



Universidade Católica Portuguesa

**FUNDAMENTOS DO AGIR DO ENFERMEIRO FACE
AOS PROBLEMAS ÉTICOS DE INÍCIO DE VIDA**

**FUNDAMENTALS OF NURSE'S ACTIONS UPON
ETHICAL PROBLEMS IN THE BEGINNING OF LIFE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Enfermagem na especialidade de História e Filosofia de Enfermagem

Por

Sandra Cristina Ferreira Lopes Simões do Paço

Instituto de Ciências da Saúde

novembro de 2021



Universidade Católica Portuguesa

**FUNDAMENTOS DO AGIR DO ENFERMEIRO FACE
AOS PROBLEMAS ÉTICOS DE INÍCIO DE VIDA**

**FUNDAMENTALS OF NURSE'S ACTIONS UPON
ETHICAL PROBLEMS IN THE BEGINNING OF LIFE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Enfermagem na especialidade de História e Filosofia de Enfermagem

Por

Sandra Cristina Ferreira Lopes Simões do Paço

Sob a orientação de Professor Doutor Sérgio Joaquim Deodato Fernandes

Instituto de Ciências da Saúde

novembro de 2021

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito (...) não somos quem deveríamos ser, não somos quem iremos ser, mas graças a Deus não somos o que éramos.”

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

Num percurso que se tornou demasiado longo e solitário, há que agradecer a todos aqueles que me incentivaram a continuar, me levantaram quando caí e não me deixaram desistir. Assim, desde já o meu obrigada a todos.

Ao Professor Doutor Sérgio Deodato, por toda a sua colaboração neste trabalho. Sem ele, sem a sua sabedoria e paciência, teria sido impossível levar a bom termo este projeto. Obrigada, também, pelo acompanhamento e oportunidades que me deu. Este trabalho é, evidentemente, também o seu.

À Sra. Professora Margarida Viera, que tentou inicialmente conduzir as minhas caóticas ideias. Sei que não foi fácil abrir as “luzes”. Foi um privilégio ter partilhado alguns momentos com a Senhora Professora e o meu muito obrigada por toda a sua paciência, num tempo em que nem eu percebia o que ia fazer.

A todo o Instituto de Ciências da Saúde da UCP, da Senhora Dra. Maria Clara de Melo até à Senhora D. Otilia Calheiros, que me fizeram sentir sempre em casa.

Ao “Grupo José de Mello Saúde”, que me atribuiu uma bolsa e me deu tempo para finalizar este projeto. Sem isso, este trabalho jamais terminaria.

A toda a minha família e a todos os meus amigos, só porque existem e me animaram em todos os dias difíceis desta caminhada.

Aos participantes neste estudo, porque disponibilizaram aquilo que há de mais precioso nas nossas vidas: o tempo.. Quero dizer que é um orgulho poder chamá-los colegas. Emocionaram-me, cheguei a chorar e sofri com o sofrer deles. A sua fundamentação fez-me ver uma classe profissional que tenta dar todos os dias o seu melhor. Quero agradecer-lhes o tempo que me disponibilizaram, bem como o seu entusiasmo e vontade de partilha. É também deles este trabalho.

À Ana, à Maria João, à minha irmã, à Catarina e à Rita, o meu muito obrigada. Assim que precisei de colaboração, disseram presente. A vossa amizade não conhece limites.

Por último, ao meu marido, que foi de facto o grande impulsionador deste projeto. Foi ele que me incitou a iniciar este percurso, foi ele que me obrigou a continuar sempre que quis desistir e foi ele que celebrou cada pequena vitória comigo. Nunca poderei expressar por palavras o que fizeste...

A todos os que mencionei e a muitos que por falta de espaço não o fiz individualmente, o meu enorme BEM-HAJAM.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

CJ	Conselho Jurisdicional
CJOE	Conselho Jurisdicional da Ordem dos enfermeiros
CNECV	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CRP	Constituição da República Portuguesa
CP	Código Penal
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EOE	Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCAAP	Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
REDOC	Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
UC	Unidade de Contexto
UE	Unidade de Enumeração
UR	Unidade de Registo
VERITATI	Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa

RESUMO

Esta tese, integrada no doutoramento em Enfermagem, na área de “História e Filosofia de Enfermagem”, visa conhecer os fundamentos do agir utilizados pelos enfermeiros face aos os problemas éticos de início de vida. O estudo insere-se no campo da decisão ética e procura conhecer os seus alicerces.

Assim, para a prossecução desse objetivo, traçamos um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, e recorreremos às entrevistas semiestruturadas para recolha de material a 26 enfermeiros que desenvolvem o seu exercício profissional no âmbito de início de vida. Estas entrevistas foram submetidas a análise de conteúdo, mais concretamente a análise categorial. As categorias de problemas éticos foram elencadas anteriormente por Nunes (2006) e Deodato (2014), tendo sido igualmente identificadas neste trabalho algumas categorias já nomeadas anteriormente. Nesta investigação surgiram igualmente novas categorias, como: Lidar com o aborto espontâneo, Necessidade de conforto psicológico, Gravidez de menores, Malformações graves detetadas no momento do nascimento, Consentimento relativamente a cuidados durante o parto, Identificação de um problema ético, Reconhecimento social do enfermeiro e Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto. As restantes categorias foram adaptadas do conhecimento anterior (Nunes, Deodato) à luz do conhecimento daquilo que é o problema ético de enfermagem, segundo Deodato.

Na segunda fase do trabalho, procuramos conhecer a fundamentação utilizada por estes enfermeiros perante o problema ético de início de vida, partindo de Deodato, que já tinha identificado estes fundamentos para a decisão ética do enfermeiro, em geral. Contudo, neste estudo surgiram novas categorias como os fundamentos “pessoais”, “espirituais” e os relacionados com os “recursos disponíveis”.

Perante estes resultados, concluímos que os enfermeiros se defrontam com diversos problemas éticos, sendo que alguns deles provocam um impacto infável na sua atuação profissional. Perante estas situações e a intensidade com que são vividas, surgem fundamentos para a decisão a tomar. Os fundamentos “éticos” são os mais interiorizados no seu agir, mas surgem com grande relevância os fundamentos “deontológicos”, o que nos leva a concluir que os enfermeiros integram este conhecimento também na sua ação clínica. Os fundamentos “profissionais” e ainda outros que apresentamos no local próprio, surgem igualmente nesta investigação.

Com este estudo, e conhecendo estes resultados, procuramos com a sua divulgação contribuir para a ajuda à decisão neste campo que nos surge à partida como uma área de esperança e de alegria, mas que esconde por detrás desta evidência inúmeras situações de sofrimento para todos os envolvidos.

Esperamos assim cumprir o objetivo de contribuir para o conhecimento que auxilie os enfermeiros a decidir da melhor forma. Estando cientes de que mais entrevistas, mais localizações geográficas ou uma amostra mais diversificada relativamente ao género poderiam, eventualmente, dar outras perspetivas, todavia consideramos que atingimos os objetivos propostos.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; Início de vida humana; Ética do cuidado; Ética; Códigos de ética

ABSTRACT

This thesis, integrated in the PhD in Nursing, in the area of “History and Philosophy of Nursing”, aims to understand the fundamentals of nurse’s actions used by nurses in the face of ethical problems at the beginning of life. The study is within the scope of ethical decision and seeks to know its foundations.

Thus, in order to achieve this goal, we designed a qualitative study, of a descriptive type, and we used semi-structured interviews to collect material from 26 nurses who develop their professional practice in the context of early life. These interviews were submitted to content analysis, more specifically to categorical analysis. Nunes (2006) and Deodato (2014), previously listed categories of ethical problems and some of those categories were also identified in this work. Numerous new categories have also emerged in this investigation, such as: Dealing with miscarriage of desired pregnancy, Need for psychological comfort, Pregnancy of minors, Serious malformations detected at birth, Consent regarding care during childbirth, Identification of an ethical problem, Nurses social recognition and Non-involvement of the person during childbirth. The remaining categories were adapted from previous knowledge (Nunes, Deodato), adapting the definition of ethical problem in nursing activity, of Deodato (2014).

In the second part of this work, we intend to know how nurse’s deal in the face of ethical problems related to the beginning of life, starting from Deodato, who had already identified these fundamentals for the nurse's ethical decision, in general. However, in this study, new categories emerged such as “personal foundation”, “spiritual foundation” and those foundations related to the “available resources”.

The “ethical” foundations (Deodato) are the most interiorized in their actions, but the “deontological foundations” (Deodato) also appear with great relevance, which leads us to conclude that nurses also integrate this knowledge in their clinical action. The “professional” fundamentals, and others that we present in the proper place, also appear in this investigation. Taking the results into account, we conclude that nurses face several ethical problems, some of which have an ineffable impact on their professional performance. Considering these results and the intensity with which they are experienced, there are also numerous grounds for the decision to be taken.

We seek to disseminate this study and its results, contributing to help the decision-making process in this field that at a first glance is an area of hope and joy, but also hides behind this evidence countless situations of suffering for all involved.

Thus, we hope to fulfill the objective of contributing to the knowledge that helps nurses to decide in the best way. Being aware that more interviews, more geographic locations or a more diverse sample in relation to gender could, eventually, give other perspectives, however we consider that we have reached the proposed objectives.

KEYWORDS: Nursing; Beginning of human life; Ethics of care, Ethics; Code of ethics

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias de Fundamentos utilizados pelo CJOE face aos problemas éticos de início de vida.....	153
Quadro 2 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Complementaridade funcional”	158
Quadro 3 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Interrupção da gravidez”.....	161
Quadro 4 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Gestão de conflitos com utentes e familiares”	163
Quadro 5 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Lidar com aborto espontâneo”	165
Quadro 6 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Responsabilidade profissional”	167
Quadro 7 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria Transmissão da informação.....	170
Quadro 8 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Situações extremas”	171
Quadro 9 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Gravidez de menores”	173
Quadro 10 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”.....	173
Quadro 11 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Condições do exercício”.....	174
Quadro 12 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria Sigilo profissional	176
Quadro 13 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Consentimento relativamente aos cuidados durante o parto”	177
Quadro 14 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde”	178
Quadro 15 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Doença grave na gravidez”.....	178
Quadro 16 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Dificuldade na identificação de um problema ético”	179

Quadro 17 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria Estatuto do embrião	180
Quadro 18 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Reconhecimento social do enfermeiro”.....	180
Quadro 19 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto”	181
Quadro 20 - Categorização dos problemas éticos de início de vida identificados nas entrevistas realizadas	181
Quadro 21 - Fundamentos ponderados e utilizados na decisão ética do enfermeiro, segundo Deodato	185
Quadro 22 - Fundamentos éticos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	192
Quadro 23 - Fundamentos deontológicos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	199
Quadro 24 - Fundamentos profissionais utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	202
Quadro 25 - Fundamentos científicos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	204
Quadro 26 - Fundamentos pessoais utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	205
Quadro 27 - Fundamentos jurídicos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	207
Quadro 28 - Fundamentos “recursos disponíveis” utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	207
Quadro 29 - Fundamentos sociais utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	208
Quadro 30 - “Fundamentos espirituais” utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	208
Quadro 31 - Fundamentos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.....	209

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Resultados dos problemas éticos e dos fundamentos identificados na revisão integrativa da literatura.	111
Figura 2 - Resultados dos problemas ético identificados por Lucília Nunes (2006), para a categoria início de vida.	155
Figura 3 - Categorização dos fundamentos utilizados na construção da decisão ética, segundo Deodato.	184
Figura 4 - Áreas problemáticas em que se inserem os problemas éticos de enfermagem em início de vida.	260
Figura 5 - Fundamentos da decisão ética de enfermagem.	308

APÊNDICES

APÊNDICE 1	341
APÊNDICE 2	343
APÊNDICE 3	345
APÊNDICE 4	347

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	21
1. O agir ético em enfermagem	22
1.1. A ação humana e os seus fundamentos	22
1.2. A ação humana	24
1.2.1. Conceitos de deliberação e de decisão	25
1.2.2. A ação	28
1.2.3. A decisão de não agir e a omissão de cuidado	30
1.2.4. A objeção de consciência	31
1.3. Os fundamentos da ação humana	34
1.3.1. Princípios.....	36
1.3.2. Valores.....	38
1.3.3. Virtudes	41
1.3.4. Deveres	47
1.3.5. Obrigações	49
1.3.6. Direitos	49
1.4. A ação ética em enfermagem e os seus fundamentos.....	51
1.4.1. A decisão e a ação em enfermagem.....	51
1.4.2. Os fundamentos da ação ética em enfermagem: princípios, valores, virtudes, deveres e direitos do enfermeiro.....	53
1.5. Problemas e dilemas éticos em enfermagem.....	62
1.5.1. Conceitos de problema e dilema ético.....	62
1.5.2. Conceito de problema ético de enfermagem	64
1.5.3. Ética no início de vida e o estatuto do embrião.....	68
1.5.3.1. Questões éticas de início de vida.....	68
1.5.3.2. Estatuto do embrião humano	71

2.	Ancoragem teórica.....	76
2.1.	Conceito da teoria da ação.....	76
2.1.1.	O agente e a ação.....	80
2.1.2.	O motivo da ação.....	82
2.1.3.	Ação e acontecimento / Motivo e causa.....	83
2.1.4.	A intenção.....	84
2.1.5.	A volição, desejo e ação.....	86
2.2.	A ação como um texto.....	88
2.3.	A deliberação e a decisão em Ricoeur.....	91
2.4.	Depois da ação.....	93
2.5.	Ação e ética.....	94
2.6.	Síntese conclusiva do referencial teórico.....	96
CAPÍTULO II- SÍNTESE DO “ESTADO DA ARTE”.....		97
1.	Revisão da literatura.....	98
1.1.	Questões de investigação, objetivos e processo de revisão da literatura.....	98
1.2.	Problemas éticos de início de vida: resultados e análise.....	100
1.3.	Fundamentos do agir dos enfermeiros no início de vida: resultados e análise	106
1.4.	Conclusão da revisão da literatura.....	110
CAPÍTULO III - PLANEAMENTO DO ESTUDO.....		112
1.	Pergunta de investigação.....	113
2.	Objetivos.....	113
3.	Tipo de estudo.....	113
3.1.	Considerações éticas.....	118
CAPÍTULO IV - RESULTADOS.....		119
1.	Apresentação dos resultados do estudo.....	120

1.1.	Análise documental para identificar fundamentos do agir do enfermeiro no início de vida com base nos pareceres da Ordem dos Enfermeiros.....	120
1.1.1.	Análise e discussão dos resultados	122
1.1.2.	Fundamentos deontológicos	123
1.1.2.1.	Deveres deontológicos.....	125
1.1.2.2.	Direitos enunciados pela Ordem nos pareceres do CJ.....	130
1.1.2.3.	Princípios e valores.....	132
1.1.3.	Fundamentos profissionais	134
1.1.4.	Fundamentos éticos	138
1.1.5.	Fundamentos jurídicos.....	143
1.1.6.	Fundamentos científicos	150
1.1.7.	Conclusão da análise dos pareceres do conselho jurisdicional.....	152
2.	Resultados das entrevistas	155
2.1.	Apresentação dos resultados dos problemas éticos identificados	155
2.1.1.	Problemas éticos relacionados com o agir em “Complementaridade funcional”	156
2.1.2.	Problemas éticos relacionados com a Interrupção da gravidez.....	158
2.1.3.	Problemas éticos relacionados com a “Gestão de conflitos com utentes e familiares”	161
2.1.4.	Problemas éticos relacionados com o “Lidar com aborto espontâneo”.....	163
2.1.5.	Problemas éticos relacionados com a “Responsabilidade profissional” 165	
2.1.6.	Problemas éticos relacionados com a Transmissão da informação.....	167
2.1.7.	Problemas éticos relacionados com “Situações Extremas”	170
2.1.8.	Problemas éticos relacionados com “Gravidez de menores”	171
2.1.9.	Problemas éticos relacionados com “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”	173
2.1.10.	Problemas éticos relacionados com as “Condições do exercício”	174

2.1.11. Problemas éticos relacionados com o Sigilo profissional	175
2.1.12. Problemas éticos relacionados com o “Consentimento relativamente aos cuidados durante o parto”	176
2.1.13. Problemas éticos relacionados com a “Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde”	177
2.1.14. Problemas éticos relacionados com “Doença grave na gravidez”	178
2.1.15. Problemas éticos relacionados com a “Identificação de um problema ético”	179
2.1.16. Problemas éticos relacionados com Estatuto do embrião.....	179
2.1.17. Problemas éticos relacionados com o “Reconhecimento social do enfermeiro”	180
2.1.18. Problemas éticos relacionados com o “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto”	181
2.1.19. Síntese dos resultados dos problemas éticos de início de vida identificados nas entrevistas realizadas	181
2.2. Apresentação dos resultados dos fundamentos identificados.....	184
2.2.1. Fundamentos éticos	186
2.2.2. Fundamentos deontológicos	192
2.2.3. Fundamentos profissionais	200
2.2.4. Fundamentos científicos	202
2.2.5. Fundamentos pessoais	204
2.2.6. Fundamentos jurídicos.....	205
2.2.7. Fundamentos “Recursos disponíveis”	207
2.2.8. Fundamentos sociais.....	207
2.2.9. “Fundamentos espirituais”	208
2.2.10. Síntese dos resultados fundamentos utilizados face aos problemas éticos de início de vida	208
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	211

1. Discussão dos resultados das entrevistas.....	212
1.1. Discussão dos problemas éticos identificados.....	212
1.1.1. Problemas éticos relacionados com o agir em “Complementaridade funcional”	214
1.1.2. Problemas éticos relacionados com a <i>Interrupção da gravidez</i>	218
1.1.3. Problemas éticos relacionados com a Gestão de conflitos com utentes e familiares	224
1.1.4. Problemas éticos relacionados com o Lidar com aborto espontâneo ..	227
1.1.5. Problemas éticos relacionados com a Responsabilidade profissional .	230
1.1.6. Problemas éticos relacionados com a Transmissão da informação	234
1.1.7. Problemas éticos relacionados com “Situações extremas”	237
1.1.8. Problemas éticos relacionados com a “Gravidez de menores”	239
1.1.9. Problemas éticos relacionados com “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”	242
1.1.10. Problemas éticos relacionados com as “Condições do exercício”	242
1.1.11. Problemas éticos relacionados Sigilo profissional	245
1.1.12. Problemas éticos relacionados com o “Consentimento relativamente a cuidados durante o parto”	247
1.1.13. Problemas éticos relacionados com a “Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde”	250
1.1.14. Problemas éticos relacionados com “Doença grave na gravidez”	252
1.1.15. Problemas éticos relacionados com a “Identificação de um problema ético”	253
1.1.16. Problemas éticos relacionados com o Estatuto do embrião.....	253
1.1.17. Problemas éticos relacionados com o “Reconhecimento social do enfermeiro”	254
1.1.18. Problemas éticos relacionados com o “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto”	255

1.1.19. Síntese dos resultados dos problemas éticos identificados nas entrevistas realizadas	256
2. Discussão dos resultados dos fundamentos utilizados pelos enfermeiros face aos problemas éticos de início de vida.....	261
2.1. Fundamentos éticos	261
2.2. Fundamentos deontológicos	275
2.3. Fundamentos profissionais	289
2.4. Fundamentos científicos	294
2.5. Fundamentos pessoais	297
2.6. Fundamentos jurídicos.....	299
2.7. Fundamentos “recursos disponíveis”	302
2.8. Fundamentos sociais.....	303
2.9. Fundamentos “espirituais”.....	305
2.10. Síntese dos resultados fundamentos utilizados face aos problemas éticos de início de vida	307
3. Resultados dos pareceres vs resultados das entrevistas	308
CONCLUSÃO.....	314
BIBLIOGRAFIA	320

INTRODUÇÃO

Esta tese foi realizada no âmbito de doutoramento em Enfermagem, na área de “História e Filosofia de Enfermagem”, no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

O campo de pesquisa é a ética de enfermagem, mais concretamente a decisão ética de enfermagem. Uma vez que este problema foi estudado anteriormente por Deodato (2014), partimos do seu estudo e delimitamos a pesquisa apenas para o campo de início de vida. Desta forma, traçamos como objetivo o conhecimento dos fundamentos do agir do enfermeiro perante os problemas éticos de início de vida.

Se Nunes (2006) reconheceu na sua investigação a área de início de vida como uma área de problemas para a decisão do enfermeiro, nesta pesquisa procuramos também conhecer os problemas éticos que são identificados pelos enfermeiros nesta área específica. A jusante, e tendo como ponto de partida a investigação de Deodato, que identificou os fundamentos do agir em geral para a ação de enfermagem, partimos para a procura dos fundamentos utilizados perante os problemas éticos já identificados. Desta forma, elaboramos todo este trabalho dando evidência àquilo que Nunes (2002) cognominou de profissão de tripla orientação, uma vez que tem inseridos em si o campo ético, o deontológico e o moral. Destes emergem a fundamentação para a ação frente ao problema que se coloca ao profissional. Nunes (2002) relembra que existe também um estilo pessoal próprio de cada enfermeiro “que se constrói, relacionado com a reflexão sobre o vivido e a vontade de adequar os comportamentos e atitudes” (p. 8).

De uma investigação ética, espera-se que o conhecimento produzido ajude na tomada de decisões e na sua fundamentação ética. Com efeito, neste estudo, partindo do princípio de que o agir profissional do enfermeiro se âncora numa ética própria, e que a mesma contém em si valores e princípios comuns, e alicerçados nas investigações de Nunes (2006) e Deodato (2014), efetuamos a nossa pesquisa focada no início de vida. Foram identificados, através dos relatos dos participantes, os problemas éticos que enfrentavam na prestação de cuidados de enfermagem. Uma vez identificados os problemas, procuramos também os fundamentos usados na resolução desses problemas.

Demos assim resposta aos objetivos definidos: identificar os problemas éticos de início de vida no exercício profissional dos enfermeiros, categorizar os fundamentos éticos utilizados pelos enfermeiros, perante os problemas éticos de início de vida, e, descrever a fundamentação utilizada pelos enfermeiros na decisão ética no início de vida. Optamos por uma abordagem qualitativa, sendo o estudo exploratório e descritivo com recolha de dados, através de uma análise documental em Pareceres do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros e através de entrevistas semiestruturadas a enfermeiros. Foram realizadas 26 entrevistas a enfermeiros que prestavam cuidados em início de vida, e estas entrevistas foram submetidas a análise de conteúdo, segundo Bardin (2019). Procuramos, igualmente, conhecer a fundamentação utilizada pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal quando procede ao seu aconselhamento através de casos colocados pelos próprios membros. Assim, analisamos os pareceres do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, quando os mesmos versavam acerca da área específica de início de vida. Procurou-se, nestes pareceres, encontrar uma orientação para a ação profissional, o que permitiu estabelecer uma comparação entre aquilo que é uma orientação emanada pelo órgão regulador dos enfermeiros e aquilo que é, efetivamente, utilizado pelos mesmos.

Na procura dos fundamentos para a ação, passamos por várias etapas. Para isso, foram vários os autores em que fomos «beber» o nosso conhecimento, como Deodato, Nunes, Vieira, Zoboli, Aristóteles e Ricoeur. Foi também à luz do saber transmitido por estes autores que interpretamos os nossos dados.

No primeiro capítulo, procedemos ao nosso enquadramento conceptual, explicitando os conceitos que fazem parte do nosso título. Desde logo, iniciamos com a definição de ação e das etapas que a antecedem, como a deliberação e a decisão. Estabelecemos, igualmente, o nosso ponto de partida para problema ético e delimitamos a área em nos centraríamos, a área de início de vida.

Dando continuação a esta definição de conceitos, procuramos na literatura os fundamentos para a ação de enfermagem. Assim, termos como «princípios», «valores», «virtudes», «deveres», «obrigação» e «direitos» foram delineados e transpostos para o conceito em enfermagem. Ainda neste enquadramento, apresentamos os alicerces teóricos do nosso trabalho, procurando na teoria da ação e em Ricoeur, a base para este trabalho e a sua sustentação. Procedemos ainda a uma revisão da literatura em que

apuramos o “estado da arte” relativamente à questão em estudo. No quarto capítulo, apresentamos o planeamento do nosso estudo, com a respetiva apresentação metodológica, e tecemos as considerações éticas relevantes para o nosso trabalho. Os capítulos seguintes englobam a apresentação e a discussão dos resultados desta investigação, no que toca quer às entrevistas realizadas, quer aos pareceres do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.

O intuito desta investigação é contribuir para o conhecimento em enfermagem, sobretudo o conhecimento da ética de enfermagem, na área de início de vida, de forma que o ensino seja focado nos problemas reais e concretos com que se defrontam os enfermeiros e que, assim, sejam constituídas as bases para a tomada da melhor decisão, tal como o Colégio de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros de Portugal afirma, ao propor

focalizar os nossos esforços em apoiar também os profissionais em tudo aquilo que contribua para a atualização contínua de conhecimentos, o desenvolvimento das suas habilidades, capacidades e competências, orientadas para satisfazer as necessidades e expectativas das utilizadoras dos nossos serviços, cada vez mais informadas e exigentes.¹

É ainda com o objetivo deste Colégio que mantemos o foco na promoção da “*reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros*”². Identificamos este grupo profissional como objeto do nosso estudo, visto ser a este que pertence a prestação de cuidados no período perinatal, mais concretamente e na área que pretendemos abranger, o período que vai da concepção até ao término da gravidez.

¹ Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Plano de atividades a desenvolver em 2012. Lisboa. 2012. p.1

² CEESM. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. 2011. p.2

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. O agir ético em enfermagem

Este capítulo constitui-se como a primeira fase deste trabalho, em que pretendemos delinear aquilo que é o agir humano. Ora, este agir humano requer uma deliberação e decisão prévias. Deste agir humano fazemos a ponte para o agir ético em enfermagem. Na fase de deliberação, a pessoa escolhe os fundamentos para a sua ação, pelo que abordaremos, também neste capítulo, os fundamentos da ação humana. Da mesma forma, transportaremos estes fundamentos para a ação de enfermagem. Terminamos esta fase da nossa investigação com a definição de problema ético e sobretudo com a definição de problema ético de início de vida. Assim, e com estes conceitos bem definidos, fica contextualizado o âmbito do nosso estudo.

1.1. A ação humana e os seus fundamentos

O capítulo primeiro desta tese tem como objetivo proceder ao enquadramento conceptual e teórico do estudo que realizamos. Como afirmou Cícero (Séc. I/2017), “(...) toda a investigação iniciada pelo intelecto sobre qualquer assunto deve partir de uma definição de modo a compreender-se aquilo acerca do qual se discute” (p. 16). Partindo deste pressuposto, procedemos ao nosso enquadramento conceptual, em que nos apoiamos em vários autores, destacando alguns deles por serem a base deste trabalho. Pela sua particular relação com o nosso tema, estes autores são Aristóteles (334 a.C./2006), Ricoeur (1991), Vieira (2008b), Nunes (2006), Deodato (2014) e Zoboli (2010).

Aristóteles (334 a.C./2006) é um filósofo de referência quanto à decisão ética e, é do seu livro “Ética a Nicómaco” que partimos. Por outro lado, e uma vez que estamos no domínio da enfermagem, procuramos autores que nos tenham precedido nesta investigação, pelo que nos apoiamos em Vieira, Nunes, Deodato e Zoboli.

Em Nunes (2006), encontramos a identificação do problema ético de enfermagem através da investigação realizada com enfermeiros. Da mesma forma, Deodato (2014) identifica os fundamentos da decisão ética de enfermagem e clarifica o próprio conceito de problema ético de enfermagem. Vieira (2003, 2004, 2008a,2008) por toda a sua investigação na área da decisão ética e na fundamentação para a ação. Zoboli (2010), pelos estudos efetuados na área da tomada de decisão.

O nosso objetivo com este estudo é identificar os problemas éticos com que os enfermeiros se confrontam na área restrita de início de vida e, por outro lado, conhecer a sua fundamentação para a ação perante estes mesmos problemas.

Segundo Zoboli (2010), existem mais trabalhos na área dos resultados da decisão ética do que na área de tomada de decisão ética, defendendo que tem existido uma preocupação com o processo de decisão (existindo vários modelos), em detrimento da sua fundamentação. Esta constatação foi também confirmada pela nossa revisão da literatura efetuada em 2015 (e atualizada em 2020). Assim, será na área de fundamentação da decisão perante as questões éticas de início de vida que focamos a nossa pesquisa. Contudo, partindo do princípio de que a decisão ética responde à necessidade de resolver um problema ético, também identificamos os problemas éticos experienciados pelos enfermeiros na área de início da vida.

Com o intuito que definimos, iremos neste capítulo proceder à definição do conceito de *fundamento*, uma vez que este se encontra presente no processo de decisão e, posteriormente, definiremos o conceito mais específico de *fundamento ético* e especificaremos a sua subdivisão em *princípios, valores e virtudes, deveres, obrigações e direitos*.

Na literatura sobre a decisão ética, foram identificados por Nunes (2011) e Deodato (2014) o que estes autores denominaram como *fundamentos de ação de enfermagem*. Procuramos, assim, a definição deste conceito na enfermagem e na sua articulação com a trilogia deliberação, decisão e ação.

A palavra *fundamento* surge associada ao início das coisas ou, como menciona Nunes (2011), procedemos a uma pesquisa arqueológica em busca dos alicerces. Para a autora, é a base ou o apoio sólido de qualquer coisa como uma fundação de um prédio.

No campo particular da decisão ética, efetua-se determinada ação tendo por base princípios ou valores, constituindo-se estes como os fundamentos da ação. Nunes (2011), como já referimos, define fundamentos como o alicerce de algo. Defende, também, que “quando fazemos uma afirmação e a fundamentamos, geralmente apresentamos o ‘porquê’” (p. 48). Será o princípio de tudo o que, por sua vez, é profundo e racional. Todavia, esta autora refere dificuldade na definição do termo, facto que também constatamos nesta fase. Para Nunes (2011), na filosofia e moral, quando

mencionamos fundamentos “procuramos o princípio ético, que justifica (...) a conduta humana” (p. 48).

Para Deodato (2014), os fundamentos são bases que sustentam a decisão e, na procura das causas para a decisão, existem duas fases que são a da *ponderação* e a da *decisão final*, o que significa que, quando fazemos escolhas, e sendo essa seleção baseada em fundamentos evidentes, estes acabam por constituir as “chaves para a clareza de se autorregular” (Nunes, 2009, p. 101), ou seja, ao refletirmos sobre as razões (fundamentos) que nos levaram a agir de determinada forma, estamos a efetuar uma espécie de autocontrolo dos nossos atos. Assim, constatamos que os fundamentos serão um pilar que sustenta algo e, no caso da enfermagem, serão os pilares que sustentam a nossa ação ou o porquê da mesma, pelo que importa identificá-los, como faremos adiante (1.4.2. Fundamentos da ação ética em enfermagem).

1.2. A ação humana

Aristóteles (334 a.C./2006) dedica particular atenção à decisão ética em geral. Em Portugal, Deodato (2014) e Nunes (2009) têm efetuado investigação na área da decisão ética em enfermagem, assim como Zoboli (2010) no Brasil, abordando nos seus trabalhos a área da deliberação, da decisão e da ação em enfermagem. Desta forma, enunciaram e identificaram, inicialmente, o que são problemas éticos em enfermagem. Entre estes, surgem os problemas éticos em início de vida.

Neste estudo, pretendeu-se trabalhar exclusivamente esta área, como referimos anteriormente, de forma a identificar como os enfermeiros decidem quando confrontados com problemas éticos na área profissional de início da vida. Sendo o fundamento o alicerce da nossa ação e, sendo aquilo que ponderamos quando iniciamos a deliberação com a qual encetamos a tomada de decisão para a resposta ao problema ético, devemos considerar que esta resposta ao problema ético ou a ação praticada nesse sentido advém de uma decisão que por sua vez foi precedida de uma deliberação, pelo que importa definir os seguintes conceitos: «deliberação», «decisão» e «ação».

1.2.1. Conceitos de deliberação e de decisão

Deliberar é a fase em que pensamos qual o caminho para tomar uma decisão, quando confrontados com alguma dúvida. De forma hipotética, traçamos na nossa imaginação os diferentes caminhos que advirão através daquilo que for a nossa decisão. Fundamental é a percepção defendida por Aristóteles (334 a.C./2006) que declara que só podemos deliberar sobre aquilo que acontece através da nossa intervenção, pois o Homem nunca poderá deliberar sobre aquilo que não está ao seu alcance. O filósofo considera que “nós deliberamos sobre aquelas coisas que nos dizem respeito e que dependem de nós, ou seja, sobre as ações que podem ser praticadas por nós” (Aristóteles, 2006, p. 65). Mesmo em atos praticados pelo próprio, existe acerca dos mesmos uma indeterminação, o que significa que “deliberamos, assim, não sobre os fins, mas sobre os meios de os atingirmos” (Aristóteles, 2006, p. 66). Por isso, o fim nunca pode ser objeto de deliberação, porque deliberamos apenas acerca dos meios para realizar a ação. Relativamente ao objetivo final, desejamos o bem ou, nas palavras de Aristóteles (334 a.C./2006), “o bem em si é aquilo por que verdadeiramente se anseia” (p. 68), pelo que “não se pode ansiar por aquilo que é escolhido de uma forma incorreta” (p. 68).

Deliberar compreende uma procura e uma escolha entre diferentes alternativas, pelo que, Aristóteles (334 a.C./2006) considera que a deliberação é uma “certa forma de aconselhamento” (p. 143). Requer tempo e tem um sentido de orientação, sendo a boa deliberação “uma correção no processo do pensamento, pois enquanto se está a pensar não se chegou ainda a uma declaração final” (Aristóteles, 334 a.C./2006, p. 144).

Deliberar acertadamente inclui o objetivo correto, a forma correta e o momento oportuno (Aristóteles, 2006). Assim, “deliberar bem é próprio dos sensatos, a boa deliberação será a correção de deliberação a respeito do que é conveniente como meio para o fim, do qual a sensatez tem uma concepção verdadeira” (Aristóteles, 334 a.C./2006, p. 145); mas uma deliberação sensata, requer o conhecimento das circunstâncias.

Na deliberação conjugam-se diversos fatores motivacionais que serão ponderados e que propiciam a decisão. Deodato (2014) considera que a deliberação corresponde, não à escolha dos fins das ações, mas à ponderação dos meios que se colocam em alternativa, advindo a decisão que, por sua vez, origina “o ato voluntário” (p. 161).

Deliberar “consiste na consideração dos valores e deveres intervenientes em um fato concreto, a fim de se conduzir a situação por um caminho razoável, prudente e passível de realização” (Zoboli, 2010, p. 41). Zoboli (2010) refere que há interpretação de um evento, mas não dissociada do conjunto de vida. Assim, a circunstância decorre de um agrupamento em que todos os factos são importantes para uma correta interpretação, com particular relevância dos contextos culturais ou históricos, em que a pessoa está inserida. A abertura para alternativas é essencial na deliberação do problema ético de enfermagem, assim como o exercício crítico sobre as distintas visões do mundo. Para Zoboli (2010), há aprendizagem com o próprio processo de deliberação, uma vez que o mesmo compreende a capacidade de crítica e também de autocrítica. Há, no ato deliberativo, interpretação de dados, de factos e das suas ligações de sentido ao nível dos valores (Zoboli, 2010) e será a forma de justificação das opções morais que irá permitir a análise crítica dos diferentes caminhos que se podem percorrer. Assim, o processo de deliberação não é imperativo, mas constitui-se como aconselhamento pessoal (Zoboli, 2010).

Deodato (2014) defende que a deliberação, sendo a fase de ponderação dos fundamentos para a decisão, corresponde a “uma atividade mental individual e por vezes partilhada, de equação dos diversos fundamentos que poderão suportar a decisão” (p. 245). Em enfermagem, a ponderação em equipa ou “partilhada” é essencial e só assim se atinge aquilo que é melhor para a pessoa, na tentativa de ir ao encontro das suas expectativas e dos seus desejos. O autor realça a questão de o tempo em que ocorre a deliberação ser um processo encadeado e não um tempo preciso e definido. Deliberar corresponde à avaliação dos fundamentos, significando que estes são confrontados e ponderados, em consciência, por quem delibera. Para Deodato (2014), este é um exercício interior, em que são equacionadas vantagens e desvantagens perante o caso concreto. Subjacente ao conceito de deliberação há a reflexão, quer seja pessoal, quer seja a discussão com os outros, em que são avaliadas as alternativas, escolhendo-se aquela que se considera reunir maior consenso. A deliberação é individual e parte do interior daquele que delibera, que se vê confrontado com um problema, mas para a qual pode obter contributos exteriores que o subsidiam na sua tomada de decisão.

Para deliberar tem que existir previamente um desejo ou uma vontade pois “não deliberamos, com efeito, sem antes desejar um determinado fim” (Nunes, 2009, p. 98). A deliberação e a subjacente escolha dos fundamentos culminam na decisão, sendo esta

“na verdade, o que de mais próprio concerne a excelência e é melhor do que as próprias ações no que respeita à avaliação dos caracteres humanos” (Aristóteles, 334 a.C./2006, p. 63), pelo que é na escolha dos fundamentos que reside o caráter do ser humano.

A ação é sempre precedida de decisão, pelo que não se percebem tempos precisos, existindo um encadeamento contínuo entre a fase da deliberação, da decisão e posteriormente da ação.

Em Aristóteles (334 a.C./2006), percebe-se uma diferenciação entre aquilo que é a decisão voluntária e a ação voluntária, considerando que a última é um “fenómeno mais abrangente” (p. 63). Desta forma, outros seres vivos (além do Homem) e as crianças, podendo participar na “ação voluntária, não podem, contudo, participar na decisão” (p. 63), rejeitando a noção de que uma decisão possa assemelhar-se a um desejo, ou a um anseio, ou resultar da ira e afirma que, apenas é possível decidir acerca do que possa vir a acontecer “através de si próprio” (Aristóteles, 334 a.C./ 2006, p. 64). Contudo, a decisão também “implica um sentido orientador e um processo de pensamento” (Aristóteles, 334 a.C./2006, p. 65). Garante que “o princípio da decisão é a intenção e um cálculo dirigido para um objetivo final” (Aristóteles, 2006, p. 135) e que “não há decisão sem o poder da compreensão, nem sem o processo compreensivo, nem, finalmente, sem a disposição do caráter” (p. 135). Consequentemente, uma boa decisão requer a existência de caráter correto, de compreensão da situação e de uma intenção.

A decisão é um ato voluntário do ser humano que resulta de algo que se avalia previamente e que é livremente efetivada pelo agente e por isso, para Deodato (2014), a decisão “resulta da capacidade que o Homem livre tem para guiar o seu agir” (p. 150), que resulta de uma avaliação prévia.

Na mesma linha de pensamento, Nunes (2009) afirma que tomar decisões “consiste em escolher a melhor alternativa de acordo com critérios estabelecidos, a partir de uma certa quantidade de informações, com o propósito de atingir um objetivo estabelecido” (p. 98). Assim, para esta autora, decidir é sempre uma escolha entre o que se quer e o que se rejeita. A opção é a que está de acordo com a motivação de quem decide e pode ser fortalecida “pelo sentido que faz para o próprio, em comparação com outros cursos de ação” (p. 165).

A decisão é, por conseguinte, obtida após prévia ponderação das alternativas existentes, ou seja, da deliberação, nesta assunção que fazemos do pensamento aristotélico,

também acolhido pelos autores de ética de enfermagem referidos. Corresponde à escolha final, depois de uma reflexão exercida anteriormente.

1.2.2. A ação

Na definição de ação apoiamo-nos em Aristóteles (334 a.C./2006), enquanto um dos principais autores da ética filosófica, mas sendo esta uma investigação em enfermagem, fundamentamo-nos igualmente em autores de ética de enfermagem como Deodato (2014) e Nunes (2011).

A ação, em Nunes (2011), corresponde ao *fazer* e todas as ações têm princípio no ser humano, sendo dependentes deste (Aristóteles, 334 a.C./ 2006). A ação como o resultado de uma decisão é sustentada por Aristóteles, que declara que “o princípio da ação é a decisão” (Aristóteles, 334 a.C./2006, p. 135) e todas as ações têm o seu princípio no ser humano. Aristóteles (334 a.C./2006) dissecou em dois campos a ação: ações voluntárias como aquelas que são praticadas quando “o princípio motivador se encontra no próprio agente” (p. 59); e ações não voluntárias, como “aquelas que se geram sob coação ou ignorância” (p. 59). O filósofo considera que é nas ações voluntárias que existe a responsabilidade do ato.

Como vimos, a ação é algo que se exterioriza do agente ou, como afirma Deodato (2014), o “agir exterioriza a decisão de fazer (ou não fazer) em resultado da vontade livre do autor da ação” (p. 155), tendo origem nesse mesmo agente. Para Nunes (2011), a ação é “algo que podemos fazer” (p. 159), associando ao conceito de ação “o poder e o realizar, ou seja, uma intenção e uma concretização” (p. 160). A autora defende que tanto a decisão como o agir pertencem à esfera da ação, porque derivam de uma decisão que foi baseada em fundamentos (razões), que refletem a existência de intenção na ação. É na ação voluntária que o princípio reside no agente, e este tem conhecimento das circunstâncias concretas em que ocorre a ação, pelo que uma ação voluntária requer uma decisão que a preceda.

A ação pode, também, ser involuntária se existir coação ou ignorância (Aristóteles, 334 a.C./2006). Por isso, os legisladores “em determinadas circunstâncias, castigam os que parecem agir por ignorância, quando esta é provocada por negligência, quer dizer, quando podiam não ignorar o que faziam e podiam ter-se preocupado” (Aristóteles, 334 a.C./2006, p. 69). Assim, só atos decididos de antemão admitem uma deliberação

prévia, enquanto aquilo que não for matéria de deliberação “não admite decisão” (Aristóteles, 334 a.C./ 2006, p. 124).

Portanto, segundo Aristóteles (334 a.C./2006), temos como circunstâncias obrigatórias para a ocorrência de uma ação e para a sua avaliação, a informação de:

1) quem age e 2) o que faz; 3) a respeito do quê, ou de quem, é a ação e qual a situação peculiar em que se encontra o agente; por vezes também 4) aquilo com o qual se age (...) o instrumento com que se executa a acção, e o 5) fim em vista do qual se age (...) e 6) de que maneira se age (...). (p. 62).

Para Aristóteles (334 a.C./2006), o que é importante na circunstância da ação “é o fim em vista do qual é levada a cabo” (p. 62), considerando que o objetivo da ação é a felicidade, que é definida como “uma completude plena e autossuficiente, sendo o fim último de todas as acções possíveis” (p. 28). É através da prática contínua de virtudes que o Homem atingirá a felicidade, defende Aristóteles (334 a.C./2006). Por conseguinte, a felicidade advém da ação praticada, desde que a mesma esteja de acordo com a virtude. Só a ação interessa, pois não basta ter a intenção de bem agir e, por isso, afirma que “não são coroados os mais admiráveis nem os mais fortes, mas os que disputam a vitória” (p. 32).

Deodato (2014) considera que a noção de ação “encerra um conjunto de elementos que o distinguem de outros acontecimentos que também provocam alterações no mundo físico, denominados factos” (pp. 157-158), defendendo que existem três elementos associados à ação: “a manifestação exterior, a vontade e o fim” (p. 158). Para Deodato (2014), o fim (ou objetivo) é fundamental quando nos reportamos à enfermagem e ao seu exercício profissional, pois ao realizar qualquer ação, existe um planeamento que visa um determinado objetivo, denominado por processo de enfermagem.

Ao refletir sobre o «fim» ou sobre o objetivo do agir, Deodato (2014) aborda também o não agir, porque uma decisão de ação, pode ser a de não agir. Esta questão não pode ser descurada, sobretudo quando se pretende investigar a decisão em enfermagem, até porque o não agir pode advir de deliberação prévia, como a melhor forma de ação, em determinadas situações.

1.2.3. A decisão de não agir e a omissão de cuidado

Como referido anteriormente, a pessoa tem a capacidade de agir, mas pode optar por não agir. Para Nunes (2011),

quando nos referimos aos nossos actos, eles têm (pelo menos na forma paradigmática) uma direcção para um objetivo ou propósito, foram sujeitos a deliberação, são objecto da nossa intenção, manifestação da nossa liberdade, alvo da nossa responsabilidade, sujeitos a avaliação moral e devem responder a exigências de inteligibilidade racional e de justificação (pp. 164-165)

mas avaliadas as circunstâncias, uma decisão de não agir pode também ser uma decisão. Em enfermagem, a decisão de não agir pode ser vista sob o prisma de: decisão de não ação (porque mediante as circunstâncias concretas se revela a melhor opção) ou o não agir por negligência. Outra vertente, para a não ação, são os casos em que as crenças e valores do próprio enfermeiro estejam em causa, como no caso da objeção de consciência. Assim, o enfermeiro não executa o ato, recusando-o, sustentado nas suas convicções pessoais ou nos seus deveres profissionais.

Os enfermeiros são um grupo profissional que presta cuidados de saúde. Estes cuidados assumem visibilidade externa e traduzem-se no ato de enfermagem, pelo que ao prestar uma ação, o profissional assume a responsabilidade que lhe é inerente e as consequências previstas na lei. O enfermeiro age de acordo com a *leges artis*, com o objetivo de atingir o melhor resultado para a pessoa de quem cuida, mas pode, de acordo com o seu conhecimento, decidir não agir, sendo exemplo a não intervenção em fim de vida, evitando-se a obstinação terapêutica. Há, pois, uma intenção que se traduz no não agir e essa intenção de não agir resulta de uma deliberação prévia, que se expressa numa recusa. Esta recusa advém da expressão de convicções éticas pessoais ou conhecimento científico, em que a opção de não agir é fundamentada nesses critérios, depois de ajuizada a situação.

A decisão de não efetuar determinado cuidado não pode ser compreendida como omissão ou omissão de cuidado, a qual é definida no Código Penal Português, para efeitos de atribuição de uma pena a uma ação. O n.º 2, alínea 2 do artigo 10.º declara que “A comissão de um resultado por omissão só é punível quando sobre o omitente recair um dever jurídico que pessoalmente o obrigue a evitar esse resultado”. Isto significa que a omissão de cuidado é uma situação muito diferente da decisão por parte

do enfermeiro de não praticar determinado ato, caso isso se revele adequado perante a circunstância com a qual se confronta.

Se o enfermeiro considera que não deve agir, tal decisão nada tem que ver com negligência, a qual pode também ser um ângulo da não ação, considerando o Código Penal no seu artigo 15.º que “Age com negligência quem, por não proceder com o cuidado a que, segundo as circunstâncias, está obrigado e de que é capaz”. De facto, o cuidado constitui-se como um dever do enfermeiro e define-se como “um agir em tempo útil, tendo em conta as necessidades concretas de cada pessoa” (CJOE, Parecer CJ 21/2010, Recusa de Cuidados). Assim, só estamos perante um caso de negligência, numa situação em que o enfermeiro descure esse seu dever (de cuidado) e não aja no tempo necessário relativamente àqueles que seriam os cuidados indicados para aquela pessoa, naquela circunstância. Por conseguinte, a decisão de não praticar um determinado ato deve restringir-se a situações muito particulares e justificáveis. O dever de cuidado é a regra, sendo a decisão de não atuar uma prerrogativa limitada a situações extraordinárias.

1.2.4. A objeção de consciência

A principal situação de não agir aplica-se a casos de objeção de consciência, atualmente prevista no artigo 113.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portuguesa (atual Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro) e no Regulamento respetivo (OE, Exercício do direito à objeção de consciência).

Quando abordamos a objeção de consciência, aludimos à liberdade de escolha, liberdade que respeita valores religiosos, morais ou éticos e proíbe a violação da consciência, sempre que a mesma se expresse em desacordo com a lei estabelecida, num determinado país. Como afirma Vieira (1994) “(...) a consciência, mesmo quando invencivelmente errónea, deve ser respeitada, porque é a dimensão mais específica da dignidade do ser humano; objetar, por isso, pressupõe a sinceridade subjetiva e a boa-fé daquele que objeta” (p. 40). Esta liberdade de escolha, de pensamento ou de opção é hoje, nas sociedades democráticas, um direito legalmente protegido, sendo relevante no contexto atual, em que se evidencia a multiculturalidade. Estão, desta forma, asseguradas as convicções daqueles que, por razões religiosas, morais ou filosóficas,

discordam de determinada lei, permitindo a qualquer indivíduo a vivência da sua consciência ética.

A objeção de consciência implica a decisão de não agir numa determinada comunidade de acordo com a forma à qual todos os membros dessa sociedade estão sujeitos, sendo uma

posição subjetiva, protegida constitucionalmente, que se traduz no não cumprimento de obrigações e no não praticar de atos previstos legalmente, em virtude de as próprias convicções do sujeito o impedirem de as cumprir, sendo que estes atos e incumprimentos estão isentos de quaisquer sanções (Coutinho, 2001, p. 10).

Assim, esta decisão deverá ser sempre ponderada de uma forma responsável e o comportamento do indivíduo deverá ser coerente com os princípios que defende.

As discordâncias entre a consciência individual e a legislação vigente surgem muitas vezes ligadas ao significado atribuído à vida humana e ao seu valor intrínseco. No entanto, é um conceito muito elástico, podendo ser utilizado em variadíssimos contextos. Para a sociedade em geral, poder-se-á conotar, a título de exemplo, com a recusa à violência, recusa de pagamento de um imposto ou recusa de serviço militar. No amplo espectro da saúde, podemos referir o aborto ou a eutanásia. Relativamente aos profissionais de saúde, fica também consagrado o mesmo direito, respeitando-se o pluralismo ético dos mesmos. Assim, o profissional de saúde objetor de consciência é aquele que, por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa “esteja convicto de que não lhe é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o código deontológico” (Art.º 2.º, “Regulamento do exercício do direito à objeção de consciência” da Ordem dos Enfermeiros de Portugal).

O direito à objeção de consciência constitui-se como direito de recusa de um procedimento que contrarie os princípios e valores do executante e sobrevém sempre que exista conflito de consciência, por se considerar antiética alguma função ou obrigação, decorrente do exercício profissional. Fundamenta-se na liberdade de pensamento, religião e consciência, prevista na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)(1948), que refere no seu artigo 18.º que

toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica liberdade de mudar de religião ou de convicção,

assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos.

Consiste na “recusa de obediência a uma norma jurídica, ou na submissão a uma diretriz de uma autoridade pública, ou ainda, na rejeição de uma proposta ou comportamento imposto” (Correia, 2012, p. 18), assentando no primado da autonomia da pessoa humana, que só é possível numa sociedade democrática e livre.

A legislação relativa à objeção de consciência, e particularmente no campo de ação da saúde, é vasta, abarcando casos como o do aborto, procriação medicamente assistida, métodos anticoncepcionais, uso de sangue ou derivados e, mais recentemente, com a lei das diretivas antecipadas de vontade.

O direito à objeção de consciência é assegurado aos cidadãos e profissionais de saúde desde logo na Constituição da República Portuguesa (CRP, alínea 6, artigo 41.º). A primeira referência na legislação, relativamente aos profissionais de saúde, surge na Lei nº 3/84, de 24 de março, relativa à educação sexual e planeamento familiar, que estabelece a garantia do direito à objeção de consciência, para os médicos, afirmando no art.º 11.º que “É assegurado aos médicos o direito à objecção de consciência quando solicitados para a prática da inseminação artificial ou de esterilização voluntária”.

Em Portugal, o Código Penal, nas suas sucessivas revisões, contemplou também o direito à objeção de consciência (Lei nº 6/84, de 11 de maio; Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de março; Lei nº 90/97, de 30 de julho e por último Lei nº 16/2007, de 17 de abril). Estas retificações, relativamente à interrupção voluntária da gravidez, ocorreram no sentido de uma maior liberalização, com alargamento dos prazos e também da exclusão da ilicitude por vontade própria da grávida, até à décima semana.

Numa análise sumária da legislação, há um aparente confronto entre direitos relativamente à prática do aborto e respetiva objeção de consciência. Por um lado, a mulher adquire o direito ao aborto, por outro, os profissionais de saúde querem garantir a sua liberdade de não participação nesse ato. Mais especificamente, e no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros em Portugal, pode ler-se no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que este direito lhes é concedido sob forma da objeção de consciência “sempre que no âmbito da profissão surja o dever de cumprir leis, ordens ou solicitações formais que entrem em contradição com as convicções pessoais, filosóficas, éticas, morais ou religiosas, ou com o Código Deontológico que violem a consciência

individual”. O direito à objeção, para estes profissionais, “consubstancia-se no direito a recusar uma obrigação legal em nome da consciência individual” (Nunes, 2007, pp. 19-21).

O Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência (Regulamento nº 344/2017, da Ordem dos Enfermeiros) só é limitado pela lei em casos de disposições necessárias à segurança, à proteção da ordem, da saúde e moral públicas ou à proteção dos direitos e liberdades dos outros. Decorre do juízo moral realizado pelo enfermeiro, perante cada caso concreto que advenha do exercício da sua arte. O profissional recusa a sua participação em determinados atos, baseando essa rejeição nas suas crenças pessoais. Afirma-se, desta forma, a autonomia do enfermeiro, considerando que a sua liberdade de consciência é inviolável, como a de qualquer cidadão, tal como se encontra definido nos artigos 18.º “Declaração Universal dos Direitos do Humanos” (DUDH) e 14.º da “Constituição da República Portuguesa” (CRP).

Assim, será pertinente uma análise pessoal dos valores assumidos, moral e eticamente, mas deverá o enfermeiro, igualmente, refletir sobre as regras existentes, ponderando a atitude a assumir, ou seja, é uma forma de auto-reflexão sobre os próprios atos acerca daquilo que é obrigatório ou proibido, certo ou errado, bom ou mau, virtude ou vício, envolvendo uma sanção interna que é trazida à colação através da reflexão crítica³ (Beauchamp & Childress, 2019). Assim, a legitimidade da objeção de consciência advém da reflexão realizada pelo próprio acerca dos seus valores pessoais, aos quais pretende manter-se fiel, pelo que se preconiza que seja um ato de boa-fé e de respeito pela liberdade de pensamento dos outros.

1.3. Os fundamentos da ação humana

Quando nos referimos aos fundamentos da ação, reportamo-nos a princípios, valores, deveres, direitos e obrigações; todavia, para que a pessoa aja de acordo com estes

³ Tradução livre de: “Conscience, as this example suggests, is neither a special moral faculty nor a self-justifying moral authority. It is a form of self-reflection about whether one’s acts are obligatory or prohibited, right or wrong, good or bad, virtuous or vicious. It involves an internal sanction that comes into play through critical reflection” (p.43)

fundamentos, consideramos ainda necessária a existência de determinadas virtudes, que abordaremos adiante.

1.3.1. Princípios

O termo princípio advém do latim *principium*, que significa fonte ou começo, segundo Thompson et al. (2004). É definido como “uma verdade fundamental ou doutrina que constitui o início de inspiração ou direção para uma ação moral, ou termo usado como ponto de partida para o raciocínio moral” (Thompson et al., 2004, p. 15). Os princípios orientam-nos para um certo comportamento, todavia, como Beauchamp & Childress (2019) afirmam, devem ser balanceados e especificados para que possam funcionar de forma prática⁴.

Não sendo rígidos, os princípios não são também, segundo Tshudin (2003), demasiado flexíveis. Não dão respostas, mas ajudam na reflexão, sobretudo quando se pretende alcançar consensos. Também não são absolutos, pois até o princípio não matará tem subjacente a exceção, em casos de legítima defesa ou na proteção de inocentes.

Tshudin (2003), refere-se aos princípios que orientam o exercício profissional dos enfermeiros, destacando o princípio do respeito pela vida⁵ que considera ser um princípio transversal e, segundo a autora, aceite por quase todas as sociedades, afirmando que, sem vida humana, não há ética, ou pelo menos, não há estudo da ética⁶. Este constitui-se assim como princípio básico, considerado quase absoluto. Apesar dos princípios não serem obrigatórios, acabam por ser geradores da regra (Nunes, 2011), até porque sendo obrigatórios ficam no domínio do Direito.

Quando falamos em princípios, existem dois autores incontornáveis no que diz respeito aos cuidados de saúde, Beauchamp & Childress (2019), que no início dos anos 70 (séc. XX), deram origem ao principlismo em Bioética, plasmando os princípios que deveriam nortear a relação entre profissionais de saúde e a pessoa alvo dos cuidados. Circunscreveram também os princípios que devem reger um julgamento moral, sendo que estes princípios derivam de juízos ponderados no interior da moralidade comum. Afirmam ainda que os princípios, assim como a discussão acerca das virtudes morais, são extraídos daquilo que apelidam de território da “moralidade comum”⁷ (Beauchamp & Childress, 2019). Asseveram que os princípios são “são uma formulação razoável de

⁴ Tradução livre de: “must be balanced and specified so they can function practically” (p.15)

⁵ Tradução livre de: “the principle of value of life”

⁶ Tradução livre de: “Without human life, there is no ethics or at least, no study of ethics” (p. 52)

⁷ Tradução livre de: “common morality” (p.13)

algumas normas vitais da moralidade comum e adequados como estrutura para uma ética biomédica.”⁸ (Beauchamp & Childress, 2019). Estes princípios, segundo estes autores, serão: o respeito pela autonomia; a não maleficência; a beneficência e a justiça.

O respeito pela autonomia implica reconhecer o seu direito a fazer escolhas e de agir de acordo com as mesmas, com base naquilo que são os valores e as crenças da pessoa (Beauchamp & Childress, 2019). O conceito de autonomia em cuidados de saúde surge ligado ao da liberdade (sendo a liberdade um valor), ou mais propriamente à liberdade de escolha relativamente aos cuidados de saúde que pretendemos obter. Não será ilimitado e requer capacidades como consciência, competência e idade mínima (definida pela lei) de quem decide. Uma das condições é o sujeito não ser coagido, devendo ser aceite livremente o cuidado que lhe é proposto. Para uma decisão sustentada, a informação fornecida terá de ser verdadeira, mas também compreensível para a pessoa que a recebe. Todo este processo que ocorre em concordância com a pessoa alvo dos cuidados é atualmente denominado consentimento livre e esclarecido.

A não-maleficência determina a obrigação de não infligir dano⁹ (Beauchamp & Childress, 2019). Para estes autores, este princípio encerra regras morais específicas, como por exemplo: “não matar; não causar dor ou sofrimento aos outros; não causar incapacitação; não causar ofensa a outros e não despojar os outros dos prazeres da vida”¹⁰ (Beauchamp & Childress, 2019). A não-maleficência determina a obrigação de não infligir dano¹¹ (Beauchamp & Childress, 2019).

A beneficência indica que na prestação de um cuidado ou definição de um tratamento deve advir benefício para a pessoa que o recebe. Os autores incluem dois conceitos na beneficência distinguindo entre beneficência positiva ou utilidade. A beneficência

⁸ Tradução livre de: “that the principles are a reasonable formulation of some vital norms of the common morality and that the principles are well suited as a framework for biomedical ethics. ” (p.444,445)

⁹ Tradução livre de: “obligates us to abstain from causing harm to others” (p.156)

¹⁰ Tradução livre de:”1.Do not kill; 2. Do not cause pain or suffering; 3. Do not incapacitate; 4. Do not cause offense; 5. Do not deprive others of goods of life” (p.159)

¹¹ Tradução livre de: “obligates us to abstain from causing harm to others” (p.155)

positiva requer que os agentes propiciem benefícios aos outros e a utilidade requer que os agentes equilibrem os benefícios, os riscos e os custos, de forma a que se produzam os melhores resultados (Beauchamp & Childress, 2019).

Por último, surge o princípio da justiça, definida por Aristóteles (2006) como “disposição do caráter a partir da qual os homens agem justamente” (p. 107), embora o filósofo reconheça que lhe podem ser atribuídos vários sentidos. A justiça é também subdividida por este autor em duas categorias: justiça da distribuição de bens e justiça corretiva. Associa ainda a este conceito, a retribuição proporcional e a equidade. Beauchamp & Childress (2019) adotam a definição de justiça como um conjunto de normas para uma distribuição justa de benefícios, riscos e custos¹². Estes autores referem-se à distribuição do bem saúde e à forma de o fazer de modo adequado e justo, mas reconhecem que não existe “um princípio único de justiça” que seja capaz de solucionar todos os problemas que possam sobrevir nesta área. Estes autores referem-se ao “princípio de justiça formal”, de Aristóteles (334 a. C./2006), em que pessoas iguais devem ser tratadas de forma igual, e desiguais devem ser tratadas de forma desigual (Beauchamp & Childress, 2019). As teorias de justiça são várias, mas neste caso podemos afirmar que os autores se referem a uma distribuição, que embora se queira igual para todos, deve tendencialmente exercer uma discriminação positiva no sentido de beneficiar quem mais precisa.

Segundo Beauchamp & Childress (2019), não existe uma hierarquização destes princípios e é também reconhecida a possibilidade de se incompatibilizarem uns com os outros.

1.3.2. Valores

O vocábulo «valor» advém do latim *valer*, que significa *ser forte, valoroso*, sendo a “base a partir da qual verificamos a importância ou o valor de alguma coisa, fazemos a estimativa da importância relativa de várias coisas ou ações para a consecução das nossas finalidades de vida ou do bem-estar de outros/sociedade” (Thompson et al., 2004, p. 13). Estes autores acrescentam ainda que “Os valores são crenças que muitas

¹² Tradução livre de: “a cluster of norms for fairly distributing benefits, risks, and costs” (13)

vezes partilhamos com outros, em relação às quais estamos empenhados de uma forma pessoal e a partir das quais estamos preparados para agir, para sustentar as nossas decisões e acções futuras” (p. 13). É de consenso geral que a sua definição é difícil e, para Valcárcel (1997), os seus termos referem-se a entidades abstratas. A sua valoração está relacionada com “o fenómeno universal da avaliação” (p. 401). Para esta autora, o termo valor é um facto linguístico (embora não exclusivamente) e os valores “dão forma e remetem para uma ordem simbólica na qual os seus territórios semânticos estão relativamente bem estabelecidos” (Valcárcel, 1997, p. 411), os quais não sendo homogéneos, não entram em contradição uns com os outros. Inúmeras afirmações têm carga valorativa, mesmo sem que nos apercebamos do facto e, por último, estão ligados ao ser e ao dever ser. A autora sustenta que os valores podem mudar consoante os tempos e as sociedades e, portanto, quando avaliamos um valor há toda uma carga simbólica e secular enorme.

A influência da sociedade e dos seus valores são primordiais para o desenvolvimento pessoal e por isso Thompson et al. (2004) afirmam que “os propósitos, valores e princípios que temos como indivíduos não podem ser convenientemente estudados isolando-os daqueles que vigoram na sociedade e na cultura que fizeram de nós aquilo que somos” (p. 13). Estes autores pensam que as decisões se baseiam nos valores morais que possuímos e nas regras sociais interiorizadas. Valorizam, igualmente, a educação familiar, a experiência escolar, o trabalho desenvolvido e o contacto que estabelecemos com a comunidade. Somos um resultado da vida que vivemos, das experiências que obtemos e das pessoas que conhecemos.

Rassin (2010) indica que os valores representam convicções básicas daquilo que é certo, bom ou desejável e motivam aquilo que é o comportamento social e profissional da pessoa¹³. Também Delgado (2014) considera que os valores são o elemento base ou elementar das normas, leis ou princípio da ação. Alerta, igualmente, para a dificuldade na sua definição. Acrescenta ainda que os valores estão presentes no nosso quotidiano e em cada decisão tomada, sendo o fundamento do carácter de cada um e o guião das suas vidas.

¹³ Tradução livre de: “Values represent basic convictions as to what is right, good or desirable, and motivate social and professional behavior”

Para a Ordem dos Enfermeiros (2015) “Na generalidade, os valores são critérios segundo os quais valorizamos ou desvalorizamos as coisas e expressam-se nas razões que justificam ou motivam as nossas ações, tornando-as preferíveis a outras” (p. 40). Para Nunes (2011), “o valor é a *priori* e a *posteriori* em relação à ação, e que o ser humano é essencialmente criador dos seus valores” (p. 63). Nunes (2011) afirma ainda que somos “guiados pelo nosso mosaico pessoal que nos constitui e que agrega a formação pessoal, a cultura, os valores, o nosso contacto e a nossa inserção no contexto do mundo” (p. 105), defendendo que a nossa vivência dá um conjunto de referências, mas como profissionais existe também uma aprendizagem que decorre da formação específica e experiência profissional. Para Nunes (2011), há uma convicção de que os valores implícitos na ação são aprendidos, quando diz que “Ninguém nasce enfermeiro, decorre que se aprende a ser” (p. 107).

Para Delgado (2014), existem dois tipos de valores: os *intrínsecos*, que serão aqueles que têm valor por si próprios e os *instrumentais*, descritos como aqueles que se tornam valor por comparação com outros.

A estruturação de valores ocorre ao longo da vida e persegue aquilo que denominamos de *bom* ou *fazer o bem*, havendo, no entanto, que salientar que o significado das palavras não é unânime e pode diferir de sociedade para sociedade. Independentemente da escolha, são os valores pelos quais optamos que guiam a nossa atitude ou ação.

A incorporação de um valor na pessoa, segue o modelo, segundo Tshudin (2003), apresentado por Raths em 1966. Este modelo e o estudo referido¹⁴ referem a seleção livre do valor, hipótese de opção entre diferentes alternativas e a eleição só é definida depois de refletidas as consequências de cada uma. Subsequentemente, será necessário que a pessoa fique feliz com a sua preferência, seguindo-se a afirmação da alternativa escolhida. Por último, seria necessário atuar de acordo com a escolha realizada, até a mesma se tornar um modelo para a pessoa.

Os valores podem diferenciar-se em três níveis: crenças, atitudes e valores em si mesmos (Tshudin, 2003). Assim, as crenças serão aquelas que mudam menos e vão além do óbvio e é também o nível que é menos sujeito a pressões externas. Quanto às atitudes, são consideradas como uma disposição ou um comportamento habitual e, no

¹⁴ Raths, L. E., & Harmin, M. (1966). Values and teaching: Working with values in the classroom. Merrills international education series.

que diz respeito aos enfermeiros, as suas atitudes são únicas. Os valores surgem para Tshudin (2003) como sendo algo menos fixo do que os níveis anteriores, por estarem habitualmente ligados às motivações.

Frankl (Cit. In Tshudin, 2003) defende também a existência de três tipos de valores: valores criativos, que serão aqueles que descobrimos através do que fazemos, como por exemplo, dar conforto a um doente; valores experienciais, aqueles que descobrimos através da apreciação das pessoas, eventos, beleza natural ou artística, como por exemplo um belo pôr do sol ou um concerto que nos faz felizes. Estes tornam-se valores que queremos experienciar outra vez e os enfermeiros descobrem muitos destes valores através das suas experiências com os doentes. Por último, Tshudin (2003) menciona os valores atitudinais, expressos pela forma de reagir a eventos inesperados ou circunstâncias difíceis, sobre as quais não possuímos controlo, como por exemplo o nosso sofrimento ou o sofrimento do outro.

Além destes aspetos, menciona que frente a novos problemas que possam surgir, enquanto membros de uma sociedade ou, no caso da enfermagem, na vida profissional, pode ocorrer uma mudança ou redefinição dos valores de cada um (Tshudin, 2003).

Finalizando esta definição do conceito de valor, evidencia-se a existência de uma multiplicidade de valores que estão relacionados com a formação e a experiência da pessoa. Dependendo da sociedade em que o indivíduo se insere, poderão ocorrer divergências na valoração atribuída aos mesmos. Todavia, afirma-se a existência de valores comuns nas sociedades em geral, prevalecendo o respeito pela dignidade humana e o respeito pela vida.

1.3.3. Virtudes

Beauchamp & Childress (2019) definem virtude como uma disposição para agir ou um hábito de agir em acordo com princípios morais, obrigações ou ideais. Para Vieira (1993), “A virtude é, segundo Aristóteles, uma disposição, que se transforma num estado habitual, para escolher o justo meio para si próprio, definido pela razão e conduta de um homem refletido (com bom senso e sabedoria prática)” (p. 325). Esta autora declara ainda que para uma ação ser virtuosa exige-se “a) que o agente tenha plena consciência do que está a fazer, b) que escolha deliberadamente a sua ação e por si próprio; e c) que o ato provenha de uma disposição moral enraizada em si” (p. 325).

Será desta “disposição moral” que falaremos adiante, quando mencionarmos as virtudes pessoais. Para Velásquez & Gómez (2019), a virtude reside nas qualidades que a pessoa possui e que a levam a atuar de forma ética ou moral.

No seu livro “Ética a Nicómaco”, Aristóteles (334 a. C./2006) partilha a ideia de que as virtudes exigem uma prática contínua das mesmas e só dessa forma serão parte dos nossos hábitos. Distingue-as entre aquilo que é bom, como sendo *virtude*, e aquilo que é mau, como defeito humano. Na prática da virtude pode-se almejar o fim último, que segundo o filósofo, é a felicidade. Assim, “a felicidade parece, por conseguinte, ser de uma completude plena e autossuficiente, sendo o fim último de todas as ações possíveis” (p. 28). Tudo o que é importante e conduz à felicidade na ação deve estar de acordo com a virtude e essa atividade tem que existir, pois não basta existir a disposição para ela, terá efetivamente que acontecer, havendo uma distinção entre a vontade para o agir e o agir em concreto (Aristóteles, 334 a. C./2006).

O caminho para a felicidade concebe-se através do cultivo das virtudes, sendo necessária a prática de “actividades autênticas realizadas de acordo com a excelência ética, enquanto as actividades opostas levam à infelicidade” (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 35). Associa também a estabilidade à felicidade, mais do que a que será possível obter através do conhecimento científico. Mesmo perante dificuldades, aquele que é virtuoso dispõe da possibilidade de superação “não porque não sofra, mas por generosidade e magnidade” (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 36), pois aquele que é nobre, em qualquer circunstância, procede sempre da melhor maneira.

Ao afirmar que “a felicidade é uma certa actividade da alma de acordo com uma excelência completa” (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 39), parte para a elucidação do significado de *virtude*, mas especifica que o que deseja é falar da virtude da alma, não da do corpo. Distingue a alma em duas partes: uma capacitante da razão, outra incapacitante da mesma. Em relação à capacitante, é aquela que permite ao ser humano ter autodomínio, sendo ainda necessárias qualidades como a sensatez e a coragem, que permitem “escutá-la e obedecer-lhe” (p. 41). Diferencia, ainda, entre virtudes teóricas e virtudes éticas. Considera a sabedoria, o entendimento e a sensatez virtudes teóricas, e a generosidade e a temperança, virtudes éticas.

Para Aristóteles (334 a. C./2006), a virtude teórica ensina-se, requer experiência e tempo. A virtude ética funciona por habituação, podendo ser aperfeiçoada, o que significa que o justo se torna justo por praticar a ação justa. Essa habituação deve

iniciar-se em fase mais precoce, porque o hábito pode também ser para o mal, afirmando o autor que “Com efeito, não é uma diferença de somenos o habituarmos-nos logo desde novos a praticar acções deste ou daquele modo. Isso faz uma grande diferença. Melhor, faz toda a diferença” (p. 44). Menciona, igualmente, a relevância de se proceder à avaliação da ação, pois permite à pessoa adquirir virtudes de forma permanente. Estas disposições podem ocorrer em excesso ou defeito, pelo que devem ser ensinadas de forma correta. Por outro lado, adverte que não se deve optar pelo caminho mais fácil ou aquilo que é mais prazeroso porque “a perícia e a excelência formaram-se sempre por relação com o que há de mais difícil” (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 48).

Para se ser excelente e agir conforme a *virtude* (ética) é necessário: saber agir, decidir agir e agir fundamentado nas virtudes, sendo necessário possuir um carácter estável e inamovível, enquanto para outras perícias basta o saber (o conhecimento).

Aristóteles (334 a. C./2006), define *virtude* (que na obra citada também se encontra traduzida por excelência) como sendo a “disposição do carácter a partir da qual o Humano se tornará excelente. Isto é, a presença da excelência no Humano permitirá restituir-lhe a sua função específica, a de se tornar em si próprio excelente” (p. 50), e se for excelente, o humano evitará o excesso e o defeito procurando a disposição do meio, ou seja, “todo o saber numa determinada área opera corretamente se tiver em vista o meio e conduzir até aí todos os seus resultados” (p. 51).

Portanto, a virtude como disposição admite excesso, defeito e meio, mas há que

sentir isto no tempo em que se deve, nas ocasiões em que se deve e do modo como se deve, isso é, o meio é o melhor de tudo, ou seja, o meio e o melhor de tudo é a medida da excelência (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 52).

Por exemplo, a coragem será a disposição do meio entre a audácia e a covardia.

Como virtudes, Aristóteles (334 a. C./2006) enuncia as seguintes: A coragem que é “uma disposição intermédia a respeito das situações que convidam ao excesso de confiança e as que levam a sentir um medo tremendo” (p. 75); A temperança será a posição intermédia em relação ao prazer. O homem temperado é aquele que

faz assim tenção de obter moderadamente e como deve ser tudo aquilo que é agradável a respeito da saúde e da boa forma física, bem como procura obter todas as outras restantes coisas agradáveis que não se constituam em

impedimento, excedam as suas possibilidades, ou destruam os limites da decência (p. 82);

A *generosidade* surge como disposição do meio relativamente à riqueza. Nos extremos, temos a avareza e o esbanjamento; A *magnificência*, sendo também uma virtude relacionada com a riqueza, todavia excede a generosidade em grandeza porque, segundo Aristóteles (334 a. C./2006), nem todo o generoso é magnífico, mas todo o magnífico será generoso. Como extremos, a avareza (por defeito) e a vulgaridade e o mau gosto (por excesso); A *honra*; A *gentileza*, situada entre irascibilidade e o ser parvo; A *amabilidade* possui também os seus extremos, tendo como obsequiosos aqueles que tentam agradar, mas com o objetivo de não causar sofrimento àqueles com que se intercepta. Noutra extremo, os de difícil trato ou os quezilentos. *Amabilidade*, parece então a disposição do meio. Apraz realçar a distinção entre obsequioso e bajulador, porque o segundo apenas tenta obter vantagem através do seu comportamento; A *sinceridade*, tem como extremos a fanfarronice e a falsa modéstia. O sincero “é de algum modo ele próprio, ou seja, a sua vida é autêntica e a sua palavra verdadeira, confirmando, assim, a respeito de si próprio, as qualidades que tem, não pretendendo tê-las de mais nem de menos” (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 102).

O *tempo passado à conversa*, também admite, segundo Aristóteles (334 a. C./2006), excessos e defeitos. Assim temos os cómicos e os rudes. Todavia não se confunda o ser cómico com o ser espirituoso, pois estes divertem-se e brincam “com bom tom” (p. 104).

Para Aristóteles (334 a. C./2006), o pudor será mais uma afeição que uma disposição do carácter só possível nos jovens, porque os mais velhos, sendo excelentes, nada farão de forma que se possam envergonhar, exceto se praticarem ações vis.

A *justiça* será “aquela disposição do carácter a partir da qual os homens agem justamente, ou seja, é o fundamento das acções justas e o que os faz ansiar pelo que é justo” (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 107), sendo o seu inverso a injustiça. Vê a justiça como “uma excelência completa, e não de uma forma absoluta, mas na relação com outrem” (p. 109). Para Aristóteles (334 a. C./2006) “a justiça concentra em si toda a excelência” (p. 109), por isso será a mais completa das virtudes. Envolve não só o próprio poder de se usar pessoalmente, mas também na relação com outrem.

Por último, surge a *equidade*, no mesmo âmbito da justiça, por isso defende que

A equidade é justa, e até, em certo sentido, trata-se de uma qualidade melhor do que aquele tipo de justiça que está completamente sujeita ao erro. A equidade não será, contudo, uma qualidade melhor do que aquela forma de justiça que é absoluta. A natureza da equidade é, então, ser retificadora do defeito da lei, defeito que resulta da sua característica universal (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 130).

Também Sponville (2013) define virtude como uma força que atua e pode atuar, sendo aquilo que confere valor ao homem ou a sua própria excelência¹⁵. Tal como Aristóteles, afirma que a virtude é uma disposição adquirida para fazer o bem, mas a virtude será o bem em espírito e na verdade. Para este autor existem as seguintes virtudes: urbanidade, que se apresenta como a primeira, embora reconheça que pode ser a mais pobre, mais superficial e mais discutível. Considera-a submissão ao costume e, portanto, anterior à moral. Destaca a virtude como algo que depende de aprendizagem, tal como Aristóteles e, portanto, a pessoa terá que tornar-se virtuosa¹⁶ (Sponville, 2013, p. 13).

A *prudência*, já enunciada por Aristóteles (334 a. C./2006), será uma virtude que acontece no presente, mas avalia o que vai acontecer no futuro. A *temperança*, associada à moderação, mas sem impedir o gozo dos prazeres da vida. Ou seja, há um desfrutar do que é proporcionado, mas sempre com o sentido naquilo que é verdadeiramente bom, não se tornando o homem um escravo desses prazeres. A *bravura*, virtude ambígua, pois pode ser bem e mal utilizada, ideia que já existe em Aristóteles. A *justiça*, virtude que tem valor em si mesma. A *generosidade*, capacidade de dar e ser feliz com essa dádiva. A *compaixão*, capacidade de se condoer com a dor ou a tristeza do outro. A *misericórdia* que, segundo o autor, é a virtude do perdão, alertando que perdoar não é esquecer. A *gratidão* é, para este autor, das virtudes mais agradáveis, embora não seja uma virtude fácil. A *humildade* surge como uma virtude evidenciada pelo Cristianismo, assinalando o autor, a diferença entre a humildade e baixeza. A *sensatez*, virtude sem a qual todas as outras carecem do seu essencial, sendo uma virtude do presente. A *tolerância*, que será uma pequena virtude, mas que o autor considera ser sempre necessária. A *pureza*, será outra virtude assinalada por Sponville (2013), que associa ao amor casto. A *mansidão*, relacionada com a falta de

¹⁵ “su propria excelencia” (p. 13)

¹⁶ “es necessário, pues, devenir virtuoso” (p. 22)

agressividade, surgindo nesta obra muito associada ao gênero feminino. Menciona ainda a *boa fé*, que será o acreditar no outro e, que pode estar relacionado com a inteligência, mas pode também conter ironia ou ser associado a uma forma de enfrentar vicissitudes. Por último, o *amor*, distinguindo o autor o amor de um dever. Podemos assim afirmar que existem várias virtudes que o homem deve conter em si para que possa ser apelidado de virtuoso.

1.3.4. Deveres

O dever é “algo a que se está obrigado” (Cabral, 2000, p. 24) e deriva do latim *debere*, de *de-habere* = ter de.

Thompson et al. (2004) consideram que dever é “aquilo que é devido- refere-se às obrigações que devemos aos outros ou que temos segundo a lei em questão” (p. 154). Estes autores afirmam a existência de uma ligação direta aos direitos, de que falaremos adiante, no sentido em que o direito da pessoa impõe deveres sobre o outro.

O dever *jurídico* define-se como “situação jurídica passiva, que determina para uma pessoa a necessidade de praticar ou não praticar determinado facto” (Prata, 2010, p. 490). No contexto de prestação de cuidados de enfermagem, estamos perante a pessoa a quem se presta cuidados e que é “titular do direito correspondente” (p. 490). Caso haja incumprimento do dever como enfermeiros, a pessoa alvo de cuidado tem direito a esse cumprimento de dever. Assim, a pessoa titular do direito correspondente pode obter o cumprimento do dever da pessoa e, caso o mesmo não seja cumprido, poderá ser alvo de ação judicial ou mesmo de indemnização “pelos prejuízos que o incumprimento lhe acarretar” (Prata, 2010, p. 490). Efetivamente, segundo Prata (2010).

o dever jurídico pode ter um titular determinado (quando lhe corresponde um direito de crédito de alguém) ou recair sobre todas as pessoas, exceptuando o titular do direito correspondente (quando este tem um direito real ou outro direito absoluto); pode ainda recair sobre a generalidade dos sujeitos ou sobre um grupo e não existir nenhum direito subjectivo que se lhe contraponha: assim sucede quando o dever é imposto no interesse geral ou no interesse público (Prata, 2010, p. 490).

Ao falar de dever e abandonando o seu sentido jurídico, há uma noção de que “o conceito de dever ocupa um dos lugares mais importantes da nossa linguagem moral” (Marzá, 1997, p. 69). Segundo este autor, o dever abrange os mandatos e as obrigações que orientam a conduta, que ele define como “conjunto de exigências [que] dão forma à nossa praxis quotidiana” (p. 69).

Nietzsche (1887/2010) afirma que

O sentimento do dever, da obrigação pessoal, tem origem, segundo vimos, nas mais antigas e mais primitivas relações entre indivíduos, as relações entre credor e devedor; aqui, pela primeira vez, a pessoa opôs-se à pessoa e mede-se com ela.

Não há estado social, por mais rudimentar que seja, em que não se observem estas relações (p. 61).

Este autor afirma ainda que é com Kant que o dever se torna um tema central da ética, mas a interiorização deste conceito é muito anterior e deve-se à ética estoica.

Se nos referirmos a *dever moral*, será aquele dever que cada um tem, perante a sua própria consciência. Afirma Marzá (1997) que ao juntar ao dever o predicado moral, está a ser introduzido “um factor diferenciador essencial: trata-se agora de uma auto-obrigação, de uma autolimitação que, diferindo de outra espécie de coações apenas enfrenta as sanções internas motivadas pela nossa própria consciência da responsabilidade da acção” (p. 69). Acrescenta ainda “Como todos os tipos de obrigação, o dever moral limita o campo possível de escolha e, portanto, de atuação” (p. 69).

É evidente que os enfermeiros possuem deveres, que são aqueles que assumem como profissionais, perante a sociedade, cumprindo o seu papel dentro da mesma. Estes deveres, enunciados no código deontológico, surgem muitas vezes nomeados pela voz dos enfermeiros como fundamento da ação, como veremos adiante.

Em Portugal, os deveres pronunciados no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) constituem uma obrigação deontológica, mas, uma vez que o código deontológico se encontra plasmado na lei portuguesa, mais concretamente na atual Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, vão além da norma de conduta, constituindo uma obrigação perante a lei nacional. Efetivamente, a “Enfermagem é uma profissão cujo propósito é responder especificamente às necessidades de saúde (percebidas). Por isso, os enfermeiros, individualmente, têm o dever de responder competentemente às promessas feitas e aos compromissos assumidos (ou, se quisermos, ao mandato social da profissão)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 14).

Para terminar este conceito de *deveres* apropriamo-nos do pensamento de Cícero, que nos diz que

Nenhum sector da vida, quer pública quer privada, quer nos assuntos forenses quer nos domésticos, quer ajas naquilo que te diz respeito quer trates com outrem, pode ser alheio ao dever, residindo na sua prática toda a honestidade de vida enquanto é a infâmia o resultado da sua negligência (Cícero, 44 a. C./2017, p. 15).

1.3.5. Obrigações

A *obrigação* é a “necessidade moral que vincula o sujeito a proceder de determinado modo” (Cabral, 2000, p. 24). Afirma-se, assim, a obrigação como o aspeto formal e subjetivo da mesma realidade global, em que o dever seria o material e o objetivo. A obrigação “é a obrigação de algo” (Cabral, 2000, p. 24), e esse algo é o dever.

Para Cabral (2000), a obrigação é

Sinónimo de dever em sentido formal ou absoluto, a obrigação é a necessidade moral que se impõe à liberdade com carácter irrecusável categórico, absoluto de objetiva e não subjetiva, portanto, que atinge e ‘liga’ a vontade livre mediante o conhecimento da existência de uma conexão necessária entre o valor de certos actos e a lei moral, em virtude da qual esses actos não podem ser omitidos (actos bons) ou praticados (actos maus) sem que haja uma recusa do bem, uma violação da lei moral (p. 89).

Este autor considera que dever e obrigação são inúmeras vezes utilizados com igual sentido, todavia, dever será aquilo a que a pessoa está obrigada, enquanto que obrigação é a “necessidade moral que vincula o sujeito a proceder de determinado modo” (Cabral, 2000, p. 24). O dever é “o material e objetivo da realidade global” (p. 24), portanto, o dever é “algo a que se está obrigado” (p. 24).

1.3.6. Direitos

Thompson et al. (2004) referem-nos que o significado de direito “designa aquilo que uma lei nos dá o direito a esperar ou nos permite fazer” (p. 154).

O termo direito assume diferentes significados. Por vezes, “designa uma ‘norma’, uma regra de conduta ou um conjunto de regras, de ordens dadas aos homens” (Telles, 2010, p. 52), que se denomina direito objetivo, que será “o conjunto de regras gerais e abstratas, hipotéticas e dotadas de coercibilidade, que regem as relações inter-subjectivas e sociais numa dada comunidade” (Prata, 2010, p. 498). Outras vezes, tem o significado de “poder” ou “faculdade” (Telles, 2010, p. 52) e designa-se direito subjetivo, sendo este o “Poder ou faculdade, provindos do direito objectivo, de que dispõe uma pessoa, e que se destina, normalmente, à realização de um interesse juridicamente relevante” (Prata, 2010, p. 498).

Para Cabral (2000), existem três significados para o *direito*, a saber, o direito objectivo, o direito normativo e o direito subjetivo. Assim, o direito objetivo é “uma ordem objectiva que se considera justa, o que é correto, como deve ser” (p. 297). O direito normativo, “designa por outro lado as normas ou ‘conjunto normativo’ que exprimem (no caso do direito natural) ou constituem (no caso do direito positivo) essa ordem objectiva” (p. 298). O direito subjetivo é “o direito no sentido mais popular do termo, o poder moral que uma pessoa tem de exigir ou fazer algo” (p. 298). Para Telles (2010), o direito objetivo e o direito subjetivo “não são mais que a mesma realidade vista por dois ângulos” (p. 54). O primeiro “regula a coexistência dos homens em sociedade, fá-lo atribuindo poderes a uns em face dos outros” (p. 54), ou seja, “dando aos primeiros direitos subjectivos” (p. 54).

Segundo Thompson et al. (2004), os “direitos morais e legais são pretensões justificadas que nos permitem exigir que os outros atuem, ou deixem de atuar, de determinadas formas” (p. 134).

Pode ainda mencionar-se a distinção entre direito positivo e direito negativo. No direito positivo, existe o direito a um determinado benefício pessoal ou social, que está dependente da generosidade de outros, ou da disponibilidade de recursos, ou é definido como a “prerrogativa que temos de exigir que alguém faça algo por nós ou nos dê algo” (Thompson et al., 2004, p. 158). Para os mesmos autores, o direito negativo é “a prerrogativa que temos de exigir a alguém que não faça algo ou que desista de o fazer” (p. 157) e, de uma forma geral, “*os nossos direitos negativos, na sua maioria garantidos por lei, são mais fortes que os direitos positivos*”(p. 157).

Existem, também, direitos universais e inalienáveis, sendo estes aqueles que apelidamos de direitos universais que “parecem exprimir as condições necessárias sem as quais não podemos evoluir, nem nos desenvolver como seres humanos, nem levar uma vida humana minimamente digna desse nome” (Thompson et al., 2004, p. 155). É o caso dos direitos que integram a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”.

Para concluir, consideramos que há uma consciência generalizada de que a priorização de direitos advém do valor que lhes possa ser atribuído, quer ao nível de uma sociedade, quer ao nível da decisão pessoal. As distintas mundividências são determinantes na escolha dos direitos prioritários, assim como as experiências, cultura e moral pessoal de cada um. Também, em qualquer definição de direito, há uma correlação com a atribuição de um dever, que podemos ver na definição de direito

absoluto. Efetivamente, este direito “é aquele que impõe a todos os outros sujeitos jurídicos um dever geral de respeito” (Prata, 2010, p. 498).

Os enfermeiros são um grupo profissional a quem a lei conferiu direitos, tal como os atribuiu à pessoa assistida, sobretudo tendo em atenção a sua especial fragilidade e vulnerabilidade e, como veremos adiante, esta é uma área que origina problemas éticos aos enfermeiros, quer no confronto dos seus direitos com os direitos dos doentes, quer com as condições para se cumprirem os direitos das pessoas de quem cuidam.

1.4. A ação ética em enfermagem e os seus fundamentos

O desígnio desta investigação é o estudo dos fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida. Até aqui, neste enquadramento conceptual, abordamos a ação humana de uma forma geral; de seguida, vamos destacar a ação do enfermeiro em especial.

1.4.1. A decisão e a ação em enfermagem

Poderíamos, nesta definição de ação, utilizar a afirmação de Ricoeur (1991) quando nos refere que “Agir significa, acima de tudo, operar uma mudança no mundo” (p. 174) e, em enfermagem, ao tocar o outro, opera-se uma mudança no nosso mundo e no mundo da pessoa com quem se interage.

Ao conceito de agir une-se também a decisão, uma vez que a ação é precedida pela tomada de decisão e este agir é, segundo Deodato (2014), um produto da liberdade. A liberdade de escolha entre as alternativas ponderadas a que Ricoeur (1991) acrescenta a *imaginação*, porque, ao escolher entre diferentes cenários possíveis, a pessoa coloca essas opções no seu imaginário procurando a melhor solução para o seu agir.

A ação de enfermagem advém de uma decisão, sendo essa decisão tomada livremente pelo agente (enfermeiro) e a decisão livre associa-se à *intenção* para o agir, como refere Deodato (2014). Assim, é pertinente avaliar esta intenção na *decisão de agir*, como na *decisão de não agir*, sobretudo quando nos reportamos à questão da responsabilidade do agir do enfermeiro.

Na livre decisão, há implícita uma *intenção*, mas também uma *motivação*, à qual é associada por Deodato (2014) o conceito de *vontade*, alicerçando o seu raciocínio na

teoria Kantiana que afirma que a vontade é em si boa. Desta forma, a vontade e a intenção são determinantes nas escolhas do agir. A teoria Kantiana, na perspectiva de Deodato (2014), tem patente a relevância do dever e o dever é fazer sempre o bem. Desta forma, estabelecemos uma ligação entre o nosso primeiro termo *fundamentação e ação de enfermagem*. Efetivamente, a ação de enfermagem tem subjacente o dever de se fazer o bem ao outro, sendo este o seu fundamento.

Prestado o cuidado ou praticada a ação, há como que um desprendimento dessa ação, da pessoa que a executou, naquilo que Ricoeur (1991) apelida de *autonomização da ação*, considerando que depois de realizada ela produz efeitos que já são independentes do agente que a efetuou. Estes efeitos podem ser avaliados ou apreciados por aqueles que observaram a ação. Este fator é relevante, uma vez que a ação executada pelo enfermeiro pode ter uma intenção, mas pode ser alvo de distintas interpretações.

Deodato (2014), ao abordar a decisão em enfermagem, refere as consequências do ato, considerando que a consequência está prevista no agir do enfermeiro quando elabora um plano de cuidados em que são traçados objetivos e resultados expectáveis. Por último, o produto da sua ação é submetido a uma avaliação, e essa avaliação responsabiliza o enfermeiro pelo seu ato.

Thompson et al. (2004) e Deodato (2014) mencionam a responsabilidade intrínseca ao ato ou ação de enfermagem. A responsabilidade do enfermeiro, em Portugal, responde perante o estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que declara no seu 100.º art.º *Dos deveres deontológicos em geral - O enfermeiro, ao inscrever-se na Ordem, assume o dever de:*
b) responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega. Desta forma, qualquer profissional assume perante a sociedade o dever de ser responsável pelos atos praticados, estando implícita na sua responsabilidade a intenção, a *vontade* e a *motivação* que o conduziram à decisão.

Para terminamos esta breve abordagem à definição de ação em enfermagem, parafraseamos Deodato (2014), que nos refere que

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 no âmbito da

responsabilidade profissional, onde, independentemente do nível de envolvimento da construção da decisão, os resultados produzidos nas pessoas são sempre apreciados (p. 44).

Neste âmbito da decisão para o cuidado emergem problemas éticos (Deodato, 2014), e o enfermeiro perante a “incerteza quanto à decisão para agir” (p. 41) equaciona os fundamentos a utilizar, naquilo que é a sua deliberação. Eleitos os fundamentos, o enfermeiro toma a sua decisão e executa a ação com base nos fundamentos escolhidos. Em cuidados de saúde, apesar de os enfermeiros como profissionais de saúde dominarem um campo de decisão autónoma, não podem alhear-se na sua decisão de cuidado do facto de que a mesma requer o consentimento do outro, respeitando-se um dos princípios máximos de enfermagem, o respeito pela dignidade da pessoa humana e consequentemente pela sua autonomia.

1.4.2. Os fundamentos da ação ética em enfermagem: princípios, valores, virtudes, deveres e direitos do enfermeiro

Vimos, anteriormente (ver 1.3. Os fundamentos da ação humana) que princípios, valores, deveres, obrigações, direitos e virtudes regem a ação do ser humano, sendo ponderados na sua decisão. O enfermeiro assenta também a sua decisão em princípios e valores (assim como nos seus deveres, direitos e obrigações) que norteiam a sua conduta como pessoa e como profissional, necessitando, contudo, de conter em si determinadas virtudes para que a ponderação seja moral e eticamente adequada, pelo que Vieira (1993) afirma que, é necessário “desenvolver as virtudes consistentes com a atividade do cuidar” (p. 326). Para esta autora, a “virtude intelectual resulta da aprendizagem, a virtude moral surge do hábito” (p. 325), sendo, portanto, passível de aprendizagem. Uma ação virtuosa, segundo Vieira (1993), requer três condições “a) que o agente tenha plena consciência do que está a fazer, b) que escolha deliberadamente a sua ação e por si próprio; e c) que o ato provenha de uma disposição moral enraizada em si.” (p. 325).

As características pessoais e a formação individual assumem um papel preponderante para as escolhas assumidas, pois “a resposta que cada ser humano dará a estas questões envolve a sua responsabilidade para consigo próprio e para com todos os seres humanos” (Vieira, 1993, p. 323). Assim, a ação a desenvolver é sempre pessoal, uma

vez que “As pessoas são responsáveis por qualquer acção escolhida livremente, tenha ou não sido planeada anteriormente, e ainda que elas não se recordem de fazer uma escolha deliberada em função disso” (p. 325).

O pluralismo moral pode gerar desacordos entre indivíduos, mas em sociedade é primordial a obtenção de consensos, existindo necessidade constante de fomentar acordos e promover a tolerância. A possibilidade de conflito de valores pode também ocorrer no âmbito da prestação de cuidado, não só com a pessoa alvo dos mesmos, mas também entre colegas ou outros profissionais membros da equipa multidisciplinar. Assim, o agir de enfermagem deve ser, segundo Deodato (2008), “fundamentado na Ética, orientado pela Deontologia e no respeito pelo Direito vigente” (p. 27), evidenciando os valores e princípios subjacentes ao cuidar.

Ao longo da sua formação, os enfermeiros desenvolvem competências, iniciando-se com a sua formação básica e, depois, com a própria experiência profissional, adquirindo-se competências ao longo deste processo. Segundo Carper (1978), este conhecimento em enfermagem obedece a padrões. A autora refere quatro padrões de conhecimento em enfermagem, sendo estes: *o conhecimento empírico*, que denomina de ciência em enfermagem; *o conhecimento estético*, como a componente artística de enfermagem; *o conhecimento pessoal* e *o conhecimento ético* (tema que abordaremos mais adiante, em 3.3.2. Problema ético de enfermagem).

O desempenho profissional da enfermagem requer muitas vezes a tomada de decisões e essas decisões englobam estes quatro tipos de conhecimento. Por outro lado, os princípios e normas subjacentes, podem estar em conflito, perante problemas éticos em início de vida, como veremos adiante.

Na literatura consultada, procurámos conhecer os valores e princípios que regem, ou devem reger, a enfermagem e o agir do enfermeiro neste domínio. Apesar de a nossa pesquisa se basear em literatura atual, Vieira (2008a) afirma que, independentemente das mudanças ocorridas na sociedade e da evolução da profissão, os valores mencionados no Juramento de Nightingale se mantêm “como guia ético essencial para a prática de enfermagem” (p. 3) e é com este juramento que se assume um “compromisso com os outros que, testemunhando-o, o exigirão no futuro” (Vieira, 2008a, p. 3).

Efetivamente, a enfermagem é uma profissão baseada em valores e também Gallagher (2013) refere que muitos destes valores permanecem estáveis desde sempre. Foi

anteriormente afirmado (1.3.2. Valores) que cada pessoa possui valores próprios, sendo os mesmos utilizados consoante a ponderação pessoal de cada um. De igual forma, essa avaliação pessoal, assume relevância nos valores assumidos profissionalmente. Delgado (2014) sustenta que os valores profissionais são importantes, uma vez que promovem um compromisso ético e favorecem o bom exercício profissional¹⁷.

Tal como muitas profissões, a enfermagem é alicerçada em valores, por isso Nunes (2011) afirma que, em Portugal, “a praxis da enfermagem é sustentada por valores, que guiam as escolhas pessoais” (p. 64) e estes valores estão estatuídos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e são: o respeito pela dignidade humana, a aceitação do outro, a liberdade, a autonomia, a justiça, a verdade, a igualdade, a responsabilidade, o altruísmo e a solidariedade.

Dando seguimento ao objetivo de conhecer os fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos em início de vida, acedemos a estudos que afirmam que os valores predominantes de enfermagem de saúde materna e obstétrica serão: *a competência, o respeito pela privacidade, o respeito pela diversidade, o respeito pelos valores das mulheres* (Ergin, 2013). Outros autores acrescentam a *dignidade humana, a integridade, o altruísmo, a autonomia e justiça social*, como valores padrão para a prática de enfermagem (Shawn & Degazon, 2008). Thompson et al. (2004) apresentam aquilo que consideram valores ou princípios éticos fundamentais em enfermagem, como por exemplo *o respeito pelas pessoas e seus direitos, o respeito pela vida, pela dignidade, a não discriminação, o princípio de justiça, a beneficência e a não maleficência*. Relembrem que “estes valores fundamentam e formam o modo como priorizamos outros valores mais pessoais e os nossos objectivos de vida” (p. 27). Também Tshudin (2003) identifica como princípios éticos de enfermagem: *o valor da vida, o princípio da justiça*, assim como *o princípio da honestidade e da liberdade individual*, como aqueles que deverão ser respeitados na relação de cuidado. Acrescenta ainda a *bondade*, sendo considerado este princípio o prioritário, pois será o bom e o fazer o bem que estão na base da ética¹⁸. Esta autora também reconhece os princípios de Beauchamp & Childress

¹⁷ Tradução livre de: “they set its ethical commitment and favor the good exercise in the development of its professional performance” (Tshudin, 2003, p. 55)

¹⁸ Tradução livre de: “this principle must logically be prior to the remaining principles because the question of good and right is the basic in ethics” (Tshudin, 2003, p. 55)

(2019), que mencionámos anteriormente (ver, 1.3.1 Princípios). A existência destes princípios é relevante, pois ajudam na reflexão a partir da qual se atingem consensos (Tshudin, 2003).

Deodato (2014), na sua investigação sobre a decisão ética em enfermagem, reconhece como fundamentos para a ação de enfermagem os “princípios éticos”, “os valores”, “os deveres profissionais” ou os “direitos das pessoas envolvidas”. De igual forma, identificou diferentes categorias de fundamentos para a decisão ética de enfermagem como os *fundamentos éticos*, os *fundamentos científicos*, *fundamentos profissionais*, os *fundamentos deontológicos*, os *fundamentos culturais*, os *fundamentos sociais* e os *fundamentos jurídicos*. Perante esta diversidade, confirmou o carácter multidimensional dos fundamentos utilizados pelos enfermeiros na sua decisão ética.

Como *fundamentos éticos* para o agir em enfermagem identificou o *princípio do respeito pela autonomia*, o *princípio da não maleficência*, o *respeito pela vida*, o *princípio da beneficência*, a *proteção da saúde das pessoas*, o *respeito pela pessoa*, o *respeito pelos valores da pessoa*, o *aliviar o sofrimento humano*, o *respeito pela dignidade humana*, o *respeito pela qualidade de vida*, o *princípio da justiça* e o *princípio da confiança*. No seu estudo ficou evidenciada a relevância atribuída a estas categorias de fundamentos. Efetivamente, os fundamentos éticos são valorados de “forma significativa e com maior relevância face às demais categorias” (Deodato, 2014, p. 252).

Da mesma forma, constatou como *fundamentos científicos* utilizados na decisão ética a *confirmação diagnóstica*, os *benefícios terapêuticos*, a *inutilidade de cuidados* e a *necessidade de cuidados identificados*. Para Deodato (2014), os fundamentos científicos serão aqueles que constituem uma referência “relacionada com a procura de bases científicas que suportem a decisão ética” (p. 258).

Outra categoria que surge no trabalho de Deodato (2014) são os *fundamentos profissionais*. Estes constituem as “premissas para decidir, relacionadas com o exercício da profissão e com a sua condição de enfermeiro” (p. 264), emergindo as subcategorias *competência profissional* e *exercício da autonomia profissional*.

Nos *fundamentos deontológicos*, identificados por Deodato (2014), inserem-se os direitos e deveres do enfermeiro. Portanto, o enfermeiro, perante o problema ético, pondera se a ação a praticar está de acordo com o seu código deontológico. Foram

identificadas as subcategorias *dever de sigilo*, *dever de respeito pela intimidade* e *dever de cuidado*.

Os *fundamentos culturais* são também identificados, uma vez que o enfermeiro tenta na sua resposta ao problema ético respeitar a cultura do indivíduo de quem cuida. A subcategoria identificada é o *respeito pelas crenças*.

Nos *fundamentos sociais*, o enfermeiro transporta para a sua prática a dimensão social, integrando estes fundamentos na sua decisão de cuidado. Os fundamentos aqui identificados foram *respeito pelas obrigações familiares* e *família de suporte*.

Por último, o autor refere os *fundamentos jurídicos*, ou seja, aqueles que se sustentam na lei vigente e no seu respeito, e são identificados o *respeito pelas normas jurídicas*, o *direito à reserva da vida privada (Direitos do cliente)*, o *direito a morrer com dignidade (Direitos do cliente)*, o *direito à informação (Direitos do cliente)* e *direito à vida e integridade física (Direitos do cliente)*.

A complexidade existente na escolha dos fundamentos é mencionada por Deodato (2014), uma vez que “(...) 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 consequência das interrogações quanto ao agir protetor das pessoas” (p. 154). O enfermeiro identifica problemas éticos e sustenta a sua decisão nos fundamentos que defende, mas manifesta a dificuldade subjacente a esta decisão. De igual modo, o enfermeiro antecipa o desfecho do seu agir e por isso, Deodato (2014) reconhece que “ao ponderar sobre a fundamentação para os seus atos, prevê ao mesmo tempo as intervenções e as suas consequências” (p. 73). Portanto, quando o enfermeiro decide, realiza uma escolha, que culmina na prestação de um cuidado de enfermagem.

Os valores adquiridos são preponderantes nas escolhas do enfermeiro, até pelas características do cuidado que requer a sua presença em todas as horas. Efetivamente, são os enfermeiros que estão presentes quando a pessoa experiêcia a dor, quando a sua vulnerabilidade é exposta e quando a morte se aproxima, e isto requer dos enfermeiros mais do que uma resposta técnica ou científica (Tschudin, 2003). De facto, requer uma resposta ética do cuidado, começando na recetividade, relacionamento e na capacidade

de resposta¹⁹. Esta autora defende que, na tomada de decisão perante situações de urgência, a mesma é realizada tendo em conta o sistema pessoal de valores, as memórias emocionais, sendo parte instintiva de realçar²⁰.

Parafrazeando Thompson et al. (2004), “Tornar-se enfermeiro não é apenas uma questão de aquisição de conhecimentos, de aprendizagem de capacidades ou de formas de comportamento a adotar em contextos específicos. Trata-se também, de uma questão de assimilação de atitudes e de valores da profissão” (p. 32). Estes autores, à semelhança dos já mencionados neste trabalho, confirmam a relevância no ato do enfermeiro, a forma como o agente moral interioriza e prioriza os valores e os princípios.

A importância de múltiplas influências a que está sujeito o ato do profissional de enfermagem, além daquelas que advêm da formação profissional, é também realçada por Nunes (2002), que nos refere que o enfermeiro, antes de mais é sempre um “ser humano e como tal tem a sua construção moral única e exclusiva” (p. 9).

O compromisso, como profissionais, é assumido em juramento, sendo que o mesmo alude às normas ou valores a seguir. Há, pois, um compromisso de cuidado assumido com a sociedade, aquilo que Nunes (2011) denomina de *pacto de cuidado*. Efetivamente, para esta autora, a prática da enfermagem é norteadada por valores “que guiam as escolhas profissionais” (p. 64), e estes valores emergem de princípios fundamentais, pelo que Nunes (2011) afirma que “cada princípio se articula com uma tríade de valores primários” (p. 66). Estes valores primários são “o compromisso de cuidado que faz a transição para a responsabilidade, que se operacionaliza no pacto de cuidado” (Nunes, 2011, p. 57), sendo os princípios fundamentais para o exercício profissional a *proteção da vida* e o *princípio da dignidade humana*. Do compromisso de

¹⁹ Tradução livre de: “It is the nurses who are present when pain is experienced and expressed, when vulnerability is exposed, or when death approaches. These elements frequently demand a response rather than technical or scientific response. They are thus the basis for an ethical approach to care, starting with receptivity, relatedness and responsiveness” (Tschudin, 2003, p. 2)

²⁰ Tradução livre: “In any situation of need or urgency, a person’s value system, emotional needs memories and ‘gut feelings’ play a large part.” (Tschudin, 2003, p. 2)

cuidado com o outro, decorre a responsabilidade profissional que é assumida perante o cuidado prestado (Nunes, 2011, p. 55)²¹.

Nunes (2011) identifica como segundo fundamento ético “o reconhecimento do outro e da sua dignidade” (p. 57), sendo o outro único e singular. Para a autora, não se atribui dignidade a ninguém, uma vez que ela é inerente ao outro. Por último, para a autora, temos como terceiro fundamento ético de enfermagem “o *poder* enquanto capacidade” (Nunes, 2011, p. 57). Estando este poder articulado com o cumprimento de padrões estipulados de excelência (incluindo aqui a capacidade científica, a execução técnica e a relação interpessoal). Estes princípios revêm-se numa relação que deve ser altruísta, em que nos tornamos responsáveis pelo bem do outro (Nunes, 2011). É ainda necessário acrescentar a estes princípios a *compaixão* e a *solicitude*, reconhecendo (Nunes, 2011) que saímos do campo dos fundamentos para a parte do processo operativo, mas que se torna fundamental, uma vez que estamos perante a fragilidade e a vulnerabilidade do outro, e a *compaixão* e a *solicitude* vão contribuir para a aproximação entre o enfermeiro e aquele de quem cuida.

Deodato (2014) destaca a dignidade humana, a liberdade e a vida como fundamentos reconhecidos para o exercício da enfermagem (Deodato, 2014), e será a partir do compromisso assumido que os mesmos, ficam habilitados para a tomada de decisão, ainda que esses valores ou princípios²² possam ser colocados em causa.

Assim, o enfermeiro possui a capacidade para uma tomada de decisão, que lhe permite a opção entre efetuar, ou não, um determinado ato. Esta escolha é realizada e sustentada pelos valores evidenciados pelos profissionais e implica para Renaud (2007) “uma negação, isto é, um ato de renúncia a tudo aquilo que não se escolhe” (p. 96).

Da análise da literatura efetuada, emergem como princípios éticos a dignidade humana, o princípio da proteção da vida, a liberdade, o respeito pela autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça, que norteiam o agir de enfermagem. Acrescentamos ainda o princípio da confiança, também referido por Deodato (2008). Estes valores e princípios estão também plasmados na Deontologia de Enfermagem em

²¹ Nunes, 2011, p.55, afirma que a responsabilidade é “a capacidade, a obrigação e o compromisso, direcionados para a perspectiva do agir presente e das consequências futuras”.

²² Deodato; 2014, p. 167 “(...) o enfermeiro, sendo juridicamente um profissional autónomo, exerce o seu poder de tomar decisões de cuidado (...)”.

Portugal (Atual Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), sendo que o primeiro princípio a ser defendido é o princípio do respeito pela “defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (art.º 99.º, n.º1).

Os valores universais a observar na relação profissional estão igualmente afirmados, em Portugal, na Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, sendo: “a) a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e a solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento profissional”. Uma vez que este Estatuto da Ordem dos Enfermeiros de Portugal se constitui como “um enunciado formal dos compromissos assumidos pelos membros da profissão perante os direitos dos cidadãos, da comunidade, dos colegas e de outros profissionais” (Vieira, 2003, p. 277), são também estes valores que a sociedade espera ver evidenciados por esta classe profissional, na prestação de cuidados à pessoa.

Os princípios que devem reger o exercício profissional do enfermeiros, são enunciados no número 3 (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro) diz que

São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; c) a excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com outros profissionais.

Quanto ao papel assumido perante a sociedade, a questão foi abordada por Nunes (2006) e Deodato (2008), mas podemos acrescentar que a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa vê a responsabilidade como “compromisso assumido perante uma missão que nos é atribuída (...) quando se trata de responder por algo que nos foi confiado ou por alguém que temos ao nosso cuidado” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 44).

Os valores que orientam os enfermeiros são valores aprendidos como pessoa e como profissional, sendo estes constitutivos do ser individual. Contudo, além da individualidade, existem linhas comuns pelas quais se guiam os enfermeiros, desde logo os valores e princípios plasmados no estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Da mesma forma, existem valores e princípios universalmente aceites, como os afirmados na “Declaração Universal dos Direitos Humanos” ou aqueles que são enunciados na Constituição da República Portuguesa. Assim, o respeito pelos direitos humanos, como o reconhecimento da dignidade essencial dos outros, assim como o reconhecimento

pelos direitos fundamentais que são aí enunciados (direito à vida, direito à integridade pessoal, direito à identidade pessoal, direito à reserva da vida privada e familiar, entre outros), são, como afirma a Ordem dos Enfermeiros (2015), reconhecíveis e aceites por todos.

De uma forma mais concreta, e mais específica de uma classe profissional, temos ainda como princípio orientador a “excelência do exercício”, que está relacionada com a qualidade dos serviços prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Podemos assim considerar que fica a consciência de que, dependendo da sociedade em que os enfermeiros se inserem, poderão existir diferenças na valoração dos princípios e valores assumidos, prevalecendo, todavia, valores comuns, tal como nas sociedades em geral, desde logo o respeito pela dignidade humana, como já referido, e o respeito pela vida.

Concretamente, e no respeito pelo objetivo deste estudo que procura conhecer os fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida, evidenciamos a defesa da vida (referida por Thompson et al., 2004; Tschudin, 2003; Deodato, 2014 e Nunes, 2006), uma vez que “A ação da enfermagem, tem a proteção da vida como horizonte, independentemente das intervenções concretas que são realizadas” (Deodato, 2014, p. 103).

A educação sobre valores, princípios, deveres e direitos é primordial pois, como indica Nunes (2002), os valores são transmitidos através de uma exemplar prestação de cuidados e, ao longo da formação, os enfermeiros vão moldando o seu carácter. Efetivamente, desde a fase inicial de formação básica e depois, com a própria experiência profissional, adquirem-se competências aprendidas ao longo deste processo. Existe ainda consciência do pluralismo, e a forma como o enfermeiro vai fundamentar a sua escolha evidencia essa multiplicidade e condiciona as suas opções.

Apesar de os deveres estarem inscritos na lei e serem por isso claros, é necessário que os deveres profissionais não se esgotem no plano jurídico, pois estes deveres acarretam “implicações de ordem ético-moral que estão acima (ou além) das normas estabelecidas e que se referem essencialmente à consciência moral do enfermeiro” (Nunes, 2002, p. 9).

Segundo Vieira (2008b), “Diz-nos a experiência que sem um certo grau de virtudes intelectuais e morais, não podemos atingir um grau de excelência, exercer

satisfatoriamente uma prática profissional que implique a relação com os outros e que exige cuidado” (p. 118), tornando-se por isso essencial, no trabalho ao longo da vida profissional, ter um caráter virtuoso. Só através dele poderá advir a excelência que permite uma plena integração de princípios e valores, assim como congruência entre aquilo que são os deveres e direitos, dos profissionais de enfermagem e do Outro.

1.5. Problemas e dilemas éticos em enfermagem

1.5.1. Conceitos de problema e dilema ético

Quando nos reportamos aos conceitos de *problema* e *dilema* referimo-nos, frequentemente, a questões perante as quais temos dificuldade em dar uma resposta, ou seja, colocando possíveis alternativas em equação, temos dificuldade em decidir o caminho adequado. De uma forma geral, estes conceitos são usados sem discriminação entre eles, pelo que procedemos inicialmente à sua definição. Importa também caracterizar *problema* e *dilema*, para definirmos o nosso campo de investigação.

Etimologicamente, segundo Zoboli (2010), existem “duas proposições opostas e disjuntivas, de modo que a eleição de uma leva à rejeição da outra” (p. 66), quando nos referimos a *dilema*. Esta aceção mantém-se em Thompson et al. (2004), que se referem a *dilema* como uma “Situação na qual temos que fazer uma escolha difícil entre duas opções igualmente atraentes ou indesejáveis” (p. 422) ou como “um conflito insolúvel de deveres ou uma escolha penosa entre dois resultados igualmente inaceitáveis sob o ponto de vista moral” (p. 297). Estamos, assim, perante dois caminhos que são imperfeitos e sobre os quais recai a decisão do profissional. Para Zoboli (2010), o *dilema* é o vocábulo correntemente usado, mesmo nos meios de comunicação social, sendo que, para esta autora, a pessoa se confronta com o *dilema* ético quando “se vê enfrentando uma situação limite que lhe impõe o desafio de estar obrigada a escolher entre dois, e somente dois, incompatíveis cursos de ação” (p. 49). Esta autora defende que ao se colocar as questões como ‘dilemáticas’, se deixa o profissional sem uma alternativa que o satisfaça, uma vez que há sempre abdicção dos seus valores éticos, em qualquer das escolhas. O *dilema* surge quando as pessoas enfrentam uma situação na qual o rumo ou as decisões a seguir são incertas, mas concomitantemente serão duas más opções. Poderíamos dizer que o *dilema* é uma escolha difícil ou mesmo insolúvel.

O enfermeiro é colocado perante um *dilema* sempre que existe a necessidade de escolha “entre duas alternativas não satisfatórias” (Thompson et al., 2004, p. 8). Portanto, quando qualquer uma das opções possíveis é uma má alternativa. Como em qualquer decisão, são determinantes nas escolhas os valores do agente que decide.

O termo *problema* refere-se a qualquer situação de difícil resolução. Thompson et al (2004) definem *problema* como “Assunto duvidoso ou difícil que requer solução, algo difícil de compreender ou de resolver, um exercício, teste ou desafio que nos é posto, ou ditado pela vida, ou pela experiência” (p. 428). Esta definição parece aproximar-se do objeto desta investigação, mas veremos adiante de que forma podemos resolver um problema ético, olhando para uma metodologia que nos capacita para a tomada de decisão ética. Associamos muitas vezes ao conceito de problema algo pouco positivo, mas, na verdade, nem sempre será essa a realidade, pois podemos ter de escolher entre duas coisas positivas. Todavia, mesmo entre duas coisas positivas, a ideia geral é que de uma delas teremos de abdicar.

O termo *problema* reporta-nos a dúvidas que surgem durante o exercício profissional e que obrigam a efetuar escolhas, não olvidando que efetuamos inúmeras escolhas na nossa vida. Concomitantemente, há a percepção da dificuldade na tomada de decisão, no campo da saúde, perante o avanço contínuo da ciência e da tecnologia, suscitando dúvidas e incertezas na prestação de cuidados.

As opções “envolvem as nossas crenças e sentimentos acerca do que consideramos fundamentalmente bom ou correto – os nossos valores e princípios morais” (Thompson et al., 2004, p. 7).

Como menciona Zoboli (2010), *problema* “apresenta-se como necessidade de ter que eleger entre distintos e possíveis cursos de ação” (p. 67) ou “Algo que se apresenta como uma dificuldade quanto à compatibilidade de seus diversos componentes” (p. 70). Desta forma, estamos perante uma apreciação de *problema* como algo que é contraditório, pelo que será preciso procurar este contraditório para encontrar a solução.

Definidos os conceitos, avançamos para a noção de problema em enfermagem e problema ético em enfermagem, como nos propusemos inicialmente.

1.5.2. Conceito de problema ético de enfermagem

Reafirmando o propósito desta investigação, de refletir sobre problemas éticos de enfermagem e fundamentos do agir perante os mesmos, é pertinente abordar o campo de conhecimento desta ciência.

Thompson et al. (2004) referem que “Tornar-se enfermeiro não é apenas uma questão de aquisição de conhecimentos, de aprendizagem, de capacidades ou de formas de comportamento a adotar em contextos específicos. Trata-se também, de uma questão de assimilação de atitudes e de valores da profissão” (p. 32). Deprendemos que, para se ser enfermeiro, não basta a aprendizagem teórico-prática da profissão. O cuidado à pessoa requer que esta relação seja baseada no respeito pela sua dignidade e pelos seus direitos fundamentais. Contudo, os enfermeiros são também pessoas que cuidam de pessoas, transportando os seus valores pessoais para essa relação, mantendo a obrigação de respeito pelos valores do outro. Assim, há uma componente eminentemente ética em toda esta área de ação. Os problemas que surgem no âmbito da relação de cuidado, fazem-nos questionar a moralidade das nossas ações.

Deodato (2014), ao referindo-se a estes padrões do conhecimento, segundo Carper (1978), afirma que no seu conjunto contêm o conhecimento em enfermagem e estabelece uma relação entre estes, o processo de enfermagem e a decisão ética. O enfermeiro age obedecendo a critérios científicos, estando também presentes na decisão os princípios pessoais e os valores profissionais. Todavia, e quando o objetivo é conceptualizar o problema de enfermagem ou o problema ético de enfermagem, há que lembrar que estas decisões sustentadas em princípios e normas podem, por vezes, e perante a necessidade de efetuar escolhas, levar ao conflito entre essas mesmas normas e princípios (Deodato, 2014). Efetivamente, apesar da existência de códigos deontológicos e éticos em enfermagem, não estão neles abrangidas todas as respostas para as questões éticas. A consciência dos padrões do conhecimento em enfermagem e a sua fundamentação poderão constituir uma base para a resolução do problema ético. Contudo, a identificação de um problema de enfermagem nem sempre é facilmente realizada pelo profissional (Zoboli, 2010). Será fundamental que, os profissionais de enfermagem possuam capacidade para identificar o problema ético, uma vez que

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 consequentemente à decisão ética (Deodato, 2014, p. 45).

Deodato (2014) refere a identificação do problema como parte integrante do processo de enfermagem, todavia a sua dimensão ética leva-o mais adiante. Estamos, portanto, na esfera de ação de enfermagem, pelo que o problema ético é também específico desta profissão “neste sentido, a identificação de um problema ético de enfermagem apenas pode ser realizada pelo enfermeiro, detentor do conhecimento próprio e por isso capaz” (Deodato, 2014, p. 52).

A intervenção em enfermagem, definida por Deodato (2014) como “a ação que resulta de um diagnóstico e que pretende alcançar um determinado resultado” (p. 43), é desencadeada, segundo este autor, pelo problema ético de enfermagem. Perante este, o enfermeiro vê-se confrontado com a dúvida e a necessidade de efetuar escolhas.

Para Carper (1978), o que guia a ação do enfermeiro é o seu código moral, mas, mesmo detendo um conjunto de regras e princípios que se aplicam à prestação de cuidados de enfermagem, o mesmo poderá, por vezes, originar dúvida quanto à sua aplicação prática perante casos concretos, em que valores profissionais se poderão ver confrontados.

Os problemas de enfermagem são, para Deodato (2014), “situações próprias do seu domínio de intervenção em saúde, que a pessoa em concreto e a sociedade esperam que ele resolva” (p. 22) e que se encontram no seu âmbito de atuação. Decorre do âmbito profissional do enfermeiro e, por isso, o autor confirma que, sendo o cuidado o campo de prestação autónomo do enfermeiro, será também nesta área que se inscreve o problema de enfermagem.

Esta terminologia, e esta definição, parecem aproximar-se da estratégia comum de resolução de problemas em enfermagem ou daquilo que denominamos de plano de cuidados. Há identificação do problema, é traçado um objetivo a alcançar e estabelece-se um plano de ação para a resolução desse problema. Realizada a ação, o enfermeiro avalia a sua intervenção. Portanto, o enfermeiro é colocado perante um diagnóstico, define objetivos, planeia a sua intervenção, pratica a ação e sujeita essa mesma ação a uma avaliação posterior. O seu planeamento e a sua ação decorrem dos seus conhecimentos teóricos e práticos nos quais se fundamenta para efetuar a intervenção. É muitas vezes na fase que precede a ação que emerge a dúvida, pois o conhecimento teórico ou prático que suscita a intervenção colide, por vezes, com o conhecimento

ético. No seu desígnio, o enfermeiro reflete sobre os princípios éticos, de forma a encontrar aquele que melhor se aplica para a boa resolução. Deodato (2014), ao referir-se ao problema ético, acrescenta que nos confrontamos com o mesmo “(...) no momento das escolhas das ações a realizar, ou seja, quando as intervenções são planeadas” (p. 44).

Partimos para a definição de problema ético em enfermagem que, para Deodato (2014), engloba “aqueles que emergem da relação de cuidado, ou seja, no âmbito da prestação de cuidados.” (p. 149). A identificação do problema decorre da ação profissional do enfermeiro que determina o plano de cuidados adequado a esse propósito. A delimitação do campo de enfermagem é assim fundamental para que exista perceção de que estamos, efetivamente, num campo que pertence a este corpo profissional. Arrogando o cuidado como o campo de prestação autónomo do enfermeiro, é também neste âmbito que se inscreve o problema de enfermagem ou, mais concretamente, o problema ético de enfermagem.

Deodato (2014) identificou como problema ético de enfermagem “as situações que o obrigam a ponderar uma determinada intervenção de enfermagem, por não ser clara qual deve realizar” (p. 31), explicitando o conceito, ao referir-se à necessidade de optar entre um cuidado que tem em conta o diagnóstico efetuado e em que a resposta é a cientificamente acertada, ou optar por uma alternativa que pareça eticamente mais ajustada à situação. Define, também, áreas em que emerge esta indefinição ou incerteza na ação e aclara o sentido de problema ético de enfermagem como

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 adotar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto (p. 41).

A incerteza em relação ao caminho a seguir é fundamental nesta definição, por se colocarem em causa a dignidade ou os direitos das pessoas assistidas. Para a decisão ou resolução de um problema de enfermagem são, então, ponderados vários fundamentos de origem multifacetada (éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos).

Para Deodato (2014), as situações em que advém o problema ético são aquelas em que ocorre um conflito entre princípios científicos e princípios éticos ou um conflito sobre normas aplicáveis ao exercício da prática de cuidados de enfermagem. De igual forma, estamos perante um problema ético de enfermagem “quando a intervenção ponderada coloca em risco o desrespeito pela dignidade humana” (p. 238) ou “sempre que a decisão implicar um conflito entre valores ou uma violação de direitos das pessoas que integram a relação de cuidado” (p. 238). São ainda identificados como causa para o problema ético de enfermagem o “risco para o bem-estar ou o risco para a saúde” e o “conflito entre direitos das pessoas envolvidas nos cuidados” (Deodato, 2014, p. 238).

Nunes (2006) identificou problemas éticos de enfermagem em distintas categorias: *Informação, Acompanhamento em fim de vida, Decisão do destinatário dos cuidados, Respeito pela pessoa, Sigilo profissional, Responsabilidade profissional nas atividades interdependentes, Responsabilidade institucional, Distribuição de recursos, Reflexão profissional, Desenvolvimento das tecnologias, Proteção da saúde e Início de vida.*

Também García (2018) identificou dificuldades na tomada de decisão ética e na definição de questão ética nos profissionais de enfermagem, no âmbito dos cuidados médico-cirúrgicos, mencionando na sua investigação os seguintes problemas éticos: *Respeito pela autonomia do doente, Obstinação terapêutica, Limitação terapêutica, Confronto entre o bem do doente e as normas da instituição, Má prática dos cuidados, Recusa de tratamento, Confidencialidade da informação, Confronto com a morte de familiar, Comunicação da equipa multidisciplinar, Unção dos doentes, Omissão da verdade e Consentimento informado.*

Como fator determinante no problema ético em enfermagem, temos então a “incerteza no agir”, que advém da identificação do problema e, a posteriori, a construção da decisão, ou seja, a “decisão de cuidados a partir de problemas que emergem da relação de cuidado entre o enfermeiro e as pessoas de quem cuidamos assim como no âmbito da relação estabelecida com os familiares, com os colegas e com outros profissionais de saúde” (Deodato, 2014, pp. 143-144).

1.5.3. Ética no início de vida e o estatuto do embrião

Por último, neste enquadramento conceptual, vamos delimitar o nosso campo de estudo que determinamos ser o início de vida. Consideramos este período como aquele que decorre entre a fertilização e o nascimento, respeitando o embrião e o feto como formas de apresentação do ser humano, no período que medeia estas duas etapas. Na literatura consultada, constatamos que as indefinições nesta área estão sobretudo subjacentes à questão de atribuição de um estatuto ao embrião, pelo que exerceremos ponderação sobre esse tema.

1.5.3.1. Questões éticas de início de vida

Na pesquisa realizada no âmbito da Bioética, constata-se que as questões éticas de início de vida abrangem áreas da sexualidade e contraceção, além de questões de medicina reprodutiva ou testes genéticos na gravidez. Mais atuais são os temas da clonagem e utilização de células estaminais.

Para Silva (2006), são objeto desta etapa temas como o estatuto do embrião e a dignidade da pessoa humana, lei da procriação medicamente assistida, diagnóstico genético pré-implantatório, células estaminais e clonagem. O autor refere-nos também, que o debate recai habitualmente sobre dicotomias, como, por exemplo, agrupamento de células humanas/ vida humana; *Pro choice*/ contra o aborto, etc.

Ao reportarmo-nos às questões éticas em início de vida, em enfermagem, tivemos de dirigir a nossa pesquisa para textos realizados por estes profissionais. Assim, as nossas referências foram Deodato (2010, 2014), Nunes (2006, 2011), Zoboli (2010), Tschudin (2003) e Thompson et al. (2004), entre outros.

Thompson et al. (2004) consideram questões morais em início de vida o uso de tecido humano para transplantes ou a infertilidade. O aborto é também referido por estes autores e afirmam, relativamente a esta questão, que

o problema de saber se os direitos da criança que está para nascer e os da mãe são iguais, e se aplicam da mesma maneira ao mesmo nível, são questões que dizem respeito ao âmbito e aos limites das nossas definições do que é ser pessoa e às condições necessárias para sermos membros da comunidade moral (p. 132).

Bobak, Lowdermilk, Jensen & Perry (1999) também referem a contraceção e o aborto como um problema ético em enfermagem, afirmando a necessidade de os valores dos profissionais, ao colidirem com a pessoa que os requisita, não suscitarem maior incerteza à mulher em fase de decisão. Para estes autores, o problema ético em início de vida emerge no âmbito de interesses maternos vs. interesse do feto, incluindo ainda, as preocupações acerca do ciclo de vida como a contraceção, a esterilização, a interrupção da gravidez, as manipulações genéticas, o infanticídio, a sexualidade e as escolhas de estilo de vida, as situações fetais ou neonatais incompatíveis com a vida, a utilização de tecido fetal e as intervenções biomédicas.

Deodato (2014) e Nunes (2006), nas suas investigações, afirmam a proteção da vida como problema ético identificado pelos enfermeiros no seu exercício profissional. Deodato (2014), ao referir-se aos fundamentos da decisão ética, nomeia o respeito pela vida como um foco central “de proteção de enfermagem” (p. 102), sendo a gravidez apontada como um caso em que a atenção é também, direcionada para a pessoa em formação. Aborda, igualmente, questões que se prendem com a vida, ou mais propriamente com o seu início. Nunes (2006), na sua investigação, por sua vez, refere-se ao *início de vida* como uma das áreas problemáticas reconhecidas pelos enfermeiros. Relativamente a esta categoria, apresenta a interrupção da gravidez, o estatuto do embrião e a procriação medicamente assistida como subcategorias identificadas.

Tschudin (2003), refere igualmente o aborto como problema ético para os enfermeiros, sendo a sua preocupação central, a preservação da vida humana²³. Para esta autora, este tema suscita divergência entre aqueles que defendem a santidade da vida e os que defendem o direito ao aborto, e estas decisões envolvem na sua maioria, à *posteriori*, os profissionais de saúde. Indica, também, a procriação medicamente assistida como um problema de enfermagem quando existe necessidade de redução da formação artificial do número de fetos. Da mesma forma, também os diagnósticos genéticos podem ocasionar (ou não) decisão de abortamento, em caso de resultados adversos. Sinaliza, ainda, o contrassenso existente entre investimento em prematuros e o aborto de crianças perante diagnósticos pré-natais em que se detetam deficiências. Relativamente ao papel dos enfermeiros, refere a necessidade de não envolvimento de muitos profissionais,

²³ Tshudin, idem, p. 126 “Nurses rightly feel that abortion is an issue of ethical debate for them. They are concerned with preserving and enhancing human life, not destroying it”

limitando-se apenas a respostas técnicas e pouco alicerçadas em valores humanos (Tschudin, 2003, p. 131).

Zoboli (2010) e Amado (2010) identificaram os problemas éticos vivenciados por enfermeiros que exercem a sua ação em enfermagem comunitária. Numa das pesquisas realizadas (Hoga, Tiburcio, Borges, Zoboli & Alvarez, 2010), é efetuado um estudo sobre princípios religiosos, ministrados aos católicos pelos padres, relativamente à sexualidade e à reprodução. Neste estudo, são identificados valores transmitidos (como a proteção da vida, proibição do aborto e do uso de contraceptivos) e a importância que assumem na vida dos crentes. Este estudo foi realizado no Brasil, em que a maioria da população é católica. Advém, deste trabalho, uma orientação para os profissionais de saúde, no sentido de considerarem os valores da pessoa a quem prestam assistência, sobretudo na sua abordagem às questões da reprodução e da vida sexual. Da mesma forma, recomenda-se que se evite a adoção de atitudes rígidas ou estandardizadas, respeitando assim os valores éticos do outro.

Na sua dissertação para um concurso de Livre-Docência na Universidade de São Paulo, Zoboli (2010) identifica os problemas éticos na *atenção básica*, no Brasil, utilizando uma amostra constituída por enfermeiros e médicos. Neste trabalho, refere um caso relacionado com o aborto de uma das suas utentes, que culmina com a morte da mesma apesar do esforço desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo de procurar alternativas. Este acontecimento, confessa, impulsiona toda a sua investigação neste âmbito e reflete-se na sua aprendizagem, afirmando que “*não temos controle sobre as situações, por mais que tentemos*” (Zoboli, 2010, p. 30). Ressalva a importância da discussão em equipa multidisciplinar, na tentativa de resolução dessa situação, em que, apesar das opiniões discordantes, conceberam um objetivo comum de “*proteger e tratar respeitosamente a jovem*” (p. 30).

Também Siqueira, Zoboli & Kipper. (1994) referem a questão da autonomia da mãe, relativamente aos embriões/fetos, referindo que a capacidade de compreensão e a liberdade de decisão são duas condições fundamentais para a decisão e que as mesmas não estão presentes nem em fetos, nem em recém-nascidos, cabendo assim essa responsabilidade aos pais. Estes autores também mencionam a manipulação embrionária e as suas consequências para o nascituro na procriação medicamente assistida.

Podemos assim afirmar que o conceito de ética em início de vida é lato e abarca as principais questões éticas ligadas ao início da vida humana. De uma forma geral, o interrupção voluntária da gravidez, o uso de tecido humano para transplantes (ou utilização de tecido fetal e intervenções biomédicas), a infertilidade, a contraceção, a esterilização, a manipulação genética, o infanticídio, a sexualidade e as escolhas de estilo de vida, as situações fetais ou neonatais incompatíveis com a vida, a procriação medicamente assistida, os diagnósticos genéticos, a manipulação embrionária e a autonomia da decisão da mulher grávida, são relevantes e referidas por quase todos os autores em que nos referenciamos.

Concretamente, são as situações decorrentes da prestação de cuidado, em contexto de início de vida, em hospital ou cuidados primários, habitualmente ligadas à gestação ou decisão da sua interrupção (abortos e diagnósticos precoces) e, ainda, à área da procriação medicamente assistida, uma vez que abrangem o cuidado tanto na prestação como na educação.

Deodato (2020) definiu “início de vida” como “período inicial da vida humana, considerando o seu *continuum* completo” (p. 10), refere-se ao período “após a concepção, abrangendo a gravidez e o nascimento; um período no qual, do ponto de vista ético, podem existir diversas intervenções humanas, que podem fazer alterar esse percurso ou ser determinado por meios artificiais” (Deodato, 2020, p. 10), sendo este o campo delimitado que assumimos nesta investigação.

1.5.3.2. Estatuto do embrião humano

Na atribuição de um estatuto ao embrião surgem visões díspares que podem levar à tomada de posições diametralmente opostas em temas como o abortamento, a procriação medicamente assistida, o diagnóstico genético pré-natal, o uso de células estaminais e a clonagem. Sendo o desenvolvimento do ser humano um processo gradual, estas questões colocam problemas éticos que, na sua essência, têm a mesma origem, o estatuto que se atribui ao embrião. Abordaremos, de uma forma concisa este tema, através de diversas fontes, procurando diferentes perspetivas, com o foco na análise do valor atribuído ao embrião humano.

Iniciamos, esta temática, abordando o desenvolvimento biológico do embrião humano. Silva (2006) menciona que o embrião humano é um “ser humano em desenvolvimento

até à 8.^a semana de gravidez, e resulta da fecundação de um óvulo por um espermatozoide” (p. 55). Até ao 5.^o dia, dá-se a sua divisão em cerca de 150 células. Posteriormente, advirá a sua implantação no útero, sem a qual não sobreviverá.

Mantendo a reflexão sobre o desenvolvimento biológico, reportamo-nos a autores como Loureiro (2001), que diferencia quatro estadios de desenvolvimento embrionário: a fertilização, aparecimento da linha primitiva, aparecimento de atividade cerebral e a viabilidade. Existem, porém, autores que consideram outras etapas, como, por exemplo, o início dos movimentos fetais (Mason & Laurie, 2006).

Como vimos, biologicamente a primeira fase será a fecundação (Castro, 2008)²⁴, altura em que o património genético do novo ser fica definido. Existe, então, uma nova entidade biológica - o zigoto - a partir da fecundação e, segundo Loureiro (2001), há um novo organismo, com informação genética autónoma e que se irá desenvolver e multiplicar.

Contudo, cerca de 60 % dos ovócitos não culminarão em gravidez. Até à nidificação, pode, também, ocorrer divisão do embrião (gemelação) e a percentagem de aborto espontâneo é de cerca de 50 %, segundo Mórán (2009). Pode ainda suceder a degeneração em tumores do útero ou uma gravidez anembrionária.

A fecundação é, para Castro (2008), a constituição de um novo indivíduo²⁵, com duração de cerca de 25 a 30 horas, sucedendo-se a penetração do espermatozoide no óvulo. Segue-se a singamia, momento em que há união dos gâmetas. Este é considerado o estado unicelular, que advém da conjugação do gâmeta feminino e do masculino (Castro, 2008).

A *gemelação* pode ocorrer nesta fase e, para Castro (2008), residem aqui alguns dos argumentos para a negação da individualidade humana do embrião na sua fase mais

²⁴ “por fecundación se entiende la constitución de un nuevo individuo por la unión de los gametas (...); individuo que en el primer estadio del desarrollo embrionario consta de una sola célula y recibe el nombre de cigoto” (Castro, 2008, p. 55)

²⁵ “la constitución de un nuevo individuo por la unión de los gametas (...); individuo que en el primer estadio del desarrollo embrionario consta de una sola célula y recibe el nombre de cigoto” (Castro, 2008, p. 55)

inicial²⁶. Todavia, Castro (2008) defende que não existem seres humanos com o mesmo património genético, pois cada ser é único e irrepetível.

A implantação²⁷ no útero ocorre cerca do 12.º ao 14.º dia e este é o momento em que se inicia a interação entre a mãe e o zigoto. Há uma entidade independente, mas que a partir daqui está dependente do meio ambiente para o seu desenvolvimento. Para Castro (2008), esta é uma fase crucial para a sobrevivência do zigoto.

Outra fase referida é o momento em que se inicia a atividade cerebral. Podem, no entanto, colocar-se novos problemas éticos, como é o caso do bebé anencéfalo, o qual, não tendo cérebro, não deixará de ser humano.

A perceção dos movimentos fetais, segundo Mclean & Mason (2003), provoca uma significativa mudança na discussão sobre o estatuto do embrião. Todavia, atualmente, esta perceção dos movimentos fetais tem pouca expressão, uma vez que só diz respeito à mãe. Este argumento é também pouco fiável, uma vez que os movimentos se iniciam antes da sua perceção pela grávida, o que hoje em dia, com a tecnologia existente, é passível de comprovação. O equivalente, atualmente, será a viabilidade fetal, altura em que o feto pode sobreviver fora do útero materno. Relativamente a este conceito de viabilidade, é relevante mencionar a não vinculação exclusiva ao tempo fetal, pois esta também está relacionada com as condições em que se nasce e as facilidades médicas existentes no local. Assim, este conceito altera-se consoante evolui a ciência médica e se desenvolve a tecnologia. Com os avanços tecnológicos atuais, é possível que um feto de 22 semanas sobreviva, pelo que emerge a proteção dos seus direitos.

A diversidade de conceitos na literatura consultada permite-nos ter acesso a distintas mundividências acerca do início de vida humana, não subsistindo dúvidas de que biologicamente ela se inicia no momento da fecundação (Castro, 2008). Constatamos que, para granjear o estatuto de *pessoa*, todos os seres humanos percorrem esta fase de desenvolvimento e, portanto, a vida humana se inicia com o ovócito e desenvolve-se continuamente, até ao seu término culminando com a morte, num lento e contínuo

²⁶ “se ha recurrido a la gemelación para negar la característica de individuo humano al embrión temperano” (Castro, idem, p. 84)

²⁷ Idem, “(...) eventos que preceden a la implantación son: la capacitación del espermatozoide, la maduración del gameto femenino, la reacción acromosomal, la fusión de membranas, penetración del espermatozoide y el desarrollo primerio del embrión” (idem: 77)

processo. Como Serrão (2003) afirma, “uma vez constituída, esta célula desenvolve um programa próprio de crescimento contínuo, inscrito no genoma, em interação com factores epigenómicos, e cuja expressão só termina com a morte corporal” (p. 10).

Há um reconhecimento geral de que o embrião humano, se não existir nenhuma intercorrência, inevitavelmente dará origem a um indivíduo da espécie humana. Coloca-se, no entanto, a questão de qual o momento em que se considera pessoa.

Relativamente ao conceito ontológico de embrião e de uma forma sucinta, a questão incide sobretudo nos atributos que serão necessários para que se conceda, ou não, ao embrião o estatuto de *pessoa*. Não sendo este campo objetivo, como a questão biológica, partilhamos apenas alguns desses atributos e opiniões existentes, com o intuito de expor essas diferenças, mas sem pretensão de as dissecar. Assim, sob o ponto de vista filosófico, e segundo Hadley (1996), alguns autores defendem que o início de vida humana biológica não é equivalente a ser *pessoa*. Os atributos significativos nesta perspetiva, para ser pessoa, são a consciência, a racionalidade, a capacidade de se relacionar e comunicar e o sentido de passado e futuro. A personalidade é, assim, considerada um estado social e não um estado biológico (Hadley, 1996). Ao assumir-se esta visão, desclassificar-se-ia de *pessoa* todos aqueles que não possuem estes predicados como embriões/fetos, pessoas inconscientes e crianças recém-nascidas. Todavia, estas formas de vida encerram dignidade humana intrínseca e, portanto, como tal, merecem respeito. Não será, também de desprezar que, sendo a vida humana frágil, lhe deveriam ser atribuídas proteções especiais. Efetivamente, assiste-se hoje a um elevado investimento no nascimento de prematuros. Assim, apesar do não reconhecimento dos direitos fetais na legislação, estes são valores enraizados no pensamento médico, legal e moral (Hadley, 1996).

Singer (2007) defende os valores acima descritos como os necessários para se atribuir o estatuto de *pessoa*, mas reconhece que o valor da vida está muito interiorizado na nossa sociedade e na nossa lei. Relembra, no entanto que, mesmo para aqueles que defendem a santidade da vida, é legítimo matar em defesa própria, mas uma sociedade para sobreviver não pode permitir que os seus membros se matem uns aos outros (Singer, 2007). Existem, para este autor, duas visões relativamente ao Estatuto do Embrião, tendo a sua divergência origem na atribuição de uma fase de início para a vida humana (Singer, 2007). Uma, defende que o desenvolvimento se dá num *continuum* entre a

fertilização e o ser humano adulto, defendendo igual proteção para a criança e o embrião/feto. Outra será aquela que considera a existência de fases para essa atribuição, como as que mencionamos anteriormente (nidificação, viabilidade ou nascimento). Contudo, Singer (2007) considera ser inadequado declarar o feto como pessoa, uma vez que não usufrui dos atributos necessários para o ser (racionalidade e autoconsciência). Considerando que o feto não é uma pessoa, segundo Singer (2007), não pode reclamar os mesmos direitos.

Paradoxalmente, Singer (2007) não será um defensor do aborto, pois considera que existindo a possibilidade de o feto possuir uma consciência, um aborto nunca deverá ser encarado de forma ligeira. Assume, contudo, dificuldade na aproximação de posições entre grupos dissidentes nesta questão. É pertinente, ao apontar a necessidade de que todos os atos praticados sobre o feto ou embrião não sejam dolorosos (uma vez que os mesmos cuidados são usados na experimentação animal), considerando o próprio ato do aborto como violento (Singer, 2007). Assim, mesmo para quem defende que a existência de *pessoa* depende da aquisição de determinadas características intelectuais e relacionais, subsiste, na dúvida, o respeito pela forma incipiente de vida.

Será a partir da análise de várias perspectivas que a atribuição de um estatuto ao embrião será realizada. Devemos, sobretudo, ter em conta a dignidade da vida na sua plenitude, o que nos obriga a considerar a vida humana inviolável, em qualquer das fases em que esta se encontra. Se o profissional de saúde defende o início de vida humana com a concepção, toda a ação que ocorra depois deste momento, e que ponha essa vida em risco, constituirá um atentado aos princípios e valores desse profissional. Assim, a legislação confere o direito à objeção de consciência, permitindo, sob escusa legal, a não participação em atos como o aborto ou algumas técnicas de procriação medicamente assistidas que violam a vida do embrião. Fica, também, claro que a atribuição de um estatuto para o embrião é uma tarefa complexa, que origina posições divergentes, pelo que o direito à objeção configura a proteção do direito à opinião e respeita a multiculturalidade das sociedades atuais.

É certo que, neste mundo de indefinições, será sempre de proteger a vulnerabilidade daqueles que, não o sendo ainda, possuem o potencial para vir a ser *pessoa*.

2. Ancoragem teórica

Este estudo tem como propósito identificar fundamentos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida. O exercício de reflexão sobre os «alicerces» desta investigação aponta para filósofos que estudaram a teoria da ação. Como referencial teórico, ao abordar o conceito de ação, baseamo-nos em Aristóteles. Para a teoria da ação, vamos debruçar-nos sobre o pensamento de Ricoeur. Conceitos como ação, intenção, agente, responsabilidade, motivo e causa serão analisados e, posteriormente, integrados naquilo que forem os resultados, porque “compreender um destes termos é compreendê-los a todos, ao compreendê-los uns pelos outros” (Ricoeur, 2013, p. 59).

No trabalho de Paul Ricoeur, existe comparação entre um texto e ação, porque o texto como narrativa da ação possibilita o regresso ao que aconteceu, admitindo novas interpretações dessa ação. A ação ocorre, então, num contexto de normas, no qual todos os agentes possuem capacidade para entender a sua significação. Estamos perante um conjunto de normas, princípios e valores nos quais assenta a sociedade em que os agentes se inscrevem, ou seja, um contexto para a sua interpretação. É, também, mediante este contexto, que se podem avaliar as ações como boas ou más. Todavia, a interpretação das ações sofre como que uma modificação, até porque quem interpreta, interpreta consoante os seus valores e aqui, seguindo o pensamento de Ricoeur, a ação separa-se do seu autor (Ricoeur, 1991). Voltaremos a esta reflexão da comparação da ação com um texto (2.2. A ação como um texto).

A Teoria da Ação consiste, então, num “estudo da rede conceptual, na qual articulamos a ordem do fazer: projetos, intenções, motivos, circunstâncias, efeitos desejados ou não desejados, etc.” (Ricoeur, 1991, p. 267). Vários são os conceitos presentes nesta teoria como *agente, intenção, motivação, capacidade, causa, desejo* e até o *querer*.

2.1. Conceito da teoria da ação

Para Ricoeur (1991) “agir significa, acima de tudo, operar uma mudança no mundo” (p. 174) e este agir é intencional. A ação é a exteriorização, ou apresenta a manifestação externa da decisão efetuada. Ricoeur (1991) também afirma que

Agir é fazer sempre alguma coisa de modo a que aconteça qualquer outra coisa no mundo. Por outro lado, não há ação sem relação entre o saber-fazer (o poder fazer) e o que ele faz acontecer. A explicação causal aplicada a um fragmento da história do mundo não pode fazer-se sem o reconhecimento, uma vez que a identificação de um poder pertence ao reportório das nossas próprias capacidades de acção (p. 176).

Como Deodato (2014) refere, estamos perante a área da decisão para o cuidado e, portanto, há que proceder a um enquadramento ético da ação, sendo que o nosso objetivo geral é a fundamentação da ação de enfermagem. Efetivamente, cada decisão para o cuidado comporta em si mesma uma intervenção de enfermagem ou uma ação de enfermagem.

Segundo Deodato (2014), alguns autores referem-se à “decisão ética em geral e à decisão ética em particular como um processo” (p. 149); todavia este autor afasta-se desta visão. Deodato (2014) considera que a decisão do homem livre não pode ser identificada como um conjunto de etapas que conduzem a uma ação. Para este autor, “a decisão que precede a ação resulta da capacidade que o Homem livre tem para guiar o seu agir” (p. 150). Esta afirmação denota a influência da reflexão na obra de Ricoeur. Efetivamente, vemos imediatamente duas noções muito importantes: *Eu posso* e a *liberdade*. Deodato (2014) acrescenta à sua visão da ação ética do enfermeiro a noção de poder que, por sua vez, se alicerça na liberdade individual, a qual permite ao enfermeiro seguir a alternativa por si escolhida, quando da sua decisão para a ação. E aqui surgem as bases para esta investigação: ação como aquilo que fazemos, decisão como alternativa escolhida e deliberação como o alicerce da decisão e que neste estudo constitui a fase sobre a qual se debruça a nossa reflexão.

O ser humano delibera (pesa os fundamentos da ação), decide e age. Porque *pode* e porque *é livre*. A afirmação de liberdade, todavia, responde a alguns condicionamentos. Desde logo, às regras da vida em sociedade, quer sejam jurídicas, morais ou éticas. Este poder para decidir o ato ou, em enfermagem, o cuidado a prestar, é o poder do homem capaz e, no nosso contexto, enfermeiro capaz, pois é a “capacidade para tomar decisões que permite a cada pessoa transformar a sua decisão em ato” (Deodato, 2014, p. 152). Existe, assim, uma pessoa capaz que decide, ou não, praticar determinado ato. Esta

pessoa que age e que assume a responsabilidade do seu ato. Estas ações praticadas “exteriorizam as decisões que as antecedem e são elas que as tornam visíveis aos outros” (Deodato, 2014, p. 153). Assim, a ação é aquilo que os outros conseguem ver. A ação é algo que *lançamos* para fora de nós.

Em Ricoeur (1996), a pessoa que age é a *pessoa capaz* que detém em si, e no exercício da sua liberdade, um *poder-fazer*. Quando age e exterioriza a sua decisão, segundo o filósofo, o homem exerce o seu *poder para agir*. Para este autor, a ação corresponde à noção de “algo que passa” (Ricoeur, 1996, p. 42).

Ricoeur (1991) dá ainda particular evidência à presença da imaginação no agir humano e por isso assegura que “Não há acção sem imaginação” (p. 224). Efetivamente, e na esteira do filósofo, há uma espécie de criação de diferentes cenários, em que se conjectura uma determinada conclusão, consoante a decisão tomada. A imaginação está sobretudo presente na fase de deliberação. Desta forma, Ricoeur (1991) defende que “é de facto, nesta imaginação antecipadora do agir que eu tento diversos cursos eventuais de acção e que eu *jogo*, no sentido exato da palavra, com os possíveis práticos” (p. 224). É, também, no imaginário que o homem experimenta o seu *poder fazer*. Ricoeur (1991) diz que é no imaginário que

(...) tomo a medida do eu posso. 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 o tema do eu poderia, ou até do eu teria podido de outro modo, se tivesse querido (p. 224).

Assim, o homem escolhe no seu agir aquilo que parece alcançar o melhor desenlace.

Tal como já afirmámos, os elementos que constituem a ação são indissociáveis e surgenos, neste contexto, a associação entre a imaginação e a motivação. Desta forma, o filósofo defende que

“a imaginação organiza-se com o próprio processo de motivação. É a imaginação que fornece o meio, a clareira luminosa, onde podem comparar, medir-se, motivos tão heterogéneos, como desejos e exigências éticas, elas próprias tão diversas, como regras profissionais, costumes sociais ou valores fortemente pessoais” (Ricoeur, 1991, pp. 223-224).

Então diremos, como Ricoeur (1991), que “um motivo é uma razão de agir” (p. 239).

O desejo não está apartado desta noção e constitui-se igualmente como uma razão de agir. A ação parte de algo que desejamos que se concretize sendo também, o desejo é motivo de razão de agir. Esta ideia do desejo como um motivo-razão de agir, está também presente, no pensamento de Aristóteles, que abordou a proximidade entre desejo e deliberação. Ricoeur (1991) afirma que

Esta referência a um nível mediano, não apenas da psicologia, mas do discurso, tornar-se-á progressivamente o leitmotiv de toda a nossa investigação sobre a razão prática. O equivalente moderno da noção aristotélica do desejo deliberativo encontra-se nos três traços com que caracterizamos a noção de razão de agir: carácter de desejabilidade, descrição do motivo como estilo interpretativo, finalmente, estrutura teleológica de toda a explicação em termos de disposição (Ricoeur, 1991, p. 241).

Esta razão de agir é aquela que nos permite explicar a ação, pois “explicar é interpretar esta acção como exemplo de tal classe de disposições” (Ricoeur, 1991, p. 240), e este motivo pode estar longe do fim pretendido, na ação do homem sensato. Portanto, nem sempre os motivos procuram o *bem*.

Não nos afastando da ideia do fim de determinada ação, podemos dizer que “(...) um acontecimento acontece porque é intencionalmente visado é dizer que as condições que o reproduziram são aquelas que, pertencendo ao nosso repertório de saber-fazer, são chamadas, requeridas e eleitas para produzirem o fim visado” (Ricoeur, 1991, p. 240).

Ricoeur (1991) considera que o homem sensato age segundo um raciocínio prático. Este consiste numa espécie de ordenação, dizendo que “explicar uma tal intenção complexa é pôr uma certa ordem entre estas proposições práticas” (p. 242). A ideia de uma ordem das “razões de agir é a chave do raciocínio prático” (p. 242). O raciocínio prático “tem apenas como função pôr em ordem as longas cadeias de razões suscitadas pela intenção terminal” (Ricoeur, 1991, p. 242).

É essencial compreender os conceitos de intenção, de fim, de razão de agir, de motivo, de desejo, de preferência de escolha, de agente e de responsabilidade, que constituem a “rede da ação”²⁸ (Ricoeur, 1996, p. 39). Para Ricoeur, basta responder às seguintes questões que são suscetíveis de se formular numa ação: quem faz e o que fez? Com que meios o fez e com que resultados? Da mesma forma, com as respostas dadas a: “quem?

²⁸ Tradução livre de: “red de la acción”

o quê? porquê? como? onde? quando?”²⁹ (Ricoeur, 1996, p. 40), para obter as noções chave, com as respostas a estas questões da rede da ação. Sem estes conceitos será impossível “dar à ação o seu sentido” (Ricoeur, 2013, p. 165). Assim, iremos dedicar-nos à sua explanação nas linhas que se seguem.

2.1.1. O agente e a ação

Em Ricoeur (1996), as noções de ação e agente são constituintes da rede conceptual da ação. A nossa primeira questão refere-se a quem fez a ação. Conforme refere, pode ser um nome, a descrição de uma pessoa ou um “demonstrativo (ele, ela, este, aquela)”³⁰ (p. 41). Determinar a quem corresponde a responsabilidade da ação, é indicar o seu agente. Assim, “O agente é efetivamente aquele que não só é identificável, aquele que é responsável, mas, mais fundamentalmente ainda, aquele que faz, produz a ação, põe os seus atos” (Ricoeur, 2013, p. 121). Ou seja, “Atribuir uma ação a alguém é, em primeiro lugar, identificar o sujeito da ação” (*idem*, p. 86).

A ação praticada será *o quê?* Esta última pergunta relaciona-se de forma muito próxima, com *o porquê? o quê?* e é para Ricoeur (1996) “algo que acontece”, a própria ação, como vimos anteriormente. O *porquê* será o valor que contém em si a ação, a explicação da mesma. Para, Ricoeur (1996) é “o critério do que merece ser descrito como ação”³¹ (p. 43) e por isso o uso do porquê converte-se “no campo da descrição do que conta como ação”³² (*idem*, p. 43).

É ainda importante mencionar que sempre que há dissociação entre *o quem* e *o quê* estamos perante uma ação anónima.

Usando as palavras do filósofo, o *poder* é sempre associado ao meu fazer. Faço porque posso. Assim, Ricoeur (2013) declara que

a relação do agente com o seu fazer e com o seu poder-fazer é compreendida como relação causal anteriormente a qualquer qualificação ética; uma ação é minha, não por imputação, mas por descrição de causalidade. Verifico este sentido primitivo de ser autor de (...), todas as vezes que faço uma ação em

²⁹ Tradução livre de: “quién? qué? por qué? como?”

³⁰ Tradução livre de: “demonstrativo (él, ella, este, aquélla)”.

³¹ Tradução livre de: “o critério mismo de lo que merece ser descrito como acción”.

³² Tradução livre de: “en el ámbito de la descripción de lo que cuenta como acción”.

resposta a uma ordem exterior ou interior: podemos fazer isto ou aquilo se nos exigirem, se nos for requerido, se a tal nos virmos obrigados. Um ato é o que pode ser exigido e feito em resposta à ordem; não é o efeito da ordem, mas a resposta do meu poder; este critério é mais primitivo do que o reconhecimento de um direito ou que a imputação ética ou jurídica; mesmo antes de saber de quem é este ato, compreendo que é um ato porque é o ato de alguém (pp. 124-125).

O termo de agente da ação está ainda ligado aos termos que vamos analisar adiante, tais como motivos e intenção, empregando as palavras do filósofo. Assim, Ricoeur (2013), afirma

a) ação é de mim, depende de mim; está no poder do agente; b) por outro lado, a intenção compreende-se como intenção de alguém; decidir é decidir-se a...; c) Por fim, o motivo remete também para a noção de agente: que é que levou A a fazer X?(...) (Ricoeur, 2013, pp. 85-86).

Aquele que atua, mediante um projeto idealizado e que tem a intenção de dar procedimento ao mesmo. Nesta perspectiva, o filósofo afirma

é na própria ideia de intenção que importa reconhecer a presença da ideia de causa no seu sentido primitivo; pelas nossas intenções tomamos a iniciativa de fazer alguma coisa; começamos algo no mundo (...) por outras palavras: a intenção é a minha intenção em virtude da ideia de poder: é esta ideia que confere ao projeto o seu caráter de ego: é a minha intenção de... (Ricoeur, 2013, p. 125).

Voltamos à noção de *poder*, atrás enunciada, quando abordamos a relação entre este e a *intenção*, uma vez que

Esta relação estreita entre poder e intenção implica a diferença entre a causalidade de um agente e a causalidade das coisas já está presente na noção de intenção: um projeto começa uma série de acontecimentos porque através dele eu produzo acontecimentos (Ricoeur, 2013, p. 125).

A relação com o motivo do agente está também presente. Temos a resposta, segundo Ricoeur, às perguntas *quem?* e *porquê?* Assim como a intenção será *a razão de*.

Para finalizar a questão do *agente* e da *ação*, cumpre-nos realçar que em Ricoeur o pensamento é já uma ação. O filósofo defende que pensar é já fazer algo. Isto porque “não explicamos o pensamento mencionando as coisas que temos no espírito, mas

mencionando as que fazemos (ou as que nos são feitas)” (Ricoeur, 2013, p. 125). Reforça esta ideia acrescentando a noção de poder ao pensamento dizendo que “(...) os meus pensamentos são meus é dizer que ninguém pode fazer o que eu faço a não ser eu; a noção eu posso é, pois, tão clara no caso dos atos mentais como no dos atos físicos” (Ricoeur, 2013, p. 129).

2.1.2. O motivo da ação

Uma vez que esta investigação se centra nos fundamentos da ação, será igualmente pertinente debruçarmo-nos nas perguntas o *quê* e *porquê*, a que já nos referimos. Para Ricoeur, estas duas questões são indissociáveis na ação, porque dizer o que fizemos, implica dizer porque o fizemos. Basearmo-nos nesta relação permite-nos usar as entrevistas no nosso trabalho de investigação. Os enfermeiros, na sua descrição de ação, farão a exposição do *porquê* dessa ação, do seu fundamento para a ação. Efetivamente, “descrever é começar a explicar; e explicar mais é descrever melhor”³³ (Ricoeur, 1996, p. 45). E surge-nos mais um conceito integrante do conceito de ação, a motivação, porque da mesma forma que é impossível falar do *quê* sem dizer o *porquê*, Ricoeur afirma que *motivo* e *ação* surgem sempre em conjunto. O motivo pode ser visto como “razão de”, mas alerta o autor que nem toda a motivação é racional, uma vez que não se pode excluir desta discussão o desejo. Sendo o motivo a *razão de*, há uma ligação intrínseca entre o motivo e a ação. Nesta motivação, residem igualmente os fundamentos para a decisão. A *motivação/razão de* para Ricoeur (1996), indica as regras de interpretação, mas também as normas de execução que, supostamente, serão comuns ao agente e à comunidade em que interage.

Ricoeur (1996) invoca a similitude da ação com um texto, ao dissertar sobre a motivação. Para este autor, “Vincular uma ação a um conjunto de motivos, é como interpretar um texto ou uma parte de um texto em função do seu contexto”³⁴ (p. 47). Efetivamente, há semelhança entre a ação e um texto. Esta comparação será retomada mais adiante.

³³ Tradução livre de: “describir es empezar a explicar; y explicar más, es describir mejor”.

³⁴ Tradução livre de: “Vincular una acción a un conjunto de motivos, es como interpretar un texto o una parte de un texto en función de su contexto”.

2.1.3. Ação e acontecimento / Motivo e causa

Há uma distinção que importa seguir ao adotar esta corrente filosófica e sobre a qual se debruça este filósofo. Da mesma forma que a *ação* é fazer com que algo ocorra, há concomitantemente aquilo a que chama *acontecimento*. Quando falamos em motivos, evocamos a ação como aquilo que fizemos ocorrer. Um acontecimento é algo que ocorre, como colocar chá no copo e entornar um bocado. A *ação* será colocar chá no copo, o derrame é um *acontecimento*, algo que ocorre sem intenção. Assim, Ricoeur (2013) defende que “Na linguagem comum, a ação não é um acontecimento, isto é algo que acontece; entre fazer e acontecer, há diferença de dois jogos de linguagem; o que acontece é um movimento enquanto observável (físico ou fisiológico)” (p. 60). Esta premissa é relevante no contexto de enfermagem, sobretudo na ocorrência de erro em enfermagem, embora não seja esse o campo que nos move, presentemente.

Quando se refere *ação* e *acontecimento*, temos em consideração o nosso enquadramento conceptual e, por isso, abordamos a questão da ação voluntária/ involuntária. Relembramos que já as distinguimos, segundo o conceito de Aristóteles (334 a. C./2006), em que as ações involuntárias, são “aquelas que se gerem sob coação ou ignorância” (p. 59). Podem, também, ser resultado de uma coação por outrem ou até por desconhecimento. Por isso, Aristóteles (334 a. C./2006) separa as ações involuntárias em involuntárias e não voluntárias, sendo distinguidas pela existência, ou não, de arrependimento sobre as mesmas. Relativamente às ações *voluntárias*, são aquelas em que o agente “tem em si próprio o princípio (motivador) da ação (...)” (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 59). Esta questão será pertinente, sobretudo na assunção de responsabilidade profissional. A questão da prática do cuidado em enfermagem, a omissão de cuidado e a objeção estão intimamente ligadas à voluntariedade e involuntariedade.

Voltando à ideia de motivo e ação, mas mantendo presente a ideia de ação e acontecimento, é importante ressaltar que Ricoeur (2013) distingue *motivo de causa*. Neste sentido, e para corroborar a analogia que é estabelecida entre *ação* e *motivo*, estabelece a analogia entre *acontecimento* e *causa*, que por sua vez estão em oposição aos primeiros (motivo e ação). A sua pretensão é que não se confundam na linguagem estas palavras, como sendo a mesma coisa.

Há diferença entre fazer alguma coisa, e como exemplo Ricoeur (2013) utiliza “abrir a janela” (p. 142) e fazer acontecer algo ao fazer alguma coisa, por exemplo arejar o quarto. Há articulação entre a ação de base e a teoria dos sistemas: as coisas feitas (resultado da ação de base) são mudanças, isto é, transições de um estado de sistemas para outro (Ricoeur, 2013). Então “fazer acontecer algo ao fazer outra coisa é produzir um efeito” (Ricoeur, 2013, p. 142). Todavia, “se o que fazemos é causa do que é sua consequência, o que fazemos não é efeito de fazer” (Ricoeur, 2013, p. 142).

Em conclusão, “A relação de causalidade está, pois, entre o resultado e as consequências, não entre a ação e o seu resultado” (Ricoeur, 2013, p. 142). Portanto, neste sentido, o conceito de ação é conceptualmente anterior à causa. Ricoeur (2013) defende que “Quando observo deixo as coisas acontecer. Quando ajo faço-as acontecer. É uma contradição nos termos deixar que uma coisa seja feita e fazer a mesma coisa na mesma ocasião” (p. 146). Assim, “apenas as respostas que enunciam um motivo compreendido como razão de, e não apenas como causa” (Ricoeur, 1991, p. 204) são aquelas que têm sentido.

2.1.4. A intenção

Para “dar à ação o seu sentido” (Ricoeur, 2013, p. 43), incidiremos a nossa reflexão sobre o conceito de intenção, que é relevante para a ação, uma vez que a intenção a precede. A intenção é particularmente importante no contexto desta investigação, uma vez que Ricoeur (2013) considera que esta está interligada com os fundamentos utilizados no agir, sendo este o campo particular da ação que pretendemos investigar. Certamente que “atribuir uma ação a alguém é dizer que ele é o portador da intenção. Inversamente a intenção leva a marca da pessoa” (Ricoeur, 2013, p. 88). O filósofo insere aqui um novo termo *ascribe* ou *ascription* que significa que se imputa a ação a alguém. Este conceito é pertinente, sobretudo no foro jurídico e está associado à noção de responsabilidade pela a ação praticada, uma vez que “a imputação de uma intenção equivale ao esgotamento dos procedimentos de invalidação. Ser justamente acusado é já não ter desculpas” (Ricoeur, 2013, p. 98). Mas não podemos associar a responsabilidade só a ações incorretas, pois “atribuir uma ação a alguém não é considera-la censurável ou punível; só as ações tidas por más o são” (Ricoeur, 2013, p. 92).

Neste estudo, optamos pela realização de entrevistas, permitindo-se ao enfermeiro dizer da sua ação e, em particular, refletir sobre as razões de agir. Também Ricoeur (1991) considera que

(...) se começarmos a falar em termos de acção, continuaremos a falar em termos de projetos, de intenções, de motivos, de razões de agir, de agentes, etc. Reconhecer e distinguir os jogos de linguagem é, pois, tarefa de clarificação, a tarefa essencialmente terapêutica da filosofia (p. 171).

Na ação há sempre relação entre intenção e ação, entre motivo e projeto, por isso, Ricoeur (1991) afirma “Não posso identificar um projeto sem mencionar a acção que farei: há uma ligação lógica e não causal” (p. 171) e “do mesmo modo, não posso enunciar os motivos da minha acção sem ligar esses motivos à acção de que eles são motivo” (p. 171).

O filósofo também considera, associando a intenção ao poder do agente, que

(...) pelas nossas intenções tomamos a iniciativa de fazer alguma coisa; começamos algo no mundo (...) por outras palavras: a intenção é a minha intenção em virtude da ideia de poder: é esta ideia que confere ao projeto o seu carácter de ego: é a minha intenção de... (Ricoeur, 2013, p. 125).

Por isso, “conhecer uma intenção é conhecer a razão” (Ricoeur, 2013, p. 127). Para Ricoeur, a intenção é a intenção de um agente e os motivos são de alguém.

A intenção está também vinculada ao início das coisas, além de que “(...) as ações de um homem são a verdadeira medida das suas palavras; o testemunho de sinceridade da intenção voluntária é o começo do fazer” (Ricoeur, 2013, p. 117-118). Desta forma, entende-se, é aqui que reside o conceito chave de *ação* “juntamente com o motivo e o de agente” (Ricoeur, 2013, p. 69) e a intenção é percebida através da linguagem. Efetivamente, Ricoeur (2013) afirma que

Só no jogo da linguagem da pergunta e da resposta, tal como ele é perfeitamente compreendido numa situação de interação e de interlocução, é que o conceito de intenção adquire sentido, isto é, quando se responde a perguntas como: o que estás a fazer? Porque é que estás a fazer? É neste jogo em que perguntas e respostas se tornam mutuamente significantes que a palavra intenção adquire sentido (p. 69)

e é também este sentido que tivemos intenção de alcançar com a realização das entrevistas, neste estudo, pois sendo a intenção o quê da ação, é quando surge aliada ao porquê que adquire intencionalidade. Assim, é aqui

que se encerra a chave do conceito de intenção; com efeito, esse alegado motivo não é nem um antecedente nem um conseqüente, é uma forma de considerar, de interpretar a ação; ao dar-te uma razão de, exijo que consideres a ação sobre uma certa luz, que situes sob uma certa clarificação (Ricoeur, 2013, p. 72).

Se mencionarmos a intenção e o fim visado, anunciamos o carácter estratégico da ação. Assim, ao “mencionar a ação ulterior em vista da qual se faz presente a ação, introduz-se na semântica da ação um segmento sintático que revela o carácter estratégico da ação” (Ricoeur, 2013, p. 73).

A verdadeira intenção só pode ser dita pelo próprio, mas também é reconhecida pelo outro e por isso

não posso prometer sem ter a intenção de produzir no outro o reconhecimento de que a minha enunciação tem o sentido de me colocar sob obrigação de fazer o que digo. Eis um novo sentido de: ter a intenção de; a saber, a intenção de que a minha intenção seja reconhecida pelo que ela é (Ricoeur, 2013, p. 111),

afirmando-se uma interligação entre intenção e significação, pelo reconhecimento no outro da intenção do agente.

2.1.5. A volição, desejo e ação

A *volição* é aquilo que associamos ao querer. Ricoeur (2013) considera que a volição assume um duplo papel: é não só o que visa a ação, mas também o que a inaugura. Desta forma “O querer é uma espécie de veredicto pelo seu carácter de estimação de avaliação; o veredicto designa o que se poderia chamar o opinar do querer, ou ainda o seu momento judicial” (p. 104). Há ainda a noção de arbítrio, livre *arbítrio* que se pode chamar núcleo de aprovação do querer.

O querer é também, para Ricoeur (2013), uma espécie de decreto “(...) manifesta um poder, uma potência, um domínio (...)” (p. 104) e de compromisso, porque “o locutor situa-se na obrigação de fazer; vincula-se” (p. 105). O querer está também implícito na promessa, sendo esta “(...) a forma expressa, cuja forma implícita é a intenção” (p. 105).

A *volição* está também ligada à classe dos comportamentos ou condutas, segundo Ricoeur (2013), em virtude do seu lado social. Nesta relação social, existe o Outro que nos importa e para o qual se dirige a ação. A relação da vontade, na luta ou na colaboração, “é essencial a toda a estratégia e a toda a entrada em instituição; a ação é sempre uma forma de se comportar em relação a outrem, de regular o jogo de um a partir do outro” (p. 105).

Portanto, “a explicação de uma ação por uma volição é uma forma mais complicada de enunciar a própria ação: “tenho a volição de mover o dedo” é igual a dizer “posso”, que “depende de mim fazê-lo”” (Ricoeur, 2013, pp. 123-124).

O desejo é também parte relevante na ação e constitui-se como um motivo para a ação. Efetivamente, o “desejo é desejar e desejar é desejar fazer; por conseguinte (...) desejar fazer é uma parte de fazer” (Ricoeur, 2013, p. 61). Há, portanto, na ação, um carácter de desejabilidade pois, para Ricoeur (1991), “Devo sempre poder dizer em que medida é que (*en tant que quoi*) eu desejo alguma coisa. Reside aí a condição mínima de inteligibilidade da acção sensata” (p. 239). O autor defende que os motivos são heterogéneos. E quando o homem pesa os seus fundamentos, e imagina os caminhos que decorrerão deles, estabelece uma comparação que lhe permite escolher aquele que lhe parece mais adequado, por isso diz “De facto, como é que um curso de acção seria preferido a um outro, se não pudesse dizer em que medida é que um parece mais desejável que o outro?” (Ricoeur, 1991, p. 239).

O desejo e a motivação são parceiros na ação ou mesmo sinónimos, sendo possíveis de explicação um ao outro, mesmo que estes

(...) motivos sejam irracionais (...) isso nada retira à sua generalidade, quer dizer, à sua capacidade de serem compreendidos como pertencendo a uma classe que pode ser identificada, nomeada, definida, recorrendo a todos os recursos da cultura, desde o drama, o romance, até aos clássicos tratados das paixões (Ricoeur, 1991, p. 240).

Assim, em Ricoeur (1991), o desejo pode ser transmitido ao outro como elucidação da ação praticada. Ricoeur apelida de *classe de disposições* aquilo que nesta investigação denominamos de *fundamentos da ação*. A este propósito, mencionamos no nosso enquadramento conceptual as virtudes de quem age, os princípios e os valores, deveres, obrigações e direitos. Estes constituem a razão de agir.

Na visão de Ricoeur (1991), há semelhança entre explicar e interpretar, por isso afirma que “(...) explicar é interpretar esta acção como exemplo de tal classe de disposições” (p. 240). Introduce nesta ideia, acerca de desejo e motivo para a acção, a disposição como classe dos motivos, assegurando que “A explicação em termos de disposição é uma espécie de explicação causal” (Ricoeur, 1991, p. 240) e dá o exemplo de alguém que age por vingança, apelidando-o de disposição que leva a pessoa a agir de determinada maneira. Então como razão de agir temos: desejo, motivos e disposições.

2.2. A acção como um texto

Como afirmámos anteriormente, transcrevemos as entrevistas realizadas a enfermeiros. Esta transcrição acerca das acções praticadas teve como escopo a nossa procura pelos fundamentos do agir. Esse texto foi, posteriormente, submetido a uma análise, pelo que nos parece pertinente, evidenciar as semelhanças, segundo Ricoeur, que existem entre a acção e um texto. Efetivamente, para Ricoeur (1991),

a acção humana é, em muitos aspectos, um quasi-texto. Ela é exteriorizada de uma forma comparável ao registo característico da escrita. Ao destacar-se do seu agente, a acção adquire uma autonomia semelhante à autonomia semântica de um texto; ela deixa um rasto, uma marca; inscreve-se no curso das coisas e torna-se arquivo e documento (p. 177).

Tal como um texto pode gerar várias interpretações dos seus leitores, também a acção implica diferentes interpretações por aqueles que a presenciam. Por isso, Ricoeur (1991) defende que

À maneira de um texto, cuja significação se liberta das condições iniciais da sua produção, a acção humana tem um peso que não se reduz à sua importância na situação inicial da sua aparição, mas permite a reinscrição do seu sentido em novos contextos. Finalmente, a acção como um texto, é uma obra aberta, dirigida a uma sucessão indefinida de «leitores» possíveis. Os juízes não são os contemporâneos, mas a história posterior (p. 177).

Reforça a sua ideia expondo que alguns textos, senão todos, têm como referente a própria acção, assim como a narrativa. Efetivamente, “De algum modo a acção separa-se do seu autor como a escrita separa o discurso da palavra e dá-lhe um destino distinto em relação ao seu autor (...)” (Ricoeur, 2013, p. 88).

Tendo como referente esta analogia entre texto e ação, o filósofo enfatiza a questão da interpretação de um texto por aqueles que o leem e a interpretação da ação por aqueles que a veem ou dela tomam conhecimento, afirmando que “Do mesmo modo que um texto se desliga do seu autor, uma acção desliga-se do seu agente e desenvolve as suas próprias consequências. Esta autonomização da acção humana constitui a dimensão social da acção” (Ricoeur, 1991, p. 195).

Também em enfermagem, construímos um plano de cuidados, praticamos atos de enfermagem, que estão fundamentados através daquilo que é o conhecimento (nos planos científico, ético, social, deontológico), mas nem sempre se atinge o objetivo inicialmente definido e, para Ricoeur (1991), é aqui que a ação se separa do agente, porque os “nossos actos nos escapam e têm efeitos que não tínhamos visado” (p. 195). Estas afirmações são pertinentes no contexto da teoria da ação e são-no, também, para aquilo que constitui a ação de enfermagem, sobretudo, na atribuição de responsabilidade do ato de enfermagem.

Ricoeur (1991) distingue também aquilo que apelida de ações de base das ações complexas, que abordamos anteriormente. No caso das ações simples

como as que não requerem nenhuma acção preliminar para se realizarem, a significação (noema) e a intenção (noese) coincidem ou apoderam-se uma da outra. No caso das ações complexas, alguns segmentos estão tão afastados dos segmentos simples iniciais, dos quais se pode dizer que exprimem a intenção do agente, que a atribuição destas acções ou destes segmentos de acção constitui um problema tão difícil de resolver como a atribuição de autor em certos casos de crítica literária (Ricoeur, 1991, p. 195),

sendo relevante em enfermagem, sobretudo quando se atua em contexto de equipa multidisciplinar.

Ainda dentro do tema da responsabilidade, e porque a imagem de uma classe pode ser afetada pelos atos dos seus membros, interessa acentuar que uma ação deixa uma marca nossa ou um rasto, como afirma Ricoeur (1991). Assim, as ações praticadas podem ser sujeitas a apuramento de responsabilidade, pelo que são sujeitas a censura ou, pelo contrário, elogiadas. Algumas podem ser registadas de uma forma formal, mas o filósofo relembra que, existem outras que ainda que não sejam apuradas de forma formal, constituem-se como obstáculo/mancha no nosso fazer. Neste sentido, Ricoeur (1991) refere a reputação de cada um que age. No caso profissional em apreço e, sendo

a enfermagem uma classe profissional, a reputação de um enfermeiro pode afetar a toda uma classe. Esta ação é também um ato social, no pensamento deste autor.

Referimo-nos ao pensamento de Ricoeur anteriormente, dizendo que para este filósofo existem várias semelhanças entre a teoria da ação e a teoria do texto. Importa agora, refletir sobre a similitude na reação à ação. Na verdade, a leitura de um texto leva-nos a fazer as nossas próprias interpretações, dependente do nosso contexto sociocultural. No texto, pode haver um desfasamento entre aquilo que o autor quis dizer, aquilo que escreveu e aquilo que interpretamos com a nossa leitura. Também a ação se desliga do seu autor (agente). De facto, não podemos descurar que, dependemos daqueles que interpretam, mal ou bem, a nossa ação. Ricoeur (1991) afirma que a ação “desliga-se do seu agente e desenvolve as suas próprias consequências” (p. 177), sendo este desligamento em Ricoeur apelidado de *autonomização da ação*. Deodato (2014) reforça esta noção na sua investigação, dizendo que “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” (p. 160). Há, portanto, uma dimensão social na ação, pois esta passa a ser interpretada pelos outros, ao sair do agente.

Ricoeur (1991) apelida a ação de *obra aberta*. Nesta circunstância, mantém a homogenia com o texto, pois perante este também os leitores podem atribuir-lhe diferentes significados. A ação permite mesmo que novas significações sejam encontradas, permanecendo aberta no sentido em que a *significação está em suspenso*. Assim, “Todos os acontecimentos e todos os actos significativos estão, deste modo, abertos a esta espécie de interpretação prática pela praxis presente. Também a acção humana está aberta a quem quer que saiba ler” (Ricoeur, 1991, p. 198).

É sobre as consequências do nosso ato que respondemos em sociedade. Deodato (2014) afirma que “o poder de cada um para ser autor dos seus atos, determina que a pessoa capaz responda pelo seu agir” (p. 162). Abordamos, inicialmente, neste capítulo o termo *ascription*, pertinente nesta fase do nosso estudo. É de notar que esta atribuição de responsabilidade é fundamental no cuidado de enfermagem, mas muitas vezes existe dificuldade em atribuir a um agente a *responsabilidade de*, sobretudo no trabalho em equipa, em que todos contribuem para um resultado desejado (ou não). Será através do

relato da experiência profissional, no campo por nós previamente escolhido, que o autor/enfermeiro, através do seu discurso, volta à sua ação e, através desse discurso, enuncia a sua intenção na prática daquele determinado cuidado/ação. Deodato (2014) afirma, na sua interpretação de Ricoeur, que há

ascription quando o agente narra o ato praticado e o descreve aludindo às razões que presidiram as suas escolhas e desta forma, ficamos a conhecer a sua intenção. Assim voltar à ação através do discurso, permite ao agente reencontrar a ação e identificar os motivos que o levaram a agir (p. 163).

Seguindo este raciocínio, diríamos que ao submeter enfermeiros a entrevista em que nos transmitiram como enfrentaram determinados problemas éticos (identificados por eles mesmos), e de que forma alicerçaram as suas decisões, colocamos o profissional em confronto com a sua consciência e através dela voltamos à ação praticada e aos seus fundamentos.

Em Ricoeur, a importância da atribuição desta responsabilidade, não está tanto na ação, mas no Outro e essa responsabilidade é muito evidente no cuidado de enfermagem. O enfermeiro é o profissional que cuida o outro sendo responsável pelo que lhe acontece (à pessoa, à família ou à comunidade). Para Deodato (2014), é aqui que passamos a responsabilidade do ato em si “para o ato no Si” (p. 164) no outro, pelo que defende que, passamos do ato puramente jurídico - a ação em si, para o ato ético - efeito da ação no outro.

Podemos, agora, concluir que o ser humano tem nas suas mãos o “poder” para agir. Este poder, que advém da sua liberdade em decidir, atribui-lhe a responsabilidade pelos seus atos, o que em Ricoeur se denomina *ascription*.

2.3. A deliberação e a decisão em Ricoeur

Vimos anteriormente que a ação é precedida pela decisão. Para Deodato (2014), “a decisão que precede a ação resulta da capacidade que o Homem livre tem para guiar o seu agir” (p. 150). Vimos igualmente que a decisão advém de uma deliberação, em que se escolhe os fundamentos. Assim, a deliberação é a fase em que a pessoa exerce a sua reflexão e avalia os diferentes caminhos que se lhe oferecem, pois, a “deliberação corresponde, não à escolha dos fins das ações, mas à ponderação dos meios que se

colocam em alternativa” (Deodato, 2014, p. 161). Com efeito, ao homem cabe apenas a decisão dos meios para atingir um fim.

Ricoeur (2013) defende que “a deliberação é a motivação na medida em que ela própria é um ato” (p. 129). Esta noção, aliada à de poder, permanece na etapa da deliberação, uma vez que

Há várias coisas em meu poder entre as quais posso escolher; a este curso alternativo está ligada a crença de que a ação não é impossível nem inevitável; neste sentido a deliberação implica uma certa ignorância; do mesmo modo que não delibero se simplesmente descubro uma ideia no meu espírito ou ainda se infiro a ação eventual que farei do conhecimento que tenho da minha conduta passada; neste caso espero de mim um ato, não delibero: o papel da escolha alternativa na deliberação reforça certamente a oposição entre motivação e causalidade na medida em que esta implica apenas um único curso de ação (Ricoeur, 2013, p. 165).

Para Ricoeur (2013), não há corte entre atividade de deliberação e constrangimento interior uma vez que “entre a ação compulsiva e a deliberação ativa há todos os graus; o desejo na sua forma disposicional mantém-se entre estes dois extremos” (p. 130).

Facilmente podemos compreender que podemos controlar os meios, na esteira de Aristóteles (334 a. C.), que nos diz que é aquilo que está nas nossas mãos, mas dificilmente controlamos os fins. Aristóteles, ao analisar desejo, anseio e preferência, faz ao mesmo tempo uma análise da experiência e uma análise da linguagem comum, e por isso Ricoeur (2013) declara que

É ao nível da linguagem comum, mas também ao nível da experiência viva, que Aristóteles distingue, no pré de preferência (pro-airesis) o mesmo momento de antecedência que outro vocábulo grego apresenta (pro-bebouleumenon ou o pré-deliberado) que nos permite aplicar à decisão as análises da deliberação. (pp. 151-152).

Na clarificação da linguagem comum, “é o agir humanos nas suas estruturas essenciais que é submetido a exame, mediante enunciados de que ele é referente” (Ricoeur, 2013, p. 165) e “são as articulações da deliberação que proporcionam o princípio de ordem aplicado ao campo da preferência” (p. 165).

2.4. Depois da ação

Na esteira de Ricoeur, Deodato (2014) defende que o ato é aquilo que exterioriza a decisão. Efetivamente, “É o agir humano nas suas estruturas essenciais que é submetido a exame, mediante enunciados de que ele é o referente” (Ricoeur, 2013, p. 152).

Vimos até agora que há uma deliberação acerca das alternativas e é sobre estas que decidimos. A decisão conduz-nos à ação, sendo os critérios para a decisão que pretendemos identificar, sob o ponto de vista ético. Embora Kant (séc. XVIII/2005) considere que quando os homens relatam as suas razões gostam de se lisonjear

com um móbil mais nobre que falsamente nos arrogamos; mas em realidade, mesmo pelo exame mais esforçado, nunca podemos penetrar completamente até aos móveis secretos dos nossos actos, porque, quando se fala de valor moral, não é das acções visíveis que se trata, mas dos seus princípios íntimos que não se vêem (p. 117).

Para este filósofo, o comportamento humano só pode ser regido pelo dever ou, nas suas palavras, por um “imperativo”. Todos os imperativos “são fórmulas da determinação da acção que é necessária segundo o princípio de uma vontade boa (...)” (Kant, séc. XVIII/2005, p. 50). Os imperativos poderão ser hipotéticos ou categóricos. E podemos diferenciá-los através da ação praticada, por isso afirma que

No caso de a acção ser apenas boa como meio para qualquer outra coisa, o imperativo é hipotético; se a acção é representada como boa em si, por conseguinte como necessária numa vontade em si conforme à razão como princípio dessa vontade, então o imperativo é categórico (Kant, séc. XVIII/2005, p. 50).

Agindo de acordo com o imperativo categórico, o homem alcança a sua finalidade, que em Kant (séc. XVIII/2005) e em Aristóteles é a felicidade, mas o homem necessita de “destreza na escolha dos meios” (Kant, séc. XVIII/2005, p. 52), sendo essa destreza a prudência, também já presente em Aristóteles.

Relembrando, a ação é praticada por um agente que tem o poder de agir, e este poder de agir advém da sua liberdade.

Para a tomada de decisão, este agente age com base numa determinada intenção e com determinada motivação. Esta ação final será necessariamente avaliada. Em sociedade, como avaliar, então, a ação individual (ou mesmo de grupo)? Quem avalia pode fazê-lo

baseando-se nas normas jurídicas, apurando uma responsabilidade jurídica, ou apenas seguindo as normas e costumes dessa sociedade. Em Kant (séc. XVIII/2005), falaríamos no imperativo categórico, como vimos anteriormente. Em Ricoeur, quem age, age baseado na “sabedoria prática”, na sua praxis em conjugação com aquilo que a sociedade dele espera.

Em enfermagem, podemos dizer que o enfermeiro pratica a sua ação através do seu conhecimento científico, mas também alicerçado nas suas regras ou Código Deontológico. A prudência é também fundamental, sendo por isso necessárias algumas virtudes para a prática do cuidado de enfermagem. O que o homem procura é a excelência (tal como o enfermeiro, de acordo com o seu código deontológico). E procura a excelência através do seu agir.

2.5. Ação e ética

O ser humano exterioriza o seu fazer através da ação (praxis). Quando o homem age, fez uma escolha de um caminho baseado em fundamentos com os quais se identifica (ou não, quando sob coação). Segundo Aristóteles (334 a. C./2006), todo “(...) o procedimento prático e toda a decisão, parecem lançar-se para um certo bem” (p. 19) e “o bem é aquilo por que tudo anseia” (p. 35). Para alcançar a felicidade, há que “realizar as actividades autênticas (...) de acordo com a excelência ética (...)” (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 35). Para o filósofo, as excelências (virtudes) surgem no homem através de “habituação” (Aristóteles, 334 a. C./2006, p. 43) em que o homem as acolhe e as aperfeiçoa, porque “fazer é aprender” (p. 43). Em Aristóteles (334 a. C./2006), a ação ética é aquela que advém de uma escolha realizada pelo homem, que de uma forma racional escolheu a melhor ação - a felicidade.

O homem, ao descrever o seu caminho e o seu agir, reflete sobre a sua intenção, sobre os seus motivos, sobre a sua vontade e, sobretudo, faz uma avaliação ética do seu agir. Efetivamente, “A descrição da ação é a base sobre a qual se pode construir a ética. Como? Tornemos a partir da rede conceptual, intenção, motivo, agente, responsabilidade. Os predicados éticos acrescentam-se a esta rede e supõem-na” (Ricoeur, 2013, p. 55). Então,

O discurso da ação precede de outra forma o discurso ético. A referência a um agente responsável sugerida pela teoria do ato de discurso (performativo, ato

ilocucionário) assinala o espaço vazio de um ato reflexivo de recuperação. A responsabilidade é aqui o ponto de convergência dos dois discursos: consiste em atribuir à acção um autor (...) A isso acrescenta-se uma promessa em primeira pessoa, pela qual o sujeito ético se responsabiliza pelas consequências da sua acção (Ricoeur, 2013, p. 56),

tal qual a acção de enfermagem, praticada pelo enfermeiro e pela qual ele é responsável. Esta responsabilidade é a responsabilidade pelo outro. Este caminho, foi também descrito pela voz dos enfermeiros, nas entrevistas realizadas. Caminho sobre o qual exerceram a sua reflexão e exerceram a sua avaliação ética sobre o seu agir. Ricoeur (2013) introduz mesmo a ideia da diferença de um discurso ético, para um discurso descritivo. O primeiro “introduz noções como norma, valor, obrigação. O discurso ético é um discurso da acção sensata” (p. 56). Para Ricoeur (1991) “Aquilo a que nós chamamos a tonalidade ética está, pois, imediatamente implicada no acto fundacional, na medida em que este só pode ser auto-posicional. É neste sentido que ele é, em última instância, responsável de si” (p. 54). E como se encontra o homem com a vida ética? Ricoeur (1991) defende que “Ninguém começa a vida ética; todos a encontramos já aí, num estado de costumes em que se sedimentaram as tradições fundadoras da sua comunidade” (p. 250). É o encontro do homem consciente e livre com a sociedade. Mas, se

a fundação original só pode ser representada de uma forma mais ou menos mítica, ela continua, todavia, a agir e permanece efectiva, através das sedimentações da tradição e graças às interpretações incessantemente novas que se dão destas tradições e da sua fundação original (Ricoeur, 1991, p. 250).

Para que o homem seja ético, necessita de algumas condições: liberdade, poder e virtudes que lhe permitam fazer bom uso das regras e das normas que deve conhecer como homem membro de uma sociedade. O homem autónomo e responsável ou o “sujeito que se reconhece capaz de fazer aquilo que, ao mesmo tempo, ele acha que deve fazer” (Ricoeur, 1991, p. 252). Referindo-se a Kant, Ricoeur (1991) diz que “a regra da universalização das máximas da vontade talvez fosse apenas o critério de controle pelo qual um agente moral se certifica da sua boa fé, e não o princípio supremo da razão prática” (p. 251).

Em Ricoeur (1991), a iniciativa é igual à responsabilidade, e a iniciativa

é uma intenção de fazer e, como tal, um compromisso a fazer, portanto uma promessa que eu faço, silenciosamente a mim-mesmo e tacitamente a outrem, na medida em que este é, senão o beneficiário, pelo menos, a testemunha. A promessa, direi eu, é a ética da iniciativa. O coração desta ética é a promessa de cumprir as minhas promessas. A fidelidade à palavra dada torna-se, assim, uma garantia de que o começo terá continuidade, de que a iniciativa inaugurará efectivamente um novo curso das coisas (p. 269).

Esta é também a promessa de todo o enfermeiro, a promessa do cuidado ao outro e esta é a ética do agir em enfermagem.

2.6. Síntese conclusiva do referencial teórico

No campo de investigação a que nos propusemos, com o objetivo de identificar os fundamentos para a decisão face aos problemas éticos de início de vida, “é o agir humano nas suas estruturas essenciais que é submetido a exame, mediante enunciados de que ele é o referente” (Ricoeur, 2013, p. 152), mais concretamente no campo da deliberação. Situamo-nos no campo da deliberação, altura em que se pesam os fundamentos e segundo Ricoeur (2013) “são as articulações da deliberação que proporcionam o princípio de ordem aplicado ao campo da preferência” (p. 152).

Esta análise que realizamos neste capítulo, constitui-se como essencial para uma melhor perceção da rede conceptual da ação. Nesta rede estão implícitos os conceitos sobre os quais refletimos até agora: ação, agente, intenções, motivos, desejo, etc. Reconhecemos, igualmente, que o poder, a capacidade e a liberdade são condições para a ação a praticar. E, na esteira de Ricoeur, voltamos a afirmar que falar de um dos termos é falar de todos. O agente pratica a ação (que se torna na face externa da sua decisão), baseado em motivos (que pesam na altura da deliberação) e com uma intenção. Da mesma forma, o enfermeiro age baseado numa decisão que tomou e na qual foram avaliados vários cenários, escolhendo aquele que, na sua “imaginação”, aliada à sua “sabedoria prática” (conhecimentos científicos, éticos, deontológicos, jurídicos, culturais e sociais), lhe parece ter melhor resultado. Esta ação que é praticada no “outro” e é da responsabilidade do enfermeiro que a pratica.

CAPÍTULO II- SÍNTESE DO “ESTADO DA ARTE”

1. Revisão da literatura

Dando prosseguimento à nossa investigação, com o objetivo de identificar os problemas éticos e os fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida, efetuamos uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de conhecer o “estado da arte” referido na literatura científica de enfermagem e categorizar os fundamentos utilizados pelos enfermeiros, quando confrontados com problemas éticos de início de vida. Desta forma, acedemos a bases de dados científicos, numa primeira fase, e depois foi realizada uma procura nos repositórios nacionais de dissertações de mestrado e teses de doutoramento, que incidissem nestas questões.

1.1. Questões de investigação, objetivos e processo de revisão da literatura

Para esta revisão integrativa definimos como questões de investigação: Quais os problemas éticos de enfermagem relacionados com o início de vida referidos na literatura científica de enfermagem? Quais os fundamentos utilizados pelos enfermeiros para esta decisão?

O objetivo geral desta revisão consistiu em identificar os fundamentos de enfermagem perante questões éticas de início de vida. Como objetivos específicos interessou-nos identificar os problemas éticos de enfermagem relacionados com o início de vida na literatura científica de enfermagem e identificar os fundamentos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.

Para análise e reflexão de determinados conceitos, optamos pela realização de uma revisão integrativa, procedendo desta forma à análise e identificação de produção científica sobre este tema. A elaboração desta revisão vai permitiu-nos cingir o conhecimento disponível.

Para Whittemore & Knafl (2005), as revisões integrativas da literatura, quando bem executadas, apresentam-nos o estado da ciência. Os métodos de revisão da literatura permitem “a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado” (Mendes, Silveira & Galvão, 2008, p. 759), pelo que se adquiriu aquilo que Souza, Silva & Carvalho (2010) afirmam ser “pensamento crítico”.

Sendo um método amplo, permite efetuar uma síntese do conhecimento já existente na área. Assenta na procura do conhecimento produzido através de diferentes metodologias, admitindo uma “mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado” (Souza, Silva & Carvalho 2010, p. 103). Segundo Souza, Silva & Carvalho (2010), a revisão integrativa possui seis fases distintas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Desta produção emerge uma compreensão do tema, e ao mesmo tempo avalia-se o estado da arte.

Os artigos e teses selecionados foram pesquisados na plataforma internacional EBSCO e nas bases de dados nacionais portuguesas RCAAP e VERITATI, de teses de doutoramento e dissertações de mestrado. Usamos como descritores para a pesquisa, na ferramenta de busca EBSCOhost-Research Databases: “ethics”, “beginning of human life” e “nursing” e o booleano “and”, entre os descritores. Os descritores selecionados são descritores DECS - Descritores em Ciências da Saúde. Foram utilizadas as bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Nursing and Allied Health Collection; Cochrane Plus Collection; MedicLatina e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). A pesquisa foi realizada entre fevereiro e outubro de 2015. Como critérios de inclusão da pesquisa na EBSCO, definimos artigos de revista de enfermagem (com um autor enfermeiro, ou com referência à enfermagem); artigos em texto completo; uso de língua inglesa, espanhola ou portuguesa. A pesquisa abrangeu todos os estudos publicados até 16 de outubro de 2015. Na EBSCO, selecionamos 32 resultados, mas foi necessário, além de elementos anteriormente descritos, a procura em “TX texto completo” (inicialmente tentamos com “título”; “AB resumo” e obtivemos zero resultados. Ampliamos para “termos do assunto” e obtivemos 1 resultado, com texto completo). Destes 32, apenas 20 possuíam texto completo, sendo identificados apenas 6 artigos como sendo de revista de enfermagem ou tendo como autor, um enfermeiro.

Efetuamos nova busca em 2017, por terem decorrido dois anos e, com os critérios referidos, apenas nos surge 1 novo artigo (Paço & Deodato, 2015). Este artigo é uma reflexão ético-legal sobre a objeção de consciência em Portugal e refere os problemas éticos já identificados. Em 2020, efetuamos nova revisão com as mesmas

características, e surgiram 15 resultados de busca. Não existem artigos novos, com autores enfermeiros.

No caso do repositório RCAAP, definimos como critérios de inclusão teses de doutoramento ou dissertações de mestrado com idiomas inglês, português e espanhol. Os descritores “ética” e “enfermagem” foram os escolhidos e cumprimos os critérios de inclusão estabelecidos anteriormente, tendo obtido com utilização do booleano “e” “título”, 16 documentos. Destes 16, apenas 11 possuíam texto completo (e 1 dos trabalhos estava repetido). Assim, apuramos 10 trabalhos neste repositório (4 teses de doutoramento e 6 dissertações de mestrado). Em março de 2020, atualizamos a nossa pesquisa e surgiram 25 documentos. Com referência direta a início de vida, apenas 1 trabalho foi identificado, em que foi reconhecida como questão ética de início de vida tomada de decisão sobre a interrupção voluntária da gravidez. Todavia, é de ressaltar que este trabalho, sendo de um campo específico da enfermagem médico-cirúrgica, identifica problemas éticos em áreas similares às que nos surgiram, após a análise das entrevistas realizadas, como por exemplo conflito com familiares, área do sigilo, transmissão da informação (neste trabalho a categoria assume a denominação de “comunicação”) e respeito pela autonomia dos doentes.

No repositório “VERITATI”, com descritores “ética” e “enfermagem” e com “contém” nos títulos do documento obtivemos, também, 7 resultados, mas apenas 2 possuíam texto completo. Em 2020, o único documento que nos aparece é 1 artigo científico, não se enquadrando nos critérios estabelecidos.

Depois de efetuada esta seleção, submetemos os textos obtidos a leituras exploratórias, selecionando as áreas de interesse para o nosso estudo, de que resultaram para análise 6 artigos, 2 teses de doutoramento e 1 dissertação de mestrado.

Foram respeitados os aspetos éticos e legais, uma vez que todos os textos selecionados e os seus autores foram sempre mencionados na bibliografia.

1.2. Problemas éticos de início de vida: resultados e análise

Na pesquisa bibliográfica, efetuada anteriormente, encontrou-se em Deodato (2014) a definição de problema ético de enfermagem, que ocorre quando há

incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade de 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 adotar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto (p. 41).

Identificada e reconhecida a categoria *Início de vida* e as subcategorias *Interrupção da gravidez e Procriação* (Nunes, 2006) na revisão bibliográfica, partimos para a consolidação deste conhecimento e possível ampliação do mesmo, procedendo à revisão da literatura nas bases de dados acessíveis para a busca. Como já indicamos, acedeu-se a bases de dados científicos, numa primeira fase, e depois foi efetuada uma busca nos repositórios nacionais de dissertações de mestrado e teses de doutoramento, que incidissem nestas questões, de início de vida.

Na pesquisa na EBSCO, e tendo em atenção os 6 artigos apurados, concluiu-se que estamos maioritariamente perante estudos qualitativos. As publicações analisadas ocorreram de 1999 a 2015. Nestes artigos selecionados, são referidas algumas categorias habitualmente identificadas na literatura de bioética como áreas problemáticas, nomeadamente: o aborto, o estatuto do embrião, as células embrionárias e métodos anticoncecionais abortivos. Os resultados são apresentados no Apêndice 1.

Na pesquisa RCAAP, como indicado no Apêndice 2, foram apurados 3 trabalhos, sendo 2 teses de doutoramento e 1 dissertação de mestrado. Os estudos apresentados foram realizados com alunos, enfermeiros e docentes de enfermagem. Duas destas teses, estavam relacionadas com o ensino de ética nas escolas de enfermagem. Esta pesquisa foi novamente realizada em 2020 e foi apurado apenas 1 novo trabalho, que também pode ser visto nos Apêndice 2.

As 2 teses apuradas no repositório VERITATI já foram identificadas no RCAAP (teses de Susana Pacheco, 2011 e Sérgio Deodato, 2014), sendo que, apenas uma delas se refere às questões de início de vida e foi analisada anteriormente. Ao atualizar-se esta pesquisa em 2020, não aparece mais nenhuma tese com este temática.

Nos trabalhos encontrados através da revisão integrativa, identificamos como problema ético de enfermagem a categoria aborto (Clarke, 1999; Stephens, Jordens, Kerridge & Ankeny, 2010), sendo reconhecido como uma das mais difíceis questões éticas

enfrentadas pelos enfermeiros (quer decidam ajudar ou não)³⁵, rejeitando-se a ideia que estas decisões sejam um mero exercício intelectual, devendo ser consideradas como um atentado à vida, assumindo-se a defesa do embrião, desde o seu início. O aborto é também referenciado no artigo que tem como finalidade interpretar o papel das principais sete religiões (Católica, Luterana, Judia, Islâmica, Budista, Confuciana e Hindu), na forma como influenciam a visão do aborto na clínica (Stephens et al., 2010). De uma forma geral, segundo Stephens et al. (2010), pode afirmar-se que quase todas as religiões têm uma visão do aborto como moralmente errado. Todavia, existem diferenças que fazem com que o mesmo seja aceitável em determinados casos. Os autores concluem que na decisão de aborto, os fatores religiosos têm influência, e que os profissionais devem entender (e conhecer) estas distintas visões.

A categoria *Estatuto do embrião*, ainda que não possa ser considerada um problema ético de enfermagem em concreto, é sem dúvida uma área problemática no sentido que cada profissional lhe atribui diferentes conotações, de acordo com os fundamentos que utiliza. Esta área é referida nos 6 artigos apurados na EBSCO, sendo esta a questão transversal a todas as outras. Também Nunes (2006) a identificou, na sua investigação, como referimos no enquadramento conceptual. A atribuição de diferentes estatutos ao embrião pode estar diretamente relacionada com a religião professada, fato evidenciado por Stephens et al. (2010), alertando os profissionais que trabalham na área de planeamento familiar para distintas mundivisões nos utentes, de distintos credos religiosos³⁶. Também a investigação realizada com alunos de enfermagem (Leal, Caballero & Inalaf, 2006) identifica o tema do *Estatuto do embrião* humano, com intuito de conhecer a interpretação, realizada por estes alunos, acerca do que se considera ser o início de vida. As conclusões apontam para que sessenta e um por cento (61 %) destes estudantes identifiquem como início da vida a fecundação, vinte e quatro por cento (24 %) a implantação, e os restantes referem outras etapas. Nesta investigação, foram identificados alguns fatores determinantes para estes resultados que estão, também, relacionados com questões sociais e religiosas.

³⁵ Tradução livre de: “ The question of whether to assist or withdraw from an abortion is by no means the most common or even difficult ethical issue that nurses have to confront”, p. 37

³⁶ Tradução livre de “reveal both heterogeneity among the beliefs of various religious faiths regarding abortion as well as striking similarities”, p .529

Outro dos artigos (Clarke, 1999) selecionado, menciona a categoria *Estatuto do embrião*, principiando a sua análise com a diferenciação das etapas de evolução do embrião como a concepção, nidificação, viabilidade e nascimento. A decisão da atribuição de um estatuto consoante estas fases é, para o autor, dependente de fatores biológicos, mas também sociais, considerando importante a definição de início da pessoa. Esta definição influencia a perspetiva dos enfermeiros nesta área. O autor (Clarke, 1999) defende que a divisão em etapas, não pode ser aplicada para separar o desenvolvimento do embrião num estadio em que é pessoa e outro em que não o é, e que o mesmo deve ser visto como um todo, assumindo que a interrupção de uma gravidez será um atentado à vida. Assume a importância do conhecimento e consciência dos enfermeiros para nesta área, considerando que a atribuição de um estatuto ao embrião humano não poderá ser, apenas, um mero exercício intelectual.

A categoria estatuto do embrião é ainda mencionada no artigo sobre células embrionárias de Williams, Kitzinger & Henderson (2003). O objetivo é demonstrar, como a perspetiva acerca da investigação em células embrionárias é influenciada pela visão que cada um possui do embrião (do seu significado)³⁷. Os autores tentam, também, interpretar de que forma a comunicação social pode influenciar estas distintas concepções.

O artigo acerca dos métodos anticoncepcionais com mulheres europeias (Lopez-del-Burgo, Mikolajczyk, Osorio, Errasti & Irala, 2013) também indica o estatuto do embrião humano como área problemática. Neste trabalho, os investigadores concluem que as mulheres que acreditam que a vida humana se inicia na fertilização, questionam o uso de meios anticoncepcionais abortivos.

Para a categoria métodos anticoncepcionais abortivos (na categoria área problemática), identificada no trabalho referido anteriormente, foi realizada uma investigação (Lopez-del-Burgo et al., 2013) com intuito de melhorar o conhecimento em métodos anticoncepcionais, para mulheres que recorrem ao planeamento familiar junto dos profissionais de saúde. Sendo responsabilidade destes profissionais efetuar ensinamentos acerca dos métodos usados e seus efeitos, garantindo que o consentimento seja livre e

³⁷ Tradução livre: “*We show how both sides in the dispute mobilize metaphors and use personification to recruit support; and how they promote different ideas about the embryo’s significance, size, and social embeddedness and present competing narratives about its origins, destiny and ‘death’*”.

esclarecido, foi constatado que (neste estudo), um terço das mulheres europeias se recusariam a usar métodos que são abortivos³⁸. Este trabalho conclui assim que, será através dos ensinamentos efetuados pelos profissionais, acerca dos efeitos de cada método, que se poderá considerar a existência de uma informação cabal e, dessa forma, se promover a autonomia da mulher. É notório, neste estudo, que a escolha do método anticoncepcional está diretamente ligada ao estatuto atribuído ao embrião. Esta questão está intrinsecamente vinculada à religião professada (como observado anteriormente), mas não exclusivamente, pois foram identificadas mulheres que não professando nenhum credo religioso, apresentavam as mesmas convicções de que a vida humana se iniciava com a fertilização, pelo que qualquer método que fosse pós-concepcional seria recusado pelas mesmas.

Relativamente à categoria Células embrionárias, no estudo de Williams et al. (2003) é realizado um levantamento de várias notícias sobre este tema. Todavia, o trabalho apenas tem em conta a sua menção em moldes informativos nos meios de comunicação social. Uma vez que, um dos autores é enfermeiro e, tratando-se de uma questão atual, incluímos esta referência neste trabalho.

Quanto à categoria Autonomia da mulher, é assumido por Clarke (1999) que os enfermeiros são confrontados, inúmeras vezes, com este problema. Esta questão, é também abordada por Stephens et al. (2010) que investigam o papel das religiões na manifestação de respeito pela vontade da mulher (relativamente à questão do aborto) e de que forma este conceito deve ser encarado de acordo com o credo religioso da mulher. Clarke (1999) afirma que será o conjunto do feto com a mãe que constitui a “pessoa”, pelo que a decisão cabe à mãe, pois só ela conhece a circunstância ímpar do seu caso. Neste mesmo artigo (Clarke, 1999), atribuí um papel fundamental aos enfermeiros nestas questões, pois estão bem posicionados para apreciar as particularidades de cada acontecimento, relativamente aos outros profissionais de saúde,

³⁸ Tradução livre de: “*As postfertilisation effects may not be acceptable to some women, full disclosure about methods that may act in this way is essential to obtaining completely informed consent*”.

fazendo muitas vezes parte do processo de decisão³⁹ e constata-se que os enfermeiros, caso não reconheçam esta opção de abortar como a mais correta, devem objetar, usufruindo do seu direito à objeção de consciência.

Na revisão no RCAAP, partimos na primeira pesquisa com os termos “ética” e “enfermagem”; o booleano “e”, cumprindo os critérios de inclusão anteriormente referidos. Com pesquisa destes descritores no “título” obtivemos 10 resultados. Destes, apenas 3 se relacionam com o nosso objeto de estudo. A tese de Deodato (2014) refere-se ao problema em estudo, ou seja, problemas éticos de início de vida. Esta tese teve como objetivo a identificação do problema ético de enfermagem e consequente forma de decisão perante o mesmo. Na identificação dos problemas de enfermagem não surge a categoria início de vida, mas é mencionada quando se refere ao trabalho precedente, realizado por Nunes (2006). Também é introduzido, nesta tese, um conceito inovador de problema ético de enfermagem.

Duas outras teses, abordam temas relacionados com o problema de início de vida. Na tese de Costa (2006) é referida por um estudante de enfermagem a questão do aborto como problema ético, e na tese de Burgatti (2015) é referida como problema, por um enfermeiro, a confrontação entre o profissional que é contra o aborto e a grávida que não quer ter um filho. Nas restantes produções analisadas, este problema não é referenciado.

No repositório da Universidade Católica Portuguesa VERITATI e usando os critérios: “em todo o repositório”; título contém “ética” e título contém “enfermagem”, obtivemos 7 teses, embora apenas duas teses possuam texto completo (Deodato, 2014 e Pacheco, 2011). A tese de Deodato (2014) já foi identificada na busca no RCAAP.

A tese de Pacheco (2011) versa sobre a forma como os estudantes de enfermagem identificam o problema ético⁴⁰ e a sua forma de resolução. Neste trabalho, reconhece-se

³⁹ Tradução livre de: “*nurses are particular well placed to appreciate this in the light of temporal and situational differences between them and other professions. They are often an intrinsic part of whatever processes go into marking the of a choice*”

⁴⁰ Pacheco assume como conceito de problema ético o adoptado pelo Internacional Concilia of Nurses “*toda a situação que necessita de um debate ético ou de uma tomada de decisão que implica um conflito de valores morais*” (p.35)

que a identificação do problema ético evolui ao longo da formação do estudante de enfermagem. Todavia, a categoria início de vida não é identificada.

Depois desta leitura exploratória nas bases de dados indicadas (EBSCO, RCAAP e VERITATI), podemos concluir que o início de vida é identificado na literatura como uma área problemática para a prática dos enfermeiros, mas apenas a interrupção voluntária da gravidez ou o aborto poderão ser apontadas, nestes trabalhos, como um problema ético de enfermagem, segundo o conceito adotado de Deodato (2014). Relativamente às restantes áreas, tudo indica a abordagem de áreas problemáticas clássicas, todavia, as mesmas não são apresentadas como problemas éticos para os enfermeiros de uma forma direta.

Podemos concluir, e tendo sempre presente o conceito de problema ético, que segundo Deodato (2014) será a “incerteza face ao agir do enfermeiro”, com os descritores escolhidos, que este estudo foi pouco conclusivo, ou até, que esta área de início de vida está pouco estudada ou pouco valorizada nos textos encontrados nas bases de dados científicos, pelo que, pensamos ser fundamental aprofundar o estudo nesta área.

1.3. Fundamentos do agir dos enfermeiros no início de vida: resultados e análise

A segunda parte desta revisão integrativa tem como objetivo a identificação dos fundamentos utilizados pelos enfermeiros, relativamente às questões éticas de início de vida. A revisão efetuada cumpriu com todos os critérios enunciados anteriormente. Designamos previamente como fundamentos de enfermagem os princípios, valores e virtudes que guiam o agir do enfermeiro.

Assumindo que “a procura dos fundamentos que constituem as razões de decidir inclui uma fase de ponderação e outra de escolha final” (Deodato, 2014, p. 89), será necessário distinguir estas duas fases. Esta reflexão incide, fundamentalmente, sobre “diversos princípios, os valores, os seus deveres e os direitos das pessoas” (Deodato, 2014, p. 89). É de salientar que, no trabalho (Deodato, 2014) que nos serve de base para enquadramento deste tema, é apontado para primeira fase da ponderação um acervo diversificado de fundamentos, tendo sido categorizados como éticos, deontológicos,

jurídicos, científicos, profissionais, culturais e sociais. A escolha de um destes fundamentos (ou de vários) dá origem à escolha final, que se traduz numa decisão.

Na revisão da EBSCO, seguindo os critérios anteriores e obtendo os mesmos resultados que para a identificação dos problemas éticos de início de vida, foram selecionados 6 artigos já mencionados.

Na investigação realizada com alunos de enfermagem (Leal et al., 2006) são identificados alguns fundamentos para as escolhas realizadas nesta área, como a educação, o estatuto socioeconómico e a estabilidade familiar, sendo estes fatores que influenciam a decisão dos enfermeiros (estudantes de enfermagem) nesta área.

O artigo de Clarke (1999) refere a existência de dúvida nas decisões tomadas, perante questões como o aborto. Procura-se avaliar se, nestas questões, prevalecem os fundamentos éticos e deontológicos, ou se prevalecem fatores individuais.

No trabalho realizado com mulheres acerca dos anticoncecionais utilizados para controlo da gravidez (Lopez-del Burgo et al., 2013), não está claramente indicada a escolha de fundamentos para os profissionais, mas sim para as utentes e, nesse sentido, são referenciados os fundamentos científicos que os enfermeiros devem possuir e, da obrigação da sua partilha com a pessoa que faz escolhas em planeamento familiar.

Em dois dos artigos analisados (Stephens et al., 2010 e Barilan, 2009), são abordados fundamentos religiosos, relativamente ao aborto, de acordo com diferentes religiões.

Na revisão da literatura efetuada, foi salientada a referência constante ao estatuto do embrião, em todos os textos analisados. Esta questão parece apontar diretamente para fundamentos anteriores, ou seja, parece existir uma relação entre o estatuto a atribuir ao embrião e as questões culturais, religiosas e sociais, para os enfermeiros adotarem (ou não) a posição de participação numa interrupção de gravidez. Este facto é referido por Leal et al. (2006), no estudo realizado com estudantes de enfermagem. Com efeito, este artigo caracteriza uma amostra de alunos de enfermagem, e conclui-se que a educação católica, a frequência de escolas privadas e a pertença a uma família nuclear, influencia estes alunos a definirem como início de vida humana na conceção. Desta forma, neste estudo, podemos concluir que os enfermeiros nas suas decisões, relativamente à definição de início de vida, são influenciados pelo seu contexto sociocultural e espiritual.

No segundo texto analisado (Clarke, 1999), é identificado claramente como problema ético de enfermagem a questão do aborto e, segundo o autor, o problema é o conceito de pessoa, sendo neste tema que se sustenta este artigo. Baseando-se em vários autores, afirma que para os enfermeiros será difícil apreciar o feto filosoficamente. Na prática de enfermagem, a primeira decisão será a de perceber a extensão do significado pessoa e, por outro lado, perceber se isso tem influência na prática de enfermagem. Neste artigo (Clarke, 1999), o autor defende que existe a possibilidade de os enfermeiros influenciarem a pessoa que está a tomar a decisão de interromper a gravidez (ou não). Clarke (1999) interroga-se até que ponto os códigos éticos ou profissionais guiam estes profissionais ou, se pelo contrário, serão fatores individuais que guiam as suas escolhas. Clarke (1999) afirma existir uma excessiva intelectualização da questão e defende que a prestação dos cuidados de enfermagem tem uma visão holística e adequada a cada caso e, nesse plano, se tomam decisões. A proximidade da relação enfermeiro/doente e o envolvimento do profissional pode ser determinante na decisão da pessoa. Clarke (1999) defende a necessidade de entender cada caso como único e irrepetível (porque a pessoa e as suas circunstâncias são sempre únicas), alertando para a relevância do papel dos enfermeiros nestas questões, não no sentido de dissuadir de qualquer decisão, mas no sentido de apoiar a pessoa que toma a decisão, ressaltando a necessidade de afastamento do profissional, caso não se sinta capacitado para o fazer.

No terceiro artigo (Lopez-del Burgo et al., 2013), são abordados os mecanismos de controlo de nascimento. Não sendo interpretado como problema ético de enfermagem, é, contudo, identificado como uma área em que os enfermeiros assumem um papel relevante na escolha do método mais apropriado a cada caso. Num inquérito efetuado em alguns países europeus, com mulheres em idade reprodutiva, concluiu-se que um terço das mulheres inquiridas, conhecendo os efeitos de um método pós-fertilização, optariam por não utilizar este tipo de métodos anticoncepcionais. Neste estudo fatores como nível educacional, religião, estado civil e idade parecem também, ter influência neste resultado. Os autores concluem que os enfermeiros detêm a obrigação de um ensino que possa permitir às mulheres exercerem o seu direito à autonomia e basearem as suas escolhas numa informação clara acerca dos efeitos do método escolhido.

No quarto texto analisado (Williams et al., 2003), é referida a forma como se esgrimm argumentos a favor ou contra o uso de células estaminais. O problema, não sendo identificado como problema ético de enfermagem, é, todavia, escrito por um enfermeiro. As argumentações são similares às dos textos anteriores acerca do aborto (através de uma análise do que é publicado na comunicação social em Inglaterra) e concluem que a discussão nos meios de comunicação social nunca é suficientemente esclarecedora. Este texto não faz qualquer referência à importância do papel do enfermeiro nestes esclarecimentos.

O último texto analisado (Barilan, 2009) aponta para a importância das religiões que desempenham um papel relevante, relativamente aos valores prementes no campo da saúde⁴¹.

Concluída a pesquisa na EBSCO, parece-nos existir alguma evidência da existência de fundamentos como: religiosos, sociais, culturais, económicos, éticos e deontológicos para a tomada de decisão dos enfermeiros.

No RCAPP e utilizando os critérios anteriores, ou seja, nas 10 teses com texto completo, há referência direta aos fundamentos para a decisão, embora de forma generalista e não concretamente para a área em estudo (início de vida). Assim, apuramos as 3 teses com referência aos fundamentos de ação para problemas éticos de início de vida. Estes fundamentos estavam na sua maioria já identificados na pesquisa bibliográfica.

Deodato (2014) identifica os fundamentos utilizados nas decisões em enfermagem, tendo sido estes já evidenciados na pesquisa bibliográfica. Assim temos os *fundamentos éticos*, os *fundamentos deontológicos*, os *fundamentos jurídicos*, os *fundamentos profissionais*, os *fundamentos científicos* e os *fundamentos socioculturais*. Segundo Deodato (2014), “são estes os fundamentos que legitimarão a escolha da intervenção a realizar, ou seja do agir concreto do enfermeiro perante um problema ético” (p. 89).

Na tese de Costa (2006), é evidenciada a importância da sensibilização para as questões éticas e a importância da formação ética, de forma a humanizar a prestação dos profissionais de enfermagem, afirmando-se que “(...) a educação e a abordagem

⁴¹ Tradução livre: “*The catholic church have placed unprecedented religious value on medical and nursing care*” p. 36

pedagógica utilizada na graduação em enfermagem, assumem um papel fundamental neste processo (...)” (p. 86). É também referida, neste trabalho, a importância do ambiente familiar “como um importante agente modular ético, ele pode determinar a diferença de atitudes éticas de um indivíduo para outro (...)” (Costa, 2006, p. 89).

Como vimos anteriormente, também Burgatti (2015) refere a importância dos fundamentos éticos e, conseqüentemente, a relevância dos valores aprendidos e da aprendizagem dos valores profissionais nos estágios. Nesta tese, os fundamentos culturais e sociais são apontados como fundamentais para a forma como vão ser depois aprendidos os valores éticos e deontológicos no ensino da enfermagem.

Quanto ao repositório da Universidade Católica Portuguesa, VERITATI, e seguindo os critérios anteriormente adotados, temos identificados na tese de Deodato (2014) os critérios previamente analisados no RCAAP.

1.4. Conclusão da revisão da literatura

Encerrada esta pesquisa exploratória nas bases de dados indicadas (EBSCO, RCAAP e VERITATI), podemos afirmar que a questão de início de vida é identificada na literatura como uma área problemática para a prática dos enfermeiros, mas apenas a interrupção voluntária da gravidez ou o aborto poderão ser apontadas, nestes trabalhos como um problema ético de enfermagem, segundo o conceito adotado de Deodato (2014).

Relativamente às restantes áreas (estatuto do embrião, métodos anticoncepcionais abortivos, usos de células embrionárias e autonomia da mulher), aqui apontadas, tudo indica que estamos perante áreas problemáticas clássicas, mas que não são apresentadas como problemas éticos para os enfermeiros de uma forma direta. Subsistem outras áreas, mas que foram identificadas na pesquisa bibliográfica, mais concretamente do trabalho de Nunes (2006).

Ao realizar-se nova revisão, por terem decorrido 5 anos e, com os critérios referidos, apenas nos surge um artigo, Paço, S. & Deodato, S. (2015). Este artigo é uma reflexão ético-legal sobre a objeção de consciência em Portugal e refere os problemas éticos já identificados.

Podemos assim concluir, e tendo sempre presente o conceito de problema ético, que segundo Deodato (2014) será a “incerteza face ao agir do enfermeiro” que esta área de início de vida está pouco estudada, nos textos encontrados nas bases de dados científicos e, com os descritores selecionados.

Assim, e uma vez que temos pontos identificados como problemas específicos de início de vida, através da leitura dos nossos autores de referência (Deodato, 2014 e Nunes, 2006), pensamos ser fundamental aprofundar o estudo nesta área.

Relativamente aos fundamentos de ação de início de vida, podemos afirmar que, com a revisão da literatura, não obtivemos novos dados, pois quase todos os textos analisados apontam para a necessidade de se fundamentar as decisões dos profissionais. É também frequente a referência à necessidade de se respeitar os hábitos culturais das populações com que os profissionais se relacionam. Parece também notória a escassa produção nesta área do conhecimento em enfermagem. Apresentamos estes resultados na Figura 1.



Figura 1 – Resultados dos problemas éticos e dos fundamentos identificados na revisão integrativa da literatura.

CAPÍTULO III - PLANEAMENTO DO ESTUDO

1. Pergunta de investigação

Tivemos como intuito, através da metodologia adotada, alcançar o objetivo de identificar os fundamentos do agir utilizados pelos enfermeiros perante problemas éticos de início de vida. A pergunta de investigação a que pretendemos dar resposta é: Quais os fundamentos utilizados pelos enfermeiros, quando confrontados com problemas éticos de início de vida?

2. Objetivos

O objetivo geral deste trabalho consistiu em conhecer os fundamentos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida.

Para atingir este objetivo geral, estabelecemos três objetivos específicos: Identificar os problemas éticos de início de vida, no exercício profissional dos enfermeiros; Categorizar os fundamentos éticos, face aos problemas éticos de início de vida; Descrever a fundamentação utilizada pelos enfermeiros na decisão ética no início de vida.

3. Tipo de estudo

Depois de terminar a pesquisa, para o enquadramento conceptual e a revisão da literatura nas bases de dados científicas, traçamos a opção metodológica que nos permitiu atingir os objetivos enunciados.

Iniciamos este trabalho pela delimitação do nosso problema e efetuamos uma pesquisa bibliográfica que permitiu encontrar o aumento do conhecimento prévio constituindo-se como um guia para pesquisas posteriores (Politt & Beck, 2018). Foi, igualmente, efetuada uma revisão da literatura em bases de dados científicos, acedendo aos repositórios EBSCO, RCAAP e VERITATI, tendo sido consultados artigos científicos, teses de doutoramento e dissertações de mestrado que versassem sobre as questões em foco. Esta revisão permitiu a familiarização com o tema (Politt & Beck, 2018) e, também, com o que está a ser realizado nesta área de investigação, minimizando-se a

hipótese de duplicação de estudos. Da mesma forma, ao realizar-se uma nova investigação, obtém-se conhecimento sobre o tema (Politt & Beck, 2018).

Apurado o “estado da arte”, conclui-se que os estudos publicados são limitados nesta área. A ética em início de vida é reconhecida como produtora de problemas éticos, na área de decisão de enfermagem, mas não existem trabalhos com enfermeiros, em Portugal, com foco exclusivo nesta temática. Assim, efetuamos uma pesquisa de forma a conhecer como os enfermeiros fundamentavam as suas decisões na área de início de vida e, de igual forma, contribuindo assim para a reflexão ética nesta área.

Foi estabelecido um plano metodológico, com recurso ao método não-experimental, sendo um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, com recurso à entrevista para recolha de dados e também a uma análise documental dos Pareceres do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. Este tipo de abordagem tem, segundo Bogdan & Sari (1994), algumas características particulares como a fonte de dados, que é o ambiente natural, ou seja, o paradigma é naturalista considerando que a realidade é diferente de pessoa para pessoa e está muitas vezes enraizada em contextos históricos e culturais (Fontelles, M., Simões, M., Farias, S. & Fontelles, R., 2009).

Assim, temos um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, uma vez que partimos para o mesmo com pouca informação e procuramos descrever o fenómeno.

A pesquisa foi observacional, no sentido em que não efetuamos nenhuma intervenção no fenómeno. Foi planeada uma pesquisa a realizar em curto espaço de tempo, pelo que foi uma pesquisa transversal, relativamente ao seu desenvolvimento no temporal.

Na prossecução do nosso objetivo, realizamos em primeiro lugar, uma análise documental dos pareceres do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (CJOE). A escolha dos pareceres foi realizada de acordo com a identificação de problemas éticos de início de vida, como causa de pedido desse mesmo parecer. Esta pesquisa permitiu-nos reconhecer os fundamentos utilizados, referidos pela OE, com base na deontologia profissional do enfermeiro.

Concomitantemente, efetuamos entrevistas (como técnica de recolha de dados) a enfermeiros que exerciam a sua prática em contexto de início de vida, ou seja, enfermeiros de unidades hospitalares que exercem em serviços de obstetrícia e de cuidados primários, ligados à área de planeamento familiar e do cuidado na gravidez.

A entrevista foi semiestruturada, pois, segundo Quivy & Campenhoudt (2008), uma entrevista nunca poderá ser considerada não diretiva quando o investigador tem um objetivo em mente para o seu trabalho. No entanto, foi dada liberdade quase total aos entrevistados, desde que não houvesse um completo afastamento do tema proposto. A atitude do investigador deve, neste caso, ser “pouco diretiva e tão facilitante quanto possível” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 74). Apresentamos “uma breve exposição introdutória acerca dos objetivos da entrevista” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 74), mantendo-se a condução da mesma, de uma forma livre, evitando a sua interrupção com perguntas e restringindo as mesmas ao estritamente necessário. Como afirmam Streubert & Carpenter (2011), as entrevistas semiestruturadas dão ao entrevistado a oportunidade de contar a sua história.

A entrevista foi realizada individualmente, de forma a obter do entrevistado os seus sentimentos, as significações das questões em estudo, na sua vida profissional, a forma como via estes problemas e como fundamentava a sua ação perante os mesmos. Foi conduzida de forma informal e foi gravada. As entrevistas foram sempre efetuadas pelo investigador (diminuindo enviesamentos causados por diferentes perceções). Inicialmente, optamos sempre por entrevista presenciais, mas em contexto de pandemia, e revelando-se a necessidade de dar continuidade às mesmas, optou-se pela entrevista por videochamada, ou mesmo por entrevista telefónica.

As entrevistas foram textualmente transcritas e validadas pelos entrevistados. Permitiu-se, desta forma, oportunidade de o entrevistado rever e rever-se. De certa forma, como afirma Ricoeur (1991) que compara o texto à ação, há um rever da ação, com a possibilidade de surgirem novas interpretações. Por isso, Ricoeur (1991) afirma que “Ao destacar-se do seu agente, a acção adquire uma autonomia semelhante à autonomia semântica de um texto; ela deixa um rasto, uma marca; inscreve-se no curso das coisas e torna-se arquivo e documento” (p. 177). É também através do discurso que se permite ao enfermeiro falar da sua ação e

(...) se começarmos a falar em termos de acção, continuaremos a falar em termos de projectos, de intenções, de motivos, de razões de agir, de agentes, etc. Reconhecer e distinguir os jogos de linguagem é, pois, tarefa de clarificação, a tarefa essencialmente terapêutica da filosofia (Ricoeur, 1991, p. 171).

Diríamos que, também é tarefa da investigação em enfermagem, a interpretação do agir do enfermeiro, que através do seu discurso, assume a responsabilidade do seu agir.

As questões que colocamos ao entrevistado foram, como se pode ver no Apêndice 3: i) descreva situações da sua prática profissional que tenha considerado como problemas éticos, relacionados com o início de vida; ii) de que forma tomou as suas decisões e como o fez? iii) em que baseou a sua decisão?

Os verbatins das entrevistas foram submetidos a análise de conteúdo, segundo Bardin (2019), permitindo a categorização dos resultados de acordo com os objetivos do estudo. Desta forma, foi possível avaliar a frequência, ou intensidade de certas palavras, expressões ou acontecimentos.

A população foi composta por enfermeiros (como já afirmamos, aqueles que lidam no seu dia a dia com questões relacionadas com o início de vida humana). Sendo difícil aceder a todos os enfermeiros desta área, constituímos uma amostra desta população. O tamanho da amostra é efetivamente pequeno, se comparado com estudos quantitativos. O seu poder reside na sua riqueza relativamente à experiência do fenómeno em estudo (Driessnack, Sousa & Mendes, 2007). Cada elemento da amostra foi escolhido pelas suas características, e o tamanho desta amostra ficou dependente da natureza dos dados recolhidos, mas também dos resultados obtidos (Soderberg, 2013). Efetivamente, segundo Minayo (2017), uma amostra qualitativa “precisa de envolver uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais” (p. 5). A amostra foi de carácter não probabilístico e intencional de tipo “bola de neve”, em que os entrevistados indicaram as pessoas que lhes pareciam mais adequadas para participarem neste estudo. Perante um entrevistado que correspondeu aos nossos critérios, foi-lhe solicitado que nos indicasse alguém que, possuindo as mesmas características, pudesse participar no estudo (Fortin, 2009).

O número de entrevistados correspondeu ao critério de saturação de dados ou “saturação teórica” (Corbin, 2013). Assim, demos por terminadas as entrevistas quando as mesmas deixaram de nos trazer novos dados para a investigação. Como indica Corbin (2013), procuramos também a definição clara de cada categoria.

As entrevistas foram realizadas a enfermeiros “proficientes” no âmbito de início de vida. Por enfermeiros “proficientes” na área de início de vida entendemos, e seguindo o critério de Benner (2001), os enfermeiros com mais de três anos de atividade

profissional nesta área e que foram referenciados pelos seus pares como tal. A nossa população foi, assim, constituída por 26 enfermeiros, que na sua maioria são mulheres. A média de idades é 45,03 anos. O enfermeiro mais novo tinha 31 anos e o mais velho 59. Os anos de experiência profissional dos entrevistados variou entre 8 e 34 anos (média de 21,96 anos) em enfermagem. Na área de saúde materna e obstétrica, variou entre 31 e 6 anos (média de 14,1). As entrevistas foram realizadas em Olhão, Faro, Coimbra, Castelo Branco, Almada, Barreiro, Montijo, Seixal e Lisboa. Seis entrevistas foram realizadas com enfermeiros de cuidados de saúde primários, as restantes com enfermeiros que exercem em contexto hospitalar. Destes, 21 eram enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EESMO). Foram analisadas 253 páginas, que resultaram de 13 horas e 17 minutos de entrevistas.

O tratamento de dados obtidos através das entrevistas, com a técnica de análise de conteúdo, teve como pressuposto “o desejo de rigor e a necessidade de descobrir, de adivinhar, de ir além das aparências” (Bardin, 2019, p. 31). Esta forma de análise do conteúdo das entrevistas consiste num “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2019, p. 40). Podem analisar-se com esta técnica, segundo Quivy & Campenhoudt (2008), “mensagens tão variadas como obras literárias, artigos de jornais, documentos oficiais, programas audiovisuais, declarações políticas, actas de reuniões ou relatórios de entrevistas pouco diretas” (p. 226). Esta forma de análise permitiu-nos ver além das palavras, recusando a sua leitura «à letra», e deu origem a material organizado, apesar de advir de material não estruturado. Desta forma, houve categorização e classificação do material obtido nas entrevistas, procedendo-se ao seu ordenamento, simplificação e atribuição de um sentido.

A organização por categorias e subcategorias foi realizada com base nos estudos precedentes (Deodato, 2014; Nunes, 2006), pelo que nos sustentamos nas categorias e subcategorias já identificadas por estes autores, quer para o reconhecimento dos problemas éticos, quer nos fundamentos utilizados. Todavia, e dada a especificidade deste trabalho, foram também encontradas novas categorias e subcategorias e, elas próprias, foram muitas vezes reformulados à medida que desenvolvíamos o nosso trabalho. Estas categorias emergiram dos dados contidos nas entrevistas. Ideias idênticas em diferentes entrevistas foram assumidas com iguais categorias e subcategorias, tanto na identificação dos problemas éticos como nos fundamentos

utilizados. Temos então a mesma designação para igual sentido nas afirmações transcritas.

Através desta metodologia, consideramos ter alcançado o nosso objetivo de identificar os fundamentos do agir utilizados pelos enfermeiros face aos problemas éticos de início de vida.

3.1. Considerações éticas

Na análise documental foram usados apenas documentos publicados e foi garantida a conformidade das transcrições com o texto original. Foram respeitadas as autorias dos documentos.

Quanto às entrevistas, a nossa preocupação neste campo restringiu-se essencialmente à proteção da confidencialidade perante os entrevistados. Para todos os participantes neste estudo foi necessário um consentimento livre e esclarecido. Assim, o formulário de consentimento assinado pelos participantes incluía a declaração de voluntariedade na sua colaboração, e nele constavam as seguintes informações: descrição da finalidade do trabalho; metodologia a utilizar; finalidade do estudo; possibilidade de abandono do estudo a qualquer momento; necessidade de gravação da entrevista. A informação teve em atenção a necessidade de clareza e objetividade nos seus conteúdos. A proteção dos dados obtidos, a confidencialidade dos mesmos e o anonimato dos participantes foram mantidos ao longo de todo o trabalho. A fiabilidade e veracidade foram assegurados, tendo sido todos os dados submetidos à avaliação de dois investigadores.

Por último, asseguramos que a obtenção dos dados, a sua análise e publicação serão pautados pelo respeito dos princípios da honestidade e veracidade. Em todo o processo asseguramo-nos da proteção das fontes, pelo que não existe qualquer tipo de referência aos participantes do estudo.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

1. Apresentação dos resultados do estudo

Na investigação dos fundamentos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida, iniciamos este trabalho com a pesquisa na deontologia e na literatura de ética de enfermagem de forma a elaborar o enquadramento conceptual. Na prossecução desta investigação, realizamos, igualmente, uma revisão integrativa da literatura, onde os dados obtidos foram escassos.

Iniciámos agora uma análise aos pareceres do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros de Portugal (CJOE), que nos vai permitir conhecer os fundamentos enunciados pela OE, perante problemas éticos de início de vida, com base na deontologia de enfermagem.

Realizamos uma análise documental em que estes Pareceres do CJOE foram objeto de uma análise de conteúdo, de forma a identificar os fundamentos do agir nesta área de atuação.

1.1. Análise documental para identificar fundamentos do agir do enfermeiro no início de vida com base nos pareceres da Ordem dos Enfermeiros

Todo o ato de enfermagem é imbuído de uma ética própria que norteia a ação dos profissionais, e esse ato ou ação de enfermagem requer uma tomada de decisão. Esta decisão é precedida de uma deliberação, e esta deliberação constitui-se como a procura dos alicerces para a decisão, tendo estes alicerces sido identificados na literatura (Deodato, 2014) como fundamentos da ação de enfermagem. Tendo como base este conhecimento, avançou-se para campo mais restrito de início de vida, incidindo naquilo que a Ordem dos Enfermeiros de Portugal, através do seu Conselho Jurisdicional, considera serem pilares para a deliberação. O objetivo foi identificarem-se os fundamentos utilizados pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal (OE), face aos problemas éticos de início de vida. Com esse intuito, foi efetuada uma análise documental e posterior análise de conteúdo, segundo Bardin (2019), sobre os pareceres

do Conselho Jurisdicional que contêm temas da área de início de vida, de forma a identificarmos os fundamentos do agir nesta área de atuação de enfermagem.

Acedeu-se ao sítio da internet, da Ordem dos Enfermeiros (www.ordemenfermeiros.pt), escolhendo a opção “pareceres” e foram selecionados os “Pareceres do Conselho Jurisdicional”. No plano temporal, foram usados todos os pareceres disponíveis, ou seja, de 2000 até junho de 2020.

Optou-se pela pesquisa nos pareceres do Conselho Jurisdicional, disponíveis no sítio da Ordem dos Enfermeiros, uma vez que são regulados pela deontologia, e estão ao dispor dos membros da Ordem dos Enfermeiros (OE), quer para consulta quer na sua origem, pois em grande parte são pareceres pedidos pelos mesmos.

Nos pareceres do Conselho Jurisdicional, não foi possível obter dados introduzindo os descritores (já utilizados na revisão integrativa da literatura): ética; início de vida; enfermagem. A possibilidade de incluir categorias, não permite introduzir nenhum tema que vá ao encontro desta investigação (delegação, deveres com a profissão, deveres com as outras profissões, etc.). Relativamente às subcategorias surgem “Objeção de consciência na IVG” e “Objeção de consciência no planeamento familiar”. Com estas subcategorias, obtivemos 7 pareceres para análise. Assim, sendo escassos os documentos para análise, fizemos uma investigação sumária de todos os pareceres existentes, analisando os seus “títulos” e o “assunto”, tendo obtido 23 pareceres, num total de 73 páginas, que foram submetidos a leituras exploratórias. Nesta investigação, tivemos em conta os nossos objetivos de obter conhecimento sobre os fundamentos utilizados pela Ordem dos Enfermeiros face aos problemas éticos de início de vida. A leitura flutuante efetuada teve em atenção o “título do parecer” (segundo a OE), depois o “assunto”, “categoria” e “subcategoria” atribuída nos pareceres. Quase todos os pareceres estão ligados ao exercício profissional e decorrem de questões ou dúvidas colocadas pelos seus elementos ao CJOE.

Partimos do conhecimento que são fundamentos para a ação de enfermagem: os princípios éticos, os valores, os deveres profissionais ou os direitos das pessoas envolvidas, segundo Deodato (2014) que, reconhece igualmente, a existência de diferentes categorias nos fundamentos para a decisão ética de enfermagem: éticos, deontológicos, jurídicos, científicos, culturais, sociais e profissionais. Estes fundamentos serão utilizados como categorias *a priori*, para análise dos pareceres selecionados.

Os pareceres foram submetidos a leituras exploratórias e posteriormente submetidos a análise de conteúdo, na sua função heurística, como afirma Bardin (2019), pretendendo-se enriquecer a análise exploratória e, desta forma, aumentar a possibilidade de novas descobertas.

Optou-se por se efetuar análise temática uma vez que se adequa a investigações qualitativas, quando se pretende descobrir os núcleos de sentido presentes na comunicação e permite-nos a interpretação dos dados obtidos (Bardin, 2019). Inserido na análise temática, optamos pela análise categorial que nos permite “(...) tomar em consideração a totalidade de um texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou ausência) de itens de sentido.” (Bardin, 2019, p. 39). As unidades de contexto corresponderão a fundamentos do agir enunciados pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (CJOE). Constatou-se, igualmente, que algumas frases, ainda que sendo diferentes, continham o mesmo sentido, pelo que se elegeu um segundo critério de categorização, ou seja, obtivemos as nossas subcategorias.

Para Bardin (2019), uma análise categorial é elaborada em três distintas etapas: a) A pré-análise do material (no nosso caso procedemos a uma leitura flutuante); b) exploração do material e c) tratamento e interpretação dos dados, tendo sido as etapas percorridas nesta análise.

1.1.1. Análise e discussão dos resultados

A Ordem dos Enfermeiros (OE), através destes pareceres, indica aos seus membros a forma de agir através dos postulados deontológicos, que devem orientar os enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida, indicando uma direção para a ação de enfermagem.

As categorias e subcategorias, elencadas pelo CJOE, configuram-se como problemas éticos de enfermagem em início de vida, como por exemplo a *Objeção de consciência*, a *Interrupção voluntária da gravidez*, o *Planeamento familiar* e o *Direito à autodeterminação* (categoria Direito das pessoas). Por outro lado, surgem-nos novas categorias, segundo a classificação da OE: *Direito ao cuidado*, *Deveres para com a profissão*, *Transmissão da informação*, *Segurança da informação* e *Sigilo profissional*, *Responsabilidade profissional* e *Incompatibilidades*.

Prosseguiu-se para a leitura exploratória dos 23 pareceres, para confirmação da pertinência destes documentos no âmbito deste estudo. Os pareceres foram analisados individualmente e através da sua leitura, utilizando a técnica de *análise de conteúdo* (Bardin, 2019), extraímos as *unidades de contexto* (UC - que corresponderam à frase do parecer) e consequentes unidades de registo (UR), que foram agrupadas pelo seu sentido. A cada *fundamento* (categoria), fizemos corresponder subcategorias, de acordo com o sentido da unidade de contexto identificada. Estas unidades foram, então, tipificadas tendo em consideração os *fundamentos* já identificados por Deodato (2014), e estes constituíram as nossas categorias. O Conselho Jurisdicional pretende, através destes pareceres, auxiliar os enfermeiros na fundamentação da decisão ética, através da colocação de dúvidas ou problemas, apresentados pelos seus membros a este órgão, permitindo a estes a tomada de decisão.

A disposição seguida, para apresentação destes resultados inicia-se com os fundamentos mais utilizados nestes pareceres (com mais unidades de enumeração), sucedendo-se os menos utilizados pelo Conselho Jurisdicional (CJ).

Nos pareceres do CJ, não foram utilizados fundamentos *culturais*, nem *sociais*. Todavia, são utilizados todos os outros fundamentos identificados por Deodato (*éticos, profissionais, científicos, deontológicos e jurídicos*), ou seja, a OE utiliza como fundamentos do agir dos enfermeiros fundamentos de natureza diversa e, apesar de se constituir como um órgão regulador, tem como premissa a complexidade humana do ato de enfermagem.

Numa primeira análise, podemos também afirmar a existência de grande impacto dos fundamentos *deontológicos*, em coerência com a missão de um órgão regulador como a Ordem dos Enfermeiros.

Por uma questão de clarificação, optamos por identificar as categorias *a priori* (Deodato, 2014 e Nunes, 2006) em itálico. As categorias ou subcategorias não reconhecidas anteriormente, serão colocadas entres aspas.

1.1.2. Fundamentos deontológicos

Os *fundamentos deontológicos* (pela frequência com que surgem) assumem um papel relevante nestes pareceres com 200 UE. Sendo o Código Deontológico constituído por “um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de

membro de um determinado corpo social” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 13), obriga os enfermeiros, como classe profissional, a assumirem deveres perante a profissão e perante a sociedade. Efetivamente, “Toda a profissão tem como razão fundamental da sua existência a resposta a necessidades sociais” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 31). No caso das obrigações deontológicas, estas decorrem de um compromisso assumido pelo enfermeiro perante a sociedade.

Por outro lado, a Deontologia de enfermagem “constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 9), sobretudo por estar plasmado no ordenamento jurídico português, Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, sendo por isso, não apenas orientadores de boa conduta, mas tendo também em si mesmo a força de uma lei. Constituem, como afirmamos, os fundamentos mais utilizados, pela OE nos seus pareceres.

Presentes nesta categoria estão os *deveres dos enfermeiros* e, como afirma Deodato (2014), “na procura da melhor decisão quanto ao cuidado a prestar, o enfermeiro encontra nos seus deveres deontológicos uma base para justificar a sua ação” (p. 113). Para este autor, o dever constitui “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” (Deodato, 2014, p. 115).

Considerando as categorias elencadas pelo CJOE, a *objeção de consciência* é a área que mais indecisão gera aos enfermeiros (relativamente ao pedido de parecer), com particular atenção para a objeção de consciência relacionada com a interrupção voluntária da gravidez. Relativamente aos direitos atribuídos nestes pareceres do CJOE, como fundamentos para a ação do enfermeiro, são evidenciados pela OE o direito do enfermeiro à objeção de consciência com 32 unidades de enumeração (UE). Seguidamente, há referência ao direito ao exercício profissional livre (4 UE). Por último, com 1 unidade de enumeração, o direito de acesso à informação de saúde das pessoas que assiste e direito a condições de trabalho.

Por uma questão de organização, os fundamentos foram repartidos em três grupos, tais como deveres, direitos e princípios/valores deontológicos.

1.1.2.1. Deveres deontológicos

Na categoria de *fundamentos deontológicos* estão integrados os *deveres dos enfermeiros*. Deodato (2008) realça o seu papel, dizendo “no plano deontológico, as ações profissionais do enfermeiro, realizam-se tendo como pano de fundo os deveres resultantes da sua actividade profissional em consequência do compromisso de cuidado que assumiu para com os cidadãos” (p. 49).

Confrontado com problemas éticos de início de vida, colocados pelos enfermeiros, o CJOE refere os deveres do profissional na prestação de cuidados, quando se encontra perante a sua entidade patronal, perante a pessoa em concreto e perante a sociedade. Contemplando estes deveres, o CJOE explicita as regras a que os enfermeiros se devem cingir, regras estas baseadas nos valores e princípios subjacentes à deontologia profissional. Os deveres profissionais são a subcategoria com mais unidades de enumeração, sendo de realçar que, estando o código deontológico dos enfermeiros inscrito na ordem jurídica nacional, estes deveres possuem carácter de obrigatoriedade. Sempre que os mesmos não sejam cumpridos, o enfermeiro fica sujeito a sanções deontológicas e jurídicas. Constituem, assim, exigências do agir profissional que se alicerçam na ética e têm como objetivo a proteção da pessoa como sujeito de cuidados e são objeto da reflexão e análise, pelos próprios enfermeiros, sempre que a evolução da sociedade também o exige. Têm como sustentáculo a ética de enfermagem e como objetivo a proteção da dignidade humana em todo o cuidado prestado. Assim, “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” (Deodato, 2014, p. 115).

De uma forma decrescente, aparecem os “Deveres relativos ao exercício da objeção de consciência” (43 UE). Depois, o *Dever de sigilo* (categoria já identificada por Deodato, 18 UE); *Dever de cuidado* (igualmente identificada por Deodato nos fundamentos ponderados, 14 UE); “Deveres para com a profissão” (9 UE); “Dever de encaminhamento” (8 UE); “Dever de excelência/ excelência do exercício profissional” (6 UE); e “Dever de informação” (8 UE). Com 7 UE, surge a subcategoria “Dever de respeito pela autonomia”. O “Dever de agir em tempo útil” e o “Dever de abster-se de juízos de valor”, surgem com 4 UE. Com 2 UE “Dever de competência profissional”, “Dever de dignificar a profissão”, “Dever de respeito pela vida humana” e “Dever de

respeitar o consentimento” e “Dever de respeito pelos valores das pessoas”. Por último, o “Dever de respeito pela liberdade de consciência”, o “Dever de respeito pela dignidade humana” e o “Dever de respeitar os direitos das pessoas” com uma unidade de enumeração (1 UE) cada.

Relativamente à grande evidência dos “deveres relativos à objeção de consciência”, revela-se coerência com aquilo que são as competências atribuídas à OE, uma vez que nos referimos à área de problemas de início de vida sendo a objeção de consciência uma área relevante nestes pareceres, e esta evidência foi reforçada pela nossa pesquisa bibliográfica, mas também pela nossa revisão da literatura. Assim, se os enfermeiros têm dúvidas relacionadas com os seus direitos ou deveres, procuram nesta entidade a resolução para as mesmas e colaboração para a fundamentação das suas decisões. Estas incertezas ocorrem, essencialmente, na área da prestação de cuidados em que enfermeiros que se declararam objetores de consciência são induzidos à prática de ações que violam a sua consciência.

O CJOE explicita em vários pareceres a necessidade de efetuar atempadamente os procedimentos legais para se requerer o estatuto de objetor de consciência, uma vez que existe necessidade dos serviços se organizarem e disponibilizarem elementos para a realização dos procedimentos (REDOC, alínea 2, artigo 5). A imposição de cumprimento dos regulamentos é assinalada nos pareceres, como por exemplo a “Obrigação de manifestar em documento escrito a qualidade de objetor” (CJOE. Parecer 70/2008). Esta obrigação requer comunicação ao CJ: “O enfermeiro deve comunicar também a sua decisão, por carta, ao Presidente do Conselho Jurisdicional Regional da secção da Ordem onde está inscrito” (CJOE. Parecer 119/2013). Assim, no Parecer 119/2013 é reafirmado que “só é considerado objetor, o enfermeiro que cumpriu com os procedimentos legais de acordo com o REDOC”.

Outra obrigação que decorre do estatuto de objetor de consciência é o encaminhamento da mulher que solicita um determinado cuidado (nestes Pareceres, quase sempre a IVG) para outro colega que o pratique, “os profissionais de saúde objetores de consciência, devem assegurar o encaminhamento das mulheres grávidas que solicitem a interrupção da gravidez para os serviços competentes, dentro dos prazos legais (...)” (CJOE. Parecer 119/2013).

Os limites da objeção de consciência estão também determinados nestes pareceres, como, por exemplo, a necessidade de os enfermeiros objetores de consciência não

participarem nos atos que precedem a própria interrupção voluntária da gravidez, afirmando-se que “os enfermeiros objetores de consciência não podem participar nas consultas anteriores àquela em que se efetua a IVG e se encontrem no âmbito dos procedimentos inerentes a este ato” (CJOE. Parecer 68/2008).

Parece ainda importante realçar que o limite no gozo do direito à objeção será sempre a noção de que “ninguém pode ficar isento das suas obrigações e deveres” (CJOE. Parecer 72/2008).

A OE, através do CJ, tem como pretensão, como afirma o artigo 109.º da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros), assegurar que o enfermeiro “procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício” e por isso o CJ no Parecer 47/2016 sustenta que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. A questão da responsabilidade perante os atos efetuados está também presente nestes pareceres e, essa responsabilidade, assumida perante o *pacto de cuidado* (2006), “refere-se aos actos e às devidas consequências” (Nunes, 2006, p. 175).

A ilegitimidade na prática da objeção de consciência é também objeto de preocupação nestes pareceres, constituindo o exercício ilegítimo da objeção de consciência “uma infração dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão” (CJOE. Parecer 70/2008). A definição de ilegitimidade está plasmada nos pareceres analisados e ocorre “quando se comprova o exercício anterior ou contemporâneo pelo enfermeiro, em situação idêntica ou semelhante àquela que pretende recusar, desde que não tenha ocorrido alteração dos motivos que fundamentam a objeção” (CJOE. Parecer 68/2008).

A exceção, também é contemplada, afirmando-se que

o dever de cuidado é a regra, sendo que a recusa de qualquer intervenção de enfermagem só terá legitimidade quando se fundamenta na recusa do próprio cliente, na falta de condições mínimas para uma prática segura ou na objeção de consciência, mas em nenhuma circunstância é lícito privar o cliente de cuidados (CJOE. Parecer 119/2013).

Associado ao dever de cuidado, como fundamento da ação da enfermagem, afirma-se a obrigação de excelência do mesmo, por isso “é responsabilidade do enfermeiro atuar,

nos limites da sua área de competência, adequadamente e em tempo útil, garantindo o direito ao cuidado de excelência a todos os indivíduos” (CJOE. Parecer 12/2008).

Além dos deveres relacionados com a objeção de consciência, outros deveres são objeto de referência nestes pareceres. Assim, identificamos com 18 unidades de enumeração (UE) o *Dever de sigilo* e com 14 UE o *Dever de cuidado/ Dever de cuidado seguro*. Relativamente ao Dever de sigilo, e porque estamos perante questões sensíveis, a confiança é fundamental na parceria de cuidados, reforçando a OE essa noção ao declarar “concretamente, o enfermeiro está comprometido ao dever de sigilo (...) no sentido de proteger a intimidade e a privacidade do cliente, assim como a relação de confiança entre este e o enfermeiro” (CJOE. Parecer 18/2008) e essa obrigação, é extensível a todos os profissionais de saúde, pelo que “o cuidado na circulação da informação de saúde fundamenta-se nos princípios do segredo profissional a que se encontram obrigados todos os profissionais de saúde” (CJOE. Parecer 18/2008). A OE tenta assegurar a proteção da informação relembrando que “toda a informação colhida pelos profissionais deve ser considerada confidencial, porque realizada mercê da confidencialidade” (CJOE. Parecer 18/2008) e “só deve ser partilhada em determinadas situações” (CJOE. Parecer 18/2008), com os implicados no plano terapêutico, como enuncia a alínea b) do artigo 106, do EOE (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro). A pena para quem infringe esta regra é também relembrada, asseverando-se que “a violação do segredo profissional pelos profissionais que a ele estão obrigados implica infração disciplinar e está sujeita a sanção penal, incorrendo numa pena de prisão até 3 anos ou numa pena de multa” (CJOE. Parecer 12/2008). Existem, obviamente, exceções a este dever, que também constam deste documento, dado que “a divulgação de informação confidencial só pode existir nas situações previstas na lei e após o devido aconselhamento deontológico e jurídico” (CJOE. Parecer 12/2008), ou ainda “a confidencialidade é a regra, no entanto admite-se que o dever de segredo tem limites, que se relacionam com os direitos individuais e colectivos, como é o caso de obrigação de notificação de algumas doenças ou defesa de valores superiores” (CJOE. Parecer 23/2008).

Como vimos, o *Dever de cuidado/dever de cuidado seguro* é um fundamento para a ação do enfermeiro, segundo a OE, emergindo com frequência nestes pareceres e remete

para o “direito ao cuidado” previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), no seu artigo 104.º, que na sua alínea a) diz que o enfermeiro assume o dever de “coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” e este dever está explícito no Parecer CJOE 06/2009 que assinala que “o enfermeiro assume o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil”. Para Deodato (2008), a relação entre o cliente e o enfermeiro “trata-se de um negócio contratual entre duas partes – cliente e enfermeiro – que faz nascer na esfera jurídica deste o dever de prestar cuidados de Enfermagem a um outro – o cliente – que o solicitou, ou simplesmente dele necessita.” (pp. 136-137). Efetivamente, este dever está evidenciado pelo próprio Código Deontológico, consagrando-se no seu artigo 104.º o direito ao cuidado e, conseqüentemente, a obrigação de cuidar do enfermeiro. A relação de cuidado é inerente ao papel do enfermeiro sendo denominada por Nunes (2006) de *pacto de cuidado*.

Relacionado com o dever de cuidado, surge também “Dever de agir em tempo útil”, com quatro UE (4 UE), dizendo-se que “O enfermeiro assume o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil” (CJOE. Parecer 06/2009), relembando-se o artigo 104.º do EOE, que nos diz que “O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de: a) coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”. Aqui evidencia-se o trabalho em equipa e a responsabilização de todos no atendimento à pessoa com necessidade de cuidados. Por tempo útil, entendemos aquele tempo que garante a satisfação das necessidades da pessoa e a capacidade de resposta do enfermeiro.

O “dever de informar” surge, com alguma relevância também, como por exemplo no Parecer 87/2018, em que se afirma que os “enfermeiros tem o dever de informar”, sobretudo num contexto de obtenção de consentimento e, também “o enfermeiro deve informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (CJOE. Parecer 87/2018).

Surtem muitos outros deveres, como afirmamos anteriormente, mas com menor relevância (frequência), como fundamentos da ação do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida, segundo a Ordem dos Enfermeiros.

Com carácter excepcional, incluímos, nesta categoria, as “Exceções do dever de sigilo” com 5 UE. Objetivamente, defende-se que “A confidencialidade é a regra, no entanto admite-se que o dever de segredo tem limites, que se relacionam com os direitos individuais e colectivos, como é o caso de obrigação de notificação de algumas doenças ou defesa de valores superiores” (CJOE. Parecer 23/2008), não esquecendo que “cada caso tem os seus próprios contornos singulares, e, avaliada cada situação concreta, se o enfermeiro pretende divulgar o que é objecto de sigilo, deve solicitar aconselhamento deontológico e jurídico” (CJOE. Parecer 23/2008). A escusa da obrigação de sigilo pode também ocorrer para proteção do próprio utente por isso, “não obstante, se no exercício das suas funções e por causa desse mesmo exercício suspeitar que um crime foi praticado, interrogando-se da exigência de denúncia em benefício do utente” (CJOE. Parecer 23/2008). Contudo, a prudência, deve liderar este processo,

Não obstante, às exceções de quebra de sigilo previstas no Código Deontológico, também presidem os princípios da necessidade, adequação e proporcionalidade, entre a gravidade dos factos e a intensidade ou gravidade da ingerência na vida privada, assim como a análise casuística dos contornos específicos de cada caso (CJOE. Parecer 23/2008).

Também o “Dever respeito pelos valores das pessoas” é um fator a ter sempre em conta quando o enfermeiro presta cuidados à pessoa humana. Cada ser é único e possui um conjunto de crenças e valores, e por eles deve ser respeitado, sendo essa a obrigação do enfermeiro.

1.1.2.2. Direitos enunciados pela Ordem nos pareceres do CJ

Nos *fundamentos deontológicos* utilizados pela Ordem dos Enfermeiros, reconhecemos também “Direitos dos Enfermeiros”, que apresentamos da maior para a menor frequência com que surgem nestes pareceres da CJ.

Com 32 UE, aparece o “Direito do enfermeiro à objeção de consciência”, depois o “Direito do enfermeiro ao exercício profissional livre” também surge com 4 UE e, por último, com 1 UE, o “Direito de acesso à informação de saúde das pessoas que assiste” e “Direito a condições de trabalho”.

Os deveres do enfermeiro objetor de consciência, enunciados pela OE, foram anteriormente analisados. Cumpre agora analisar sob ponto de vista de um direito. Efetivamente “o direito do enfermeiro à objeção de consciência” surge como fundamento de uma forma evidente e está previsto no Código Deontológico, na alínea 2 e) Artigo 96 e Artigo 113.º. No Parecer 72/2008 da CJOE afirma-se que “ao enfermeiro é reconhecido o direito à objeção de consciência (...)”, evidenciando-se esta preocupação em proteger os enfermeiros de atentados “contra as suas convicções filosóficas, morais ou religiosas” ou “de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros os seus membros efetivos, têm direito à objeção de consciência” (CJOE. Parecer 47/2016).

Existe, igualmente, ênfase na necessidade de inexistência de coação sobre o enfermeiro objetor quando se afirma que “do exercício do direito à objeção de consciência não poderá advir qualquer prejuízo pessoal ou profissional” (CJOE. Parecer 70/2008). Nos pareceres analisados, é ainda mencionado no âmbito deste direito que “o exercício deste direito se estende a todos e quaisquer actos que se encontrem no âmbito dos procedimentos e cuidados inerentes à IVG” (CJOE. Parecer 68/2008).

Uma condição essencial para o exercício deste direito do enfermeiro é “ser substituído atempada e legitimamente no seu posto de trabalho” (CJOE. Parecer 119/2013). A natureza dos estabelecimentos em que presta cuidados não é fator diferenciador na atribuição do direito à objeção de consciência, já que “a condição de objetor deve ser respeitada e produz efeitos, independentemente da natureza dos estabelecimentos de saúde (...)” (CJOE. Parecer 119/2013). Assim, este direito deve ser respeitado até por se constitui como direito fundamental, na Constituição da República Portuguesa.

Abordamos também a “Ilegitimidade da objeção de consciência” com duas unidades de enumeração. Os casos da ilegitimidade da objeção de consciência estão previstos no REDOC, no artigo 9.º, e acontecem “quando se comprove o exercício anterior ou contemporâneo pelo enfermeiro, de acção idêntica ou semelhante àquela que pretende recusar, quando não se tenham alterado os motivos que a fundamentam”. O exercício

ilegítimo constitui-se como “uma infração dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão, estando sujeito às sanções previstas na lei e no Regimento Disciplinar” (CJOE. Parecer 146/2013).

Os restantes direitos, identificados nestes pareceres, já foram enumerados e surgem com menor frequência nestes pareceres.

1.1.2.3. Princípios e valores

A deontologia constitui-se num articulado de deveres e direitos dos profissionais e está também assente em princípios e valores que se pretende que guiem a prática. Segundo o Artigo 99.º do EOE, são valores universais a observar na relação profissional: a) a igualdade; b) a liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e a solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 40).

Segundo a OE, igualmente, “terá valor tudo o que for capaz de motivar ou promover um movimento de apetência ou de desejo por alguma coisa (como é o caso dos valores sociais ou culturais), assim como os que orientam as condutas (valores éticos) ou constituem expressão das crenças (valores religiosos) ou dos ideais de belo (valores estéticos) (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 40).

Da mesma forma, estão enunciados no EOE os princípios orientadores da prática dos enfermeiros e que são “a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; c) a excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com os outros profissionais”.

Nesta análise dos pareceres da OE com o objetivo de identificar os fundamentos utilizados para a o agir profissional do enfermeiro, emergem também valores e princípios que devem orientar as condutas. Assim temos: “Responsabilidade pelas ações”, com 17 UE e “Princípio da coerência e da transparência do agir da profissão”, com 4 UE.

A “Responsabilidade pelas ações” é o princípio com mais unidades de registo nos pareceres consultados. A OE tem como preocupação evidenciar a relevância do compromisso assumido pelos profissionais perante aqueles de quem cuida, asseverando que “São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros a responsabilidade

inerente ao papel assumido perante a sociedade” (CJOE. Parecer 123/2007). Como vimos anteriormente, o enfermeiro assume a responsabilidade pelo ato que pratica (ou delega). Ato esse que foi produto da sua deliberação e decisão. Nestes pareceres fica também claro que a responsabilidade não emerge apenas através do ato praticado, mas está igualmente presente quando existe recusa ou omissão desse cuidado, pois há “responsabilidade assumida pelo enfermeiro quanto às consequências da omissão ou da recusa em proporcionar respostas adequadas às necessidades de saúde dos seus clientes” (CJOE. Parecer 06/2009).

Outro ângulo relacionado com a responsabilidade pelas ações é a questão do incumprimento da responsabilidade assumida, já que “havendo incumprimento dos seus deveres profissionais ocorre infração disciplinar (...)” (CJOE. Parecer 112/2009). A necessidade de trabalhar em equipa leva a uma partilha de responsabilidades, e podem ocorrer indecisões sobre quem deve, ou não, praticar determinado ato. Efetivamente, “a decisão sobre quem realiza determinada intervenção (...) deverá recair sobre o profissional da equipa multidisciplinar mais bem colocado para responder às específicas necessidades de saúde de cada pessoa” (CJOE. Parecer 256/2011).

Na pesquisa dos *fundamentos deontológicos* obtivemos numerosas subcategorias e em elevada frequência, o que parece estar em consonância com o papel desempenhado pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal, mais concretamente pelo seu Conselho Jurisdicional, que tem neste órgão a competência para avaliar, julgar e decidir a melhor forma de lidar com os problemas que surgem no decorrer da vida profissional. Aqui encontramos estes *fundamentos deontológicos* que abrangem um acervo entre direitos, deveres e ilegitimidades, assim como princípios e valores que sustentam a prática profissional. A objeção de consciência confirma-se como problema ético de início de vida, sendo nesta área que os enfermeiros mais recorreram a este conselho consultivo, abrangendo quer a área dos direitos e dos deveres, quer também a da própria ilegitimidade.

Nota-se igualmente uma maior preponderância de incidência nos deveres (em relação aos direitos), e a tal facto não é alheia a missão da Ordem dos Enfermeiros no seu intuito de criar a regra para a excelência profissional. Assim, os deveres de sigilo, de cuidado, para com a profissão, de encaminhamento e de excelência, são os mais constantes nestes pareceres.

Os direitos são, como indicamos, o “Direito ao exercício profissional livre”, o “Direito de acesso à informação de saúde das pessoas que assiste” e o “Direito a condições de trabalho”.

No que concerne aos princípios e valores, aparece-nos a “Responsabilidade pelas ações” como princípio com maior evidência, o que é coerente com a preocupação assumida pela Ordem em zelar pelo cuidado responsável. A Ordem dos Enfermeiros pode sancionar o ato irresponsável ou pode louvar o ato de excelência.

Nestes pareceres há ainda referência à necessidade de ação baseada no “Princípio da coerência e da transparência do agir na profissão”.

1.1.3. Fundamentos profissionais

Como vimos, a decisão ética em enfermagem alavanca-se numa diversidade de fundamentos, com naturezas distintas. Dentro desta diversidade são também utilizados os fundamentos relacionados com o exercício profissional, denominados por Deodato (2014) como *fundamentos profissionais*, que se inscrevem “num domínio relativo ao exercício profissional dos enfermeiros” (p. 279). Os *fundamentos profissionais* constituem-se, assim, como mais uma categoria de fundamentos utilizados pela Ordem dos Enfermeiros, mais concretamente pelo seu Conselho Jurisdicional, na orientação da ação do enfermeiro. Nesta categoria, identificamos cinco subcategorias, com um total de setenta e quatro unidades de enumeração (74 UE).

Como fundamento predominante, temos a *Competência Profissional*, com sessenta unidades de enumeração (60 UE), já identificada por Deodato (2014). Depois, a subcategoria *Necessidade de cuidados identificados* (já nomeada por Deodato), com cinco unidades de enumeração (5 UE). O *Agir em complementaridade*, surge com 4 UE (também já identificada por Deodato). Com duas unidades de enumeração, “Promoção da saúde” e “Dever de colaborar na formação de enfermeiros”. Por último, com uma unidade de enumeração, temos a subcategoria “Satisfazer necessidade de cuidados”.

A *Competência profissional*, representa “desempenho concreto” (Deodato, 2014, p. 280) e é delimitada no Parecer CJOE 146/2013 como o “uso dos conhecimentos e capacidades adequados e necessários a cada cliente, em qualquer situação clínica”,

ficando estabelecido como objetivos desse exercício “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (CJOE. Parecer 129/2013). A Ordem, através do seu Conselho Jurisdicional, estabelece ainda que o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão “com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem” (CJOE. Parecer 123/2007).

Nos pareceres analisados, para a subcategoria *Competência profissional* há também clarificação do papel de enfermeiro especialista, mais concretamente o enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) e o enfermeiro generalista.

A responsabilidade na ação praticada é também referida, mesmo quando o cuidado é delegado, uma vez que o enfermeiro tem a obrigação de supervisão, podendo apenas delegar, em pessoas competentes. Assim, o enfermeiro, “enquanto profissional autónomo, é sempre responsável pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega” (CJOE. Parecer 46/2008).

A autonomia e a interdependência nas intervenções praticadas implicam, igualmente, uma delimitação das competências pela OE. Assim,

Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (CJOE. Parecer 47/2006)

e como ações autónomas

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo (...). (CJOE. Parecer 47/2006)

Particularmente, são estabelecidos limites à atuação do enfermeiro relativamente à interrupção voluntária da gravidez, ou seja, “Não faz parte das competências dos enfermeiros proceder autonomamente a uma IVG, mas apenas o desempenho de

funções interdependentes associadas ao método da IVG adoptado pelo médico” (CJOE. Parecer 47/2006) ou relativamente à colheita de sangue umbilical, que é considerada uma função autónoma no Parecer 129/2009. Já a “A implantação de contraceptivos por via intrauterina e subcutânea é uma intervenção de enfermagem interdependente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica porque carece de prescrição médica” (CJOE. Parecer 256/2011).

Sucedese a subcategoria, já identificada por Deodato (2014), *Necessidade de Cuidados identificados*, com cinco unidades de enumeração (5 UE). No Parecer 46/2008, do CJOE aclara a responsabilidade na identificação das necessidades “para com a comunidade em que está inserido, conhecendo as suas necessidades para assim proporcionar intervenções de promoção da saúde e respostas adequadas às necessidades de saúde”, mas também tendo em conta “as necessidades específicas das pessoas” (CJOE. Parecer 46/2008).

Fazendo os enfermeiros parte de uma equipa multidisciplinar, têm como princípio orientador a excelência na relação com os outros profissionais. A alínea b) do Artigo 112 do EOE diz que, como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro). Mais uma vez, a OE evidencia essa necessidade, nestes pareceres, surgindo como fundamento para a ação *Agir em complementaridade*, pelo que, “os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (CJOE. Parecer 47/2016).

Ainda, na categoria *fundamentos profissionais*, surge a “Promoção da saúde” e o “Dever de colaborar na formação de enfermeiros”. No caso da “Promoção da saúde” como fundamento para a tomada de decisão, constitui-se como uma das funções do enfermeiro e, nestes pareceres, em que procuramos apenas os relacionados com problemas éticos de início de vida, a OE considera relevante a promoção de práticas que sejam indicadas para cada pessoa, mais concretamente relativamente ao parto, afirmando “Se do ponto de vista científico e técnico, o parto por via vaginal constituir a primeira opção para o acto de nascer, devem os profissionais de saúde promovê-lo,

genericamente e individualmente, para cada mulher a quem prestem cuidados” (CJOE. Parecer 128/2009).

A partilha de conhecimento, com os colegas ou o ensino, é também fundamento a ter em conta na decisão ética de enfermagem como podemos confirmar no Parecer 18/2008, do CJOE que indica que “O ensino teórico, teórico-prático e prático na área específica de cuidados de enfermagem é efectuado por enfermeiros” ou “a colaboração dos enfermeiros na formação de estudantes de Enfermagem é inerente à sua condição de profissional”.

Por último, temos como *fundamento profissional* a subcategoria “Satisfazer a necessidade de cuidados”, afirmando a OE ser uma obrigação profissional do enfermeiro responder às necessidades de saúde da pessoa.

Assim, os fundamentos profissionais identificados por Deodato (2014) são fundamentos utilizados pela OE no seu papel de orientador da fundamentação ética dos enfermeiros, quando confrontados com problemas éticos de início de vida. A *Competência profissional* é o fundamento mais utilizado pela OE, sendo coerente com o seu papel de regulação e controlo da prática do cuidado. A *Necessidade de cuidados identificada* é, igualmente, um fundamento utilizado pela OE, constituindo-se também como critério para a ação e, sendo congruente, com a necessidade que os enfermeiros têm de identificar a necessidade para a prática do cuidado, como a sua primeiro objetivo num plano de cuidados.

Com menos relevância nestes pareceres identificamos, também, a “Promoção da saúde” e o “Dever de colaborar na formação de outros profissionais”, demonstrando a tarefa diversificada que se exige a estes profissionais.

1.1.4. Fundamentos éticos

Os fundamentos têm diversas origens e já dissecamos, nesta análise dos pareceres do CJOE, os *fundamentos deontológicos* e os *fundamentos profissionais*. Prosseguimos agora a nossa análise com os *fundamentos éticos*, que nos surgem com 57 UE.

No seu trabalho, Deodato (2014) identificou este grupo como sendo aquele que se distinguiu dos outros “pela quantidade e pela diversidade” (p. 90), todavia, nos pareceres do CJOE, assumiram maior preponderância os *fundamentos deontológicos*, em consonância com a proveniência dos mesmos.

No caso dos *fundamentos éticos* deparamo-nos com princípios e valores como *Princípio do respeito pela autonomia*, com 16 unidades de enumeração (16 UE); *Princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana*, com 13 unidades de enumeração (13 UE); *Respeito pela vida/Valor vida*, com 12 unidades de enumeração (12 UE); “Valor Liberdade/Respeito pela liberdade”, com 4 unidades de enumeração (4 UE); *Respeito pelos valores da pessoa* com 7 unidades de enumeração (7 UE); “Valor competência e aperfeiçoamento”, com 2 UE e por fim com 1 unidade de enumeração (1 UE) “Respeito pela individualidade”, “Respeito pela privacidade” e “Princípio da precaução”.

O *Princípio do respeito pela autonomia* é o fundamento ético mais utilizado pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, tendo sido anteriormente identificado por Deodato (2014). Em cuidados de saúde materna e obstétrica, e pelos temas presentes nestes pareceres, este respeito prende-se muitas vezes com decisões relacionadas com a interrupção da gravidez, modo de efetuar o parto e obrigação de repouso da grávida.

O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros é claro, na necessidade de se respeitar a autonomia da pessoa, à qual o enfermeiro presta cuidados de enfermagem, existindo referência a essa obrigação em vários pareceres (CJOE. Parecer 21/2008, CJOE. Parecer 12/2008, CJOE. Parecer 23/2008, CJOE. Parecer 87/2018). O respeito pela autonomia é um princípio frequentemente manifestado nestes pareceres e norteia os cuidados de saúde em geral.

Há ainda que salientar o respeito pela própria autonomia do enfermeiro, pois estes pareceres confirmam o reconhecimento da “autonomia das pessoas, em geral, e dos seus enfermeiros e clientes dos cuidados” (CJOE. Parecer 68/2008).

São também referidos cuidados mais específicos, como por exemplo, a escolha do tipo de parto, confirmando-se a necessidade de informação para a tomada da decisão, dando espaço para o consentimento e, portanto, direito à escolha livre por parte da pessoa (CJOE. Parecer 21/2008).

Da mesma forma, o CJ aponta para a necessidade de respeito pela autonomia, mesmo quando isso implica um confronto com os valores pessoais do enfermeiro, como por exemplo em caso de aborto, dizendo que “Independentemente dos valores individuais do enfermeiro, a decisão de interromper ou não uma gravidez deve ser respeitada, nos termos da lei vigente” (CJOE. Parecer 35/2002).

O *Princípio do respeito pela dignidade humana* é um *fundamento ético* utilizado pelo CJ, igualmente identificado por Deodato (2014). Este princípio é a base de toda a deontologia de enfermagem, pelo que é coerente que seja reiteradamente empregue nestes pareceres, como *fundamento ético* para a ação do enfermeiro. O artigo 99.º do EOE afirma “1- As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro). Assim, todo e qualquer cuidado deve ser realizado “No respeito pelo princípio ético, jurídico e deontológico do respeito pela dignidade humana” (CJOE. Parecer 21/2008). O respeito por este princípio ético faz-se na pessoa alvo de cuidado, mas, também, no próprio enfermeiro. A pessoa é respeitada como ser único e irrepetível, sendo a dignidade uma condição inerente. Como afirma Deodato (2014), “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” (p. 92).

Por outro lado, o respeito pela dignidade da pessoa humana, sendo usado com fundamento para a ação de enfermagem, implica a “elevação da pessoa a valor supremo” (Deodato, 2014, p. 92) e concomitante respeito pela vida dessa pessoa, que é um dos fundamentos para o agir também presente nestes pareceres. Efetivamente, o fundamento ético “Respeito pela vida/ Valor vida” é frequente nestes pareceres, sendo coeso com o princípio anterior. A vida aparece como bem supremo, pois “a pessoa existe com vida e considerar a pessoa destinatária do cuidado significa respeitar a sua vida” (Deodato, 2014, p. 102). Desta forma, o enfermeiro tem como premissa ética do

seu agir o “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida” (CJOE. Parecer 35/2002).

No caso particular da mulher grávida, este cuidado e respeito pela vida é extensível ao embrião/feto, remetendo o código deontológico para este valor no Art.º 103.º, onde se determina que o “Enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias” (Lei nº156/2015, de 16 de setembro). Igual declaração está patente no Parecer 35/2002⁴². O respeito pela vida da pessoa humana assume a primazia ao longo de todo o ciclo vital, nos cuidados de enfermagem, mas também em todo o ordenamento jurídico português, que garante a proteção da vida no 24.º art.º da Constituição da República Portuguesa, onde se estatui o direito à vida e a sua inviolabilidade. Igual conceção está patente nos pareceres da OE que defendem a “inviolabilidade e respeito pela vida e carácter único e insubstituível de cada ser humano” (CJOE. Parecer 35/2002).

Desta forma, o CJ afirma o respeito pela vida desde o seu início “em qualquer circunstância, sem distinção da sua natureza intra ou extrauterina” (CJOE. Parecer 35/2002). O âmbito em início de vida, como esfera de obrigação de respeito, é aqui circunscrito: o enfermeiro deve respeitar a vida humana desde o seu início, ou seja, desde o início da gravidez, acrescentando que a própria CRP, no art.º24/1

ao afirmar a inviolabilidade da vida humana, não faz qualquer distinção sobre a natureza extra e intrauterina dessa mesma vida, pelo que a garantia da sua inviolabilidade deve ser tida em conta ao longo de todo o ciclo vital e em todas as circunstâncias (...) é neste pressuposto que devem assentar todos os actos de enfermagem. (CJOE. Parecer 35/2002).

É também defendida a necessidade de a legislação especificar aquilo que entende como vida humana e por isso se declara “importa que o respeito que é devido ao ser humano, desde a sua concepção, seja garantido através de explicitação de alguns dos seus direitos” (CJOE. Parecer 35/2002) ou ainda “o direito do embrião feto de ser reconhecido como um novo ser humano e, portanto, merecedor do maior respeito e com interesse e direitos, do ponto de vista ético (e não jurídico)” (CJOE. Parecer 35/2002).

⁴² “o enfermeiro no respeito do direito da pessoa igual `vida, durante todo o ciclo vital, assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias. “

Desta forma, é fundamento para o agir a proteção da vida humana desde o seu início no embrião e por isso “é indiscutível, à luz do conhecimento que o embrião/feto necessita de tutela jurídica e a sua proteção configura-se como um dever de estado” (CJOE. Parecer 35/2002).

Relativamente à discussão em torno da IVG o direito, ou não, de decisão livre da mulher sobre uma vida que não é a sua, o Conselho Jurisdicional não se alheia dessa questão e afirma que

a legislação portuguesa reflete esta dupla tendência, por um lado o direito à autodeterminação, no que respeita às escolhas reprodutivas e por outro lado, o reconhecimento de que o embrião/feto deve ser não só reconhecido, mas também sujeito portador de direitos e interesses fundamentais (CJOE. Parecer 35/2002).

Mas estamos perante fundamentos éticos para a ação do enfermeiro, e isso torna-se evidente quando existe uma destrição entre aquilo que é um direito atribuído na legislação à mulher e aquilo que é moralmente ou eticamente correto. Assim, “O facto da IVG ser praticada em circunstâncias específicas (...), não o torna uma ação boa, do ponto de vista ético” (CJOE. Parecer 35/2002). O Conselho Jurisdicional reconhece, todavia, o “recurso ao abortamento apenas a casos verdadeiramente excepcionais, dignificando ao máximo o respeito pela vida humana” (CJOE. Parecer 35/2002), portanto, na escolha entre duas vidas poderá ter que ser feita uma opção.

Foram ainda identificados os seguintes valores: “Valor Liberdade/ Respeito pela liberdade”, com 4 UE; *Respeito pelos valores da pessoa*, com 7 UE.

A liberdade é hoje, em sociedades democráticas, um valor profundamente enraizado e respeitado, tendo sido já referido o princípio do respeito pela autonomia, que aqui se alicerça. No EOE, 99.º art.º, este valor é observado na alínea 2 c) “a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum”, existindo um claro aproximar de dois conceitos: liberdade e responsabilidade, como valores a respeitar na relação profissional. O enfermeiro é livre na decisão para agir, ou para não agir, afirmando-se no Parecer CJOE 70/2008 a existência de “liberdade no exercício da sua autonomia”.

Por outro lado, a liberdade do outro, também é respeitada e por isso o enfermeiro, no seu agir, deve utilizar como fundamento o *Respeito pelos valores da pessoa* (Deodato, 2014). Estes valores decorrem da experiência de vida da pessoa, assim como das suas crenças, religião, estrato social e económico e trazem consigo aspetos da cultura vivenciada. Cada ser é único e, ainda que existam valores universais, é a forma de interiorização da cada um que nos diferencia. Nesta área de decisão, estes valores entram inúmeras vezes em conflito com os valores dos profissionais e surgem situações de recusa de cuidados. Assim, o enfermeiro deve “Respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde” (CJOE. Parecer 68/2008 e CJOE. Parecer 87/2018). Todavia, e dentro das regras estabelecidas, esta vivência dos valores pessoais é permitida, igualmente, aos profissionais, expressando-se muitas vezes através da objeção de consciência. O enfermeiro concretiza, ao respeitar os valores das pessoas, “o respeito pelo outro, pela sua autonomia e pela sua identidade cultural” (Deodato, 2014, p. 97).

Na categoria fundamentos éticos foi ainda identificada a subcategoria “Valor competência e aperfeiçoamento”. Este valor está subjacente à prestação de cuidados, sendo um valor universal a observar na relação profissional segundo o Código Deontológico da OE (alínea 2e) do 9.º art.º como afirma o Parecer 123/2007, dizendo-se que a competência e o aperfeiçoamento são “valores universais a observar na relação profissional”. O enfermeiro tem a obrigação de procurar conhecimento, promovendo continuamente uma maior e melhor prestação de cuidados.

Por último, com uma unidade de enumeração (1 UE) surgem-nos “Respeito pela individualidade”, “Respeito pela privacidade” e “Princípio da precaução”.

O “Respeito pela individualidade” requer que se respeite cada um como ser único e irrepetível, e no cuidado o enfermeiro deve ter em atenção as características da pessoa de quem cuida.

Também em todo o ato que pratica ou delega o enfermeiro deve respeitar e fazer respeitar a privacidade, assumindo o respeito pelo todo que constitui a pessoa de quem cuida e o respeito pela sua intimidade, salvaguardando-a de intrusão e devassa.

O “Princípio da precaução” surge no Parecer 06/2009, especificamente no sentido da prevenção relativamente a gravidez não planeada, dizendo-se que o enfermeiro deve realizar ensinamentos que permitam “O reforço da prevenção da gravidez não desejada, nomeadamente na adolescência” (CJOE. Parecer 06/2009).

Constatamos, assim, que os fundamentos éticos são muito variados, e aparecem nestes pareceres sob a forma de valores ou princípios a observar na relação de cuidado, sempre que exista decisão para a ação face aos problemas éticos de início de vida. O *Princípio do respeito pela autonomia*, o *Princípio do respeito pela dignidade humana da pessoa* e o *Respeito pela vida/ valor vida* são os fundamentos para a ação mais frequentes nestes pareceres. Numa área em que se lida com a vida humana inicial, parecem ser estes os valores e princípios que devem prevalecer, segundo a Ordem dos Enfermeiros. Destes decorrem os restantes fundamentos que o enfermeiro deve usar na sua decisão ética, na prática clínica em contexto de início de vida. Deste modo, o enfermeiro contribuirá para uma melhoria da qualidade assistencial, nomeadamente através de um agir ético neste contexto de cuidado.

1.1.5. Fundamentos jurídicos

Os pareceres analisados revelam a utilização de *fundamentos jurídicos* na fundamentação para a decisão dos enfermeiros, segundo o CJOE. Estes fundamentos foram anteriormente identificados por Deodato (2014), e nesta análise confirma-se que estes, segundo o CJOE, devem estar presentes na decisão perante problemas éticos de início de vida, pois “os pareceres reproduzem a conjugação do que é jurídico, do pensamento filosófico moral e do contexto político/social em que a Enfermagem se desenrola.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 11).

No nosso trabalho, esta é a quarta dimensão, em frequência, que surge nos pareceres analisados e que a OE recomenda como fundamento para a decisão do enfermeiro, quando confrontado com problemas éticos de início de vida.

A norma jurídica tem como intuito a proteção da pessoa, e essa pessoa tem o direito de ver respeitadas estas prerrogativas. De igual forma, também são conferidos direitos aos profissionais de enfermagem e a Ordem dos Enfermeiros enfatiza esta vertente.

Confrontada com problemas éticos de início de vida que se colocam na prestação de cuidados ao enfermeiro, a OE refere os *fundamentos jurídicos* a utilizar na decisão,

dando prossecução aos direitos conferidos pela sociedade aos seus membros, quer na figura da pessoa alvo do cuidado, quer na pessoa do enfermeiro.

Assim, nos *fundamentos jurídicos* utilizados pela Ordem nos pareceres analisados, reconhecemos direitos dos doentes e concomitantemente deveres dos enfermeiros, mas também direitos dos enfermeiros, que se expressam em trinta e cinco (35 UE) unidades de enumeração, que passamos a descrever de forma decrescente relativamente à sua ocorrência nestes pareceres do CJOE.

O “Direito ao cuidado” aparece-nos com catorze unidades de enumeração (14 UE). Sendo a missão da enfermagem o cuidado à pessoa, a OE é coerente com este desígnio e indica a necessidade de se respeitar este direito nos cuidados prestados.

Este direito ao cuidado na saúde (ou na doença) está consagrado através do dever estipulado no EOE, no seu artigo 104.º, que se intitula “Do direito ao cuidado”. A OE assegura igualmente que “O cuidado é uma atividade-fim no trabalho de enfermagem, ou seja, constitui-se como finalidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 69). Ainda dentro da área de enfermagem, podemos referir o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem que decreta que a “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente” (REPE, n.º 1 do art.º 4.º). Este direito ao cuidado insere-se num direito mais lato que será o direito à proteção da saúde inscrito na CRP, no seu artigo 64.º. Na Lei de Bases da Saúde é explicitado mais claramente este direito, na Base II da lei supracitada. O respeito pelo direito ao cuidado é, portanto, afirmado como fundamento pela OE, através do CJ e reafirma-se a responsabilidade profissional do enfermeiro na sociedade na qual se insere, através de declarações como “No respeito do direito da pessoa ao cuidado na saúde ou na doença” (CJOE. Parecer 06/2009) ou “Assente no direito ao cuidado” (CJOE. Parecer 68/2008).

A OE, em consonância com a Carta dos Direitos e Deveres do Doente Internado, defende também que esse cuidado deve ser apropriado ao estado de saúde da pessoa, asseverando que quando o direito ao cuidado se opõe ao direito do enfermeiro, os mesmos terão que ceder pois “(...) em situação alguma o exercício dos direitos do enfermeiro pode colidir prejudicando a segurança das pessoas e o seu direito aos cuidados de qualidade” (CJOE. Parecer 68/2008); ou ainda, relativamente ao exercício do direito à objeção de consciência do enfermeiro, e na presença de conflito de valores

“entre o direito do enfermeiro à objeção de consciência e o direito da pessoa ao cuidado, e face à indisponibilidade absoluta de substituição do enfermeiro em questão, prevalece o direito ao cuidado” (CJOE. Parecer 68/2008). Podemos assim inferir que este direito se constitui como um direito que prevalece sobre os demais.

Com sete unidades de enumeração (7 UE) surge o “Direito à liberdade de consciência” como fundamento jurídico para a ação de enfermagem, segundo a CJOE. O Direito à liberdade de consciência é assegurado em várias cartas, convenções e na legislação portuguesa. Na CRP está patente no seu artigo 41.º, dizendo-se que “a liberdade de consciência, de religião e de culto é inviolável”, sendo desta forma um direito constitucionalmente protegido em Portugal. Também a Lei 16/2001, de 22 de junho, afirma no seu primeiro artigo “A liberdade de consciência, religião e de culto é inviolável e garantida a todos em conformidade com a CRP, a Declaração Universal dos Direitos do Humanos, o direito internacional aplicável e a presente lei”. Igualmente, nos pareceres da CJ, é reafirmado este direito, como por exemplo no Parecer 70/2008, “direito da pessoa à liberdade de consciência”. Nestes pareceres é reafirmado que “a liberdade de consciência é inviolável” (CJOE. Parecer 68/2008). Este direito é, portanto, bilateral: direito de liberdade de consciência para as pessoas em geral e para os profissionais de saúde em particular e é nele que se funda o direito à autodeterminação, expressão do respeito pela dignidade da pessoa humana.

O direito à liberdade de consciência expressa-se algumas vezes através da objeção de consciência, direito este igualmente previsto na CRP na alínea 6) do artigo 41.º, para os cidadãos em geral. Este direito é também assegurado para os profissionais de saúde, e mais especificamente para os enfermeiros, no seu EOE no artigo 113.º. Assim, é lembrado no Parecer 68/2008 que “A objeção de consciência é um direito fundamental (...)” e é recordado igualmente que “A objeção de consciência se encontra fundamentada no direito da pessoa à liberdade de consciência” (CJOE. Parecer 68/2008), sendo o exercício da objeção um direito inalienável, como é afirmado no Parecer 68/2008. Parece assim coerente que a Ordem dos Enfermeiros tenha como fundamento para a ação dos seus elementos o direito à liberdade de consciência, pois cada enfermeiro encerra em si mesmo os seus valores e princípios e deve poder agir livremente perante a sua consciência, respeitando e fazendo respeitar a dignidade inerente à pessoa humana.

A “Autonomia profissional” é também referida nos pareceres com quatro unidades de enumeração (4 UE), e constitui-se como fundamento jurídico para a ação do enfermeiro, segundo a CJ. Desta forma, o enfermeiro é um profissional livre na sua tomada de decisão e conseqüente ação, fazendo uso do seu conhecimento profissional e conjugando-o com os seus valores e princípios, assumindo a responsabilidade do seu ato. No Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro) estabelecem-se aquilo que se determina ser as intervenções autónomas do enfermeiro (que também podem ser interdependentes), na alínea 2 do artigo 9.º, dizendo-se que são aquelas

ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

Segundo Deodato (2008), “O exercício profissional de Enfermagem em Portugal tem hoje uma natureza autónoma, face as outras profissões de saúde com quem o enfermeiro trabalha em complementaridade (...) e face ao Estado.” (p. 27). Para este autor, esta autonomia baseia-se no desenvolvimento científico da própria enfermagem e no suporte jurídico desta profissão, sob contínuo auto escrutínio ético. Assim, e como se afirma no Parecer 256/2011, “O enfermeiro é um profissional autónomo e exerce a sua profissão livremente sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício profissional”. Ainda que o enfermeiro possua funções autónomas e funções interdependentes a autonomia profissional prevalece, uma vez que o mesmo pode sempre decidir pela não ação (não administração de um medicamento, por exemplo) e esta posição é clara, no Parecer 256/2011 onde se assevera que “A autonomia profissional dos enfermeiros reflete-se (...) nos cuidados de enfermagem que realiza, tanto nas intervenções autónomas como nas intervenções interdependentes” ou ainda “Em ambos os tipos de intervenções os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação” (CJOE. Parecer 256/2011). Portanto, “O enfermeiro é um profissional autónomo, livre de exercer a sua profissão” (CJOE. Parecer 256/2011).

Nos pareceres selecionados, e relativamente aos *fundamentos jurídicos* identificados, também nos surge como fundamento para a ação do enfermeiro o “Direito à

autodeterminação”, com três UE (3 UE). Do respeito pela liberdade de consciência, que vimos anteriormente, decorre naturalmente este direito. O direito a decidir por si, e segundo valores próprios de cada um, sobre questões que lhe dizem respeito, mais concretamente no âmbito deste estudo, relativamente à saúde da pessoa. É a concretização do direito a autogoverno de si, direito à livre decisão isenta de coação externa. O EOE aborda o direito à autodeterminação no seu artigo 105.º onde se garante o dever de informação por parte dos profissionais, decorrendo este dever do “respeito pelo direito à autodeterminação”. Este direito é concretizado na legislação, como por exemplo na execução de Diretivas antecipadas de vontade ou na Lei da interrupção voluntária da gravidez. Também estes pareceres referenciam, relativamente à IVG, a necessidade de os profissionais respeitarem as opções da mulher, relativamente ao aborto (CJOE. Parecer 35/2002). Efetivamente “a legislação portuguesa reflete esta dupla tendência, por um lado o direito à autodeterminação, no que respeita às escolhas reprodutivas (...)” (CJOE. Parecer 35/2002), por outro lado o direito do profissional de saúde não participar nas mesmas.

O “Respeito pelos direitos da pessoa” é um dos *fundamentos jurídicos* igualmente identificados nestes pareceres e tem duas UE (2 UE), mas consideramo-lo subjacente a todos os outros direitos já referidos, possuindo carácter generalista, sendo por isso afirmado no Parecer 23/2008 que “o enfermeiro informa, disponibiliza meios e recursos, constitui ele mesmo recurso para a pessoa, apoiando a tomada de decisão do cliente, respeitando e salvaguardando os seus direitos” (CJOE. Parecer 23/2008).

O enfermeiro respeita e faz respeitar os direitos da pessoa e por isso também surge com uma UE (1 UE) o “Direito ao exercício dos seus direitos”, ou seja, direito da pessoa ao legítimo exercício dos seus direitos previstos no ordenamento jurídico nacional, afirmando-se que “nenhuma pessoa pode ser perseguida ou privada dos seus direitos.” (CJOE. Parecer 68/2008).

O “Direito à propriedade da informação da saúde” está consagrado na legislação portuguesa, mais especificamente na lei da informação genética pessoal e informação da saúde (Lei nº 1/2005, de 26 de janeiro), e surge com uma UE (1 UE). Fica definido aquilo que se considera informação de saúde, ou seja, o seu âmbito, dizendo-se no 2.º artigo “(...) a informação de saúde abrange todo o tipo de informação directa ou

indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar”. O artigo 3.º indica-nos a quem pertence esta mesma informação dizendo,

1- a informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.

Portanto, constitui um fundamento para a ação do enfermeiro o reconhecimento da titularidade desta informação por parte dos doentes. Ao enfermeiro cabe o cuidado à pessoa, e este cuidado é baseado na informação obtida. Esta informação pertence ao doente, não podendo o profissional dela dispor livremente.

Associado a esta premissa jurídica assume o enfermeiro o “Direito ao sigilo”, com 1 UE acerca desta informação. Este direito está concretamente associado à reserva da vida privada, protegido na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁴³ e na CRP, que na alínea 1 do artigo 26.º assevera que “A todos são reconhecidos os direitos à (...) reserva da intimidade da vida privada e familiar”. Podemos assegurar que este é um direito plenamente defendido na legislação portuguesa e, portanto, constitui uma obrigação dos profissionais de saúde, embora não seja ilimitado, estando previstas algumas exceções. Este direito é um fundamento para a ação de enfermagem sendo referido no Parecer 18/2008 que a informação de saúde é informação confidencial e constitui-se como propriedade da pessoa⁴⁴.

O profissional deve respeitar o sigilo acerca da informação que obteve no decorrer da sua relação com a pessoa de quem cuida, independentemente da fonte da mesma. Desta forma preserva-se o “Direito à confidencialidade” na qual assenta a relação de confiança estabelecida, e que nos surge com 1 UE. Este direito está intrinsecamente relacionado com a reserva da privacidade e a proteção da intimidade. O Direito à privacidade está patente na convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, na alínea 1, 10.º

⁴³ Artigo 12 “ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada.”

⁴⁴ OE. Parecer 18/2008 “no que diz respeito à propriedade da informação de saúde (...) como propriedade da pessoa.”

artigo: “Qualquer pessoa tem o direito de respeito da sua vida privada no que toca a informações relacionadas com a sua saúde.” O profissional acede a informação acerca do seu cliente e só a pode utilizar no âmbito da relação de cuidado. A violação do sigilo é punida por lei (artigo 195.º do Código Penal).

Como mencionamos, da mesma forma, o “Direito à confidencialidade” é também fundamento para ação do enfermeiro, com uma UE (1 UE), dizendo-se que “O direito do cliente à confidencialidade reforça a ideia de que o próprio deve decidir, sempre que possível, aquilo que, da informação, pode ser partilhado” (CJOE. Parecer 23/2008). Esta questão da partilha da informação não só constitui um fundamento jurídico para a ação do enfermeiro, como também se constitui como parte integrante do EOE, dizendo-se na alínea b) do artigo 106.º que a partilha de informação é “pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”, constituindo-se como uma responsabilidade a posse desta informação. Como vimos anteriormente, a CRP garante o direito à reserva da vida privada e familiar e este direito é confirmado, no âmbito dos cuidados de saúde, pela Lei da Proteção dos Dados Pessoais, pela Lei da Informação Genética Pessoal e Informação da Saúde, sendo especificado na carta de Direitos e Deveres dos Utentes no seu 9.º artigo: “O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitem”. Nestes pareceres, relacionados com problemas éticos de início de vida, a OE proclama que o direito à confidencialidade se encontra “protegido, quando relativo às informações recolhidas pelo enfermeiro, qualquer que seja a fonte, no decurso do exercício profissional” (CJOE. Parecer 12/2008).

O conceito de “Melhor interesse da pessoa” é muito utilizado na esfera jurídica, sendo definido como aquilo que a pessoa escolheria para ela, se estivesse em condições para o fazer e deve constituir fundamento para a ação do enfermeiro, segundo o CJOE. Quando falamos em problemas éticos de início de vida, referimo-nos muitas vezes aos direitos do embrião/feto, que se enquadra, plenamente, nesta visão da defesa do “melhor interesse”, tendo em conta que o mesmo não poderá decidir por si, subjugando-se à vontade da grávida. É considerado como fundamento jurídico para a ação e por isso é definido no Parecer CJOE 23/2008 dizendo-se “Quando o interessado não pode decidir,

deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, o bem-estar, a segurança física, emocional e social e os seus direitos”. Este fundamento tem uma unidade de enumeração (1 UE).

Para terminar os *fundamentos jurídicos* para a ação do enfermeiro, ainda nos surge o fundamento “Direito à integridade física da mãe”. Esta questão está particularmente relacionada com a interrupção voluntária da gravidez (nos pareceres analisados), sobretudo em situação em que possa estar em risco a saúde, física ou mental, da grávida. Este fundamento tem uma UE (1 UE), e afirma que

(...) em determinadas situações se o bem jurídico vida intrauterina, se encontra em conflito com outros bens ou direitos constitucionalmente protegidos, como vida ou integridade física ou psíquica da mãe e seu direito a uma maternidade consciente, o direito do embrião/ feto pode mesmo ter que ceder com destruição da sua própria vida (CJOE. Parecer 35/2002).

Este direito não afirma o aborto como uma ação moralmente aceitável, mas na presunção que uma vida coloca a outra vida em risco, é salvaguardada pela lei a vida da mulher grávida.

Na fundamentação da ação dos enfermeiros a OE considera vários fundamentos jurídicos. Estes fundamentos contemplam essencialmente a esfera dos direitos das pessoas, embora haja referência a deveres dos enfermeiros. A OE, através do seu Conselho Jurisdicional, faz respeitar o ordenamento jurídico português e considera que estes fundamentos devem orientar a ação do enfermeiro, quando confrontado com problemas éticos de início de vida.

1.1.6. Fundamentos científicos

A prática de enfermagem é baseada em conhecimento científico. Este conhecimento é adquirido através de investigação e é neste conhecimento que se alicerça a prática da autonomia no cuidado de enfermagem. O conhecimento científico do enfermeiro, torna-o um membro de confiança na equipa de saúde, estatuto este que lhe é atribuído pela própria sociedade.

Nos pareceres analisados, a OE identifica, também, como fundamento para a ação do enfermeiro os *fundamentos científicos*. Estes fundamentos para a decisão ética em enfermagem, tal como os anteriores, foram identificados por Deodato (2014). No nosso trabalho, confirma-se a utilização dos mesmos, embora o campo de decisão se limite ao início de vida. Efetivamente, num domínio em que os problemas éticos surgem com facilidade, também a argumentação científica é considerada como fundamental na decisão a tomar, pelo que a OE os considera como guia para ação ética, ou eticamente sustentada. Estes fundamentos permitem ao enfermeiro reconhecer as necessidades da pessoa e através do seu conhecimento «pensar» os cuidados necessários e proceder à sua efetivação.

Identificámos na nossa pesquisa quatro unidades de contexto, em *fundamentos científicos*: três unidades de enumeração para a subcategoria com “Competência científica” e uma unidade de enumeração para a subcategoria com *Benefícios terapêuticos*.

Relativamente à competência científica, constitui-se num ângulo mais alargado, da competência profissional. Esta ideia é reforçada no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE). Efetivamente, o artigo 4.º do REPE estabelece que o “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”. Temos, portanto, três áreas reconhecidas nesta lei: competência científica, técnica e humana. Mas poderíamos também referir as áreas de conhecimento segundo Carper (1978): empírico, estético, conhecimento pessoal e ético.

Nos pareceres analisados, a competência científica é reconhecida aos enfermeiros, dizendo-se que “o profissional de saúde/enfermeiro está habilitado para avaliar a situação, educar e encaminhar cada utente, aplicando exclusivamente os seus conhecimentos científicos” (CJOE. Parecer 06/2009) ou que o enfermeiro age “fazendo uso dos conhecimentos e capacidades adequados e necessários a cada cliente, em qualquer situação.” (CJOE. Parecer 68/2008). Evidencia-se, assim, a “competência científica” como fundamento para a ação de enfermagem, sobressaindo dos pareceres analisados a noção de que, o enfermeiro não só tem conhecimentos científicos, como

em conjunto com a sua sensibilidade pessoal, lhe dão a capacidade de os adequar a cada momento e a cada cliente em concreto.

Finalmente, surge a subcategoria *Benefício terapêutico*. Este fundamento foi identificado no trabalho de Deodato (2014) como fundamento científico para a ação da enfermagem. Para Deodato (2014), o enfermeiro deve proceder à decisão de cuidado de forma a obter-se bons resultados para a pessoa, pelo que defende que “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” (p. 131). No caso concreto, a questão coloca-se relativamente à escolha da via de parto, defendendo-se a via vaginal como a cientificamente mais adequada e, por isso, “devem os profissionais de saúde promovê-lo, genericamente e individualmente para cada mulher a quem prestem cuidados.” (CJOE. Parecer 21/2008). O enfermeiro possui um conhecimento científico que deve usar em benefício da pessoa, detendo a obrigação de transmitir esse conhecimento.

Os pareceres analisados contemplam os *fundamentos científicos* como sendo relevantes para a decisão ética em enfermagem, mais concretamente quando confrontados com problemas éticos de início de vida. A OE indica uma procura nas bases científicas, para que a decisão ética seja sustentada.

1.1.7. Conclusão da análise dos pareceres do conselho jurisdicional

Nos pareceres analisados, a Ordem dos Enfermeiros, através do seu CJ, considera que os enfermeiros devem utilizar como fundamentos para o agir *fundamentos éticos, deontológicos, profissionais, jurídicos e científicos*, como se apresenta no Quadro 1. Deste conjunto de fundamentos e na sua articulação, é possível ver os problemas éticos de início de vida como uma área diversificada e, desta forma, o cuidado de enfermagem deve ser alavancado em diferentes vertentes.

Há uma visão multidimensional dos problemas e por isso diferentes dimensões são contempladas para que a ação de enfermagem seja a mais adequada.

Neste trabalho, não identificamos *fundamentos socioculturais*, como Deodato (2014), o que parece ser compatível com o objetivo do Conselho Jurisdicional da Ordem dos

Enfermeiros, que tem a missão de regular a ação profissional e por isso se baseia em fundamentos concretos e não contempla a vertente da interpretação pessoal, constituindo-se como a regra para a ação.

Não fizemos distinção entre fundamentos ponderados e fundamentos utilizados na intervenção, uma vez que Deodato (2014) reconhece no seu trabalho que, entre uns e outros não existiam grandes divergências, afirmando que

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. (p. 90).

Segue-se a apresentação dos resultados das entrevistas, que nos permite estabelecer a analogia, entre aquilo que a Ordem dos Enfermeiros indica aos profissionais para resolução do problema ético, e aquilo que é utilizado, pelos mesmos, na sua prática.

Quadro 1 - Categorias de Fundamentos utilizados pelo CJOE face aos problemas éticos de início de vida

Categoria Natureza dos fundamentos / UE	Fundamentos para a ação/Subcategorias	UE
DEONTOLÓGICOS Total = 200 UE	Deveres relativos ao exercício da objeção de consciência	43
	<i>Dever de Sigilo</i> (profissional)	18
	Exceção do dever de sigilo	5
	<i>Dever de Cuidado</i> / Dever de cuidado seguro	14
	Deveres para com a profissão	9
	Dever de encaminhamento	8
	Dever de informação	8
	Dever de respeito pela autonomia / Princípio da autonomia	7
	Dever de excelência / Excelência do exercício profissional	6
	Dever de agir em tempo útil	4
	Dever de abster-se de juízos de valor	4
	Dever de respeito pelos valores das pessoas	2
	Dever de dignificar a profissão	2
	Dever de respeito pela vida humana	2
	Dever de competência profissional	2
	Dever de respeitar o consentimento	2
	Dever de respeito pela liberdade (de consciência)	1
	Dever de respeitar os direitos das pessoas	1
Dever de respeito pela dignidade da pessoa humana	1	

Categoria Natureza dos fundamentos / UE	Fundamentos para a ação/Subcategorias	UE
	Direito do enfermeiro à objeção de consciência	32
	Direito ao exercício profissional livre	4
	Direitos dos enfermeiros / Direito de acesso à informação de saúde das pessoas que assiste	1
	Direito a condições de trabalho	1
	Ilegitimidade da objeção de consciência	2
	Responsabilidade pelas ações	17
	Princípio da coerência e da transparência do agir na profissão	4
PROFISSIONAIS Total = 74 UE	<i>Competência profissional</i>	60
	<i>Necessidade de cuidados identificados</i>	5
	<i>Agir em complementaridade</i>	4
	Promoção da saúde	2
	Dever de colaborar na formação de enfermeiros	2
	Satisfazer a necessidade de cuidados	1
ÉTICOS Total = 57 UE	<i>Princípio do respeito pela autonomia</i>	16
	<i>Princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana</i>	13
	<i>Respeito pela vida / Valor vida</i>	12
	<i>Respeito pelos valores das pessoas</i>	7
	Valor liberdade / Respeito pela liberdade	4
	Valor competência e aperfeiçoamento	2
	Respeito pela privacidade	1
	Respeito pela individualidade	1
JURÍDICOS Total = 35 UE	<i>Direito das pessoas /direito ao cuidado</i>	14
	Direitos das pessoas / Direito à liberdade de consciência	7
	Autonomia profissional	4
	Direito à autodeterminação	3
	Respeito pelos direitos da pessoa	2
	Direito à integridade física da mãe	1
	Melhor interesse da pessoa	1
	Direito à propriedade da informação de saúde	1
	Direito ao sigilo	1
	Direito à confidencialidade	1
CIENTÍFICOS Total = 4 UE	Competência científica	3
	<i>Benefícios terapêuticos</i>	1

2. Resultados das entrevistas

Depois de efetuarmos o enquadramento conceptual desta investigação e avaliarmos o estado da arte, procedemos à pesquisa e análise dos pareceres da Ordem dos Enfermeiros, que versassem sobre a área de início de vida. Cumpre agora reunir os resultados e proceder à discussão daquilo que são os achados desta investigação.

2.1. Apresentação dos resultados dos problemas éticos identificados

As investigações precedentes (Nunes, 2006; Deodato, 2014) identificaram a categoria *Início de vida* como problema ético de enfermagem. Nunes (2006) identificou na categoria *Início de vida*, duas subcategorias *Interrupção da gravidez* e *Procriação*. Para a *Interrupção da gravidez*, reconheceu como unidades de contexto *Abortamento ou Interrupção voluntária*; *Estatuto do embrião*; *Interrupção terapêutica da gravidez*. Para a *Procriação* reconheceu as unidades de contexto *Participação em esterilização*; *Participar em fertilização artificial*; *Objetar à administração da pílula do dia seguinte* conforme indicado na Figura 2.

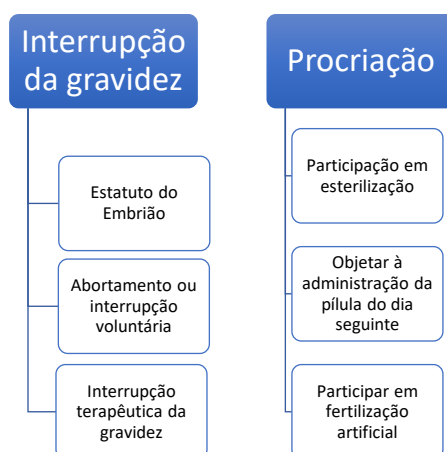


Figura 2 - Resultados dos problemas ético identificados por Lucília Nunes (2006), para a categoria início de vida.

Pretende-se agora, proceder à identificação dos problemas éticos dos enfermeiros, na área de início de vida, através do discurso dos protagonistas. Esta pesquisa acaba por confirmar áreas reconhecidas nos trabalhos anteriores, mas, pela sua especificidade, revela-nos o aparecimento de novas categorias ou subcategorias.

Nunes (2006) identificou 12 categorias: *Informação*, *Decisão do destinatário dos cuidados*, *Respeito pela pessoa*, *Início de vida*, *Sigilo profissional*, *Responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes*, *Responsabilidade institucional*, *Distribuição de recursos*, *Reflexão profissional*, *Desenvolvimento das tecnologias e Proteção da saúde*.

Tendo como suporte a investigação de Nunes (2006), Deodato (2014), na sua investigação sobre fundamentos de decisão, identificou como áreas em que surgem problemas éticos a *Informação*, o *Acompanhamento em fim de vida*, a *Decisão do destinatário dos cuidados* e o *Respeito pela pessoa*.

A apresentação das categorias identificadas nesta investigação será realizada tendo em conta a sua frequência, relativamente às unidades de contexto identificadas nas narrativas dos enfermeiros entrevistados. Este critério foi adotado, apesar de estarmos perante um trabalho qualitativo, porque segundo Bardin (2019) “a importância de uma unidade de registo aumenta com a frequência de aparição” (p. 134).

Neste capítulo utilizaremos a sigla «UC» para denominar «unidade de contexto» e «UR» para «unidade de registo». Relativamente à identificação das categorias e subcategorias, optamos por identificar as *a priori* (Deodato, 2014 e Nunes, 2006) em itálico. As categorias ou subcategorias não identificadas anteriormente serão colocadas entres aspas.

2.1.1. Problemas éticos relacionados com o agir em “Complementaridade funcional”

A categoria “Complementaridade funcional” é a área problemática que surge com maior frequência, onde identificamos 3 subcategorias distintas. Esta categoria, como área problemática, surge no contexto de relação existente entre o enfermeiro e as restantes categorias profissionais que integram a equipa multidisciplinar, aparecendo com 152 UC/317 UR.

A subcategoria com maior frequência é “Dúvida como lidar com opiniões dissidentes no âmbito da equipa multidisciplinar”, com 108 UC e 235 UR. Aqui incluímos distintas unidades de contexto sobretudo, porque as opiniões dissidentes, entre a equipa médica e de enfermagem, surgem em diferentes ocasiões no campo de prestação de cuidados materna e obstétrica. Assim, identificamos esta subcategoria em casos de aborto no

limiar da viabilidade fetal, em que existe confronto relacionado com discordância na assistência ao feto nascido vivo. Unidades de contexto (UC) como “*não devia acontecer*”, porque “*deveríamos estar todos para o mesmo*” revelam este desacordo em seio de equipa multidisciplinar. Este problema ético emerge, igualmente, perante a decisão de acelerar um aborto espontâneo ou esperar que ele aconteça naturalmente. É referida a indecisão, dizendo-se “*um diz fazemos assim*” e “*outro vem e diz, não fazemos, esperamos*”.

Questões como o alívio da dor, amamentação e até o reconhecimento da autonomia profissional dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) pela equipa médica, são origem de problemas éticos na prestação de cuidado na área da saúde materna e obstétrica. Inúmeras vezes são situações em que o agir dos outros profissionais colocam em grande constrangimento o enfermeiro, obrigando-se o mesmo a denunciar esses casos.

A subcategoria “Dúvida sobre como assumir decisões tomadas no âmbito da equipa multidisciplinar” surge com 23 UC e 48 UR. A dúvida ocorre sempre que há tomada de decisão em nome da equipa, mas perante a qual o enfermeiro discordou da solução encontrada. As situações partilhadas tiveram, em quase todos os casos, desfechos negativos. Nas entrevistas realizadas, surgem perante quadro de perda fetal por falta de assistência (ou assistência inadequada) à pessoa, confrontando-se o enfermeiro com a morte. É assumido que “*são questões complicadas*”, sobretudo por estarem envolvidas outras classes profissionais, mas também pela ineficácia dos próprios procedimentos estabelecidos. Para os enfermeiros, a perda revela-se difícil de aceitar, dizendo-se “*somos profissionais de saúde, vivemos e faz parte da nossa profissão, mas não é sempre... não é fácil, ah, fazemos essa gestão*”.

Por último, a subcategoria “Dúvida como lidar com comportamento inadequado de outro(s) profissional(ais) da equipa multidisciplinar”, com 21 UC e 34 UR. Consideramos inadequados comportamentos identificados pelos entrevistados como tal e configurados, por exemplo, na sensação de não acompanhamento num procedimento ou sentimento de falta de apoio (“*ninguém se chegava ao pé de mim*”), pelas equipas multiprofissionais, afirmando-se “*custou-me horrores e... e ninguém se chegava ao pé*”.

de mim”. O mesmo sentimento surge ao não ter sido tomada a decisão mais correta para a pessoa assistida “*deveria ter proporcionado o parto mais cedo*”.

Em todas estas situações, o enfermeiro vê-se confrontado com a necessidade de agir, mas tem dificuldade em decidir (“*eu às vezes não tenho capacidade para reagir, ou não consigo ter forma de o fazer*”) ou vê-se impedido de agir da forma que considera mais adequada àquela situação. Existem situações em que a decisão de proceder de determinada forma é tomada sem que a pessoa tenha nisso consentido, “*faz-me confusão realizar estes procedimentos que são também dolorosos sem pedir um consentimento à senhora*” ou “*do meu ponto de vista ético, não está correto. Ela foi coagida a ser feito uma indução de trabalho de parto*”. Diferenciamos esta subcategoria das anteriores por existirem comportamentos identificados como claramente não indicados, ou não adequados, à situação.

Podemos ver os resultados apurados para a categoria “Complementaridade funcional” no Quadro 2.

Quadro 2 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Complementaridade funcional”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Complementaridade funcional Total = 152 UC / 317 UR	Dúvida sobre como lidar com opiniões dissidentes no âmbito da equipa multidisciplinar	108 UC / 235 UR
	Dúvida sobre como assumir decisões tomadas em âmbito de equipa multidisciplinar	23 UC / 48 UR
	Dúvida sobre como lidar com comportamento inadequado de outro(s) profissional(ais) da equipa multidisciplinar	21 UC / 34 UR

2.1.2. Problemas éticos relacionados com a Interrupção da gravidez

A *Interrupção da gravidez* é a segunda área problemática com mais unidades de enumeração identificadas nesta análise de dados (128 UC/ 276 UR). Aqui, emergem problemas distintos, pelo que foram identificadas 6 novas subcategorias.

O problema identificado com mais unidades de enumeração nesta categoria, está ligado à ocorrência do próprio aborto, mas da qual resulta a expulsão de um feto vivo que denominamos “Dúvida como lidar com nado-vivo pós-aborto” e que adquire aqui o lugar de uma subcategoria, sendo em si o problema ético com que se confronta o enfermeiro, com 57 UC e cento e 32 UR. Este problema surge em consequência de abortamento efetuado dentro dos tempos legais, mas também em abortamentos

provocados pela pessoa, sem enquadramento legal, que acabam por recorrer a unidades de saúde. São abortamentos tardios, em que o feto está perto das 24 semanas (ou mais), e que acabam por resultar no nascimento de um feto vivo. O enfermeiro que se confronta com esta situação revela, nas afirmações nestas entrevistas, choque e sensação de desumanidade por não ser dada assistência a esse feto. Ouvimos relatos como “*mas depois temos que colaborar ativamente na morte de uma criança*” ou “*... os problemas éticos para mim começam aí, a partir do momento em que a médica diz, não mexa, ah, deixe estar, ah, e pronto acabamos por... e... e ele ficou ali. Ah, para mim violaram-se uns quantos princípios éticos, não é?*”. São, efetivamente situações com que os enfermeiros têm dificuldade em lidar, afirmando “*é, é muito difícil e é muito difícil de voltar a rever...*”. Há também referência ao contraste que existe no nascimento de um prematuro e estes fetos. Em quase todas as entrevistas em que este problema foi referido, fica a dor por não ajudar e a sensação de falha com o papel esperado destes enfermeiros, que se pode traduzir nesta unidade de contexto: “*Deixá-lo morrer... Nós quando somos enfermeiros de saúde materna nunca, nunca pensamos nisso. Pensamos sempre na qualidade que... de vida e dar a vida*”.

Outra subcategoria é “Dúvida sobre como lidar com o aborto no limiar da viabilidade fetal”, com 23 UC / 55 U. As situações descritas estão relacionadas com o abortamento de um feto de 23/24 semanas e, na maioria dos casos identificados como problema ético, são perdas involuntárias. Pelo sofrimento da mãe, mas também do sofrimento do próprio enfermeiro perante a perceção do próprio bebé, da sua compleição e também, pela vida perdida, afirmando-se “*Pela perda, por aquela situação estava a tentar gerir da melhor forma, essa foi daquelas situações que me lembro e que... que me pôs muito a questionar, porque era mesmo no limiar da viabilidade*”. Neste enquadramento, surge o problema ético.

Frequentemente nomeada, é a dificuldade em lidar com a escolha da mãe no aborto de feto com Trissomia XXI que foi denominada “Dúvida sobre como enfrentar a decisão da mulher que faz interrupção por diagnóstico médico de Trissomia XXI”, com 15 UC / 24 UR. É a única doença referenciada especificamente nestas entrevistas que coloca dúvidas ao enfermeiro, afirmando-se “*nalgumas situações pode ter acontecido eu pensar, mas porquê?*” ou confirmando a dualidade de sentimentos, envolvidos neste

contexto, “*é uma dualidade*” ou “*faz-me... de facto... alguma confusão*”. Os enfermeiros aludem à existência de seleção genética, com base na realização desses mesmos rastreios, “*Já começo a pensar às vezes... Quem somos nós para não deixar?*”.

Os restantes problemas identificados, na categoria interrupção de gravidez são de âmbito mais geral. A subcategoria “Dúvida sobre como lidar no confronto entre a vontade da mãe e a vida do embrião” (com 22 UC e 41 UR) reporta-se a situações em que os enfermeiros revelam incómodo com a opção da mulher, dizendo “*Isso é-me difícil de perceber. Perceber e aceitar*” ou “*esteve... muito tempo... a digerir*”. Ou casos em que, o enfermeiro, apesar de teoricamente defender a livre decisão da mulher na interrupção voluntária, perante o episódio concreto, se questiona, dizendo “*Afinal, se calhar, não era tão a favor, não é?*” ou “*na teoria é tudo muito fácil*”.

A “Dúvida sobre como agir em caso de aborto fora dos prazos estipulados pela lei” (com 6 UC e 14 UR) é outra subcategoria em que o enfermeiro, reconhecendo o caso de exceção, ou aquilo que antevê como uma gravidez de grande risco e um futuro incerto, à semelhança de crianças nascidas anteriormente, e na mesma circunstância, invoca uma alínea de exceção Alínea a), art.º 1.º Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, que permite o aborto “como meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida” e dessa forma “*tentar contornar a situação*”.

Por último, e com 4 UC e 6 UR, temos a “Dúvida como lidar com o sofrimento de mulheres que fazem interrupção da gravidez”. Apesar de estar presente em alguns casos anteriormente referidos (sobretudo nas interrupções tardias, por questões médicas), esta subcategoria aparece nas situações em que é exclusivamente feita referência ao sofrimento a que estão sujeitas estas mulheres (a questão vai voltar a aparecer na categoria Condições do exercício), dizendo-se “*as pessoas, todas as mulheres ainda sofrem bastante, que não devia*”. Há nestas afirmações uma identificação da necessidade de se procurar melhorar condições, para que se possa prestar um cuidado clinicamente adequado, mas sobretudo mais humano.

De uma forma ordenada, pela frequência com que surgem no discurso dos enfermeiros entrevistados, temos o seguinte Quadro 3.

Quadro 3 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Interrupção da gravidez”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
<i>Interrupção da gravidez</i> Total = 128 UC / 276 UR	Dúvida como lidar com nado-vivo pós-aborto	58 UC / 136 UR
	Dúvida sobre como lidar com o aborto no limiar da viabilidade fetal	23 UC / 55 UR
	Dúvida sobre como enfrentar a decisão da mulher que faz interrupção por diagnóstico médico de Trissomia XXI	15 UC / 24 UR
	Dúvida sobre como lidar no confronto entre a vontade da mãe e a vida do embrião	22 UC / 41 UR
	Dúvida sobre como agir em caso de aborto fora dos prazos estipulados pela lei	6 UC / 14 UR
	Dúvida como lidar com o sofrimento de mulheres que fazem interrupção da gravidez	4 UC / 6 UR

2.1.3. Problemas éticos relacionados com a “Gestão de conflitos com utentes e familiares”

A área do cuidado à grávida ou em contexto de planeamento familiar requer relação com a pessoa e seus familiares, originando conflitos que colocam dúvidas ao enfermeiro de como agir perante os mesmos, pelo que incluímos estes problemas na categoria “Gestão de conflitos com utentes e familiares”, com 86 UC / 142 UR. Nesta categoria, identificamos sete distintas subcategorias.

A primeira subcategoria identificada foi “Dificuldade em lidar com a decisão autónoma da mulher em situações de risco elevado”, com 21 UC e 33 UR. Esta dificuldade está relacionada com a opção da mulher, relativamente ao seu parto, revelando-se por exemplo, na recusa de epidural ou de monitorização. São os planos de parto elaborados pelo casal e que expressam os desejos dos mesmos, afirmando-se “*têm aqueles planos de parto muito bem concebidos*”, mas que não se coadunam com os padrões de segurança para o bebé e para própria mãe (nos casos especificamente mencionados).

Ainda no âmbito de preferências associadas ao parto, assim como as expectativas da grávida em relação à forma como idealizou esse momento, surgem também dificuldades para o enfermeiro. A informação e a procura de informação existem, mas a seleção entre aquilo que é o desejo da pessoa e aquilo que o enfermeiro considera ser possível,

acautelando a segurança de um parto, dá origem a alguns confrontos, e a dúvida emerge neste contexto. A este problema ético atribuímos a denominação de “Dúvida como lidar com as expectativas da mulher no parto”, com 20 UC / 43 UR.

Aos casos em que a vontade da mulher não é compreendida nem aceita a sua vontade pelo companheiro e familiares, ou casos em que há desentendimento entre o casal na altura do parto, relativamente a uma alteração de plano de parto previamente definido, denominamos “Como lidar com a violação da liberdade de escolha da mulher pelo companheiro e familiares”, com 17 UC / 26 UR.

Nesta subcategoria, emergem casos como a dificuldade sentida pela mulher em tomar a decisão para uma interrupção por malformação, com o desacordo do companheiro, sendo vítima de coação pelo marido e também pelos familiares do marido, constatando o enfermeiro que *“aquela mulher que a gente vê que está a ser muito pressionada”*. Para o enfermeiro, nesta situação, afirma-se a necessidade de proteção da mulher de forma a que se cumpra a sua vontade. Dentro do mesmo contexto, surge a coação do companheiro sobre a pessoa grávida, referindo o enfermeiro *“temos homens a terem uma postura proactiva, mas... ah, ah, passa do limite. Passam a ser sabedores”*. Neste caso, durante o trabalho de parto, acaba por não ser possível concretizar o idealizado. Perante a aceitação pela mulher dessa mudança de planos, o enfermeiro confronta-se com o progenitor, que quer decidir pela mulher.

A subcategoria “Dúvidas na gestão da agressividade de pais e familiares” e com 11 UC e 14 UR surge na sequência de desacordos relativamente à necessidade de analgesia, que ocasiona agressividade por parte do companheiro da grávida, afirmando o enfermeiro que o *“marido completamente alterado”* o acusava de má prática. Perante a acusação, o profissional fica sem saber como reagir e, sobretudo, por ter que manter a calma perante a grávida.

É também neste contexto de agressividade que existe ameaça à integridade física do enfermeiro. Intimidado fisicamente, o enfermeiro tem dúvida em como lidar com a situação, mencionando o medo sentido perante o recurso a arma branca: *“o pai dessa puérpera apontou-me uma faca”* ou *“apontou-me à barriga”*.

Outra situação identificada está relacionada com a informação dada por telefone, gerando agressividade pela pessoa por o considerar inadequado. Foi denominado “Dificuldade em lidar com a agressividade em consequência de um diagnóstico dado por telefone”, com 9 UC e 15 UR.

A subcategoria “Dificuldade em lidar com a decisão autónoma dos pais” emerge com 5 UC e 7 UR. Surge em contexto de recusa de concordância numa vacinação, mas também, e mais uma vez, perante a exigência do estrito cumprimento do plano de parto.

Por último, identificamos ainda o problema ético “Dificuldade em lidar com comportamentos estranhos”, com 3 UC e 4 UR. São situações inesperadas, algumas vezes até no limiar da ilegalidade. No caso mencionado, há uma parturiente em fuga após um parto, sendo todos os dados da admissão falsos, o que leva o enfermeiro a afirmar “*A senhora era estranha, completamente estranha*”.

Estes resultados podem ser observados no Quadro 4.

Quadro 4 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Gestão de conflitos com utentes e familiares”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Gestão de conflitos com utentes e familiares Total = 86 UC / 142 UR	Dificuldade em lidar com a decisão autónoma da mulher em situações de risco elevado	21 UC / 33 UR
	Dúvida como lidar com as expectativas da mulher no parto	20 UC / 43 UR
	Como lidar com a violação da liberdade de escolha da mulher pelo companheiro e familiares	17 UC / 26 UR
	Dúvidas na gestão da agressividade de pais e familiares	11 UC / 14 UR
	Dificuldade em lidar com a agressividade em consequência de um diagnóstico dado por telefone.	9 UC / 15 UR
	Dificuldade em lidar com a decisão autónoma dos pais	5 UC / 7 UR
	Dificuldade em lidar com comportamentos estranhos	3 UC / 4 UR

2.1.4. Problemas éticos relacionados com o “Lidar com aborto espontâneo”

Esta categoria visa abarcar situações identificadas pelos enfermeiros, nas entrevistas, em casos de aborto espontâneo, morte fetal ou situação de nado-morto, em contexto de gravidez desejada. Esta categoria tem 89 UC e 186 UR, tendo sido enumeradas 4 subcategorias.

A mais frequente é a subcategoria “Dificuldade em lidar com perda de gravidez desejada”, com 45 UC e 93 UR. Os enfermeiros, além de se debaterem com a dificuldade de dar a informação (como veremos na categoria Transmissão da informação), lidam ainda com o sofrimento de perda dos progenitores, dizendo que é *“difícil de gerir”* e que é *“difícil de lidar com todo o sofrimento”*. A situação afeta, igualmente, os enfermeiros e declara-se *“senti-me a afundar”*.

Como segunda subcategoria, surge-nos a “Dificuldade em lidar com nascimento de nado-morto”, com 27 UC / 59 UR. A situação afeta os pais, pelo que há que lidar com essa perda e ajudar nessa perda, mas o próprio enfermeiro é afetado pela situação, dizendo-se que há um *“silêncio terrível e só se ouvia o choro do pai e a minha respiração”*, pelo que o enfermeiro afirma que, *“Portanto, para mim isto foi assim a coisa mais impactante”*, admitindo-se que *“quando as coisas correm mal não é fácil para ninguém”*.

Outra subcategoria identificada é a “Dúvida como agir perante casos de aborto espontâneo”, com 11 UC e 19 UR. Subsiste, nesta categoria, dificuldade em agir no próprio contexto, em relação à prestação do próprio cuidado, dizendo-se *“tive dificuldade em decidir o que fazer”*.

Por último, a subcategoria “Incapacidade para lidar com a situação” é identificada em 6 UC e 15 UR. Relaciona-se com gravidez recente da própria enfermeira que, perante a perda, não consegue lidar com a situação dizendo *“eu aí não conseguia”* ou *“não consegui estar presente”*. A situação tem tal impacto que, mesmo durante o relato, declara *“de vez em quando, ainda penso mais”* nessa situação. Dessa forma, o enfermeiro, ao rever-se em situação idêntica, revela dificuldade em conservar o discernimento necessário para ajudar a pessoa a lidar com a sua própria perda.

Estes são os resultados, apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Lidar com aborto espontâneo”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Lidar com aborto espontâneo Total = 89 UC / 186 UR	Dificuldade em lidar com perda de gravidez desejada	45 UC / 93 UR
	Dificuldade em lidar com nascimento de nado-morto	27 UC / 59 UR
	Dúvida como agir perante casos de aborto espontâneo	11 UC / 19 UR
	Incapacidade para lidar com a situação	6 UC / 15 UR

2.1.5. Problemas éticos relacionados com a “Responsabilidade profissional”

Consideramos a categoria “Responsabilidade profissional” como aquela que diz respeito à responsabilidade pessoal de cada enfermeiro e em contexto de equipa de enfermagem, tendo esta área um total de 82 UC e 156 UR identificadas. Nesta categoria identificamos 5 subcategorias.

A primeira subcategoria, ou problema ético identificado, foi denominada “Dúvida como assumir decisões difíceis”, com 31 UC e 57 UR, e emerge diante de casos como nascimento de feto vivo e em contexto de abortamento no limiar da viabilidade. Para o enfermeiro, o ato desumano de não assistência e abandono, torna-se difícil de esquecer, dizendo-se que existem “*coisas que marcam para sempre...*” e assumindo-se que é “*uma decisão sempre muito difícil*”. O enfermeiro procura uma resposta para aquele ato e questiona se podia ou deveria ter feito as coisas de outra forma, dizendo “*questionei a minha decisão*” ou “*não devia, devia ter...*”. Aparece, igualmente, em casos em que a intervenção do enfermeiro (ou não intervenção) é interrogada pelo próprio, na assunção da responsabilidade por um resultado adverso e que se traduz na UC “*Isto em Obstetrícia acaba por ser muito complicado, porque a decisão não é tão óbvia quanto isso*”.

Desponta, ainda, no discurso dos enfermeiros perante situações frente às quais, o profissional teve que tomar uma decisão, mas expressa muita dificuldade em fazê-lo por estar perante um quadro de incerteza. Expressões como, “*Portanto, tudo isto é muito... a minha questão é esta, será que eu estava, ou que eu fui, correta? Não sei. Que eu fui assertiva nas intervenções?*”, sucedendo-se questões de autorreflexão. Esta incerteza é muitas vezes atribuída à própria área em que se desenrolam os cuidados, dizendo-se

“Infelizmente, é uma área, a área da obstetrícia é uma área que se sabe muito pouco, ou seja, às vezes há coisas que acontecem e não se percebe porque é que aconteceram, e... isso é um pouco assustador... a verdade é que acontecem” ou *“um dado momento está tudo bem, daí a pouco está tudo mal, é uma coisa assim, não há ali o intermédio”*.

A “Dúvida como lidar com a responsabilidade nas decisões de cuidado”, com 15 UC e 22 UR, está relacionada com a prestação de determinado cuidado, fora do âmbito profissional do enfermeiro, substituindo-se a outros profissionais. Existe, todavia, apesar da dúvida em efetuar o ato, consciência do risco dessa mesma decisão, mas sempre com o objetivo de salvaguardar a integridade da pessoa de quem cuida. O problema emerge deste balancear do risco que corre o profissional, ao sair da sua esfera de cuidado, dizendo poderia *“ter corrido mal para mim”*.

Surge também em situações em que a pessoa assumiu a responsabilidade do ato, mas sente que devia ter agido de outra forma, como por exemplo numa comunicação do estado de uma grávida a um médico. Dizendo-se *“Se tivesse feito de outra forma, teria tido o mesmo desfecho?”*. É uma subcategoria muito retrospectiva e mais uma vez a pessoa volta à ação, através do «dizer» dessa ação, como confirma esta UC *“... eu pensei, pensando eticamente, não deveria ter delegado para colegas, para outros colegas... Para outro colega informar o médico. Eu é que tinha avaliado, apanhado a bradicardia, eu é que tinha vivido essa informação. Eu é que tinha que transmitir ao médico”*.

Relativamente à “Falta de apoio da equipa de enfermagem na decisão”, com 11 UC / 17 UC, surge em contexto de equipa de enfermagem em que o enfermeiro não tem apoio dos seus colegas ou das suas chefias na sua decisão e, que se traduz em unidades de contexto como *“às vezes não é fácil termos coragem, porque não sentimos apoio, literalmente”*, ou *“lembro-me de ter a dificuldade, lá está, que foi ter alguém por trás a criticar”*.

A subcategoria “Dificuldade na articulação com o sistema legal, judicial ou policial”, com 5 UC / 13 UR, aparece em contextos distintos. A primeira surge perante a dúvida que se coloca ao enfermeiro ao ter que cumprir a lei, por a achar desfasada da realidade em que se questiona se deve *“cuidar”* ou *“cumprir a legislação”*. Estamos perante um

abortamento de uma jovem, que tem indicação judicial para o mesmo, mas que revela a sua vontade de manter a gravidez. A segunda surge num quadro de total surpresa, perante uma mulher que vai parir e que foge, deixando os enfermeiros sem saber como agir e questionando-se “*se devíamos ter chamado a polícia ou coisa do género, pronto, foi tudo tão rápido que a gente nem se apercebeu*”.

Por último, a subcategoria “Como lidar com situações de recusa de cuidado, baseado na objeção de consciência”, com 2 UC / 2 UR. Nos casos aqui relatados, estamos perante casos de «não cuidado» por parte de enfermeiros, baseado na objeção de consciência em se relata que “*há pessoas que ficam lá três, quatro, cinco dias, porque as pessoas são objetoras de consciência*”.

Os resultados da categoria “Responsabilidade Profissional” são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Responsabilidade profissional”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Responsabilidade profissional Total = 82 UC / 156 UR	Dúvida sobre como assumir decisões difíceis	31 UC / 57 UR
	Dúvida como lidar com a responsabilidade nas decisões de cuidado	15 UC / 22 UR
	Falta de apoio da equipa de enfermagem na decisão	11 UC / 17 UR
	Dificuldade na articulação com o sistema legal, judicial ou policial	5 UC / 13 UR
	Como lidar com situações de recusa de cuidado, baseado na objeção de consciência	2 UC / 2 UR

2.1.6. Problemas éticos relacionados com a Transmissão da informação

Denominamos esta categoria, ou área problemática, como *Transmissão da informação*, com 78 UC / 131 UR. Evidenciam-se, nesta categoria, dificuldades sentidas pelos enfermeiros na transmissão da informação à grávida ou família, sobretudo na transmissão de informação adversa, como por exemplo de morte fetal ou diagnóstico de malformações. Distribui-se por 8 subcategorias, de acordo com as unidades de contexto identificadas.

A subcategoria com mais unidades de enumeração nesta área é a “Dificuldade em dar informação sobre a morte fetal de gravidez desejada ou nado morto”, com 21 UC e 30 UR. Os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade na área de saúde materna veem-se confrontados com a necessidade de informar a grávida da não viabilidade do feto, emergindo a dúvida sobre a “*o que é que nós fazemos?*” ou “*o que é que nós conseguimos dizer*”. Admitem, concomitantemente, a dificuldade nessa comunicação dizendo que é “*muito complicado*”, “*muito difícil*” ou é “*horrível*”. Numa das entrevistas é diretamente mencionada a dificuldade na “*maneira como se dá a informação*”.

A segunda categoria é “Dúvida sobre o que informar perante diagnóstico médico de doença de transmissão sexual, no momento do parto”, com 15 UC e 19 UR, em que o enfermeiro revela “*não sabia o que havia de fazer*”, manifestando preocupação e sensibilidade dizendo “*não sabia se havia ali problemas*”. A dificuldade é a transmissão da notícia, pois o profissional não sabe “*o que... havia de dizer*”. A constatação desse desconhecimento leva o enfermeiro a afirmar “*não sabia o que fazer*” ou “*não sabia mesmo...*”.

Outra subcategoria frequente nestas entrevistas é “Dificuldade de adaptar a transmissão da informação a pessoas com diferentes etnias culturais (diferentes religiões)”, com 13 UC e 29 UR, que obriga o enfermeiro a ajustar-se, uma vez que reconhece uma “*postura um bocadinho diferente*”. Códigos culturais distintos, barreiras linguísticas, religiões com diferentes atitudes, são a base desta complexidade.

A subcategoria “Dificuldade na transmissão da informação perante diagnóstico médico de doença na fase fetal ou embrião com malformação”, com 10 UC e 17 UR, ocorre perante revelação de diagnóstico médico de doença fetal ou de malformação, em que o enfermeiro se questiona sobre a forma como deve transmitir a informação, sem exercer influência na decisão e, ao mesmo tempo, tentando ser sensível e adequado à circunstância. Assim, manifesta essa dificuldade, dizendo “*E como é que a gente pode estar, sem influenciar?*” e ao mesmo tempo “*o que é fazia*” e “*como fazia*”.

Ainda com 5 UC e 11 UR temos “Dúvida acerca da informação a dar sobre os riscos do parto”. Nesta subcategoria, a dificuldade é a constatação de ausência de informação e a forma de a gerir. Perante a possibilidade de existirem “*imprevistos*”, o enfermeiro coloca a si próprio a questão “*será que devia falar?*”. A dúvida está presente no seu discurso e questiona “*se faço bem ou não*”.

O nascimento de bebé com malformações não diagnosticadas representa, igualmente, dificuldade na transmissão da informação, tendo sido denominada como “Dúvida sobre como comunicar o nascimento de criança com malformações graves, não diagnosticada durante a gravidez”, com 8 UC e 13 UR.

Com 4 UC e 8 UR, emerge a subcategoria “Dificuldade na transmissão da informação perante um diagnóstico médico de não viabilidade fetal”. Perante o dever de informação, os enfermeiros interrogam-se de como o poderão fazer “*para informar o casal desta situação levanta-se primeiro de tudo de como o vamos dizer, depois como vai ser a aceitação e depois quais são os caminhos possíveis*”. Assume-se que “*Foi assim, foi assim horrível*”, colocando-se a dificuldade naquilo que se deve dizer ou pode dizer. Semelhante à categoria anterior, mas difere na situação.

Por último, incluímos aqui a subcategoria “Dificuldade em lidar com a ausência de informação relativamente a métodos anticoncecionais”, com 2 UC e 4 UR. Este problema ético é identificado quando o enfermeiro se apercebe que não foi dada informação antes da colocação de DIU. Perante este fato, a enfermeira revela incerteza na forma como deve comunicar que é um método abortivo. Ou seja, que a pessoa possa entender como funciona, mas sem colocar em causa a relação de confiança que a pessoa tem com o seu médico afirmando “*eu nunca hei-de sugerir este método sem explicar o que é que isto faz*”. Os resultados da categoria Transmissão da Informação são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria Transmissão da informação

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Transmissão da <i>informação</i> Total = 78 UC / 131 UR	Dificuldade em dar informação sobre a morte fetal de gravidez desejada ou nado-morto	21 UC / 30 UR
	Dúvida sobre o que informar perante diagnóstico médico de doença de transmissão sexual, no momento do parto	15 UC / 19 UR
	Dificuldade de adaptar a transmissão da informação a pessoas com diferentes etnias culturais (diferentes religiões)	13 UC / 29 UR
	Dificuldades na transmissão da informação perante diagnóstico médico de doença na fase fetal ou embrião com malformação	10 UC / 17 UR
	Dúvidas sobre como comunicar o nascimento de criança com malformações graves, não diagnosticadas na gravidez	8 UC / 13 UR
	Dúvida acerca da informação a dar sobre os riscos do parto	5 UC / 11 UR
	Dificuldade na transmissão da informação perante um diagnóstico médico de não viabilidade fetal	4 UC / 8 UR
	Dificuldade em lidar com a ausência de informação relativamente a métodos anticoncepcionais abortivos	2 UC / 4 UR

2.1.7. Problemas éticos relacionados com “Situações Extremas”

As “Situações extremas” surge como uma nova categoria, estando relacionada com ocorrências graves e muito difíceis de lidar, sucedendo com frequência nas entrevistas, com 73 UC e 123 UR, como podemos ver no Quadro 8. Emerge em diferentes contextos, sendo o problema ético para o enfermeiro lidar com a pessoa que “*está a sofrer... vai sofrer*” com a expectativa de um resultado adverso, mas também o lidar com a perda de um bebé muito desejado “*são situações...*”.

A própria gestão pessoal do sofrimento do profissional perante o caso concreto, revela necessidade de conforto, porque “*somos seres humanos*” ou o “*senti-me desamparada*”. Seja qual for a decisão, o enfermeiro avalia a situação como “muito complicada” e interroga-se acerca da ação a praticar, interrogando-se se “*seria o mais correto*” ou “*será que estou a ter uma atitude que não é correta?*”. São casos que, pela sua gravidade, os enfermeiros declaram “*marcou-me muito*”.

Estas situações ocorrem, nestas entrevistas, na área de sigilo e também na transmissão de más notícias, como morte fetal ou bebé com malformações.

Quadro 8 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Situações extremas”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Situações Extremas Total = 73 UC / 123 UR	Dúvida sobre como agir em situações extremas	73 UC / 123 UR

2.1.8. Problemas éticos relacionados com “Gravidez de menores”

A “Gravidez de menores” é uma das áreas problemáticas com que se defrontam os enfermeiros na prestação de cuidados nesta área de início de vida, pelo que consideramos uma nova categoria. No nosso trabalho identificamos 41 UC e 68 UR, divididas em 6 subcategorias.

Na primeira subcategoria, estamos perante casos de interrupção imposta por representante legal ao adolescente, sendo uma das novas subcategorias aqui elencada. Nos casos referidos pelos enfermeiros, é manifestada a dificuldade em enfrentar a vontade imposta sobre o menor para efetuar interrupção, dizendo-se *“a jovem até estava numa fase de choque e ainda a assimilar o que é que se passava com ela, mas a mãe... ‘Como é que eu posso forçar a minha filha a fazer uma IVG?’”*. Este problema foi denominado de *“Dúvida sobre como agir no confronto entre vontade da mãe menor e vontade dos seus pais”*, com 19 UC e 38 UR.

A subcategoria *“Dúvida sobre quebrar ou não, sigilo no caso de gravidez de menor, para informação dos pais ou representantes legais”*, com 9 UC e 10 UR, emerge da sensação de «traição» à jovem com a qual o enfermeiro estabelece uma relação de confiança e, por outro lado, a necessidade de comunicar aos responsáveis da menor a gravidez. Situações de quebra de sigilo marcam indelevelmente estes profissionais, afirmando-se *“o caso, que talvez, mais me marcou foi de uma jovem de 14 anos, em que teve que ser chamados os pais”*. Mas os enfermeiros referem também a necessidade de cumprimento legal, *“porque ela não queria que os pais tomassem conhecimento, só que em termos legais, menor de 16 anos, nada nos diz que ela tem ali autonomia para tomar uma decisão destas”* e por isso, pondera a decisão a tomar.

Identificamos mais uma nova subcategoria “Dúvida como proceder numa Interrupção em menores e sem enquadramento legal (anterior à lei da IVG)”, com 6 UC / 9 UR, onde se integra a complexidade vivida pelo enfermeiro, perante situação de jovem casal que recorre à instituição de saúde para proceder a um abortamento. A circunstância é anterior à atual legislação, não sendo à data permitida a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) por vontade da mulher. Desta forma, o profissional vê-se na vicissitude de decidir se dá uma contato para que o mesmo seja realizado em segurança, uma vez que a decisão para abortamento está tomada, infringido a lei. Por outro lado, possui consciência que um abortamento sem as condições adequadas, também coloca em risco a integridade daquela adolescente.

Também identificamos a dificuldade em lidar com a gravidez de menores, sendo identificada como “Dúvida sobre como lidar com a gravidez de menores”, com 3 UC e 5 UR. Emerge, fundamentalmente, pela dúvida de qual a melhor forma de ajudar aquela(es) adolescentes a lidar com a situação. Efetivamente, em “*casos ... jovens muito novas*”, o enfermeiro enfrenta dúvida no seu agir e assume que são situações que “*mexe connosco*”.

Outra subcategoria, “Dúvida sobre como lidar com a dificuldade em dar a notícia a familiares das menores grávidas”, com 2 UC e 3 UR, emerge quando o enfermeiro é confrontado com a hipótese de existência de violência por parte dos pais da menor, dizendo que o “*pai ia avançar para, para bater lhe mesmo*”.

Na última subcategoria identificada, o profissional é confrontado com uma confidência da adolescente acerca da sua gravidez, mas sobretudo pelo desconhecimento da paternidade e foi denominada de “Dúvida sobre como lidar com incerteza sobre a paternidade”, com 2 UC e 3 UR. Apesar da estupefação, cumpre-se a obrigação de não emitir juízos de valores, e são realizadas diligências para o esclarecimento mais rápido possível, sendo explicado a forma como será futura e oportunamente realizado.

Os resultados da categoria “Gravidez de menores” estão no Quadro 9.

Quadro 9 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Gravidez de menores”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Gravidez de menores Total = 41 UC / 68 UR	Dúvida sobre como agir no confronto entre vontade da mãe menor e vontade dos seus pais	19 UC / 38 UR
	Dúvida sobre quebrar ou não o sigilo no caso de gravidez de menores, para informação dos pais ou representantes legais	9 UC / 10 UR
	Dúvida como proceder numa Interrupção em menores e sem enquadramento legal (anterior à lei da IVG)	6 UC / 9 UR
	Dúvida sobre como lidar com a gravidez de menores	3 UC / 5 UR
	Dúvida sobre como lidar com a dificuldade em dar a notícia a familiares das menores grávidas	2 UC / 3 UR
	Dúvida sobre como lidar com incerteza sobre a paternidade	2 UC / 3 UR

2.1.9. Problemas éticos relacionados com “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”

A categoria “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”, com 36 UC / 75 UR, surge em casos em que não existindo diagnóstico médico prévio, o enfermeiro depara, no momento do parto, com uma criança com malformações graves. Assim, emergem dois problemas. Além do já mencionado problema da transmissão de informação (e a dúvida em como o fazer), depara com a sua dificuldade em lidar com o seu próprio choque, sofrimento e surpresa. É o confronto entre o seu mundo interior e, ao mesmo tempo, tentar transmitir uma sensação de alguma serenidade à parturiente, afirmando-se *“Nem sabia muito bem, como é que devia pegar naquele bebé”*, espelhando-se essa dificuldade em decidir como agir. Denominamos este problema ético de “Dúvidas sobre como lidar com recém-nascido com malformações graves, não diagnosticadas durante a gravidez”.

Os resultados são apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Malformações graves detetadas no momento do nascimento Total = 36 UC / 75 UR	Dúvidas sobre como lidar com recém-nascido com malformações graves não diagnosticadas durante a gravidez.	36 UC / 75 UR

2.1.10. Problemas éticos relacionados com as “Condições do exercício”

A categoria “Condições do exercício” surge como área problemática sempre que o enfermeiro percebe que limitações físicas ou limitações de recursos humanos, ocasionaram um problema perante o qual surge dificuldade em saber como agir. Esta categoria está patente em 32 UC e 66 UR e é constituída por duas subcategorias.

A primeira subcategoria foi denominada de “Conflito entre necessidades da pessoa e recursos existentes”, com 19 UC / 39 UR. Nela incluímos referências à falta de tempo para se estar com as pessoas, espaços físicos que não são adequados para as necessidades das parturientes como se lê na unidade de contexto *“Ah, foram feitas todas as transferências, a sala foi toda equipada, só que está desativada. Não foi feito mais nada”*, referindo-se o enfermeiro à inexistência de condições para realizar um parto natural. Mas esta subcategoria identifica sobretudo, a falta de recursos humanos que se revela em frases como *“até porque somos tão poucos, tão poucos que...”*.

A segunda subcategoria identifica dificuldades inerentes às condições presentes em contexto de pandemia. Associada à subcategoria anterior, surge a subcategoria “Limitações impostas pela pandemia Covid-19”, com 13 UC e 27 UR. É afirmado pelos enfermeiros através de unidades de contexto como *“porque esta história toda do Covid... impediu-nos”*, relativamente ao avançar de um projeto para ajudar grávidas que perdem as crianças ou casos em que o pai não esteve presente no parto pelas limitações impostas dizendo-se *“as imposições do Covid, a pandemia, impedem a presença do pai lá, percebe? À data em que se deu esta situação, não podiam”*, ou até a própria forma de trabalhar é alterada *“Não, não, não, porque colocar EPIs tirar EPIs, ah, respeitar circuitos, é muito complicado”*.

Os resultados desta categoria podem ser vistos no Quadro 11.

Quadro 11 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Condições do exercício”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Condições do exercício Total = 32 UC / 66 UR	Conflito entre necessidades da pessoa e recursos existentes	19 UC / 39 UR
	Limitações impostas pela pandemia Covid-19	13 UC / 27 UR

2.1.11. Problemas éticos relacionados com o Sigilo profissional

O *Sigilo profissional* é também uma área problemática identificada nesta investigação com 29 UC e 47 UR, com 4 subcategorias.

No âmbito do sigilo, existem situações que optamos por apelidar de «extremas». São casos limite, em que os enfermeiros tentam proteger a pessoa e, ao mesmo tempo, têm que balancear as consequências devastadoras ao nível familiar, que vai ocasionar a opção por essa proteção. A subcategoria foi denominada “Dúvida sobre quebra de sigilo profissional em casos extremos de segredo” e surge com 14 UC e 25 UR. O enfermeiro assume a necessidade de partilhar o segredo, dizendo “*eu não posso ficar com o teu segredo, a gente tem que dizer a alguém. Tem que se ver...*”, numa procura de acordo com a própria pessoa, para a revelação da sua informação pessoal. Ao confrontar-se com uma violação de menor pelo próprio pai, o enfermeiro afirma: “*Eram dois problemas, que eu acho, que eram graves. Primeiro, ah, era, além de ser menor, tinha sido violada pelo pai*”. Constatando a gravidade da situação, o enfermeiro exprime dificuldade relativamente àquilo que deverá ser a melhor ação, de forma a proporcionar segurança à jovem, confortando-a e transmitindo sensação de proteção.

Com 7 UC e 12 UR, aparece-nos “Dúvida sobre como agir em caso de violência doméstica, durante a gravidez”. Neste caso, há um pedido de ajuda “*uma grávida que me liga a dizer que está a ser agredida pelo companheiro, naquele momento*”, em que o enfermeiro pondera chamar a polícia, mas depois confronta-se com a revolta da grávida e com a perda de confiança da mesma. Esta situação é descrita como algo “*que realmente mexeu comigo*”, pelo enfermeiro.

Outro problema ético enfrentado pelos enfermeiros foi designado por “Dúvida sobre como manter o sigilo profissional (quando interpelada por amigos e familiares)”, com 4 UC e 6 UR, ou seja, quebra de sigilo perante terceiros, que classificamos como nova subcategoria. Este problema surge, perante “*uma amiga que foi lá ver o bebé*”, sendo que a mesma pessoa foi interpelando a enfermeira de forma a obter informação acerca do estado de saúde da grávida. Interrogada de forma direta, a enfermeira confessa “*... a*

amiga estava a complicar-me um bocado...”, revelando dúvida acerca da forma como agir.

Também a suspeita de prática de um crime ou o conhecimento do mesmo suscita dúvidas para o agir do enfermeiro. O que fazer? Como agir? Neste caso denominamos a subcategoria de “Dúvida sobre como agir em caso de suspeita de crime”, com 4 UC e 4 UR. Esta dúvida é sentida de tal forma que o enfermeiro se questiona, dizendo “*É que às vezes há situações éticas em que a gente, não sabe se deve contar ou não contar, mas não há ninguém que saiba, mais ou menos a verdade*”. Distinguimos esta situação da anteriormente mencionada como “*casos extremos*”, porque se refere a uma suspeita e não a um caso confirmado. Podemos ver os resultados desta categoria no Quadro 12.

Quadro 12 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria Sigilo profissional

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Sigilo profissional Total = 29 UC / 47 UR	Dúvida sobre quebra de sigilo profissional em casos extremos de segredo	14 UC / 25 UR
	Dúvida sobre como agir em caso de violência doméstica, durante a gravidez	7 UC / 12 UR
	Dúvida sobre como manter sigilo profissional (quando interpelada por amigos e familiares)	4 UC / 6 UR
	Dúvida sobre como agir em caso de suspeita de crime	4 UR / 4 UC

2.1.12. Problemas éticos relacionados com o “Consentimento relativamente aos cuidados durante o parto”

A categoria “Consentimento relativamente aos cuidados durante o parto” surge nesta investigação com 27 UC e 52 UR e foi dividida em duas subcategorias.

A primeira subcategoria identificada, com 24 UC e 48 UR, como se pode ver no Quadro 12, foi denominada “Confronto entre dever *leges artis* e a vontade da pessoa”. Neste caso, o enfermeiro compromete-se à não realização de determinado ato, mas no decorrer do parto, e para salvaguarda da integridade física da mãe e do filho, acaba por quebrar o acordo previamente realizado, deparando com uma “*reação completamente descontrolada*” por parte da pessoa alvo dos seus cuidados. Esta reação deixa o enfermeiro sem saber como agir.

Coloca-se, igualmente, com os planos de partos naturais, em que ocorre a morte do recém-nascido, questionando-se o enfermeiro “*devia-se ter ah... ido ao encontro daquilo que ah... a que a grávida trazia escrito, ou devíamos ter feito realmente conforme o... o estudo preconizou, e conforme os nossos protocolos? Porque a partir daí o problema põe-se, depois de quem é a responsabilidade se morrer mais algum recém-nascido?*”.

A segunda subcategoria surge em contexto de administração de sangue ao recém-nascido, sendo os pais testemunhas de Jeová e foi chamada de “Como lidar com o não consentimento para transfusão, em recém-nascido, por pais testemunhas de Jeová”, com 3 UC e 4 UR.

Os resultados desta categoria, são apresentados no Quadro 13.

Quadro 13 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Consentimento relativamente aos cuidados durante o parto”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Consentimento relativamente a cuidados durante o parto Total = 27 UC / 52 UR	Confronto entre dever de <i>leges artis</i> e a vontade da pessoa	24 UC / 48 UR
	Como lidar com o não consentimento para transfusão, em recém-nascido, por pais testemunhas de Jeová	3 UC / 4 UR

2.1.13. Problemas éticos relacionados com a “Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde”

A categoria “Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde”, com 25 UC e 47 UR, surge da conjugação das condições físicas em que os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional e os problemas dessas estruturas não propiciarem condições para que se proteja a privacidade das pessoas. Assim, a ausência de condições físicas para manter a privacidade das pessoas é manifestada em dois tipos de circunstâncias: o caso de uma puérpera com VIH e ausência de condições para manter sigilo no diálogo com a mesma e, por outro lado, a inexistência de separação entre mulheres que têm abortos das restantes parturientes, uma vez que “*estamos a colocar uma pessoa com uma gravidez*

desejada” e que perdeu uma criança, sendo colocada em “*um local onde estão a nascer bebês*”. Esta segunda situação é reportada frequentemente nestas entrevistas.

A subcategoria ou problema ético identificado é “Dúvida sobre como lidar com a falta de condições de trabalho para manter a privacidade da pessoa assistida”, como está indicado no Quadro 14.

Quadro 14 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde Total = 25 UC / 47 UR	Dúvida sobre como lidar com a falta de condições de trabalho para manter a privacidade da pessoa assistida	25 UC / 47 UR

2.1.14. Problemas éticos relacionados com “Doença grave na gravidez”

A categoria “Doença grave na gravidez”, com 15 UC e 28 UR, como se indica no Quadro 15, surge na presença de doença oncológica na gravidez e contém apenas uma subcategoria “Dúvida sobre como lidar com situação oncológica durante a gravidez”. Este problema ético desponta quando o enfermeiro enfrenta diagnóstico de doença oncológica por parte da grávida e assume a sua preocupação com o bem-estar e proteção da saúde da mesma. A conjuntura suscita dúvida ao enfermeiro de como proceder sobretudo, por se ver numa situação com o risco de vida para a mãe que opta por prosseguir com a gravidez e, por isso, revela a sua preocupação e até sofrimento dizendo-se “*esta custou-me horrores mesmo, acho que houve reuniões na equipa, acho que todos nós precisamos um bocadinho de fazer aquele luto*”.

Quadro 15 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Doença grave na gravidez”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Doença grave na gravidez Total = 15 UC / 28 UR	Dúvida sobre como lidar com situação oncológica durante a gravidez	15 UC / 28 UR

2.1.15. Problemas éticos relacionados com a “Identificação de um problema ético”

A “Identificação de um problema ético” é uma nova categoria de área de problemática em relação aos estudos que nos precedem. O problema “Não identificação de problema ético” surgiu sobretudo, no início das entrevistas. Frases como “...*sinceramente, não há nenhum caso até hoje que tenha tido dificuldade*” ou “*Nunca me aconteceu...*” manifestam a complexidade que é a próprio reconhecimento daquilo que é o problema ético.

Foi identificada apenas a subcategoria “Não identificação de problema ético”. Esta subcategoria surge por 14 UC e 18 UR, como se pode constatar no Quadro 16.

Quadro 16 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Identificação de um problema ético”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Identificação de um problema ético Total = 14 UC / 18 UR	Não identificação de problema ético	14 UC / 18 UR

2.1.16. Problemas éticos relacionados com Estatuto do embrião

Nesta investigação em início de vida, classificamos *Estatuto do embrião* como categoria, que surge com 5 UC e 10 UR e com duas subcategorias, como indica o Quadro 17.

A primeira subcategoria é “Dúvida sobre a delimitação do início de vida num caso concreto”, com 3 UC e 7 UR, que surge quando o enfermeiro é confrontado com solicitação de abortamento, invocando a pessoa o tempo de gestação, para justificar que o embrião ainda não possui forma humana. Perante esta afirmação, o enfermeiro exerce a sua reflexão pessoal, dizendo: “*Não, não têm. Não tem nada, ainda, porque não fazem a mínima ideia, não têm... a conceção da figura humana... é, da figura humana*”, não restando dúvida para o mesmo que está perante vida humana.

A segunda subcategoria é “Dúvida sobre a delimitação da viabilidade do feto”, com 2 UC e 3 UR, em que o enfermeiro se questiona “*Até que ponto é que tem ou não viabilidade?*” esse feto, quando entra uma grávida com perdas sanguíneas na 23.^a semana de gravidez. A tomada de decisão é realizada depois de definida a hipótese de viabilidade, capacitando o enfermeiro para a tomada de decisão.

Quadro 17 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria Estatuto do embrião

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
<i>Estatuto do embrião</i> Total = 5 UC / 10 UR	Dúvida sobre a delimitação do início de vida num caso concreto	3 UC / 7 UR
	Dúvida sobre a delimitação da viabilidade do feto	2 UC / 3 UR

2.1.17. Problemas éticos relacionados com o “Reconhecimento social do enfermeiro”

A categoria “Reconhecimento social do enfermeiro”, tem 1 UC e 3 UR. O problema ético identificado é “Conflito entre o dever de cuidado e o reconhecimento social”, pois o enfermeiro desempenha a sua atividade na área do abortamento, sofrendo com estigma social, mas cumprindo acima de tudo com o seu dever e por isso declara “*eu confirmo... é muito pesada*”.

Os resultados desta categoria podem ser confirmados no Quadro 18.

Quadro 18 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Reconhecimento social do enfermeiro”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Reconhecimento social do enfermeiro Total = 1 UC / 3 UR	Conflito entre o dever de cuidado e o reconhecimento social	1 UC / 3 UR

2.1.18. Problemas éticos relacionados com o “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto”

A categoria “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto” surge com 8 UC e 18 UR, e foi identificada a subcategoria “Dificuldade em lidar com o não envolvimento da pessoa assistida”. Este problema surge, quando apesar de todo o esforço que desenvolve o enfermeiro, nunca se consegue envolver e obter a colaboração da pessoa assistida, sendo afirmado “*e a senhora nunca colaborou*”. Os resultados podem ser analisados no Quadro 19.

Quadro 19 - Problemas éticos identificados, integrados na categoria “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto”

Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto Total = 8 UC / 18 UR	Dificuldade em lidar com o não envolvimento da pessoa assistida	8 UC / 18 UR

2.1.19. Síntese dos resultados dos problemas éticos de início de vida identificados nas entrevistas realizadas

Nesta fase, podemos afirmar que identificamos 18 categorias de áreas problemáticas. Os resultados são diversificados e alguns serão expetáveis e foram também identificados anteriormente. Na próxima fase, iremos proceder à sua análise.

Quadro 20 - Categorização dos problemas éticos de início de vida identificados nas entrevistas realizadas

DADOS DO OBJETIVO 1: Problemas éticos de enfermagem de início de vida		
Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
Complementaridade funcional Total = 152 UC / 317 UR	Dúvida sobre como lidar com opiniões dissidentes no âmbito da equipa multidisciplinar	108 UC / 235 UR
	Dúvida sobre como assumir decisões tomadas em equipa multidisciplinar	23 UC / 48 UR
	Dúvida sobre como lidar com comportamento inadequado de outro(s) profissional(ais) da equipa multidisciplinar	21 UC / 34 UR
Interrupção da gravidez Total = 128 UC / 276 UR	Dúvida como lidar com nado-vivo pós-aborto	58 UC / 136 UR
	Dúvida sobre como lidar com o aborto no limiar da viabilidade fetal	23 UC / 55 UR
	Dúvida sobre como lidar com confronto entre a vontade da mãe e a vida do embrião	22 UC / 41 UR

DADOS DO OBJETIVO 1: Problemas éticos de enfermagem de início de vida		
Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
	Dúvida sobre como enfrentar a decisão da mulher que faz interrupção por diagnóstico médico de Trissomia XXI	15 UC / 24 UR
	Dúvida sobre como agir em caso de aborto fora dos prazos estipulados pela lei	6 UC / 14 UR
	Dúvida sobre como lidar com o sofrimento de mulheres que fazem interrupção da gravidez	4 UC / 6 UR
Gestão de conflitos com utentes e familiares Total = 86 UC / 142 UR	Dificuldade em lidar com a decisão autónoma da mulher em situações de risco elevado	21 UC / 33 UR
	Dúvidas em lidar com expectativas da mulher no parto	20 UC / 43 UR
	Como lidar com a violação da liberdade de escolha da mulher pelo companheiro e familiares	17 UC / 26 UR
	Dúvidas na gestão da agressividade de pais e familiares	11 UC / 14 UR
	Dificuldade em lidar com a agressividade em consequência de um diagnóstico dado por telefone	9 UC / 15 UR
	Dificuldade em lidar com a decisão autónoma dos pais	5 UC / 7 UR
	Dificuldade em lidar com comportamentos estranhos	3 UC / 4 UR
Lidar com aborto espontâneo Total = 89 UC / 186 UR	Dificuldade em lidar com perda de gravidez desejada	45 UC / 93 UR
	Dificuldade em lidar com nascimento de nado-morto	27 UC / 59 UR
	Dúvida sobre como agir perante casos de aborto espontâneo	11 UC / 19 UR
	Incapacidade para lidar com a situação	6 UC / 15 UR
Responsabilidade profissional Total = 82 UC / 156 UR	Dúvida sobre como assumir decisões difíceis	49 UC / 102 UR
	Dúvida sobre como lidar com a responsabilidade nas decisões de cuidado	15 UC / 22 UR
	Falta de apoio da equipa de enfermagem na decisão	11 UC / 17 UR
	Dificuldade na articulação com o sistema legal, judicial ou policial	5 UC / 13 UR
	Como lidar com situações de recusa de cuidado, baseado na objeção de consciência	2 UC / 2 UR
Transmissão da informação Total = 78 UC / 131 UR	Dificuldade em dar informação sobre a morte fetal de gravidez desejada ou nado-morto	21 UC / 30 UR
	Dúvida sobre o que informar perante diagnóstico médico de doença de transmissão sexual, no momento do parto	15 UC / 19 UR
	Dificuldade de adaptar a transmissão da informação a pessoas com diferentes etnias culturais (diferentes religiões)	13 UC / 29 UR
	Dificuldades na transmissão da informação perante diagnóstico médico de doença na fase fetal ou embrião com malformação	10 UC / 17 UR
	Dúvidas sobre como comunicar o nascimento de criança com malformações graves, não diagnosticadas na gravidez	8 UC / 13 UR
	Dúvida acerca da informação a dar sobre os riscos do parto	5 UC / 11 UR
	Dificuldade na transmissão da informação perante um diagnóstico médico de não viabilidade fetal	4 UC / 8 UR
	Dificuldade em lidar com a ausência de informação relativamente a métodos anticoncecionais abortivos	2 UC / 4 UR
Situações Extremas Total = 73 UC / 123 UR	Dúvida sobre como agir em situações extremas	73 UC / 123 UR
Gravidez de menores Total = 41 UC / 68 UR	Dúvida sobre como agir em confronto entre vontade da mãe menor e vontade dos seus pais	19 UC / 38 UR
	Dúvida sobre quebrar ou não o sigilo no caso de gravidez de menores, para informação dos pais ou representantes legais	9 UC / 10 UR

DADOS DO OBJETIVO 1: Problemas éticos de enfermagem de início de vida		
Categoria (Área problemática)	Subcategoria (Problema ético)	N.º UC / N.º UR
	Dúvida como proceder numa interrupção em menores e sem enquadramento legal (anterior à lei da IVG)	6 UC / 9 UR
	Dúvida sobre lidar com a gravidez de menores	3 UC / 5 UR
	Dúvida sobre como lidar com a dificuldade em dar a notícia a familiares das menores grávidas	2 UC / 3 UR
	Dúvida sobre como lidar com incerteza sobre a paternidade	2 UC / 3 UR
Malformações graves detetadas no momento do nascimento Total = 36 UC / 75 UR	Dúvidas sobre como lidar com recém-nascido com malformações graves não diagnosticadas durante a gravidez	36 UC / 75 UR
Condições do exercício Total = 32 UC / 66 UR	Conflito entre necessidades da pessoa e recursos existentes	19 UC / 39 UR
	Limitações impostas pela pandemia Covid-19	13 UC / 27 UR
Sigilo profissional Total = 29 UC / 47 UR	Dúvida sobre quebra de sigilo profissional em casos extremos de segredo	14 UC / 25 UR
	Dúvida sobre como agir em caso de violência doméstica, durante a gravidez	7 UC / 12 UR
	Dúvida sobre como manter sigilo profissional (quando interpelada por amigos e familiares)	4 UC / 6 UR
	Dúvida sobre como agir em caso de suspeita de crime	4 UR / 4 UC
Consentimento relativamente a cuidados durante o parto Total = 27 UC / 52 UR	Confronto entre dever de <i>leges artis</i> e a vontade da pessoa	24 UC / 48 UR
	Como lidar com o não consentimento para transfusão, em recém-nascido, por pais testemunhas de Jeová	3 UC / 4 UR
Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde Total = 25 UC / 47 UR	Dúvida sobre como lidar com a falta de condições de trabalho para manter a privacidade da pessoa assistida	25 UC / 47 UR
Doença grave na gravidez Total = 15 UC / 28 UR	Dúvida sobre como lidar com situação oncológica durante a gravidez	15 UC / 28 UR
Identificação de um problema ético Total = 14 UC / 18 UR	Não identificação de problema ético	14 UC / 18 UR
Estatuto do embrião Total = 5 UC / 10 UR	Dúvida sobre a delimitação do início da vida num caso concreto	3 UC / 7 UR
	Dúvida sobre a delimitação da viabilidade do feto	2 UC / 3 UR
Reconhecimento social do enfermeiro Total = 1 UC / 3 UR	Conflito entre dever de cuidado e reconhecimento social	1 UC / 3 UR
Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto Total = 8 UC / 18 UR	Dificuldade em lidar com o não envolvimento da pessoa assistida	8 UC / 18 UC

2.2. Apresentação dos resultados dos fundamentos identificados

Depois de identificados os problemas éticos com que se defrontam os enfermeiros que exercem na área de início de vida, partimos agora para a identificação dos fundamentos do agir do enfermeiro perante os mesmos.

O conceito de fundamentos do agir em enfermagem foi anteriormente esmiuçado (ver cap. 1.4.2.), mas lembrando resumidamente, consiste na procura dos alicerces do agir profissional e do processo de deliberação sobre os mesmos, do qual resulta uma decisão. Esta decisão, quando exteriorizada, culmina na ação profissional. Os fundamentos analisados neste trabalho são aqueles que foram escolhidos pelo enfermeiro para a ação que efetuou, quando confrontado com o problema ético em início de vida e que nos foi transmitido através do seu discurso, nas entrevistas realizadas.

Na sua investigação, Deodato (2014) afirma que os fundamentos constituem a base para a decisão e identificou-os como “pilares” que sustentam a ação. Reconhece como fundamentos para o agir do enfermeiro os “*princípios éticos*”, “*os valores*”, “*os deveres profissionais*” ou os “*direitos das pessoas envolvidas*”. De igual forma, elenca diferentes categorias de fundamentos para a decisão ética de enfermagem: “*fundamentos éticos, deontológicos, jurídicos, científicos, sociais, culturais e profissionais*”, pelo que lhes atribui um carácter multidimensional. Na sua investigação, foram tipificadas categorias “de acordo com 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” (Deodato, 2014, p. 251). Desta premissa e partindo das categorias já elencadas, e que se podem ver na Figura 3, partimos para a nossa investigação.

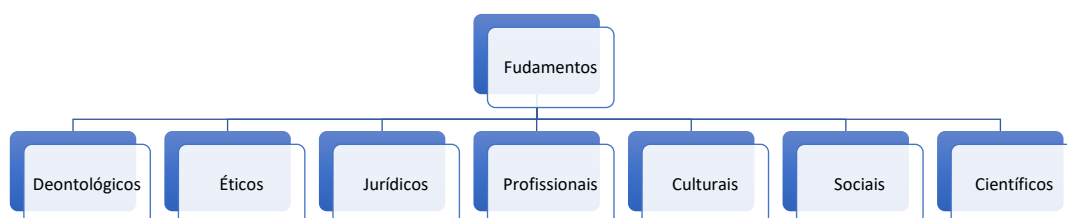


Figura 3 - Categorização dos fundamentos utilizados na construção da decisão ética, segundo Deodato.

No trabalho de Deodato (2014) foi reconhecida, igualmente, a existência de fundamentos ponderados, ou seja, aqueles que o enfermeiro avalia antes de tomar a decisão, mas nem sempre utiliza na decisão ética. Diríamos que são aqueles que “pesa na sua balança” quando se prepara para a tomada de decisão. O Quadro 21 indica-nos os que foram exclusivamente ponderados (assinalados com *) e os utilizados na decisão. Neste trabalho não iremos diferenciar estes fundamentos e identificamos aqueles que são referidos como utilizados, uma vez que Deodato (2014) sustenta que não existirá uma diferença substancial entre os mesmos.

A dificuldade existente na escolha dos fundamentos perante a situação concreta é também referida por Deodato (2014). Para este autor, as dificuldades na escolha dos fundamentos surgem “(...) por consequência da verificação de violação ou risco para a pessoa” (p. 154) e, portanto, “(...) esta escolha dos fundamentos para a decisão configura-se como consequência das interrogações quanto ao agir protetor das pessoas” (Deodato, 2014, p. 154), pelo que nem sempre esta escolha é clara e requer ponderação sobre a mesma.

Quadro 21 - Fundamentos ponderados e utilizados na decisão ética do enfermeiro, segundo Deodato

FUNDAMENTOS UTILIZADOS NA DECISÃO ÉTICA , segundo DEODATO	
Éticos	Princípio do respeito pela autonomia
	Princípio da não maleficência
	Respeito pela vida
	O bem para a pessoa
	Respeito pela pessoa
	Respeito pelos valores da pessoa
	Respeito pelos princípios da pessoa
	Respeito pela palavra dada
	Proteção da saúde das pessoas
	Bem-estar e alívio do sofrimento
	Respeito pela dignidade humana
	Respeito pela qualidade de vida
	Princípio da justiça
	Princípio da confiança
Valor “verdade e justiça”	
Deontológicos	Dever de sigilo
	Dever de respeito pela intimidade
	Dever de cuidado
Jurídicos	Respeito pelas normas jurídicas
	Direitos do cliente “direito à reserva da vida privada”
	Direitos do cliente “Direito a morrer com dignidade”
	Direitos do cliente “Direito à informação”
Profissionais	Direitos do cliente “Vida e integridade física”
	Competência profissional
	Exercício da autonomia profissional
	Agir em complementaridade
	Necessidade de cuidados identificados

FUNDAMENTOS UTILIZADOS NA DECISÃO ÉTICA , segundo DEODATO	
Científicos	Confirmação diagnóstica
	Benefícios terapêuticos
	Necessidade de cuidados identificados
	Inutilidade de cuidados
	Dúvidas diagnósticas
Culturais	Respeito pelas crenças

Nas entrevistas realizadas nesta investigação, reconhecemos fundamentos já nomeados por Deodato (2014), mas surgiram novos fundamentos, relacionados com a especificidade da área problemática em estudo. Essas novas categorias são: Fundamentos espirituais, Fundamentos pessoais e os Fundamentos recursos disponíveis. Da mesma forma, surgem novas subcategorias, além das identificadas por Deodato e das anteriormente identificadas na análise que realizamos aos pareceres do CJOE.

2.2.1. Fundamentos éticos

De forma análoga ao trabalho de Deodato (2014), os *fundamentos éticos* foram invocados pelos enfermeiros, em maior frequência do que os restantes e neste caso identificamos 421 UC e 779 UR, com 22 diferentes categorias.

O *Princípio do respeito pela autonomia da pessoa assistida*, já identificado por Deodato (2014), é mencionado no discurso dos enfermeiros com grande frequência (102 UC e 183 UR). É, claramente, um princípio interiorizado no agir dos enfermeiros, que veem a pessoa como ser autónomo e capaz de tomar decisões. Decisões pessoais ou mesmo do casal são respeitadas pelos enfermeiros, afirmando-se “*A decisão tinha que ser do casal...*” ou “*não eu a decidir por eles*”. O respeito pela a autonomia tem “*muito peso na tomada de decisão*”, e o enfermeiro reconhece a possibilidade de escolha para a pessoa no que diz respeito à sua vontade, dizendo “*porque ela pode optar*”.

O “*Bem para a mãe*”, com 79 UC e 150 UR é um dos *fundamentos éticos* mais frequentemente utilizado nas decisões que o enfermeiro toma. Efetivamente, este é um fundamento que, independentemente do problema ético em causa, é focado na maioria das entrevistas, declarando-se “*estou a pensar na saúde da mulher, em primeiro lugar*” ou “*causar o menor dano possível na mãe*”. Em casos de aborto de malformações, o enfermeiro tenta aliviar o sofrimento pelo qual a mulher está a passar “*...querem*”

carinho! É necessário!” ou “refugiam-se em nós como somos profissionais de saúde, temos experiência”.

Numa área como a de *início de vida*, era expectável uma defesa clara da vida humana que se concretiza em 54 UC e 108 UR como *Respeito pela vida humana*, já anteriormente elencada por Deodato (2014). A vida é de facto, um “*valor máximo*” e por isso é um dos fundamentos utilizados, perante a necessidade de tomar decisões em que a mesma esteja em causa, assumindo o enfermeiro a sua proteção. Não sendo o mais frequente, surge em quase todas as entrevistas, tal como a subcategoria anterior.

O *Princípio da não maleficência*, com 24 UC / 53 UR é reafirmado como fundamento amplamente utilizado na ação do enfermeiro nesta investigação. Surge, inclusive, numa referência direta “*uma vida e também a questão da não maleficência de não causar, causar o menor dano*”. Tanto na transmissão de uma notícia difícil “*...eticamente, eu não poderia fazer mal a alguém naquela altura*” ou no transmitir dos riscos de um parto, “*mas vou assusta-las. Vou causar-lhes ansiedade, depois as mulheres vão para casa a pensar que o parto pode complicar-se*”.

Outro fundamento intrinsecamente ligado ao “Bem para a mãe” é a “Compaixão pela mãe”, com 22 UC e 29 UR. Esta compaixão surge em situações de grande sofrimento para a pessoa grávida. Porque tomou uma decisão da qual se arrepende, porque está perante o nascimento ou abortamento de um feto com múltiplas malformações ou até pela própria dor sentida durante o parto.

Ainda na esteira do “Bem para a mãe”, identificamos o fundamento ético “O bem para os pais”, com 21 UC / 43 UR. Aqui, o enfermeiro usa como fundamento o bem para os progenitores em conjunto, não sendo priorizada a mãe. Efetivamente, reconhece-se no discurso dos enfermeiros esta proteção ao casal “*tivemos de dar o apoio, todo, todo aquele casal*”.

O “Bem para o filho” surge com 5 UC e 7 UR e é também utilizado como fundamento para a tomada de decisão. São casos em que, para a tomada de decisão, o enfermeiro defende a vida do embrião ou feto, e esta defesa se sobrepõe a qualquer outro

fundamento. Nos discursos em que foi identificado, surge sempre ligado ao nascimento de feto vivo em caso de aborto. Os enfermeiros quando confrontados com situação tentam proteger/confortar essa criança, dizendo *“tentei dar-lhe algum aconchego. Pronto proteje-lo o máximo”* e há mesmo quem relacione este conforto necessário, com os cuidados em fim de vida, dizendo *“nós aprendemos mesmo nos cuidados em fim de vida, o conforto é uma coisa básica, não é?”*. Efetivamente, a vida e a proteção desta vida, mesmo incipiente, é valorizada no discurso destes enfermeiros. O “Bem para o pai”, com 1 UC e 1 UR surge em igual contexto, mas o fundamento para a decisão do enfermeiro é a proteção do pai.

O *Princípio da beneficência*, com 16 UC e 29 UR é identificado como o bem para a pessoa por Deodato (2014). Nos discursos analisados, pode inferir-se como essência profissional, dizendo-se *“porque é o que tem que ser feito mesmo”*, sobretudo, no apoio àqueles que estão em sofrimento por perda de feto ou embrião. E é reafirmada a vontade de permanecer junto à pessoa *“tenho que o fazer, sinto mesmo essa necessidade acho mesmo que é o que é certo. É dar esse apoio”*. Afirmações como *“eu faço muitas coisas, se calhar, em função daquilo que gostava que fizessem comigo. Vou muito por aí!”* são também exemplo da utilização deste fundamento, pois o enfermeiro coloca-se no lugar do outro e tenta reagir da forma que considera correta, perante a situação de sofrimento com que a pessoa se confronta.

“Princípio da precaução”, com 16 UC e 28 UR, é identificado nesta investigação como fundamento utilizado pelos enfermeiros na sua decisão ética. Nesta análise, ele é integrado na decisão em questões distintas, que vão desde um cuidado que se presta, sustentado naquilo que é a evidência e o conhecimento do próprio profissional, como denota a afirmação *“... se eu não fizesse, a criança, para além de ser mais moroso e ser mau para ela, podia rasgar a mãe num sítio qualquer que oferecesse mais, mais problemas”*, até à precaução na comunicação de uma má notícia *“Eu tive que pensar um bocadinho como é que... o que é que eu havia de dizer. Eu tive que pensar...”*, ou no transmitir de informação *“lembro-me de pensar muito, antes de abrir a minha boca...”*. O enfermeiro pondera os riscos para a pessoa e integra-os nos fundamentos a utilizar na sua decisão ética.

O *Respeito pela pessoa*, com 12 UC e 20 UR, surge também nos fundamentos utilizados na tomada de decisão pelos enfermeiros entrevistados, tal como em Deodato (2014). Os enfermeiros assumem que os seus “valores vão no sentido de respeitar o outro... o respeito em todas as situações”. Há, efetivamente, nestes discurso uma assunção da obrigação de respeito pela pessoa, dizendo-se “*Temos que respeitar a pessoa, temos que respeitar a utente, temos que nos pôr no lugar dele...*”. Reflete o respeito pela pessoa no seu todo, que é fundamento para a decisão do enfermeiro, na situação concreta, mas também em sentido geral.

Na esteira do *Respeito pela pessoa*, identificamos ainda como fundamento para a decisão do enfermeiro o “Respeito pelos valores das pessoas”, com 10 UC e 17 UR, sendo também este um fundamento utilizado na decisão do enfermeiro. O enfermeiro, além de respeitar a própria pessoa, respeita-a de uma forma plena, que abarca também os seus valores. Perante demonstração de desacordo com os seus próprios valores, até em casos de decisão de aborto, o enfermeiro reafirma esse respeito pelos valores da pessoa dizendo “*Eu respeito... eu... posso até perceber porque é que não quer ter filhos ou não pode ter filhos*”. Assim, podemos afirmar, que o enfermeiro na sua decisão, integra o respeito pela pessoa e também o respeito pelos valores da pessoa de quem cuida.

O *Valor verdade e justiça*, com 9 UC e 16 UR, anteriormente identificado por Deodato (2014), surge nesta investigação na transmissão da informação à pessoa, sobretudo de um mau diagnóstico. Uma morte ou a constatação de situação grave, leva o enfermeiro a ponderar outros fundamentos, mas na sua decisão, utiliza o *Valor da verdade e justiça* dizendo “*na minha prestação de cuidados eu sou muito verdadeira com os casais. Se há alguma coisa que eu acho que não está bem, eu digo-lhes...*”.

A *Proteção do bem-estar e alívio do sofrimento* surge com 9 UC e 21 UR. Neste caso, e à semelhança de Deodato (2014), consideramos a preocupação dos enfermeiros em proteger a pessoa e, concomitantemente, mitigarem o seu sofrimento. Adaptamos para esta subcategoria uma noção de proteção à pessoa de uma forma geral, identificado em discursos que a afirmam “*como seres humanos temos que ter esta intenção de poder*

ajudar o outro” ou “não me cabe ver alguém a sofrer... nem me consigo lembrar de ver alguém sofrer e não ir ajudar”.

O “Valor confiança” surge também como fundamento para a ação, com 9 UC e 12 UR. Nas entrevistas realizadas aparece como elemento fundamental o estabelecimento da relação de confiança, mas também é abordada uma situação em que a mesma é quebrada, para salvaguarda da própria pessoa, levando a grande reflexão por parte do enfermeiro.

O “Respeito pela especial vulnerabilidade da grávida”, com 8 UC e 16 UR, é igualmente integrado como fundamento para a decisão ética do enfermeiro, consciente da fragilidade inerente a situações de perda na gravidez ou outra situação de dificuldade e evidencia-se no reconhecimento da humanidade do outro, dizendo “*porque é um ser humano, tal como eu, que está a passar por uma situação vulnerável*”. Esta vulnerabilidade, também é reconhecida, quando o enfermeiro se disponibiliza, perante notícia adversa, a ajudar o progenitor que transmite ao outro uma má notícia.

Os “Valores profissionais”, com 5 UC e 9 UR, assim denominados pela presença nominal no discurso dos enfermeiros ao justificar de determinada ação, referem a utilização do “*bom senso*”, dos “*valores profissionais*” e dos “*valores éticos*”. No mesmo contexto, também surgem os “Valores pessoais”, com 3 UC e 5 UR, identificados como os valores “*morais e sociais*” do próprio enfermeiro.

Tal como em Deodato (2014), os enfermeiros revelam respeito pela dignidade da pessoa humana na sua tomada de decisões, na subcategoria *Princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana*, em 5 UC e 9 UR. De forma semelhante à identificada por Deodato (2014), este fundamento é utilizado quando o enfermeiro se confronta com situações complexas e em que lhe é difícil a decisão. A dignidade inerente ao ser humano leva o enfermeiro a refletir na sua deliberação “*obrigou-me a refletir sobre princípios éticos... nesse momento*”. Também, em situações de indefinição quanto ao agir, o enfermeiro apoia a pessoa, não apenas por uma questão de profissionalismo, mas sim por “*uma questão de humanidade*”. O enfermeiro integra o *Princípio do respeito*

pela dignidade da pessoa humana na sua decisão ética e, sobre ele, parte para a ação na situação em concreto.

O “Princípio do respeito pela vulnerabilidade do enfermeiro” surge com 4 UC e 7 UR. O enfermeiro revela de que forma é afetado pela pessoa de quem cuida e como essa afetação influencia o seu agir, dizendo-se “*Acho que ninguém, ninguém que cuide verdadeiramente de outra pessoa, consegue não se afetar com este tipo de coisas*”.

O *Respeito pela qualidade de vida*, com 3 UC /9 UR, já nomeado por Deodato (2014) nos fundamentos ponderados, emerge no discurso dos enfermeiros, como algo de relevante e com peso na tomada de decisão, assumindo-se a defesa da vida, mas de “*uma vida com qualidade*”, afirmando-se características como “*com capacidade*” e “*com autonomia*”, para reforçar aquilo que, o próprio enfermeiro define como qualidade de vida.

O “Respeito pela individualidade”, com 2 UC e 4 UR, aparece pela primeira vez neste trabalho e surge no confronto da pessoa com um resultado adverso ou perda, tendo o enfermeiro consciência que deve dar apoio, mas também, a clarividência de respeitar o espaço do outro, dizendo “*Penso que passa principalmente por dar algum espaço*”. O enfermeiro ajuda, apoia, revela a sua disponibilidade, mas não impõe a sua presença.

A compaixão surge mais uma vez como fundamento da ação, desta vez pelo feto. A subcategoria foi denominada “Compaixão pelo feto” e surge com 2 UC e 3 UR. Este fundamento para a ação emerge perante o recém-nascido morto, em que todo o manuseamento é feito com um cuidado minucioso e com respeito pelo outro, apesar de morto e dizendo “*como se eu achasse que aquela criança estava viva*”.

Os *fundamentos éticos* utilizados pelos enfermeiros perante problemas éticos de início de vida identificados são múltiplos, pela própria dimensão ética da tomada de decisão, e são os mais frequentemente utilizados, tal como na investigação de Deodato (2014). No Quadro 22, estão nomeados todos os *fundamentos éticos* identificados nestas entrevistas.

Quadro 22 - Fundamentos éticos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
F. Éticos 421 UC/779 UR	<i>Princípio do respeito pela autonomia da pessoa assistida</i>	102 UC / 183 UR
	O bem para a mãe	79 UC / 150 UR
	<i>Respeito pela vida humana</i>	54 UC / 108 UR
	<i>P. da Não maleficência</i>	24 UC / 53 UR
	Compaixão pela mãe	22 UC / 29 UR
	O bem para os pais	21 UC / 43 UR
	<i>P. da beneficência</i>	16 UC / 29 UR
	Princípio da precaução	16 UC / 28 UR
	<i>Respeito pela pessoa</i>	12 UC / 20 UR
	<i>Respeito pelos valores da pessoa</i>	10 UC / 17 UR
	<i>Valor verdade e justiça</i>	9 UC / 16 UR
	<i>Proteção do Bem-estar e alívio do sofrimento</i>	9 UC / 21 UR
	<i>Valor confiança</i>	9 UC / 12 UR
	Respeito pela especial vulnerabilidade da mulher grávida	8 UC / 16 UR
	O bem para o filho	5 UC / 7 UR
	Valores profissionais	5 UC / 9 UR
	<i>Respeito pela dignidade da pessoa humana</i>	5 UC / 9 UR
	Princípio do respeito pela vulnerabilidade do enfermeiro	4 UC / 7 UR
	<i>Respeito pela qualidade de vida</i>	3 UC / 9 UR
	Valores pessoais	3 UC / 5 UR
Respeito pela individualidade	2 UC / 4 UR	
Compaixão pelo feto	2 UC / 3 UR	
O bem para o pai	1 UC / 1 UR	

2.2.2. Fundamentos deontológicos

Mais uma vez, e à luz de Deodato (2014), também os *fundamentos deontológicos* são utilizados pelos enfermeiros na sua tomada de decisão. Efetivamente, após a análise das entrevistas, podemos afirmar que são fundamentos frequentemente utilizados, apoiando-se o enfermeiro naquilo que são os seus deveres quando se encontra perante um problema ético.

Nesta investigação, os *fundamentos deontológicos* estão presentes em 234 UC e 459 UR, distribuídos por 25 subcategorias. Alguns dos fundamentos deontológicos presentes na análise dos pareceres são também identificados nestas entrevistas, assim como os *fundamentos deontológicos* já identificados no trabalho de Deodato (2014). Pela especificidade da área estudada surgem também novas subcategorias.

O *Dever de cuidado*, com 47 UC e 91 UR, foi identificado por Deodato (2014) e surge como fundamento utilizado pelos enfermeiros em situações relacionadas com a perda fetal. O enfermeiro vai além da capacidade técnica e exercita toda a sua capacidade de se dar, acompanhar e estar junto daquele que sofre, dizendo “*não o vejo como um dever*” ou “*porque tem que ser, não o vejo de outra maneira*”. Acrescenta ainda “*Não é como dever de profissão. É como dever de ser humano...*”. Também, perante situações difíceis, assume o seu dever de cuidado para com o progenitor, sobretudo se estiver em causa a sua saúde, dizendo “*por outro lado havia uma obrigação de aquele homem que precisava de ser informado*”. Cuidar é assumido como dever profissional, dizendo-se “*sinto que é meu dever fazê-lo*”.

Outro *fundamento deontológico* identificado é o “Dever de abster-se de juízos de valor”, identificado em 24 UC e 54 UR, sendo também muito significativo relativamente à sua frequência. Está enraizada na forma de decidir dos enfermeiros, o não julgar a pessoa de quem se cuida, mesmo que possa ser contrário aos valores do próprio profissional. Esta postura evidencia-se em afirmações como “*temos que por ao largo aquilo que nós achamos, como é óbvio, não podemos... e temos que ter aquela postura isenta. Ouvir cada uma das partes, aahh, informar e zelar sempre pela... ser imparcial ao máximo, não é?*” ou na frase “*Engulo em seco, mas não é por isso que eu vou estar a ... recrimina-la, a acusa-la ou a maltrata-la*”.

Também surge o “Dever de informação em geral” à luz do identificado nos pareceres do CJOE. Mantivemos a subcategoria “Dever de informação”, mas passamos a identificar como “Dever de informação em geral”, com 23 UC e 50 UR. O “dever de informação”, reporta-se a esclarecimentos acerca do efeito do dispositivo intrauterino (DIU), informação acerca de resultados de análises durante a gravidez, amamentação em caso de doença oncológica ou até disposições legais em casos de menores. No primeiro caso, o enfermeiro faz questão de explicar como funciona o DIU “*Tim, Tim, por Tim, Tim. Embora se explique sempre tudo, aquilo ficava, ficava a remoer-me a consciência. Se eu não o soubesse, não dizia. Sabendo...*”, referindo o possível efeito abortivo desse dispositivo. No segundo caso, a dúvida surge na forma em como se transmite uma informação. Os resultados são comunicados via telefone, originando uma reação muito negativa da grávida em questão. Para o enfermeiro é a forma habitual de transmissão

dos resultados, pelo que diz “*a partir do momento que tinha feito uma análise pelo hospital, se não sabia a forma como o hospital funcionava com as suas grávidas, pois se calhar deveria ter-se informado antes, de que aquilo poderia acontecer*”. No terceiro caso, o enfermeiro dá a informação que considera adequada na tentativa de dissuadir a mãe a amamentar, por diagnóstico de cancro associado à gravidez, asseverando “*E eu disse isso, acho que não deve amamentar...*”. Por último, relacionado com a gravidez de uma adolescente, o enfermeiro informa o tutor legal acerca das alternativas existentes, desde a opção pelo nascimento, aborto ou de adoção pelo que declara “*Eu tive que explicar à avó que não era um processo que só a ela que cabia decidir, portanto isto envolveu isto tudo*”. A diversidade de informação dada requer um esforço de domínio de várias vertentes, que fica explícita nesta subcategoria. Apesar de algumas subcategorias adiante estarem relacionadas com o dever de informação, pela especificidade das questões, optamos por criar novas subcategorias.

A “Responsabilidade profissional ou a responsabilidade pelas ações”, com 16 UC e 24 UR, também é fundamento para a ação do enfermeiro. Surge essencialmente pela negativa, em âmbito de equipa multiprofissional, quando o enfermeiro discorda da ação praticada e assume que não teve responsabilidade naquela decisão dizendo “*porque a decisão não é minha e em termos profissionais, o medo de... de... aquele medo, bem posso ter retaliações ou posso trazer problemas... Olhe, paciência, logo se vê...*” ou até de alguma impotência perante aquilo que presencia, “*Mas... não havia nada que eu pudesse mudar. Entrar ou não entrar era igual*”. Outro caso referenciado é o assumir da responsabilidade por facilitar contato para a prática de um aborto não legal, confrontando-se o enfermeiro com o seu próprio medo/receio e, igualmente, com a sua responsabilidade.

O “Dever de excelência” também surge como fundamento da ação do enfermeiro nesta investigação, em 15 UC e 36 UR. Aparece na reflexão sobre a ação praticada com o objetivo de se obter a melhor prestação de cuidados, dizendo-se “*Ocorreu-me posteriormente, na tal reflexão que faço sempre na minha prática de cuidados ou quase sempre, mas sempre que acho necessário ou que há alguma coisa que sai ali da caixa, eu reflito sobre ela*”. Também identificamos o “Dever de excelência” na demonstração de falta de condições físicas ou humanas nos serviços, em que o enfermeiro afirma que

“*Eu já manifestei isso por escrito a quem de direito*” ou “*mas eu não posso fazer mais do que já faço, que é reportar*”. Também identificamos este fundamento numa procura constante de novas atualizações científicas.

O “Dever de respeito pela privacidade”, é referido em 14 UC e 26 UR. Deodato (2014) identificou o *Dever de respeitar a intimidade*, e mantemo-nos no mesmo campo, da esfera da intimidade da pessoa, mas adotamos o conceito de privacidade já identificado nos pareceres do CJOE, pela sua esfera mais ampla. Nas unidades identificadas, há referência ao cuidado com o toque pessoal, até à necessidade de preservar um espaço reservado para um casal que acaba de perder um bebé desejado, existindo consciência no discurso dos enfermeiros da necessidade de assegurar essa privacidade afirmando-se “*Deixamos o casal no espaço deles. No silêncio deles, sem incomodar*”.

Um dos fundamentos aqui identificado pela primeira vez está relacionado com a proteção de terceiros. Esta subcategoria foi denominada “Dever de proteção de populações especialmente vulneráveis: Obrigação de proteção da criança”, com 11 UC e 15 UR. O enfermeiro denota uma preocupação e desejo de salvaguarda, dizendo “*coloquei-me como responsável por um indefeso, não é?*” ou “*o bebé não tem como decidir sobre isso*”.

O “Dever de agir em tempo útil”, já identificado na análise dos pareceres do CJOE, é igualmente um fundamento utilizado nas entrevistas realizadas, em 11 UC e 15 UR. Surge perante a necessidade de cumprir prazos legais no caso do aborto, em que o enfermeiro tenta acelerar um diagnóstico ou um tratamento dizendo: “*aliás, falei logo com a médica e depois ela foi para o internamento e deram logo o que havia a fazer para aquilo não evoluir, porque tem que ser mesmo tratado*”. Aparece, também, no momento do parto em casos em que uma rápida atuação se torna necessária, assumindo o enfermeiro que a decisão tomada “*Pode não ser a melhor, só que naquele momento, é aquela que tem que ser tomada e não dá para experimentar outra. Já não dava para isso...*”. O “Dever de agir em tempo útil” é ainda utilizado, perante perigo para a integridade física da pessoa de quem cuida, existindo consciência da necessidade de atuar o mais rapidamente possível, dizendo-se “*Eu acho que não deixaria passar*”.

O *Dever de sigilo*, já identificado por Deodato (2014), também surge como fundamento para a decisão no discurso dos enfermeiros entrevistados. Esta subcategoria surge com 9 UC e 15 UR. A obrigação deontológica está presente na necessidade de proteger o sigilo perante terceiros. O enfermeiro, perante a insistência para obtenção de dados sobre a saúde da puérpera, afirma “*Eticamente, não vou dizer nada à amiga...*”. Surge, também, quando o enfermeiro se vê confrontado com um diagnóstico de VIH da gestante, do qual o progenitor não possui conhecimento e, questiona o enfermeiro acerca da medicação prescrita ao recém-nascido. O fundamento dever de sigilo, emerge ainda, na constatação de que não se deve dar informações aos doentes por telefone, havendo um *mea culpa* por parte do enfermeiro que diz “*Na realidade, ela tinha razão. Eu não podia dar a informação por telefone*”.

Estando o Código Deontológico dos Enfermeiros plasmado na lei portuguesa parece ser coerente que os enfermeiros assumam nas suas decisões como fundamento o “Dever de cumprir a lei”. Identificamos esta subcategoria, com 9 UC e 13 UR. Surge-nos como fundamento para a ação, em um caso de menor com 16 anos, defendendo o enfermeiro que a opinião da mesma deve ser tida em conta. Também nos aparece como fundamento perante a necessidade de denunciar um crime.

O “Dever de registar” aparece pela primeira vez, com 7 UC e 10 UR, perante situação em que existe risco para saúde e vida da puérpera e, enfrentando-se dissidências na equipa multidisciplinar, revela-se preocupação em efetivar os registos, dizendo se “*eu tinha que garantir, que... os meus registos ficavam feitos adequadamente*”.

O “Dever de competência profissional”, com 6 UC e 16 UR, é fundamento para a ação quando o enfermeiro identifica a necessidade de uma grávida e, percebendo que não possui toda a informação para ajudar, consciencializa-se do seu dever de investir em informação nesse âmbito, dizendo “*tive que investir na situação*”. Assim, reconhecendo não possuir o conhecimento necessário, procura-o e integra-o nos seus cuidados.

O “Dever de comunicação adequada”, é mais um novo fundamento surgindo com 6 UC e 12 UR. Emerge em situações em que o enfermeiro se vê confrontado com alguma situação difícil e percebe que tem que comunicar de forma assertiva, delicada e que

envolva a pessoa no cuidado, dizendo *“depois tento comunicar, tentar ser eficaz na comunicação, para obter, não só para tentar que... transmitir segurança e a pessoa se sentir confortável e ... e colaborar, não é? Colaborar, isto é, todos conseguirmos chegar à melhor solução possível.”*

Relacionados com o dever de informar surgem também as subcategorias “Dever de informação perante diagnóstico médico de Trissomia XXI”, com 6 UC e 9 UR e “Dever de informação perante diagnóstico médico de não viabilidade do embrião”, com 5 UC e 7 UR. No “Dever de informação perante diagnóstico médico de Trissomia XXI”, os enfermeiros, além da transmissão da notícia em si, apontam alternativas deixando que a grávida/pais façam as suas escolhas dizendo *“eu expliquei lhe o que era a Trissomia 21, quais seriam as implicações em termos de futuro ...”* ou *“falamos das duas hipóteses”*. O “Dever de informação perante diagnóstico médico de não viabilidade do embrião” constitui-se como fundamento para a ação e é identificado perante diagnóstico de não viabilidade do embrião, confrontando-se o enfermeiro com a necessidade de dar a má notícia, declara *“tento dizer as coisas aos pais quando as coisas não estão bem”*.

Dentro do mesmo contexto, mas para outro tipo de patologias identificamos a subcategoria “Dever de informar perante diagnóstico médico de doença fetal”, com apenas 1 UC e 2 UR ou “Dever de informar perante diagnóstico médico de doença de transmissão sexual”, com 2 UC e 5 UR. O diagnóstico é efetuado no momento que antecede o parto. Não tendo a puérpera conhecimento da situação obriga os enfermeiros a informar sobre a mesma. Assim, assumem a necessidade de dar a notícia dizendo *“na sala de partos, começamos logo a falar”*, mas contemplando a delicadeza do próprio parto.

Referenciado, também nos pareceres do CJOE, aparece ainda o “Dever de dignificar a profissão”, com 5 UC e 16 UR. Este fundamento traduz-se nestas entrevistas no reconhecimento de que o enfermeiro deve ter de *“as normas... o saber estar”* e que ser enfermeiro vai muito além do ser apenas um excelente técnico, dizendo-se que *“um enfermeiro sem COR pode ter toda a técnica e conhecimento do mundo, pode ser um excelente executante técnico, mas se não tiver COR se não souber comunicar, observar e relacionar-se as coisas não serão iguais”*.

Depois, e apesar de não mencionado como população especialmente vulnerável no EOE, adotamos a grávida como população especialmente vulnerável e a sua proteção é arrogada como fundamento para a decisão dos enfermeiros, em 4 UC e 7 UR, quer perante o progenitor/companheiro, como perante as próprias famílias.

A existência de casos que constituem razão para a quebra do sigilo, deu origem à subcategoria “Exceção do dever de sigilo”, com 4 UC e 12 UR, uma vez que a mesma foi referenciada na narrativa dos enfermeiros. Nos dois casos referidos, temos em risco a integridade física da grávida. No primeiro caso por violência doméstica, sendo solicitado o apoio das autoridades pelo enfermeiro que revela total consciência da sua ação, dizendo, “*mas foi... teve que ser... temos que por de parte essas coisas e pensar racionalmente*”. No segundo caso, o enfermeiro tem conhecimento pela adolescente, que o bebê que vai nascer é fruto de violação da menor pelo próprio pai e assume a necessidade de revelar este segredo, dizendo “*eu tive que contar*”.

Também o “Dever de encaminhamento”, com 3 UC e 6 UR, emerge neste trabalho como fundamento da ação do enfermeiro. Quando o enfermeiro sente que não é capaz ou não está a conseguir chegar à pessoa da melhor forma, encaminha para os colegas ou outras classes profissionais da equipe de saúde. Encaminha também para serviços de apoio.

Numa equipa multiprofissional é fundamental o trabalhar com respeito pelos membros da equipa de saúde e por isso o “Dever de respeito pelos outros profissionais”, com 2 UC / 7 UR, é também fundamento para a ação do enfermeiro.

O “Dever de respeitar o consentimento” com 2 UC / 5 UR e “Dever de respeitar o consentimento em menores”, com 1 UC / 4 UR, são também fundamento utilizado pelos enfermeiros entrevistados. No “Dever de respeitar o consentimento” há assunção deste dever no respeito pela autonomia da pessoa e expressa-se na UC “*E eles aceitaram, quiseram, não é aceitarem, porque a gente não impõe nada.*” Da mesma forma, numa investigação que identifica a área da gravidez na adolescência como rica em problemas éticos, aparece-nos como fundamento para a decisão perante os mesmos o “Dever de

respeitar o consentimento em menores”. Aqui, e perante a decisão do tutor que se opõe à vontade do menor, os enfermeiros defendem e cuidam dessa adolescente, assumindo que a vontade do menor deverá, também, ser tida em conta numa decisão como a do aborto.

Por último, aparece-nos o “Dever de cuidado espiritual”, com apenas 1 UC e 2 UR. O enfermeiro reconhece que há uma espécie de desígnio na sua ação que o compele a estar presente em casos de perdas na gravidez, dizendo “*Ah, com o tempo dei um bocadinho de atenção. Eu pensei não, se acontece comigo, é porque tenho algo a aprender ou algo a dar a mais a estas pessoas*”.

Desta forma, terminamos a identificação dos *fundamentos deontológicos* utilizados pelos enfermeiros, quando confrontado com problemas éticos. Os resultados podem ser vistos no Quadro 23.

Quadro 23 - Fundamentos deontológicos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
F. Deontológicos Total = 234 UC / 459 UR	<i>Dever de cuidado</i>	47 UC / 91 UR
	Dever de abster-se de juízos de valor	24 UC / 54 UR
	Dever de informação em geral	23 UC / 50 UR
	Responsabilidade profissional e Responsabilidade pelas ações	16 UC / 24 UR
	Dever de excelência	15 UC / 36 UR
	Dever de respeito pela privacidade	14 UC / 26 UR
	Dever de Proteção de populações especialmente vulneráveis: obrigação de proteção das crianças	11 UC / 15 UC
	Dever de agir em tempo útil	11 UC / 15 UR
	<i>Dever de sigilo</i>	9 UC / 15 UR
	Dever de cumprir a lei	9 UC / 13 UR
	Dever de registar	7 UC / 10 UR
	Dever de competência profissional	6 UC / 16 UR
	Dever de comunicação adequada	6 UC / 12 UR
	Dever de informação perante diagnóstico médico de trissomia XXI	6 UC / 9 UR
	Dever de informação perante diagnóstico médico de não viabilidade do embrião	5 UC / 7 UR
	Dever de dignificar a profissão	5 UC / 16 UR
	Dever de proteção de populações especialmente vulneráveis: Obrigação de proteção da grávida	4 UC / 7 UR
	Exceção do Dever de sigilo	4 UC / 12 UR
	Dever de encaminhamento	3 UC / 6 UR
	Dever de informar perante diagnóstico médico de doença de transmissão sexual	2 UC / 5 UR
	Dever de respeito pelos outros profissionais	2 UC / 7 UR
	Dever de respeitar o consentimento	2 UC / 5 UR
Dever de cuidado espiritual	1 UC / 2 UR	
Dever de respeitar o consentimento em menores	1 UC / 4 UR	
Dever de informar perante diagnóstico médico de doença fetal	1 UC / 2 UR	

2.2.3. Fundamentos profissionais

Nas entrevistas analisadas, identificamos os *fundamentos profissionais* como fundamento para a decisão do enfermeiro, quando confrontado com problemas éticos de início de vida, com 174 UC e 357 UR, distribuídas por 7 subcategorias: *Necessidade de cuidados identificados*, *Competência profissional e Agir em complementaridade*, “Trabalhar em equipa de enfermagem”, *Autonomia Profissional*, “Envolvência com a pessoa assistida” e “Reconhecimento pessoal externo”.

Relativamente à subcategoria *Necessidade de cuidados identificados*, com 61 UC e 127 UR, reportamo-nos à identificação dos cuidados necessários em determinada situação, para aquela pessoa e que decorrem do exercício profissional. Desde um diagnóstico a um tratamento e passando pela prevenção, o enfermeiro justifica-se, fundamentando-se na prestação do cuidado apropriado a cada caso. A confirmação é visível em unidades de contexto como “*tive que fundamentar a decisão com base nos critérios clínicos*” ou “*Os critérios clínicos passaram por a criança estar a apresentar sinais de precisar de nascer rapidamente*”.

A *Competência profissional* está relacionada com a capacidade que o enfermeiro reconhece em si para a prática do cuidado adequado à situação com que se defronta. Desde os seus conhecimentos teóricos até à sua experiência profissional, há no enfermeiro aquilo que o próprio reconhece como habilitação para efetuar um cuidado de enfermagem. Pode ser, por exemplo, no apoio de um luto, declarando-se “... *acabamos por ser elementos fundamentais neste sentido*”. Há reconhecimento das competências profissionais que fazem que esse apoio se diferencie de qualquer outro “... *como enfermeira tenho competências de forma diferente*”. Muitos reconhecem que a própria experiência profissional confere mais competência para lidar com os problemas com que se defrontam, sobretudo quando estabelecem comparações com o início da sua vida profissional “*Sim, sim. Sinto que consigo lidar, se calhar hoje, de forma diferente de que quando sai da escola*”. Esta subcategoria, também, é abordada pela sua forma negativa no reconhecimento de falta de competência para lidar com determinadas situações, dizendo-se: “*Na altura eu não tive essa, lá está, não tinha essa experiência,*

não tinha também ainda muita confiança com a equipa médica". Esta subcategoria está representada em 60 UC e 118 UR.

A subcategoria *Agir em complementaridade* em equipa multidisciplinar, apresenta-se com 35 UC e 71 UR. Este fundamento para a decisão está relacionado com o trabalho em equipa, sobretudo naquilo em que o enfermeiro considera a sua área de intervenção e, portanto, possui a competência para a realização do ato. Por outro lado, temos também este fundamento utilizado de forma oposta quando o enfermeiro sente que está condicionada a sua atuação, dizendo "*Esta decisão também foi condicionada pela medicina... pelo médico*" e pela sensação de falta de autonomia nas decisões de cuidado "*acho que precisávamos, se calhar, ali de alguma autonomia, nestas decisões... autonomia da enfermagem, pronto, é aquilo que nós sabemos, e infelizmente, está condicionada*".

"Trabalhar em equipa de enfermagem" surge em 8 UC e 16 UR, em que se reforça a importância de decidir em seio de equipa de enfermagem e na importância que é ter outros elementos com quem discutir os casos e sobre os mesmos refletir. Revela-se também importante no apoio dado, em situações difíceis como o "*chorar juntos*".

A *Autonomia profissional* com 6 UC e 17 UR surge como fundamento quando o enfermeiro afirma que o seu agir é baseado na sua autonomia que se autorreconhece e é reconhecida pelos outros, dizendo-se "*... Eu tinha total capacidade e autonomia de decisão na minha assistência*". Há ainda a afirmação da especialidade em saúde materna como "*das especialidades mais autónomas*".

A subcategoria "Envolvência com a pessoa assistida", em 3 UC e 6 UR, é fundamento quando o enfermeiro afirma que há uma ligação que se estabelece entre ele e a pessoa assistida e que essa envolvimento é fundamento para a ação, dizendo "*quando ela partilha connosco coisas, nós até... ela faz parte da nossa vida*".

Por último, com 1 UC e 2 UR, "Reconhecimento pessoal externo" é uma subcategoria que é reconhecida no discurso dos enfermeiros. O enfermeiro exerce a sua atividade,

tentando fazer o seu melhor, pelo que aprecia o reconhecimento pelos outros da sua ação.

As unidades de contexto e unidades de registo podem são apresentadas no Quadro 24.

Quadro 24 - Fundamentos profissionais utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
F. Profissionais Total = 174 UC / 357 UR	<i>Necessidade de cuidados identificados</i>	61 UC / 127 UR
	<i>Competência profissional</i>	60 UC / 118 UR
	<i>Agir em complementaridade</i> com equipa multidisciplinar	35 UC / 71 UR
	Trabalhar em equipa de enfermagem	8 UC / 16 UR
	<i>Autonomia Profissional</i>	6 UC / 17 UR
	Envolvência com a pessoa assistida	3 UC / 6 UR
	Reconhecimento pessoal externo	1 UC / 2 UR

2.2.4. Fundamentos científicos

Neste trabalho, a categoria fundamentos científicos surge com 78 UC e 183 UR, e apresenta 2 categorias já enunciadas por Deodato (2014): *Benefícios terapêuticos* e *Confirmação diagnóstica*. Em conformidade com a análise dos pareceres da OE, volta a surgir a subcategoria “Competência científica”. Surgem ainda três novas subcategorias que denominamos de “Promover o conforto do feto e recém-nascido”, “Promover o conforto da mãe” e “Risco controlado”.

Já identificado anteriormente na análise dos pareceres da Ordem dos Enfermeiros é a “Competência científica” com 24 UC e 52 UR, sendo o fundamento científico mais utilizado no discurso dos enfermeiros entrevistados. Neste caso, quando usada como fundamento para a decisão, o enfermeiro baseia-se nos seus conhecimentos científicos, afirmando “*baseio-me nos estudos que existem... bibliografia que existe*”, existindo um reconhecimento de que “*a escola é muito importante nisto*”.

A *Confirmação diagnóstica* surge-nos com 18 UC e 34 UR, quando o enfermeiro coloca em causa a sua decisão, recorrendo aos seus conhecimentos científicos com o objetivo de confirmar o seu diagnóstico de enfermagem e, dessa forma, realizar a ação com base nos mesmos. Perante uma infeção confirmada analiticamente, por exemplo, o enfermeiro sabe que se procede ao aborto, mas mesmo assim tenta ponderar a sua

decisão e acaba por decidir baseado no seu conhecimento científico dizendo *“Na situação, na situação específica com que me deparei não havia essa possibilidade. Portanto, não era realmente possível que a gravidez fosse avante...”*, contudo, ainda que a decisão seja cientificamente sustentada, é partilhada como uma decisão difícil de ser tomada.

A promoção do conforto é fundamento para a ação e sob dois aspetos: para a mãe e para a o feto ou recém-nascido. Relativamente ao feto e recém-nascido, denominamos a subcategoria de *“Promover o conforto do feto e recém-nascido”*, com 16 UC e 34 UR. Aqui usamos a terminologia utilizada pelos próprios enfermeiros. Esta situação de promoção de conforto surge sobretudo em casos de morte ou mais concretamente em casos de fetos que nascem vivos, mas que são fruto de abortamento. Há, no agir do enfermeiro, solicitude para com aquele recém-nascido, improvisando os enfermeiros para que a criança morra aconchegada, dizendo-se *“Ah, mas já tinha falado desse assunto com colegas nossas e muitas embrulham-no ou na... Bom, se têm alguma fronha, se tem... o que tiverem. Há pessoas que já estão tão habituadas que já levam preparadas as coisas. É o quentinho. É o deixar ...”*.

No caso do conforto para a mãe, denominamos a subcategoria como *“Promover o conforto da mãe”*, e estamos perante um fundamento que é utilizado quer o conforto seja do foro emocional, quer seja do foro físico. O próprio estar junto da pessoa reafirma-se como uma ação de conforto, dizendo-se: *“Mesmo, é o estar lá. Mesmo presente. É o conforto. Elas precisam muito naquele momento é do conforto”*. Esta subcategoria tem 14 UC e 43 UR.

A subcategoria *Benefícios terapêuticos* aparece-nos com 2 UC e 5 UR e sustenta-se no raciocínio do cuidado apropriado a realizar, e do qual resultarão benefícios para a pessoa, podendo ser ponderados diferentes cenários, como é afirmado *“A outra opção seria esperar... esperar, e muitas vezes, essa opção acaba por ser a opção tomada”*.

Por último, o *“Risco controlado”* com apenas 1 UC e 5 UR. Esta subcategoria foi assim denominada por ser uma situação de risco relativamente ao parto (parto natural), tendo o enfermeiro conhecimento de experiência anterior bem-sucedida, colabora dizendo *“o que me fez aceitar foi, se o primeiro parto correu bem, este aqui também deve correr”*.

Neste caso, o enfermeiro atua dentro de uma unidade de saúde, tentando cumprir a vontade da parturiente, que recusa a administração de fármacos e a rotura das membranas.

Os resultados da categoria *fundamentos científicos* são apresentados no Quadro 25.

Quadro 25 - Fundamentos científicos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
<i>F. científicos</i> Total = 78 UC / 183 UR	Competência científica	24 UC / 52 UR
	<i>Confirmação diagnóstica</i>	18 UC / 34 UR
	Promover o conforto do feto e recém-nascido	16 UC / 34 UR
	Promover o conforto da mãe	14 UC / 43 UR
	<i>Benefícios terapêuticos</i>	5 UC / 15 UR
	Risco controlado	1 UC / 5 UR

2.2.5. Fundamentos pessoais

A categoria fundamentos pessoais utilizados aqui identificada, é uma nova categoria, surgindo em diferentes contextos como fundamento para a decisão ética, com 62 UC e 150 UR. São justificações ligadas ao percurso pessoal de cada um e, que pela vivência dos mesmos, se tornam importantes na decisão ética de cada enfermeiro. Nesta categoria foram identificadas 3 subcategorias que denominamos: “Autoconhecimento”, “Experiência pessoal” e “Projeção pessoal”.

No primeiro caso, temos a subcategoria “Autoconhecimento”. Esta subcategoria surge associada à percepção do enfermeiro, quando assume que a sua ação foi baseada em algo que compara a uma autodefesa, dizendo-se “*eu hoje tenho consciência disso, é uma opção tomada para nos protegermos a nós. É um bocadinho não estar a pensar muito, estamos mais a pensar em nós*”. Há uma tomada de decisão, centrada naquilo que também protege o profissional. Esta subcategoria foi identificada em 23 UC e 66 UR.

Na designação de “Projeção pessoal” como subcategoria, incluímos afirmações como “*temos que saber separar as coisas, mas somos seres humanos*” é, portanto, uma espécie de visão do outro de quem cuidamos, em nós mesmos. A expressão muito

utilizada em inglês “*put on the other shoes*”⁴⁵ tem aqui a sua imagem refletida. Esta subcategoria tem 23 UC e 51 UR, como se mostra no Quadro 26.

Por último, a subcategoria “Experiência pessoal” surge com 16 UC e 33 UR e foi atribuída a fundamentos relacionados com aquilo que é a vivência de cada enfermeiro. Muitas vezes relacionada com própria maternidade, leva o profissional a utilizar a sua própria experiência pessoal para decidir como deve atuar, sendo explícito nesta unidade de contexto “*depois de ter sido mãe comecei a ter uma perspetiva diferente*”. Em outras situações, foi abordada a questão da maturidade e da experiência pessoal como fatores a ter em conta na decisão, mesmo em contexto profissional.

Quadro 26 - Fundamentos pessoais utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
F. pessoais	Autoconhecimento	23 UC / 66 UR
Total = 62 UC / 150 UR	Projeção pessoal	23 UC / 51 UR
	Experiência pessoal	16 UC / 33 UR

2.2.6. Fundamentos jurídicos

Na análise das entrevistas foram identificados *fundamentos jurídicos* utilizados pelos enfermeiros, como aqueles que se relacionam com o cumprimento da legislação e cumprimento das normas legais vigentes, estando a categoria integrada na decisão ética dos enfermeiros. Não tem a frequência das anteriores, com 12 UC e 21 UR, e está distribuída por 5 subcategorias: “Direito ao segredo”, “Direito à integridade física da mãe”, “Respeito pelos direitos das mulheres”, “Direito ao cuidado” e “Direito de reclamação”. No caso do *Direito ao sigilo* (segredo), Deodato (2014) identificou a subcategoria Direitos do cliente (nos fundamentos ponderados), integrando o direito à Reserva da vida privada e o Direito à vida e integridade física. Nesta investigação, a vida e integridade da pessoa, como fundamento para a decisão, refere-se à vida da grávida/mãe.

⁴⁵ Colocar-se nos sapatos do outro

Em relação ao “Direito ao segredo”, o enfermeiro tem interiorizado na sua decisão a necessidade de assegurar este direito para com aqueles de quem cuida. Esta subcategoria surge com 5 UC e 8 UR. No caso concreto, e perante um diagnóstico sensível, o enfermeiro opõe-se a partilhar a informação com qualquer outra pessoa que não seja o próprio casal dizendo “*Isto é uma coisa do casal*”, e asseverando “*eu não lhe ia dizer*”, perante a insistência de uma amiga. Existe também, no mesmo caso, a sensibilidade de se entender que, estando perante uma doença de transmissão sexual e, percebendo que o agente da infeção é o marido, o enfermeiro considera a situação de grande delicadeza e garante de alguma forma, sem prejudicar a grávida, o sigilo acerca da mesma situação e obtém a colaboração do marido na transmissão da informação à grávida.

O “Direito à integridade física da mãe” foi também identificado em 4 UC e 6 UR e é utilizado como fundamento na decisão do enfermeiro. Perante a ocorrência de violência doméstica e, também, na identificação de uma violação de menor, o enfermeiro não hesita em assumir a defesa da pessoa e age em conformidade com a sua decisão.

O “Respeito pelos direitos das mulheres (pessoa assistida)” é também fundamento utilizado para a ação do enfermeiro, com 4 UC e 6 UR. Este direito emerge sobretudo na defesa da mulher menor em que o enfermeiro assume que o que fez foi “... *mais para proteger a miúda*”.

A subcategoria “Direito ao cuidado” surge com apenas 1 UC e 2 UR na frase “*eu ajudei aquela mulher a fazer o que ela ia fazer, se calhar, mas em segurança...*”. O objetivo, é o cuidado à pessoa e a preocupação com a sua vida, estando em causa a realização de um aborto.

Surge ainda nesta área problemática o “Direito de reclamação”, com 1 UC e 2 UR, em que o enfermeiro reconhece à pessoa o direito de reclamar.

As unidades de contexto e unidades de registo podem são apresentadas no Quadro 27.

Quadro 27 - Fundamentos jurídicos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
F. Jurídicos TOTAL = 12 UC / 21 UR	Direito ao segredo	5 UC / 8 UR
	Direito à integridade física da mãe	4 UC / 6 UR
	Respeito pelos direitos das mulheres (pessoa assistida)	1 UC / 3 UR
	Direito ao Cuidado	1 UC / 2 UR
	Direito de reclamação	1 UC / 2 UR

2.2.7. Fundamentos “Recursos disponíveis”

Os fundamentos “recursos disponíveis” aparecem nesta investigação como nova categoria de fundamentos para a decisão do enfermeiro. Os enfermeiros referem-se aos recursos dos seus serviços, aqui identificados por “Limitações organizacionais”, como algo que condiciona a sua decisão, afirmando, *“Mas lá está, em termos de espaço físico é o que existe, era o que existia na altura e, portanto, não havia também outra hipótese se fazer as coisas de outra forma pela estrutura física do serviço”* ou a falta de recursos humanos *“Nós somos poucos, nós somos muito poucos no serviço, ahm, não”*. Este fundamento, surge-nos em 10 UC e 20 UR. Os resultados são apresentados no Quadro 28.

Quadro 28 - Fundamentos “recursos disponíveis” utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
F. recursos disponíveis Total = 10 UC / 20 UR	Limitações organizacionais	10 UC / 20 UR

2.2.8. Fundamentos sociais

A categoria fundamentos sociais utilizados evidencia-se nos fundamentos para a decisão, na utilização de hábitos culturais e, embora existam apenas 1 UC e 3 UR identificadas na análise das entrevistas, este é sem dúvida um fator a ter conta na decisão dos enfermeiros. Neste trabalho, identificamos uma nova subcategoria como “Circunstância social do enfermeiro”, assim denominada pela utilização textual no discurso do enfermeiro. Efetivamente, foi afirmado que, na decisão, é também

importante a sua circunstância social, o meio em que cresceu e os consequentes hábitos. Os resultados desta categoria são apresentados no Quadro 29.

Quadro 29 - Fundamentos sociais utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
F. Sociais Total I= 1 UC / 3 UR	Circunstância social do enfermeiro	1 UC / 3 UR

2.2.9. “Fundamentos espirituais”

Num país de tradição judaico cristã, surge na justificação para a decisão ética os “Fundamentos espirituais”, apenas em 1 UC e 1 UR, mas é perentório ao ser afirmado pelo enfermeiro “*Está tudo muito nas mãos de Deus*”. Atribuímos a esta unidade de contexto a subcategoria “Cumprimento da vontade divina” e é identificado pela primeira vez neste trabalho. Esta categoria e subcategoria são apresentadas no Quadro 30.

Quadro 30 - “Fundamentos espirituais” utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

Categoria	Subcategoria	N.º UC / UR
F. espirituais Total = 3 UC / 3 UR	Respeito pelo cumprimento da vontade divina	2 UC / 3 UR

2.2.10. Síntese dos resultados fundamentos utilizados face aos problemas éticos de início de vida

Perante a multiplicidade de fundamentos utilizados na decisão, quando o enfermeiro se confronta com problemas éticos na fase de início de vida, fica também evidenciada a complexidade na tomada de decisão ética. O enfermeiro procura nos seus conhecimentos profissionais a sua ética pessoal e profissional, cumpre a lei e usa a sua espiritualidade e toda a sua experiência pessoal e social. De toda esta sua mundividência, o enfermeiro colhe saberes e procura neles a resposta para aquele caso

concreto em que tem dificuldade em tomar a melhor decisão. Os resultados gerais são apresentados no Quadro 31.

Quadro 31 - Fundamentos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida

Categoria/Total	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
F. Éticos Total = 421 UC / 779 UR	<i>Princípio do respeito pela autonomia da pessoa assistida</i>	102 UC / 183 UR
	O bem para a mãe	79 UC / 150 UR
	<i>Respeito pela vida humana</i>	54 UC / 108 UR
	<i>P. da Não maleficência</i>	24 UC / 53 UR
	Compaixão pela mãe	22 UC / 29 UR
	O bem para os pais	21 UC / 43 UR
	<i>P. da beneficência</i>	16 UC / 29 UR
	Princípio da precaução	16 UC / 28 UR
	<i>Respeito pela pessoa</i>	12 UC / 20 UR
	<i>Respeito pelos valores da pessoa</i>	10 UC / 17 UR
	<i>Valor verdade e justiça</i>	9 UC / 16 UR
	<i>Proteção do Bem-estar e alívio do sofrimento</i>	9 UC / 21 UR
	<i>Valor confiança</i>	9 UC / 12 UR
	Respeito pela especial Vulnerabilidade da mulher grávida	8 UC / 16 UR
	O bem para o filho	5 UC / 7 UR
	Valores profissionais	5 UC / 9 UR
	<i>Respeito pela dignidade da pessoa humana</i>	5 UC / 9 UR
	Princípio do respeito pela vulnerabilidade do enfermeiro	4 UC / 7 UR
	<i>Respeito pela qualidade de vida</i>	3 UC / 9 UR
	Valores pessoais	3 UC / 5 UR
Respeito pela individualidade	2 UC / 4 UR	
Compaixão pelo feto	2 UC / 3 UR	
O bem para o pai	1 UC / 1 UR	
Deontológicos Total = 234 UC / 459 UR	<i>Dever de cuidado</i>	47 UC / 91 UR
	Dever de abster-se de juízos de valor	24 UC / 54 UR
	Dever de informação em geral	23 UC / 50 UR
	Responsabilidade profissional e Responsabilidade pelas ações	16 UC / 24 UR
	Dever de excelência	15 UC / 36 UR
	Dever de respeito pela privacidade	14 UC / 26 UR
	Dever de Proteção de populações especialmente vulneráveis: obrigação de proteção das crianças	11 UC / 15 UC
	Dever de agir em tempo útil	11 UC / 15 UR
	<i>Dever de sigilo</i>	9 UC / 15 UR
	Dever de cumprir a lei	9 UC / 13 UR
	Dever de registrar	7 UC / 10 UR
	Dever de competência profissional	6 UC / 16 UR
	Dever de comunicação adequada	6 UC / 12 UR
	Dever de informação perante diagnóstico médico de trissomia XXI	6 UC / 9 UR
	Dever de informação perante diagnóstico médico de não viabilidade do embrião	5 UC / 7 UR
	Dever de dignificar a profissão	5 UC / 16 UR
	Dever de proteção de populações especialmente vulneráveis: Obrigação de proteção da grávida	4 UC / 7 UR
	Exceção do Dever de sigilo	4 UC / 12 UR
	Dever de encaminhamento	3 UC / 6 UR
	Dever de informar perante diagnóstico médico de doença de transmissão sexual	2 UC / 5 UR

Categoria/Total	SUBCATEGORIA	N.º UC / UR
	Dever de respeito pelos outros profissionais	2 UC / 7 UR
	Dever de respeitar o consentimento	2 UC / 5 UR
	Dever de cuidado espiritual	1 UC / 2 UR
	Dever de respeitar o consentimento em menores	1 UC / 4 UR
	Dever de informar perante diagnóstico médico de doença fetal	1 UC / 2 UR
F. Profissionais Total = 174 UC / 357 UR	<i>Necessidade de cuidados identificados</i>	61 UC / 127 UR
	<i>Competência profissional</i>	60 UC / 118 UR
	<i>Agir em complementaridade com equipa multidisciplinar</i>	35 UC / 71 UR
	Trabalhar em equipa de enfermagem	8 UC / 16 UR
	<i>Autonomia Profissional</i>	6 UC / 17 UR
	Envolvência com a pessoa assistida	3 UC / 6 UR
	Reconhecimento pessoal externo	1 UC / 2 UR
F. Científicos Total = 78 UC / 183 UR	Competência científica	24 UC / 52 UR
	<i>Confirmação diagnóstica</i>	18 UC / 34 UR
	Promover o conforto do feto e do recém-nascido	16 UC / 34 UR
	Promover conforto da mãe	14 UC / 43 UR
	<i>Benefícios terapêuticos</i>	5 UC / 15 UR
	Risco controlado	1 UC / 5 UR
F. Pessoais Total = 62 UC / 150 UR	Autoconhecimento	23 UC / 66 UR
	Projeção pessoal	23 UC / 51 UR
	Experiência pessoal	16 UC / 33 UR
F. Jurídicos Total = 12 UC / 21 UR	Direito ao segredo	5 UC / 8 UR
	Direito à integridade física da mãe	4 UC / 6 UR
	Respeito pelos direitos das mulheres (pessoa assistida)	1 UC / 3 UR
	Direito ao Cuidado	1 UC / 2 UR
	Direito de reclamação	1 UC / 2 UR
F. Recursos disponíveis Total = 10 UC / 20 UR	Limitações organizacionais	10 UC / 20 UR
F. Espirituais Total = 3 UC / 3 UR	Respeito pelo cumprimento da vontade divina	2 UC / 3 UR
F. Sociais Total = 1 UC / 3 UR	Circunstância social do enfermeiro	1 UC / 3 UR

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

1. Discussão dos resultados das entrevistas

Neste capítulo discutimos os resultados das entrevistas em articulação com os resultados de outros estudos e outras fontes teóricas.

1.1. Discussão dos problemas éticos identificados

Esta pesquisa tem como base investigações antecedentes, elaboradas por Nunes (2006) e Deodato (2014). Nunes (2006) identificou na categoria *Início de vida*, duas subcategorias *Interrupção da gravidez e Procriação*. Para a *Interrupção da gravidez*, reconheceu como unidades de contexto *Abortamento ou interrupção voluntária; Estatuto do embrião; Interrupção terapêutica da gravidez*. Para a *Procriação* reconheceu as unidades de contexto *Participação em esterilização; Participar em fertilização artificial; Objetar à administração da pílula do dia seguinte*. Terminada a fase de análise de resultados das entrevistas, podemos concluir que a categoria *Procriação* não foi identificada no nosso trabalho, mas temos consciência de que não sendo um trabalho exaustivo no que diz respeito à sua amostra, possa existir uma lacuna que poderia ser colmatada com uma amostra mais numerosa ou intencional.

Nunes (2006) também identificou mais 11 categorias de problemas éticos, além do *início de vida*, que são: *informação, decisão do destinatário dos cuidados, respeito pela pessoa, sigilo profissional, responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes, responsabilidade institucional, distribuição de recursos, reflexão profissional, desenvolvimento das tecnologia e proteção da saúde*. Já Deodato (2014) identificou como *áreas problemáticas a informação, o acompanhamento em fim de vida, a decisão do destinatário dos cuidados e o respeito pela pessoa*.

Nesta investigação, levada a cabo especificamente na área de *início de vida*, surgiram como áreas problemáticas as seguintes categorias: “Complementaridade funcional”, *Interrupção da gravidez*, “Gestão de conflitos com utentes e familiares”, “Lidar com aborto espontâneo e nado-morto de gravidez desejada”, “Responsabilidade profissional”, Transmissão da *Informação*, “Necessidade de conforto psicológico”, “Gravidez de menores”, “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”, “Condições do exercício”, *Sigilo profissional*, “Consentimento relativamente a cuidados durante o parto”, “Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde”, “Doença grave

na gravidez”, “Identificação de um problema ético”, *Estatuto do embrião humano*, “Reconhecimento social” e “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto”. Muitas destas categorias derivam das anteriormente mencionadas (Nunes, 2006 e Deodato, 2014), mas foram adaptadas para este estudo, como por exemplo a categoria Informação, que passou a Transmissão da informação ou a Complementaridade funcional, que em Nunes (2006) era *Responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes* porque assumimos a Responsabilidade profissional não só para a perspetiva pessoal do enfermeiro sobre as ações que pratica e das quais é responsável, mas também em equipa de enfermagem. Também algumas subcategorias de Nunes (2006) assumem aqui o papel de categorias, como por exemplo *Estatuto do embrião humano* ou a *Interrupção da gravidez*, pela especificidade deste estudo.

Na identificação do problema ético, o enfermeiro revê a sua ação e revela a consciência ética nessa identificação. Milliken, Ludlow & Grace (2019) definem consciência ética como a capacidade para o reconhecimento dos componentes éticos da situação em que se encontra o enfermeiro e a capacidade para agir (Milliken, 2018). Esta consciência permite aos enfermeiros identificar as implicações éticas dos seus atos, sendo um componente importante no que diz respeito à segurança dos cuidados prestados. Assim, e através desta capacidade, há identificação do problema ético pelo enfermeiro. Todavia, Milliken et al. (2019) afirmam que muitas vezes os enfermeiros não estão preparados para esse reconhecimento, o que também identificamos nesta investigação e que foi denominado de “Dificuldade na identificação de um problema ético”. Por outro lado, em muitos dos discursos que ouvimos, a identificação do problema era imediata, existindo aquilo que Milliken et al. (2019) denominam de *ethical awareness*, que podemos considerar como consciência ética do profissional.

Deodato (2014) define problema ético de enfermagem como

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 adotar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto (p. 41).

É esta “incerteza face ao agir” quando confrontado com problemas éticos de início de vida que nos impele para esta investigação. Assim, foi do discurso e da importância

dada às palavras dos enfermeiros, que exercem a sua atividade em saúde materna e obstétrica, que inferimos os nossos resultados. No esteio de Deodato (2014) “de cada narrativa retiram-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” (p. 207). Também Ricoeur (2013) concluiu que efetuamos uma avaliação ética do nosso agir, ao refletir sobre o nosso fazer, sobre os nossos motivos, a nossa vontade e a nossa intenção, dizendo “A descrição da ação é a base sobre a qual se pode construir a ética. Como? Tornemos a partir da rede conceptual, intenção, motivo, agente, responsabilidade. Os predicados éticos acrescentam-se a esta rede e supõem-na” (p. 55). Tratando-se este trabalho de um prosseguimento do estudo desenvolvido por Deodato (2014) sobre decisão ética em enfermagem, desenvolveremos a apresentação dos nossos resultados com base nos resultados apresentados por este autor, que nos servirão de categorias de partida, assim como as categorias de problemas éticos identificadas por Nunes (2006).

1.1.1. Problemas éticos relacionados com o agir em “Complementaridade funcional”

Esta categoria, apesar de assumir uma denominação distinta, tem similitudes com a categoria identificada por Nunes (2006, p. 279) *Responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes* e com a subcategoria *Trabalho em equipa multidisciplinar*. Aqui, e porque identificamos problemas em âmbito de equipa multiprofissional, optamos pela denominação desta área como “Complementaridade funcional”.

No nosso trabalho, identificamos 3 subcategorias diferentes: “Dúvida como lidar com opiniões dissidentes no âmbito da equipa multidisciplinar”, “Dúvida sobre como assumir decisões tomadas no âmbito de equipa multidisciplinar” e “Dúvida como lidar com comportamento inadequado de outro(s) profissional(ais) da equipa multidisciplinar”.

Os problemas nesta área surgem quase sempre com divergências entre aquilo que foi a decisão médica, ou de outro profissional de saúde, e a decisão pela qual optaria o enfermeiro.

A primeira subcategoria identificada, foi denominada “Dúvida como lidar com opiniões dissidentes no âmbito da equipa multidisciplinar”, e estamos perante problemas como lidar com nado-vivo pós-aborto, alívio da dor, confronto com o agir autónomo do enfermeiro, decisão de como proceder em casos de aborto espontâneo e situações de vigilância pré-parto.

No primeiro caso, o enfermeiro considera ser a sua obrigação dar conforto ao feto nos seus derradeiros minutos e, enfrenta a indicação para não intervir por “decisão médica”. A perceção de não ter prestado qualquer assistência, provoca angústia ao enfermeiro e leva-o a uma sensação de impotência e, até de falha com aquilo que considera ser o seu objetivo, que, segundo Vieira (2008b), é cuidar até ao ultimo instante. Nesta ambivalência, nasce o problema ético e a noção de abandono prevalece, mesmo com distanciamento temporal.

Ocorre, também, em situações de decisão perante um aborto espontâneo e a decisão do tipo de assistência que deve ter a pessoa em situação de abortamento. A dúvida surge por ausência de decisão ou porque a decisão não é consensual no seio da equipa médica, dizendo-se *“um dia fazemos assim e outro vem e diz, não, não fazemos, esperamos. Outro vem e diz vamos por ocitocina, outro diz não...”*. Esta indecisão provoca no enfermeiro incerteza no seu agir. Efetivamente, ela surge no contexto da decisão sempre que o enfermeiro discorda com a decisão tomada, na medida em que considera não ser aquela que melhor defende o interesse, a saúde ou a vida da pessoa de quem cuida. A área de saúde materna e obstétrica é, inclusive, apontada como área que gera tensões dizendo-se *“um área que... é assim, eu já trabalhei em medicina e não havia o tipo de tensão como há ali”*.

Na investigação de Biondi et al. (2019) também foi identificado o conflito entre diferentes classes profissionais que dão origem a sofrimento moral. Da mesma forma, Schaefer, Zoboli & Vieira (2018), mencionam o sofrimento moral relacionado com questões de tomada de decisão em contexto de equipa multidisciplinar, sobretudo pelo não reconhecimento de autonomia dos enfermeiros nessa tomada de decisão até porque, historicamente, segundo os autores, era esperado das enfermeiras o aceitar da autoridade por parte dos médicos.

Relativamente ao controlo de dor e discordâncias nesta área, o problema ético foi igualmente identificado por Nunes (2006), sob a denominação *Lidar com práticas*

analgésicas inadequadas, quando entendem que a prescrição não resolve o problema do doente, por dose mínima de analgesia. Este problema é também identificado nestas entrevistas, como indica a UC *“só que nunca consegui, porque estávamos de noite... eu estava no turno da noite e a Senhora desde o início que entrei até ao final do turno, sempre se queixou de dor intensa”*.

Nesta subcategoria, constatamos ainda dificuldade em enfrentar aquilo que podemos chamar de “incompetência” para o ato, assumindo o enfermeiro o parto, perante um pedido de ajuda do próprio profissional. Ao assumir o parto, coloca em causa a competência de outro profissional, mas sobrepõe-se na sua decisão a assunção da segurança da criança e da mãe no seu ato.

Em casos mais extremos, o enfermeiro enfrenta decisões e indicações de outros membros da equipa com as quais discorda, levando-o à denúncia dessas situações. É esta tomada de decisão e a sua deliberação que faz também emergir o problema ético.

Podemos dizer que estas discordâncias surgem em variadíssimos contextos, o que demonstra as dificuldades vivenciadas nas equipas multiprofissionais ou em trabalho de equipa multidisciplinar, mas também podemos afirmar que nos contextos aqui abordados, o enfermeiro assume a defesa e a proteção da pessoa ao seu cuidado. A maior parte destes enfermeiros, apesar de toda a sua experiência profissional, não deixa de se “afetar” pelo outro e o outro “afeta-o”, de forma que, mesmo decorridos vários anos sobre os acontecimentos, ainda são episódios que não os abandonam e encontram-se como que “colados à pele” do ser enfermeiro.

Na subcategoria “Dúvida sobre como assumir decisões tomadas no âmbito da equipa multidisciplinar”, diferenciamos o «lidar» de «assumir» decisões, porque já se deliberou em relação à categoria anterior, mas também porque estamos perante situações que originaram inquéritos em que toda a equipa presente ficou em causa. Ou seja, o problema é assumir uma «culpa» por algo com o qual não se concordou na altura em que foi efetuado, e que acabou por originar perda de uma vida. Este problema aqui identificado obriga-nos a refletir sobre todas as subcategorias desta área problemática. Sobretudo, aquelas em que o enfermeiro se sente impotente para assumir aquilo que é a sua decisão em contexto de equipa multidisciplinar, todavia, na assunção de responsabilidade criminal, é também julgado por assumir ou não assumir a sua decisão. Sendo um problema ético que culmina quase sempre com consequências graves, é de

ressalvar que a identificação do problema ético leva a uma reflexão e essa reflexão originou, em alguns dos casos mencionados, a total mudança nos protocolos até aí estabelecidos. Efetivamente, “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”⁴⁶. Por outro lado, não se pode imiscuir dos atos que pratica ou deixa de praticar, assumindo a sua responsabilidade profissional.

Quanto à subcategoria “Dúvida como lidar com comportamento inadequado de outro(s) profissional(ais) da equipa multidisciplinar”, aparecem-nos casos distintos. Nunes (2006) referiu-se a *comportamento negligente* o que não se configurou nos casos identificados neste trabalho, pelo que optamos pela expressão «inadequados». Consideramos inadequados comportamentos aqui identificados pelos entrevistados, como tal e configurados, por exemplo, na sensação de não acompanhamento num procedimento ou sentimento de falta de apoio, mas também em situações em que a decisão tomada pela equipa não foi a adequada e acarreta consequências graves para a pessoa assistida. Perante estas, o enfermeiro lida com a impotência e a angústia de não poder ele mesmo assumir a decisão. Ainda dentro deste campo, de *comportamento inadequado*, extraímos do discurso dos enfermeiros a sensação de falta de apoio por parte dos próprios colegas, perante a assunção de abortamento, por recente especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO). A dúvida surge, não só na tomada de decisão perante o que fazer naquele caso (acelerar o parto ou deixar que o tempo o faça), e, portanto, na decisão científica, mas também no sentimento de falta de apoio (e até fuga), nessa decisão.

Emerge igualmente, quando o enfermeiro vê na ação de um membro da equipa multidisciplinar um atentado aos direitos da pessoa que cuida, sobretudo em situações para as quais não consentiu ou não compreendeu aquilo em que consentiu.

Podemos assim concluir que a área da complementaridade é uma área que causa muita incerteza e, sobretudo, é uma área em que existe muita discordância, ocasionando o emergir de problemas éticos, já reconhecido por Nunes (2006) quando afirma ser “A equipa pluriprofissional (...) local de potencial conflito, mais explícito eventualmente

⁴⁶ alínea a) art.º 109. Lei nº 156/2015, de 16 de setembro

em relação aos motivos e valores, aos princípios que enformam o agir individual, como espaço de tensão entre o individual e o colectivo (...)” (p. 440). Todavia, como membro da equipa de saúde, o enfermeiro reconhece “a especificidade das outras profissões, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” (alínea a), art.º 112.º), mas também responde perante a pessoa de quem cuida. Estando em causa o cuidado a essa pessoa, o enfermeiro age em sua defesa. O “trabalhar em articulação e complementaridade” (alínea b), art.º 112.º) quer com enfermeiros, quer com outros profissionais é uma premissa cumprida, sendo apenas submergida quando a defesa do outro de quem cuida, possa estar em causa.

Os problemas identificados, quer com colegas, chefias ou outros profissionais de saúde, passam muitas vezes por decisões unilaterais, em que só um elemento detém o poder de decisão sobre a pessoa cuidada, saindo claramente do preconizado, que será a decisão em equipa. A falha na comunicação, o desrespeito pelos direitos das pessoas, o não reconhecimento da autonomia profissional do enfermeiro são a base em que deflagram estes conflitos, indicando claramente áreas em que as formações são deficitárias.

1.1.2. Problemas éticos relacionados com a *Interrupção da gravidez*

Nunes (2006) considera a *Interrupção da gravidez* uma subcategoria de início de vida, mas nesta investigação, sendo o período estudado limitado ao espaço temporal de início de vida, incluímos a *interrupção da gravidez* como uma categoria em si, integrando aquilo que reconhecemos como uma área problemática.

A *interrupção da gravidez* é uma área problemática frequentemente referenciada nestas entrevistas. Foi, também, identificada na revisão integrativa da literatura, assim como nos pareceres analisados do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (CJOE). Neste trabalho, a *Interrupção da gravidez* continua a ser identificada como área em que o enfermeiro apresenta dificuldade para a tomada de decisão, sobretudo para que essa decisão seja a que melhor se ajusta ao interesse de todos os envolvidos no trinómio enfermeiro/mãe/feto. Desta categoria, emergiram 6 subcategorias.

A subcategoria “Dúvida como lidar com nado-vivo pós-aborto” é a mais expressiva nestes pareceres. Surge em contexto de abortamento tardios, em casos de malformações dentro dos tempos configurados na legislação, mas também em casos de

abortamentos sem enquadramento legal em que surgem complicações, acabando as grávidas por recorrer a instituições de saúde.

Não sendo uma área muito esmiuçada em ética, confrontamo-nos neste trabalho com o sentimento de desumanidade expresso pelos enfermeiros perante esta situação e, na existência de reconhecimento de colaboração na morte de um ser humano. Ao afirmar “*a partir do momento que nasce vivo, acho que falhamos. Acho que não... violamos um princípio de direito, não é?*”, denotando-se que a reflexão sobre o procedimento causa um profundo mal-estar nestes enfermeiros com a ação praticada. Em muitos casos, as declarações foram acompanhadas de lágrimas, revelando que a situação afetou no momento e continua a afetar, mesmo com distanciamento temporal. É também partilhada a falta de preparação para situações tão extremas, dizendo-se “Acho que não estamos preparados para...”. Sendo a vida que está em questão, a não assistência ao feto nascido vivo adquire uma imagem de desumanidade, sobretudo colocada em contraste com o investimento em fetos prematuros. Esta perceção de investimento nesses bebés, em confronto com o aborto de igual tempo fetal, também é mencionada no trabalho de Zoboli (2010). Esta autora afirma que dar conforto, nesta situação, ao recém-nascido é primordial. Ainda que não se possa salvar aquela vida, pelo menos logre morrer em conforto. Assim, e segundo Zoboli (2010) permite-se aos enfermeiros, obrigados a lidar com esta realidade, sentir que fizeram algo por aquela pessoa.

Efetivamente, a questão do conforto surge associada a este problema ético. É este “deixar só” que propicia maior angústia aos profissionais: “*ficou ali... sozinho*”. Efetivamente, este não é um cuidado que cumpra um critério, paradoxalmente aos cuidados de fim de vida já tão interiorizados na filosofia do agir dos enfermeiros. Não existindo, fica ao discernimento de cada um. Há enfermeiros que aconchegam ou dão colo. Todos os entrevistados revelaram preocupação em dar conforto, dizendo “*esta decisão de o deixar enroladinho no resguardo foi, ..., a única maneira que eu tive de... de o tornar confortável naqueles minutos finais*”.

A dúvida de como agir, o que fazer, surge no momento imediato ao abortamento do qual resulta o nascimento de um feto vivo. Naquele segundo seguinte, em que há que tomar uma decisão, o enfermeiro questiona “*vai-se para a frente com investir neste bebé ou não investir?*” ou “*o que vai ser feito deste bebe?*”. Em quase todas as entrevistas em foi referido, fica a dor por não ajudar e a sensação de falha com o papel esperado destes enfermeiros, que se pode traduzir nesta unidade de contexto: “*Deixá-lo morrer...*

Nós quando somos enfermeiros de saúde materna nunca, nunca pensamos nisso. Pensamos sempre na qualidade que... de vida e dar a vida”.

Outra subcategoria é “Dúvida sobre como lidar com o aborto no limiar da viabilidade fetal”, surgindo em situações descritas de abortamento entre a 23.^a e 24.^a semana de gravidez, mas ao contrário da situação anterior, temos um feto sem vida. Todavia, sendo toda a compleição semelhante a qualquer outro recém-nascido, conjuntamente com a dor sentida pela pessoa, surge o problema para o enfermeiro que tem dupla face, lidar com o sofrimento de perda da grávida e lidar com o seu próprio sofrimento, uma vez que a morte também o afeta, dizendo-se “*é mau, é mau para lidar com... com ela, com a situação e é mau para nós também, enquanto profissionais*”. A morte de quem nem teve tempo para chegar a «ser» é sofrida em conjunto “*para mim foi muito difícil gerir toda aquela situação... como nós estamos num bloco é suposto haver sorrisos, amor, carinho e notícias boas, não é?*”. É o sentimento de impotência para ajudar que gera dúvida “para a escolha das intervenções de enfermagem” (Deodato, 2014, p. 41).

Nas entrevistas, foi também mencionada a dificuldade dos enfermeiros em lidar com a escolha da mãe de abortar o feto com Trissomia XXI. Em todas as entrevistas realizadas (em que foi referido este problema) é, efetivamente, o único diagnóstico médico de doença fetal que suscita dúvidas aos enfermeiros e os leva a questionar-se como devem agir. Efetivamente, existem estudos que indicam que 60- 90 % das mulheres que recebem um diagnóstico pré-natal de Trissomia XXI efetuam o abortamento (Natoli, Ackerman & Edwards, 2012) e, por outro lado, algumas pesquisas com os pais destas crianças, indicam que 97 % revelam o seu amor e orgulho nestas crianças, com apenas 4 % a referirem arrependimento (Skoto, 2011). Segundo Kaposy (2013), a informação dada ao casal deve garantir que este esteja consciente das consequências e decisões a tomar, sendo igualmente necessário que os testes não sejam requisitados de forma pouco consciente (Kaposy, 2013). Esta subcategoria foi denominada “Dúvida sobre como enfrentar a decisão da mulher que faz interrupção por diagnóstico médico de Trissomia XXI”, estando na sua base a seleção genética baseada em rastreios pré-natais. Esta realidade acaba por estar muitas vezes interligada também, com o nascimento do feto vivo, uma vez que são permitidas as interrupções até à 24.^a semana de gestação.

A “Dúvida sobre como lidar no confronto entre a vontade da mãe e a vida do embrião” refere-se ao aborto até à 12.^a semana, tão debatido pela própria sociedade. Os profissionais entrevistados, defensores da vida como valor do qual não abdicam e dando cumprimento ao Art.º 103.º, do EOE que declara que

O enfermeiro, no respeito do direito à vida da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias, revelam ter dificuldade em lidar com situações em que a pessoa decide interromper uma gravidez, por motivos como *“agora não me dá jeito”* ou *“só quero para o ano que vem”*. Em todos os restantes discursos, podemos afirmar que os enfermeiros revelam uma grande isenção e abstenção de juízos de valor perante a opção de aborto. O conhecimento dos profissionais da dificuldade crescente em engravidar de muitas mulheres também contribui para esta dúvida no seu agir, mas, concomitantemente, reconhece o direito à livre escolha da mulher. Assim, o problema surge na decisão entre proteger a vida e respeitar a autonomia da pessoa que interrompe essa gravidez. Há uma afirmação que evidencia esta dificuldade, quando o enfermeiro assume que votou a favor da liberalização do aborto e, contudo, ao confrontar-se com a necessidade de efetuar o procedimento, sente que afinal é uma ação com a qual tem grande dificuldade em colaborar, dizendo que *“na teoria é tudo muito fácil”*.

A subcategoria “Dúvida sobre como agir em caso de aborto fora dos prazos estipulados pela lei e confronto entre a possibilidade legal e o risco de vida da mulher” emerge com um pedido de aborto, fora dos prazos estabelecidos na lei (além da 12.^a semana). Consciente de que o aborto será efetuado sob qualquer circunstância, colocando em risco a vida e a saúde da própria mulher, o enfermeiro questiona-se sobre qual a melhor solução para esse caso, procurando informação que permita esta interrupção, dentro do enquadramento legal vigente. Poderíamos dizer que esta subcategoria contraria tudo o que foi afirmado até agora pela defesa da vida humana, todavia, todos os casos devem ser analisados de forma independente e à luz da sua própria circunstância. O que direciona o enfermeiro para esta decisão relaciona-se com aquilo que é o contexto da pessoa que tem à sua frente, com o seu passado e com as suas circunstâncias pessoais. Tudo isto é ponderado na decisão, e esta deliberação leva à decisão de invocar a alínea 1a), do art.º 142.º, do Decreto-lei n.º 48/95, que nos diz que

Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando: a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida.

Ultrapassadas que estavam as 12 semanas, é então invocado o perigo para a saúde psíquica desta mulher. O enfermeiro procura, sem dúvida, uma escolha entre alternativas e, segundo os seus valores e a situação com que se confronta, procura o bem que é *“aquilo por que verdadeiramente se anseia”* (Aristóteles, 334^a.C./2016, p.68). Outra situação mencionada surge em contexto muito anterior à atual lei, em sintonia com o anteriormente afirmado, é equacionada a proteção da vida da grávida, assumindo o enfermeiro essa proteção ao perceber que a pessoa vai procurar o aborto em qualquer circunstância. Neste caso, mesmo em oposição com a lei (ainda não estava aprovada a interrupção até à 12.^a semana), o enfermeiro procura salvaguardar a vida e a integridade da pessoa, depois de esgotar todos os esforços no sentido de demover a pessoa da sua decisão.

Por último, temos ainda a subcategoria *“Dúvida como lidar com o sofrimento de mulheres que fazem interrupção da gravidez”*, em que o enfermeiro se confronta com o sofrimento de perda de uma vida e sobretudo a perda de um projeto de vida, da grávida. Apesar de ser competência dos enfermeiros especialistas ESMO, *“os cuidados inerentes ao trabalho de parto e puerpério, em particular nas situações de Morte Fetal”* (OE, 2010) e sendo, também sua responsabilidade *“conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal”* (OE, 2010), esta situação é também identificada como problema em trabalhos anteriores como, por exemplo, Rodrigues (2011) que afirmou que *“os enfermeiros que cuidam destas mulheres e famílias também vivenciam a situação, podendo sentir algumas dificuldades em lidar com este processo de perda, pois é uma área triste de uma especialidade normalmente associada à alegria”* (Rodrigues, 2011, p. 28). Da mesma forma, esta especialista conclui no seu trabalho que faria sentido existir na formação uma maior relevância sobre os cuidados de enfermagem perante a ocorrência de perdas na gravidez, sugerindo uma *“reformulação dos planos curriculares com maior relevo nesta temática”* (Rodrigues, 2011, p. 54), assim como a

promoção de reuniões em que se partilhem estes temas. Também Koch (2014) afirma que a perda gestacional é avassaladora que “apesar do reconhecimento desta problemática, quer a sociedade em geral, quer os profissionais de saúde, não estão verdadeiramente conscientes das implicações e do significado que estas perdas geram em quem as sofre” (p. 79).

Miranda (2016), no seu estudo sobre a interrupção involuntária, detetou que “A disponibilidade para apoiar, apresentada pelos enfermeiros, não era uniforme, dependendo muito das características pessoais de cada um deles, independentemente de possuírem ou não formação especializada na área da saúde materna” (Miranda, 2016, p. 283). Foca ainda respostas de grávidas que invocam a necessidade de ter com elas alguém que as informe, dizendo que alguns dos cuidados se limitaram à satisfação das necessidades físicas. Também na categoria “Complementaridade funcional” é abordada a questão do sofrimento a que estas mulheres estão muitas vezes sujeitas, até pela sujeição a uma indução do trabalho de parto, mas o problema aí identificado está relacionado com a discordância do enfermeiro com a opção tomada pela equipa, embora seja relevante o sofrimento a que a mulher está sujeita, optamos pela a assunção em distintas categorias.

Os problemas enunciados afirmam o respeito pela vida em toda a ação do enfermeiro, contudo há também respeito pela vontade do outro e uma necessidade imperiosa de assegurar que as condições para realização do aborto não coloquem em risco a mulher que tomou essa decisão. Há, algumas vezes, um nítido confronto entre aquilo que são os valores do próprio enfermeiro e os valores da pessoa de quem cuida, mas prevalece no cuidado, o respeito pelo outro, o respeito pelos valores do outro, evitando-se o juízo de valor.

Evidencia-se nesta área problemática a situação do nascimento do feto vivo, com o qual os enfermeiros têm, mais do que um problema, uma angústia em lidar. Os relatos, conforme são feitos, são vivenciados mais uma vez, e o sofrimento é expresso nesse «contar» do acontecimento. Aqui, por breves segundos, minutos ou horas, o feto cumpre com o critério do Código Civil, que afirma no seu art.º 66.º que “a personalidade jurídica só se adquire com o nascimento completo e com vida” (Código Civil, Artigo 66.º, alínea 1.ª) e isto faz-nos questionar em que é que este feto, destinado a morrer, é diferente de todas as outras crianças.

É de notar que na nossa revisão de literatura o aborto é referido como um problema ético de enfermagem, todavia não existe uma especificação nos artigos selecionados. Nos pareceres da OE a questão da interrupção surge como problema para os enfermeiros, mas as questões colocadas prendem-se com o Estatuto do enfermeiro objeto, que não é identificado nestas entrevistas.

1.1.3. Problemas éticos relacionados com a Gestão de conflitos com utentes e familiares

Esta categoria identifica a área problemática de gestão de conflitos, com utentes e seus familiares, uma vez que são identificados pelos enfermeiros como problemas com os quais têm dificuldade em lidar. Efetivamente, a área do cuidado à grávida ou em contexto de planeamento familiar, requer relação com a pessoa e seus familiares. Estes múltiplos contatos levam ao confronto entre diferentes mundividências gerando, por vezes, conflitos, até pelo ambiente de incerteza em que múltiplas vezes se desenvolve a saúde materna e obstétrica.

No discurso enunciado pelos enfermeiros que constituem a nossa amostra, identificamos sete subcategorias dentro desta área problemática.

A primeira subcategoria identificada foi “Dificuldade em lidar com a decisão autónoma da mulher em risco elevado”, em que incluímos todas as unidades de contexto em que os enfermeiros referiram problemas em lidar com a decisão autónoma da mulher grávida. Denota-se, no discurso dos enfermeiros entrevistados, o confronto entre aquilo que consideram ser a sua obrigação de respeito pela autonomia e aquilo que consideram ser o cuidado seguro. Estamos perante um fenómeno que não é exclusivo da área de início de vida e, perante um público cada vez mais bem informado, o enfermeiro depara-se com contextos em que a decisão está do lado da grávida, mas com a qual pode não concordar e até considerar que coloca em risco a saúde e a vida da mulher e do bebé. Além do risco, está também referido o próprio conforto, mais concretamente a sua ausência, durante o trabalho de parto pelas escolhas efetuadas por essas mulheres. Detetamos também que muitos destes constrangimentos partilhados são conotados com aquilo que muitos apelidam de movimentos naturistas, e respetivos planos de parto, que colocam novos desafios aos profissionais de saúde, no sentido em que existe

necessidade de se ponderar entre aquilo que são os desejos e expectativas que o binómio mulher/casal tem para o seu parto e aquilo que se considera ser a segurança da mesma, residindo aqui o problema ético.

Dentro da mesma linha, surge também o problema “Dificuldade em lidar com as expectativas da mulher no parto”, geradora de tensões, que mais uma vez colocam o enfermeiro perante aquilo que é a informação que a doente traz e aquela que é a realidade do parto.

A subcategoria “Como lidar com a violação da liberdade de escolha da mulher pelo companheiro e familiares” emerge na dúvida de como agir perante uma mulher que deseja fazer interrupção por malformações fetais e sofre de coação por parte do marido e dos familiares para manter a gravidez. Mais uma vez, o enfermeiro confronta-se com os familiares, no sentido de proteger a mulher e a decisão daquela mulher. Contudo, e sobretudo no lidar com culturas diferentes, existe a consciência de todas as implicações que essa decisão pode ter para aquela grávida na sua inserção na família e, até na sociedade, requerendo do enfermeiro competências extraordinárias no sentido de manter o apoio à grávida, mas deixando margem para apoiar, igualmente, qualquer decisão que possa ser tomada.

Segue-se a subcategoria “Dúvidas na gestão da agressividade de pais e familiares”. Neste problema ético, os enfermeiros sofrem exposição a violência quer de forma verbal, quer de forma física. A dúvida surge em como lidar com estas situações de forma que o desfecho seja o menos negativo possível. No primeiro caso mencionado nestas entrevistas, há uma ameaça explícita com recurso a arma branca e o enfermeiro pondera a melhor forma de se proteger e, por outro lado, pôr fim aquela ameaça. É também um tema atual, a violência sobre os atores da saúde e requer medidas concretas para que se possam efetuar cuidados de saúde sem colocar em risco a integridade física e psicológica dos próprios profissionais. Por outro lado, e nestes casos em concreto, a maior dificuldade sentida foi o desconhecimento de qual a melhor forma para lidar com a situação vivida. Nesta subcategoria, surgem-nos também casos de violência sobre os enfermeiros, assim como confrontos ocasionados pelos planos de parto (com escolha dos «métodos naturais») e, também, no cerceamento da liberdade da mulher pelo

próprio companheiro, perante a opção de abortamento devido a múltiplas deficiências do feto.

Há, ainda, na identificação deste problema, um caso de violência verbal exercida por parte do progenitor, que se encontra a acompanhar o trabalho de parto. O enfermeiro confronta-se com coação exercida sobre a grávida que decide não cumprir com o plano de parto estabelecido pelo casal, assumindo-se aqui o enfermeiro como «advogado» da grávida e fazendo prevalecer a sua vontade atual. Desta forma, o enfermeiro lida com o problema de enfrentar o progenitor, em defesa da grávida. De igual forma, é constatado que, em alguns destes casos, o progenitor toma decisões sobre o corpo da mulher e coloca dúvidas ao enfermeiro de como deve agir. Numa área vocacionada para o atendimento à mulher e em que o envolvimento do progenitor é desejado, há dificuldade em lidar com a assunção total da gravidez pelo mesmo, dizendo-se “*Estão grávidos. Agora, até estão a parir também...*”.

A subcategoria “Dificuldade em lidar com a agressividade em consequência de um diagnóstico dado por telefone” tem origem em informação dada por via telefónica, causando agressividade por parte da grávida que a recebe. Neste caso, o enfermeiro confronta-se entre aquilo que é o procedimento habitual no serviço, a necessidade de assegurar a confidencialidade dos dados e a segurança da própria grávida ao receber a informação. Este confronto leva a uma reflexão que coloca em causa os procedimentos do próprio serviço e que culmina com a mudança dos mesmos. Talvez um exemplo paradigmático da necessidade de identificação do problema ético. Esta identificação pode levar à reflexão sobre a prática e esta reflexão levar a resoluções que permitem que os mesmos não se repitam, uma vez que são antecipados pelos profissionais.

A “Dificuldade em lidar com a decisão autónoma do pai” está em consonância com a primeira subcategoria aqui mencionada, mas aqui há o binómio progenitora/ progenitor, que no exercício da sua autonomia opta por partos naturais e recusa de vacinação. Esta binómio é tão forte que o enfermeiro chega a apelidar de “*simbióticos*”, mas a dificuldade prende-se com o que já foi referido anteriormente, balancear entre aquilo que é o respeito pela autonomia e direito a decidir do casal, e aquilo que o enfermeiro considera um risco para a segurança da mãe e também da criança.

Ainda na área do conflito com a grávida, surgem casos que podem ser apelidados de aberrantes e que requerem intervenção policial, que apelidamos de “Dificuldade em lidar com comportamentos estranhos”. Quer perante a própria situação, quer na articulação com as autoridades surge o problema ético, pois o enfermeiro confronta-se entre aquilo que é a estranheza de um caso que pode ser um crime e a forma como deverá proceder perante o mesmo. Ergue-se ainda a dúvida a quem apelar, legalmente, hesitando-se entre necessidade de recorrer às autoridades e a prestação do próprio cuidado.

São então várias as áreas de conflito, mas sobressai em quase todas a necessidade de proteger a integridade (física e psicológica) da grávida e da criança, perante o progenitor e familiares. Diferencia-se desta questão a salvaguarda da integridade física e psicológica do próprio enfermeiro, sempre que a mesma é colocada em risco.

1.1.4. Problemas éticos relacionados com o Lidar com aborto espontâneo

Numa área associada a felicidade, esperança e vida, surgem casos e expectativas fracassadas, manifestando o enfermeiro perante este acontecimento, dificuldade em saber como agir perante a tristeza e frustração daqueles que se confrontam com esta situação. Nesta categoria, identificamos 4 diferentes problemas éticos, que foram distribuídos por 4 subcategorias distintas: “Dificuldade em lidar com perda de gravidez desejada”, “Dificuldade em lidar com nado morto”, “Dúvida como agir perante casos de aborto espontâneo” e “Incapacidade para lidar com a situação”.

De uma forma geral é a “Dificuldade em lidar com a perda da gravidez desejada” que mais dificuldade apresenta para o enfermeiro. A área da maternidade é, de uma forma geral, associada à felicidade do nascimento. Há um pressuposto de que tudo vai correr bem. É uma área de planos, de projetar um futuro, de projeção pessoal e até de continuidade.

A morte aparece aqui como dissonante e, desta forma, também o enfermeiro sente dificuldade em saber como agir, perante tanta dor. Também Koch (2014) afirma que “Lidar com as perdas gestacionais é sempre um processo complicado para todos os intervenientes - mães, pais, profissionais de saúde - no qual se jogam decepções e angústias, num momento que se desejava de encontro com uma nova vida” (p. 17). Esta autora afirma que vários estudos recomendam um maior envolvimento e

aprofundamento desta área de atuação na enfermagem. Desde o saber escutar à “falta de preparação, os constrangimentos de tempo e a experiência vida” (Koch, 2014, p. 19) são identificados como fatores que dificultam o apoio nesta área. Refere, também, a falta de experiência pessoal, imaturidade e pouca familiaridade com o próprio processo de luto, mesmo em enfermeiros especialistas, propondo na sua tese de doutoramento um modelo de intervenção. Assume que “Os profissionais de saúde tornam-se, assim, parte importante no processo de transição e recuperação destas mulheres, embora frequentemente se foquem mais no processo fisiológico do abortamento e, não tanto, nos aspetos emocionais que o envolvem” (p. 278). É também na comunicação que pensamos estar a grande dificuldade e por isso existe a subcategoria “Transmissão de informação”, mas também no saber estar, porque nem sempre as palavras podem ajudar, como indica a unidade de contexto “...e pediu-me: *“Deixe-me só chorar consigo”*”, afirmando o enfermeiro o quão difícil foi para ele.

É relevante que a maior parte destes procedimentos, além da dor emocional, acarretam dor física, como se traduz nesta afirmação “*O embate grande naquela hora... mas não é só aquela hora. É que depois estas senhoras vão ter que ficar, re...é a indução de parto. São horas mesmo muito complicadas. Em cada minuto elas precisam de...*”. A dor e sofrimento da pessoa, são sinónimo de dor e sofrimento para o enfermeiro traduzindo-se em afirmações como “*sinto-me a afundar*” ou “*marcou-me muito*” e “*tristeza*”.

No Brasil, Schroeter & Pereira (2019) abordam o tema do ensino na área da saúde materna e concluem que “Há limitações na abordagem do tema aborto no ensino da graduação em enfermagem (...)” (p. 5), dizendo mesmo que não existe “*formação crítico-reflexiva nas discentes*” (p. 5). Em Portugal, apesar da pesquisa efetuada na EBSCO, RCAAP e Veritati, só encontramos a tese de dissertação de doutoramento de Koch, que identifica o mesmo problema, mas que data de 2014. Pelas afirmações, nestas entrevistas, parece que o investimento nesta área será necessário, mas por outro lado a sensibilidade, empatia e o “deixar-se afetar pelo outro”, estão patentes nestes discursos.

Nesta categoria, e ligada à perda, há muitas vezes o caso de a mesma ser concomitante ao momento do parto. Não há preparação. Não há notícia anterior ou sinais que o possam antecipar “*nada que fizesse antever isto... não há uma explicação que possa dar*”. Há uma parto e um nado-morto, que desencadeia o não saber como agir, perante o

choque de todos os intervenientes. Esta categoria foi denominada “Dificuldade em lidar com nascimento de nado morto”. Afirmações como “*elas sentem-se abandonadas, ou seja, tiveram um filho, passaram pela experiência de ter um filho e...estava morto*”. O constrangimento é absoluto e o “*silêncio terrível... e só se ouvia o choro do pai e a minha respiração*”. O choque é tão avassalador que “*lembro-me só de me encostar à parede, e deslizar pela parede abaixo e chorar. Foi a única coisa que me lembrei*”. O enfermeiro afeta-se pelo outro, pelo sofrimento do outro. O sofrimento inerente a estas situações não desaparece com a experiência dizendo-se “*ah, nós nunca ficamos imunes a nada nem... nem ganhamos capa. De todo. Isso para mim é impossível, acho que não há forma de nós sermos insensíveis a este tipo de questões e a qualquer tipo de problema ético*”. Revelam, contudo, alguma discrepância de comportamentos dentro das equipas de enfermagem. Se uns assumem, permanecem e lidam com o sofrimento (seu e da pessoa), outros fogem literalmente, naquilo que é descrito como há “*... quem chegue a essa altura e tenta não estar. Vê-se muito nossa prática, há colegas que têm uma atitude de fuga, que dizem: ‘Eu não consigo lá ir, porque não consigo simplesmente lidar com isso’*”, surgindo assim a nossa última subcategoria, “*Incapacidade para lidar com a situação*”. Ao enfrentar o sofrimento de perda é também a dúvida de como proceder que faz surgir o problema ético, mas aqui o enfermeiro não consegue lidar com a situação, ficando «perdido» no sofrimento e afirma “*eu aí não consegui, não consegui. Não consegui dar o meu apoio. Não consegui estar presente, porque emotivamente não... não consegui. Foi uma coisa que me marcou...*”. E esta marca perdura no tempo e é revivida de forma tão dolorosa, como se fosse novamente vivenciada durante as entrevistas. A incapacidade para lidar com a situação surgiu nestas entrevistas em duas situações concretas: Situação semelhante vivida pelo profissional ou sendo a grávida contato próximo do enfermeiro.

A “Dúvida como agir perante casos de aborto espontâneo” é só distinta da categoria “Dificuldade em lidar com a perda da gravidez desejada” apenas por se referir diretamente à ação técnica, propriamente dita, e menos à atitude ou acompanhamento emocional, como na categoria anterior. A questão colocada é “*e agora o que é que eu faço, não é? Qual vai ser a minha atitude perante isto?*”.

Concluída esta categoria, parece-nos pertinente terminar com uma frase dos enfermeiros aqui entrevistados que traduz aquilo que é a dificuldade nesta área problemática de “Lidar com aborto espontâneo de gravidez desejada” e que tão bem expressa o sentimento dos enfermeiros que com ela lidam “*Dói, dói. Já não me dói tanto, hoje já consigo... Pronto é claro que revemos sempre... quando, quando falamos, mas eu... inicialmente não conseguia sequer falar sobre isto, pronto, ah, depois foi... foi-se falando, até porque acho que quando me perguntam muito desta... desta área da maternidade, da especialidade, ‘ah, é uma especialidade tão bonita, tão lindo, tão cor-de-rosa’... Eu digo sempre a mesma coisa, não, porque as coisas não correm sempre bem... ahm*”. A experiência ajuda, como diz Koch (2014), contudo não elimina o sofrer com o outro e pelo outro. Sobretudo, desmistifica aquilo que é aqui afirmado como “*tão cor-de-rosa*”, pois é uma área em que a expectativa da felicidade é muitas vezes defraudada de uma forma inesperada e, por vezes, até, socialmente pouco valorizada. Esta sensação, transforma-se em certeza quando Koch (2014) demonstra nas suas entrevistas, o quão vulgar são frases como “*És nova. Engravidas outra vez*”. É muito difícil para quem tem a perda e, fica demonstrado o quão difícil é para os enfermeiros que acompanham as mães e pais neste processo.

1.1.5. Problemas éticos relacionados com a Responsabilidade profissional

A área problemática *responsabilidade profissional* está identificada em Nunes (2006), mas com o nome de “Responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes” e ligada à responsabilidade assumida pela equipa multidisciplinar, em que se afirma ser do “domínio... colaborativo” (p. 281).

Nesta investigação, optamos por considerar a complementaridade funcional e a responsabilidade pessoal de cada enfermeiro e, dentro da equipa de enfermagem, como duas áreas distintas.

Nunes (2006) afirma, relativamente à responsabilidade que a “A simples menção da palavra evoca um traço do sujeito, uma característica de uma ação, uma categoria legal, um dever associado a uma função ou papel” (p. 173), havendo o assumir de uma responsabilidade por algo que nos foi confiado.

Segundo Cabral (2000), etimologicamente, a palavra responsabilidade deriva do latim “*respondere, comprometer-se (spondere) perante alguém em retorno*” (p. 113). Este

autor menciona também que é “Qualidade ou característica de quem é responsável, a responsabilidade é a capacidade-e-obrigação de responder ou prestar contas (capacidade que se actualiza na obrigação) pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as suas consequências” (Cabral, 2000, p. 113). O enfermeiro, como pessoa e profissional, responde perante a sua própria consciência, mas também responde perante a sociedade assumindo a sua responsabilidade jurídica e deontológica pelos atos praticados, em âmbito profissional. Já Vieira (2004) afirma que

(...) a responsabilidade surge quando alguma missão, alguém ou alguma coisa nos é confiada; é preciso que alguma coisa ou alguém me seja confiado, que alguma coisa ou alguém seja colocado sob minha guarda, sob a minha proteção, para que eu tenha que responder por ela ou perante ela (p. 302).

Nesta categoria, surgiram-nos 5 subcategorias. A primeira nomeamos “Dúvida sobre como assumir decisões difíceis”. Depois surgiram outros problemas éticos que foram denominados “Dúvida como lidar com a responsabilidade nas decisões de cuidado”, “Falta de apoio da equipa de enfermagem na decisão”, “Dificuldade na articulação com o sistema legal, judicial ou policial” e “Como lidar com situações de recusa de cuidado, baseado na objeção de consciência”

Na primeira subcategoria, “Dúvida sobre como assumir decisões difíceis”, deparamos no discurso, que ao rever a situação mencionada, ao voltar a ela, o enfermeiro mantém a incerteza quanto à ação praticada e dificuldade em assumir o que foi feito, em assumir a responsabilidade «por». Sobretudo, quando volta à ação e imagina (a imaginação, mencionada em Ricoeur) novos caminhos, novas soluções em retrospectiva. E nessa retrospectiva, o enfermeiro, também, se autoavalia. Há a noção que “*podia ter feito de outra maneira*” ou mesmo o assumir do “*fiz mal*”. Uma certeza fica do discurso que se constata na frase “*Há coisas que nos marcam para sempre*”, pensamos, que aqui, estamos perante aquilo que Vieira (2004) afirma ser a responsabilidade ética que “(...) nasce no instante em que o outro me afecta pela sua presença” (p. 302). Nasce, muitas vezes, da avaliação do próprio ato já realizado, mas também se assume que na altura de tomar a decisão, decisão essa que é definida como “*Isto é uma decisão sempre muito difícil de tomar*”.

Em relação ao “assumir decisões difíceis”, há uma natureza retrospectiva, mas incluímos nesta subcategoria, igualmente, a incerteza para a própria decisão uma vez que, como

foi algumas vezes afirmado a obstetrícia “*é uma área que se sabe muito pouco, ou seja, às vezes há coisas que acontecem e não se percebe porque é que*”. Ou seja, existem situações imponderáveis e, mesmo cumprindo protocolos e seguindo o que a ciência e o conhecimento disponível indicam, ocorrem desfechos negativos. Estamos assim perante a dúvida no seu sentido mais puro. Há um campo desconhecido, de não controlável e perante isto surgem problemas de como agir, mas sempre na busca do melhor caminho perante a incerteza característica da própria área de obstetrícia.

A subcategoria “Dúvida como lidar com a responsabilidade nas decisões de cuidado” está relacionada com a prestação de determinado cuidado, fora do âmbito profissional do enfermeiro, substituindo-se a outros profissionais. Existe, apesar da dúvida em efetuar o ato, consciência do risco dessa mesma decisão, mas sempre com o objetivo de salvaguardar a integridade da pessoa de quem cuida. Assim, assume-se a responsabilidade do ato, arrogando aquilo que é o mandato social e profissional ou o pacto de cuidado. Estando em risco a vida ou a segurança da pessoa ao cuidado do enfermeiro, ele age, ainda que sobrepondo-se a outros membros da equipa, porque na altura ele é o mais competente para o fazer. Efetivamente, “Porque alguém conta comigo, eu sou responsável pelas minhas acções diante de um outro, sou responsável por manter a conduta esperada” (Vieira, 2004, p. 302). O problema emerge deste balancear do risco que corre o profissional de enfermagem ao sair da sua esfera de cuidado, dizendo poderia “*ter corrido mal para mim*”. Surge também em situações em que a pessoa assumiu a responsabilidade do ato, mas sente que devia ter agido de outra forma, como por exemplo numa comunicação do estado de uma grávida a um médico. Se tivesse feito de outra forma, teria tido o mesmo desfecho? É uma subcategoria também muito retrospectiva e mais uma vez a pessoa volta à ação, através do «dizer» dessa ação. Procede também à avaliação do ato e dessa avaliação sai mais experiente e capaz de cuidar mais e melhor. Assim, o enfermeiro aprende e cresce com a dúvida.

Outro problema ético identificado é a “Falta de apoio da equipa de enfermagem na decisão”, surge em contexto exclusivo de equipa de enfermagem. Perante casos em que existem situações em que o enfermeiro não sabe como agir e fica sem apoio dos colegas, na sua decisão. Surge também em casos de falta de apoio pelas próprias chefias. Alguns dos casos partilhados reportam-se a situações de alguma inexperiência

do profissional que se depara com aborto espontâneo e com um processo de «fuga», por parte dos colegas naquela situação que leva o enfermeiro a ter de assumir uma decisão, sendo posteriormente criticado por esses mesmos colegas, pela decisão em que não teve qualquer colaboração por parte da equipa, ou seja, esquecendo aquilo que é a obrigação deontológica de “ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional” (antigo alínea b) art.º 111.º). Relativamente às chefias, é sobretudo mencionado falta de apoio nas decisões tomadas pelos enfermeiros da equipa e que tão bem se traduz na frase “*às vezes não temos coragem, porque não sentimos apoio literalmente*”. É também mencionada a dificuldade em afrontar aquilo que são os sistemas instituídos.

A subcategoria “Dificuldade na articulação com o sistema legal, judicial ou policial” surge em contextos distintos. A primeira situação surge perante a dúvida que se coloca ao enfermeiro, ao ter que cumprir a lei e achar a mesma desfasada da realidade questionando-se se deverá “*cuidar*” a pessoa ou “*cumprir a legislação*”. Este problema emerge na necessidade de saber o que fazer perante casos em que o enfermeiro, que conhece a legislação, a considera incongruente com aquilo que são as necessidades da pessoa de quem cuida. Assim, há um sentimento de incerteza em relação àquilo que considera a atitude/ação adequada ao caso concreto.

A segunda situação surge num quadro de total surpresa perante uma mulher que vai parir e que foge, deixando os enfermeiros sem saber como agir e questionando-se quais os procedimentos legais ou judiciais que devem efetuar. Efetivamente, o enfermeiro naquilo que é a prestação do cuidado está obrigado a “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão” (art.º 79.º alínea a)).

Por último, a subcategoria “Como lidar com situações de recusa de cuidado, baseado na objeção de consciência”. Estamos perante um problema ético desencadeado pela incerteza de como lidar com aqueles se recusam a prestar cuidados, com base na invocação da objeção de consciência. Não é a dúvida no direito dos colegas à sua liberdade de consciência, que reconhecem, mas até que ponto essa liberdade de consciência pode afetar as pessoas alvo dos cuidados. É esta a «incerteza», é com este balancear entre aquilo que são os direitos dos enfermeiros e aquilo que são os direitos

da pessoa ao cuidado e, nos casos aqui relatados, aquilo que será o «tempo útil» para efetuar esses cuidados.

Os enfermeiros assumem a sua responsabilidade, mesmo quando não procedem da melhor forma, perante a sua própria consciência, ou assumem o risco de praticar a ação, mesmo que ela exceda o seu campo de ação, mas na ponderação dos riscos para a pessoa, decidem ser essa a melhor ação para o caso em concreto.

1.1.6. Problemas éticos relacionados com a Transmissão da informação

À luz da categoria já enunciada por Nunes (2006) e por Deodato (2014) como *Informação*, denominamos esta categoria ou área problemática como *Transmissão da informação*. Não ignorando a identificação realizada por Nunes (2006), foi adaptada a denominação desta categoria à luz da definição de problema ético de Deodato (2014). Assim, o problema é direcionado para a interação com a pessoa e a forma como efetua a transmissão da informação ou na dúvida como o deve fazer. Esta categoria foi também elencada nos pareceres do CJOE.

Evidenciam-se, nesta área problemática, as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na transmissão da informação à grávida ou família, de informação adversa como por exemplo morte fetal ou diagnóstico de malformações. É, como afirmou Deodato (2014), a ação de informar, que se assume “como uma entidade *cuidativa* autónoma e é nessa medida que o enfermeiro chama a si essa intervenção” (p. 210).

Nos trabalhos anteriores, prevalecem “as dúvidas sobre o dever de transmitir determinados dados de saúde, em função da situação específica da pessoa” (Deodato, 2014, p. 209), colocando-se a dúvida «contar ou não a verdade». Nos dados recolhidos, e com a amostra que acedemos, esta dúvida não se coloca a nenhum dos enfermeiros entrevistados. A verdade e o dizer a verdade são inquestionáveis nos discursos. A forma de comunicar essa verdade é que preocupa estes enfermeiros. Transmitir sem causar dano. Embora se parta de um problema algo diferente dos estudos precedentes, continua em causa uma «incerteza quanto ao agir» e continua a prevalecer a necessidade de proteção da pessoa perante a má notícia por perda do feto, deficiência do feto ou por doença da grávida. Como se afirmou anteriormente, o dizer a verdade requer competências e habilidades, assim como sensibilidade, pois na área da saúde e, particularmente para os enfermeiros, a verdade vai além dos factos, uma vez que a

informação transmitida pode ter consequências drásticas na vida das pessoas. A dificuldade sentida pelos enfermeiros na transmissão de informação à grávida ou família, perante a «má notícia» distribui-se por 8 subcategorias.

A subcategoria “Dificuldade em dar informação sobre a morte fetal de gravidez desejada ou nado morto” é mencionada reiteradamente. Numa área de esperança, a morte ocorre, muitas vezes, inesperadamente. Como atenuar esta notícia ou qual a melhor forma de se dar a informação é a incerteza que surge, quanto à melhor decisão a tomar.

Outra subcategoria é “Dúvida sobre o que informar perante diagnóstico médico de doença de transmissão sexual, no momento do parto”. Esta incerteza surge quando o enfermeiro identifica doença de transmissão sexual no início de um parto. Apercebendo-se da ausência de conhecimento por parte da parturiente, coloca-se ao enfermeiro a dúvida como deve fazer essa comunicação. A dificuldade é como dar a notícia sem interferir com o momento de alegria em que se encontram, com o iminente nascimento da criança. Em pouco tempo, há que informar a mãe da sua situação e dos tratamentos a que terá que ser sujeita, assim como o recém-nascido, mas também o próprio pai, que também está presente. Simultaneamente, sendo uma doença do foro sexual, há toda uma carga emocional que torna contraproducente a informação ao casal. Assim, são requeridas qualidades que vão muito além da capacidade de transmitir um diagnóstico. Há que aferir todas as palavras de forma a não destruir o momento e alegria, não ferir suscetibilidades entre o casal e permitir que sejam tomadas todas as medidas necessárias para o seu tratamento. Transmitir a verdade é ponto de partida, mas como o fazer no momento do parto é o problema que se coloca ao enfermeiro.

A subcategoria “Dificuldade de adaptar a transmissão da informação a pessoas com diferentes etnias culturais (diferentes religiões)” surge com alguma frequência no discurso dos enfermeiros. Efetivamente, a multiculturalidade coloca desafios aos profissionais de saúde, não constituindo o âmbito de início de vida uma exceção. Os enfermeiros referem este problema perante pessoas com diferentes formas de estar e, perante o seu próprio desconhecimento acerca dos seus hábitos culturais e ritos religiosos, pois como se afirma há uma “*postura um bocadinho diferente*”, isto obriga

os enfermeiros a confirmarem e a “*certificarmos que ela entende*” e, por vezes, é “*muito complicado*” fazer passar a informação. Numa sociedade multicultural, com distintas mundividências, em que lidamos com religiões e culturas distintas, surge dificuldade na forma como se pode cuidar e comunicar com as pessoas. Efetivamente, o enfermeiro não sabe como ajudar sem entrar na esfera íntima da pessoa e, por isso, há também a revelação da dificuldade em entrar nesse mundo restrito e desconhecido para o profissional “*Que aí também é muito difícil a gente entrar na vida deles*”.

As subcategorias “Dificuldade na transmissão da informação perante diagnóstico médico de doença na fase fetal ou embrião com malformação” e “Dificuldade na transmissão da informação perante um diagnóstico de não viabilidade fetal” apresentam a mesma dificuldade da primeira subcategoria, aqui identificada. Como dar a má notícia e como atenuar o impacto dessa informação. Qual é a informação que pode ser considerada pela pessoa como suficiente, adequada, verdadeira e sem causar dano.

A subcategoria “Dúvida sobre como comunicar o nascimento de criança com malformações graves, não diagnosticadas na gravidez” é muito semelhante às anteriores, mas com a agravante de existir um total desconhecimento acerca dessa condição, até à visualização da criança no próprio momento do parto. O enfermeiro é também surpreendido e tem que comunicar com a parturiente, debaixo da sua própria estupefação com a situação que vive.

Poderíamos ter categorizado a subcategoria “Dúvida acerca da informação a dar sobre os riscos do parto”, na categoria ‘Consentimento’ (assim como a categoria anterior), todavia. Mais uma vez, são as palavras, a forma de comunicar e o conteúdo dessa informação que causam incerteza quanto ao agir do enfermeiro. Assim, optamos pela sua identificação na área problemática da “Transmissão da informação”. Na categoria anterior, “Interrupção da gravidez”, deparamo-nos com muito daquilo que pode acontecer em contexto de parto como as malformações, morte e doença. É a forma ou fórmula para abordar todas estas questões, causando o mínimo sofrimento possível à pessoa. Coloca-se a dúvida se existirão *guidelines* que ajudem o enfermeiro a dizer o que deve dizer, e no qual o próprio enfermeiro se possa apoiar e escudar.

Na “Dificuldade em lidar com a ausência de informação relativamente a métodos anticoncepcionais abortivos”, constatamos, pela voz de quem está em planeamento familiar, que a colocação de DIU nem sempre é acompanhada de toda a informação da sua forma de atuação. Efetivamente, segundo Kapozy (2013) o mesmo acontece relativamente ao aconselhamento para realização de testes pré-natais. Sendo aquilo que se considera um método abortivo, parece-nos merecer especial atenção, até no sentido de existência de informação que reúna critérios unânimes e, que a mesma seja totalmente exposta à pessoa. Só assim é possível obter um consentimento pleno.

Pelas unidades de enumeração, ou pela frequência com que surgem no discurso dos enfermeiros, podemos afirmar que esta é uma área relevante e perante a qual os enfermeiros revelam a sua incerteza e, por vezes, impotência na forma de comunicar com as pessoas, sobretudo quando essa comunicação é algo que podemos denominar de «má notícia», que pode implicar perdas ou a aceitação de situações delicadas. Assim, a comunicação “podem e devem ser alvo de formação teórica, teórico prática e prática, tanto na formação inicial, como no processo de formação ao longo da vida” (Costa, 2004, p. 72).

A identificação da categoria “Transmissão da informação”, também confirma que “(...) o enfermeiro coloca esta transmissão da informação na própria esfera do cuidado”, como nos diz Deodato (2014, p. 210).

1.1.7. Problemas éticos relacionados com “Situações extremas”

As “Situações extremas” surgem como nova categoria, quando nos reportamos aos trabalhos já enunciados anteriormente, sendo uma subcategoria frequente nesta investigação. Hesitamos inúmeras vezes na sua criação, mas perante o não «encaixar» de muitas destas unidades de contexto em outras categorias, levou-nos a optar pela denominação aqui apresentada. Estamos perante situações em que o enfermeiro se confronta com aquilo que designamos de “situações extremas” ou seja, casos limite, já identificadas na área de sigilo e na área transmissão de más notícias, pelo que a designação assumida para a subcategoria foi “Dúvida sobre como agir em situações extremas”. São situações no limiar da vida, com risco para a integridade física, com risco para a saúde mental, situações de risco social, etc. Perante estas situações e perante a vulnerabilidade das pessoas sob esse risco, o enfermeiro identifica como problema

ético a dificuldade em lidar com essas mesmas situações, evidenciando necessidade de conforto para si mesmo, perante as mesmas.

O conforto tem uma ligação intrínseca ao cuidado de enfermagem. Sousa (2014) afirma que

A ligação ao conforto tem estado presente ao longo dos tempos e, o sentido da enfermagem, enquanto profissão que procura responder às necessidades de saúde da pessoa humana, constitui-se como resposta de cuidado e conforto, sendo este um conceito central da disciplina de enfermagem com relevância atual (p. 37).

Sousa (2014) também afirma que o conforto pode ser o alívio de um mal-estar físico ou de mal-estar mental do doente. Apóstolo (2009) reafirma que o termo conforto é um conceito que transcende a dimensão física da pessoa.

Na análise das entrevistas, consideramos a necessidade de alívio do mal-estar mental na pessoa que cuida e para a pessoa que é cuidada, quando em presença de fenómenos/circunstâncias de tal forma violentas, que afetam o binómio cuidado e cuidador. A ampla noção de conforto, que inclui aspetos globais (físico, sociais, ambientais e espirituais), cria no enfermeiro uma dificuldade para a decisão e sobretudo, quando ele mesmo se deixa afetar pela circunstância que presencia ou testemunha. Não sendo a terminologia adotada no discurso dos enfermeiros entrevistados, optamos pela sua categorização em “situações extremas” que consideramos adequada para exprimir o sofrimento patente nestes discursos, sobretudo tentando refletir o impacto destas situações sobre o próprio profissional.

Termos como “*nós também somos seres humanos*”, “*senti-me desamparada*”, “*dualidade de sentimentos*”, “*eu fiquei gelada*”, “*fiquei chocada*”, “*Ai, meu Deus como é que eu vou fazer aquele parto*” ou “*eu, durante algum tempo, chorava todas as noites*” são utilizados nestas entrevistas. Estamos perante a incerteza, não sobre o cuidado ou como proteger a pessoa ao cuidado do enfermeiro, mas como é que o enfermeiro se protege ao prestar aquele cuidado que sabe ser necessário. Em todas as entrevistas, e poderíamos deixar esta observação para o fim, é de salientar a dignidade, o empenho, a coragem, a solidariedade e sobretudo a capacidade de se ultrapassar a si próprio num altruísmo assinalável, de todos os enfermeiros entrevistados. Mesmo perante aquilo que mais o choca, o enfermeiro não tem dúvidas quanto ao seu objetivo. A questão é como fazê-lo de uma forma profissional, empática e com humanidade sem demonstrar o que

sente, o seu medo. Parece-nos lapidar a unidade de contexto “*envolve uma série de sentimentos, mesmo nosso que, quer dizer, é complicado de gerir, não é?*”. Este problema remete-nos à questão tantas vezes repetida “Quem cuida de quem cuida?” (Osswald, 2008, p. 287). Osswald (2008) diz-nos que

(...) essa espécie de armadura moral contra a tristeza ou o desespero não faz parte da personalidade do profissional, não lhe é concedida como uma prenda especial no começo do seu trabalho em tão duras condições nem é um revestimento protector que possa envergar ao iniciar o seu dia de trabalho, para o despir à saída (p. 287),

acrescentando que estes enfermeiros “optam pela partilha emocional e altamente personalizada” (p. 288). Ora, tal como afirma este autor há que procurar um equilíbrio que permita ao enfermeiro viver a situação, ajudar a pessoa mas sem que a situação o leve a desequilibrar-se também. Invocando “um plano aristotélico de equilíbrio”, terá o profissional que balancear entre a “compaixão, o acolhimento, a compreensão e o interesse estejam presentes, mas igualmente se reconheça a inevitabilidade e se aceite a perda” (Osswald, 2008, p. 288).

1.1.8. Problemas éticos relacionados com a “Gravidez de menores”

A adolescência é, segundo a Organização Mundial de Saúde, o período que decorre entre os 10 e os 19 anos, sendo pré-adolescência dos 10 aos 14 e adolescência dos 15 aos 19. Para esta categoria, vamos considerar apenas os adolescentes menores. Pela particularidade etária, decidimos, perante os discursos enunciados pelos enfermeiros entrevistados, criar a categoria “Gravidez de menores”, uma vez que é uma das áreas problemáticas com que se defrontam os enfermeiros na prestação de cuidados. Também Buendgens & Zampieri (2012), abordam no seu trabalho alguns dos problemas que afetam estas adolescentes, entre eles os conflitos familiares que vão desde a não aceitação ao incentivo ao aborto. É também com este panorama que deparamos, através do discurso dos enfermeiros. Assim, foram criadas 6 distintas subcategorias de problemas éticos.

A primeira subcategoria foi denominada “Dúvida sobre como agir em confronto entre vontade da mãe menor e vontade dos seus pais”. Esta subcategoria poderia também ser incluída na área da interrupção da gravidez, mas dificuldade na decisão é o

comportamento a adoptar quando o enfermeiro identifica vontades distintas em relação à gravidez, entre a menor e os tutores da mesma. Assim, o que sobressai como problema identificado é o estar-se perante a menor grávida e a preservação da sua autonomia. Os enfermeiros que mencionam este problema afirmam que raramente são equacionadas todas as hipóteses pelos tutores legais da menor, como por exemplo a adopção. Assim, o enfermeiro pondera se faz sentido interromper aquela vida (existindo outras opções) e, por outro lado, a noção que a opção escolhida não será uma escolha consciente, tomada voluntariamente pela menor. Os enfermeiros, assumem a necessidade de protecção da vida, mas também de defesa da menor grávida e manifestam solidariedade com a mesma, sendo situações que assumidamente “*Mexe muito conosco*”.

Na subcategoria “Dúvida sobre quebrar ou não sigilo no caso de gravidez de menores, para informação dos pais ou representantes legais”, o enfermeiro vê-se confrontado com a necessidade de informar os pais dos menores contrariando a vontade da adolescente grávida, havendo quebra do sigilo que tem em conta circunstâncias particulares da gravidez em menores. Há para o enfermeiro o assumir da quebra do vínculo de confiança que estabeleceu com a menor e o enfermeiro pondera o que deve fazer para, concomitantemente, cumprir com a obrigação de protecção que tem da menor grávida e obrigação de partilhar a informação com os responsáveis dessa mesma menor. O problema assume configuração mais complexa quando a adolescente exprime essa sua vontade. Mais uma vez, estamos perante um problema que poderia ter sido incluído numa diferente categoria, a de sigilo profissional, mas optamos por agrupar no tema que aglutina todos estes problemas aqui enunciados, na gravidez de menores.

A “Dúvida como proceder numa interrupção em menores e sem enquadramento legal (anterior à lei da IVG)”, ainda que não tenha atualidade, dada a revisão da lei desde o acontecimento relatado, parece relevante no sentido em que o enfermeiro, mesmo com risco de infringir a lei, não se escusa a ajudar. Ao ponderar a hipótese de se realizar um aborto, sem condições de segurança, eventualmente colocando em risco a vida da jovem que faz o pedido de ajuda, prevalece a protecção da vida da adolescente, uma vez que a decisão relativamente ao aborto estava tomada. Todavia, foi ainda a primeira tentativa no sentido de dissuadir aqueles jovens de procederem ao aborto.

“Dúvida sobre como lidar com a gravidez de menores” denota da parte dos enfermeiros entrevistados uma preocupação para com cada adolescente, dizendo-se “mexe muito conosco”. Há um sentimento de extrema vulnerabilidade na situação das jovens e, sobretudo, a noção da dimensão que acarreta na vida das próprias. Esta visão do enfermeiro faz com que se envolva e, mais uma vez, *deixa-se afetar* pelo outro. O problema ético reside na tentativa de ajudar a adolescente a lidar com a situação e, simultaneamente, tentar ter uma atitude isenta e profissional, perante algo que afeta emocionalmente o próprio enfermeiro.

A gravidez em menores é um tema recorrente nestas entrevistas e dela decorre a subcategoria “Dúvida sobre como lidar com a dificuldade em dar a notícia a familiares das menores grávidas”. Aqui o problema diferencia-se da primeira subcategoria, pois não existe quebra de sigilo, uma vez que a adolescente tem sobretudo medo da reação dos pais, mas não coloca em causa a necessidade de partilhar essa notícia. Este problema podia ter sido categorizado dentro da área da “Transmissão da informação”, contudo parece-nos que o problema está centrado na questão da menoridade. Mais uma vez, ao enfermeiro, é necessário perceber a melhor forma de o comunicar, dirimindo os conflitos, naquele que é também o seu papel de advogado da pessoa ao seu cuidado, e procurando soluções para o futuro da menor e da criança.

Por fim, a subcategoria “Dúvida sobre como lidar com a incerteza sobre a paternidade” representa um problema ético, não pela dúvida sobre paternidade, mas perante a angústia da adolescente que se confronta com esse problema, o que leva o enfermeiro a «pesar» as consequências de toda a informação na vida dessa mesma adolescente, tentando indicar o melhor caminho e sabendo estar presente quando é necessário e fundamental para a menor. Sobretudo, sem emitir qualquer juízo de valor.

Assim, o campo da “Gravidez de menores” também se define como área de incerteza no agir, para o enfermeiro que com ela tem que lidar.

1.1.9. Problemas éticos relacionados com “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”

A categoria “Malformações graves detetadas no momento do nascimento” é mais uma nova área em que emerge como problema ético “Dúvida sobre como lidar com recém-nascido com malformações graves, não diagnosticadas durante a gravidez”. Esta subcategoria reflete a complexidade dos problemas que os enfermeiros enfrentam. Há, apesar de toda a preparação, um medo quase irracional daquilo que está por vir. Este problema, apesar de já abordado por alguns autores (Almeida, 2005; Dias & Santos, 2007; Melo & Pacheco, 2012), não é um tema muito investigado sob o ponto de vista da percepção e sofrimento dos enfermeiros. Almeida (2005) referiu no seu trabalho que o impacto causado pelo nascimento de um bebé com malformações “especialmente, quando a aparência é desfigurada” (p. 13), acaba por se repercutir na própria prestação de cuidados. Concluiu no seu trabalho que

Na maioria das vezes, é uma experiência angustiante, reação diretamente proporcional à extensão da malformação do bebê, muitas vezes inesperada na sala de parto, cujo ambiente sugere um local de celebração da vida e da alegria e não de morte e sofrimento (p. 61).

Desde logo, preocupação com o parto, com controlo das suas próprias emoções, evitando transmitir à mãe a ansiedade sentida. Depois, o controlo das próprias expressões faciais e corporais na visualização do feto. Sendo casos raros, carecem de experiência. Efetivamente, Almeida (2005) refere a falta de formação nesta área fazendo sentido a partilha de conhecimento, a partilha de receios e dúvidas, que possam transmitir uma maior segurança aos profissionais que são confrontados com estas situações tremendas.

1.1.10. Problemas éticos relacionados com as “Condições do exercício”

A categoria “Condições do exercício” engloba todos os problemas identificados pelos enfermeiros que estão relacionados com recursos físicos e recursos humanos na prestação de cuidados. Perante situações como condições físicas desadequadas, tempos pré-definidos para o cuidado a prestar, dotações insuficientes (de enfermagem e outros profissionais de saúde), surge a dúvida de como agir neste enquadramento. Despontam

ainda, e dado o contexto atual da pandemia Covid-19, questões ligadas a imposições por motivos de segurança, que interferem com a prestação de cuidados.

É uma categoria já assumida na investigação de Nunes (2006), sob a denominação de *Distribuição de recursos*, tendo também distinguido duas subcategorias Alocação de recursos e Condições do exercício (nome que optamos para esta categoria, por nos parecer com um âmbito mais alargado). Nunes (2006) ainda identificou *Subdotação das equipas de enfermeiros para assegurar horas de cuidados necessárias e Atendimento inadequado aos utentes por falta de pessoal, não apenas enfermeiros e ainda, Más condições de trabalho para satisfazer as necessidades dos utentes*.

A primeira subcategoria foi nomeada “Conflito entre as necessidades da pessoa e recursos existentes”, com dois tipos de recursos identificados. O primeiro são os recursos humanos, sendo as dotações seguras muitas vezes abordadas nestas entrevistas, sobretudo pela negativa. As condições físicas, nos casos referidos, são para a execução de partos naturais, mais concretamente pela ausência dessas condições, ou caricatamente casos em que existe, mas está «desativada». É de notar a existência de dois pareceres da Ordem dos Enfermeiros sob a denominação Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre: *Condições para o Funcionamento de Maternidades* (Parecer do Conselho Diretivo 11 de julho 2008) e *Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (2019), em que ficaram estabelecidos os números de recursos humanos para as maternidades assim como os recursos físicos para garantir a segurança dos cuidados.

A questão de recursos humanos, ou mais concretamente da falta dos mesmos, é reconhecida por vários autores. O estudo de Rodrigues et al. (2020) identifica fatores que influenciam a tomada de decisões em bloco operatório, nomeando como fatores com implicações negativas a falta de recursos humanos. São efetivamente vários os estudos que demonstram a transversalidade deste problema (Baratieri & Natal, 2019; Siman, Braga, Amaro & Brito, 2019; Biondi et al., 2019).

A segunda subcategoria prende-se com o momento mais atual de vivência da pandemia Covid-19. Efetivamente, sendo os recursos humanos limitados em contexto de normalidade, há um agravamento das condições pela própria pandemia para garantia das condições de segurança. O fator tempo agrava muito, desde logo porque a necessidade de colocar equipamentos específicos e as situações de isolamento determinam o desenrolar da atividade normal. Em contexto de parto, é mencionado inúmeras vezes de

que forma isso afetou os cuidados, principalmente se a grávida tiver um diagnóstico positivo. A partir daí, há um sem-número de procedimentos habituais a que ficam condicionados, sobretudo na preparação precedente ao momento do parto. Uma questão pertinente foi identificada e está relacionada com a restrição de movimentos. Sentindo-se o enfermeiro incapaz para sensibilizar a puérpera para a necessidade de efetuar «força» no momento de parto explica que, em circunstâncias normais, não conseguindo uma comunicação eficaz, se teria feito substituir por uma colega. No contexto partilhado na entrevista, tal foi impossível por todas as regras de segurança subjacentes, mas também pelo número limitado de recursos humanos. É também sobre aquilo que é o cuidado útil em tempo de pandemia que Deodato, Martins & Nunes (2020) afirmam que emerge o conflito entre aquilo que são as necessidades de cuidados e aquilo que é possível com os recursos existentes, havendo um desequilíbrio naquilo que é a justiça distributiva no que diz respeito aos cuidados de saúde e levando as pessoas à exaustão física e emocional.

Também Biondi et al. (2019), detetaram como originador de sofrimento moral a questão de falta de recursos humanos em contexto de saúde obstétrica, relacionando uma dotação insuficiente com a desumanização dos cuidados.

A situação de pandemia desequilibra ainda mais estas condições já pré-existentes. Todo o aparato de segurança, ausência de pessoa significativa e assimilação do diagnóstico levam à recusa total da grávida em colaborar com qualquer tipo de indicações, no sentido de facilitar o parto. A este propósito foi emitido em setembro uma Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica (N.º 9/2020) acerca da condição dos acompanhantes, afirmando-se “A presença contínua de uma pessoa significativa é essencial para uma experiência positiva do parto e para a obtenção de efeitos positivos na saúde e na satisfação com os cuidados prestados durante o trabalho de parto e pós parto” (p. 3), sendo obrigadas as instituições a permitir atualmente o acompanhante.

Podemos concluir que esta categoria é relevante e coloca obstáculos para a decisão no cuidado à pessoa. Sendo os recursos humanos e recursos físicos uma situação que influencia a prestação, acresce a atual situação de pandemia, fragilizando ainda mais um sistema já sob pressão e colocando os enfermeiros perante situações nas quais se veem inúmeras vezes, impotentes para as resolver. É, no entanto, de notar, que mesmo perante

os escolhos aqui identificados, o enfermeiro reflete e tenta agir de forma a proteger a grávida e a criança vindoura.

1.1.11. Problemas éticos relacionados Sigilo profissional

A categoria Sigilo profissional, foi identificada por Nunes (2006) e Deodato (2014) e reconhecida na análise dos pareceres analisado do CJOE, constituindo-se como uma área em que surgem problemas éticos. Como afirmou Nunes (2006), o sigilo “(...) na prática, garante por parte dos profissionais de saúde, a não divulgação de informações de que tenham conhecimento no seu exercício profissional, fundando-se sobre o direito à confidencialidade e à privacidade, definido em ligação à reserva da vida privada” (p. 276). As subcategorias reconhecidas no trabalho de Nunes são: *Dilemas do segredo e Contexto das práticas*. Em Deodato (2014), surge a subcategoria: *Contexto das práticas* igualmente. Na nossa investigação, as subcategorias que emergiram são diferentes pois, apesar de terem como base os trabalhos anteriores, tivemos em conta a definição de problema ético enunciada por Deodato (2014). Nesta investigação, identificamos 4 subcategorias distintas.

A exceção ao dever de sigilo aparece-nos na subcategoria “Dúvida sobre quebra de sigilo profissional em casos extremos de segredo”. Neste primeiro caso e perante confissão, no momento do parto, de violência perpetrada sobre a menor pelo pai que é também o progenitor da criança que vai nascer, o enfermeiro delibera entre aquilo que é a sua obrigação de sigilo e a proteção de populações vulneráveis. Prevalece uma clara opção pela proteção da menor e da criança que vai nascer, decidindo o enfermeiro pela denúncia dos maus-tratos e estupro da menor. São circunstâncias em que o enfermeiro tem de tomar decisões muito difíceis, em curto espaço de tempo e em que coloca “a proteção das pessoas em causa no centro da decisão” (Deodato, 2014, p. 218).

A segunda subcategoria identificada foi nomeada “Dúvida sobre como agir em caso de violência doméstica, durante a gravidez”. Perante casos de ameaça à integridade física da grávida, o enfermeiro opta pela denúncia, todavia sabe o risco que corre de quebra de confiança com a pessoa. Assim, na sua tomada de decisão, tenta equilibrar aquilo que é a proteção à pessoa grávida e a quebra de um vínculo de confiança estabelecido. Avalia

as consequências da ação, usando a «imaginação» para antever os resultados, optando entre duas alternativas distintas. Como indica Deodato (2014), “as soluções que se vislumbram afiguram-se ambas como violadoras de regras” (p. 221) e é esta decisão que “entre elas constitui um problema ético situado no domínio do exercício profissional do enfermeiro” (p. 221). Esta questão é também identificada na análise dos pareceres do CJ (Parecer 23/2008).

Nesta categoria, ainda identificamos a “Dúvida sobre como manter o sigilo profissional (quando interpelada por amigos e familiares)”. Não existindo dúvida acerca da necessidade de manutenção do sigilo, até porque a informação é delicada, o problema centra-se na melhor forma de manter esse sigilo, sem levantar suspeitas sobre esse mesmo diagnóstico.

Por último, a subcategoria “Dúvida como agir em caso de suspeita de crime” surge perante a hipótese de ter existido crime de violação pelo pai da grávida, confidenciado pela própria adolescente. Aqui, o enfermeiro sabe que é a primeira pessoa a tomar conhecimento do crime e está consciente da consequência da sua revelação.

Os enfermeiros, ao identificarem esta área como fazendo parte de um problema ético, assumem conscientemente a sua responsabilidade perante a lei e perante o seu código deontológico, reconhecendo, contudo, as dificuldades na sua manutenção em determinadas situações. Sobretudo nas situações em que sentem que quebram a confiança neles depositada, mas tendo consciência ser esse um passo fundamental para a proteção da pessoa, nomeadamente em casos de crime que atentem contra a saúde física e emocional da pessoa cuidada.

Portanto, os enfermeiros assimilam a necessidade de sigilo, cumprindo a legislação e o seu compromisso deontológico de manter a confidencialidade acerca dos dados a que tem acesso, na sua atividade profissional, mas também reconhecem as exceções a essa obrigação, sobretudo quando está em causa a proteção das pessoas em situação de vulnerabilidade. Efetivamente, também a Ordem dos Enfermeiros, através do seu Conselho Jurisdicional, reconhece este problema “entre a sensibilidade pessoal e as obrigações profissionais, geram um conflito ético-moral-deontológico, que promove sofrimento aos enfermeiros” (Parecer 52/2016), refletindo sobre a legitimidade do levantamento de sigilo e assumindo como premissa que “a dimensão e gravidade dos

facto, pode induzir a justificação da quebra de sigilo, quando a revelação do segredo, seja necessária para afastar perigo eminente que ameace interesses sensivelmente superiores, entendendo-se como tal a saúde ou a vida”(CJOE. Parecer 52/2016, p. 6). No grupo considerado vulnerável, a Ordem dos Enfermeiros indica “crianças, jovens, mulheres, idosos, cidadãos com deficiência ou vulneráveis” (CJOE. Parecer 52/2016, p. 6).

Apesar da dúvida acerca da necessidade de revelar segredo, os enfermeiros entrevistados, não recorreram a ajuda profissional como, por exemplo, um advogado, ou aconselhamento proporcionado pela Ordem dos Enfermeiros. Perante a iminência de perpetuação de um crime, o enfermeiro assume a defesa da pessoa em causa e age no sentido da sua proteção, de uma forma que se poderia afirmar altruísta. Assim, podemos afirmar, tal como Deodato,

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 (Deodato, 2014, p. 221).

1.1.12. Problemas éticos relacionados com o “Consentimento relativamente a cuidados durante o parto”

Na categoria “Consentimento relativamente a cuidados durante o parto”, identificamos duas subcategorias: “Confronto entre dever de *leges artis* e vontade da pessoa” e “Como lidar com o não consentimento para transfusão, em recém-nascido, por pais testemunhas Jeová”, embora, como dissemos anteriormente, o problema acerca do conteúdo da informação relativamente aos riscos de parto e a informação sobre colocação de DIU pudessem constar desta mesma categoria.

O primeiro problema ético surge quando há compromisso do enfermeiro na não realização de episiotomia no parto, mas, as circunstâncias com que se defronta obrigam a mudar de estratégia uma vez que está em risco a segurança, a saúde e até a vida da mãe e da criança. Desta forma e perante a necessidade imperativa de salvaguardar a integridade da pessoa, vê-se obrigado a quebrar pacto assumido, no âmbito do

consentimento para a prestação dos cuidados. É no confronto entre o conhecimento profissional e científico do enfermeiro e no seu compromisso assumido com a pessoa, que há um conflito que se configura como problema ético do enfermeiro. O “Confronto entre dever *leges artis* e a vontade da pessoa” é ainda identificado em caso de pedido para realização de parto natural. Esta questão é relevante, no sentido em que o respeito pela autonomia da mulher requer uma total ausência de monitorização, colocação de via periférica, entre outras solicitações. Quando este agir não respeita o protocolo instituído na unidade de saúde (apesar de muitas destas solicitações estarem nas *guidelines* da OMS) subsistem dúvidas sobre o que fazer e, se essa vontade manifestada em Plano de Parto, não coloca a saúde e a integridade física da mãe e da criança em causa. Para os enfermeiros, este é um problema cada vez mais comum e fica no ar a pergunta de “*devia-se ter, ah,... ido ao encontro daquilo que... que a grávida trazia escrito?*”, respeitando a sua autonomia, ou “*devíamos ser feito realmente conforme o... o estudo preconizou?*”. Há ainda outra questão subjacente que é “*de quem é a responsabilidade se morrer mais algum recém-nascido?*”. Existe um parecer de 2012 (Parecer n.º 7/2012) da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que indica aos especialistas ESMO que sigam o plano delineado pelo casal, mas esse plano deverá ser traçado em conjunto com o especialista “no sentido de salvaguardar a real e correta informação adquirida pelo casal relativamente à expectativa e desejos apresentados no mesmo, a sua exequibilidade, tendo por base o constante bem estar materno-fetal”(p. 2).

Negrão (2018) aborda a questão do dissentimento (recusa de tratamento ou intervenções) no parto, dizendo que

No parto hospitalar estão previstos protocolos e algumas práticas de aplicação rotineira, como medicação, analgesia, manobras, episiotomia e clameamento precoce do cordão umbilical. Estas intervenções nem sempre se traduzem num consentimento informado, e o dissentimento nem sempre é respeitado, mas ressalva os enfermeiros ESMO, afirmando que os “cuidados maternos prestados por parteiras (midwifery) é centrado no consentimento informado (p. 20).

Todo o trabalho exclui gravidez de risco, no entanto, os casos mencionados nestas entrevistas, também o eram não impedindo o desfecho negativo. Segundo a autora, é muito importante promover a “literacia em saúde, de modo que os utentes tenham um papel ativo nos seus tratamentos e façam escolhas informadas” (Negrão, 2018, p. 21),

assumindo que “o modelo de cuidados materno-infantis prestados por EESMO é o mais indicado, por garantir um acompanhamento individualizado da mulher na gravidez, no parto e pós-parto” (Negrão, 2018, p. 21), na linha do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2018.

Também Silva (2018) afirma que

A escolha informada não é um ideal em cuidados de saúde, mas sim uma exigência ética, predicado indispensável nos cuidados de enfermagem. É importante que o EE-ESMO seja o veículo impulsionador da tomada de decisão fundamentada, refletida e sobretudo livre e autónoma, assumindo deste modo um papel organizador e de acompanhante da mulher no processo. Estimular a tomada de decisão informada das mulheres é valorizar a sua capacidade de decisão, é respeitar o direito ao próprio corpo e à autonomia, é promover o direito à condição de pessoa (p. 22).

Esta investigadora também defende que, depois de iniciar o trabalho de parto, o plano de parto (PP)

deve estar presente durante todo o processo, para que uma vez avaliados os riscos possíveis, se possa adaptar os desejos nele expostos com a evolução do processo. É necessário avaliar a obsessão pelo ‘parto perfeito’. Há que informar que todas as expectativas e PP estão sujeitos à situação clínica, pelo que podem ocorrer desvios se a evolução do parto o requerer (p. 39).

O segundo problema identificado foi denominado “Como lidar com o não consentimento para transfusão, em recém-nascido, por pais testemunhas de Jeová”. Dividido entre aquilo que é a autonomia dos pais e aquilo que é a vida da criança, o enfermeiro pondera o que fazer. O caso relatado, está fora da jurisdição portuguesa onde, como afirma Mady (2017)

a convicção da doutrina majoritária entende que o médico deve proceder à transfusão sanguínea no menor contra a vontade dos pais, se isso se revelar indispensável à vida e saúde da criança, não incorrendo, se o fizer, em responsabilidade criminal a título de tratamento arbitrário (p. 713),

ou seja, permitiria a retirada temporária da tutela, podendo ser efetuada a transfusão. No contexto vivido e legislação vigente (Brasil), prevaleceu a vontade dos pais, tendo ocorrido a morte do recém-nascido.

Na análise dos pareceres do CJOE, este é também um problema que surge, mas é relativo à recusa de uma grávida em fazer a transfusão, o que não se enquadra neste quadro em que existe a proteção ao menor, prevalecendo o direito à autodeterminação da pessoa.

Vários são também os pareceres que abordam questões relativas à objeção de consciência e direitos do objetor, mas sob o ponto de vista do profissional. Esse problema nunca foi abordado nestas entrevistas.

O direito à autodeterminação, nos pareceres do CJ, é ainda identificado como problema, quando está em causa a obrigatoriedade de repouso no leito da grávida.

Para finalizar esta discussão, partilhamos da ideia desenvolvida por Leitão (2010) na sua investigação que nos diz

o exercício da autonomia se constitui como um processo onde a capacidade de decisão nem sempre se toma como sinónimo de capacidade de exercer autonomia. Este aspecto é de particular relevância neste ponto, por muitas vezes as decisões da mulher relativamente ao seu posicionamento durante o trabalho de parto ou eventual monitorização, bem como do uso de drogas para acelerar o processo, possa estar condicionada por imagens erróneas e pré-concebidas, como tal, sem verdadeira expressão na realidade científica. Para além deste aspecto é de alertar ainda que as opções no que concerne à monitorização do bem estar fetal, tem por si mesmas implicações em eventuais decisões clínicas, frequentemente de difícil compreensão para a mulher. É necessário portanto que a cada momento o profissional seja capaz de desconstruir a sua linguagem científica tornando-a inteligível a quem presta cuidados (Leitão, 2010, p. 32)

1.1.13. Problemas éticos relacionados com a “Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde”

Nesta categoria, identificamos, no discurso dos enfermeiros, problemas éticos que advêm das condições físicas dos serviços em que se prestam cuidados de saúde e quando essas mesmas características dificultam a manutenção da privacidade, pelo que denominamos o problema ético de “Dúvida sobre como lidar com a falta de condições de trabalho para manter a privacidade da pessoa assistida”. Esta subcategoria poderia ter sido classificada como subcategoria das “Condições do exercício”, contudo, o que aqui

sobressai é a questão da privacidade e a preocupação do enfermeiro em respeitar essa privacidade, apesar das condições existentes. Por outro lado, assumimos como especialmente relevante esta questão, pelo que optamos por uma categorização própria.

Nas entrevistas realizadas, colocam-se dois tipos de problemas distintos, mas que advêm de igual circunstância. Os casos reportados apresentam similitude com ocorrências que qualquer enfermeiro poderá já ter experienciado, no seu dia a dia.

No primeiro caso, há necessidade de dar informação delicada e sigilosa, até porque a mesma obriga a cuidados diferenciados e não existe no serviço forma de o fazer sem que a informação seja partilhada com as restantes pessoas presentes. Sendo o direito à privacidade previsto na Constituição Portuguesa (n.º 1, art.º 26.º), estes casos tornam-se paradigmáticos das insuficiências físicas das instituições de saúde. Tanto mais, quando falamos de dados sensíveis e tanto apelo existe à proteção desses mesmos dados.

No segundo caso, e mantém-se a necessidade de reserva da intimidade como problema ético, o enfermeiro confronta-se com a indisponibilidade física de um serviço para separar as mães que acabam de ter um filho e partilham a sua alegria, e a mãe que acaba de perder um filho, e se encontra em sofrimento. Este sentido de proteção está presente no discurso dos enfermeiros e dentro das condições existentes, protegem a pessoa tanto quanto podem, criando eles mesmos, condições de isolamento adequadas à situação da pessoa. É de salientar que alguns enfermeiros afirmam a existência, em muitos serviços, da separação física que permite uma adequação dos cuidados. Assim, os enfermeiros revelam estar conscientes dessa obrigação, prevista na alínea 1a) do art.º 107 (Do respeito pela intimidade) que diz que o enfermeiro “Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de a) respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência da sua vida privada e na da sua família” (Lei nº156/2015, de 16 de setembro). Este direito à privacidade está presente no art.º 12.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem⁴⁷, assim como é reconhecido o direito à reserva da vida privada na CRP (alínea 1 art.º 26.º).

Neste confronto entre aquilo que o enfermeiro sabe estar obrigado a preservar e aquilo que são as condições físicas do local onde exerce a sua atividade profissional, surge a

⁴⁷ “Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito à proteção da lei”

indecisão para o agir e o enfermeiro pondera a melhor forma de atuar no sentido de proteção da pessoa e do bem para essa pessoa.

Há nesta categoria uma intrínseca ligação entre a reserva da vida privada e obrigação de respeito pela sua manutenção e a obrigação de sigilo.

Também Nunes (2006, p. 275) identificou o “*respeito pelo pudor/privacidade/dignidade do doente*”, na categoria “*Respeito pela pessoa*” e subcategoria “*Respeito pelos direitos humanos*” e “*Dificuldade em garantir rigorosamente o sigilo*” ou “*Presenciar informação diagnóstica de um doente em frente ao outro*”, na subcategoria “*Contexto das práticas*” (na mesma categoria já identificada). Alude (Nunes, 2006) ao problema de inadequação dos serviços na categoria “*Distribuição de recursos*” e subcategoria “*Condições do exercício*” sendo o problema a “*Falta de condições de trabalho para manter a privacidade dos doentes*”. Deodato (2014) refere este problema ético, embora a sua identificação categorial tenha incluído a questão da intimidade, à luz das categorias de Nunes (2006), dizendo que “o problema surge assim da necessidade de alterar práticas correntes, para respeitar um direito fundamental em enfermagem, a saber o direito à intimidade” (Deodato, 2014, p. 216).

1.1.14. Problemas éticos relacionados com “Doença grave na gravidez”

Perante deteção de “Doença grave na gravidez”, no caso oncológica, o enfermeiro vê-se confrontado entre a necessidade de proteção da saúde e do bem-estar da mulher grávida e a vontade da mesma em prosseguir com a gravidez, que denominamos “Dúvida sobre como lidar com situação oncológica durante a gravidez”. O problema surge entre aquilo que é a proteção da vida da mulher e o respeito pela sua autonomia. Nos casos mencionados, estamos perante grávidas que recusam qualquer intervenção que possa prejudicar o feto, ocorrendo num dos casos a morte da grávida, perante a impotência dos profissionais de saúde. O enfermeiro tem como premissas no seu agir o respeito pela autonomia da pessoa e, por outro lado, a defesa da vida da pessoa. Contudo, estando perante um adulto capaz e que toma a decisão de não se tratar, porque decide não atentar contra a vida do feto, há toda uma reflexão acerca do que são prioridades no respeito pela vontade da pessoa. Num dos casos, há mesmo recurso à comissão de ética, sem que se demova a grávida da sua vontade e, como afirmamos, culmina na sua morte

e concomitante morte da criança. Este desfecho deixa em toda a equipa a necessidade de fazer o luto (“*acho que todos nós precisamos um bocadinho de fazer aquele luto*”) dessa grávida, pois a mesma é acompanhada até ao seu final pela mesma equipa de profissionais de saúde.

1.1.15. Problemas éticos relacionados com a “Identificação de um problema ético”

A subcategoria “Não identificação de um problema ético” surge-nos pela primeira vez neste trabalho. Todavia, Nunes (2006), não a tendo identificado como subcategoria propriamente dita, alude a essa dificuldade na descrição ou identificação do problema ético pelos enfermeiros, ao entregar uma folha para o enfermeiro escrever. Segundo a autora, o momento era encarado com “estupefacção e o semi-sorriso” (p. 263). Revela, que alguns evidenciaram um “sentimento de desaire pela necessidade de escrever sobre” (p. 263). O enfermeiro encara esta descrição como difícil e muitas vezes só ao longo do discurso, e depois no decorrer da conversa, se refere a problemas vivenciados durante a sua experiência profissional. Da mesma forma, Zoboli (2010), refere esta dificuldade. Também García (2018) refere na sua investigação que “A maioria dos participantes sentiu uma grande dificuldade em definir questão ética e enquadramento ético do cuidado” (p. 77). Acrescentaríamos, da nossa perceção pessoal, a dificuldade em associar esse problema à ética e, também a dificuldade em partilhar algo que se quer esquecer e que relembra situações dolorosas para os próprios profissionais envolvidos.

1.1.16. Problemas éticos relacionados com o Estatuto do embrião

No trabalho de Nunes (2006), ao identificar a categoria *Início de vida* e a subcategoria *Interrupção da gravidez*, surgem três unidades de contexto: *Aborto/IVG/Desejo da mulher interromper a gravidez; Estatuto do Embrião e Interrupção terapêutica da gravidez*. Aqui, consideramos o *Estatuto do embrião*, como uma área problemática *per se*, porque não surgiu diretamente relacionada com a interrupção da gravidez. É também um problema reconhecido na revisão integrativa da literatura.

A subcategoria “Dúvida sobre a delimitação do início de vida num caso concreto” é apenas referida numa única entrevista e parece ser um tema sobre o qual os enfermeiros pouco refletem, como dissemos anteriormente, ou, não verbalizam. Estando na base de todas as opções, neste campo de início de vida, foi apenas mencionado uma vez. Também no trabalho de Nunes (2006), adquire pouca evidência (frequência). Todavia, é de ressaltar que, no discurso dos enfermeiros fica implícito que só o curso de especialidade e a bibliografia consultada durante o mesmo ocasionam esta reflexão que adquire relevância para a tomada de decisão, porque, segundo o enfermeiro, até aí “*nunca tinha pensado nisso*”.

A subcategoria “Dúvida sobre a delimitação da viabilidade do feto” é também alvo de ponderação por parte dos enfermeiros. Há uma deliberação que parte daquilo que é o conhecimento científico e o que está definido como viabilidade fetal, todavia também abordamos anteriormente, o quão impreciso pode ser tendo em conta os cuidados de saúde a que grávida tem acesso e que unidades de cuidados intensivos estão presentes para o recém-nascido. Efetivamente, e apesar de deter o conhecimento teórico, o enfermeiro lida com a dúvida de onde fica esse limite, dizendo “*sabemos disto tudo, mas depois...*”, perante o caso concreto assume-se a dificuldade na tomada de decisão.

1.1.17. Problemas éticos relacionados com o “Reconhecimento social do enfermeiro”

Mais uma vez, estamos perante uma nova área problemática relacionada com aquilo que é a imagem que a sociedade em geral tem dos profissionais de enfermagem e a que chamamos “Reconhecimento social do enfermeiro”. O problema que surgiu nesta categoria está relacionado com aquilo que é um papel desempenhado no cumprimento do dever de cuidado e o peso que acarreta em imagem para esse profissional, tendo sido denominado “Conflito entre o dever de cuidado e o reconhecimento social”. Estando este papel relacionado com uma consulta de IVG, o enfermeiro é alvo de epítetos jocosos, do tipo “*enfermeira da forquilha*”, que causam incómodo, e assume-se o papel por sentimento de dever e sobretudo com muito altruísmo, pois não é fácil lidar com a imagem social que esse papel obriga a assumir.

É um facto que o reconhecimento social é um fator importante para um profissional e a enfermagem não tem tido uma fácil progressão neste sentido. Nogueira (2010) afirma que “Ao analisar o desenvolvimento da enfermagem deparamo-nos com vários pontos obscuros da nossa história, que nos deixa como herança uma imagem menos favorável” (p. 15), afirmando a autora que a aquisição de autonomia foi um passo fundamental nesse sentido. Também Beck, Prestes, Silva, Tavares & Prochnow (2014) defendem que o reconhecimento do trabalho motiva ao desenvolvimento de um cuidado de qualidade, relacionando a valorização profissional com a satisfação pessoal. A desvalorização profissional é também identificada por Shaefer et al. (2018) como um fator de sofrimento moral para os enfermeiros.

Como diz Crespo (2013), “o que é percebido pelos outros a nosso respeito influencia o modo como cada um se comporta” (p. 25), pelo que “no caso do enfermeiro os seus comportamentos, consequentemente os cuidados por si realizados, também serão influenciados pelo modo como os doentes os veem e se o expressam ou não” (p. 25).

1.1.18. Problemas éticos relacionados com o “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto”

Estamos mais uma vez perante uma nova categoria, que denominamos “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto” e o problema ético com que se defrontou o enfermeiro, nesta área, foi “Dificuldade em lidar com o não envolvimento da pessoa assistida”. Ao contrário de uma recusa de cuidado, a pessoa simplesmente não colabora no trabalho de parto. São envidados todos os esforços, sobretudo através da comunicação e ferramentas para que essa comunicação seja eficaz, todavia sem efeito. E é perante isto que o enfermeiro não sabe como agir sobretudo, porque estão a iniciar um trabalho de parto em que a ajuda da mãe é fundamental no sentido de um desfecho rápido e para salvaguarda da saúde da própria mãe e da criança. A pessoa defronta-se, no seu processo de transição para a maternidade, sob grande pressão devido a diagnóstico imediatamente precedente ao trabalho de parto de Covid-19, o que obriga a toda uma mudança de planos desde transferência de maternidade, lidar com o próprio diagnóstico, impossibilidade de presença de acompanhante e lidar com o aparato dos equipamentos e procedimentos de segurança. O enfermeiro tenta que colabore, mas

nunca consegue obter resultados, e nesse sentido sente-se incapaz para agir, e leva-o a classificar a situação como um problema ético, no qual teve dificuldade em decidir e questiona-se “*se... fiz o que devia ter feito com aquela mulher*” ou “*se não podia ter feito mais*”. É da questão “*o que é que eu podia ter feito para envolver esta mulher*” que nasce esta nova subcategoria.

É certo que é respeitada a autonomia e a decisão da pessoa, sendo respeitada a sua vontade, e como afirma Leitão (2010) “também a mulher em trabalho de parto conserva o poder de exercício da sua autonomia, no entanto com uma dimensão ética de particular complexidade, por trazer consigo outra vida” (p. 9). Assim, é na conjugação entre aquilo que é a autonomia da pessoa e no equilíbrio com a beneficência que se situa a dúvida do enfermeiro, uma vez que se sente incapaz para fazer passar a sua informação e obter colaboração.

1.1.19. Síntese dos resultados dos problemas éticos identificados nas entrevistas realizadas

Como afirmou Nunes (2011),

Na praxis de Enfermagem, se o ponto de partida é a identificação clara do problema (ou conjunto de problemas) que se pretende resolver, minimizar ou prevenir, não se desvirtue as complexidades das diferentes naturezas do problema, os graus de problemicidade, a graduação de dificuldade bem como as próprias condições do problema (p. 129).

Nesta fase, podemos afirmar que identificamos 18 categorias de áreas problemáticas. Assim, estamos perante um campo multifatorial e muito abrangente daquilo que é a prática dos enfermeiros na área de início de vida. Milliken et al. (2019), afirmam que é esta consciência de identificação dos problemas éticos que permite aos enfermeiros reconhecer, concomitantemente, as implicações éticas, sendo um importante fator para a segurança e para a qualidade de excelência dos cuidados em enfermagem.

A primeira categoria identificada é a “Complementaridade Funcional”. Nesta área problemática, integramos todos os problemas éticos que decorrem daquilo que é a multidisciplinaridade das equipas de saúde e os conflitos que daí emergem. É essencialmente a divergência de opiniões que suscita maior ocorrência de problemas,

mas será na sensação que perante essa dissidência, a opinião do enfermeiro acaba por ser ultrapassada pela opinião e decisão de outros membros da equipa de saúde. Assim, poderíamos afirmar que a questão da autonomia do enfermeiro, ou mais concretamente a sensação de falta de autonomia, se revela através destes relatos. Por outro lado, comportamentos de profissionais que possam colocar de alguma forma os direitos ou a própria saúde das pessoas em causa, suscitam constrangimento aos enfermeiros. Identificada de forma distinta por Nunes (2006), é, todavia, também reconhecida no seu trabalho como área em que emerge o problema ético do enfermeiro.

A *Interrupção da gravidez* é uma área que surge com frequência e, sobretudo a categoria “Dúvida como lidar com nado-vivo pós aborto”, que tanta angústia e sofrimento provoca aos enfermeiros, que com ela deparam. A preocupação com o conforto é inerente ao cuidado de enfermagem, pelo que esta situação é causadora de grande sofrimento para o profissional. Desta situação concreta, emergiram ainda outros problemas éticos que foram categorizados de forma distinta neste trabalho. A *Interrupção da gravidez* foi anteriormente identificada por Nunes (2006) e foi igualmente alvo de pedido de pareceres ao CJOE. É uma área problemática amplamente reconhecida pelos enfermeiros, pelo órgão que tutela a enfermagem e pela literatura de enfermagem.

A “Gestão de conflitos”, sobretudo com a grávida, é também muito frequente nos discursos dos enfermeiros, sendo que, lidar com a decisão autónoma da mulher é aquele em que os enfermeiros revelam maior dificuldade. A decisão em lidar com a decisão autónoma da mulher está também na origem de pedidos de pareceres à OE.

Ainda relacionado com o sofrimento dos outros, surge com frequência o “Lidar com aborto espontâneo de gravidez desejada”. Mais uma vez, o enfermeiro é confrontado com o sofrimento da pessoa e, cumprindo com aquilo que é a sua obrigação de dar apoio emocional e físico, lida ao mesmo tempo com a sua dor pela perda sofrida pelo outro. Muitos destes profissionais são mulheres, e de alguma forma, identificam-se com a própria situação vivenciada. Sob a denominação “interrupção terapêutica da gravidez”, é também identificado por Nunes (2006).

A *Responsabilidade profissional*, já identificada anteriormente (Nunes, 2006), foi aqui considerada como área problemática em que ocorrem problemas éticos sobre a responsabilidade de cada enfermeiro e da sua responsabilidade em contexto de equipa de enfermagem. Ser responsável pelo outro, é uma árdua tarefa, sobretudo porque se tem a vida e a saúde da pessoa na mão. Assim, assomam dúvidas, incertezas do que será a melhor opção para cada ocasião, não só do ponto de vista científico, mas também do ponto de vista humano. Agir sob estas premissas, sob dificuldades identificadas por estes enfermeiros, requer dos mesmos uma ponderação que tem em conta vários desfechos possíveis, mas na qual o enfermeiro procura a “excelência do exercício”, procurando “analisar regularmente o trabalho efetuado...” (alínea a) do art.º 109, do EOE) e, por outro lado, “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas” (alínea b) art.º 109, do EOE), salvaguarda ainda os valores humanos, o direito à autodeterminação e o direito ao cuidado da pessoa. Nesta área, é essencialmente exercida uma reflexão sobre aquilo que é ser enfermeiro.

A *Transmissão da informação* é outra área problemática identificada e, poderíamos dizer, que é transversal a todas as outras, pois na base de todos os problemas está também a forma como se vai transmitir a informação sobre os mesmos. Efetivamente, este conhecimento não é novo, sendo que Nunes (2006) no seu trabalho aponta para problemas relacionados com a transmissão da informação, quer à pessoa, quer à família da pessoa. Tal como Deodato (2014), temos a perceção, e neste estudo, a questão emerge constantemente, quando os enfermeiros, tendo consciência do efeito da notícia na pessoa, ponderam sobre a forma de o fazer, numa tentativa de minimizar esse efeito, mas com a responsabilidade de dizer a verdade. No nosso trabalho, contrariamente aos anteriores, não se colocou a dúvida de “fazer ou não fazer”, mas apenas a dúvida de como o fazer da melhor forma para a pessoa. Talvez pela evolução do tempo, a dúvida de “contar ou não contar” parece ter desaparecido no discurso destes enfermeiros. A dúvida que persiste nesta transmissão é a melhor forma de o fazer, de forma a provocar o menor mal e promover a sua aceitação. Como nos diz Deodato (2014), o que é equacionado são “os efeitos que que uma notícia, nomeadamente uma má notícia, podem provocar no estado de saúde-doença das pessoas”, ou seja, para este autor, há uma incerteza quanto ao agir “quando está em causa a proteção das pessoas” (p. 209). Situações como transmitir a notícia de um feto sem viabilidade, um feto que nasce

morto, um feto em que é detetada doença/malformação são situações em que o enfermeiro tem dúvida em como dar a informação. Perante casos que, de antemão, percebem-se como lesivos e emocionalmente chocantes, o enfermeiro tenta comunicar da melhor forma e adaptando a notícia e a forma de dar a notícia à situação concreta.

A “Dúvida sobre como agir em situações extremas” é uma categoria nova, sendo muito frequente a sua identificação nestes discursos. Há uma partilha de casos dramáticos, sendo os enfermeiros também afetados por esses mesmos casos e, por outro lado, os próprios envolvidos sofrem violência física ou violência verbal. Na base daquilo que mencionamos como dramáticos estão muitas vezes crimes, desde uma violação a uma agressão e estão, também, casos de perda fetal involuntária e/ou voluntária, mas em fetos com múltiplas malformações. Mais uma vez, temos outra categoria relacionada múltiplas vezes com casos de nado-vivo pós-aborto.

A “Gravidez de menores” é mais uma área identificada nesta investigação, geradora de tensões e dificuldade para a decisão. Por um lado, temos a defesa da própria menor, a defesa do embrião ou feto, a questão da relação de confiança e, por outro lado, a necessidade de envolver os tutores legais na ampla esfera da decisão.

Com alguma relevância, temos a área do *Sigilo profissional*, já identificada anteriormente (Nunes, 2006; Deodato, 2014), mantendo a atualidade nesta investigação. Os enfermeiros, ao identificarem esta área como problema ético, assumem conscientemente a sua responsabilidade perante a lei e perante o seu Código Deontológico, reconhecendo, contudo, as dificuldades na sua manutenção perante as pessoas que cuidam e em determinadas situações. Sobretudo, se sentem que quebram a confiança neles depositada, mas tendo consciência ser esse um passo fundamental para a sua proteção, nomeadamente em casos de crimes que atentam contra a saúde física e emocional da pessoa cuidada. É um facto que os enfermeiros assimilam a necessidade de sigilo, cumprindo com a legislação e com o seu compromisso deontológico de manter a confidencialidade acerca dos dados a que tem acesso na sua atividade profissional, mas também é um facto que reconhecem as exceções a essa obrigação, sobretudo quando está em causa a proteção das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Com menor frequência, temos as áreas problemáticas, por ordem decrescente: “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”, “Condições do exercício”, “Manutenção da privacidade nos cuidados de saúde”, “Doença grave na gravidez”, “Dificuldade na identificação do problema ético”, “Estatuto do embrião” e “Reconhecimento social”.

Em todos os problemas éticos apresentados, coloca-se um denominador comum, ou seja, o que se torna problema ético para o enfermeiro é a defesa da saúde e bem-estar da pessoa de quem cuida, e a incerteza de como agir, no sentido de exercer essa proteção, confirmando-se a definição de problema ético de Deodato (2014).



Figura 4 - Áreas problemáticas em que se inserem os problemas éticos de enfermagem em início de vida.

2. Discussão dos resultados dos fundamentos utilizados pelos enfermeiros face aos problemas éticos de início de vida

Deodato (2014) identificou no seu trabalho 7 categorias de fundamentos utilizados no agir dos enfermeiros perante problemas éticos: Os *fundamentos éticos, deontológicos, científicos, profissionais, culturais, sociais e jurídicos*. Nas entrevistas que realizamos, reconhecemos fundamentos já nomeados por este autor e foram surgindo, também, novos fundamentos e novas subcategorias pela especificidade da área problemática em estudo. Essas novas categorias são: “Fundamentos espirituais”, “Fundamentos pessoais” e os “Fundamentos recursos disponíveis”. Da mesma forma, surgem novas subcategorias além das identificadas por Deodato (2014) e das anteriormente identificadas na análise que realizamos aos pareceres do CJ. Não foram identificados *fundamentos culturais*.

Temos consciência de que a classificação, sobretudo de algumas subcategorias, nem sempre foi linear. Muitas unidades de contexto poderiam ser classificadas em diferentes subcategorias, tendo sido alvo de muita reflexão para a decisão que aqui apresentamos. Sendo um trabalho de índole qualitativa, há uma «marca» do próprio investigador que acaba por se traduzir nas opções tomadas. Esta é a nossa visão dos nossos resultados e por isso partimos para esta discussão com o objetivo de esclarecer as escolhas efetuadas. Mais uma vez, iniciamos a apresentação tendo em conta a frequência com que nos aparecem as categorias e subcategorias dos fundamentos utilizados. O que sendo discutível, quando se opta por um trabalho qualitativo, ajuda-nos, no entanto a perceber a quantidade de vezes que foi mencionado nestas entrevistas, embora não signifique atribuição de maior relevância. Traduz, apenas, a opção na apresentação dos resultados.

2.1. Fundamentos éticos

Deodato (2014), na sua investigação, afirma os *fundamentos éticos* como aqueles que são invocados pelos enfermeiros com maior frequência, dizendo “o enfermeiro valora os fundamentos éticos de forma significativa e com maior relevância face às demais categorias” (p. 252). Também nesta investigação se pode afirmar que foram os mais frequentemente utilizados, sempre que o enfermeiro se confrontou com problemas éticos de início de vida.

O *Princípio do respeito pela autonomia* da pessoa assistida, já identificado por Deodato (2014), é dos princípios mais utilizados na decisão ética dos enfermeiros neste estudo. No âmbito de início de vida, a decisão autónoma é muitas vezes aquela que é decidida pela mulher, mas é também considerado, em muitas ocasiões, o casal.

Para os enfermeiros, mesmo quando estão os seus próprios valores em causa, este é um princípio a respeitar, seja na decisão de efetuar um cuidado, seja na decisão de não o efetuar. A decisão de não agir, baseado no princípio da autonomia está presente no discurso destes enfermeiros, havendo a consciência que “*nós não podemos interferir*”, dando espaço à liberdade de escolha de cada pessoa e ao seu livre-arbítrio.

Há, na utilização deste princípio, consciência de que o respeito pela autonomia requer informação à pessoa, capacitando-as para a decisão, pois “(...) somente quando um indivíduo vê confirmada a sua autonomia pelos demais é que pode chegar a uma compreensão completa de si mesmo como sujeito social” (Nunes, 2011, p. 56). Estamos, assim, perante um fundamento interiorizado e utilizado na decisão ética do enfermeiro, refletindo-se no seu agir.

O termo autonomia, segundo Filipe (2004), “*deriva de duas palavras gregas *autos* e *nomos* que significam, respectivamente, o poder de dar a si próprio uma regra, definindo os seus interesses individuais e relações particulares (...) poder da independência (autodeterminação) exercido pela pessoa*” (Filipe, 2004, p. 238). Decorre do reconhecimento intrínseco da dignidade da pessoa humana, reconhecendo-se a capacidade de “*cada um para traçar os seus próprios planos de vida e as suas próprias normas de excelência, sem outros limites a não ser o direito semelhante dos outros à mesma autonomia*” (Nunes, 2011, p. 279). Este princípio, e a sua aplicação como fundamento utilizado na decisão do enfermeiro, obedece à exigência de capacidades como consciência, competência e idade mínima (definida pela lei) de quem decide. A informação dada tem como exigência o uso da verdade e de clareza na transmissão da informação. Requer ainda que a pessoa não seja sujeita a coação e aceite livremente aquilo que lhe é proposto.

Os enfermeiros, ao utilizarem este princípio como fundamento na sua decisão, protegem “os direitos -da pessoa e do cidadão- que não se extinguem por alterações na situação de saúde” (Nunes, 2011, p. 279).

A subcategoria “O bem para a mãe” é claramente utilizada na decisão do enfermeiro, quando a proteção do bem-estar e o alívio do sofrimento emergem como fundamentos para o seu agir. Podemos elencar ações praticadas para alívio da dor e do desconforto que decorrem de um procedimento diagnóstico, abortamento ou parto, até à proteção do sofrimento da mulher em simples ações como o estar presente e acompanhar em todas as situações, quando o enfermeiro reconhece a sua presença como significativa para essa pessoa. O enfermeiro assume esta proteção, sobretudo nos momentos de perda ou presença de diagnósticos adversos. Numa área como a de início de vida, associada à felicidade e à esperança, a dor e a perda ocorrem sendo tanto ou mais difícil pelo inesperado. Este apoio está presente em todas as situações, mesmo que esse sofrimento decorra de uma ação voluntária da mulher ou contrarie os valores do enfermeiro. No conceito de “bem” surge ainda a procura do “Bem para os pais”. Associada a casos anteriormente descritos, o enfermeiro inclui o casal e o seu bem-estar como fundamento utilizado no seu agir.

De igual forma, também se evidencia como fundamento utilizado na decisão ética o fundamento “Bem para o filho”. Esta proteção surge nos discursos analisados, quase sempre associada à proteção da vida, mas também ao conforto a proporcionar quando perante um quadro de abortamento, deparam com o feto vivo.

O *Respeito pela vida humana* como fundamento utilizado pelos enfermeiros na sua decisão, foi anteriormente elencada por Deodato (2014), que afirmou “A vida humana constitui o foco central de proteção da enfermagem” (p. 102), e o respeito pela vida humana constitui-se como fundamento ético utilizado na decisão dos enfermeiros encontrando-se plasmado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, onde se compreende a vida como sendo “todo o ciclo vital”, pelo que, na área de início de vida o enfermeiro defende e protege a vida da mulher, mas também do embrião/feto. A vida constitui-se como bem inalienável de toda e qualquer pessoa, pelo que a sua defesa está também presente em Declarações e Convenções internacionais e na Constituição da República Portuguesa. O juramento de Nightingale, de 1893, enuncia-o igualmente, como uma obrigação do enfermeiro. Afirma-se como princípio transversal, aceite em todas as

sociedades, assumindo-se que sem vida humana não há ética ou pelo menos não existirá o estudo da ética⁴⁸ (Tshudin, 2003).

Este estudo, ao restringir-se a uma fase específica do ciclo vital, contém muitas vezes o binómio gestante/progenitor e embrião/feto. Os discursos analisados permitem-nos afirmar que a defesa da vida da gestante e do embrião direcionam o agir do enfermeiro embora, por vezes, a utilização do fundamento “respeito pelo princípio da autonomia” faça prevalecer a defesa da vontade da mãe, sobre a vida do embrião/feto. Contudo, esta decisão é consciente e acarreta ónus para estes enfermeiros, pois reconhecem vida humana no ser incipiente e há em toda a sua decisão um respeito pela vida, independentemente do seu estágio de desenvolvimento uma vez que “a vida corresponde ao período contínuo desde a concepção até à morte” (Deodato, 2008, p. 133).

O *Princípio da não maleficência*, já identificado por Deodato (2014) como fundamento utilizado pelo enfermeiro na decisão ética, é igualmente um princípio ético utilizado pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos de início de vida. Surge no espectro do cuidado a um ser holístico, pelo que “o não causar dano” abrange tanto a parte física como a parte emocional. Para Beauchamp & Childress (2019) este princípio abarca regras morais específicas: não matar; não causar dor ou sofrimento aos outros; não causar incapacitação a outros; não causar ofensa a outros e não despojar outros dos prazeres da vida. É, efetivamente, um princípio integrado no agir do enfermeiro e afirmado, tanto na preocupação com a integridade e a saúde da pessoa, como também na forma de transmitir uma má notícia adotando-se discurso que cause menor sofrimento possível à pessoa. Desta forma, a linguagem escolhida é criteriosa, permitindo que a integração da informação na pessoa se faça num total respeito pelo seu sofrimento.

Numa área em que o aborto ocorre, é também de salientar a utilização do princípio da não maleficência, quando se prevê que esse aborto possa provocar risco ou dano para a saúde da mulher e está também presente na antecipação daquilo que pode correr mal num parto, tentando os enfermeiros não aprofundar demasiado estas questões, para diminuir a ansiedade que esse saber também implica.

⁴⁸ Tradução livre de: “whithout human life, there is no ethics or at least, no study of ethics” (Tshudin, p.52)

Este princípio foi igualmente identificado por vários autores (Beauchamp & Childress, 2019; Tshudin, 2003; Thompson et al., 2004) e nas entrevistas efetuadas torna-se muito claro que o enfermeiro “decide com base naquilo que não prejudica a pessoa ou que a possa afetar negativamente” (Deodato, 2014, p. 101). É, efetivamente, um princípio com “raízes muito antigas na medicina”, segundo Martins (2004, p. 231). Presente no Juramento de Hipócrates, de onde, segundo Martins (2004) advém a frase “*primum non nocere* - ‘primeiro não causar o dano’ o que coloca este princípio com alguma primazia, embora entrosado com o da beneficência” (2004, p. 231).

O enfermeiro não só evita o dano, como antecipa “efeitos que possam ser prejudiciais para a pessoa” (Deodato, 2014, p. 253). O princípio da não maleficência é reafirmado como fundamento amplamente utilizado na ação do enfermeiro, neste trabalho. Surge, inclusive, numa referência direta “*uma vida e também a questão da não maleficência de não causar, causar o menor dano*”. Tanto na transmissão de uma notícia difícil “... *eticamente, eu não poderia fazer mal a alguém naquela altura*” ou no transmitir dos riscos de um parto, “*mas vou assustá-las. Vou causar-lhes ansiedade, depois as mulheres vão para casa a pensar que o parto pode complicar-se*”.

Identificamos, também, no discurso dos enfermeiros, o fundamento para a decisão ética que denominamos de “Compaixão pela mãe”. Esta compaixão surge em situações de grande sofrimento para a pessoa grávida, porque tomou uma decisão da qual se arrepende, porque está perante o nascimento/abortamento de um feto com múltiplas malformações ou até pela própria dor sentida durante o parto. Para Nunes (2009), “A compaixão é participar do sentimento do outro em situação de sofrimento, na dor e na tristeza. Não se trata de aprovar (ou desaprovar), nem compartilhar as suas razões.” (p. 142), e estes enfermeiros aqui entrevistados testemunham essa “participação” na dor do Outro e utilizam esta compaixão como fundamento para a ação a praticar.

Também Vieira (2008b) se refere à compaixão como partilha com o outro e um reconhecimento da dor do outro. Para esta autora “ao ser afetado pela compaixão o enfermeiro recebe também tudo o que o paciente lhe oferece na experiência da sua dor, e juntos podem construir a esperança que ajudará a encontrar o sentido” (Vieira, 2008b, pp. 115-116). Há, efetivamente, no discurso dos enfermeiros o reconhecimento da dor da pessoa, mas nesse reconhecimento há também a dor do enfermeiro pela situação vivida. Portanto, e como defende Marçal (2004), há na compaixão abertura ao outro e

uma compreensão pelo seu mundo e pela sua dor, afirmando que estamos perante “um movimento do qual emergem uma intenção e uma acção de ajuda vividas numa dinâmica de ser-com-o-outro” (Marçal, 2004, p. 279). Há, nesta compaixão revelada pelos enfermeiros um fundamento para a ação, aquilo que Marçal (2004) diz ser o agir ético e competente. Com menos relevância, emerge também a “Compaixão pelo feto”.

Quanto ao *Princípio da beneficência*, também já identificado por Deodato (2014), foi menos frequentemente utilizado nestas entrevistas. Há, contudo, em alguns discursos, implícita a vontade de fazer sempre o bem e o melhor para a pessoa. É um princípio presente em quase todas as ações praticadas e partilhadas durante esta investigação. Um sentido de proteção física e psicológica da pessoa, presentes no fazer do enfermeiro. Como diz Deodato (2014), “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” (p. 99). O enfermeiro comporta na sua ação, quando utiliza este princípio, aquilo que é seguro, aquilo que é eticamente correto e um sentido protetor e de cuidado pelo outro, tão presente naquilo que é ser enfermeiro. Como declara Martins (2004), “O princípio da beneficência está intimamente relacionado com o imperativo de ‘fazer o bem’, de ajudar a encontrar o que é para seu benefício”(p. 232). A autora ainda afirma que “A beneficência no contexto dos cuidados de enfermagem é o dever de agir no interesse do utente” (Martins, 2004, p. 232).

Para Beauchamp & Childress (2019), quando o princípio da beneficência é utilizado como fundamento do agir, indica que, ao prestar cuidado ou definir um tratamento, deve advir benefício para a pessoa que o recebe. Os autores incluem dois conceitos na Beneficência, distinguindo entre beneficência positiva ou utilidade. A beneficência positiva requer que os agentes propiciem benefícios aos outros, e a utilidade requer que os agentes equilibrem os benefícios, os riscos e os custos, de forma a que se produzam melhores resultados para a pessoa (Beauchamp & Childress, 2019). Nos discursos analisados, os enfermeiros apropriam-se dos dois conceitos, considerando na sua ação os benefícios diretos para a pessoa e equilibrando o seu agir entre aquilo que, apesar de apresentar desvantagem, tem como fim um benefício.

Os princípios da não maleficência e da beneficência, estão intimamente ligados e são utilizados pelos enfermeiros, quando se confrontam com o problema ético em início de

vida. Podemos mesmo apropriar-nos das palavras enunciadas por Martins (2004), que nos diz que

Os princípios da beneficência e não-maleficência constituem o farol que permite guiar os enfermeiros para agir cuidando da pessoa humana nas suas diferentes dimensões e de acordo com as necessidades que possam apresentar; que permite a integração de saberes interdisciplinares contribuindo assim para o melhor cuidado àquela pessoa, em suma, fazer o maior bem à luz daqueles princípios (p. 233).

Como fundamento utilizado pelos enfermeiros perante o problema ético, identificamos também o “Princípio da precaução”. Este princípio foi igualmente identificado na análise dos pareceres da CJ, onde a Ordem dos Enfermeiros o aponta como princípio a seguir na ação do enfermeiro. Nesta análise, ele é integrado na decisão em questões distintas, que vão desde um cuidado prestado sustentado no conhecimento científico e na experiência do enfermeiro, à precaução na comunicação de uma má notícia ou a transmitir uma informação. O enfermeiro pondera o risco para a pessoa e integra-o nos fundamentos a utilizar na sua decisão ética.

O enfermeiro utiliza o “Princípio da precaução” na sua decisão, resultando a ação ponderada. Nora et al. (2016), em uma revisão integrativa efetuada, afirmam que na ação do enfermeiro ele procura a alternativa “adequada para resolver o problema identificado, construindo uma decisão eticamente prudente” (p. 2) acrescentando que a “prudência é expressa como a capacidade de valorar os valores e deveres envolvidos no problema ético” (p.2) e dessa forma se chegará a decisões ponderadas (ou razoáveis, nas palavras dos autores).

Também Nunes (2011) fala em “cautela no agir” e afirma-a como um valor, dizendo “faz parte da dimensão perceptiva que aplica a cognição à ação. E aqui inscrevemos as questões da prevenção e da precaução, na tomada de decisão” (p. 68). Efetivamente, o enfermeiro usa prudência na sua deliberação, na sua decisão e depois no seu agir, sendo a prudência “a virtude que o calcula, que lida com a incerteza” (Nunes, 2009, p. 89). Esta precaução e prudência surgem na fase de deliberação e, portanto “(...) a prudência ocupa-se da escolha dos meios; não reporta ao que é escolhido, mas à regra da escolha; trata, se quisermos, da qualidade do critério” (Nunes, 2009, p. 89). Através da prudência e da precaução, o enfermeiro avalia o problema e decide com razoabilidade. Como

afirma Cícero (44 a. C./2017), não basta pensar com prudência, há que agir com ela. Desta forma, “uma ação devidamente ponderada é o resultado do conhecimento aliado à prudência; por este motivo, agir com consequência é realmente preferível a se pensar com prudência apenas” (Cícero, 2017, p. 79).

O *Respeito pela pessoa* (Deodato, 2014) surge também nos fundamentos utilizados na tomada de decisão dos enfermeiros, nas entrevistas realizadas. Este respeito pela pessoa, decorre do respeito pela dignidade da pessoa humana e é afirmado em múltiplos contextos, sendo revelada grande consciência na sua utilização, surgindo textualmente no discurso.

O *respeito pela pessoa* (já identificado por Deodato) é utilizado pelos enfermeiros em qualquer ação praticada, mas também na relação com terceiros. Em circunstâncias em que o enfermeiro identifica a falta de respeito à pessoa pelos seus familiares, age, promovendo a autonomia e adotando a sua defesa. O enfermeiro respeita a pessoa como um todo nos seus valores e crenças e utiliza esse respeito na sua decisão de cuidado. Para Filipe (2004), o respeito pela pessoa tem requisitos indispensáveis que são “a privacidade, a veracidade e a autonomia” (2004, p. 239). Este autor refere ainda que a primeira formulação do respeito pela autonomia “surgiu sob a designação de ‘princípio do respeito pela pessoa’”. A correlação é clara, e muitos dos princípios éticos pelos quais os enfermeiros pautam a sua ação, estão relacionados e entrelaçam-se de uma forma indiscutível, sendo neste caso, perceptível que, baseado no respeito pela pessoa, o enfermeiro também respeita a sua autonomia e a sua capacidade para decidir naquilo que lhe diz respeito. Assim, abrange cuidados centrados na pessoa, cuidados humanizados pois, como afirma Nunes (2011), “o <<resgate da humanização>>” é, basicamente reafirmar o respeito pelas pessoas, colocadas sob o cuidado dos profissionais da saúde e retomar o fio das relações entre-pessoas, que torna o mundo mais humano” (p. 284)

Como apontamos na apresentação dos resultados, o respeito pela pessoa abrange o “Respeito pelos valores das pessoas” como fundamento utilizado pelos enfermeiros na tomada de decisão para o cuidado e quando enfrenta a dúvida nessa decisão. Este, também decorre do respeito pela dignidade da pessoa humana. O enfermeiro revela respeito pelas convicções, crenças, religião, cultura do outro e integra-as na decisão de

cuidado. O desacordo com os seus próprios valores não demove o enfermeiro de utilizar este respeito na sua decisão de cuidado, acabando este fundamento por se interligar com a abstenção de juízos de valor, fundamento também utilizado pelos enfermeiros no seu agir. Há, sobretudo, um reconhecimento de que cada caso é único, irrepetível e tem circunstâncias próprias. O enfermeiro consciente do respeito inequívoco pela autonomia da pessoa, respeita-a e respeita os valores com os quais ela se auto constrói. Assim, ao ser confrontado com um problema ético, o enfermeiro utiliza este respeito pelo mundo da pessoa, como fundamento para a decisão. Nunes (2004) afirmou que a ação, que tem como objetivo o benefício do Outro, é boa quando também, no decurso da mesma, respeita “os valores, as crenças e convicções de quem é cuidado – ou seja, respeitar a sua autonomia” (Nunes, 2004, p. 38).

Os valores surgem, igualmente, como fundamento para a tomada de decisão, sendo identificados como fundamentos utilizados pelos enfermeiros, face aos problemas éticos de início de vida. No Cap. 2, 1.3.2. tentamos definir “valor”, como o “que vale, a qualidade que o faz ser apetecível para um sujeito e, ao mesmo tempo, é porque o sujeito valora que se faz valor” (Nunes, 2011, p. 26). Segundo Nunes (2011), existem três premissas quando nos reportamos aos valores. Assim, a primeira é “o valor é uma espécie de padrão para a vida, que define comportamentos (sociais e profissionais) e afecta julgamentos (éticos e morais)” (p. 64). Depois, segundo a autora, “(...) os valores estão organizados num sistema que reporta às prioridades ou preferências estabelecidas. Desta forma, os valores transformam-se em critérios de ação, que predis põem a agir como agimos” (Nunes, 2011, p. 64). Por último, “(...) a praxis de enfermagem é sustentada por valores que guiam as escolhas profissionais” (Nunes, 2011, p. 64). É este critério para a ação que guia as escolhas dos enfermeiros entrevistados, espelhado nos valores que enunciamos e foram expressos pelos mesmos.

Ao interpretarmos o significado de valores, defendemos a importância da educação e da sociedade em que a pessoa está inserida, na escolha dos valores que preferencialmente guiam a sua ação e, particularmente do enfermeiro, mas como Nietzsche (2010) defendeu também, “Necessitamos de crítica dos valores morais, e antes de tudo deve discutir-se o valor destes valores, e por isso é de toda a necessidade conhecer as condições e os meios ambientes em que nasceram, em que se desenvolveram e deformaram (...)” (Nietzsche, 2010, p. 13).

O *Valor verdade e justiça* foi anteriormente identificado por Deodato (2014) e enunciado no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na alínea 2c) do art.º 99.º (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). Nesta investigação, é na transmissão da informação à pessoa, sobretudo quando se está perante um mau diagnóstico, que este valor assume relevância na decisão do enfermeiro. A morte ou a constatação de situação grave, leva o enfermeiro a ponderar outros fundamentos, mas na sua decisão, utiliza igualmente o *Valor da verdade e da justiça*. Adotando o conceito de Dias (2004), podemos dizer que ser um enfermeiro justo “(...) para além de exigir excelência de competências para as acções cuidativas, significa saber interagir com a pessoa doente, quer dizer, cuidá-la dignamente no seu corpo e respeitar os seus valores, crenças e desejos (...)” (p. 319). Desta forma, o enfermeiro integra aquilo que a pessoa é, respeita-a, é justo e verdadeiro com essa pessoa. Como Aristóteles doutrinou (334 a. C./2006), a “justiça é aquela disposição do carácter a partir da qual os homens agem justamente” (p. 107).

Beauchamp & Childress (2019) adotam a definição de justiça aquela que propicia um justo acesso ao sistema de saúde, em que existam estratégias eficientes nas instituições de saúde e em que se minimizem as condições que possam ser prejudiciais à saúde e diminuam a sua relevância social. Estes autores, quando se referem à justiça, referem-se à distribuição do bem saúde e à forma de o fazer de forma adequada e justa, mas reconhecem que não existe um princípio único de justiça, que seja capaz de solucionar todos os problemas que possam surgir nesta área. As teorias de justiça são várias, mas neste caso podemos afirmar que os autores se referem a uma distribuição, que embora se queira igual para todos, deve tendencialmente exercer uma discriminação positiva no sentido de beneficiar quem mais precisa. Como declara Deodato (2014), “Agir com justiça é assim atender ao que a pessoa precisa, na medida em que ela precisa, no tempo que ela precisa” (p. 110).

Como dissemos, é essencialmente na transmissão da informação que os enfermeiros utilizam este fundamento da ação, sendo que, aquilo que transmitem é baseado na verdade e no que consideram necessário para que a pessoa possa tomar a sua própria decisão. Desta forma, o “dizer a verdade” é reconhecido por estes enfermeiros como importante fator na comunicação e na ação ética do comunicar. Tschudin (2003) afirma

que dizer a verdade é fundamental para que se possa atuar de forma ética e moral⁴⁹, e este reconhecimento é realizado pela voz dos enfermeiros nesta amostra, fazendo parte do veículo principal da ética a comunicação. Contudo, dizer toda a verdade, pode também acarretar resultados desastrosos e por isso o enfermeiro age, ou comunica, “de modo a não provocar danos” (Deodato, 2014, p. 110), articulando estes dois valores verdade e justiça, adaptando aquilo que transmite “às necessidades da pessoa em causa, fornecendo-lhe a informação com que ela consegue lidar naquele momento” (Deodato, 2014, p. 111).

A *Proteção do bem-estar e alívio do sofrimento* foi igualmente identificado por Deodato (2014), afirmando que “O bem-estar passou a integrar o conceito de saúde e constitui preocupação para os profissionais de saúde a par das suas motivações terapêuticas” (Deodato, 2014, p. 105). Nas entrevistas analisadas, esta preocupação está sempre presente, mesmo quando não conscientemente identificado como fundamento, pois como afirma Deodato (2014), é “o estado para onde devem concorrer as intervenções realizadas” (p. 106). O enfermeiro assume no seu fazer “esta intenção, de poder ajudar o outro” e o alívio do sofrimento ultrapassa aquilo que é a sua responsabilidade profissional, transformando-se numa forma de ser, perceptível na frase “*nem me consigo lembrar de ver alguém a sofrer e não ir ajudar*”. O enfermeiro integra este princípio na sua decisão e utiliza-o como fundamento para o seu agir, traduzindo-se muitas vezes não no grande gesto, mas pelo estar e dar apoio, no momento em que o enfermeiro percebe o quão fundamental é essa ação. Esta proteção assume nesta subcategoria a sua esfera mais ampla, uma vez que optamos por introduzir as subcategorias “O bem para a mãe”, “O bem para os pais”, “O bem para o filho” e “O bem para o pai” que decorrem desta subcategorias mas são dirigidas a uma entidade específica.

Outro valor aqui identificado como fundamento de decisão é o “Valor confiança”. Foi anteriormente identificado por Deodato (2014), mas sob a denominação “Princípio da confiança”. Segundo o autor, “a confiança que se depositará em cada enfermeiro, em plena relação de cuidado, será em primeiro lugar influenciada pela confiança que o

⁴⁹ Tradução livre de: “Truth telling is therefore fundamental to being ethical and moral”. Tshudin, p.58

cidadão reconhece na profissão” (Deodato, 2008, p. 164). Nos discursos analisados, surge pela positiva, ou seja, o enfermeiro tem uma relação de confiança com a pessoa e essa confiança é fator de segurança, que alicerça essa relação fazendo com que acredite naquilo que o enfermeiro lhe propõe. Surge, igualmente, pela negativa, no sentido em que o enfermeiro ao atuar, tem que quebrar a confiança que a pessoa deposita nela para salvaguarda da sua vida e da sua saúde. Como valor diretamente mencionado é pouco frequente, mas nos discursos depreende-se esta relação de confiança como fundamental para cumprimento de um plano terapêutico.

Como indica a sua origem no latim *con fides*, ou seja, «com fé», aplica-se ao acreditar em alguém, e para acreditar em alguém, essa pessoa terá que possuir características de pessoa confiável, como ser responsável, ser honesta, ser justa, ser verdadeira. Assim, a sociedade espera dos enfermeiros estas características, que lhes permitem ter confiança em toda a classe profissional. A relação do enfermeiro com a pessoa estabelece-se, também, baseada nesta crença de que o enfermeiro “age no sentido da sua proteção e a defesa da sua dignidade” (Deodato, 2014, p. 112). Da mesma forma, a confiança depositada no enfermeiro “determina que ela aja tendo em conta a fé” (Deodato, 2014, p. 112) nele confiada.

Para Lourenço et al. (2011) “A estruturação da relação de confiança é um processo dinâmico no qual os enfermeiros e os clientes são actores aliados e em construção” (p. 11). Para estes autores, o enfermeiro tem um papel central na construção desta relação de confiança, devendo demonstrar competência, e sendo esta competência, não apenas técnica e científica, mas também ética (Lourenço et al., 2011).

O “Respeito pela especial vulnerabilidade da grávida” é um fundamento utilizado em casos em que a pessoa grávida está fragilizada por ocorrência de perda ou situações em que é confrontada com uma má notícia. Este fundamento revela consciência relativa à fragilidade provocada por situações, como uma perda na gravidez, ou outra situação de sofrimento, e está evidenciado no reconhecimento da humanidade do outro. Esta vulnerabilidade, também é reconhecida, quando o enfermeiro se disponibiliza, perante notícia adversa, para ser um elemento de transmissão da mesma. Renaud (2008) afirma que a vulnerabilidade é um conceito associado ao sofrimento, porque “evoca o *vulnus*, a ferida” (p. 16), mas incorpora no seu significado, também, a fragilidade. Ou seja, a vulnerabilidade é vista como a possibilidade de sofrer ataque externo, pelo que há no

agir do enfermeiro a noção de necessidade de proteção da pessoa. Há, também implícito, o reconhecimento da relação assimétrica e, como afirma Nunes (2009), “neste contexto, demanda um compromisso eticamente adequado- ou seja, de que o poderoso proteja o fraco” (p. 50).

Partindo ainda da vulnerabilidade, é também utilizado como fundamento ético na decisão do enfermeiro o “Princípio do respeito pela vulnerabilidade do enfermeiro”. O enfermeiro é também um ser humano, com limites para o sofrimento. Ao deixar-se afetar pelo outro, fica exposto a esta vulnerabilidade. Reconhecendo esta «afetação», acaba também por, de alguma forma, tomar decisões que possam não comprometer a sua própria estabilidade emocional e psíquica.

Os “Valores profissionais”, foram assim denominados porque, no discurso, evidencia-se justificação para uma determinada ação, baseada naquilo que é nomeado como “*bom senso*”, “*valores profissionais*” e “*valor ético*”. Estando como valores enunciados no EOE a igualdade, a liberdade responsável e verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (alínea 2, Art.º 99, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro), serão estes que também guiam os enfermeiros na sua decisão ética. No mesmo contexto, surge o uso dos “Valores pessoais”, identificados como sendo os valores “morais e sociais” do próprio enfermeiro. O reconhecimento dos valores que guiam a ação dos enfermeiros é reconhecido como aprendido ao longo da vida pessoal, mas com referência clara aos conteúdos ministrados na licenciatura de Enfermagem e depois, na especialidade de Saúde Materna e Obstétrica.

Como dissemos, o respeito pela pessoa e pelos valores dessa pessoa decorre, do princípio do Respeito pela dignidade da pessoa humana, também utilizado como fundamento na decisão ética dos enfermeiros, na análise efetuada às entrevistas realizadas e nos fundamentos ponderados na investigação de Deodato (2014). Embora a sua utilização seja pouco frequente, de uma forma direta, acaba por estar implícita em muitos dos fundamentos utilizados e aqui enunciados e pode afirmar-se como subjacente a muitos deles. O respeito pela dignidade humana, e a sua obrigação no cuidado prestado, é enunciado no código deontológico, art.º 99.º, também apelidado de artigo ético, uma vez que “expressa princípios gerais, à luz dos quais se identificam os

valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 38). A pessoa e a sua dignidade intrínseca é reconhecida pelo enfermeiro e utilizada como fundamento para o cuidado à pessoa. Dele decorre igualmente o respeito pela autonomia, já aqui enunciado, podendo-se aludir a “ramificações”, como defende Nunes (2011), porque “ramifica para a autonomia, a possibilidade de cada ser humano, por intermédio da sua consciência, agir livremente, bem como se autodeterminar (...)” (p. 99), mas ramifica também para “a fragilidade, as incapacidades, a vulnerabilidade, a finitude” (p. 99). É um princípio obrigatório para os enfermeiros, mas, também, para todo e qualquer cidadão português⁵⁰, assim como para a humanidade em geral. Por isso, a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa (2015) afirma que “é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções” (p. 39).

A dignidade da pessoa humana é, assim, o núcleo essencial dos direitos humanos fundamentais. Nela se ancoram a autonomia, o respeito pelas escolhas de cada uma, a tolerância e o respeito pelas opiniões e convicções pessoais. Para Nunes (2011), nós não atribuímos dignidade a ninguém, mas reconhecemos essa dignidade como inerente ao outro.

O Respeito pela qualidade de vida, já nomeado por Deodato (2014) nos fundamentos ponderados, emerge no discurso dos enfermeiros como algo de relevante e com peso na tomada de decisão, assumindo-se a defesa da vida, mas de “*uma vida com qualidade*”, afirmando-se características como “*com capacidade*” e “*com autonomia*”, para reforçar aquilo que, o próprio enfermeiro, define como qualidade de vida. Segundo Deodato (2008), “A qualidade de vida resulta do conjunto das características que cada um atribui à forma como vive e que o tornam feliz” (p. 133), por isso “respeitar a qualidade de vida, significa ter em conta a especificidade que cada um pretende ou aceita viver a sua vida” (Deodato, 2008, p. 133). Desta forma, os enfermeiros utilizam como fundamento para a decisão, não só o respeito pela vida, mas também pela qualidade dessa mesma vida.

⁵⁰ Princípio expresso no 1.º artigo da CRP que nos diz que “Portugal é uma república soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)”

Por último, surge como fundamento o “Respeito pela individualidade”. Aparece-nos nestas entrevistas como fundamento para ação, quando o enfermeiro identifica a necessidade de respeito pelo espaço da pessoa confrontada como um resultado adverso ou uma perda. O enfermeiro apoia, respeitando a individualidade e a unicidade de cada um, pelo que não se impõe à pessoa. Tshudin (2003) e Thompson et al. (2004) falam em “liberdade individual”, que por sua vez, advém do respeito pela dignidade da pessoa e do respeito pela pessoa.

2.2. Fundamentos deontológicos

Os *Fundamentos Deontológicos* são frequentemente utilizados, apoiando-se o enfermeiro, também, naquilo que são os seus deveres quando se encontra perante um problema ético. Em Deodato (2014), foram identificados como fundamentos deontológicos ponderados o dever de sigilo, o dever de respeitar a intimidade e o dever de cuidado. Como *fundamentos deontológicos* utilizados identificou o *dever de sigilo* e o *dever de respeito pela intimidade*.

Na análise dos pareceres da Ordem dos Enfermeiros, identificamos os seguintes *fundamentos deontológicos*, como aqueles que devem ser utilizados pelos os enfermeiros, quando confrontados com problema éticos de início de vida, e que, segundo o CJOE, são: dever de agir em tempo útil; dever de respeito pela liberdade (de consciência), dever de abster-se de juízos de valor, dever de informação, dever de encaminhamento, *dever de cuidado*, dever de respeito pela autonomia, dever de competência profissional, dever de dignificar a profissão, dever de excelência, dever de respeito pela vida humana, dever de respeito pela dignidade da pessoa humana, dever de respeitar os direitos das pessoas, deveres relativos ao exercício da objeção de consciência, deveres para com a profissão, *dever de sigilo*, dever de respeitar o consentimento, responsabilidade pelas ações, respeito pelos valores das pessoas, dever de agir em complementaridade, princípio da coerência e da transparência do agir na profissão, direito do enfermeiro à objeção de consciência, direitos dos enfermeiros/direito de acesso à informação de saúde das pessoas que assiste, ilegitimidade da objeção de consciência, direito ao exercício profissional livre e direito a condições de trabalho. Sendo emanado pelo órgão regulador da atividade profissional dos enfermeiros, a quantidade e multiplicidade de fundamentos indicados é coerente

com aquilo que se espera na resposta dos profissionais de enfermagem, que será agir de acordo com os seus próprios deveres. Efetivamente, e depois da análise das nossas entrevistas, podemos dizer que os enfermeiros conhecem estes deveres e os utilizam na sua prática profissional.

Nesta investigação, os *fundamentos deontológicos* estão distribuídos por 25 subcategorias. Alguns dos *fundamentos deontológicos* presentes na análise dos pareceres voltam a surgir na análise das entrevistas, assim como os *fundamentos deontológicos* já identificados no trabalho de Deodato (2014), comprovando-se assim que “na procura da melhor decisão quanto ao cuidado a prestar, o enfermeiro encontra nos seus deveres deontológicos, uma base para justificar a sua ação” (p. 113).

De todas as subcategorias identificadas nestas entrevistas, são os seus deveres e o reconhecimento dos mesmos que se constituem como fundamento para a ação do enfermeiro, colocando, como Deodato (2014) afirmou, “a pessoa cliente do cuidado, no centro da proteção profissional” (p. 114).

O *Dever de cuidado*, anteriormente nomeado por Deodato (2014), foi também identificado na análise dos pareceres da Ordem dos Enfermeiros, sendo aqui confirmado como fundamento utilizado na decisão ética. Mesmo contrariando os seus próprios princípios, o enfermeiro não deixa de cuidar e se preocupar com a pessoa de quem cuida. Este cuidado, ou tomar conta é, segundo Nunes (2011), o reflexo de um compromisso “e emerge quando nos preocupamos com alguém, quando nos responsabilizamos, nos fazemos profissionalmente presentes. Funda-se num interesse pelo bem-estar do Outro, pelo despender atenção ao Outro” (Nunes, 2011, p. 53). Surge em diversos contextos nestas entrevistas, como a necessidade de vigiar adolescentes com vidas sexuais ativas nas consultas de planeamento familiar, “*tentando levar a uma adesão a um método contraceptivo para evitar...*”. Outra situação em que emerge como fundamento é perante uma mãe que pretende realizar um aborto. Perante a sua determinação e sendo impossível de o impedir, o enfermeiro envolve-se de forma que o possa fazer em segurança, fazendo uso do seu conhecimento da legislação dizendo “eu vou fazer o máximo possível dentro da lei, dentro das alíneas que eu ainda tenho...”, evitando colocar em risco a vida da pessoa em questão. Mesmo contrariando os seus próprios princípios, o enfermeiro não deixa de cuidar e se preocupar com a pessoa de quem cuida. Da mesma forma, o enfermeiro procura caminhos alternativos ao aborto,

quando percebe falta de apoio social e familiar, tenta ajudar a pessoa, dizendo “*se é por falta de apoios, de... porque às vezes elas podem achar que não há apoios, que não há saída possível, e só aquela é que está, e depois conversando nós conseguimos descobrir outros caminhos possíveis*”.

A origem de cuidar advém do latim *crus*, que segundo Thompson et al. (2004), significa “algo que tem valor”, tendo evoluído para “amado, desejado ou estimado” (p. 111). Este dever, sobre o qual os enfermeiros prestam juramento, está regulamentado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e requer que estes profissionais sejam responsáveis “por outras pessoas protegendo os seus interesses, saúde e segurança” (Thompson et al., 2004, p. 111). Efetivamente, os enfermeiros respondem legalmente por este dever, cumprindo com o direito ao cuidado do outro. O outro, que se encontra em estado vulnerável, e por isso alvo de maior proteção. Em início de vida, esta vulnerabilidade estende-se ao embrião/ feto, mãe e pai.

O *Dever de cuidado* tem um sentido muito amplo e poderíamos afirmar que nele se enraízam todos os outros deveres. Respeitando o dever de cuidado, o enfermeiro estabelece aquilo que Nunes (2006) apelidou de compromisso de cuidado ou pacto de cuidado. É este compromisso que fundamenta a decisão do enfermeiro quando enfrenta o problema ético e, apelando a todas as suas capacidades, ele “vigia”, “tenta a adesão ao plano terapêutico”, “faz o máximo”, “previne o risco”, “dá apoio” e “vai ao encontro” da pessoa. Como afirmou Deodato (2014), o enfermeiro tenta sempre encontrar o cuidado “adaptado à exigência ética do momento, traduzindo-se num ato ou numa omissão deliberada” (p. 118).

Podemos concluir que o enfermeiro cumpre com a sua obrigação, determinada pelo seu Código Deontológico no seu artigo 104.º - Do direito ao cuidado.

Outro fundamento deontológico identificado é o “Dever de abster-se de juízos de valor”. Este dever de não julgamento da pessoa da qual se cuida parece enraizado na forma de decidir dos enfermeiros mesmo quando tal possa ser contrário aos valores do próprio profissional. O estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/ 2015, de 16 de setembro) enuncia na alínea e) do art.º 102.º o dever de “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”, e os enfermeiros utilizam-no como fundamento na sua decisão. O “Dever de abster-se de juízos de valor” foi também

identificado como fundamento a utilizar na decisão dos enfermeiros nos pareceres do CJOE. Abster-se de juízos de valor, advém do respeito pela pessoa, do seu direito à sua liberdade e à sua autodeterminação.

Surge também como fundamento o dever de informação em geral, pelo que à luz do identificado nos pareceres, mantivemos a subcategoria “Dever de informação”, mas passamos a denominá-la de “Dever de informação em geral”. Este “dever em geral” reporta-se a casos de transmissão de resultados de análises, ensinamentos ou informação ética ou legal. Efetivamente, como afirma Costa (2004), “As diferentes formas de comunicação que são utilizadas pelos enfermeiros no processo de cuidado, sustentam o fundamento da relação enfermeiro-doente e permitem que consideremos a comunicação como uma das competências profissionais” (p. 72).

A diversidade de informação dada, requer um esforço de domínio de várias vertentes, que fica explícita nesta subcategoria. Como defende Nunes (2011), esta comunicação é “de cariz terapêutico; as suas bases, dizem os teóricos da relação de ajuda, são a confiança e a empatia” (p. 117). Segundo Deodato (2008), este é um dever “inerente ao papel profissional assumido pelo enfermeiro” (p. 144), sendo esta responsabilidade assumida no discurso dos enfermeiros. É também claro que “A informação a fornecer tem como fim suportar a decisão pelo outro, no exercício da sua autonomia. É na medida em que se é detentor de informação sobre si e o seu estado de saúde/doença, que é possível decidir” (Deodato, 2008, p. 144). O dever de informação está contemplado no artigo 105.º do EOE.

Pela especificidade da área estudada, este dever de informação surge associado a questões concretas do agir profissional em início de vida, que deram origem a novas subcategorias como o “Dever de informação perante diagnóstico médico de não viabilidade do embrião”, que é fundamento para a ação, sempre que o enfermeiro se confronta com essa realidade e, portanto, com a necessidade de transmitir a má notícia. Outra subcategoria é “Dever de informação perante diagnóstico médico de Trissomia XXI”. Permanecemos no âmbito da “má notícia”, mas sem diagnóstico de morte associado à “não viabilidade”. Assim, os enfermeiros além da notícia em si, apontam caminhos, deixando que a grávida/pais façam as suas escolhas, existindo nesta transmissão uma informação que não se prende apenas com o diagnóstico, mas sobretudo com o oferecer alternativas. Este fundamento surge frequentemente associado

ao respeito pela autonomia das pessoas e ao seu direito à informação. Atualmente, os testes pré-natal têm como objetivo apresentar o máximo de informação possível à grávida, mas a decisão perante essa informação é da responsabilidade da mesma e, é sobretudo uma escolha pessoal da mesma (Fрати et al., 2017). Dentro deste contexto, mas com outro tipo de patologias, identificamos ainda a subcategoria “Dever de informar perante diagnóstico médico de doença fetal”.

Relacionada, igualmente, com a transmissão da informação, surge ainda a subcategoria “Dever de informar perante diagnóstico médico de doença de transmissão sexual”. Não sendo um diagnóstico de doença grave ou com grave repercussões para a saúde física, é, no entanto, difícil, no sentido em que há noção de que o vetor será uma das partes do casal e que isso pode refletir-se na vida do casal. Mesmo perante este cenário, o enfermeiro assume como fundamento para a sua ação o dever de contar a verdade e de transmitir informação à pessoa. Há um assumir que “Diálogos abertos de informação verdadeira sobre o que está a acontecer ajudam a pessoa a compreender e lidar com a (sua) situação e ajudam a reforçar os laços de confiança na relação com os profissionais de saúde” (Nunes, 2011, p. 277).

Para transmitir informação, o enfermeiro deve possuir competência, tem que ser verdadeiro e possuir sensibilidade, de forma a antever as consequências dessa informação. Desta forma, o enfermeiro assume o dever de informar e assume as consequências do seu agir.

No seu agir, o enfermeiro revela, também, a sua responsabilidade profissional, que surge como fundamento utilizado na decisão dos enfermeiros, quando confrontados com o problema ético de início de vida denominado como “Responsabilidade profissional ou a responsabilidade pelas ações”. No contexto das entrevistas, emerge pela positiva e pela negativa (não assunção de responsabilidade). Foi igualmente identificado nos pareceres da CJOE.

Ricoeur (2013) diz que “Atribuir uma ação a alguém é, em primeiro lugar, identificar o sujeito da ação” (p. 86), e é pela ação praticada que o enfermeiro é responsável. Como dissemos anteriormente, para Ricoeur, atribuição da responsabilidade não estará tanto na ação, mas será centrada no Outro, sendo a responsabilidade pelo Outro que se evidencia no cuidar do enfermeiro. O enfermeiro é o profissional que cuida o outro, sendo responsável pelo que acontece ao outro (à pessoa, família ou comunidade). Para

Deodato (2014), é aqui que passamos a responsabilidade do ato em si “para o ato no Si” (p. 164), no outro. Defende este autor que passamos do ato puramente jurídico – a ação em si, para o ato ético – efeito da ação no outro.

A responsabilidade, segundo Vieira (2004), comporta alguns conceitos sendo o primeiro a pessoa a quem se imputa a responsabilidade ou *ascription* (à luz de Ricoeur), dizendo que é "o autor dos seus actos ou é responsável pelos actos de outrem, em razão do seu estado (...)" (pp. 295-296). Depois, refere a capacidade e a obrigação “do dever responder perante alguém” (Vieira, 2004, p. 296). Distingue entre responsabilidade jurídica e a responsabilidade ética, apelando ao duplo significado desta palavra. Juridicamente, segundo Viera (2004), existe um agente a quem pode ser imputado o ato praticado, podendo “ser seguido de medidas sancionatórias ou elogiosas” (Vieira, 2004, p. 296). Vieira (2004) refere ainda a responsabilidade por omissão desse ato.

A responsabilidade e a obrigação de assumir a responsabilidade, estão enunciadas na alínea 3 a) do art.º 99 do EOE, aludindo-se à liberdade responsável (alínea b) do art.º 99.º), e afirmando a responsabilidade como aquilo que assumimos como a nossa ação, praticada livremente e sem coação. O ato é precedido de uma deliberação, em que a responsabilidade foi assumida como fundamento para a tomada de decisão. Segundo a OE, “é-se responsável pelas decisões (de agir ou não agir), pelos actos (no sentido da acção ou da omissão) e pelas consequências” (OE, 2015, p. 41). É este sentido de responsabilidade que fala Ricoeur (1991), ao referir-se ao “rasto” que deixa o ato e, por isso, é passível o apuramento de responsabilidade. Podemos ser assim censurados pelo ato, mas também elogiados. Subjacente, ao “rasto”, fica também a reputação da pessoa, da classe (e que também está ligada ao dever de dignificar a profissão) e, acrescentaríamos, a própria consciência.

Como dissemos anteriormente, etimologicamente, a palavra responsabilidade deriva do latim “respondere, comprometer-se (*spondere*) perante alguém em retorno” (Cabral, 2000, p. 113). É este assumir, responder pelo ato realizado que o enfermeiro utiliza, também, como fundamento de decisão perante o problema ético com que se confronta, num agir responsável, porque é competente para essa ação.

Outro fundamento utilizado face aos problemas éticos de início de vida é o “Dever de excelência”. Nas unidades de contexto associadas a este dever, vemos que os enfermeiros procuram refletir sobre as suas práticas com objetivo de as aperfeiçoarem,

dando cumprimento à alínea a) art.º 109.º, do EOE, que nos diz que o enfermeiro “procura em todo o acto profissional a excelência do exercício assumindo o dever de: a) analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, mas também se traduz na identificação e comunicação de falta de recursos (ou recursos inadequados). Assim, ao referirem-se à falta de condições físicas ou escassez de recursos humanos têm como objetivo “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudicam a qualidade dos cuidados” (alínea d) art.º 109.º do EOE). Há, portanto, a procura de excelência como fundamento para a ação de enfermagem, procurando-se a “excelência como o humanamente desejável para todo o acto de cuidar, independentemente do contexto em que se desenvolve” (OE, 2015, p. 92). Como forma de conclusão, mais do que procurar a excelência, vimos neste fundamento uma forma de envolvimento e comprometimento no desempenho profissional destes enfermeiros.

O *fundamento deontológico* “Dever de respeito pela privacidade” é também utilizado face aos problemas éticos de início de vida. Deodato (2014) identificou o *dever de respeitar a intimidade* e mantemo-nos no mesmo campo, esfera da intimidade da pessoa, mas adotando o conceito de privacidade já identificado nos pareceres do CJOE, pela sua esfera mais ampla. Nas unidades identificadas, há referência ao cuidado como o próprio toque pessoal, até à necessidade de preservar um espaço reservado para um casal que acaba de perder um bebé desejado. Assim os enfermeiros assumem que

(...) a vivência da intimidade -e a vida íntima de cada pessoa é necessária- deve ser objecto de reserva e guardada em confiança, pela atenção à privacidade de cada doente e a garantia do segredo profissional (Ourives, 2004, p. 249),

e por isso o “dever de respeitar a privacidade” é fundamento utilizado na sua decisão, manifestando assim o respeito pela pessoa e pela sua dignidade. Os enfermeiros, além do respeito evidenciado no seu cuidar pela exposição física, incorporam no seu agir a proteção do sofrimento, não permitindo a ingerência do espaço, na manifestação da dor de uma perda. Assim dá cumprimento à alínea a) do art.º 107º do EOE, que nos diz que é dever do enfermeiro “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”.

A privacidade será “a capacidade da pessoa poder exercer controlo sobre o acesso a si, quer nos aspectos de acessibilidade física e psíquica, quer quanto à reserva sobre informações a seu respeito e cuja revelação só pode ser objecto de decisão autónoma” (Ourives, 2004, p. 251) e o enfermeiro, consciente dessa necessidade e do dever de a proteger, manifesta no seu agir esta preocupação. Nunes afirmou que “Nada é mais privado do que as funções corporais do processo vital, como a fecundidade, os processos excretórios e as actividades necessárias à vida biológica” (Nunes, 2011, p. 95). Acrescentaríamos a dor da perda e o sofrimento a esta definição, estando esta sensibilidade presente no cuidado prestado pelos enfermeiros, como demonstra o discurso dos enfermeiros entrevistados.

Relacionados com a proteção de terceiros, sobretudo aqueles que vê como mais vulneráveis, identificamos ainda como fundamento deontológico para a ação do enfermeiro o “Dever de proteção de populações especialmente vulneráveis: Obrigação de proteção da criança” e “Dever de proteção de populações especialmente vulneráveis: Obrigação de proteção da grávida”. A obrigação de proteção das crianças está enunciada no EOE, alínea b), do art.º 102.º (Dos valores humanos) que afirma o dever do enfermeiro em “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”. Este conceito, como fundamento para a ação do enfermeiro, assume nesta investigação, duas vertentes, a proteção da adolescente grávida e também a proteção da vida incipiente do feto ou embrião. A noção da extrema vulnerabilidade aqui associada, faz com que o enfermeiro adote esta proteção. O EOE, assume como mais vulneráveis as crianças, os idosos e os deficientes. Nesta investigação, também identificamos como alvo desta proteção a pessoa grávida. Não constado diretamente esta proteção no EOE, é, contudo, algo muito interiorizado pelo enfermeiro e, no fundo, toda a sociedade, que assume em muitos contextos, a discriminação positiva para a gestante. Uma vez que identificamos como fundamento ético o “Respeito pela vulnerabilidade”, parece existir uma clara tendência para a proteção daqueles que o enfermeiro cuida.

O “Dever de agir em tempo útil” foi identificado nos pareceres do CJOE e surge como fundamento da ação do enfermeiro nas entrevistas realizadas, sugerindo consciência do profissional relativamente à urgência e necessidade de atendimento de cada caso e de

cada pessoa. Efetivamente, este dever está também presente no EOE, na alínea a) do art.º 104.º (Lei nº156/2915, de 16 de setembro), que afirma que o enfermeiro tem o dever de “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”. Este direito advém do direito ao cuidado que a pessoa tem, mas este cuidado deve que ser prestado no tempo útil, que é definido como “o necessário para assegurar que não existem atrasos”, quer no diagnóstico quer no tratamento. Mas os enfermeiros levam ainda mais longe esta interpretação, e o tempo necessário para o cumprimento da lei, é também fundamento para a decisão. Sendo que “tempo útil” é termo de difícil definição, parece-nos que será o tempo de prestação de um cuidado adequado e, dentro daquilo que é a necessidade da pessoa, que muitas vezes poderá não corresponder à percepção do próprio, mas que tem a adequação em tempo que garanta a segurança e uma eficaz recuperação da pessoa. Nesta área, em que o aborto está muitas vezes presente, há uma necessidade de cumprir escrupulosamente os prazos definido na legislação, pelo que também esta é uma preocupação dos enfermeiros e é fundamento para a decisão que toma.

O *Dever de sigilo*, já identificado por Deodato, também aparece como fundamento para a decisão no discurso dos enfermeiros entrevistados.

A obrigação deontológica está presente quer na necessidade de proteger o segredo perante terceiros, quer no cuidado com que se dá uma informação que afeta membros de um casal. Aparece nestas entrevistas, também, como forma de reflexão, quando o enfermeiro assume não ter defendido da melhor forma este direito perante o Outro. O sigilo e a sua proteção são fundamento para a decisão, mas a necessidade de o quebrar surge também como forma excecional, em casos que a integridade da pessoa ou a sua saúde possam estar em causa.

Há um assumir pelo enfermeiro que o seu direito de acesso à informação sobre a pessoa não lhe dá, contudo, “o direito de usá-las de forma livre e tem o dever de preservar a vida íntima e individual da pessoa que se confia aos seus cuidados” (Ourives, 2004, p. 256). O dever de sigilo advém do direito à privacidade e que “não é mais que o exercício da responsabilidade face ao cuidado, apresentando também reversibilidade dinâmica, na medida em que promove essa mesma responsabilidade e faz aumentar o

prestígio ético e social da profissão, pelo que tem um valor social” (Ourives, 2004, p. 258).

Como direito do doente e dever do enfermeiro, está claramente explicitado na legislação portuguesa, fazendo parte da obrigação deontológica do profissional de enfermagem. O *Dever de sigilo* é claramente interiorizado pelo enfermeiro, utilizando-o na sua decisão. É, também, fator relevante para estabelecimento de uma relação de confiança, permitindo à pessoa revelar e revelar-se ao enfermeiro, partilhando a informação necessária para que o cuidado seja efetuado.

Ainda dentro do “Dever de sigilo”, existem as exceções já mencionadas e que se constituem como razão para a quebra do sigilo, que nomeamos de “Exceção do dever de sigilo”. Nestas entrevistas, surge associado à ameaça da integridade física. A exceção de sigilo está contemplada na lei, para casos excepcionais até porque “a saúde e a vida não são apenas bens individuais, mas também valores colectivos a preservar” (Ourives, 2004, p. 259). Ourives (2004) também afirma há escusa do sigilo quando “a revelação prevenir prejuízo grave à pessoa interessada no segredo -nesta situação, o profissional age no sentido de promover um cuidado benéfico, na medida em que defende os interesses da pessoa doente, prevenindo danos à sua saúde e bem-estar” (Ourives, 2004, p. 260), e, portanto, o enfermeiro na sua avaliação do caso concreto, decide e age de forma a proteger a pessoa.

Na análise das entrevistas, deparamo-nos com um fundamento utilizado pelos enfermeiros que revela o conhecimento da legislação e, sobretudo, revela que os enfermeiros a ela recorrem se necessário e a sua ação é feita em conformidade com a mesma. Este fundamento foi denominado “Dever de cumprir a lei”. Efetivamente a alínea b) Artigo 97.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro) enuncia como dever dos enfermeiros “cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão”.

O “Dever de registar” é também identificado pela primeira vez. Este dever como fundamento para a ação surge em contexto de desacordo, em seio de equipa multidisciplinar. Os registos são, segundo definição do CJOE,

o conjunto de informação produzida pelo enfermeiro na prática clínica, na qual compila informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem

(intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão, de outros técnicos e implementados pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e, toda a restante informação necessária à continuidade de cuidados (Parecer CJ 196/2014).

O enfermeiro assume o seu dever de registar, mas, habitualmente, este não é referido pelos mesmos, revelando total interiorização da função obrigatória, como previsto na alínea d), do Art.º 104 (do direito ao cuidado) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, dizendo-se “o enfermeiro, no respeito pelo direito ao cuidado (...) assume o dever de: d) assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. Nos casos descritos pelos enfermeiros desta amostra, apenas é enunciado como fundamento em casos em que houve risco para a parturiente, desacordo na equipa e quando prevê a possibilidade de processo judicial, revelando-se consciente da relevância dos registos ético-legais. Este dever sugere, de alguma forma, uma ligação ao respeito pela verdade e justiça já abordado nos fundamentos éticos e, igualmente ao fundamento anteriormente enunciado “Dever de cumprir a lei”.

O “Dever de competência profissional” é um fundamento utilizado pelo enfermeiro ao reconhecer a sua obrigação de cumprir com o papel que assume com a sociedade e, que assim, o torna digno desse reconhecimento. No caso enunciado, há reconhecimento pelo enfermeiro da necessidade de estudar e aprofundar o seu conhecimento, cumprindo com a sua obrigação de se aperfeiçoar continuamente, como enuncia a alínea e) do art.º 99 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº156/2015, de 16 de setembro), que afirma como valores universais a observar pelo enfermeiro “a competência e o aperfeiçoamento profissional”. Desta forma, o enfermeiro, na sua decisão, integra um fundamento na condução da sua prestação, que busca também a excelência e que se constitui também, como dever deontológico. Há também cumprimento da alínea a) do Art.º 97 que diz que os enfermeiros estão obrigados a “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

O enfermeiro usa como ferramenta a comunicação, sendo esta imprescindível à sua prática do “Dever de comunicação adequada”. Vimos, anteriormente, o quão importante

será a comunicação, tendo a mesma sido identificada como problema ético de enfermagem, não só nesta investigação, mas também naqueles que a precederam (Nunes, 2006; Deodato, 2014). No cuidado à pessoa, o enfermeiro usa este instrumento para informar, mas também para confortar e ensinar.

Campos (2017) reconhece na comunicação uma arma fundamental dizendo que “o cuidado, no sentido de uma prática humanizada deve estar centrado na necessidade de comunicar como estratégia terapêutica no sentido de aproximar o cuidador de ser cuidado” (p. 100). Neste artigo, é também referenciada a importância da comunicação não verbal e afirma-se que uma “comunicação terapêutica com o utente funciona como uma ferramenta útil, no sentido de promover uma melhor adesão ao tratamento e otimizar os cuidados” (Campos, 2017, p. 100). Para terminar este fundamento, parafraseamos uma das denominações que apreendemos durante esta investigação, com uma das enfermeiras entrevistadas e que tão bem define o ser enfermeiro e que aborda a importância da comunicação. Para esta enfermeira, um enfermeiro sem COR (comunicar, observar e relacionar-se), nunca será um verdadeiro enfermeiro na verdadeira acepção da palavra, dizendo que há que “*ajustar a comunicação, comunicar assertivamente*” e “*tentar observar ao mesmo tempo*”. Define ainda como comunicação adequada aquela que “*transmite segurança*” e que dá conforto à pessoa de forma a se obter a “melhor solução possível”. Alerta ainda para a necessidade de esperar pelo momento certo para se comunicar eficazmente.

O “Dever de dignificar a profissão” foi identificado como dever do enfermeiro nos pareceres do CJOE. Este dever é afirmado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro), na alínea a) do art.º 111 (Dos deveres para com a profissão), dizendo que o enfermeiro tem o dever de “manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão”. Este é também um dever utilizado como fundamento na decisão do enfermeiro. Assim, o enfermeiro demonstra o conhecimento daquilo que é o seu papel na sociedade e da sua conduta, demonstrando um comportamento irrepreensível, de forma que a sua imagem e a de toda a sua classe profissional não seja afetada pelo seu fazer. Mas é também na procura da excelência e do conhecimento, que se manifesta a forma de se dignificar e dignificar toda uma classe. Compromete-se a ser competente,

responsável e humano no seu cuidar, mas não descurando aquilo que é a sua imagem e o impacto que a mesma tem na sua credibilidade, como membro de um corpo social.

O “Dever de encaminhamento” emerge como fundamento utilizado na decisão do enfermeiro. Mais uma vez, estamos perante um dever deontológico, enunciado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro), mais concretamente na alínea b) do art.º 104.º (Do direito ao cuidado), que declara que o enfermeiro tem o dever de “orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência”. Este dever advém do direito a ser cuidado e significa que o enfermeiro integra no seu agir o fundamento de encaminhar sempre que considere não ser o mais bem colocado para realizar o cuidado. Este encaminhamento poderá ser realizado para outro enfermeiro ou para outra classe profissional se, na sua decisão, o enfermeiro entender que existe alguém melhor colocado para aquele ato.

O trabalho em equipa multidisciplinar requer do enfermeiro o cumprimento do dever para com os outros e, quando utilizado como fundamento para a decisão, expressa-se nesta investigação com a denominação “Dever de respeito pelos outros profissionais”. Efetivamente esta obrigação está plasmada no artigo 112.º do EOE que nos diz que o enfermeiro tem o dever de “atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência” (alínea a) Art.º 112.º EOE).

O conceito de consentimento está também interiorizado no agir do enfermeiro e emerge como mais um fundamento deontológico utilizado na decisão dos enfermeiros, quando confrontados com problemas éticos de início de vida, tendo sido esta subcategoria denominada “Dever de respeitar o consentimento”. Assim, no cumprimento do respeito pela autonomia da pessoa o enfermeiro deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, como estipulado na alínea b), do art.º 105.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

O consentimento “é composto por três componentes fundamentais: a transmissão da informação; a compreensão da informação e o consentimento livre” (Vicente, 2014, pp. 34-35). Assim, a informação tem que ser verdadeira, apropriada ao grau de

entendimento da pessoa e há que assegurar a sua compreensão, porque “Temos necessidade de informação quando enfrentamos uma opção, e essa necessidade varia em função da complexidade da opção. A informação tem como objetivo promover decisões conscientes e responsáveis ou, se preferimos, a formação de uma vontade livre e esclarecida” (Nunes, 2011, p. 279). Requer ainda que a pessoa seja livre de coação quando dá o seu consentimento. Baseia-se no respeito pela autonomia da pessoa, mas “Tenhamos em conta que a autonomia só se pode realizar se a pessoa estiver na posse da informação referente que lhe é útil” (Nunes, 2011, p. 279).

A pessoa que dá o seu consentimento deve ser competente, capaz e tem de ter idade superior a 16 anos. Cumpridos estes requisitos, a pessoa tem direito à liberdade de escolha e à sua autodeterminação, relativamente aos cuidados de saúde que quer ou não receber. Desta forma, e no cumprimento de todos estes fatores, os enfermeiros usam como fundamento o dever de consentimento, quando se encontram perante o problema ético, permitindo assim que a pessoa possa participar do processo de decisão para o cuidado a prestar.

Num trabalho em que se identifica a área da gravidez na adolescência como rica em problemas éticos, aparece-nos como fundamento para a decisão perante os mesmos o “Dever de respeitar o consentimento em menores”. À semelhança do “Dever de respeitar o consentimento”, também perante a vontade expressa por menores, o enfermeiro utiliza como fundamento para a decisão o respeito pela vontade do menor. Efetivamente, os menores, “antes de alcançarem a maioridade legal, têm o direito a ser devidamente informados e ouvidos no que respeita ao consentimento assim como à recusa, desde que tenham idade e discernimento suficientes.” (ARS Norte, 2009, p. 4), para o efeito estipula a lei que 16 anos seja a idade para o consentimento legal. Os enfermeiros procuram assim defender/cuidar o adolescente assumindo que a vontade do menor deverá também ser tida em conta, sobretudo, numa decisão como a do aborto. Como afirma Fonseca (2018),

É dever do profissional reforçar a autonomia (*empowerment*) do adolescente na sua capacidade de decisão. Para tal, é essencial que os profissionais de saúde desenvolvam competências nas áreas da comunicação e do desenvolvimento psicossocial na adolescência, bem como na condução das questões éticas (p. 208).

Machado (2014), referindo-se ao consentimento em menores, afirma que ao enfermeiro exige-se competência ética e uma acurada percepção moral, que previna a cegueira emocional nos cuidados, e que permita a compreensão do outro como ser humano idêntico, mas simultaneamente diferente. A singularidade e a particularidade de cada um, características que fazem de nós detentores de dignidade intrínseca, devem e podem ser respeitadas, acolhidas e compreendidas. (p. 55).

Por último, enunciamos como fundamento utilizado pelos enfermeiros quando confrontados com o problema ético o “Dever de cuidado espiritual”. Há quase um misticismo à volta deste fundamento, pois o mesmo é afirmado nesta investigação perante situações de desfecho negativo, sendo invocado pela voz dos enfermeiros quase como um desígnio divino, e este desígnio é a missão de estar presente nas horas difíceis e de sofrimento da pessoa, ocorrendo essa situação de forma muito frequente, o que faz com que o enfermeiro assuma um papel atribuído, de alguma forma, por uma entidade superior.

A espiritualidade nos cuidados de enfermagem foi evidenciada por muitos autores⁵¹ relativamente à importância do cuidado espiritual para as pessoas. Aqui, deparamos com a espiritualidade do próprio enfermeiro. Efetivamente, “A espiritualidade é intrínseca ao ser humano quer se assuma vinculado a uma religião convencional ou não, pois pode ser vivenciada em múltiplas vertentes e não só a religiosa” (Caldeira, Branco & Vieira, 2011, pp. 145-152) e, portanto, é também intrínseca ao enfermeiro que assume como dever espiritual o efetuar de um determinado cuidado, quase sempre associado a dor e sofrimento.

Desta forma, terminamos a identificação dos *fundamentos deontológicos* utilizados pelos enfermeiros, quando confrontado com problemas éticos.

2.3. Fundamentos profissionais

A par dos *fundamentos éticos e deontológicos*, surgem também os *Fundamentos profissionais*, como fundamento para decisão ética do enfermeiro face aos problemas

⁵¹ pesquisa de literatura efetuada para analisar a produção científica sobre espiritualidade nos cuidados de enfermagem, realizada por Caldeira, Branco & Vieira, 2011

éticos de início de vida. Os *fundamentos profissionais* são aqueles que “correspondem a aspectos relacionados com o exercício de enfermagem em Portugal e inserem-se no seu quadro regulador” (Deodato, 2014, p. 125) ou as “premissas para decidir, relacionadas com o exercício da profissão e com a sua condição de enfermeiro” (Deodato, 2014, p. 264). Há escolha de um cuidado, em detrimento de outro, com base na decisão que o enfermeiro assumiu para o cuidado à pessoa.

Na categoria *Fundamentos profissionais*, temos 7 subcategorias identificadas nesta investigação. As subcategorias identificadas *Necessidade de cuidados identificados*, *Competência profissional* e *Agir em complementaridade* foram anteriormente elencadas por Deodato (2014). Surgem como novas subcategorias “Trabalhar em equipa de enfermagem”, “Envolvência com a pessoa assistida” e “Reconhecimento profissional externo”. Por último, a subcategoria *Autonomia profissional* que, apesar de termos adotado uma nova terminologia, se assemelha à subcategoria já apresentada por Deodato (2014), nos fundamentos ponderados, *Exercício da autonomia profissional*.

Para Deodato (2014), esta fundamentação profissional assenta na autonomia profissional do enfermeiro e na capacidade conferida pela sua formação académica e experiência profissional, para efetuar o diagnóstico de enfermagem, prestar um cuidado necessário e avaliar e responsabilizar-se pelo mesmo.

A subcategoria *Necessidade de cuidados identificados* está relacionada com aquilo que o enfermeiro diagnostica (na prevenção ou na doença) e que requer a sua intervenção, quer no campo autónomo, quer no âmbito das funções interdependentes. Desta forma, na posse do seu saber e com a competência que lhe é reconhecida, o enfermeiro age e presta o cuidado que identificou como adequado perante a necessidade identificada.

A *Competência profissional* está relacionada com a capacidade que o enfermeiro reconhece em si para a prática do cuidado adequado à situação com que se confronta. É aquilo que Nunes (2006) denominou o seu “saber fazer”. Desde os seus conhecimentos teóricos, até à sua experiência profissional, há no enfermeiro aquilo que ele próprio reconhece como habilitação para efetuar um cuidado de enfermagem. Esta habilitação é-lhe conferida pela sua formação académica, experiência profissional e pela sua capacidade de aperfeiçoamento permanente. Mas esta competência é, também, a competência humana para lidar com a pessoa e sobretudo, com a pessoa em sofrimento.

Na competência que o enfermeiro se autorreconhece, está também o reconhecimento das suas limitações. Ou seja, ao ser responsável reconhece, quando se revelar necessário, não ser a pessoa competente para a resolução do problema, levando-o a procurar a pessoa mais habilitada para cada caso, à semelhança do reconhecimento do dever de encaminhamento. Nunes (2004) diz que competência é a “capacidade de responder adequadamente às situações concretas” (p. 42) e é esta capacidade que o enfermeiro utiliza como fundamento na sua decisão ética. O seu reconhecimento de competência para lidar com o problema ético com que se confronta está também na sua competência profissional. Como afirma Deodato (2014), “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” (p. 127).

A aquisição de competências faz-se, segundo Benner (2001), por estádios, em que num primeiro nível se denomina “iniciado”, não possuindo nesta fase experiência prática, o que torna difícil a sua decisão. Depois, vem o nível de “iniciado avançado”, mantendo-se o conhecimento anterior, mas ao qual se acrescenta alguma experiência profissional. Posteriormente, vem o estádio de enfermeiro competente que já acumula conhecimento e experiência, estabelece prioridades. Falta-lhe, contudo, a rapidez na decisão e alguma flexibilidade. O nível de proficiente é aquele que já tem mais do que três anos de experiência profissional. Faz uma leitura integral das situações com que depara, pelo que a sua capacidade de decisão é também maior. Apenas as situações que não domina poderão ocasionar dificuldade para a sua resolução. Por último, temos o perito, que reúne todas as características anteriores e possui grande flexibilidade e capacidade de adaptação a novas situações. Age com rapidez e competentemente. Segundo Benner (2001), o reconhecimento desta sua capacidade é identificável quer pelos pares, quer pelas pessoas de quem cuida. No nosso estudo, os enfermeiros entrevistados pertenciam todos aos dois últimos níveis.

A subcategoria *Agir em complementaridade* aparece relacionada com o trabalho em equipa, sobretudo naquilo que o enfermeiro considera a sua área de intervenção, e portanto possui a competência para a realização do ato. Efetivamente, este dever está enunciado na EOE, que afirma na alínea a) do art.º 112.º (dos deveres para com as outras profissões) que o enfermeiro deve “atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando

os limites impostos pela área de competência de cada uma”. O enfermeiro identifica aquilo que é a sua área de competência, mas no seu agir integra também como fundamento o trabalho em equipa multidisciplinar.

Contudo, como constatamos nos discursos enunciados nas entrevistas, surgem áreas de conflito quando o enfermeiro sente a sua ação condicionada por outros. Há um assumir de um papel dentro da equipa, mas os limites da interdependência nem sempre são claros para os enfermeiros, existindo mesmo a «sensação» de falta de autonomia. Nos discursos, é também notório aquilo que se apelida muitas vezes de assunção do papel de «advogado» da pessoa colidindo, por vezes, com decisões das quais não participa.

A subcategoria “Trabalhar em equipa de enfermagem” é também reconhecida como fundamento para a decisão do enfermeiro, quando confrontado com problemas éticos em início de vida. Quando se confronta com dúvidas para a ação ou na avaliação da ação praticada, o enfermeiro procura ter ao seu lado os colegas de equipa. Desde uma opinião, discussão, conforto ou partilha de lágrimas, tudo é feito dentro deste anel de segurança que é a equipa de enfermagem e que se traduz na unidade de contexto “*Foi uma forma de nos suportamos ali, uns aos outros*”. As importâncias das reuniões de equipa no processo de tomada de decisão são evidenciadas por Finger et al. (2015) e Antonioli et al. (2018). Da mesma forma, Deodato (2014) afirma a importância da envolvimento da equipa de saúde na construção da decisão ética, sendo no poder de decidir do próprio enfermeiro “que o levam a procurar contributos nas suas deliberações” (p. 65). Assim, também nesta investigação confirmamos que “os contributos, sendo externos revelam-se como ajuda perante uma decisão difícil” (Deodato, 2014,p. 65).

Autonomia profissional é reconhecida na área de saúde materna e obstétrica, sendo fundamento para a decisão do enfermeiro. É uma área em que muitos procedimentos são efetuados de forma autónoma, “*Nós seguimos um trabalho de parto autonomamente, nós decidimos quando é que a pessoa deve ou não fazer esforços expulsivos. Decidimos. Temos imensa, imensa área de autonomia ou temos muitas zonas em que nós decidimos*”. Assim, como afirma Deodato (2014), “considera-se que a autonomia profissional determina que se opte por uma decisão que se considera mais adequada à proteção da pessoa” (p. 264). Também a Ordem dos Enfermeiros afirma a autonomia

dos enfermeiros especialistas ESMO, dizendo que são “profissionais autônomos no nosso país, não trabalham sob a supervisão ou orientação dos médicos obstetras, existem sim cenários onde há interdependência de funções” (Parecer 51/2014. Mesa do Colégio da Especialidade EESMO). Este parecer refere ainda a legislação em que essa autonomia é reconhecida (art.º 39,º, Lei nº 9/2009 de 4 de março e Regulamento 127/2011 de 18 de fevereiro).

Nestas entrevistas, constatamos que a autonomia profissional dos enfermeiros ESMO é fundamento para a decisão perante o problema ético, mas temos presente, que na identificação dos problemas éticos, a autonomia profissional, ou mais concretamente o seu não reconhecimento, se constituiu, igualmente, como um problema ético. Efetivamente, Ribeiro (2011) afirma que a “conquista da autonomia leva a que os enfermeiros se confrontem com problemas éticos e com a consequente necessidade de eles próprios tomarem decisões complexas que exigem adequação aos princípios e valores éticos em geral e da profissão em particular” (p. 29).

Há no cuidado à pessoa, imposto pela humanidade do próprio ato, um envolvimento que denominamos de “Envolvência com a pessoa assistida”, em que o enfermeiro apresenta como fundamento para a sua decisão a relação estabelecida com a pessoa que “no fundo acaba por fazer parte da nossa vida”. Também Deodato (2014) identificou na construção da decisão ética o envolvimento da pessoa ao cuidado do enfermeiro e com a qual é estabelecido o pacto de cuidado (Nunes, 2006, p. 365). Nesta investigação, confirma-se este envolvimento, mas há um lado humano que sobressai igualmente, ou seja, a decisão tomada envolve a pessoa cuidada, mas também resulta da afetação que a pessoa produz no enfermeiro que revela, assim, a relação recíproca que estabelece e o afeta também nas suas decisões.

“Reconhecimento pessoal externo” é importante como fundamento para a decisão do enfermeiro, sendo constatado nestas entrevistas ao assumir-se que é “*significativo*”. Como afirmam Franco & Henriques (2013), a

visibilidade de uma profissão depende em grande medida do que ela mostra, ou melhor, como ela se mostra ou revela, sendo por isso um conceito complexo e multifatorial que implica uma diversidade de fatores que se articulam e se potencializam entre si (p. 63).

Como afirmam estes autores, “a visibilidade começa em cada EESMO, pelo seu empenho no seu reconhecimento profissional, académico e científico, através das suas

habilitações literárias, que devem suportar uma prática assente na investigação promotora do bem estar e segurança da população” (p. 66).

O enfermeiro integra e utiliza no seu agir *fundamentos profissionais*, procedendo à identificação das necessidades da pessoa, demonstrando competência para a realização do cuidado e agindo em âmbito de equipa multidisciplinar, naquilo que é a defesa da saúde da pessoa de quem cuida e na qual se concretiza um agir ético.

2.4. Fundamentos científicos

À semelhança de Deodato (2014), também nesta investigação “emergem um conjunto de fundamentos que classificamos de natureza científica” (p. 261) que foram denominados pelo autor *Fundamentos científicos*, sendo aqueles que o enfermeiro utiliza quando a sua fundamentação está alicerçada naquilo que é a base científica da enfermagem. Deodato (2014) identificou nos fundamentos ponderados a *Necessidade de cuidados identificada*, a *Inutilidade de cuidados*, as *Dúvidas diagnósticas* e os *Benefícios terapêuticos*. Nos *fundamentos utilizados*, a *Confirmação diagnóstica*, os *Benefícios terapêuticos*, a *Inutilidade de cuidados* e a *Necessidade de cuidados identificada*.

Apesar de nos encontramos perante o problema ético, o enfermeiro utiliza na resolução do mesmo, fundamentos de variada natureza, o que também aponta para a complexidade daquilo que é a enfermagem e prática do cuidado de enfermagem. Desta forma, e na procura de prestar o cuidado adequado, o enfermeiro traz à colação os *fundamentos científicos*. Estes fundamentos são alicerçados naquilo que é a base científica da enfermagem, mas também na procura contínua e atualização contínua do conhecimento disponível.

Nesta investigação, identificamos duas subcategorias já enunciadas por Deodato (2014): *Confirmação diagnóstica* e *Benefícios terapêuticos*. À semelhança dos fundamentos identificados nos pareceres do CJOE, volta a surgir a subcategoria “Competência científica”. Surgem ainda duas novas subcategorias que denominamos de “Promover o conforto da mãe” e “Risco controlado”.

A *Confirmação diagnóstica* como fundamento surge em situações em que o enfermeiro equaciona a melhor forma de tomar a sua decisão e tenta, fundamentado nos seus

conhecimentos científicos, realizar a ação com base nos mesmos. A dúvida surge frequentemente e, porque cada caso é único e por isso singular, exige o alicerçar da decisão em dados científicos que possam conduzir ao melhor resultado expectável, sendo para isso necessário partir de um diagnóstico de enfermagem correto. O enfermeiro age assim, no sentido de proteger a pessoa, de proteger a sua saúde, a sua vida e a sua integridade física.

A subcategoria *Benefícios terapêuticos* indica que o enfermeiro, antes de prestar um cuidado, pondera também acerca dos resultados que pode obter com o mesmo e os benefícios que podem advir para a pessoa. Esta ponderação assenta no conhecimento disponível, assim “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” (Deodato, 2014, p. 131) e por isso é integrado na decisão do enfermeiro.

A “Competência científica” é também um fundamento utilizado perante o problema ético, integrando igualmente os conhecimentos científicos do enfermeiro, na procura da melhor resposta perante a questão com a qual se confronta. Esta competência advém daquilo que é o seu conhecimento adquirido na sua formação académica, mas também na procura contínua daquilo que é o conhecimento baseado na evidência e como tal, demonstra a melhor eficácia e o melhor resultado para aquela situação. Esta procura de conhecimento, e consequente aperfeiçoamento, revela-se também como um agir ético, uma vez que a procura do conhecimento tem sempre como objetivo a pessoa ao seu cuidado, sendo o seu último alvo a excelência no exercício profissional, que segundo o EOE é também um dever do enfermeiro (alínea c), art.º 109, do EOE).

Relativamente à nova subcategoria, “Promover conforto da mãe”, denotamos no discurso dos enfermeiros preocupação com o conforto, quer seja do foro físico, quer seja do foro emocional, afirmando-se este conceito como multidimensional.

A palavra conforto advém do latim *confortus* e significa «fortalecer, conferir força» e é efetivamente este significado que também é interiorizado nos cuidados de enfermagem, concretizando-se no seu agir. Estando, desde sempre, presente nos cuidados prestados pelos enfermeiros é Kolcaba, que desenvolve a Teoria do conforto, sendo este conforto direcionado ao ser holístico. Da mesma forma, na sua teoria define as medidas de

conforto como “intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas” (Tomey & Alligood, 2002, p. 484). Como afirma Sousa (2014), “o conforto é identificado como um dos elementos do cuidado de enfermagem relevante em várias teorias de enfermagem e integrante de várias taxinomias profissionais” (p. 37). O conforto pode ser percebido pela pessoa, mas neste contexto, e sendo utilizado como fundamento, é um “elemento de intervenção do enfermeiro no processo de cuidar” (Sousa, 2014, p. 38). Assim, o enfermeiro utiliza no seu agir e, perante o problema ético, a promoção do conforto da mãe como fundamento do agir, sendo este fenómeno entendido como “um estado imediato e multidimensional” (Sousa, 2014, p. 39). É, realmente, o cuidado a prestar para atingir conforto que está no agir do enfermeiro, mas o objetivo é que o mesmo seja percebido pela pessoa que recebe essas medidas, de forma que momentos como a dor de um parto ou a dor de uma perda possam ser vividos de forma menos dolorosa e sobretudo com a sensação de acompanhamento nessa dor. Isso reflete-se em medidas como administração de analgesia, ouvir um doente ou simplesmente acompanhar/estar com essa pessoa. E assim a ação de enfermagem é também a ação de confortar.

É de realçar que o conforto foi sempre um tema central em enfermagem e tem particular relevância na definição da natureza do conhecimento da mesma, segundo Pinto, Fuminicelli, Mazzo, Caldeira & Martins (2017). Para estes autores, o conforto é inerente ao cuidado de enfermagem e caracteriza-se pela satisfação das necessidades da pessoa, que se sente forte, segura, apoiada e cuidada (Pinto et al., 2017).

Por último, o “Risco controlado” é também utilizado pelos enfermeiros como fundamento quando confrontados com o problema ético em início de vida. Este fundamento prende-se com a vontade de cumprimento de um plano de parto natural em que o enfermeiro, respeitando a autonomia da pessoa, decide colaborar com o mesmo apesar da não concordância da equipa multidisciplinar. Este fundamento é assim apelidado porque o enfermeiro avalia o risco perante situação em que ocorre uma recusa total de qualquer intervenção (inclusive cateter periférico), assumindo o enfermeiro o risco de efetuar o parto nessas condições. Este “Risco controlado” relaciona-se, igualmente, com a competência profissional e científica do enfermeiro que o dota de segurança para efetuar o procedimento. Desta forma, o enfermeiro abarca neste “Risco

controlado” *fundamentos científicos, profissionais e até éticos*, uma vez que a prevenção de dano está presente no agir do enfermeiro.

No conjunto de todas estas subcategorias, identificamos na ação do enfermeiro toda a capacidade de congrega saberes adquiridos e que são utilizados como fundamento da sua ação, na procura da resolução do problema ético sendo sempre o fim último, o respeito pela dignidade da pessoa humana e a manutenção da sua integridade física, mas também psicológica.

2.5. Fundamentos pessoais

Os “Fundamentos pessoais” são uma nova categoria, em que os fundamentos utilizados na decisão ética surgem relacionados com o percurso pessoal e pela forma como esse percurso foi vivenciado. Também Zoboli (2010) se referiu à importância daquilo que é o “conjunto da vida” na interpretação de qualquer evento porque “o evento decorre de um conjunto em que todos os factos são importantes para uma correta interpretação, a começar pelos contextos culturais ou históricos em que estamos inseridos” (p. 24) e é neste contexto que se constrói o eu (ou Sí) pessoal, que se torna também determinante para as escolhas que se fazem, mesmo em contexto profissional.

Carper (1978) identificou o que considera “componente de conhecimento pessoal” nos seus padrões de conhecimento em enfermagem, dos quais nos apropriamos para a atribuição do nome “Fundamentos pessoais” a esta categoria. Esta componente, para Carper (1978), é o processo interpessoal que envolve interações, relações e transações entre o enfermeiro e a pessoa de quem cuida. Sendo um processo interpessoal, há também em cada cuidado, um sentido único e irrepitível, não só pela pessoa de quem se cuida, mas também pela pessoa que cuida, porque é o seu mundo que se reflete no seu cuidado.

A revisão efetuada por Nora et al. (2016) evidencia a importância dos fatores individuais ou pessoais como aqueles que mais influenciam a decisão ética, pois os enfermeiros confiam nas suas experiências e nas dos seus colegas para a resolução do problema ético, afirmando mesmo que “os profissionais não costumam procurar soluções na literatura científica, quando confrontados com situações de incerteza clínica” (p. 6).

Nesta categoria, identificamos 3 novas subcategorias: “Identificação pessoal”, “Experiência pessoal” e “Consciência de si”.

A “Identificação pessoal” surge como fundamento sempre que o enfermeiro pondera e decide. Perante o problema ético, o enfermeiro, procura imaginar-se no lugar do outro e busca dentro de si a melhor resposta para o caso concreto, mas baseando-se naquilo que, também, considera adequado para si, se confrontado com aquela situação. Usa, portanto, a sua própria escala de valores e aquilo que gostaria para si, se estivesse na mesma situação. Esta identificação, na área de saúde materna, faz-se muitas vezes pela experiência da maternidade. Nas nossas entrevistas, percebemos que este fundamento é intrínseco à própria vivência da maternidade e, sobretudo, se a experiência for recente. A enfermeira/mãe, vivencia e revive a situação e coloca-se no lugar da pessoa de quem cuida. Não se dissocia daquilo que é a sua realidade e utiliza-a como fundamento na sua decisão e na sua ação perante o problema ético identificado.

A subcategoria “Experiência pessoal” foi atribuída a fundamentos relacionados com a vivência de cada enfermeiro. Muitas vezes, também, interligado com a própria maternidade, como na subcategoria anterior, leva o enfermeiro usar a sua experiência pessoal para decidir como deve atuar.

A “Experiência pessoal” é também fundamento para a decisão, quando o enfermeiro invoca a sua maturidade e experiência pessoal como fator a ter em conta na decisão, mesmo em contexto profissional. Efetivamente, como afirma Correia (2012), as vivências do imediato não se limitam ao tempo em que ocorrem e “comportam tempos já passados, com referências de ordem profissional. Mas também de natureza pessoal, e fazem parte de um contínuo experiencial do sujeito, podendo refletir a sua relação com essas vivências” (Correia, 2012, p. 134). A própria aprendizagem é “um processo dinâmico de interação, no qual o comportamento e a experiência da pessoa desempenham um papel crucial” (Pinto, 2015, p. 23).

A importância da experiência é, igualmente, realçada por Benner (2001), mas relativamente à sua experiência profissional. Todavia, a experiência pessoal aliada à experiência profissional serão, em conjunto, mobilizadoras do agir ético do enfermeiro. Este agir ético obriga o enfermeiro a refletir nas consequências do ato a praticar, o que

lhe permite "estabelecer analogias, ligando e associando o presente ao futuro" (Cícero, 44 a. C./2017, p. 17) e, desta forma, o enfermeiro mobiliza o seu conhecimento e a experiência do mundo como fundamento para a sua ação na resolução do problema ético.

Por último, temos a subcategoria "Consciência de si", sendo aqui identificada como um fundamento utilizado, mas quase como uma autodefesa. Há uma tomada de decisão centrada naquilo que mais protege o profissional.

Correia (2012) fala em autoconhecimento que é aquele que comporta todos os conhecimentos pessoais, e esses conhecimentos são utilizados como fundamento no agir ético do enfermeiro. Há no agir, tendo como fundamento "Consciência de si", uma forma de autorreflexão, em que o enfermeiro revê a ação e sente que o fez de determinada forma, condicionado pelo seu eu, pela sua experiência própria, na forma de medo, na forma de hesitação e até mais uma vez, baseado na precaução. Como defende Correia (2012), este autoconhecimento é também "parte integrante na formação pessoal" (p. 156) e desenvolve-se em vários contextos e dela advém muito do nosso saber-fazer. Assim, "a reflexão que fazemos em torno dessas aquisições é construída e "sustentada", no sentido em que alimenta, nutre, permite novos olhares sobre as coisas e novos modos de elaborar o conhecimento". (Correia, 2012, p. 156).

Num trabalho desenvolvido por Waterkemper et al. (2015), com alunos, estes autores revelam que a consciência de si e do mundo que nos rodeia permite à pessoa assumir um atitude crítica, "pois se traduzem no esforço deste em conhecer os obstáculos, ou seja, as situações-limite, suas razões de ser e a razão da sua própria existência"(p. 1080) e é também esta consciência que nos impulsiona para ser mais e melhor, ao percebermos os nossos próprios limites. Assim, os enfermeiros, ao se conhecerem, revelam a capacidade de reconhecimento dos seus limites, mas fica também implícito que, perante a dificuldade na resolução de um problema por limites do próprio, o enfermeiro investe e procura sempre prestar o melhor cuidado.

2.6. Fundamentos jurídicos

Como afirmamos anteriormente, os *fundamentos jurídicos* foram, também, identificados no trabalho de Deodato (2014), assim como as subcategorias: *Respeito pelas normas*

jurídicas e Direitos do cliente, onde foram integrados 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*. Nesta investigação, surgem novas subcategorias de fundamentos jurídicos, também, na área dos direitos da pessoa como: o “Direito ao segredo”, “Direito à integridade física da mãe”, o “Respeito pelos direitos das mulheres (pessoa assistida)”, o “Direito ao cuidado” e o “Direito de reclamação”. Desta forma, “o enfermeiro utiliza fundamentos de natureza jurídica do mesmo modo que apela à dimensão ética e deontológica” (Deodato, 2014, p. 119). Constatamos assim que os enfermeiros cumprem e integram a lei no seu agir, não só a lei a que estão obrigados como cidadãos, mas também a que estão cingidos como classe profissional.

Apesar de aqui identificarmos *fundamentos jurídicos* como fundamentos utilizados na decisão do enfermeiro e, sendo estes *fundamentos jurídicos* assentes no respeito pelo direito das pessoas, eles constituem-se como uma “dimensão do agir ético de enfermagem” (Deodato, 2014, p. 121), exprimindo-se a articulação entre a ética e o direito. A sua utilização torna-se ainda mais preponderante perante a vulnerabilidade da pessoa de quem o enfermeiro cuida. Assim, como defende Deodato (2014), “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” (p. 122). Ao utilizar estes fundamentos, o enfermeiro garante a proteção do direito da pessoa e age com sentido ético.

No caso do “Direito ao sigilo”, embora seja identificado pela primeira vez neste trabalho, podemos afirmar que Deodato (2014) ao identificar a subcategoria Direitos do cliente (nos fundamentos ponderados) em que integrou o direito à Reserva da vida privada se mantém na esfera da proteção da privacidade tal como o “Direito ao sigilo” aqui identificado.

O enfermeiro assegura o direito de sigilo, plasmado, desde logo na CRP, no n.º 1, art.º 26.º, onde se consagra o direito “à reserva da vida privada e familiar”, assim como na Lei de Bases da Saúde, Base XIV 1d) afirma este direito dizendo que o utente tem direito a “Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados”. Desta forma, reafirma e defende a relação de confiança que permite à pessoa a partilha de dados com o enfermeiro, sobretudo em casos como os que foram partilhados nestas entrevistas, em que dados tão sensíveis estão em causa. O

incumprimento, estando previsto no Código Penal (art.º 192, art.º 195 e art.º 383.º), implica sanção para o enfermeiro, garantido o estado o seu cumprimento. Este é, também, um fundamento utilizado na decisão do enfermeiro e interiorizado no seu agir.

O “Direito à integridade física da mãe” é utilizado como fundamento na decisão do enfermeiro. De acordo com Deodato (2014), o direito à integridade física é um direito assegurado constitucionalmente, pelo Artigo 25.º (Direito à integridade pessoal) dizendo no n.º 1 que “A integridade moral e física das pessoas é inviolável”. Num estudo na área de início de vida, em que a grávida é identificada como ser vulnerável pelos enfermeiros, este fundamento é utilizado na sua decisão e concretiza-se no seu agir.

O “Respeito pelos direitos das mulheres (pessoa assistida)” traduz, mais uma vez, respeito pelo cumprimento da lei, que confere à mulher a liberdade de decisão no aborto, e o enfermeiro revela respeito por essa decisão, ainda que a mesma se sobreponha aos seus valores. Cumpre com aquilo que é determinado no art.º 99 do EOE ao respeitar a liberdade da pessoa e a sua dignidade, respeitando a sua autonomia relativamente aos cuidados que deseja. Mas, além disso, ao respeitar esta autonomia e os direitos da mulher, cumpre a legislação (alínea a) do art.º 100.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) e, por último, não impõe os seus valores nem a subjuga a critérios pessoais, nem emite juízos de valor (alínea e) Art.º 101.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº156/2015, de 16 de setembro).

O “Direito ao cuidado” é utilizado como fundamento e o enfermeiro interpreta-o de duas formas, como um direito da pessoa e como um dever seu. No caso identificado, estamos perante o incumprimento do preceito legislativo, impondo-se como fundamento primeiro o direito ao cuidado da pessoa. Esta questão é, também, identificada no trabalho de Deodato (2014) que afirma que o enfermeiro poderá questionar-se se cumpre ou não a lei, “Sobretudo se o cumprimento da lei da norma não responde às necessidades que a pessoa ou os seus familiares apresentam no momento” (p. 119), assumindo ao enfermeiro o não cumprimento da lei, mas mais 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” (Deodato, 2014, p. 119). O objetivo é o

cuidado à pessoa e a preocupação com a sua vida, estando em causa a realização de um aborto. Todavia, apesar de se dar cumprimento ao direito ao cuidado, neste caso, e na salvaguarda da pessoa, é realizado um ato que contraria a norma jurídica vigente à data, em que o enfermeiro se confronta com o problema ético. Efetivamente, Deodato (2014) afirmou “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” (p. 261). Ou seja, o enfermeiro utiliza como fundamento o direito ao cuidado, que na sua perspetiva, se superioriza ao dever de cumprimento da lei.

Para Thompson et al. (2004), cuidar “combina com diversos significados que conseguem exprimir com exatidão a nossa mais profunda preocupação pelo próximo e pelo seu bem estar físico, emocional e espiritual” (p. 111), sendo esta preocupação que se transmite no discurso dos enfermeiros entrevistados, mas indo além de “uma preocupação”, os enfermeiros veem-no como um dever. Dever este que é utilizado como fundamento na sua decisão e sobre o qual presta juramento quando se compromete como enfermeiro, perante a sociedade, assumindo o direito da pessoa a ser cuidada.

Por último, ainda é utilizado como fundamento jurídico o “Direito de reclamação”. Consagrado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes que nos diz que “O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações” (Artigo 9.º, Lei n.º 15/2014, de 21 de março). Assim, o enfermeiro revela conhecimento da legislação e a consciência deste direito é fundamento na sua decisão de cuidado.

Estes são os *fundamentos jurídicos* utilizados pelos enfermeiros identificados nesta investigação, quando confrontados com o problema ético em início de vida. O enfermeiro integra os direitos e a proteção dos direitos da pessoa no seu agir, agir este, que pautado pela ética do cuidado à pessoa e sobretudo, à pessoa vulnerável.

2.7. Fundamentos “recursos disponíveis”

Esta categoria surge neste trabalho como fundamento para a decisão ética do enfermeiro, sendo identificado pela primeira vez nesta investigação. Todavia, temos consciência de que é um recurso muitas vezes invocado em conversas coloquiais,

demonstrando apenas este trabalho a sua confirmação, tendo sido denominado como subcategoria “Limitações organizacionais”.

Desde Nightingale que os enfermeiros revelam preocupação com o ambiente, embora a questão seja vinculada à limpeza e segurança, não sendo esses os aspetos revelados nestas entrevistas. Os casos mencionados, em que as limitações organizacionais se impuseram como fundamento utilizado na decisão, prendem-se com a necessidade de privacidade tanto nas condições para se transmitir informação sobre a saúde da pessoa, como em situações de sofrimento em que não existe o espaço físico para que a pessoa possa expressar as suas emoções e dar espaço à sua dor.

Segundo Lopes (2015), o ambiente é fundamental, para a prestação de cuidados de qualidade, afirmando que

ninguém irá contestar que a garantia da segurança e da qualidade dos cuidados não reside apenas na competência de quem os presta, mas também no contexto e no ambiente em que se encontra o paciente e onde os profissionais de saúde e entre eles, os enfermeiros, desempenham as suas funções (p. 2).

No seu trabalho com enfermeiras gestoras, Lopes (2015) identifica a importância dada ao ambiente (ou as suas condições físicas) para a privacidade da pessoa, uma vez que este constitui um direito da pessoa, e assim concretiza-se também na preocupação com o espaço físico o respeito pela dignidade da pessoa, revelando o sentido ético do agir do enfermeiro. De igual forma, o enfermeiro cumpre com o seu dever de “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados” (alínea d), art.º 109.º, do EOE).

2.8. Fundamentos sociais

Os *Fundamentos sociais* utilizados são mais uma categoria reconhecida nesta investigação. Mais uma vez se evidencia a multiplicidade de fundamentos utilizados na decisão ética do enfermeiro e, neste caso, ele busca esses fundamentos nos seus hábitos culturais. Esta categoria foi igualmente identificada no trabalho de Deodato (2014), com as subcategorias Respeito pelas obrigações familiares e Família de suporte. Neste trabalho, identificamos apenas uma nova subcategoria como “Circunstância social do enfermeiro”, assim designada pelo seu uso *ipsis verbis* no verbatim das entrevistas.

Sendo um enfermeiro, ele mesmo, um ser social, a utilização de fundamentos desta natureza é congruente com a vivência do profissional na sociedade, mas também do homem/mulher nessa mesma sociedade. Assim, como afirma Deodato, a “inclusão da dimensão sociocultural 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” (p. 132).

Para Zoboli (2010), a interpretação de um qualquer evento é realizada em associação com o conjunto de vivências da pessoa. Assim, todos os factos são importantes para uma correta interpretação, a começar pelos contextos culturais ou históricos em que a pessoa/enfermeiro está inserido.

Ortega y Gasset afirmou “eu sou eu e a minha circunstância, e se não salvo a ela, não salvo a mim”⁵², o que engloba muito mais do que o sítio geográfico, contém a atualidade, o eu interior, e todo o mundo à volta da pessoa. Cada pessoa como ser singular e único. Para Nunes (2009), “não existe pessoa humana abstrata. É preciso pensar a pessoa humana em si mesma para encontrar os grandes princípios do ‘dever ser’ embora o juízo ético só se faça em ‘situação’” (p. 45).

Também Vieira (2008b) afirma que

A pessoa é influenciada no seu devir e nos seus comportamentos pelo ambiente que a rodeia, que ela própria também influencia. O ambiente em que a pessoa vive e se desenvolve e que influencia o conceito de saúde, deve ser olhado na sua componente física, social, organizacional, cultural e política (p. 85).

Todo este mundo enunciado por Vieira (2008b) constitui a circunstância e esta afeta a forma de agir da pessoa e, por isso, também Nunes (2009) considera que

a circunstância não é um acidente ou uma peça de roupa que se tira e põe. E, como cada um de nós só existe situado, a circunstância ou a situação é algo que penetra, caracteriza e condiciona profundamente a pessoa humana (p. 45)

e esta circunstância também condiciona a decisão do enfermeiro e influencia as suas opções.

⁵² Tradução livre de: “Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”, (Ortega Y Gasset, 1914/2019, pá.77)

2.9. Fundamentos “espirituais”

Sendo Portugal um país de tradição judaico-cristã, os “Fundamentos espirituais” são também utilizados pelos enfermeiros na resolução do problema ético e, como afirmou Renaud (2010), o “âmago do cuidado de enfermagem é de natureza espiritual” e constitui-se num agir ético para esta autora.

Relativamente à subcategoria identificada, foi nomeada “respeito pelo cumprimento da vontade divina”, pois é revelado como algo que nos transcende e vai além daquilo que nos é possível. À semelhança do que nos diz Aristóteles, só podemos decidir os meios para fazer algo, mas o resultado/efeito da nossa ação escapa-se daquilo que está nas nossas mãos e como é afirmado “*está nas mãos de Deus*”.

Segundo Timmins & Caldeira (2017), a espiritualidade está relacionada com o significado que as pessoas atribuem à sua existência, os seus propósitos e origens, e guia as suas intervenções com os outros e com o mundo em geral (p. 50)⁵³. As autoras distinguem entre religiosidade e espiritualidade, embora para muitas pessoas sejam conceitos relacionados. Referem, também, o facto da doença ser influenciada por estes fatores. Afirma-se ainda que as crenças espirituais são variáveis de pessoa para pessoa, mas estão muitas vezes relacionados com os seus antecedentes culturais e religiosos.

A definição de religião é aquilo que está envolvido com uma qualquer ideologia religiosa, que leva a pessoa a assumir as suas crenças religiosas, e em que a pessoa revela a sua fé nessa crença, age de acordo com os ritos associados (Timmins & Caldeira, 2017, p. 51), e é também, segundo essa crença que o enfermeiro pode alicerçar a sua decisão. É importante não impor crenças religiosas pessoais, contudo não é possível que o enfermeiro suprima as suas próprias crenças e as mesmas acabam por ser fundamento do seu cuidado, sobretudo quando enfrenta problemas éticos como perda fetal ou até em casos de aborto (Timmins & Caldeira, 2017).

Ao utilizar fundamentos espirituais, pode afirmar-se que os enfermeiros integram no seu agir o conceito holístico do cuidar, já também presente em várias teorias de enfermagem desde Nightingale a Watson (Moosavi, Rohani, Borhani & Abkbari, 2019). Assim, a

⁵³ Tradução livre de: “The concept of spirituality is complex and relates to the ways in which people give meaning to their existence, its purpose and origins, and how this guides their interactions with others and the world in general.

espiritualidade e o cuidado espiritual são importantes elementos de um cuidado holístico no tratamento das pessoas (Caldeira, Carvalho & Vieira, 2014).

2.10. Síntese dos resultados fundamentos utilizados face aos problemas éticos de início de vida

Perante a multiplicidade de fundamentos utilizados na decisão, quando o enfermeiro se confronta com problemas éticos na fase de início de vida, fica também evidenciada a complexidade na tomada de decisão ética. O enfermeiro procura nos seus conhecimentos profissionais, na sua ética pessoal e profissional, cumprindo a lei, alicerçando-se na sua espiritualidade e experiência pessoal e social, a melhor decisão para o problema perante o qual é confrontado. De toda esta mundividência, o enfermeiro colhe saberes e procura neles a resposta para o caso concreto em que surge a «incerteza» na procura da melhor decisão.

Expusemos os fundamentos identificados nos discursos dos enfermeiros entrevistados e, de certa forma, permitiu-se um voltar à ação praticada e sobre a mesma refletir. Aqui ficam expostas as escolhas realizadas pelos enfermeiros e, para Nunes (2009),

As escolhas supõem decisões- e as decisões morais têm que ser fundamentadas. Perguntar pelos fundamentos das decisões pode ajudar a esboça-las ou suportá-las. Há que ter uma cuidadosa deliberação racional sobre os factos existentes, examinar os princípios morais relevantes e apreciar as opções e possibilidades que se colocam (p. 102).

Depois da ação, há que avaliar os resultados procurando melhorar em cada ação futura essa ação. Portanto, refletir sobre a ação é também “agir eticamente” (Nunes, 2011, p. 107).

Desta forma, com esta panóplia multifacetada de fundamentos utilizados na decisão ética, o enfermeiro compromete-se. Compromete-se consigo, em ser melhor e em dar a melhor resposta sempre que se vê perante a indefinição, perante a indecisão. Para alcançar esta decisão que se vai traduzir no seu agir, o enfermeiro reflete, pondera diferentes caminhos na sua imaginação, tal como nos diz Ricoeur, e este pensar sobre o nosso fazer também nos permite chegar “aos perfis das pessoas em que nos queremos ir tornando” (Nunes, 2011, p. 102).

Assim, o enfermeiro assume o pacto de cuidado com a pessoa, com a sociedade, mas assume também o pacto consigo próprio de ser verdadeiro e fiel àquilo que são os seus valores pessoais, àquilo que são os seus valores profissionais, agindo sempre de forma

livre, mas sob a égide da responsabilidade. Responsabilidade pessoal, profissional e a responsabilidade que assume perante a sociedade quando se torna enfermeiro.

Segundo Nunes (2011),

ninguém nasce enfermeiro, decorre que se aprende a ser. O que abre portas para a temática da educação (...) e para a aprendizagem contínua, como hoje se dirá, ao longo da vida. Mas também à aprendizagem pelo exemplo, do bom exemplo. Se quisermos dizer de outro modo, o Si profissional é aprendido e vivido, realimenta os aprendidos e os pensados (Nunes, 2011, p. 107).



Figura 5 - Fundamentos da decisão ética de enfermagem.

3. Resultados dos pareceres vs resultados das entrevistas

Cumprir nesta fase efetuar a discussão entre aquilo que foram os resultados dos fundamentos utilizados na análise dos pareceres da Ordem dos Enfermeiros, na área de início de vida, e aquilo que foram os resultados que advieram da análise das entrevistas realizadas a enfermeiros, que exercem a sua atividade nessa área. Esta reflexão permitiu-nos perceber a existência de diferenças ou similitudes entre aquilo que são os fundamentos utilizados pelos enfermeiros na sua prática profissional e aquilo que são os fundamentos indicados pela Ordem dos Enfermeiros e, portanto, aqueles que devem

reger a ação dos enfermeiros, segundo a sua orientação e segundo a deontologia de enfermagem. Mais uma vez, utilizaremos o critério para identificação das categorias e subcategorias que são exclusivamente produto desta investigação, entre aspas, e manteremos assinaladas as subcategorias em itálico, identificadas anteriormente por Deodato (2014).

Podemos assumir que os *fundamentos éticos* foram aqueles que apresentaram maior relevância nas entrevistas, mas, e como parece fazer sentido, são os *fundamentos deontológicos* que são preponderantes nos pareceres da Ordem.

Os *fundamentos éticos* mais frequentemente utilizados pelo órgão regulador dos enfermeiros, e também nas entrevistas, é o *Princípio do respeito pela autonomia da pessoa assistida*. Sendo um princípio que rege o cuidado de enfermagem, é fácil concluir que os enfermeiros o valorizam e utilizam na base da sua decisão.

Outros *fundamentos éticos* como o *Respeito pela vida humana*, *Princípio da não maleficência*, *Princípio da beneficência*, o *Respeito pelas pessoas* e pelos valores das pessoas, o “Princípio da precaução” assim como a *Proteção do bem-estar e alívio do sofrimento* são transversais e bem assimilados naquilo que é o cuidado de enfermagem. A referência ao *Respeito pela dignidade da pessoa humana* é utilizado pela Ordem dos Enfermeiros e pouco frequentemente no discurso dos enfermeiros. Não significa tal, que os enfermeiros não respeitem este princípio, mas apenas que ele está tão interiorizado que pode ser «lido» através da ação relatada e estando subjacente a outros fundamentos utilizados. Surgem ainda em comum, os *valores da “verdade”, da justiça* e da *confiança*, que são utilizados pelos enfermeiros e que são ajuizados pela OE, como fundamentos a serem utilizados perante os problemas éticos de início de vida. É de ressaltar que não foram utilizados, nesta amostra, pelos enfermeiros, o “Valor liberdade”, o “Valor competência e aperfeiçoamento”, que foram identificados nos pareceres da Ordem (mas pensamos que se adaptam a outros fundamentos utilizados pelos enfermeiros).

Relativamente aos *fundamentos deontológicos*, e como já dissemos, sendo emanados pelo órgão regulador, assumem preponderância em relação a quaisquer outros. Aqui, e naqueles que podemos identificar, são nomeados deveres dos enfermeiros, uma vez que é competência da Ordem dos Enfermeiros criar a regra para a excelência profissional. É

de salientar que os deveres relativos ao exercício de objeção de consciência, sendo mais frequentes e, portanto, aqueles que mais parecem preocupar os enfermeiros quando colocam questões ao seu órgão regulador, estão praticamente ausentes na nossa amostra.

Os restantes deveres, foram também enunciados quer nas entrevistas, quer nos pareceres do CJOE. Os enfermeiros reconhecem como deveres o *Dever de cuidado*, o *Dever sigilo*, o “Dever de abster-se de juízos de valor”, o “Dever de encaminhamento”, o “Dever de agir em tempo útil”, o “Dever de informar”, o “Dever de dignificar a profissão” e o “Dever de excelência”. São deveres indicados pela OE e reconhecidos na prática profissional dos enfermeiros. As diferenças substanciais aqui evidenciadas, são a inexistência de utilização, como fundamentos, pelos enfermeiros, dos seus direitos. Perante o problema ético, parece ser claro que os enfermeiros pensam primeiro nos seus deveres como forma de resolução dos mesmos. Surgiram ainda, como novos *fundamentos deontológicos*, o “Dever de proteção de populações especialmente vulneráveis” como as crianças e a grávida. Sendo que a proteção à criança está contemplada no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, é, no entanto, ausente o reconhecimento da grávida como população especialmente vulnerável. Todavia, os enfermeiros assumem na prática esta proteção e nela, também, fundamentam a sua ação. Realçamos ainda outros fundamentos da ação utilizados pelos enfermeiros, face aos problemas éticos de início de vida, que consideramos particularmente relevantes. O primeiro que queremos distinguir é o “Dever de cuidado espiritual”, que indica a visão holística do enfermeiro naquilo que é o ato de cuidar. Depois o “Dever de comunicação adequada”. Efetivamente, o dever de informar é inequívoco, quer nos pareceres, quer nas entrevistas, mas há que informar de forma a ser entendido, o que obriga o enfermeiro a um esforço de adaptação também neste ato de comunicação. Assim, o enfermeiro assume a comunicação como ato de cuidar e revela que o vê como muito mais do que uma simples comunicação. Este é o momento de partilha, é o momento de criar laços e de estabelecer o verdadeiro pacto de cuidado que assenta no reconhecimento da dignidade da pessoa e, concomitantemente, no respeito pela sua autonomia da pessoa e pelos seus valores.

Também os *fundamentos profissionais* são utilizados nos pareceres e no discurso dos enfermeiros, pelo que os fundamentos *Competência profissional*, *Benefícios*

terapêuticos, Agir em complementaridade, são comuns. Pensamos ser importante dar relevância aos fundamentos que foram utilizados pelos enfermeiros, de certa forma, também pela novidade, que são: “Envolvência com a pessoa assistida” e “Reconhecimento pessoal externo”. A “Envolvência com a pessoa assistida” não é referida nos pareceres e tem especial evidência nas entrevistas. Efetivamente, se a mãe se recusa a participar no seu trabalho de parto, estamos perante algo que assume particular importância no que diz respeito à segurança, bem-estar e vida da mãe e da criança. Assim, envolver a pessoa e com a pessoa, é um fundamento relevante. Por último, e como em todas as profissões, também o enfermeiro assume a importância daquilo que é o seu papel na sociedade e forma como a mesma o vê, sendo o “Reconhecimento pessoal externo” um fundamento profissional pertinente.

Os pareceres ainda contemplaram a identificação de *fundamentos jurídicos e científicos*. Nos fundamentos jurídicos, temos mais uma vez muitos que são comuns às entrevistas e aos pareceres, como por exemplo, o “Direito ao sigilo” ou o “Direito ao cuidado”. Gostaríamos ainda de evidenciar o “Direito de reclamação” que é reconhecido no discurso dos enfermeiros.

Os *fundamentos científicos* utilizados pelos enfermeiros e nos pareceres são semelhantes como a “Competência científica” e os *Benefícios terapêuticos*, mas surgem alguns *fundamentos científicos* no discurso dos enfermeiros que devem ser distinguidos. Desde logo, os que dizem respeito ao conforto quer do recém-nascido, quer da mãe. A identificação do conforto pelos enfermeiros como necessidade das pessoas e como fundamento para a sua ação é relevante e é foco da prática dos enfermeiros.

Até aqui evidenciamos aqueles que são os fundamentos utilizados nos pareceres e pelos enfermeiros e que surgem em comum neste trabalho, salvaguardando as diferenças já assinaladas. Todavia, e como referimos anteriormente, os pareceres comportam em si mesmos aquilo que é regra emanada pela Ordem dos Enfermeiros. Portanto, estamos perante aquilo que é obrigatório, mas também é assumido pelos enfermeiros no seu discurso, revelando estes profissionais plena consciência do papel assumido como profissionais perante a sociedade.

Mas os fundamentos utilizados comportaram mais do que regra, porque os enfermeiros são pessoas a cuidar de pessoas e, apesar da regra, cada cuidado é único e singular. Assim, surgiram alguns fundamentos em áreas que comportam aquilo que é o ser pessoa, mas também aquilo que são as condições em que se efetua o cuidado e, portanto, afetam também a qualidade desse cuidado.

Como fatores externos, evidenciamos os “fundamentos recursos disponíveis” em que salientamos aquilo que são as limitações organizacionais quer de recursos humanos, quer nas condições físicas e que são fundamento para a ação do enfermeiro e, como tal, reconhecidos no seu discurso no decorrer das entrevistas realizadas.

Depois apontamos para os “fundamentos pessoais” evidenciados nas entrevistas realizadas aos enfermeiros e que se prendem como o “Autoconhecimento”, sendo este fundamental ao enfermeiro para que reconheça os seus próprios limites. Emerge também como fundamento, a “Experiência pessoal”, pois a mesma influencia e está presente no momento de decisão. Por último, a “Projeção pessoal” que permite ao enfermeiro ver-se no lugar do outro, sendo por isso, relevante na sua decisão.

Os enfermeiros assumem também como fundamento de decisão a sua espiritualidade e a importância que tem na sua decisão a sua “circunstância social”.

De uma forma geral, podemos afirmar que os enfermeiros conhecem o seu código deontológico, a lei, as suas obrigações profissionais, o seu conhecimento científico e toda esta panóplia é utilizada na sua decisão de cuidado. Mas o enfermeiro, sendo uma pessoa, e cuidando de uma pessoa, também assume a circunstância única e irrepetível que é esse binómio no cuidado, e por isso adota a utilização de fundamentos que vão além da deontologia, da ética, do seu conhecimento científico, da lei e da sua experiência profissional. Assim, emprega também a sua experiência pessoal, reconhece a importância da inserção na sua sociedade e da assunção da sua espiritualidade. Reconhece, concomitantemente, a relevância de fatores externos que são identificados como recursos disponíveis neste trabalho.

Concluimos que os fundamentos utilizados pelos enfermeiros e aqueles que são emanados pela Ordem dos Enfermeiros, através do seu órgão regulador, estão intrinsecamente ligados, o que indica a sua assunção na prática profissional.

Concluimos também que, em ambos os casos, são muito diversificados, o que revela a visão multidimensional do cuidado de enfermagem. Acrescentaríamos igualmente, que a identificação dos fundamentos pelos enfermeiros (extraída dos seus discursos) dá uma visão que, não sendo diferente, é muito mais rica. Porque não está meramente vinculada à lei e à deontologia, mas está também vinculada aquilo que é a relação entre pessoas. Está vinculada à relação recíproca de quem cuida e de quem é cuidado. É a visão do cuidado que respeita o ser humano, o enfermeiro e a pessoa, que respeita a individualidade e que se suporta na humanidade de cada um dos envolvidos.

CONCLUSÃO

Cumpre-nos agora encerrar a senda iniciada com o objetivo de conhecer os fundamentos do agir utilizados pelos enfermeiros face aos problemas éticos de início de vida.

Este trajeto levou-nos, inicialmente, à identificação dos problemas éticos vividos pelos enfermeiros que desempenham a sua atividade profissional no âmbito de início de vida. Pela sua voz, conhecemos as suas dificuldades, percebemos as suas lágrimas, medos e, por vezes, a sensação de impotência para lidar com muitos dos problemas com que se defrontam. Esta área, que associamos à beleza do nascimento, à continuidade da espécie, à alegria e à esperança, oculta, por outro lado, todo o sofrimento que advém da expectativa não cumprida, da esperança perdida, mas também de histórias de coragem. Coragem de todos os protagonistas, da pessoa e do enfermeiro que cuida da pessoa.

Da identificação dos problemas, partimos para o nosso objetivo final que foi o de conhecer os fundamentos utilizados pelos enfermeiros quando confrontados com problemas éticos, mas voltemos ao início desta trajetória.

Na prossecução do nosso trabalho, iniciamos com um enquadramento conceptual que nos permitiu a compreensão daquilo que denominamos de decisão ética. Em autores como Aristóteles, Deodato, Nunes, Vieira e Zoboli identificamos a deliberação como a altura em que a pessoa pondera entre diversas alternativas e, dessa ponderação, emerge a decisão. Deliberar corresponde à avaliação dos fundamentos, significando que estes são confrontados e ponderados em consciência por quem delibera. Realizada esta ponderação e tomada a decisão, surge a ação. Consideramos, igualmente, que pode emergir uma decisão de “não agir” que, por vezes e perante o caso concreto, poderá ser a decisão mais acertada e aquela que traz mais «felicidade» para todos os intervenientes. A distinção entre uma “não ação” e negligência foi também avaliada. Por último, e ainda no foro da “não ação”, discorremos sobre a objeção de consciência que permite à pessoa o não agir alicerçado em valores e crenças pessoais, mas que, todavia, obedece a regras.

Se a deliberação é a fase em que se pondera os fundamentos, estabelecemos um ponto de partida para definição dos mesmos. Da mesma forma, permitiu-nos estabelecer a definição de princípios, valores, obrigações, direitos e deveres que se constituem nos fundamentos, por detrás da decisão. Assim, se por um lado procuramos as definições de

uma forma geral, apropriamo-nos posteriormente destes conceitos e confirmamos os mesmos, no âmbito daquilo que é a enfermagem e o que é o cuidar em enfermagem. O enfermeiro, ao refletir sobre aquela que é a sua decisão para a ação, “Debruça-se e refere-se aos valores que integramos, às condutas que temos, às atitudes que valoramos, às procuras que fazemos, em suma, aos perfis das pessoas em que nos queremos ir tornando” (Nunes, 2009, p. 102). Desta forma, assume o seu *pacto de cuidado* com a pessoa, com a sociedade, mas assume também o pacto consigo próprio, de ser verdadeiro e fiel àquilo que são os seus valores pessoais, àquilo que são os seus valores profissionais, agindo sempre de forma livre, mas sob a égide da responsabilidade. Responsabilidade pessoal, profissional e a responsabilidade que assume perante a sociedade, quando se torna enfermeiro.

Procuramos, igualmente, enquadrar este estudo com a teoria da ação, de Ricoeur, reconhecendo que o agente-enfermeiro, quando toma a sua decisão para a ação, traz a sua motivação, a sua intenção, o seu desejo e assume pela ação, a sua responsabilidade. Como afirmou Ricoeur, há *ascription* na narrativa de um ato, sobretudo quando a pessoa indica o porquê das suas escolhas e, portanto, a sua intenção através das mesmas. Desta forma, “voltar à ação através do discurso, permite ao agente reencontrar a ação e identificar os motivos que o levaram a agir” (Deodato, 2014, p.163).

Seguindo este raciocínio, diríamos que submeter enfermeiros a entrevistas em que nos «contaram» como enfrentaram determinados problemas éticos (identificados por eles mesmos), e de que forma alicerçaram as suas decisões, permitiu colocar o profissional em confronto com a sua consciência e através dela voltar à ação praticada e aos seus fundamentos.

Como já referimos, é em Nunes (2006) e Deodato (2014) que temos os nossos motores iniciais, mas o nosso referencial teórico alicerçou-se também em Aristóteles, em Ricoeur (já referido), e na apropriação para enfermagem, além dos autores já referidos, Zoboli, Vieira, Thompson et al., Tshudin, entre muitos outros que nos suportaram durante todo este percurso.

Não podemos excluir-nos daquilo que é o conhecimento global, pelo que procedemos igualmente a uma revisão integrativa da literatura, nas bases de dados científicas, e que nos permitiu concluir que, ainda que existam muitos trabalhos sobre aborto, procriação

medicamente assistida ou outros temas na área de início de vida, não demonstram aquilo que é a “incerteza para o agir” do enfermeiro. São referidas áreas de reflexão da bioética, mas não se aponta para os problemas do exercício profissional do enfermeiro, demonstrando-se assim lacuna no conhecimento. Da mesma forma, a literatura científica aponta para alguns fundamentos, já identificados no enquadramento conceptual, como os éticos, deontológicos, religiosos, jurídicos, científicos, profissionais, sociais e culturais que permitem aos enfermeiros lidar com os problemas éticos desta área. Todavia, são abordados de uma forma muito geral.

Antes de iniciarmos a identificação dos problemas éticos e dos fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida, elaboramos uma pesquisa nos pareceres do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, que nos permitiu uma primeira abordagem aos problemas identificados pelos enfermeiros, pois é através dessa identificação que os membros da Ordem dos Enfermeiros solicitam o parecer desta. Por outro lado, na resposta dada, identificamos os fundamentos que são indicados pela OE como aqueles que devem ser utilizados pelos enfermeiros. A OE cumpre através dos mesmos a missão de orientar e tutelar aquilo que é a ação profissional do enfermeiro. Com estes pareceres, percebemos a preponderância na utilização dos fundamentos deontológicos, profissionais e éticos, com especial relevância para os “Deveres relativos ao exercício da objeção de consciência” e o *Dever de sigilo*, nos fundamentos deontológicos. Nos profissionais, a *Competência profissional* e nos fundamentos éticos o *Princípio do respeito pela autonomia*.

Prosseguimos na nossa investigação através das entrevistas realizadas com uma amostra de 26 enfermeiros. Estas entrevistas permitiram aos próprios enfermeiros, ao voltarem à ação praticada, rever-se e avaliar-se, permitindo-lhes o aperfeiçoar da ação a desenvolver no futuro. A sua reflexão e avaliação permitem também aos outros agir de forma ainda mais consciente, perante os mesmos problemas, embora, sejam sempre de considerar características e virtudes individuais de cada enfermeiro e da pessoa de quem se cuida, o que confere a cada caso concreto a sua singularidade. Contudo, como disse Nunes (2011), para agir eticamente há que repensar a ação, investindo-se assim na autoconsciência.

A análise do verbatim destas entrevistas permitiu a identificação dos problemas éticos de início de vida. Muito dos problemas identificados eram já reconhecidos no trabalho de Nunes (2006), como o *aborto*, o *estatuto do embrião humano*, a *interrupção terapêutica da gravidez*. Todavia, e porque o conceito de problema ético definido por Deodato (2014) é posterior a este trabalho, algumas das categorias já identificadas foram adaptadas e surgiram igualmente, novas categorias como “Lidar com o aborto espontâneo”, “Situações extremas”, “Gravidez de menores”, “Malformações graves detetadas no momento do nascimento”, “Consentimento relativamente a cuidados durante o parto”, “Identificação de um problema ético”, “Reconhecimento social” e “Não envolvimento da pessoa no trabalho de parto”. As restantes categorias foram adaptadas do conhecimento anterior (Nunes, 2006; Deodato, 2014) à luz do conhecimento daquilo que é o problema ético de enfermagem, segundo Deodato (2014). É de relembrar que, também na busca nas bases de dados, foram igualmente identificadas algumas áreas problemáticas como o aborto e estatuto do embrião. Neste trabalho, não foram identificados como problemas éticos a procriação medicamente assistida (da revisão da literatura e Nunes), bem como a questão da esterilização ou uso de células estaminais.

Estabelecendo reflexão sobre os pareceres da Ordem dos Enfermeiros aqui analisados, sobretudo na razão da procura para esses pareceres, é possível identificar as áreas em que surgem dúvidas aos enfermeiros e que estão na base desses mesmos pareceres. Efetivamente, áreas como a interrupção voluntária da gravidez, colocação de dispositivo intrauterinos ou sobre medicação abortiva, fornecimento de contraceptivos a menores, decisão da mulher em relação ao seu parto, violência doméstica e objeção de consciência estão aqui identificadas. Assim, podemos confirmar que estes problemas não só são confirmados no nosso trabalho, como constituem problemas que levam os enfermeiros a procurarem aconselhamento junto do CJOE. Existem também muitos outros problemas identificados nas entrevistas, sobre os quais não existe parecer disponível em acesso livre no sítio da internet da Ordem dos Enfermeiros.

Com a identificação de problemas éticos em início de vida, através dos resultados das entrevistas realizadas, esperamos atingir a finalidade desta profissão que, segundo Nunes (2004), “é o bem-estar de outros seres humanos – e esta não é uma finalidade científica, mas de ordem moral; ou seja, assenta num conceito moral básico (a preocupação com outras pessoas) e os conhecimentos, capacidades e competências que

se vão desenvolvendo dirigem-se para responder a essa finalidade” (Nunes, 2004, p. 36).

A identificação e ponderação sobre os mesmos permite aos outros a sua antecipação. Esta antecipação propicia uma reflexão, reflexão essa que se traduz no cuidado a prestar.

Na segunda fase do trabalho, procuramos conhecer a fundamentação utilizada por estes enfermeiros perante o problema ético, recorrendo a Deodato (2014) que já tinha identificado estes fundamentos para a decisão ética do enfermeiro, em geral. Mais uma vez, surgiram novas categorias como fundamentos pessoais, fundamentos recursos disponíveis, fundamentos espirituais, mas, essencialmente, surgiram inúmeras novas subcategorias.

Desta forma, com esta panóplia multifacetada de fundamentos utilizados na decisão ética, o enfermeiro compromete-se. Compromete-se consigo, em ser melhor e em dar a melhor resposta sempre que se vê perante a indefinição, perante a indecisão.

Reconhecemos como limites deste estudo, que eles fazem parte de um determinado contexto, sobretudo de um contexto social e que a amostra não pode, nem pretende, abarcar a totalidade da opinião dos enfermeiros. Por outro lado, para garantir a fiabilidade dos dados transcritos, enviamos as entrevistas aos participantes para que pudessem assegurar a verdade das mesmas. As entrevistas foram analisadas por dois investigadores.

Esperamos com estes resultados promover alguma reflexão, sobretudo sobre aquilo que importa reestruturar ou reforçar, e ajudar os enfermeiros na preparação para os problemas com que se debatem.

Gostaríamos de terminar parafraseando a definição de ação segundo Ricoeur, “*Agir significa, acima de tudo, operar uma mudança no mundo*”⁵⁴ e, em enfermagem, cada vez que “*tocamos*” o outro, operamos pelo menos uma mudança no nosso mundo e no da pessoa com quem interagimos. Ora, esta ação pode e deve ser melhorada e só refletindo e trabalhando sobre aquilo que são os valores e os princípios que devem reger

⁵⁴ Ricoeur, 1991: 174 (Do texto à acção. Rés-Editora. Porto)

a enfermagem há espaço para melhorar, há espaço para a humanização, há espaço para cuidar de quem cuida e cuidar da pessoa.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, M. (2005). Assistir o nascimento de recém-nascidos com malformação desfigurante: a vivência do enfermeiro (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de S. Paulo: São Paulo.

Amado, J. (2010). Avaliação da ocorrência de problemas éticos em cuidados de saúde primários (Dissertação de Mestrado, Orientado por Elma Zoboli e Margarida Vieira). Universidade Católica Portuguesa: Porto.

Aristóteles (334 a. C./2006). *Ética a Nicómaco* (trad. de António C. Caeiro) (2.^a ed.). Lisboa: Quetzal Editores.

ARS Norte. (2009). Documento Guia sobre o Consentimento Informado. Porto: Ministério da Saúde

Bardin, L. (2019). *Análise de Conteúdo* (5.^a ed.). Coimbra: Edições 70.

Beauchamp, T. & Childress, J. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8.^a ed.). New York: Oxford University Press.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bobak, I., Lowdermilk, D., Jensen, M. & Perry, S. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4.^a ed.). Lisboa: Lusociência.

Bogdan, R. & Sari, B. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Burgatti, J. (2015). *A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em enfermagem* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo: São Paulo.

Cabral, R. S. (2000). Temas de ética. Braga: Universidade Católica Portuguesa.

Castro, I. N. (2008). La dignidad del embrión. Reflexiones en torno a la vida humana naciente. Madrid: Comillas.

Cícero (44 a. C./2017). Dos deveres (De officiis). Lisboa: Edições 70.

Corbin, J. (2013). Strauss' grounded theory. In Tatano, C. (Ed.), Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research (pp. 169-182). London/New York: Routledge Handbooks.

Correia, M. (2012). Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI. (Doutoramento em Enfermagem, Orientadores: Professor Amendoeira Martins e Marta Lima Bastos Frade Correia). ESEL: Lisboa.

Costa, B. (2006). A prática pedagógica do docente no ensino da ética na graduação em enfermagem (Mestrado em Educação). Universidade Católica: Curitiba.

Costa, M. (2004). Relação enfermeiro-doente. In Neves, M. & Pacheco, S., Para uma ética de enfermagem. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Crespo, J. (2013). Representação social dos cuidados de enfermagem: o caso de uma instituição de apoio à pessoa idosa (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa: Lisboa.

Deodato, S. (2008). Responsabilidade Profissional em enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra: Almedina.

Deodato, S. (2014). Decisão Ética em Enfermagem. Do problema aos fundamentos para o agir. Coimbra: Almedina.

Deodato, S. (2020). Aspectos éticos no início da vida. In Morais, S., Souza, K. & Duarte, E., PROENF (pp. 9-33). Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem.

Dias, A. (2004). Justiça e Integridade. In Neves, M. & Pacheco, S., Para uma ética de enfermagem (pp. 305-319). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Filipe, F. (2004). Autonomia e respeito. In Neves, M. & Pacheco, S., Para uma ética de enfermagem (pp. 237-248). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Fonseca, H. (2018). Adolescência. In Neves, M. & Soares, J., Ética Aplicada. Saúde (pp. 191-209). Lisboa: Edições 70.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

García, M. (2018). A percepção dos profissionais de enfermagem da dimensão ética dos cuidados (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto.

Hadley, J. (1996). *Between Freedom and Necessity*. London: Virago Press.

Kant, E. (séc. XVIII/2005). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa: Edições 70

Koch, M. (2014). *Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). ICS, Universidade Católica Portuguesa: Lisboa.

Leitão, F. (2010). *Autonomia da mulher em trabalho de parto* (Dissertação de Mestrado em Bioética). Departamento de Bioética, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa: Lisboa.

Léon, R. B. (2003). Quatro Modelos de Integração de Técnicas Qualitativas e Quantitativas de Investigação nas Ciências Sociais. In *O Clássico e o novo* (pp. 157-183). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Disponível em <http://books.Scielo.org>

Lopes, F. (2015). O ambiente hospitalar nos cuidados de enfermagem (Teses de Doutoramento, orientador Michel Renaud e Margarida Vieira). Instituto de Ciências da Saúde, UCP: Lisboa.

Loureiro, J. C. (2001). Estatuto do Embrião. In Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. & Renaud, M. Em *Novos Desafios à Bioética* (pp.110-121). Porto: Porto Editora.

Machado, A. (2014). Promoção da autonomia do adolescente na tomada de decisão dos cuidados de enfermagem- Contributo do Enfermeiro (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem Lisboa: Lisboa.

Marçal, T. (2004). Compaixão e empatia. In Neves, M. & Pacheco, S., *Para uma ética de enfermagem* (pp. 277-290). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Martins, L. (2004). Beneficência e não-maleficência. In Neves, M. & Pacheco, S., *Para uma ética de enfermagem* (pp. 229-235). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Marzá, D. A. (1997). Dever. In Cortina, A., *10 palavras chave em ética* (pp. 69-97). Coimbra: Gráfica Coimbra.

Mason, J. K. & Laurie, G. T. (2006). *Law and Medical Ethics* (7.^a ed.). Oxford: Oxford University Press.

McLean, S. & Mason, J. K. (2003). *Legal and Ethical Aspects of Healthcare*. London/S. Francisco: Greenwich Medical Media. (ISBN: 1-84110-128-1)

Miranda, A. (2016). Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que vivência uma

morte fetal (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora: Évora.

Negrão, M. (2018). O consentimento informado na obstetrícia. O valor do dissentimento (Dissertação de Mestrado em Direito Criminal). Faculdade de Direito, Universidade Católica Portuguesa: Porto.

Nietzsche, F. (1887/2010). A geneologia da moral. Uma polémica (trad. de Carlos José de Menezes) (10.^a ed.). Lisboa: Guimarães Editores.

Nogueira, C. (2010). O outro olhar (sobre os enfermeiros): Percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto.

Nunes, L. (2004). A especificidade da enfermagem. In Neves, M. & Pacheco, S., Para uma ética de enfermagem (pp. 33-48). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Nunes, L. (2006). Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem. Loures: Lusociência.

Nunes, L. (2009). Ética: Raízes e Florescências em todos os caminhos. Loures: Lusociência.

Nunes, L. (2011), Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes. Lisboa: Lusociência.

ISBN: 978-972-8930-67-7

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (p. 5). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Acedido em 23/03/2016)

Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 239p.

Ortega y Gasset (1914/2005). *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Osswald, W. (2008). Quem cuida de quem cuida. In Carvalho, A., *Bioética e Vulnerabilidade* (pp. 287-292). Coimbra: Almedina.

Ourives, A. (2004). Confidencialidade e privacidade. In Neves, M. & Pacheco, S., *Para uma ética de enfermagem* (pp. 249-262). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Pacheco, S. (2011). *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem: uma teoria explicativa* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa: Lisboa.

Pinto, T. (2015). *De iniciado a perito um percurso a construir na promoção da parentalidade* (Curso de Mestrado em Enfermagem. Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Lisboa.

Politt, D. & Beck, C. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice* (9^a ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Prata, A. (2010). *Dicionário jurídico. Direito civil. Direito processual civil. Organização judiciária*. (5.^a ed.). 1 vol. Coimbra: Nova Almedina.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008), *Manual de investigação em Ciências Sociais* (5.^a ed.). Lisboa: Gradiva.

Renaud, M. (2008). Solicitude e Vulnerabilidade. In A. Carvalho, *Bioética e Vulnerabilidade* (pp. 11-20). Coimbra: Nova Almedina.

Ricoeur, P. (1991). Do texto à acção. Porto: Rés-Editora.

Ricoeur, P. (1996). Sí mismo como otro. Madrid: Siglo veintiuno de espanã editores.

Ricoeur, P. (2013). O Discurso da Acção. Lisboa: Edições 70.

Rodrigues, M. (2011). Interrupção Médica da Gravidez e Morte Fetal: Estratégias para um cuidado de Enfermagem Especializada no Luto. (Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Lisboa.

Serrão, D. (2003). Livro Branco. Uso de embriões humanos em investigação científica. Porto: [ONLINE].

<http://danielserrão.com/fotos/GCA/livrobranco.pdf>

Silva, M. (2006). Ciência, Religião e Bioética no início da vida. Lisboa: Editorial Caminho.

Silva, S. (2018). Literacia em saúde materna: Uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de parto e parto (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Coimbra.

Singer, P. (2007). Practical Ethics. New York: Cambridge University Press.

Siqueira, J. E., Zoboli, E. & Kipper, D. J. (1994). Bioética Clínica. São Paulo: Editora Gaia.

Soderberg, S. (2013). Using a qualitative method to describe the experiences of living with chronic pain syndrome. In Tatano, C. (ed), Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research (pp. 75-85). London/New York: Routledge Handbooks.

Sousa, P. (2014). O conforto da pessoa idosa. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Sponville, A. (2013). *Pequeno tratado de las grandes virtudes*. Barcelona: Paidós.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Qualitative Research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5.^a ed.). Pensilvânia: Lippincott Williams&Wilkins.
- Telles, G. (2010). *Introdução ao estudo do direito* (11.^a ed.). Coimbra: Coimbra editora.
- Thompson, I., Melia, K. & Boyd, K. (2004). *Ética em enfermagem* (4.^a ed.). Lisboa: Lusociência.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5.^a ed.). Lisboa. Lusociência.
- Tschudin, V. (2003). *Ethics in Nursing-The Caring Relationship* (3.^a ed.). United Kingdom: Elsevier.
- Valcárcel, A. (1997). Valor. In Cortina, A., *10 palavras chave em ética* (pp. 401-450). Coimbra: Gráfica Coimbra.
- Vicente, J. (2014). *Consentimento Informado na assistência privada e pública hospitalar. O que entendem os profissionais de saúde e doentes/família sobre a informação e consentimento informado* (Tese de Doutoramento em Bioética, Orientada por Ana Sofia Carvalho) Instituto de Bioética, UCP: Porto. 349p.
- Vieira, M. (1994). *A Importância Ética da Decisão do Cuidar em Enfermagem* (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa: Lisboa. (Texto policopiado).
- Vieira, M. (2003). *Vulnerabilidade e o Respeito no Cuidado ao Outro*. (Tese de Doutoramento), Departamento de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa: Lisboa. (Texto policopiado).

Vieira, M. (2004). Solidariedade e Responsabilidade. In Neves, M. & Pacheco, S., Para uma ética de enfermagem (pp. 291-303). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Vieira, M. (2008b). Ser enfermeiro. Da Compaixão à proficiência (2.^a ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Vilelas, J. (2009). Investigação: O processo de construção do conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo.

Zoboli, E. (2010). Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica (Tese para concurso de livre docência, para o Departamento de Enfermagem em Saúde Colectiva). Departamento de Enfermagem em Saúde Colectiva, Universidade de São Paulo: São Paulo.

ARTIGOS DE REVISTAS E PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

Antoniolli, L., Echevarría-Guanilo, M. E., Henrique de Rosso, L., Boeira Fuculo Junior, P. R., Dal Pai, D., & Scapin, S. (2018). Coping strategies of the nursing team acting in a burn treatment center. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 39(1), pp. 1–8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0073>

Apóstolo, J. (2009). O Conforto nas teorias de enfermagem-análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, pp. 61-67.

Baratieri, T. & Natal, S. (2019). Postpartum program actions in primary health care: an integrative review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), pp. 4227-4238.

Barilan, Y. M. (2009). Judaism, human dignity and the most vulnerable women on Earth. *The American Journal of Bioethics*, 9(11), pp. 35-37.

Beck, C. L. C., Prestes, F. C., Silva, R. M., Tavares, J. P. & Prochnow, A. (2014). Identidade profissional percebida por acadêmicos de enfermagem: da atuação ao

reconhecimento e valorização. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, pp. 200-205.

Biondi, H. S., Barlem, E. L. D., Pinho, E. C. de, Tavares, D. H., Kerber, N. P. da C. & Tomaschewski-Barlem, J. G. (2019). Moral Suffering in Assistance to Childbirth: Situations Present in the Work of Nurses of Obstetric Centers and Maternities. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, e20180052. pp. 1-16. Epub July 15, 2019.
<https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0052>

Buendgens, B. & Zampieri, M. (2012) A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. *Escola Anna Nery*, 16(1), pp. 64-72.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100009>

Caldeira, S., Branco, Z. C & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(5), pp. 145-152.

Caldeira, S., Carvalho, E. & Vieira, M. (2014). Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients whit cancer. *Rev-Latino – Am. Enfermagem*, 22 (1), pp. 28-34.

Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Revista Psicólogos. Revista do serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. Vol.15 (1), pp. 91-101.
<https://doi.org/10.25752/psi.9725>

Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), pp. 13-23.

Clarke, L. (1999). The person in abortion. *Nursing Ethics*, 6 (1), pp. 37-46.

Coutinho, F. (2001). Sentido e Limites do Direito Fundamental à Objecção de Consciência. Lisboa: FDUNL, 6, p. 49.

Delgado, A. (2014). Integrating Values in the Care Giving Activity from the Professional Point of View. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32 (1), pp. 157-164.

Deodato, S. Martins, L. & Nunes, J. (2020). Fair Care in Time of Covid-19 Pandemic. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 32(2), pp. 24785-24786.

Dias, I. & Santos, R. (2007). Os profissionais de enfermagem diante do nascimento da criança com malformação congênita. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 11(1), pp. 73-79.

Driessnack, M., Sousa, V. & Mendes, I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem. Parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), pp. 684-688.

Ergin, A. (2013). Determination of national midwifery ethical codes: in Turkey. *Nursing ethics*, 20 (7), pp. 808-818.

Finger, D., Griebeler, C., Oliveira, E., Scheibner, A. K., Schuck, D. & Barros de Souza, J. (2015). Equipe Saúde Da Família: Integrando Profissionais E Fortalecendo a Assistência À Saúde. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 11(3), pp. 122–123.

Fontelles, M., Simões, M., Farias, S. & Fontelles, R. (2009). Metodologia da pesquisa científica: Diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 23(3), pp. 69-76.

Franco, J. & Henriques, C. (2013). Visibilidade da intervenção do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, N13, pp. 62-66.

Frati, P., Fineschi, V., Sanzo, M., Russa, R., Scopetti, F. & Turillazzi, E. (2017). Preimplantation and prenatal diagnosis, wrongful birth and wrongful life: a global view of bioethical and legal controversies. *Human Reproduction Update*, 23 (3), pp. 338–357. (Acesso em: 23 mar. 2020)

DOI 10.1093/humupd/dmx002

Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28180264&lang=pt-br&site=ehost-live>

Gallagher, A. (2013). Values for contemporary nursing practice: Waving or drowning?. *Nursing Ethics*, 20(6), pp. 615-616.

Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed June 6, 2014.

Hoga, L., Tiburcio, C., Borges, A. Zoboli, E. & Alvarez, R. (2010). Counseling Regarding Sexual and Reproductive Behavior: Principles and Practices of Catholic Priest. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18 (6), pp. 1237-1245.

Kaposy, C. (2013). A Disability Critique of the New Prenatal Test for Down Syndrome. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 23 (4), pp. 299-324.

Leal, V., Caballero, E. & Inalaf, C. (2006). The beginning of human life: Nursing student's concept. *Studies in Health Technology and Informatics* [serial online], 122, pp. 1046

Lopez-del-Burgo, C., Mikolajczyk, R., Osorio, A., Errasti, T. & Irala, J. (2013). Women's attitudes towards mechanisms of action of birth control methods: a cross-sectional study in five European countries. *Journal of Clinical Nursing* [serial online], 22(21/22), pp. 3006-3015.

Lourenço, C., Pinto, A., Pereira, C., Fonseca, C., Nunes, I, Almeida, M., Mendes, O., Tolleti, G., Lopes, M. & Gândara, M. (2011). Confiança versus desconfiança na Relação de Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, um Conceito em Construção no CHLN-HPV. *Pensar Enfermagem*, 15(2), pp. 3-13.

Mady, T. (2017). O conflito entre o dever fundamental de defesa da vida e dever fundamental de respeitar a liberdade de religião daqueles que integram a corrente religiosa testemunhas de jeová. *RLJB*, 3(6), pp. 701-721.

Melo, M. M. & Pacheco, S. T. A. (2012). O cuidado ao recém-nascido com anomalia congênita: estratégias de enfrentamento de enfermeiros. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. v. 4, n. 3, pp. 2636–2644.

Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22722&indexSearch=ID >22 nov 2016>.

Mendes, K., Silveira R. & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto*, 17(4), pp. 758-764.

Milliken, A. (2018) Ethical awareness: What it is and why it matters. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 23(1), pp. 1-7.

Milliken, A., Ludlow, L. & Grace, P. (2019). Ethical awareness scale: Replication testing, invariance analysis, and implications. *AJOB Empirical Bioethics*. 10(4), pp. 231-240.

Minayo, M. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade. *Cadernos de saúde pública: Rio de Janeiro* 9(3), pp. 239-248.

Minayo, M. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, 5(7), pp. 1-12.

Moosavi, S., Rohani, C., Borhani, F. & Abkbari, M. (2019). Factors affecting spiritual care practices of oncology nurses: a qualitative study. *Supportative Care in Cancer*, 27(3), pp. 901-909.

Natoli, J. L., Ackerman, D. L. & Edwards, J. G. (2012). Prenatal diagnosis of Down Syndrome: A systematic review of termination rates (1995-2011). *Prenatal diagnosis*, 32, pp. 142-153.

Nora, C., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016). Elementos Y estratégias para la toma de decisión ética en enfermería. *Texto & Contexto Enferm*, 25 (2), e4500014. Epub July 07, 2016.

<https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>

Nunes, L. (2002). Cinco estrelas: acerca das competências morais no exercício de Enfermagem. *Revista Nursing*, 14 (171), pp. 8-11.

Nunes, L. (2007). Breve memória cronológica da objeção de consciência. *Ordem dos enfermeiros*, 26(6), pp. 19-21.

Paço, S. & Deodato, S. (2015). Conscientious objection: reflections for nursing in Portugal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36 (4), pp. 112-116.

Pinto, S., Fuminincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S. & Martins, J. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of differences and similarities among concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), pp. 6-12.

Schaefer, R., Campos Pavone Zoboli, E. L., & Vieira, M. (2018). Moral Distress in Nurses: A Description of the Risks for Professionals. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(4), pp. 1–10.

<https://doi.org/10.1590/0104-07072018004020017>

Siman, A., Braga, L., Amaro, M. & Brito, M. (2019). Desafios da prática na segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), pp. 1581-1588.

Rassin, M. (2010). Values grading among nursing students-Differences between the ethnic groups. *Nurse education today.*, 30 (5), pp. 458-463.

Renaud, I. (2007). Ser pessoa: contributo para uma visão global da pessoa. *Revista Servir*, 55(3), pp. 91-99.

Renaud, I. (2010). O cuidado em enfermagem. *Pensar enfermagem*, n.º 1(14), p. 8.

Ribeiro, M. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III (5), pp. 27-36.

Rodrigues, A., Torres, F., Gomes, D., Carvalho, D., Santos, E. & Cubas, M. (2020). Workflow and decision making of operating room nurses: integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, pp. 1-11.

Schroeter, M. & Pereira, A. (2019). Abordagem do tema do aborto no ensino de graduação na perspectiva das enfermeiras recém-graduadas. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, pp. 1-6.

Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=142593166&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 30 nov. 2020.

Shawn, H. & Degazon, C. (2008). Integrating the core professional values of nursing: a profession, not just a career. *Journal of Cultural Diversity*, 15 (1), pp. 44-50.

Skoto, B. B. G. (2011). Having a brother or sister with down syndrome. *Perspective from siblings. American Journal of Medical Genetics Part A*, 155, pp. 2360-2369.

Souza, M., Silva, M. & Carvalho R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*; 8 (1Pt 1), pp. 102-106.

Stephens, M., Jordens C., Kerridge I. & Ankeny R. (2010). Religious perspectives on abortion and a secular response. *Journal of Religion and Health*, 49(4), pp. 513-535.

Timmins, F. & Caldeira, S. (2017). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard*. 31(22), pp. 50-57.

Velásquez, S. & Gómez, M. (2019). Las virtudes esenciales del cuidado: una mirada de los estudiantes de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol.21(2)

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.vecm>.

Vieira, M. (Nov./dez./1993). Para uma ética da enfermagem. *Revista Servir*, 41(6), pp. 323-327.

Vieira, M. (2008a). O juramento de Nightingale, hoje. *Revista Servir*, 56(3-4), pp. 97-98.

Waterkemper, R., Prado, M., Medina, J. & Reibnitz, K. (2015). Ser a Sombra-A consciência de si do acadêmico de enfermagem: Um estudo de caso. *Texto Contexto Enfer.*, 24(4), pp. 1079-86.

Whittemore R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.*, 52(5), pp. 546-53.

Williams, C., Kitzinger J. & Henderson L. (2003) Envisaging the embryo in stem cell research: rhetorical strategies and media reporting of the ethical debates. *Sociology Of Health & Illness* [serial online]. November 2003; 25(7), pp. 793-814.

Zoboli, E. (2012). Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Garcia. *Bioethikos*, vol6(1), pp. 49-57.

LEGISLAÇÃO

Declaração Universal dos Direitos do Homem . *Diário da República n° 57/1978 - I Série*. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros

Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril. *Diário da República n° 86/1976 - I Série*. Lisboa: Presidência da República (Constituição da República Portuguesa)

Decreto- Lei n.º 48/95, de 15 de março. *Diário da República n.º 63/1995 - I Série A.*
Lisboa: Assembleia da República

Decreto lei 161/96, de 4 de setembro. *Diário da República n.º 205/1996 - I Série A.*
Lisboa: Assembleia da República

Lei n.º 3/84, de 24 de março. *Diário da República n.º 71/1984 - I Série A.* Lisboa:
Assembleia da República

Lei 6/84, de 11 de maio. *Diário da República n.º 109/1984 - I Série.* Lisboa: Assembleia
da República

Lei n.º 90/97, 30 de julho. *Diário da República n.º 174/1997 - I Série A.* Lisboa:
Assembleia da República

Lei n.º 16/2001, de 22 de junho. *Diário da República n.º 143/2001- I Série A.* Lisboa:
Assembleia da República

Lei n.º 16/2007, de 17 de abril. *Diário da República n.º 75/2007- I Série A.* Lisboa:
Assembleia da República

Lei n.º 41/2013, de 26 de Junho. *Diário da República n.º 121/2013- I Série A.* Lisboa:
Assembleia da República (Código do Processo Civil)

Lei n.º 15/2014, de 21 de março. *Diário da República n.º 57/2014- I Série.* Lisboa:
Assembleia da República

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República n.º 181/2015- I Série.* Lisboa:
Assembleia da República

Regulamento 344/2017, de 27 de junho. *Diário da República n.º 122/2017- II Série.*
Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (REDOC)

Regulamento 127/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35/2011- II Série*.
Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Resolução da Assembleia da República n.º 30/86. *Diário da República n.º 283/1986- II Série*. Lisboa: Assembleia da República (Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem)

FONTES DOCUMENTAIS ANALISADAS

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2010). Parecer CJ 121/2010. *Recusa de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2002). Parecer CJ 35/2002. *Enunciado de posição sobre Interrupção Voluntária da Gravidez*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2007). Parecer CJ 123/2007. *Sobre a possibilidade de os cursos de preparação para o parto serem ministrados por enfermeiros sem especialidade na área da saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer CJ 12/2008. *Administração de contraceptivos e contraceção de emergência*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer 18/2008. *Parecer sobre consultas de Saúde Materna e Saúde Infantil-pedido de orientações*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer 21/2008. *Decisão livre da mulher grávida para realização de cesariana em substituição de um provável parto eutócico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer 23/2008. *Segurança da informação e sigilo profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer 68/2008. *Objecção de consciência nas consultas de interrupção voluntária da gravidez*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer 70/2008. *Colocação de dispositivo intra-uterino por enfermeiro objector de consciência*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer 72/2008. *Objecção de consciência nas consultas de interrupção voluntária da gravidez*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer 06/2009. *Fornecimento de contraceptivos a menores*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer 112/2009. *Habilitação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica para assistir a partos no domicílio*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer 128/2009. *Decisão livre da mulher grávida para realização de cesariana em substituição de um provável parto eutócico*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer 256/2011. *Colocação de implantes subcutâneos e dispositivos intra-uterinos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2013). Parecer 119/2013. Sobre a compatibilidade de doula com enfermeiro ou enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2013). Parecer 146/2013. *Objeção de consciência e colaboração em IVG*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2014). Parecer 196/2014. *Registo de penso e evolução da ferida*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2016). Parecer 47/2016. *Objeção de consciência e Interrupção Voluntária da Gravidez*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2016). Parecer 52/2016. *Sigilo profissional perante situações de violência a pessoas em condição/ situação de vulnerabilidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer 87/2018. *Parecer sobre transfusão de sangue em grávida Testemunha de Jeová*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros (2008). *Condições para o Funcionamento de Maternidades* (Parecer do Conselho Diretivo 11 de julho 2008). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Mesa do colégio da Especialidade de saúde Materna e Obstétrica (2019). Parecer 43/2019. *Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2014). Parecer 51/2014. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros (2012). Parecer n.º 7/2012. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt

APÊNDICE 1

EBSCO - Artigos apurados, amostra do estudo, contexto do estudo, tipo de estudo e resultados

Título Do Artigo	Amostra Do Estudo	Contexto Do Estudo	Autor / Ano / Base De Dados / Revista	Tipo De Estudo	Resultados Obtidos
<i>The beginning of human life: Nursing student's concept</i>	Estudantes de enfermagem.	Estudo sobre as opiniões de alunos de Enfermagem, relativamente ao que consideram início de vida humana.	Leal, V. L., Caballero, E., Inalaf, C. / 2006 / Medline / <i>Health Technology and Informatics</i>	Método descritivo, com entrevista semi estruturada.	61 % dos alunos entrevistados consideram que o início de vida ocorre no momento da fertilização; 24 % no momento da implantação e 15 % noutros momentos.
<i>The person in abortion</i>		Artigo de opinião sobre quais os critérios que podem ajudar os enfermeiros a decidir se participam ou não num aborto.	Clarke L. / 1999/ Medline / <i>Nursing Ethics</i>	Artigo de opinião.	Alerta para a necessidade de reflexão acerca dos valores de cada enfermeiro e considera pouco provável que os critérios para a ação dos mesmos sejam baseados em questões filosóficas. Para este autor, os códigos de ética influenciam a decisão, mas são essencialmente fatores individuais que prevalecem nestes casos.
<i>Women's attitudes towards mechanisms of action of birth control methods: a cross-sectional study in five European countries</i>	Mulheres entre os 18-49 anos (amostra aleatória de 1137).	Estudo que teve como objetivo identificar se o conhecimento acerca dos efeitos dos métodos contraceptivos abortivos influencia, ou não, a opção pelos mesmos, pelas mulheres que os usam.	Lopez-del Burgo C., Mikolajczyk R., Osorio A., Errasti T., de Irala J. / 2013 / CINAHL Complete/ <i>Journal Of Clinical Nursing</i> [serial online].	<i>Cross-seccional study.</i>	1/3 das mulheres incluídas no estudo eliminam a hipótese de uso de métodos anticoncepcionais abortivos depois de conhecerem os seus efeitos, pelo que a informação fornecida pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde se torna primordial.

<p><i>Envisaging the embryo in stem cell research: rhetorical strategies and media reporting of the ethical debates</i></p>	<p>Notícias e entrevistas publicadas nos jornais e televisão sobre <i>stem cells</i> no ano de 2000, no Reino Unido.</p>	<p>Estudo que teve como objetivo identificar os discursos e seus conteúdos relativamente à utilização das <i>stem cells</i> nos meios de comunicação social.</p>	<p>Williams C., Kitzinger J., Henderson L. / 2003 / MEDLINE Complete/ <i>Sociology Of Health & Illness</i> [serial online].</p>	<p>Revisão dos debates e notícias acerca do estatuto do embrião, novas tecnologias da saúde e <i>stem cells</i>.</p>	<p>Todos os dados analisados demonstram que, ainda que os comentadores tentem ser isentos, todos acabam através das imagens utilizadas (verbais ou não) por deixar transparecer a sua ideologia, relativamente ao estatuto a atribuir ao embrião, influenciando notoriamente a opinião pública acerca destas questões. As opiniões situam-se em extremos, entre os que protegem o embrião desde a sua forma mais incipiente e aqueles que consideram que o embrião não deve ser detentor de uma proteção jurídica na sua forma precoce.</p>
<p><i>Religious perspectives on abortion and a secular response</i></p>	<p>7 líderes religiosos das religiões Católica, Luterana, Judia, Islâmica, Budista, Confuciana e Hindu.</p>	<p>Estudo que apresenta um caso fictício de uma mulher que pretendia fazer aborto, baseando a sua opção na sua situação social e económica. Perante este caso, foi pedido aos líderes religiosos (judaicos, católicos, islâmicos, hindus, luteranos, budistas e confucianos), uma interpretação que respeitasse os preceitos de cada credo.</p>	<p>Stephens M., Jordens C., Kerridge I., Ankeny R. / 2010 / MEDLINE Complete / <i>Journal Of Religion And Health</i> [serial online]</p>	<p>Entrevistas a líderes religiosos.</p>	<p>Existem diferentes interpretações, segundo os diferentes líderes religiosos acerca do aborto. Será fundamental para os profissionais de saúde terem conhecimento destes contextos religiosos, para que possam ajudar estas mulheres a escolher sem irem contra os fundamentos religiosos, mas, concomitantemente, que as suas opções se possam integrar numa sociedade secular.</p>
<p><i>Judaism, human dignity and the most vulnerable women on Earth</i></p>	<p>Texto que aborda a maneira como as religiões encaram o aborto, o diagnóstico pré-natal, a procriação medicamente assistida e a pílula do dia seguinte.</p>	<p>Artigo de bioética que refere a importância dos valores católicos na prática de enfermagem.</p>	<p>Barilan Y.</p>	<p>Artigo de opinião.</p>	<p>O artigo aborda a forma como as religiões encaram o aborto, o diagnóstico pré-natal e a procriação medicamente assistida, apelando a um diálogo entre judeus e cristãos no sentido de se proteger a vida e a dignidade humana, uma vez que as religiões desempenham um importante papel relativamente aos valores prementes no campo da saúde.</p>

APÊNDICE 2

RCAAP – Teses apuradas, participante do estudo, contexto e resultados

Título	Participantes	Contexto	Autor / Ano	Método	Resultados
Tipo de documento					
Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. ⁽¹⁾	15 Enfermeiros	O estudo parte de dois problemas de investigação: o que constitui problema ético na prática clínica de enfermagem / como é que os enfermeiros constroem a decisão ética para resolver esses problemas. Os objetivos do estudo foram: definir o conceito de problema ético de enfermagem; descrever a construção da decisão ética de enfermagem e significar os fundamentos da construção da decisão ética de enfermagem.	Sérgio Deodato / 2010	Estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo, com recurso à entrevista como método de recolha de dados e à utilização da análise de conteúdo.	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 na decisão ética dos enfermeiros. Nesta tese é identificado como problema ético de enfermagem a categoria “Início de Vida”.
Tese de doutoramento					
A prática pedagógica do docente no ensino da ética na graduação em enfermagem ⁽¹²⁾	Alunos em fases diferentes (78), ex-alunos com experiência mínima profissional de 5 anos (10) e 1 docente de Ética	Análise crítica e reflexiva a respeito do ensino de ética em enfermagem numa universidade privada, com uma perspetiva histórica acerca do desenvolvimento da enfermagem. O objetivo era propor uma formação ética que pudesse melhorar a humanização nas ações dos profissionais de enfermagem, possibilitando a transformação de procedimentos frente à realidade de trabalho. Objetivo: elaborar	Ana Beatriz Rodrigues Costa / 2006	Pesquisa qualitativa, tipo descritiva. Análise de documental, questionário e entrevistas.	Os resultados indicam que os “valores oriundos do ambiente familiar são um importante determinante da conduta profissional, além da necessidade de se repensar o ensino da ética na graduação em enfermagem, ultrapassando os aspetos da ética baseada somente na visão religiosa, ou seja, superar o posicionamento de simples cumpridor de deveres/normas, para buscar uma formação ética com princípio da justiça igualitária que promova enfermeiros coerentes, humanos e emancipados,
Dissertação de mestrado					

		pontos norteadores que sustentem uma formação para o ensino da ética na graduação em enfermagem num paradigma inovador.			assentado na mudança do perfil do profissional enfermeiro e de suas ações”. Nas questões colocadas, é abordada por um enfermeiro a questão do aborto.
A contribuição do estágio curricular supervisionado no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em enfermagem	28 estudantes de Enfermagem, docentes e enfermeiros	Tem como objetivo analisar a repercussão do estágio curricular no desenvolvimento da dimensão ética da competência de graduandos em enfermagem.	Juliane Cristina Burgatti	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa. Entrevistas. Análise de conteúdo.	O estágio curricular supervisionado é “um espaço privilegiado de integração e desenvolvimento das dimensões técnica, estética, política e, em especial, da ética”. Nas entrevistas foi mencionada por um enfermeiro a questão da divergência de valores entre a grávida que não quer ter um filho e a enfermeira que é contra o aborto.
Tese de doutoramento					
A percepção dos profissionais de enfermagem da dimensão ética dos cuidados	45 Enfermeiros (Espanhóis e portugueses)	Estudo que tem como objetivo identificar a percepção das questões éticas dos profissionais de enfermagem no âmbito dos cuidados medico-cirúrgicos.	Marta García	Estudo exploratório de caráter misto, transversal e descritivo. O instrumento de recolha de dados questionário com perguntas abertas e fechadas.	Os resultados deste estudo indicam que as questões éticas surgem com frequência. As circunstâncias identificadas são: -Tomada de decisão sobre cuidados a prestar; -Tomada de decisão sobre tratamentos médicos a instituir/não instituir; -Tomada de decisão sobre interromper tratamentos; -Tomada de decisão sobre internamento/transferência de utentes; -Tomada de decisão sobre a interrupção voluntária da gravidez; -Tomada de decisão sobre procedimentos em fim de vida; -Na relação entre médicos e familiares; -Na relação entre profissionais de enfermagem e familiares; -Outros.
Dissertação de Mestrado					

APÊNDICE 3

Guião das entrevistas

TEMA DO ESTUDO: “Fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida”

No âmbito do Doutoramento em Enfermagem, realizado na UCP, em Lisboa, na área de História e Filosofia de Enfermagem, pretendemos realizar um estudo com o objetivo de identificar os Fundamentos do agir em do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida. Este estudo é orientado pelo Sr. Professor Doutor Sérgio Deodato.

Com este objetivo pretendemos efetuar entrevistas semiestruturadas a enfermeiros de unidades hospitalares em serviços de obstetrícia e de cuidados primários, ligados à área de planeamento familiar e do cuidado na gravidez.

Com este instrumento de colheita de dados pretendemos obter dados acerca de como os enfermeiros deliberam, decidem e agem quando confrontados com problemas éticos de início de vida.

Os dados fornecidos apenas serão utilizados no âmbito do referido estudo, garantindo a confidencialidade dos mesmos, e obedecem à condição de anonimato.

Os resultados poderão ser facultados a todos aqueles que o solicitarem.

Este estudo visa aumentar o conhecimento dentro do domínio específico da decisão ética de enfermagem no início de vida. Assim, procederemos à identificação do problema ético e da fundamentação para a sua resolução em enfermagem, na área de início de vida.

Os objetivos do estudo são:

Objetivo geral:

- Conhecer o modo como os enfermeiros fundamentam as suas decisões face aos problemas éticos de início de vida.

Objetivos específicos:

- Identificar os problemas éticos de início de vida, no exercício profissional dos enfermeiros.

- Categorizar os fundamentos éticos, utilizados pelos enfermeiros, face às questões éticas de início de vida.
- Descrever a fundamentação utilizada pelos enfermeiros na decisão ética no início de vida.

PERGUNTAS/GUIÃO

Descreva situações da sua prática profissional que tenha considerado como problema ético, relacionados com início de vida (consideramos este como o período que decorre entre a concepção e o nascimento).

De que forma tomou as suas decisões e como o fez?

Em que baseou a sua decisão?

APÊNDICE 4

Formulário de Consentimento dos Participantes no Estudo

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

TEMA DO ESTUDO: “Fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida”

No âmbito do Doutoramento em Enfermagem, realizado na UCP, em Lisboa, na área de História e Filosofia de Enfermagem, pretendemos realizar um estudo com o objetivo de identificar os Fundamentos do agir do enfermeiro face aos problemas éticos de início de vida. Este estudo é orientado pelo Sr. Professor Doutor Sérgio Deodato.

Com este objetivo pretendemos efetuar entrevistas semiestruturadas a enfermeiros de unidades hospitalares em serviços de obstetrícia e de cuidados primários, ligados à área de planeamento familiar e do cuidado na gravidez.

Com este instrumento de colheita de dados pretendemos obter dados acerca de como os enfermeiros deliberam, decidem e agem quando confrontados com problemas éticos de início de vida.

Os dados fornecidos apenas serão utilizados no âmbito do referido estudo, garantindo a confidencialidade dos mesmos, e obedecem à condição de anonimato.

Os resultados poderão ser facultados a todos aqueles que o solicitarem. Por toda a colaboração prestada, manifestamos desde já o nosso agradecimento.

Investigador: Sandra Cristina F. L. S. Paço

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, aceito de minha livre vontade participar no estudo intitulado *Fundamentos do agir profissional em enfermagem face às questões éticas de início de vida*, realizado pela Enfermeira Sandra Cristina F. L. S. Paço sob a orientação do Sr. Professor Doutor Sérgio Deodato, da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa, no âmbito da tese de doutoramento integrada no Curso de Doutoramento em Enfermagem, na área de História e Filosofia de Enfermagem, na UCP.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Por isso, aceito a participação no estudo, respondendo a todas as questões propostas, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem que daí me resulte qualquer prejuízo.

Toda a informação obtida nesta investigação será estritamente confidencial e a identidade do participante não será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com esta investigação sem autorização prévia por escrito do participante.

Assinaturas,

Participante:

Investigador:

(Nome completo do investigador)

Lisboa, ____ de _____ de 2017

Agradecida pela sua colaboração.