Trad. de António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004. ISBN 972-564-622-3. p. 65

contribui inequivocamente para a promoção e defesa da dignidade humana, horizonte supremo dos cuidados de enfermagem em qualquer circunstância.

4.1.8 A proteção da saúde

Em determinados problemas éticos, a saúde de alguma pessoa pode encontrar-se ou ficar colocada em risco, em resultado de um acontecimento que passou a ser conhecido. O enfermeiro, na posse dessa informação, sigilosa por natureza, uma vez que diz respeito a outra pessoa, tem que decidir sobre que intervenção realizar. Ou, perante uma pessoa que não tem ainda conhecimento pleno da sua situação de saúde/doença, pode ver-se obrigado a decidir sobre algum cuidado que seja estranho para o próprio em função do seu nível de conhecimento sobre a sua saúde.

São exemplos de situações problemáticas em que a decisão de enfermagem lida com a incerteza e não é fácil encontrar a solução eticamente adequada. O respeito pela pessoa e pela sua dignidade obrigam a uma ponderação das várias dimensões que podem sair afetadas com a decisão de cuidado. Uma tal situação implica que o enfermeiro use a *prudência* de Ricoeur²⁵⁴ para ponderar a decisão em função das consequências nefastas que poderiam ocorrer. Pela *prudência* o enfermeiro consegue antever os maus resultados e construir a sua decisão com base em fundamentos adequados. A proteção da saúde da pessoa com quem o enfermeiro tem estabelecida a sua relação de cuidado ou dos seu familiares constitui o fundamento que garante o respeito pelos vários direitos em jogo. Proteger a saúde de uma ou de outra pessoa, pode revelar-se um imperativo ético para evitar danos que dificilmente seriam reparáveis.

O sentido ético da utilização deste fundamento consiste assim na prevenção do dano, decidindo-se pela intervenção de enfermagem que evite riscos para a saúde. Prevenindo um dano conhecido, o enfermeiro age com base na responsabilidade que assumiu pelo Outro ao estabelecer a relação de cuidado profissional. Responsabilizar-se pelo Outro, com o sentido que Ricoeur²⁵⁵ lhe deu, leva o enfermeiro a considerar a prevenção do dano inserida na esfera de proteção da pessoa, na eminência de que os efeitos verificados podiam afetar a sua saúde e a sua vida. Agir no sentido de proteger a saúde por via da eliminação dos riscos constitui assim um agir ético que promove, mais do

²⁵⁴Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186

²⁵⁵ Idem, p. 27

que a proteção da saúde, eleva o respeito pela vida humana e pela dignidade daquela pessoa.

A proteção da saúde surge assim associada à vida humana como uma dimensão essencial. Intervir na defesa da saúde do Outro, constitui um agir que promove e defende a vida.

Nestes termos a saúde é tido como um direito humano, uma vez que se encontra associado à personalidade de cada um. A vida e nomeadamente a vida de relação, fica predominantemente afetada quando a doença se instala, o que corrobora este postulado. A saúde é necessária para uma vida digna que permita a cada pessoa desenvolver-se e intervir positivamente no mundo que a rodeia. A saúde favorece a relação com os outros e o desempenho dos diversos papéis sociais que tornam a pessoa realizada. É neste sentido que a proteção da saúde constitui um direito ligado à dignidade humana de cada pessoa. Daí que, cada um, ou seja cada Outro, assume o dever de promover essa proteção, como de resto a Declaração Universal dos Direitos Humanos, enquanto dispositivo jurídico a que os Estados se obrigaram, determina no seu artigo 25º, ainda que de uma forma não muito convicta. Ao enfermeiro cabe assumir este dever como inerente à sua actividade profissional, concretizando-o na utilização como fundamento para a decisão ética de enfermagem. A intervenção que daí resulta, ao impedir que os danos para a saúde se concretizem, contribui para a qualidade de vida da pessoa em causa. E deste modo, ao promover o bem-estar evitando distúrbios na saúde, favorece igualmente o desenrolar do curso natural da vida, sem desequilíbrios nefastos.

4.1.9 O princípio da justiça

A justiça enquanto princípio orientador para a ação constitui também um fundamento para a decisão ética de enfermagem. O princípio da justiça revela-se segundo o conceito aristotélico²⁵⁶ de equidade levando o enfermeiro a decidir tendo em conta o caso concreto. Decidir com base neste princípio obriga o enfermeiro a conhecer as necessidades da pessoa a quem a intervenção se dirige e agir no sentido das suas necessidades, adaptando o padrão regular de cuidado a essas necessidades específicas. Um juízo de equidade leva assim a um agir que se afasta da regra, que responde ao cuidado a que aquela pessoa tem direito naquelas circunstâncias concretas. Uma

²⁵⁶Cf. ARISTÓTELES – *Ética a Nicómaco*. Trad. de António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004. ISBN 972-564-622-3

ponderação no sentido do *cuidado justo* como o considera Vieira²⁵⁷, determinado e prestado com compaixão e solicitude, a um Outro que sofre. Sobretudo perante um sofrimento presente, a justiça concretiza-se através do cuidado presente em que a essência da relação de cuidado reside na *humanidade* dessa relação. A presença do enfermeiro no tempo que for preciso ao Outro constitui o principal recurso de cuidado, permitindo a segurança e a confiança necessária para o desenrolar do processo terapêutico. Agir com justiça é assim atender ao que a pessoa precisa, na medida em que ela precisa, no tempo que ela precisa.

No caso particular da transmissão de informação à pessoa-cliente e aos seus familiares, decidir com fundamento na justiça permite a resolução de problemas éticos complexos que surgem neste domínio. O problema da verdade e da transmissão com base neste valor origina interrogações sobre o modo de agir no sentido da protecção das pessoas. Dizer a verdade quando ela não é boa notícia, tem um efeito na pessoa e no seu estado de saúde que é previsível para o enfermeiro. Transmitir informação com base numa verdade absoluta que determinasse o fornecimento de toda a informação conhecida, sendo ela má, seria uma agir desadequado do ponto de vista profissional. É esperado que um profissional de saúde e particularmente o enfermeiro que exerce no seio de uma relação *cuidativa*, aja de modo a não provocar danos ou pelo menos que atue no sentido de um lidar gradativo com as más notícias. É aqui que conflitua o valor verdade com o princípio da justiça, na transmissão de informação de enfermagem.

O enfermeiro resolve este conflito utilizando como fundamento para decidir o valor verdade e justiça que concilia os dois fundamentos que pareciam conflitar. Fa-lo, no caso português, de acordo com o seu Código Deontológico, que estabelece como valor profissional “*a verdade e a justiça*”²⁵⁸ e prescreve que relativamente à transmissão da informação o dever de “*atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo individuo em matéria de cuidados de enfermagem*”²⁵⁹.

Utilizando como fundamento a verdade em ligação com a justiça, o enfermeiro adapta a transmissão da informação as necessidades da pessoa em causa, fornecendo-lhe a informação com que ela consegue lidar naquele momento. Através de um juízo de

²⁵⁷Cf. VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2007. 160 p. ISBN 972-54-0146-8. P. 114-119

²⁵⁸Cf. Alínea c) do nº 2 do artigo 78º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro

²⁵⁹Cf. Alínea c) do artigo 84º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

equidade fornece a informação adequada ao seu estado de convivência com a doença e à sua capacidade de lidar com ela.

Tratando-se de terceiros à relação de cuidado, como acontece no caso dos familiares, a decisão justa sobre que informação fornecer obriga a uma ponderação do dever de sigilo. A decisão resultará da conciliação entre o respeito pela guarda do segredo da informação da pessoa-cliente e as necessidades que os seus familiares apresentam. Agir com fundamentos de equidade neste domínio implica assim o estabelecimento de limites à transmissão da informação aos familiares, de modo a proteger a intimidade da pessoa.

Nos restantes domínios, fundamentar a decisão no princípio da justiça obriga a um juízo de ponderação entre a igualdade do padrão considerado adequado e a especificidade das necessidades da pessoa ao nosso cuidado. Um juízo ético na medida em que visa a proteção da pessoa e da sua dignidade, mais do que o cumprimento ou adaptação da regra. Uma ponderação que implica também uma antevisão dos efeitos das intervenções de modo a manter o respeito pela dignidade da pessoa ou das pessoas envolvidas, fazendo com a decisão justa seja, naturalmente, uma decisão digna.

4.1.10 A confiança

A confiança constitui também um fundamento para a decisão ética de enfermagem. A confiança que se estabelece na relação de cuidado entre o enfermeiro e a pessoa que permite considerar este como aquele que se confiou ao seu cuidado, como o aborda Nunes²⁶⁰. Entregar-se ao cuidado do enfermeiro, sempre que essa entrega é voluntária, constitui uma manifestação da confiança que se deposita neste profissional da saúde e do cuidado. Uma manifestação de confiança que corresponde a uma manifestação de fé, como o considera Isabel Renaud²⁶¹. A fé que a pessoa tem relativamente ao enfermeiro de que este age no sentido da sua proteção e a defesa da sua dignidade. A confiança que determina que o enfermeiro aja tendo em conta a fé depositada.

Na relação de cuidado de enfermagem a confiança ganha contornos particularmente sensíveis, porquanto verifica-se uma quase entrega total da pessoa ao cuidado do enfermeiro. São partilhadas informações sobre si e sobre a sua vida de relação, sobre os

²⁶⁰Cf. NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 353

²⁶¹Cf. RENAUD, Isabel – A Confiança. In **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. Nº 34. (Junho.2010). p. 9-17

seus antecedentes de saúde, que originam no enfermeiro o dever de guardar essa informação em segurança²⁶². Do mesmo modo, há uma entrega do corpo despido que pode assim ser observado (vezes sem conta) por um estranho. Há uma intromissão no seu corpo, em locais que nem o próprio conhece. E há ainda uma partilha dos medos e angústias assim como dos desejos e vontades relativas a si e aos que lhes estão próximos nas relações familiares e de amizade. Uma relação com esta proximidade implica uma confiança da pessoa face ao enfermeiro, do mesmo modo que este espera boa-fé da sua parte.

Na decisão ética, a confiança que a pessoa depositou no enfermeiro é utilizada como fundamento, levando este agir tendo em conta o *pacto* estabelecido. A intervenção a realizar garante os acordos de cuidado que emergiram da relação entre os dois e das promessas que ambos fizeram um ou outro. Cumprir o prometido constitui assim uma forma de manter a confiança.

Nos casos de dificuldade de decidir face a um acontecimento novo então verificado e tendo sido confiada determinada informação confidencial que revelar-se como eventualmente necessária, a confiança é chamada a fundamentar a decisão ética. Perante o dever de sigilo que o Código Deontológico do Enfermeiro português estabelece no seu artigo 85^o²⁶³, o enfermeiro, num apelo à confiança da relação de cuidado que permanece, decide manter guardado o segredo da informação que recolheu. Ou no caso do pedido de uma pessoa externa à relação sobre vontades da pessoa-cliente, também a confiança determina que o enfermeiro se abstenha de fornecer essa informação para fora da relação de cuidado.

A proximidade com que as pessoas se entregam ao cuidado de enfermagem permite a entrada do enfermeiro na esfera íntima da pessoa e desse modo recolher informação que de outro modo não teria acesso. O trabalho em complementaridade do enfermeiro, obriga-o a partilhar informação com os outros profissionais de saúde, quando esta partilha se mostre necessária para o plano terapêutico comum. Também aqui o enfermeiro precisa garantir a confiança que alicerça a relação de cuidado com a pessoa. Em concreto precisa ver garantido o dever de sigilo por parte dos outros membros da equipa de saúde, de modo a manter circunscrita a partilha da informação de saúde da pessoa.

²⁶²Como o analisamos em: DEODATO, Sérgio – Segurança da Informação em Saúde. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1649-2629. Nº 34. (Junho.2010). p. 41-46

²⁶³ Cf. Artigo 85º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro

Em todos os casos, fundamentar a decisão na confiança implica o uso da *prudência* aristotélica²⁶⁴ para encontrar a intervenção que evite danos para a pessoa. Implica não destronar a fé que está na base da entrega ao cuidado, agindo no respeito pela palavra dada.

4.2 Fundamentos deontológicos

A ponderação da decisão ética de enfermagem inclui diversos fundamentos que podem ser utilizados como suporte de legitimação para a intervenção a realizar. Nesta diversidade, inserem-se os deveres do enfermeiro, acrescentando assim a dimensão deontológica na construção da decisão de cuidado perante um problema ético. Na procura da melhor decisão quanto ao cuidado a prestar, o enfermeiro encontra nos seus deveres deontológicos, uma base para justificar a sua ação.

No seu exercício profissional o enfermeiro lida com diversos deveres que deve respeitar e que se inserem em domínios diferentes, consoante são também diversas as dimensões da prestação de cuidados profissionalizada. Os deveres enquanto trabalhador por conta de outrem se exerce numa organização de saúde e está sujeito às regras do seu funcionamento. Os deveres gerais como profissional de saúde oriundos do Estado e das demais entidades reguladoras da saúde e da enfermagem. Os deveres deontológicos, próprios da sua relação de cuidado com as pessoas, inscritos no seu Código Deontológico. São deveres que se impõem externamente ao enfermeiro, que resultaram de preceitos normativos provenientes de quem exerce o poder regulador ou regulamentar na saúde. Obrigam o enfermeiro enquanto agente que assumiu um papel profissional e aceitou as condições do seu exercício. Ao aceitar as regras de funcionamento organizacional, o enfermeiro obriga-se aos deveres que lhes estão inerentes e, no caso dos deveres institucionais, estabelecidos para qualquer profissional que assumira esse papel.

Para além destes deveres, que se impõem por aplicação da norma jurídica, o enfermeiro lida ainda com obrigações decorrentes do compromisso contratual que pode ter assumido com uma pessoa (família ou comunidade) no âmbito de um exercício em regime liberal. As obrigações que nascem do contrato – independentemente da sua

²⁶⁴Cf. ARISTÓTELES – *Ética a Nicómaco*. Trad. de António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004. ISBN 972-564-622-3

forma verbal ou escrita – fruto das negociações que levaram ao acordo para o estabelecimento de uma relação de cuidado.

Substancialmente os deveres consagrados em norma jurídica e as obrigações decorrentes de contrato são a mesma realidade obrigacional, correspondendo a compromissos de agir que livremente o enfermeiro se obrigou. Quer os deveres inscritos em lei²⁶⁵ quer as obrigações contratuais constituem imposições para o exercício profissional, por se tratarem de regras que se julgam necessárias ao agir profissional de enfermagem. Contudo, formalmente, a distinção conceptual clarifica a sua origem e permite prever as consequências jurídicas para o seu incumprimento, havendo algumas diferenças a registar.

Dos diversos deveres profissionais, os deontológicos são os ganham maior relevância na decisão ética de enfermagem. São os deveres que se constituem com uma base ética de sustentação, colocando a pessoa cliente do cuidado, no centro da proteção profissional. Os deveres deontológicos existem pela necessidade de manter protegida a pessoa, os seus direitos e a sua dignidade em todo o ato de cuidado. São deveres que encontram no Outro que sofre como diria Vieira²⁶⁶, num Outro vulnerável mas autónomo, a fundamentação ética para a sua existência. E é devido a essa esfera de proteção que reside na pessoa que se confia ao cuidado, que se impõem como obrigatórios.

Sendo deontológicos nascem da própria profissão e decorrem dos alicerces éticos que os enfermeiros vão construindo ao longo do tempo. Adaptam-se ao evoluir da sociedade respondendo às novas exigências do tempo, mas, do mesmo modo, conservam a sua natureza ética que reside na defesa da dignidade da pessoa humana. A sua interpretação, visando a sua aplicação no exercício profissional do quotidiano em cada relação de cuidado permite densificar as normas prescritivas dando-lhe sentido concreto através de identificação de enunciados de agir²⁶⁷.

Os deveres deontológicos do enfermeiro constituem a categoria de deveres que se suportam na fundamentação ética que a enfermagem vai construindo através da sua análise reflexiva sobre o agir profissional do enfermeiro na sua relação profissional com as pessoas. Decorrem e realizam-se no seio desta relação intersubjectiva cuja especificidade resulta da sua finalidade de cuidado.

²⁶⁵ Considerando aqui *lei* em sentido amplo, podendo tratar-se de qualquer diploma jurídico com carácter vinculativo.

²⁶⁶ Cf. VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2007. 160 p. ISBN 972-54-0146-8. P. 115

²⁶⁷ Como o demonstramos em: Deodato, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Edições Almedina, 2008. 194 p. ISBN 978-972-40-3401-0

São estes deveres que constituem fundamento para a decisão ética de enfermagem, em qualquer contexto de cuidado onde o problema ocorre. Reveste esta característica de universalidade face à relação profissional de enfermagem, o que não significa um padrão rígido de conduta. Com efeito, o carácter abstrato da norma do dever permite uma adaptação concreta em cada relação de cuidado, respeitando assim aquela pessoa e as suas necessidades de cuidados.

Deste modo, o dever deontológico permite a escolha da intervenção que se situe no seu campo de proteção. Agir no respeito por um dever deontológico significa cumprir o seu enunciado de conduta aplicado à pessoa e às circunstâncias atuais em que o problema ético ocorre. Significa igualmente uma escolha do cuidado que respeite a fundamentação ética do dever e a interpretação que o agente faz dela naquele contexto específico. O dever, constituindo a razão de decidir, constitui o fundamento deontológico para a ação, trazendo ao palco do acontecimento os princípios e os valores que lhe dão suporte.

A utilização do dever deontológico como fundamento para a decisão ética de enfermagem constitui a utilização de uma parte do todo que a deontologia de enfermagem portuguesa hoje integra. Com efeito, se os deveres correspondem ao essencial da deontologia, esta inclui ainda princípios e valores que fundamentam a ação do enfermeiro. Princípios, valores e deveres compõem assim a deontologia portuguesa atual formando um sistema valorativo organizado harmoniosamente. No conjunto este conjunto tripartido constitui o Código Deontológico que se encontra juridicamente consagrado enquanto parte integrante do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, dos artigos 78º ao 92º do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. O Código Deontológico do enfermeiro português assume assim desde 1998 uma natureza jurídica que o inclui no sistema jurídico do país, obrigando a uma articulação sistémica e hierárquica com as demais leis do Estado. Mas, o Código Deontológico, com os princípios, os valores e os deveres profissionais, constitui apenas uma parte da deontologia. Esta, integra ainda os direitos do enfermeiro, consagrados no artigo 75º da referida lei, os *deveres em geral* no artigo 76º e as incompatibilidades com o exercício de enfermagem no artigo 77º. A deontologia de enfermagem atual consiste neste conjunto normativo que inclui direitos dos enfermeiros, princípios, valores e deveres para com a pessoa e atividades profissionais que se julgam de exercício incompatível com a enfermagem. Um sistema que, apesar das diferentes disposições normativas com os seus objetivos específicos, se fundamenta

na mesma premissa ética, que é a defesa da dignidade humana. Com efeito, quer o exercício dos direitos quer o cumprimento dos deveres, têm como fundamento ético comum, a salvaguarda da dignidade da pessoa humana através do respeito pelos seus direitos em cada relação de cuidado de enfermagem.

Deste modo e com esta perspectiva sistémica da deontologia de enfermagem, utilizar os deveres como fundamento deontológico para a decisão ética de enfermagem, ultrapassa o mero cumprimento dos deveres considerados. Significa respeitar o normativo do dever inserido na sua esfera ética mais ampla onde os princípios e os valores profissionais assim como os direitos das pessoas protegidos se incluem. O dever, enquanto fundamento para a decisão de cuidado, surge envolto na sua base ética demonstrando assim o campo de proteção de onde emergiu. Quando o enfermeiro recorre a um dever deontológico para justificar a sua ação, coloca no centro da sua preocupação a pessoa e os seus direitos, escolhendo a intervenção que respeita este acervo ético. O dever não encerra em si mesmo a orientação para a conduta, antes constitui-se como uma manifestação normativa num domínio que a ética de enfermagem visa proteger. Ao mesmo tempo constitui igualmente uma densificação dos princípios jurídicos do país, em cujo sistema se inclui, onde a dignidade da pessoa humana assume valor estruturante, ao encontrar-se consagrado no artigo primeiro da Constituição da República Portuguesa. Uma harmonia ética e jurídica que também encontra eco na deontologia, uma vez que este princípio está igualmente plasmado na primeira norma do Código Deontológico, no nº 1 do artigo 78º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

O enfermeiro ao utilizar os seus deveres deontológicos como fundamento para a sua decisão ética consagra o cumprimento da sua deontologia profissional. Aplica na sua decisão de cuidado, os normativos deontológicos que se lhe são prescritos. Contudo, faz-lo numa atitude ética de construção do seu dever e não apenas em cumprimento estrito da regra imposta. Toma a seu cargo a obrigação kantiana²⁶⁸ de construir a sua própria *lei* a partir da qual orienta as suas ações. O dever nasce de si, formando-se na sua vontade, quando toma conhecimento com um problema que afeta a pessoa. O seu sentido ético de proteção da pessoa e a verificação das suas necessidades faz nascer no enfermeiro a

²⁶⁸Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8. p 33

obrigação de agir através da prestação do cuidado adequado. A razão determina o dever de agir.

O enfermeiro enquanto pessoa livre e capaz de se auto-determinar como verificamos em Kant²⁶⁹ e no uso da sua capacidade para agir com base na sua intenção, dando vida ao seu *poder para agir* que encontramos em Ricoeur²⁷⁰, assume, ele próprio, o seu dever. Conforme as necessidades da pessoa e conforme a dimensão humana que importa proteger, o enfermeiro obriga-se por dever a agir num determinado sentido protetor que tenha a dignidade humana como horizonte ético ou finalidade a atingir. Chama a si o dever de proteger a intimidade se esta estiver em perigo no âmbito da prestação de cuidados de saúde; age no sentido de manter sigilo se a confidencialidade da informação da pessoa estiver ameaçada; procura o respeito pelos direitos especiais dos mais vulneráveis quando estes vêm agravado o seu estado de saúde/doença; respeita as manifestações de luto dos familiares em situação de morte de um seu ente querido ou procura adaptar as regras organizacionais às necessidades demonstradas pelas pessoas em determinadas situações. A obrigação de agir num determinado sentido ético constitui assim o dever profissional que o enfermeiro utiliza como fundamento para a decisão de cuidado. O enfermeiro forma a sua vontade na convicção de que o fundamento considerado constitui um dever deontológico que o determina no seu exercício profissional.

Como traço comum a este dever ao qual o enfermeiro se obriga, encontra-se o dever de cuidado. O dever que prescreve a obrigação de prestar cuidados, antes de qualquer outro fundamento para agir. Um dever a equacionar sempre que uma relação de cuidado se estabelece, mas que ganha particular relevância quando o problema ético exige uma decisão difícil. Impõe-se assim uma obrigação de realizar uma intervenção, mesmo que em condições contextualmente adversas. O dever de cuidado opõe-se assim ao abandono da pessoa, mantendo em todas as circunstâncias uma atitude profissional que o determina a ficar presente.

Independentemente da intervenção, o dever de cuidado impele a uma atitude ativa perante um problema ético que afete a pessoa. O *compromisso de cuidado* de Nunes²⁷¹ obriga à procura de uma resposta para os problemas identificados, não abandonando a

²⁶⁹ Idem

²⁷⁰ Cf. RICOEUR, Paul – **Soi-même comme un autre**. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 424 p. ISBN 2-02-011458-5

²⁷¹ Cf. NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 365

pessoa e os seus familiares. O enfermeiro obriga-se ao *cuidado justo* como o considera Vieira²⁷², fazendo da prestação do cuidado de enfermagem a sua resposta profissional à necessidade de bem-estar das pessoas.

O dever de cuidado que impede o abandono do Outro ou quaisquer dos deveres a que o enfermeiro se obrigue, levam a que o problema ético de partida não fique sem resolução. O dever de agir obriga o enfermeiro a encontrar sempre um cuidado adaptado à exigência ética do momento, traduzindo-se num ato ou numa omissão deliberada. O dever e nomeadamente o dever deontológico com a sua base ética de suporte constitui um fundamento para a decisão ética de enfermagem. As ações que dele decorrem vêm assim com a garantia do respeito pela pessoa, pelas suas necessidades e pela sua dignidade.

4.3 Fundamentos jurídicos

A fundamentação para a decisão ética de enfermagem inclui também a dimensão jurídica. O estudo revela que o enfermeiro utiliza fundamentos de natureza jurídica do mesmo modo que apela à dimensão ética e deontológica.

Num país que se organiza como um Estado de Direito – porque assim o determina a lei fundamental, a Constituição, no seu artigo 2º - em que a lei constitui o garante do funcionamento democrático da sociedade e do respeito pelos direitos das pessoas, a dimensão jurídica seria inevitável. Os princípios e as normas jurídicas fazem parte da vida em sociedade e os enfermeiros convivem naturalmente com elas como cidadãos e enquanto profissionais.

Todavia, os fundamentos jurídicos não assumem um papel de destaque, não se verificando, nomeadamente, uma supremacia da lei face aos demais fundamentos para decidir. O enfermeiro utiliza assim os fundamentos jurídicos com alguma parcimónia, sem contudo retirar a importância do direito no seu exercício profissional e na resolução de problemas éticos. Do estudo emergiu o respeito pelas normas jurídicas e pelos direitos das pessoas, como fundamentos capazes de suportar a decisão.

²⁷²Cf. VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2007. 160 p. ISBN 972-54-0146-8. P. 115

Respeitar as normas jurídicas constitui um dever de cidadania e naturalmente do enfermeiro. Contudo, na resolução de um problema ético, o enfermeiro pode ver-se confrontado com a interrogação quanto a cumprir ou não o disposto na lei ou em alguma norma institucional. Sobretudo se o cumprimento da norma não responde às necessidades que a pessoa ou os seus familiares apresentam no momento. Nestes casos o não cumprimento da norma abstrata pode ser a solução para o problema, havendo necessidade de apelar aos princípios que determinaram a lei e à sua *ratio legis* para adapta-la à situação em concreto. Mais do que um incumprimento trata-se de interpretar a lei com juízo de equidade e encontrar soluções jurídicas que não violem a dignidade da pessoa em causa.

Noutras situações é a norma jurídica que protege a pessoa e compete ao enfermeiro fazer com que esta se aplique, mesmo que alguma circunstância externa o dificulte. É o caso das normas que regulam a prestação de cuidados de saúde em Portugal e que visam garantir a proteção da saúde das pessoas. Frequentemente surgem situações em que se verifica algum atropelo por parte das instituições de saúde, aos direitos que este quadro jurídico consagra. E muitas vezes também a pessoa encontra-se impossibilitada de fazer valer os seus direitos exigindo o seu exercício adequado. O enfermeiro, profissional que assumiu a responsabilidade pela pessoa e não apenas pelos cuidados que lhe presta, como o aborda Ricoeur²⁷³, constitui o recurso que pode velar pela correta aplicação da lei no sentido de responder às necessidades e aos direitos da pessoa e dos seus familiares. Em certas situações o enfermeiro interfere mesmo junto das organizações de saúde, assumindo o dever de garantir o exercício adequado da cidadania da pessoa ao seu cuidado. Perante outros, sobretudo, promove o cumprimento da lei e faz disso a razão fundamental para justificar a sua decisão ética. Utiliza um fundamento jurídico para um fim que se revela predominantemente ético, uma vez que promove a defesa da pessoa e dos seus direitos de cidadão.

Noutro domínio, o respeito pelos direitos da pessoa constitui também um fundamento jurídico para a decisão ética de enfermagem. Os direitos enquanto atribuição ou mero reconhecimento pelo direito, enquanto dimensão fundamental da dignidade humana. Reconhecer a dignidade das pessoas é respeitar e proteger os seus direitos, condição

²⁷³Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p.54

indispensável para a sua vida em sociedade. Os direitos constituem uma forma de assegurar a cidadania permitindo um tratamento igual para todos.

Esta proteção conferida pelo exercício dos direitos pessoais, resulta da garantia atribuída pelo direito. Para poder ser invocado, o *direito* tem que estar consagrado na norma jurídica. Mesmo que se trate de um reconhecimento apenas, como é o caso dos direitos humanos que se consideram universalmente atribuídos com a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, estes entra na esfera jurídica de cada pessoa, apenas quando entrarem formalmente no ordenamento jurídico do país. No caso concreto dos direitos humanos, esta consagração pelo direito positivo está estabelecida na norma do n.º 2 do artigo 16.º da Constituição da República Portuguesa²⁷⁴. Deste modo, os direitos podem ser exercidos, havendo penalizações para quem impeça esse exercício. É esta garantia que a consagração em lei atribui ao exercício dos direitos das pessoas. De outro modo, mesmo que estabelecidos em algum documento escrito, sem a garantia da lei, não entram no mundo jurídico e por isso não podem ser reivindicados.

O respeito pelos direitos das pessoas enquanto fundamento jurídico para a decisão de cuidado, significa assim a salvaguarda dos direitos juridicamente consagrados. De resto é esta consagração em lei que atribui o carácter jurídico a este fundamento. O enfermeiro não baseia a sua decisão num eventual direito invocado por alguém. Quando apela aos direitos, dirige-se a cada um em concreto, com a certeza de que este se encontra estabelecido no ordenamento jurídico do país.

Este facto determina que o conjunto de direitos atribuídos às pessoas dizem respeito a cada país. Cada Estado, em resultado da sua soberania nacional exercida no seu território nacional, determina os direitos que consagra aos cidadãos e apenas esses podem ser invocados. Hoje há um acervo de direitos humanos, mesmo para além dos que estão inscritos na Declaração Universal do Direitos Humanos, que são considerados universais sem ligação a fronteiras dos estados. Estes fazem parte dos ordenamentos jurídicos dos países, praticamente com os mesmos conteúdos. Todavia, o seu exercício por cada pessoa só acontece se essa consagração jurídica interna existir. De outro modo, podem ser referidos e podem constituir argumentação política, mas não podem ser individualmente exercidos.

²⁷⁴O n.º 2 do artigo 16.º da CRP estabelece que “*os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem*”. Deste modo consagra-se a Declaração Universal como fonte jurídica em Portugal.

Orientar o agir profissional no respeito pelos direitos das pessoas constitui uma dimensão do agir ético de enfermagem com recurso a fundamento de natureza jurídica. O direito fornece um dos focos de proteção essencial – os direitos das pessoas – para que a decisão de enfermagem configure uma natureza ética. Uma ligação estreita entre a ética e o direito através de um elemento comum, que apesar de ser oriundo do terreno epistemológico deste, integra-se no domínio de reflexão daquela. Refletir o agir ético e sobretudo pensar o agir profissional no âmbito do cuidado ao Outro, implica necessariamente ponderar uma conduta no respeito pelos direitos humanos, no contexto particular da relação de cuidado estabelecida. A enfermagem encontra-se assim como um campo de confluência entre a ética e o direito, neste domínio dos direitos das pessoas. Uma confluência onde chega a consagração formal e a atribuição do direito a cada pessoa que se interliga com o sentido ético da sua proteção.

A enfermagem, através do cuidado permite que esta proteção seja efetivada, através da defesa e da promoção do exercício de cada direito numa pessoa em concreto. A ética de enfermagem, ao fornecer a reflexão sobre o agir profissional no respeito pelos direitos das pessoas, como o fazem Thompson et al²⁷⁵, favorece o estabelecimento de uma relação de cuidado que assegure o exercício efectivo destes direitos. Havendo conflito entre os direitos em causa, compete ao enfermeiro encontrar solução através da ponderação e no respeito pela *concordância prática* na efectivação do exercício desses direitos²⁷⁶.

Agir no sentido do respeito do Outro e na promoção da sua dignidade pressupõe que se veja reconhecida em cada um a titularidade dos direitos e ao mesmo tempo que se promova o seu exercício. Nomeadamente nas situações de doença e ainda mais nos casos de gravidade extrema, o agir ético de enfermagem funciona como o garante da manutenção dos direitos das pessoas, cujo exercício pleno se encontra comprometido.

Em concreto, cabe ao enfermeiro escolher as suas intervenções tendo em conta a proteção específica do direito que estiver em causa ou for colocado em risco. Partindo do princípio de que a titularidade do direito se mantém, compete-lhe decidir garantindo que a esfera de proteção jurídica do direito em apreço não é reduzida ou eliminada.

²⁷⁵Cf. THOMPSON, Ian E; MELIA, Kath M; BOYD, Kenneth M – **Ética em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 445 p.Trad. PEREIRA, Helena; ROSA, Margarida Cunha. ISBN 972-8383-67-3. P. 151-180

²⁷⁶Como o abordamos em: DEODATO, Sérgio – Conflitos de Direitos na decisão de Cuidado em Enfermagem. **Servir**. ISSN 0871-2379. Vol. 56. Nº 3-4 (Maio-Agosto.2008). p. 112-117

Como principal direito a assegurar, encontra-se a proteção da saúde dos cidadãos em Portugal que, ao encontrar-se consagrado no artigo 64º da Constituição, ganha assim valor superior na ordem jurídica do país. A decisão ética de enfermagem situa-se assim em primeiro lugar no respeito pelo direito à proteção da saúde, onde o direito ao cuidado enfermagem, consagrado no artigo 83º da Lei nº111/2009 de 16 de Setembro²⁷⁷, se inscreve. Proteger a saúde das pessoas, através da prestação do cuidado de enfermagem constitui assim um dever do enfermeiro que deve estar presente em toda a relação de cuidado. A ação do enfermeiro toma a proteção da saúde como o foco de atenção essencial.

Na decisão ética de enfermagem, a proteção da saúde e a promoção de um estado saudável, que inclui no conceito actual o bem-estar como elemento essencial, emerge como um fundamento a ter em conta. As intervenções a realizar consubstanciam-se em cuidados que promovam o equilíbrio sistémico da pessoa com um funcionamento regular do seu corpo, que previnam ou ajudem a tratar as doenças existentes e que contribuam para a recuperação após alterações patológicas debilitantes. Os cuidados são frequentemente planeados e prestados em parceria com outros profissionais, incluindo-se assim num ambiente multidisciplinar e *pluriprofissional* característica da intervenção de saúde atual.

Ao agir deste modo, colocando a saúde das pessoas no centro da sua atenção quando um problema ético surge, o enfermeiro reconhece a titularidade do direito à proteção do Outro e conforma-se, na sua ação, como essa titularidade jurídica. Independentemente da sua invocação formal, o enfermeiro age no respeito pelo exercício de um direito que reconhece na esfera jurídica do Outro e baseia a sua decisão na salvaguarda desse direito. Resolve o problema ético que identificou com a realização de intervenções que garantam o estado saudável da pessoa ou evitem que a doença se agrave. Faz disso a sua principal razão de decidir e age nessa conformidade.

Para além do direito à proteção da saúde, o agir ético do enfermeiro concretiza-se também no respeito pelos outros direitos das pessoas e dirige-se mesmo à sua promoção e defesa. Sobretudo em situação de eminência ou mesmo violação de algum direito pessoal, o enfermeiro assume um papel ativo na sua defesa. Perante um problema ético

²⁷⁷Artigo do Código Deontológico do Enfermeiro, que faz parte integrante do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado por esta lei. Nele está enunciado o dever de cuidado para o enfermeiro, com base no respeito pelo direito ao cuidado das pessoas. Sendo uma lei, esta consagração do direito ao cuidado, entra na ordem jurídica do país e atribui assim a titularidade aos cidadãos do país.

em que algum direito esteja em risco, fundamenta a sua decisão no respeito por esse direito.

No estudo emergiram aqueles que se encontram fortemente relacionados com os cuidados de enfermagem, a saber, o direito à integridade física, à reserva da vida privada, à informação e a morrer com dignidade. São todos direitos consagrados pelo direito português pelo que a sua utilização na decisão ética de enfermagem constitui um fundamento iminente jurídico. O direito à integridade física encontra proteção constitucional, no artigo 25º da lei fundamental, assim como o direito à reserva da vida privada, consagrado no artigo 26º. O direito à informação de enfermagem tem proteção deontológica específica e está estabelecido no artigo 84º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro²⁷⁸, assim como o direito a morrer com dignidade que se encontra plasmado no artigo 87º da mesma lei.

O apelo a estes direitos – como aos demais – como fundamentação para a escolha das intervenções, ocorre num movimento do enfermeiro para fora de si. Um centrar o seu agir profissional na pessoa ao seu cuidado e nos seus familiares concretizando a sua proteção através da promoção do exercício efectivo dos seus direitos. O enfermeiro dedica a sua atenção profissional ao Outro, fazendo da relação de cuidado um meio para atingir a promoção da condição humana da pessoa ao seu cuidado, onde os direitos pessoais assumem uma dimensão substancial. Ao procurar que a pessoa tenha possibilidade de exercer os seus direitos, garantindo-lhe condições para um exercício digno, o agir ético de enfermagem acrescenta a promoção da cidadania como elemento ético da sua acção profissional. Fa-lo através da decisão pelo cuidado que respeita cada direito, que faz parte integrante da condição de cidadão com que a pessoa se apresenta aos cuidados de saúde e de enfermagem. Ao promover o respeito por algum direito que se encontre em risco de violação, intensifica a vivência da cidadania plena, em circunstâncias de maior vulnerabilidade e por isso de maior desproteção para a pessoa. Este agir é possível, graças à consagração pela lei dos direitos humanos inerentes à efetivação de uma vida digna e em sociedade para cada pessoa. É nesta medida que o respeito pelos direitos das pessoas constitui um fundamento de natureza jurídica que se insere no agir ético de enfermagem.

²⁷⁸Artigo que integra o Código Deontológico do Enfermeiro e que, ao prescrever o dever de informar, consagra o direito à informação de enfermagem para a pessoa cliente dos cuidados.

4.4 Fundamentos profissionais

A decisão ética de enfermagem, na sequência de um problema ético ocorrido no âmbito de uma relação de cuidado implica a apreciação de diversas variáveis que tornam a decisão complexa. À proteção da pessoa que constitui a principal fonte de preocupação do enfermeiro, junta-se a necessidade de proteger os familiares, de respeitar as regras institucionais ou de garantir uma repartição do tempo de cuidado com outras pessoas. A esta complexidade em que a decisão se constrói, corresponde uma diversidade de fundamentos que podem ser chamados à colação. A decisão que se pretende ética porque toma o respeito pela pessoa e pela dignidade humana como seu foco central, lida com fundamentos de variada natureza que lhe conferem a garantia da melhor solução.

Os fundamentos de natureza profissional incluem-se assim nesta diversidade e contribuem para a escolha da intervenção eticamente mais adequada. Correspondem a aspectos relacionados com o exercício de enfermagem em Portugal e inserem-se no seu quadro regulador²⁷⁹. São assim condições que se encontram estabelecidas para o exercício da profissão nas quais o enfermeiro se baseia para construir a sua decisão ética.

Como fundamento de natureza profissional encontra-se a autonomia da profissão, na qual se baseiam algumas decisões. É o exercício dessa autonomia que determina a escolha de determinada intervenção em detrimento de outra. A escolha ocorre em resultado do cuidado a prestar ser aquele que garante uma decisão própria do enfermeiro, quando essa é a decisão que corresponde à melhor solução para resolver o problema ético ocorrido.

A necessidade de fundamentar as decisões de enfermagem na autonomia profissional, acontece sobretudo em contexto de prestação de cuidado em equipa *multiprofissional*, em que o conflito entre profissionais mais facilmente pode ocorrer. A escolha da

²⁷⁹ Entendemos por quadro regulador o conjunto dos dispositivos jurídicos e profissionais que criam regras para o exercício da profissão de enfermeiro em Portugal. Como elementos principais temos duas leis, a saber, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que inclui a Deontologia Profissional e o Código Deontológico, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Como documentos profissionais mais importantes temos os Padrões de Qualidade para os Cuidados de Enfermagem e as Competências do enfermeiro de cuidados gerais produzidos pela Ordem dos Enfermeiros e os Regulamentos recentemente aprovados também pela Ordem dos Enfermeiros relativos ao novo Modelo de Desenvolvimento Profissional em fase implementação.

intervenção pode assim ser dificultada pela partilha do ambiente de cuidado que obriga a uma articulação entre os diversos planos terapêuticos. Neste contexto em que as decisões de cada profissional precisam muitas vezes de ser negociadas, torna-se necessário afirmar a autonomia profissional de enfermagem para garantir o direito ao cuidado das pessoas.

A autonomia da profissão de enfermagem corresponde ao poder que cada enfermeiro tem para tomar as decisões que diga respeito ao seu exercício profissional, na sua área de intervenção. Nos termos do nº2 do artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, as áreas de atuação da enfermagem portuguesa são a prestação de cuidados, a gestão, a formação, o ensino, assessoria e a investigação. Contudo, a prestação de cuidados constitui a área nobre, para a qual as outras concorrem, encontrando-se em estreita ligação. A autonomia profissional em qualquer um destes domínios de prática profissional significa assim tomar decisões livres, com o sentido ético de proteção das pessoas, no respeito pela sua vida e pela dignidade humana e assumir a responsabilidade por essas decisões e pelos actos que daí decorrem. Ser autónomo é ter a capacidade para decidir, agir em conformidade com as decisões e responder por elas.

A autonomia profissional do enfermeiro em Portugal tem atualmente consagração jurídica, consubstanciada em dois pilares jurídicos fundamentais, a saber, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. A esta autonomia corresponde a responsabilidade pelas decisões e pelas ações, claramente plasmado na lei.

É este o corolário jurídico mas ao mesmo tempo ético, da autonomia do exercício profissional de enfermagem. A lei consagra o exercício autónomo, com base no conhecimento científico que a enfermagem tem produzido e tendo em conta o nível de competências académicas e profissionais do enfermeiro e, do mesmo modo, a ordem jurídica prescreve como um regime de responsabilidade profissional capaz de garantir a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos.

O *poder para agir*, seguindo Ricoeur²⁸⁰, que permite a cada pessoa decidir, realizar ações e responder por elas, dá assim lugar, no domínio profissional de enfermagem, ao

²⁸⁰Cf. RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186. p.54

poder-capacidade trazido por Nunes²⁸¹. Dotado da capacidade, o que significa no mundo jurídico ser *capaz*, o enfermeiro exerce esse poder para recolher informação, diagnosticar, planear resultados de cuidado a atingir e agir através da realização de intervenções de enfermagem. É este poder para agir do enfermeiro, reconhecido pela lei num Estado de Direito como é Portugal, que corresponde ao exercício da autonomia da profissão e que funciona como fundamento para decidir por determinada intervenção que decorre do conhecimento científico de enfermagem aplicável e do sentido ético de respeitar a pessoa em causa.

Como fundamento desta categoria emerge também a competência profissional para a prática de determinada intervenção. A decisão decorre do facto do enfermeiro considerar que é o profissional competente para realizar a ação que se julga adequada para resolver o problema ético identificado. Considerando-se competente sente-se em condições de agir em segurança, no respeito pelas regras profissionais de boas práticas, e decide realizar o cuidado necessário.

No âmbito de situações que incluam risco de vida em a intervenção deve ser realizada com alguma urgência, ou nos casos em que a intervenção implica alguma perícia relacional, o enfermeiro, fruto da sua relação de proximidade com a pessoa, encontra-se em melhores condições, face aos outros profissionais de saúde presentes. Agir imediatamente significa muitas vezes assegurar a vida ou realizar a intervenção com a maior eficácia. Nestas situações, o enfermeiro faz uso dos seus conhecimentos e da sua experiência, demonstrando pela competência desenvolvida que se encontra na melhor posição para intervir.

Este exercício feito com outros profissionais, em que a competência do enfermeiro determina a sua decisão, insere-se no domínio do agir em complementaridade que constitui outro fundamento de natureza profissional para a decisão ética de enfermagem. O enfermeiro decide realizar a intervenção, por assumir a sua competência para o fazer e porque se considera (e é considerado pelos outros) como o mais competente naquele domínio específico. O que determina a decisão nestes casos, ultrapassa a esfera científica de cada profissional e situa-se no campo da competência para aquele ato concreto. É na medida em que o enfermeiro trabalha em equipa com os outros e que se

²⁸¹NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8. p. 365

disponibiliza para agir sempre que se considera competente para tal, que interage com os outros em complementaridade funcional. Um regime de articulação profissional que não implica perda de autonomia de cada um, mas antes um exercício comum no sentido de assegurar a globalidade dos cuidados de saúde que a pessoa precisa.

Do mesmo modo que o enfermeiro decide com base na necessidade de cuidados que identificou e faz disso o principal fundamento para agir, disponibiliza-se para intervir no âmbito de um trabalho em parceria com outros profissionais, em que o diagnóstico pode ser de enfermagem ou de outro domínio científico. Fá-lo, com a legitimidade que a lei lhe atribui, porque o nº 3 do artigo 8º do REPE e o artigo 91º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros o consagra enquanto exercício em *complementaridade funcional*, mas age dessa forma sobretudo porque essa é melhor resposta às necessidades de saúde da pessoa. E deste modo, faz uso de fundamentos de natureza profissional para concretizar um agir ético que responda às necessidades do Outro.

4.5 Fundamentos científicos

A decisão ética de enfermagem visa a resolução de um problema ético, contudo a fundamentação utilizada estende-se por diversos domínios que, de alguma forma, estão relacionados com o cuidado. Tendo um fim ético, a decisão não deixa de suporta-se em razões de diversa natureza que contribuam para esse fim. Ou seja, apesar do problema de partida revestir uma natureza ética e do fim pretendido situar-se igualmente nesse domínio, os fundamentos da decisão podem incluir-se em diversas esferas.

Deste modo, a decisão ética de enfermagem utiliza também fundamentos de natureza científica para determinar as ações eticamente adequadas. São elementos que integram o conhecimento científico de enfermagem e que, em alguns casos, constituem a principal razão de decidir.

A necessidade de determinado cuidado numa pessoa constitui um destes fundamentos. É a identificação diagnóstica de que um cuidado se revela como indispensável naquele momento ou naquelas circunstâncias que leva a que o enfermeiro aja assegurando a sua prestação. Sendo o cuidado um elemento científico central da enfermagem, a determinação da sua necessidade em cada pessoa constitui assim uma atividade científica. Identifica-se o cuidado necessário a partir do conhecimento teórico de onde se parte e, do mesmo planeia-a a intervenção de enfermagem também com base nesse

conhecimento. O diagnóstico de enfermagem consiste assim numa necessidade humana básica alterada se seguirmos Virginia Henderson ou num déficit de auto-cuidado se nos apoiarmos em Dorothea Orem. Ou então o problema de enfermagem reside numa atividade de vida comprometida se considerarmos o Modelo de Nancy Rooper ou na falta de uma medida de conforto se seguirmos Kolcaba. O resultado é sempre o mesmo, a saber, o de identificar um problema que afeta a pessoa e que, segundo o conhecimento científico de enfermagem constitui um diagnóstico. E, perante o diagnóstico formulado, é planeado um resultado a atingir, que consiste numa modificação positiva do problema considerado, através da prestação de cuidados.

Quando, perante um problema ético, o cuidado indispensável para resolver o diagnóstico formulado se mostrar necessário naquelas circunstâncias para promover o bem-estar da pessoa, o enfermeiro decide pela sua prestação. Usa como fundamento essa necessidade, que sendo em primeiro lugar científica, assume igualmente uma natureza ética quando se revela como adequado para solucionar o problema ético. O que motiva o enfermeiro não é, em primeiro lugar, a concretização do plano de cuidados estabelecido, mas a proteção da pessoa em determinada situação em que a sua vida, ou seu bem-estar ou a sua dignidade ficaram colocadas em risco. Daí que, a motivação de realização do cuidado não seja científica, mas eminentemente ética. Ou, talvez com maior rigor, com uma fundamentação ética que inclui também uma dimensão científica, afastando assim uma justificação analítica que seja difícil de demonstrar. Ou ainda porque, considerando o paradigma epistemológico pós-moderno, o conhecimento de enfermagem assume diversas dimensões, como o considera Carper²⁸², sendo difícil estabelecer uma fronteira entre a sua utilização pelo enfermeiro.

Outro fundamento científico utilizado na decisão ética de enfermagem é a inutilidade dos cuidados. A decisão resulta da ponderação sobre se os cuidados a prestar, conforme o plano de cuidados estabelecido se mostra ou não útil quanto ao fim terapêutico pretendido.

Nas situações de fim de vida, sobretudo, mesmo com a morte eminente, são planeados cuidados de acordo com o padrão científico para situações de doença como a que a pessoa apresenta. Todavia, naquela pessoa, o enfermeiro verifica que os objetivos

²⁸²Cf. CARPER, B.A. *Fundamental patterns of knowing in nursing*. In POLIFRONI, Carol E.; WELCH, Marylouise, **Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology**. Philadelphia: Lippincot, 1999

terapêuticos que habitualmente são atingidos no comum das pessoas, nesta caso não são, uma vez que a morte é inevitável e aproxima-se. Os cuidados revelam-se assim inúteis, não quanto ao seu fim científico, mas quanto aos resultados concretos naquela pessoa.

O enfermeiro, no seu exercício profissional autónomo pondera as diferentes alternativas de agir, acabando por formar a sua vontade livre como nos refere Michel Renaud²⁸³, que o determina a afastar-se do padrão científico e a decidir-se pela omissão de determinado cuidado que considera inútil. O seu sentido de respeito pela dignidade do Outro, na situação particular de fim de vida, leva-o deixar de prestar alguns cuidados porque estes já não conseguem contribuir para os resultados que seriam esperados. Uma decisão de não fazer que se reveste da maior dificuldade uma vez que a manutenção da vida constitui um objetivos muito enraizado nos profissionais de saúde em geral e também nos enfermeiros. Difícil também porque pode parecer incompreensível para a pessoa e sobretudo para os seus familiares que um cuidado considerado adequado passe a ser visto como inútil e por isso seja suspenso. Dos profissionais de saúde e dos enfermeiros espera-se que *façam*, que intervenham ativamente e não a passividade da omissão de cuidado. É a convicção da sua inutilidade científica que pode levar a uma situação obstinação terapêutica, que faz com que o enfermeiro assuma essa decisão. É o seu sentido ético de respeito simultâneo pela vida, pela pessoa e pela sua dignidade, que fundamenta a sua escolha. Um sentido ético Kantiano²⁸⁴ que o impede de aceitar a instrumentalização da pessoa humana, tornando-o como objeto de intervenções de saúde em vez de centro de cuidado digno. Um agir que respeita a dignidade da vida até esta se extinguir, respeitando a naturalidade da finitude humana, permitindo que a pessoa morra sem excessos de intervenções no seu corpo.

Em sentido inverso, a decisão ética de enfermagem fundamenta-se também nos benefícios terapêuticos de algumas intervenções. O facto de determinado cuidado mostrar bons resultados terapêuticos para a pessoa leva a que o enfermeiro decide mantê-los. Havendo algum factor externo à relação de cuidado, proveniente de outro profissional de saúde, de algum familiar ou da instituição, que coloque em causa a

²⁸³Cf. RENAUD, Michel – Os Novos Condicionamentos da Liberdade. **Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética.** ISSN 1646-882. Nº 9 (Dezembro.2009). p. 369

²⁸⁴Cf. Cf. KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes.** Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8 p. 68

manutenção desse cuidado, o enfermeiro decide-se pela sua continuação se isso se revelar benéfico para a pessoa.

O resultado terapêutico é aqui considerado também como benefício ético, no sentido em que é considerado o mais adequado para a promoção do bem-estar da pessoa. Sobretudo nas situações de incapacidade do próprio para decidir sobre os cuidados que pretende, sendo assim impossível obter o seu *consentimento livre e esclarecido*²⁸⁵, a decisão segundo o benefício terapêutico da intervenção, constitui assim um assumir da responsabilidade profissional pelo Outro e pela proteção da sua saúde. É esse benefício, situado claramente no campo científico de enfermagem, que fundamenta a decisão ética, demonstrando-se uma vez mais a articulação dos diversos domínios do conhecimento de enfermagem, na aplicação prática da decisão de cuidado dirigida a uma pessoa.

A existência de dúvidas diagnósticas por esclarecer ou a necessidade de confirmação de algum diagnóstico de enfermagem, constitui também fundamento para a decisão ética. Uma incerteza quanto ao verdadeiro problema que afecta a pessoa quando disso depende um planeamento de cuidados em que a vida está comprometida, faz com que o enfermeiro opte por realizar a intervenção que não comprometa futuro. Decide-se prestar o cuidado que garanta a manutenção da vida e do funcionamento equilibrado do corpo, uma vez que não há certeza quanto ao desenrolar da situação de doença.

A dúvida diagnóstica sobre alguns problemas mais complexos e de maior gravidade, leva a um agir no sentido da vida e da resposta às diversas necessidades de cuidados. A incerteza quanto a todos os problemas de saúde, não impede o enfermeiro de intervir. A proteção da pessoa prevalece como foco de atenção, face a uma prestação de cuidados decorrente de um diagnóstico claramente formulado. É esse sentido ético de responsabilidade pelo Outro total e não apenas pela resposta a uma necessidade específica que determina o enfermeiro a agir, prestando os cuidados necessários à vida, enquanto esta se mantiver no seu curso natural.

²⁸⁵Como o determina a legislação portuguesa vigente, nomeadamente a Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, ratificada para o Direito português pelo Decreto do Presidente da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro e a Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro.

4.6 Fundamentos sócio-culturais

A dimensão sócio-cultural encontra-se também presente na fundamentação da decisão ética de enfermagem. Inclui elementos de natureza social ligados à vida familiar e comunitária da pessoa e fatores de origem cultural em resultado do meio externo ou do ambiente social em que a pessoa vive.

Esta inclusão da dimensão sócio-cultural traduz a complexidade de que é feita a vida humana, com várias faces de um todo único – a pessoa – que vive em articulação permanente com os outros. Em todas as fases do seu percurso de vida e nas diversas situações que incluem o desenvolvimento do ser humano, os outros permanecem como recurso essencial. São objeto e fonte de atenção, permitindo um desenvolvimento das várias capacidades humanas necessárias à vida.

O cuidado emerge em larga medida da relação social, sobretudo nas fases do ciclo vital em que o auto-cuidado ainda ou já não é possível, como o caso da infância ou da velhice, respetivamente. Do mesmo também em situação de doença o cuidado que mantém a vida como o analisa Collière²⁸⁶ resulta também de intervenção externa. O enfermeiro ocupa-se desta função social ao tomar a seu cargo o cuidado profissional.

Assim, sendo a pessoa um ser que se desenvolve num meio social e recebe dele as influências culturais próprias da comunidade onde está inserido, é natural que esta condição humana influencie a decisão ética de enfermagem. Com efeito, o enfermeiro absorve também da ambiente sócio-cultural da pessoa, elementos que passa a utilizar como fundamentos para a sua decisão de cuidado. Do estudo emergem três, a saber, o respeito pelas crenças, a existência de obrigações familiares por cumprir e a verificação de uma família de suporte à situação da pessoa em causa.

O respeito pelas crenças da pessoa em ligação às suas raízes culturais e que determinam alguns costumes, são um tipo de fundamento que o enfermeiro considera na decisão ética de enfermagem. Aquilo em que a pessoa acredita em resultado do meio sócio-cultural em que cresceu e no qual, deliberadamente, si incluiu são objeto de respeito do enfermeiro na sua ação de cuidado. Na presença de um problema ético, nomeadamente em situações graves de doença, os valores de vida da pessoa emergem e obrigam a uma

²⁸⁶Cf. COLLIÈRE. Marie-Francoise – **Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. 3ª tiragem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e Lidel: Lisboa, 1999. 385 p. Trad. Maria Leonor Braga Assis. ISBN 972-757-109-3

ponderação pelos profissionais de saúde. Do mesmo modo, as crenças culturais e os próprios costumes são frequentemente trazidos à relação de cuidado, pela própria pessoa, ou pelos seus familiares. Fazem parte do acervo cultural que não se destaca quando alguém é internado numa instituição hospitalar ou quando é submetido a cuidados necessários ao seu estado de saúde/doença. Mantém-se na pessoa, muitas vezes silenciados, oprimidos pelo ambiente institucional recheado de regras e rotinas a cumprir. Mas permanecem enquanto elemento central da esperança e constituem fatores internos promotores da segurança.

O enfermeiro lida com estes alicerces culturais que preenchem a vida das pessoas e inclui-os no cuidado, podendo adotar aquilo que Leininger²⁸⁷ conceptualizou como a *enfermagem transcultural*, tomando em consideração as diferenças culturais das pessoas e fazendo disso fundamentação para o seu agir profissional. Isto implica uma capacidade de compreender a especificidade cultural do Outro e conformar-se com os seus valores e os seus modos de vida, abstendo-se de juízos pré-concebidos. Esta compreensão dá lugar à *acomodação e negociação* que Boehs²⁸⁸ analisa na teoria de Leininger. O respeito pelas referências culturais da pessoa implicam uma *negociação* sobre os cuidados a prestar, adaptando (acomodando) as regras profissionais e institucionais, aos seus costumes, sem colocar em causa a sua vida e a sua dignidade.

Respeitar as crenças culturais constitui assim uma atitude de cuidado que considera a pessoa na sua totalidade e permite que as suas diferentes dimensões sejam tidas em conta na decisão de cuidado. Este respeito inclui-se num agir ético de enfermagem, em que o cuidado responde à globalidade e singularidade da pessoa e não apenas a uma necessidade específica. Um cuidado que é capaz de equacionar as práticas correntes para adaptar-se a concretizar um costume ou permitir uma prática decorrente de uma crença. E deste modo determinar o agir ético, levando o enfermeiro a decidir as intervenções ou omissões que respeitem e promovam a dimensão cultural da pessoa, do mesmo modo que atende às outras dimensões da vida humana.

²⁸⁷ Cf. LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York: John Wiley & Sons, 1978.

²⁸⁸ Cf. BOEHS, Astrid Eggert. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Em linha]. 2002, vol.10, n.1, pp. 90-96. (Consult.26.Agosto.2010). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000100014&script=sci_arttext#back. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692002000100014.

Num domínio mais social, surge como fundamento ético a consideração de obrigações familiares por cumprir quando a doença obriga a internamento prolongado, com grande perda das capacidades de vida diária e nomeadamente em fim de vida. A previsibilidade da morte leva a um equacionar dos *pendentes* da vida pessoal e social, verificando-se frequentemente que existem algumas obrigações por realizar. As intervenções que afectam a mobilidade e a consciência impedem que a pessoa planeie a concretização destas obrigações o que pode aumentar a ansiedade e a própria aceitação do estado de saúde/doença. É um caso concreto em que a situação de doença, não retirando a titularidade dos direitos das pessoas, impede o seu exercício pleno, causando uma limitação de cidadania. O enfermeiro assume aqui um papel muito concreto de garantir o exercício dos direitos, ao criar condições para que algumas atividades possam ser realizadas pela pessoa que se encontra em ambiente hospitalar e muitas vezes com a morte eminente.

O enfermeiro intervém no sentido de facilitar o cumprimento das obrigações familiares que a pessoa considerar em falta. Reorganiza o seu plano de cuidados, negocia com os restantes membros da equipa de saúde, adapta algumas regras institucionais para assegurar que a pessoa cumpra algum procedimento que assumiu como fazendo parte do seu papel familiar ou social. Ultrapassa ao campo estrito da prestação do cuidado terapêutico, para atender a necessidades pessoais que correm o risco de não serem satisfeitas em virtude da nova e muitas vezes brusca situação em que a pessoa imergiu. Responsabiliza-se pela pessoa e não apenas pelo ato, permitindo-lhe agir segundo a sua vontade no exercício da sua *liberdade exterior*, como a denomina Cunha²⁸⁹. O enfermeiro age profissionalmente como promotor da liberdade do Outro e da sua vontade para realizar determinadas ações, em circunstâncias em que este exercício se encontra fortemente limitado. Fundamenta o seu agir nessa vontade alheia, fazendo dela uma razão ética para concretizar a sua responsabilidade pelo Outro e garantir assim a satisfação das suas necessidades decorrentes do seu papel familiar, onde se mantém inserido apesar das suas limitações de vida diária.

A existência de uma família de suporte à pessoa, numa situação de doença grave constitui também uma razão para o enfermeiro optar por determinada intervenção. A

²⁸⁹Cf. CUNHA, Paulo Ferreira – **Filosofia Jurídica Prática**. Lisboa: Quid Júris?, 2009. 800 p. ISBN 978-972-724-411-9. p. 31

verificação de que a família tem um ambiente capaz de assegurar o apoio que a pessoa necessita e que o envolvimento da família no processo de cuidado é possível, leva a que o enfermeiro decida realizar intervenções com base nesse suporte. O regresso a casa, por exemplo, ou a realização de uma atividade em meio extra-hospitalar, só poderão ser possíveis se os familiares se dispuserem a participar. Decidir com estes objetivos torna-se assim possível, graças à capacidade familiar de assumir um papel complementar mas articulado com as instituições de saúde.

A família, enquanto célula social de vida em comum, onde a pessoa se desenvolve em ambiente de partilha, funciona como a rede de apoio às necessidades individuais. Na doença e particularmente no fim da vida, as necessidades aumentam e modificam-se evidenciando a vulnerabilidade humana e a dependência inerente à vida. Os cuidados ajudam a minimizar estes efeitos e permitem o caminhar para uma morte tranquila, ao mesmo tempo que promovem a aceitação do estado terminal. A inclusão dos familiares nos cuidados de enfermagem facilita a manutenção do ambiente familiar e social valorizando assim a plenitude da vida humana. De outro modo, este envolvimento da família nos cuidados facilita também a necessária ajuda do enfermeiro a cada familiar, na medida das suas necessidades em lidar com a morte e o sofrimento. Ao mesmo tempo que são chamados a assumir o papel de *cuidadores informais* ficam também mais perto da relação de cuidado que é possível estabelecer com o enfermeiro, concretizando-se assim a atenção da enfermagem ao todo familiar.

A família permite assim o alargamento do cuidado à satisfação de necessidades que apenas são possíveis com o seu suporte. A existência deste apoio permite ao enfermeiro escolher intervenções que de outro modo não seriam ponderáveis, constituindo assim como um fundamento para a decisão ética de enfermagem.

4.7 Síntese dos fundamentos da decisão ética de enfermagem

A decisão ética de enfermagem constrói-se em diversas fases que culminam com a realização de uma intervenção (ou mais) pelo enfermeiro. Resulta da identificação de um problema ético de enfermagem e encaminha o enfermeiro para a procura de uma ou mais ações profissionais que resolvam o problema ou seja, que assegure a proteção da pessoa, da sua vida, dos seus direitos e da sua dignidade. Uma decisão, cuja natureza ética resulta do problema que a originou e do fim que a ação que dela deriva visa

alcançar. A decisão ética de enfermagem toma como foco central da sua atenção a pessoa humana e a resolução das ameaças que a sua vida e a sua dignidade sofrem.

A construção da decisão adequada implica a ponderação de diversos fundamentos que a podem suportar. São equacionados diversas razões para agir, havendo necessidade de escolher aquela que se mostra apta a justificar a intervenção escolhida.

Os fundamentos são de diversa natureza demonstrando a complexidade das variáveis que a decisão de cuidado encerra. Aos fundamentos éticos que mais facilmente legitimam uma decisão ética, juntam-se fundamentos deontológicos, jurídicos, profissionais, científicos e sócio-culturais que completam a necessária fundamentação para a escolha do cuidado a prestar.

A sua utilização não é exclusiva, podendo em cada decisão o enfermeiro utilizar mais do que fundamento e mais do que uma categoria. Ao princípio ético pode juntar-se o dever ou determinada norma jurídica, assim como a competência profissional num determinado domínio ou a constatação de que uma intervenção se revela inútil do ponto de vista terapêutico, podem completar o conjunto dos fundamentos utilizados. A uma decisão complexa corresponde assim um conjunto variado de razões de fundo que a podem sustentar.

De outro modo, existem fundamentos que podem ser incluídos em mais do que uma categoria. É o caso da competência profissional que situamos no domínio profissional, mas constitui igualmente um fundamento deontológico, uma vez que constitui um valor profissional enunciado na alínea e) do número 2 do artigo 78º do Código Deontológico dos enfermeiros em Portugal. Do mesmo modo, existem fundamentos que inserimos na categoria ética, mas que podem igualmente se analisados na perspectiva jurídica. A inclusão categorial resultou a interpretação dos sujeitos do estudo e das suas referências no discurso analisado, todavia a questão da dupla inclusão categorial consideramos se relevante realçar. Esta constatação sugere-nos a manutenção da discussão em torno da interceção dos saberes, no âmbito do campo epistemológico do pós-modernismo. E incita-nos igualmente a aprofundar as ligações entre estas diversas áreas do conhecimento, entre si e com a enfermagem.

A procura dos fundamentos adequados constitui uma parte essencial da construção da decisão ética de enfermagem, permitindo uma ponderação entre os diversos fundamentos e a escolha final sobre o que suportará a decisão e a ação. A avaliação

sobre se a acção decidida cumpriu o seu fim ético e resolveu o problema de partida é feita posteriormente e frequentemente leva o enfermeiro a validar a sua escolha.

Fundamentar a decisão significa explicar para si e para os outros a razão da sua escolha, tendo em conta o problema inicial e o fim em vista. Implica um movimento para dentro e para fora de si, na procura da razão de decidir. Resulta do *poder para agir* e do uso da liberdade e constitui uma manifestação da autonomia profissional. Mas decorre sobretudo do sentido ético do seu exercício profissional e do dever assumido de agir na proteção do Outro, dos seus familiares e no respeito pela dignidade humana.

Figura 3 – Representação gráfica dos fundamentos da decisão ética de enfermagem.



CONCLUSÃO

Na reta final do percurso realizado é chegado o momento de encerrar o texto que foi sendo construído a partir do estudo efectuado. É tempo de concluir, sintetizando os conteúdos abordados realçando as ideias expostas.

Como nota de avaliação global, consideramos que os problemas de investigação delimitados deram origem a um estudo que se circunscreveu ao objeto definido. Por sua vez, as questões de investigação formuladas deram resposta ao objeto problemático de partida. Do mesmo modo os objetivos estabelecidos permitiram um desenho metodológico que se desenrolou como planeado, levando assim à produção do conhecimento pretendido, encontrando-se por isso cumpridos. Relativamente às opções metodológicas iniciais destacamos o facto do tipo de amostragem ter permitido a produção dos resultados que se mostraram adequados ao fim pretendido, como podemos concluir da análise feita.

O enquadramento apriorístico do estudo, permitiu situar o conhecimento existente. Verificamos que existe conhecimento quanto à identificação dos problemas éticos em enfermagem, mas que não existia definição para o conceito de problema ético de enfermagem. Pudemos igualmente constatar que alguns estudos referem modos de tomar decisões éticas em enfermagem, não havendo contudo uma teoria sobre a construção da decisão ética de enfermagem.

No enquadramento efectuado, foi também possível construir o referencial teórico do estudo. Escolhemos como ancoragem teórica o pensamento de Aristóteles, Kant e Paul Ricoeur, seguindo também Lucília Nunes e Margarida Vieira na ligação da ética filosófica à enfermagem. O enquadramento epistemológico realizado tornou possível uma clarificação do campo epistemológico do estudo, considerando o *criticismo* de Kant e o pós-modernismo de Santos como alicerces teóricos principais. A análise de algumas teorias e modelos conceptuais de enfermagem realizada igualmente no enquadramento apriorístico do estudo, revelou a conceptualização do problema científico de enfermagem que veio a dar origem a uma ligação entre este e o conceito de problema ético de enfermagem na parte IV da tese.

A análise e discussão dos resultados deram origem a conhecimento novo de enfermagem relativo à decisão ética de enfermagem. A tese agora concluída define o conceito de problema ético de enfermagem, descreve a construção da decisão ética de enfermagem e identifica os fundamentos utilizados pelos enfermeiros nessa construção. Como grandes eixos de síntese, salientamos para cada um destes sub-domínios, uma ideia conclusiva.

Relativamente ao conceito de problema ético de enfermagem, podemos concluir que se trata de uma interrogação relativa à escolha das intervenções de enfermagem, quando está em causa a proteção da pessoa e da sua dignidade. Constitui problema ético para o enfermeiro, a dificuldade em escolher qual ação realizar, quando algum acontecimento inesperado afeta a dignidade da pessoa. Emergindo no seio de uma relação de cuidado estabelecida, esta incerteza face ao agir encontra-se também relacionada com a decisão clínica. Com efeito, a intervenção sobre a qual se interroga, resulta do planeamento feito a partir do diagnóstico formulado. Deste modo, a natureza ética do problema ético de enfermagem, resulta assim da sua ligação ao agir do enfermeiro na procura da defesa da dignidade da pessoa ao seu cuidado. A interrogação reside de facto na previsibilidade de afectação da proteção da pessoa quando a humanidade da sua vida (e da sua morte) está em causa. É o sentido ético de preocupação com o Outro, num agir profissional que lhe é dirigido que faz nascer a dúvida sobre qual intervenção de cuidado realizar.

Como ideia síntese relativa à construção da decisão ética de enfermagem, releva o seu carácter sistémico e não processual. A decisão ética de enfermagem é construída através de uma atividade mental do enfermeiro que é desencadeada pelo confronto com um problema ético de enfermagem. Esta construção desenrola-se em diversas fases, podendo verificar-se alguma sobreposição no tempo e mesmo um retomar de uma fase anterior.

Como ponto de partida e como primeira fase surge a identificação do problema ético, que configura uma vivência de uma situação não planeada. Após esta identificação, surgem as fases de envolvimento da pessoa e dos seus familiares e de envolvimento da equipa de saúde, onde se incluem os outros enfermeiros e os restantes profissionais de saúde. Surgem igualmente as fases de ponderação dos diversos fundamentos que se revelam adequados à situação em apreço e a decisão final conforme aos fundamentos

escolhidos. Por fim, como fase posterior mas em ligação a esta construção, verifica-se a avaliação sobre o impacto da decisão e das ações realizadas.

A decisão ética de enfermagem inclui assim um conjunto sistémico de fases que permitem uma ponderação do agir adequado à situação específica de uma pessoa. O enfermeiro constrói a sua decisão no sentido de resolver o problema ético identificado, ou seja, escolher a intervenção que garanta a proteção da dignidade da pessoa em causa.

No que se refere aos fundamentos para a decisão ética de enfermagem, concluímos que estes se situam em diversos domínios do saber, mas assumem uma predominância ética. De facto, os fundamentos ponderados e utilizados para suportar a decisão ética pelo enfermeiro revestem uma natureza deontológica, jurídica, profissional, científica e sócio-cultural. Contudo, os fundamentos éticos são os mais predominantemente utilizados. Verificamos igualmente que não existe diferença significativa entre os fundamentos que são ponderados e os que são depois utilizados para sustentar a decisão. Ou seja, não há diferença substancial entre o que se pondera e o que fundamenta a decisão final.

A fundamentação para a decisão ética de enfermagem revela-se assim essencialmente ética, sendo os princípios éticos e os valores as principais bases de sustentação do agir profissional do enfermeiro. Na procura da intervenção mais adequada a prestar perante a ocorrência de um problema ético, o enfermeiro guia-se pela dignidade da vida e pelo respeito pela pessoa para encontrar o cuidado justo.

Estas ideias conclusivas levam-nos a um mesmo ponto de chegada neste percurso teórico que efectuamos. Este lugar de reflexão final corresponde à proteção da pessoa, enquanto sujeito-cliente da relação de cuidado de enfermagem e à defesa e promoção da dignidade humana, como alicerce ético essencial da enfermagem. O conceito de problema ético, assim como a descrição da construção da decisão ética e a identificação dos fundamentos do agir profissional do enfermeiro, incluem como traço comum, esta centralidade na pessoa e na humanidade que a envolve. O agir do enfermeiro centra-se e dirige-se ao Outro. Coloca-o no centro da decisão, quando procura a ação que responda às suas necessidades e ao mesmo tempo garanta o exercício dos seus direitos. É-lhe dirigido na medida em que, a ação escolhida visa o seu bem-estar e em simultâneo promove a dignidade da vida. Uma ação profissional que se transforma num agir ético.

Do mesmo modo que a sociedade valora que o enfermeiro realize o seu exercício profissional no respeito integral pelas pessoas de quem cuida, há igualmente por si uma valoração da dimensão ética no cuidado de enfermagem. É esta valoração que emerge como eixo central na construção da decisão ética de enfermagem e que se realça como nota conclusiva final.

Estes resultados, do mesmo modo que nos permitiram construir conhecimento novo de enfermagem, impelem-nos também a continuar a investigação em domínios que se evidenciaram como problemáticos. Com efeito, a ligação verificada entre a decisão ética e a decisão clínica de enfermagem, levam-nos a considerar a necessidade de aprofundar a decisão clínica, nomeadamente quanto às suas fases. Consideramos que o aprofundamento do conhecimento neste domínio clarificará a decisão de cuidado em enfermagem, permitindo o estabelecimento de pontos de interceção entre a decisão clínica e a decisão ética de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA E OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO

ENFERMAGEM

AMENDOEIRA, José – **Cuidado de Enfermagem: Intenção ou Acção. O que Pensam os Estudantes?** (Em linha). (Consult. 28.Ago.2007). Disponível em: <http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/CuidEnf.IntAc.OQPOE.pdf>

BOEHS, Astrid Eggert. **Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Em linha]. 2002, vol.10, n.1, pp. 90-96. (Consult.26.Agosto.2010). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000100014&script=sci_arttext#back. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692002000100014.

CARPER, B.A. Fundamental patterns of knowing in nursing. In POLIFRONI, Carol E.; WELCH, Marylouise, **Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology.** Philadelphia: Lippincot, 1999

COLLIÈRE. Marie-Francoise – **Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem.** 3ª tiragem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e Lidel: Lisboa, 1999. 385 p. Trad. Maria Leonor Braga Assis. ISBN 972-757-109-3

DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade.** Coimbra: Edições Almedina, 2008. 194 p. ISBN 978-972-40-3401-0

HENDERSON, Virgínia – **Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE.** Loures: Lusodidacta, 2007. 74 p. Trad. Idalina Gomes; João Santos; M^a Helena Silva; M^a Isabel Soares; Teresa Félix; Teresa Rebelo. ISBN 978-989-8075-00-0

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices.** New York: John Wiley & Sons, 1978.

NUNES, Lucília – A Epecificidade da Enfermagem In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para Uma Ética de Enfermagem.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. 582 p. ISBN 072-603-326-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – **Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dados Estatísticos 2000-2009.** (Em linha) (Consult. 23.Abril.2010). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE_Dados_Estatisticos_2000_2009_VFinal.pdf

NIGHTINGALE, Florence – *Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência, 2005. 201p. Trad. Carla Ferraz e Germano Couto. ISBN 972-8383-92-4

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3ª tiragem. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. 385p. ISBN 972-1757-109-3. Trad. Maria Leonor Braga Abecassis.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Cuidar ...A primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003. Trad. Sílvia Ventura; Ana Filipa Oliveira; Fernanda Oliveira; Lúcia Silveira. 437 p. ISBN 972-8383-53-3

PAIVA, Abel – O Papel do Enfermeiro. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8

PAIVA, Abel – Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir**. ISSN 0871-2379. Nº 55. (Jan. Fev, 2007). P. 11-19

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750 p. Trad. Ana Rita Albuquerque. ISBN 972-8383-74-6

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2007. 160 p. ISBN 972-54-0146-8

FILOSOFIA, ÉTICA E BIOÉTICA

ARENDT, Hannah – **A Condição Humana**. Lisboa: Relógio D'Água, 2010. Trad. Roberto Raposo. 407p. ISBN 9789727086375

ARISTÓTELES – **Ética a Nicómaco**. Trad. de António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004. ISBN 972-564-622-3

BANDMAN, Elsie.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics: Through The Life Span**. New Jersey: Prentice Hall, 2002 333 p. ISBN 0-83-85-6976-5

BEUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James – **Principles of Biomedical Ethics**. 5ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2002.

BOLMSJO, Ingrid; EDBERG Anna-Karing; Sandman Lars - Everyday Ethical Problems in Dementia Care: a teleological model. **Nursing Ethics** [serial on the Internet]. (2006, July), [Consult. 1.Mai.2009]; 13(4): 340-359. Available from: Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=37&hid=6&sid=545816ab-9f38-4dde-a047-244807f9fb2e%40sessionmgr3>

CAMERON, Miriam; SCHAFFER, Marjorie; PARK, Hyeoun – Nursing Students' Experience of Ethical Problems and Use of Ethical Decision-Marking Models. **Nursing Ethics**. (Em linha). (2001) (Consult. 15.Agosto.2008). Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=9&hid=116&sid=01f88d9f-4804-4f45-b1bf-e6f97d0a9e85%40sessionmgr107>

DEODATO, Sérgio – Segurança da Informação em Saúde. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1649-2629. Nº 34. (Junho.2010). p. 41-46

DEODATO, Sérgio – Conflitos de Direitos na decisão de Cuidado em Enfermagem. **Servir**. ISSN 0871-2379. Vol. 56. Nº 3-4 (Maio-Agosto.2008). p. 112-117

DEODATO, Sérgio – Critérios do Agir Profissional. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. Nº 29 (Maio.2008). p. 45-50

GÂNDARA, Manuela – Dilemas Éticos e Processo de Decisão. IN NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8. p.403-416

GREIPP, ME - Greipp's model of ethical decision making. **Journal of Advanced Nursing** (Em linha).17.6 (June 1992) 734-738. CINAHL Plus with Full Text. EBSCO.(Consult.24.Agosto.2008). Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1992147529&lang=pt-br&site=ehost-live>

GRUNDSTEIN-AMADO, R. - Ethical decision-making processes used by health care providers." **Journal of Advanced Nursing** (Em linha) 18.11 (Nov. 1993) 1701-1709. CINAHL Plus with Full Text. EBSCO. (Consult. 25.Agosto.2008). Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1994179253&lang=pt-br&site=ehost-live>.

HAN, Sung-Suk, et al - Korean nurses' perceptions of ethical problems: Toward a new code of ethics for nursing. **Nursing & Health Sciences** (Em linha) 2.4 (Dec. 2000) 217-224. Academic Search Complete. EBSCO. (Consult.25.Agosto.2008) Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=5485534&lang=pt-br&site=ehost-live>

HEIDEGGER, Martin – **A Essência do Fundamento**. Lisboa: Edições 70 (sd). ISBN 978-972-44-1336-5

KANT, Immanuel – **Crítica da Razão Pura**. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008. Trad. Manuela Pinto dos Santos e Alexandre Fradique Morujão. 680 p. ISBN 978-972-31-08623-7

KANT, Immanuel – **Crítica da Razão Prática**. Lisboa: Edições 70, 2001. 192 p. Trad. De Artur Morão. ISBN 972-44-0153-7

KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2003. 117 p. Trad. Paulo Quintela. ISBN 972-44-0306-8

LIPP; Alison – An Enquiry Into a Combined Approach for Nursing Ethics. **Nursing Ethics**. (Em Linha). (1998). (Consult. 16.Agosto.2008). Disponível em : <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=27&hid=101&sid=afc8ac9f-802f-4437-b0a1-6c94b0b4a095%40sessionmgr2>

LUTZEN, K. Nursing Ethics Into the Next Millennium: a context-sensitive approach for nursing ethics. **Nursing Ethics**. (Em linha) 4.3 (May 1997) 219-226. Academic Search Complete. EBSCO. (Consult.25. Agosto.2008). Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=7392903&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. 582 p. ISBN 072-603-326-8

NUNES, Lucília – A Especificidade da Enfermagem In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para Uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8

NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484p. ISBN 972-8930-17-8

NUNES, Lucília – **Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos**. Loures: Lusociência, 2009. 188 p. ISBN 978-972-8930-47-9

MAGALHÃES, Vasco Pinto – Qualidade de Vida: Desafio e Ambiguidades. In ARCHER, Luis et al – **Novos Desafios á Bioética**. Porto: Porto Editora, 2001. ISBN 972-0-06036-0. p. 222-224

PARK, Hyeoun –AE, et-al - Korean Nursing Students' Ethical Problems and Ethical Decision Making. **Nursing Ethics** [serial on the Internet]. (2003, Nov), [Consult. 1.Maio.2009]; 10(6): 638-653. Available from: Academic Search Complete. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=37&hid=6&sid=545816ab-9f38-4dde-a047-244807f9fb2e%40sessionmgr3>

RENAUD, Isabel – A Sociedade e a Religião entre a Lei e a Relação. Proibição ou decisão Ética. **Cadernos de Bioética**. ISSN 1646-882. Nº 10 (Abril.2010).

RENAUD, Isabel – A Confiança. In **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. Nº 34. (Junho.2010). p. 9-17

RENAUD, Michel – Os Novos Condicionamentos da Liberdade. **Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética**. ISSN 1646-882. Nº 9 (Dezembro.2009)

RICOEUR, Paul – **Do Texto à Acção**. Porto: Rés-Editora, Lda (sd). 407 p.

RICOEUR, Paul – **Soi-même comme un autre**. Paris : Éditions du Seuil, 1990. 424 p. ISBN 2-02-011458-5

RICOEUR, Paul - Les trois niveaux du jugement médical. **ESPRIT**. Nº 227. (Dezembro.1996)

RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. 195 p. ISBN 9789728407186

Revista da Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629. Nº 15. (Dezembro.2004)

SERRÃO, Daniel – A Dignidade Humana no Mundo Pós-Moderno. **Revista Portuguesa de Bioética. Cadernos de Bioética**. ISSN 1646-8082. Nº 11 (Julho.2010). p.191-199

SMURL, James F. - Ethical Problems. **Nursing** (Em linha) 18.6 (June 1988) 110-110. Academic Search Complete. EBSCO. (Consult. 25Agosto2008). Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=4888093&lang=pt-br&site=ehost-live>

SMITH, K V - Ethical decision-making by staff nurses. **Nursing Ethics** (Em linha) 3.1 (Mar. 1996): 17-25.MEDLINE with Full Text. EBSCO. (Consult.24.Agosto.2008). Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=8696860&site=ehost-live>.

THOMPSON, Ian E; MELIA, Kath M; BOYD, Kenneth M – **Ética em Enfermagem**. Trad. PEREIRA, Helena; ROSA, Margarida Cunha. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-67-3

ZOBOLI, Elma L. C. P; FORTES, Paulo A. C. - Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. (Em linha) ISSN 0102 – 311X. Vol. 20. Nº 6 (Nov/Dez.2004). (Consult. 25.Abril.2008) Disponível em: <http://www.scielo.org/img/revistas/csp/v20n6/28t1.gif>

VIEIRA, Margarida – Solidariedade e Responsabilidade In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 072-603-326-8

EPISTEMOLOGIA

BACHELARD, Gaston – **O Novo Espírito Científico**. Lisboa: Edições 70, 1996. 124 p. ISBN 971-44-0915-5

DAVALLON, Jean – **Objecto concreto, objecto científico, objecto de investigação**. Trad. Helena Santos. (Em linha). (Consult. 25.Ago.2007). Disponível em: http://prisma.cetac.up.pt/artigospdf/3_objecto_concreto_objecto_cientifico_objecto_de_investigacao_jean_davallon.pdf

FERNANDES, António Teixeira – **O Problema da Dúvida na Busca do Conhecimento** (Em linha). (Consult. 31. Ago. 2010). Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1324.pdf>

HETHERINGTON, Stephen – **Realidade. Conhecimento. Filosofia. Uma Introdução à metafísica e à epistemologia.** Lisboa: Instituto Piaget, 2007. trad. Jorge Pinheiro. 204 p. ISBN 978-972-771-840-5

KUHN, Thomas – **A Estrutura das Revoluções Científicas.** 1ª ed. Lisboa: Guerra e Paz Editores, 2009. Trad. Carlos Marques. 286 p. ISBN 978-989-8175-42-0

LAKATOS, Imre – **História da Ciência e suas Reconstruções Racionais.** Lisboa: Edições 70, 1998. Trad. Emília Picado Tavares Marinho Mendes. 175 p. ISBN 972-44-0958-9

MAIA, Isabel Mª Magalhães R.L. – **O desenvolvimento da ciência em Thomas Kuhn.** (Em linha). (Consult. 25.Ago.2007). Disponível em:<http://www.consciencia.org/kuhnisabel.shtml#sdendnote2sym>

POPPER, Karl R. – **A vida é aprendizagem: Epistemologia evolutiva e sociedade aberta.** Lisboa: Edições 70, 2001. 215 p. Trad. Paula Taipas. ISBN 972-44-1024-2.

POPPER, Karl R. – **Em busca de um mundo melhor.** 3ª ed. Lisboa: Editorial Fragmentos, 1992. 245 p. Trad. Teresa Curvelo; Manuel Loureiro; João Carlos Espada.

POPPER, Karl – **Como evolui a ciência?** Trad. Pedro Galvão.http://www.didacticaeditora.pt/arte_de_pensar/leit_evolucao-ciencia.html, 17.09.07, 20h45

POPPER, Karl – **O conhecimento e o Problema Corpo-Mente.** Lisboa: Edições 70, 1997. Trad. Joaquim Alberto Ferreira Gomes. 173p. ISBN 972-44-0961-9

POPPER, Karl – **O Mito do Contexto: em defesa da ciência e da racionalidade.** Lisboa: Edições 70, 1999. Trad. Paula Taipas. 253p. ISBN 972-44-0997-X

SANTOS, Boaventura de Sousa – **Introdução a Uma Ciência Pós-Moderna.** 6ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2002. ISBN 972-36-0207-5

SANTOS; Boaventura Sousa – **Um Discurso Sobre as Ciências.** 15ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2007. 59 p. ISBN 978-972-36-0174-9

WITTGENSTTEIN, Ludwig – **Da Certeza.** Edição Bilingue. Lisboa: Edições 70, 2000. Trad. Maria Elisa Costa. 191 p. ISBN 972-44-0816-7

DIREITO

ASCENSÃO, Oliveira – **Teoria geral do Direito Civil: Acções e Factos Jurídicos.** Lisboa: FDL, 1992. Vol. III. 517

CUNHA, Paulo Ferreira – **Filosofia Jurídica Prática.** Lisboa: Quid Júris?, 2009. 800 p. ISBN 978-972-724-411-9

MARTINEZ, Soares – **Filosofia do Direito**. 2ª ed. Coimbra: Livraria Almedina, 1995. 762 p. ISBN 972-40-0818-5

MONCADA, Cabral de – **Filosofia do Direito e do Estado**. Coimbra: Coimbra Editora, 1995. 359 p. ISBN 972-32-0086-4

SILVA, Germano Marques – **Direito Penal Português. Parte geral. Teoria do Crime**. 1ª ed. Lisboa: Verbo, 1998. Vol. II. 354 p. ISBN 9722219022

SCHMIDT, Eberhard – Teoria da Acção Social. Trad. Jorge de Castilho Pimentel. In **Textos de Direito Penal. Tomo II**. Lisboa: AAFDL, 1984

LEGISLAÇÃO

Constituição da República Portuguesa

Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro
(Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros)

Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril
(Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portugueses e altera o Regulamento Profissional dos Enfermeiros)

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro
(Altera e republica o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

INVESTIGAÇÃO

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2003. 225p. Trad. Luís Antero e Augusto Pinheiro. ISBN 972-44-0898-1

COSTA, António Firmino – A Pesquisa de Terreno em Sociologia. In SILVA, Augusto; PINTO, José Madureira – **Metodologia das Ciências Sociais**. 14ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2007. ISBN 978-972-36-0503-7

LATHELAN, Judith – Análises Cualitativo. In GUERRISH, Kate; LACEY, Anne – **Investigación en Enfermería**. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2008. Trad. dirigida por Vicent Montalt. ISBN 978-84-481-6390-7

POLIT, Denise F.; BECK, Cherly, Tatano – **Nursing Research: Principles and Methods**. 7ª ed. Philadelphia: LWW, 2004. 758 p. ISBN 0-7817-3733-8

PROCTER, Susan; ALAN, Teresa – Muestreo. In GUERRISH, Kate; LACEY, Anne – **Investigación en Enfermería**. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2008. Trad. dirigida por Vicent Montalt. ISBN 978-84-481-6390-7

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan – **Manual de Investigação Em Ciências Sociais**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998. 282 p. Trad. João Minhoto Marques; Maria Amélia Mendes; Maria Carvalho. ISBN 972-662-275-1

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. 383 p. Trad. Ana Paula Sousa Santos. ISBN 972-8383-29-0

TEORIA DO CONCEITO E CONCEITOS USADOS

DAHLBERG, Ingetraut. Teoria do conceito. *Ciência da Informação*. (Em linha).v. 7, n. 2, p. 101-07, 1978. Trad. Astério Campos. (Consult. 28.Dezembro.2009). Disponível em: <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/1680/1286>

FILHO, Alberto Mesquita – **Introdução à Física-Química das Soluções** (Em linha). (Consult. 23.Junho.2010). Disponível em - <http://www.ecientificocultural.com/BFQ/solu01.htm>