

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA DIMENSÃO ÉTICA DOS  
CUIDADOS

THE PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS OF THE ETHICAL DIMENSION OF CARE

Dissertação orientada pela  
Professora Doutora Teresa Tomé Ribeiro  
coorientada pela  
Professora Isabel Lopes Ribeiro

**Marta Cantabrana García**

Porto, 2018



*"Die Grenzen meiner Sprache  
bedeuten die Grenzen meiner Welt."<sup>1</sup>*

Ludwig Wittgenstein

---

<sup>1</sup> "Os limites da minha linguagem significam os limites de meu mundo." Tradução livre.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade de poder fazer este trabalho a todas as mulheres que lutaram e continuam a lutar pela *ideia radical de que as mulheres são pessoas*, por todas elas e pelas que as sucederão.

À Poullain de la Barre, Olympe de Gouges, Mary Wollstonecraft, Harriot Tayler Mill, Emmeline Pankhurst, Sojourner Truth, Sarmiza Blicescu, Elisa Zamfirescu, Rosa Luxemburg, Clara Zetkin, Florinda Lazos León, Flora Tristán, Elizabeth Gurley Flynn, Alexandra Kolontai, Josefa Amar, Susan B. Anthony, Teresa Meana, Silvia Federici, Amanda Miller, Concepción Arenal, Emilia Pardo Bazán, Simone de Beauvoir, Jeanne Moreau, Shulamith Firestone, Teresa Claramunt, Victoria Kent, Angela Davis, Heidi Hartmann, Betty Friedan, Kate Millet, Clara Campoamor, Victoria Camps, Luisa Posada Kubisa, Izaskun Sánchez Aroca, à minha avó Conchita Aroca Sánchez e, com certeza à minha mãe, Concepción García Aroca.



## RESUMO

No quotidiano ocorrem diversas situações, perante as quais existem alternativas, sendo fundamental optar entre as mesmas, mas também situações nas quais não é evidente a opção correta. Neste projeto de investigação explorou-se qual a perceção das questões éticas dos profissionais de enfermagem no âmbito dos cuidados médico-cirúrgicos. Trata-se de um estudo exploratório de carácter misto, transversal e descritivo. O instrumento de recolha de dados é composto por um questionário com perguntas fechadas e perguntas abertas. Participaram no estudo 45 profissionais de enfermagem, 33 (73,3%) dos quais espanhóis a trabalhar em Espanha e 12 (26,7%) portugueses a trabalhar em Portugal. Quanto à identificação das questões éticas no contexto clínico pelos profissionais de saúde, 45 (100%) participantes afirmaram que as mesmas são identificadas por profissionais de enfermagem. Quanto às circunstâncias nas quais emergem as questões éticas, todos os participantes referiram que surgem na tomada de decisão sobre procedimentos em fim de vida, 43 (95,6%) referiram também que surgem na tomada de decisão sobre a interrupção de tratamentos e 33 (73,3%) referiram que ocorrem na tomada de decisão sobre prestar ou não cuidados de enfermagem. Quanto à frequência das questões éticas surgidas no contexto da prestação dos cuidados de enfermagem, 33 (73,3%) participantes indicaram-nas como frequentes e referiram como mais marcantes as relacionadas com o processo de fim de vida, o luto, a limitação terapêutica, a decisão da equipa multidisciplinar, a discordância na decisão, a obstinação terapêutica, a declaração antecipada de vontade e a eutanásia. Quanto à comunicação, vivenciaram-se questões éticas na comunicação entre a equipa e os familiares, assim como na conspiração do silêncio, no consentimento informado e na confidencialidade da informação transmitida. A recusa de tratamento e o incumprimento da decisão do doente também foram referidos. A maioria dos participantes sentiu uma grande dificuldade em definir questão ética e enquadramento ético do cuidado. A identificação e narrativa das questões éticas vivenciadas pelos profissionais de enfermagem é indiscutível, assim como o elevado grau de frustração com que se deparam, seja pela impotência de determinadas ações ou pela dificuldade em agir perante questões éticas narradas. Torna-se necessário considerar uma formação específica e continuada sobre a bioética no percurso da nossa vida profissional dado os resultados obtidos e assente em estudos semelhantes sobre a matéria.

Palavras-chave: questão ética, bioética, cuidados de enfermagem, perceção dos profissionais.



## ABSTRACT

In everyday life there are several situations that present alternatives of action and it is fundamental to choose between them, but there are also situations in which the correct form of acting is not evident. This research project explores the perception of ethical questions concerning nursing professionals in the medical-surgical scope, through a mixed, transversal and descriptive character study with data gathering tests containing multiple answer questions and others with open description gathered in a question form. In this study participated 45 nursing professionals, 33 (73,3%) of them are spanish working in Spain and 12 (26,7%) of them wich are portuguese working in Portugal. As far as ethical question identification is considered, 45 (100%) participants stated that, in the clinical context, ethical questions are identified by nurses. And all stated that, ethical questions emerged in the circumstances of decision making regarding life end procedures, 43 (95,6%) pointed that ethical questions also appeared in decision making situtations concerning treatment interruption, and another 33 (73,3%) pointed that these questions also occur in decision making in wether to provide nursing care or not. As frequency of the ethical questions in the nursing care context is considered, 33 (73,3%) of participants pointed that these ethical questions emerge frequently and marked as the most remarkable ethical issues, matters related to end of life process, moaning, therapeutical limitation, multi disciplinary team decision making, decisions disagreeings, therapeutical obstination, anticipated declaration of wills and euthanasia. As far as comunication is concerned, ethical questions were experienced in comunication between the team and the patient relatives, also in matters as the silence conspiracy, the informed consent and confidentiality. Matters as treatment refusal and disrespect of the patient decision were also experienced. Most participants in this study experienced difficulties when defining an ethical question and the ethical context of well care. It's notable that nurses identify and speak about ethical questions that they experienced throughout their professional experience, and it's remarkable the frustration feelings that they encounter, wether by the impotence feeling generated by some actions, or the difficulty in decision making when facing ethical questions presented by them. It becomes necessary to consider a specific and continuous training in bioethics, in our professional route, considering the results obtained and based in similar studies about this theme.

Key-words: ethic issues, bioethics, nursing care, professional perception.



## ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	1
1 - A BIOÉTICA E A ÉTICA DE ENFERMAGEM: EVOLUÇÃO E CONCEITOS	5
1.1. O que entendemos por bioética	5
1.2. A ética em enfermagem	14
1.3. Questões éticas nos cuidados de enfermagem médico-cirúrgica	17
1.4. A ética e o seu enquadramento na formação contínua dos profissionais de enfermagem	23
2 - A PERCEPÇÃO ÉTICA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	25
2.1. Finalidade e objetivos	25
2.2. Metodologia	26
2.3. Considerações éticas	34
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	35
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
5. CONCLUSÃO E PROPOSTAS DE TRABALHO	69
6. BIBLIOGRAFIA	71
7. ANEXOS	77
ANEXO I – Questionário em português	
ANEXO II – Questionário em espanhol	
ANEXO III - Categorização pergunta 8	
ANEXO IV - Categorização pergunta 12	
ANEXO V - Categorização pergunta 13	



## **INDICE DE QUADROS E GRÁFICOS**

### **Lista de Quadros**

QUADRO 1 - Operacionalização das variáveis em estudo	32
QUADRO 2 - Distribuição dos participantes quanto à idade	37
QUADRO 3 - Distribuição dos participantes em relação ao tempo de serviço	38
QUADRO 4 - Serviços de trabalho ao longo da experiência laboral	39
QUADRO 5 - Âmbito da formação de pós-graduação	40
QUADRO 6 - Quem identifica as questões éticas no contexto clínico	40
QUADRO 7 - Circunstâncias nas que emergem as questões éticas	41
QUADRO 8 - Conceito de Questão Ética	43
QUADRO 9 - DOMÍNIO: Tipo de Questões Éticas	45
QUADRO 10 - DOMÍNIO: Questões éticas da prática clínica	53

### **Lista de Gráficos**

GRÁFICO 1 - Análise por gráfico de barras: questões éticas-tempo de serviço	42
---	----



## 0 – INTRODUÇÃO

A bioética está presente em todas as nossas ações nos cuidados de enfermagem. A relação entre profissional de enfermagem, o doente e a família, e a qualidade dos cuidados tendo em vista uma filosofia de humanização, requer a capacidade para identificar as questões éticas que surgem no dia-a-dia.

Na prática profissional, um conflito torna-se uma questão ética *“quando compromete a conduta e a reputação do profissional, quando compromete o interesse e o bem-estar do doente e quando a decisão a tomar não é clara”* (Braunack-Mayer, 2001, p. 98), porque estão implicados diversos elementos e interesses, sendo necessário deliberar para chegar à rota de ação mais adequada.

Ao longo da minha experiência profissional em diversos âmbitos da saúde, tais como a enfermagem médico-cirúrgica, tive a percepção de uma carência de capacidade de ação face às questões éticas com que o profissional de enfermagem se depara na prática dos referidos cuidados.

A escassez de estudos sobre os problemas e as necessidades dos profissionais de enfermagem em relação às questões éticas que a prática lhes coloca, foi o impulsionador para realizar uma investigação científica sobre a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da dimensão ética dos cuidados no âmbito da enfermagem.

Por outro lado, ainda que a formação na relação profissional de enfermagem-doente-família esteja presente, no acentuado das intervenções a abranger nem sempre lhes deixa espaço para desenvolver atitudes de humanização. Segundo Rui Nunes, *“a humanização da saúde é uma tarefa que respeita a todos os sectores da sociedade, tendo os profissionais de saúde a*

*responsabilidade de exercer a sua profissão na convicção de que lidam com pessoas humanas particularmente vulneráveis” (Nunes, 2008, p. 8).*

A perda de confiança dos profissionais nas instituições no que se refere a questões éticas, cria insegurança nos profissionais de enfermagem, o que pode levar à manutenção de um modo de atuar conformista na administração dos cuidados e na convivência em equipa.

Os problemas com que se confrontam os profissionais de enfermagem que se relacionam com questões éticas, não existiriam se tivessem maiores hábitos de reflexão ética.

A UNESCO, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos indica que *“a sensibilidade moral e a reflexão ética devem fazer parte integrante do processo de desenvolvimento científico e tecnológico”* (DUBDH, 2005, p. 5) que inevitavelmente suscitam questões e de que a bioética deve desempenhar um papel fundamental nas escolhas face aos dilemas profissionais.

As confrontações com doenças graves ou risco de morte colocam o profissional de enfermagem perante a *“sua própria finitude”* enquanto ser humano, criando um *“conflito interno, dúvidas sobre a eficácia, os objetivos e a relevância de seus cuidados”* (Picanço, 2014, p.671). A frustração por parte dos profissionais de enfermagem na resolução destas questões frequentemente tem como consequência *Moral Distress* e a conseguinte aparição do *Burnout* e exaustão emocional (Wiegand, 2012).

A angústia moral ou *Moral Distress* surge quando os profissionais de enfermagem são incapazes de agir de acordo com seu julgamento moral, são incapazes de transformar a sua escolha moral em ação (Jameton, 1984).

Segundo Christina Maslach et al. (2001, p. 399), a síndrome de Burnout é um distúrbio relacionado com o trabalho e de origem psicossocial, causado pelo stress crónico no trabalho. A resposta face a este stress crónico traduz-se em *“exaustão, (...) que se refere aos sentimentos de estar sobrecarregado e esgotado dos recursos emocionais e físicos; o cinismo, (...) que se refere a uma resposta negativa, insensível ou excessivamente isolada a vários aspetos do trabalho; e ineficácia profissional, (...) refere-se a sentimentos de incompetência e falta de realização e produtividade no trabalho”*.

O desenvolvimento e promoção de uma ética e uma bioética como reflexão sobre a fundamentação da ação institucional e social é possível através de maior envolvimento dos comités de ética por meio de um aprofundamento e maior abrangência das suas funções, sendo por isso necessário reforçar o diálogo social e académico, assim como considerar essencial uma formação específica e continuada sobre a bioética no percurso da nossa vida profissional (León Correa, 2009).

Pretendo com este meu estudo conhecer a perceção dos profissionais de enfermagem sobre questões éticas no âmbito dos cuidados médico-cirúrgicos.

*“Se bem que a ação corresponde à condição humana da pluralidade, ou seja, ao facto de que os seres humanos habitam no mundo; esta pluralidade é especificamente a condição sine qua non e contitio per quam de toda a vida política, ou seja, inter homines esse ou inter homines esse desinere. Das condições, por meio das quais, se dá vida ao ser humano na Terra e, em parte fora dessas condições, os seres humanos criam continuamente as suas próprias e autoproduzidas condições que possuem o mesmo condicionante que as coisas naturais”*  
(La condición humana. Hannah Arendt, 2005 p. 35).

O objetivo geral deste trabalho é identificar dificuldades na tomada de decisão ética e na definição de questão ética nos profissionais de enfermagem no âmbito dos cuidados médico-cirúrgicos.

Este documento está estruturado em capítulos, sendo o primeiro capítulo dedicado ao enquadramento teórico do tema em estudo, tendo por base a literatura consultada. O segundo capítulo corresponde à metodologia, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, o tratamento dos mesmos, os procedimentos e as considerações éticas. No terceiro capítulo apresentam-se os resultados e a análise dos dados. O quarto capítulo está dedicado a discussão dos resultados e por fim apresentam-se as conclusões do estudo, sugestões e propostas a seguir para a sensibilização nas respostas às questões éticas que surgem no contexto dos cuidados de enfermagem.



## **1 — A BIOÉTICA E A ÉTICA DE ENFERMAGEM: EVOLUÇÃO E CONCEITOS**

Iniciamos este capítulo com a definição de bioética e dos princípios de bioética e refletiremos sobre o lugar da bioética na enfermagem e a sua transcendência, serão analisadas as questões éticas que aparecem nos cuidados de enfermagem e finalmente será tratada a importância da formação contínua dos profissionais de enfermagem em ética.

### **1. 1. - O que entendemos por bioética**

Na sua etimologia, a palavra bioética decompõe-se em bios (vida) e ética (moral), oferecendo na sua composição terminológica a conjunção de vida e de reflexão moral.

O termo Bioética é um neologismo empregado pela primeira vez pelo oncologista Van Rensselaer Potter, no seu artigo publicado em 1971, *Bioethics: A Bridge to the Future*. O ginecologista Hellegers popularizou o termo com a criação do Instituto Kennedy de Bioética em Georgetown. Potter via a bioética como uma união entre a biologia e a ética. Interessava-se pela conexão entre a cultura humanista e a cultura científica promovendo o bem-estar da humanidade na sua necessidade de adaptação às novas tecnologias e avanços da ciência. Para ele, seria necessário desenvolver um novo campo da Ética que fosse um contributo na resposta à defesa do ser humano, lhe garantisse a sua sobrevivência e melhorasse a sua qualidade de vida. (Urban, 2003)

A *Encyclopedia of Bioethics* (Reich, 1995, p. 256) define a Bioética como o “*estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências biológicas e a implicação da saúde na medida em que esta conduta se analisa por meio de princípios e valores morais*”.

Segundo o Programa de Base de Estudos sobre Bioética da UNESCO (2015), a bioética é a primeira tentativa de pensar a ética “globalmente”, incluindo todos os seres humanos do nosso tempo e também as gerações futuras, outros organismos vivos, a natureza e o meio ambiente. O campo da bioética é extremadamente amplo, e seu estudo divide-se em numerosos ramos específicos: bioética ecológica ou meio ambiental, bioética médica, bioética clínica, etc. (UNESCO, 2015)

Javier Sábada, no seu livro *Principios de Bioética laica* (2004, p. 35), define a Bioética como o estudo disciplinar dos problemas derivados dos avanços biológicos, com especial atenção à sua dimensão moral.

Elio Sgreccia (2009, p. 49) define a bioética como a “*disciplina com um estatuto epistemológico racional, aberta à teologia entendida como ciência supra-racional, instância última e horizonte de sentido. A bioética, a partir da descrição do dado científico, biológico e médico, examina racionalmente a licitude da intervenção do ser humano no ser humano*”.

Luis Pastor et al. (1997) indicam que é preciso uma ciência externa e estreitamente relacionada com as ciências biomédicas. Esta ciência deve fundamentar critérios últimos valorativos que sirvam de norma e referência para distinguir os limites da legitimidade da intervenção do ser humano sobre a vida; e que, ao mesmo tempo, desde estas normas obtenha uma resposta o mais precisa possível aos problemas concretos de todos os que se confrontam com dilemas éticos no campo da saúde.

A Bioética envolve diversos domínios, sendo de importância a diferenciação entre bioética fundamental e bioética clínica, sendo que “*a primeira trata dos princípios gerais da bioética, a segunda está relacionada de uma maneira direta com a medicina o com a cooperação entre o médico e o doente, ou as assimetrias que podem surgir entre eles*” (Sábada, 2004, p.35).

Muitos dos problemas ético-clínicos não vêm diretamente da relação profissional de saúde-doente, se não de outros dois fatores importantes: os problemas institucionais e os problemas éticos colocados pelas políticas e pelos sistemas de saúde.

Como indicam Pastor et al. (1997) a bioética surge como contrabalanço perante uma ciência poderosa e intimidante, sendo inclusive dotada de características similares, pela sua criação e desenvolvimento sustentados nos mesmos preceitos antropológicos e civilizacionais (impossível fugir ao “antropológico”) que mantiveram uma relação simbiótica com a ciência, isentando-a de regulação, germinando o desenvolvimento do seu poder e jugo sobre o ser humano.

A consideração da ética social nas políticas públicas de saúde e na evolução do sistema de saúde que delas advenha, assim como a promoção da ética clínica, estão englobadas no que deverá ser a abrangência da bioética, num mecanismo de controlo, regulação e ajuste, entre o supracitado sistema, os requisitos e as exigências da sociedade. *“Tal poderá ser atingido municiando conteúdos aos valores da bioética, procurando uma sustentação adicional das idealizações éticas, priorizando as que consideram e evoluem segundo princípios universalizáveis”* (León Correa, 2009, p. 71).

Existe um pluralismo de critérios e modelos de bioética, nomeadamente o cognitivismo e o não-cognitivismo; a ética descritiva e o modelo sociobiologista; o modelo subjetivista ou liberal-radical; o modelo pragmático-utilitarista; o modelo personalista; o modelo contratualista; o modelo fenomenológico; a ética da comunicação; a ética das virtudes; e a ética dos princípios.

O cognitivismo e o não cognitivismo estão divididos uns dos outros pela Lei de Hume.

*“A Lei de Hume afirma que existe uma grande divisão entre o âmbito dos factos naturais e dos valores morais: os factos são cognoscíveis, enquanto que os valores e as normas morais são simplesmente pressupostos e dão lugar a juízos prescritivos indemonstráveis. Não é possível, portanto, uma inferência entre o ser e o dever ser (...) O pressuposto teórico que torna legítima a grande divisão entre ser e dever ser é representado pela posição gnosiológica subentendida no “princípio de verificação”, pela qual uma proposição só terá sentido se puder indicar o método adequado para lhe verificar o significado”* (Sgreccia, 2009, p. 63).

Portanto, os não cognitivistas defendem que os valores morais não podem ser objeto de conhecimento e de afirmações qualificáveis como “verdadeiras” ou “falsas”; enquanto que os cognitivistas procuram uma fundamentação racional e objetiva para os valores e as normas morais.

A ética descritiva e o modelo sociobiologista relativizam valores e normas, baseados na perspectiva de que, no seu percurso histórico, a sociedade produz e modifica valores e normas que são funcionais em relação ao seu desenvolvimento. Este modelo assenta na teoria evolucionista de Darwin, o sociologismo de Weber e o sociobiologismo de Heinsenk e Wilson. No modelo pragmático-utilitarista, o princípio é o cálculo das consequências da ação, baseado na relação custo/benefício (Sgreccia, 2009).

O modelo subjetivista ou liberal-radical acolhe o novo iluminismo, o liberalismo ético, o existencialismo niilista, o cientismo neopositivista, o emotivismo e o decisionismo. A moral fundamenta-se apenas na escolha autónoma do sujeito. O único limite é o da liberdade do outro, liberdade de vínculos e constringências, mas sem responsabilidade. Renuncia-se à fundação racional da moral (Sgreccia, 2009).

O modelo personalista baseia-se numa existência de uma essência constituída na unidade corpo-espírito. Cada ser humano encerra o sentido do universo e todo o valor da humanidade: a pessoa humana é uma unidade, um todo, e não uma parte de um todo. A pessoa é fim e fonte para a sociedade. O modelo contratualista tem como critério o acordo intersubjetivo estipulado pela comunidade ética, por aqueles que tenham as competências para poder decidir (Sgreccia, 2009).

O modelo fenomenológico apresenta uma abertura intencional e intuitiva aos valores. Os valores éticos são fundamentados em níveis emotivos e religiosos; e a exigência formal dos valores realiza-se em atos de valoração subjetivos. (Sgreccia, 2009)

A ética da comunicação coloca na base do consenso social a comunicação, entretanto a ética das virtudes sublinha a importância do *habitus* de consciência inspirado pelas virtudes. Esta ética das virtudes é sentida como contraposta à ética dos princípios, o principialismo teorizado por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, que se baseiam em quatro princípios: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça (Sgreccia, 2009).

Baseado no modelo que Beauchamp e Childress construíram, este trabalho tem como marco teórico o modelo principialista, pois *“estes princípios derivam inicialmente de juízos ponderados da moral comum e a tradição médica”* (Beauchamp, 2002, p. 33).

Ainda que o modelo teórico utilizado seja o principialista, não é suficiente aplicar superficialmente os quatro princípios clássicos, entendida em muitas ocasiões desde o individualismo liberal dominante, para assegurar o respeito pelos direitos humanos e pela melhoria da situação vulnerável da grande parte da população (León Correa, 2009).

A palavra autonomia deriva do grego *autos* («próprio») e *nomos* («regra», «autoridade» ou «lei») e utilizou-se pela primeira vez referente à autorregulação e autogoverno das cidades-estado helénicas independentes. Atualmente é um conceito constituído por várias ideias, sendo um conceito mais específico no contexto das teorias.

Para a autonomia pessoal é essencial a autorregulação pessoal, livre, sem interferências externas que permitam controlar e sem limitações pessoais que impeçam efetuar uma eleição. Uma pessoa autónoma atua livremente de acordo com um plano escolhido. Porém, uma pessoa com um défice de autonomia, é acompanhada e inclusive auxiliada por outros, pelo menos em algum aspeto da vida; ou é incapaz de refletir e atuar em função dos seus próprios desejos e planos.

Segundo o artigo 5º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015, p. 7), *“a autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses”*.

Há duas condições essenciais na autonomia: a liberdade (atuar independentemente das influências que pretendem controlar) e o ser agente (ter a capacidade de atuar intencionalmente).

As ações autónomas são avaliadas em função dos seus agentes, os quais atuarão:

- Intencionalmente, com conhecimento.

- Na ausência de influências externas que pretendam controlar e determinar o ato.

As ações, portanto, podem ter diferentes graus de autonomia mediante o modo como se apresentem as duas últimas condições: a compreensão e a ausência de influências externas. (Beauchamp, 2002)

Deve ser esclarecido que ser autónomo não é o mesmo que ser respeitado como agente autónomo. Respeitar o ser humano como agente autónomo implica, pelo menos, reconhecer o direito a manifestar opiniões próprias, direito de escolha e direito a realizar ações baseadas tanto nos seus valores como nas suas crenças pessoais.

Este respeito implica não só a obrigação de não intervir nas questões de outras pessoas (atitude passiva), como também a obrigação de assegurar as condições necessárias para que a sua eleição seja autónoma (ação).

O respeito pela autonomia supõe permitir que as pessoas atuem autonomamente (livremente e como ser agente). O não respeito consiste em ignorar, contrariar ou diminuir a sua capacidade de autonomia negando entre outros aspetos a existência de uma igualdade mínima entre elas. Esta igualdade refere-se à existência de igualdades e diferenças, mas sempre consoante ao reconhecimento de uma igualdade face aos direitos e deveres essenciais dos seres humanos enquanto que seres sociais.

O princípio da autonomia pode ser formulado negativamente: “as ações autónomas não devem ser controladas nem limitadas pelos outros” (Beauchamp, 2002). Este princípio coloca uma obrigação ampla e abstrata que não permite cláusulas de exceção sempre que as ideias e ações não suponham grave prejuízo para os outros.

Desta obrigação advém o direito à autodeterminação que inclui entre outros o direito à confidencialidade, à intimidade, à privacidade, à verdade da informação e ao consentimento informado. Para que o princípio da autonomia possa atuar como um guia prático para a conduta, tem de ser especificado em função do contexto, e se a especificação é apropriada irá apontar quais são as exceções válidas.

O Código Deontológico que rege a profissão de enfermagem está expresso na Lei nº156/2015 de 16 de setembro (Diário da República, 1.ª série - N.º 181 - 16 de setembro de 2015, p. 8103), do dever de informação, no respeito pelo direito à autodeterminação, o profissional de enfermagem assume o dever de:

- a) *“informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;*
- b) *respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- c) *atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;*
- d) *informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.”*

No artigo 6º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015), é expressado que *“qualquer intervenção médica de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico, assim como as pesquisas científicas e investigações, só devem ser realizadas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo”*.

Segundo o artigo 7º da Declaração da UNESCO (2005), sempre que a pessoa em questão seja incapaz de expressar o referido consentimento para um ato médico ou de investigação, deve ser concedida proteção especial, sendo que na autorização para tais atos deve ser considerada o superior interesse da pessoa envolvida e com o direito interno. Não obstante, a referida pessoa deve ser envolvida o mais possível, no processo de resolução à anuência e no condizente à remoção da mesma.

Na Lei nº156/2015 de 16 de setembro (Diário da República, 1.ª série - N.º 181 - 16 de setembro de 2015, p.8103), do dever de sigilo, o profissional de enfermagem está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

- a) *“considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;*
- b) *partilhar a informação 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;*

- c) *divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;*
- d) *manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”.*

No artigo 107º, do respeito pela intimidade (2015, p. 9), o Código Deontológico indica que, atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o profissional de enfermagem assume o dever de:

- a) *“respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;*
- b) *salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”.*

O respeito pela autonomia, só tem valor *prima facie* e pode ser sujeito a outras considerações morais. O princípio de respeito pela autonomia não determina o que uma pessoa pode saber ou fazer livremente, nem quais as justificações que podem limitar a autonomia de um sujeito. Portanto, nem a autonomia é o único valor, nem o respeito à autonomia é o único imperativo moral.

*Prima facie* significa “à primeira vista” ou “em princípio”, que se destina a aparência de um direito ou uma situação sem que isso prejudica o assunto” (Ossorio, 2000, p. 795).

O princípio de não maleficência obriga a não causar dano intencionalmente. Na ética médica, este princípio está intimamente relacionado com a máxima *primum non nocere*: «Em primeiro lugar, não causar dano». O artigo 4º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO sobre os “efeitos benéficos e efeitos nocivos” (2015, p. 6) indica que, em toda e qualquer aplicação e avanço dos conhecimentos científicos, atos médicos e tecnologias adjacentes, devem ser maximizados os benefícios diretos e indiretos para os doentes, os participantes de pesquisas científicas e outros envolvidos e ao invés devem ser minorizados quaisquer efeitos prejudiciais capazes de danar os referidos sujeitos, relaciona-se tanto como com o princípio de não maleficência como com o princípio de beneficência, desenvolvido no projeto mais adiante.

Ainda que a beneficência e a não maleficência pareçam ser semelhantes, o facto de serem incluídas num mesmo princípio iria dificultar a compreensão de diferenças importantes.

O termo beneficência, em inglês refere-se a atos de misericórdia, bondade e caridade. A moralidade requer o bom tratamento das pessoas de forma individual e a abstenção de lhes causar dano, mas também requer que contribuamos ao seu bem-estar.

A obrigação de não causar dano é distinta da obrigação de ajudar aos demais atuando na promoção do seu bem. Se num determinado caso o dano produzido é insignificante e o benefício importante, com certeza que se deve atuar de forma a promover a beneficência perante à não maleficência. O princípio de beneficência requer uma maior implicação, já que se deve atuar positivamente para ajudar aos demais e não só a abstenção de fazer atos nocivos.

Uma ação beneficiante é aquela que se realiza em benefício dos outros e o princípio de beneficência refere-se à obrigação moral de atuar em benefício dos outros e promover os seus interesses. *“As obrigações de fornecer benefícios, prevenir e eliminar danos e equilibrar os possíveis benefícios frente aos custos e possíveis prejuízos de uma ação são centrais para a ética biomédica”* (Beauchamp, 2002, p. 245).

Apresentam-se umas regras de beneficência que implicam a ação:

- 1.- Proteger e defender os direitos de outros.
- 2.- Prevenir que aconteça algum dano aos outros.
- 3.- Suprimir as condições que possam produzir danos a outros.
- 4.- Ajudar as pessoas com incapacidades.
- 5.- Auxiliar as pessoas em perigo (Beauchamp, 2002)

Tom L. Beauchamp (2002) acredita que é preferível distinguir, no aspeto conceptual, entre o princípio de não maleficência e o de beneficência sem estabelecer uma ordem normativa nem uma estrutura hierárquica; não se deve causar dano ou mal, mas também se deve prevenir o dano ou o mal evitando-o e rejeitando-o e em simultâneo fazer e promover o bem.

Estas três atitudes que conformam o princípio de beneficência, nomeadamente prevenir o mal, evitar o mal e promover o bem garantem um agir focado no outro, tendo o outro como centro da própria ação, incluem evitar ações e atos que sejam lesivos mesmo que esses sejam atos auto lesivos, intencionais ou não. Por sua vez, a não maleficência simplesmente implica abster-se intencionalmente de efetuar ações que possam causar dano.

Portanto, as regras de não maleficência tem o formato a seguir: «não farás X». Entende-se dano como bloquear, dificultar ou impedir que os interesses de uma das partes sejam cumpridos, por causas que incluem as condições auto lesivas e os atos (intencionados ou não intencionados) da outra parte. É por isso que, interferir com os interesses de outros causando dano pode não ser incorreto ou injustificável, mas sempre é *prima facie* incorreto.

Como afirma Beauchamp, “o princípio de não maleficência dá lugar a uma série de regras específicas, que fazem parte de um código ético de convivência social como: Não matarás; Não causarás dor ou farás sofrer aos outros; Não ofenderás; e Não impedirás os outros do bem da vida” (Beauchamp, 2002, p. 183).

Segundo Adela Cortina, no seu livro *Justicia Cordial* (2010) a justiça é o valor de dar a cada um o que lhe corresponde, dentro de um vínculo de reconhecimento recíproco, ou seja, quem tem uma exigência válida baseada na justiça tem um direito, e portanto, deve-se-lhe alguma coisa. Uma situação de justiça apresenta-se sempre que as pessoas são credoras de benefícios ou cargas a causa das suas qualidades ou circunstâncias particulares.

Conforme ao artigo 10º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015, p. 8), para um tratamento com retidão e imparcialidade, que contemple todos os seres humanos na plenitude da sua dignidade e direitos, a igualdade fundamental deve ser respeitada.

A incerteza hipoteca em parte, a ponderação e harmonização de objetivos tais como o livre arbítrio de um plano de saúde, a igualdade no acesso à Saúde e a promoção da mesma, a liberdade económica do mercado, a eficácia na sociedade e o Estado beneficente (Beauchamp, 2002). Portanto, no cerne das diversas conceções sociais, os princípios hipotéticos de justiça parecem vagos e presunçosos. A edificação de uma teoria inclusiva e

unificada da justiça é quase utópica perante semelhante panorama de diversidade cultural (Cortina, 2010).

Noções sociais como a repartição igualitária, equitativa e adequada, balizadas por regras justificadas que sustentam os termos da colaboração social, remetem para o termo justiça distributiva, que em essência se refere à repartição de todos os direitos e deveres no conjunto social, incluindo os civis e políticos (Beauchamp, 2002). Os problemas respeito à justiça distributiva surgem em contextos de escassez e competição. A equidade de uma distribuição coloca perguntas sobre os princípios de justiça, já que nenhum princípio de justiça é capaz de confrontar-se com estes problemas de maneira isolada.

## **1. 2. - A ética em enfermagem**

A enfermagem tem como objetivo *“promover a saúde e a qualidade de vida e providenciar um ambiente humano e seguro”* (Albuquerque, 2001, p.19). De facto, esta promoção de bem-estar e segurança da pessoa, é reconhecida como a primeira finalidade da relação profissional entre enfermagem-doente. Portanto a ética é completamente indissociável da ação na enfermagem. Não é possível pensar na Enfermagem sem ter em conta estes requisitos, já que se fosse de outra maneira, não se poderia chamar enfermagem a nossa ação.

A profissão de enfermagem tem o seu enfoque de atenção no doente, nomeadamente na preservação da integridade e autoestima da pessoa. O ato de enfermagem desenvolve-se através de atos de respeito, nos quais valores como *“honestidade, lealdade, coragem e verdadeira consciência perante o doente”*, são basilares (Albuquerque, 2001, p. 19).

Conforme ao artigo 110º do Código Deontológico (2015, p. 8080), *“da humanização dos cuidados”*, o profissional de enfermagem, *“sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:*

- a) *dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;*
- b) *contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”.*

A enfermagem é a responsável pela prestação de cuidados seguros e eficazes, incluindo a manutenção de um ambiente seguro. Segundo Vaartio (2009), os profissionais de enfermagem esforçam-se para promover o bem-estar e responder às necessidades de saúde dos seus doentes, visando assegurar a sua autonomia na tomada de decisões.

Segundo o artigo 97º do Código Deontológico (2015), a adoção de todas as medidas que apontem para uma melhoria da qualidade dos atos e tarefas de enfermagem, é um dever a que a Ordem obriga, aquando do exercício da profissão, segundo competências técnica e científicas, consideração pela saúde e bem-estar das pessoas em geral e concretamente pela vida e dignidade humana.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no artigo 4º (REPE, 1998) indica que, na área da saúde, a profissão de enfermagem é a que tem como objetivo *“prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional”* no menor espaço temporal possível. No artigo 8º, em relação ao exercício profissional dos profissionais de enfermagem, *“no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”* (REPE, 1998, p. 5).

A preocupação da defesa da autonomia e dos direitos assim como da dignidade da pessoa humana e do profissional de enfermagem, deverão ser constantes nas intervenções de enfermagem, segundo o Código Deontológico no artigo 100º que também obriga o profissional de enfermagem a assumir o dever de proteção e defesa da pessoa perante praticas contrárias *“a lei, a ética ou bem comum”*, particularmente quando agravadas por incompetência, ou mesmo por carência de imprescindível *“competência profissional”* (2015, p. 8081).

Os objetivos da enfermagem são nitidamente éticos: proteger o doente de situações de desrespeito à sua autonomia, prestar cuidados dignos e evitar danos e complicações potenciais, mantendo um ambiente saudável para doentes e familiares (Corley, 2005).

Tal como existem dimensões éticas nas decisões sobre os cuidados e sobre a prática diária, também se apresenta um aspeto ético de rotina nos cuidados, baseado na necessidade de construir um pensamento ético relativo às rotinas de enfermagem. Os profissionais de enfermagem cuidam dos doentes e têm de tomar decisões quanto à forma de distribuição do seu tempo e dos cuidados. As decisões a tomar no que toca à distribuição dos cuidados dos doentes são ponderadas na base de razões clínicas e de razões morais. As decisões devem ser equitativas, fundamentadas e justas, com base nas competências profissionais e no conhecimento dos recursos disponíveis.

A ética é reflexão sobre o agir humano. Este agir deve ser alvo de reflexão por parte dos profissionais de enfermagem. Esta reflexão ajuda aos profissionais de enfermagem a desenvolver o conhecimento prático e as capacidades que lhes permitirão tornarem-se mais competentes na tomada de decisão e desenvolver-se como agentes morais responsáveis (Thompson, 2004). Segundo Alain Agramonte (2007), é necessário vincular conhecimentos de outras ciências à enfermagem para materializar o seu objeto de estudo de forma holística.

A qualidade na formação desta profissão não depende exclusivamente dos conhecimentos e das habilidades intelectuais, mas também depende das suas atitudes, dos interesses pessoais e coletivos, assim como do sistema de valores que regulam a sua ética profissional.

Os princípios éticos exigem discernimento, que assenta no carácter, juízo moral e senso de responsabilidade e reflexão de cada indivíduo. *“Para que uma pessoa reconheça os seus próprios valores numa perspetiva pessoal e profissional é necessário que desenvolva um pensamento ético, efetivamente reflexivo”* (Albuquerque, 2001, p. 46). A elucidação interna dos princípios éticos é um caminho pelo qual os indivíduos têm a oportunidade de encontrar as respostas adequadas às situações. A competência profissional é a atitude do profissional de saúde para integrar e aplicar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes associados às boas práticas da sua profissão, para resolver os problemas que são colocados.

Entende-se por desempenho a *“manifestação das competências pelo praticante no desempenho da sua funcionalidade e responsabilização da tarefa que desempenha”*. A conduta tem como indicador *“o comportamento observável e o produto quantificável objetivo de certa capacidade profissional”* (Mapa de competencias y buenas prácticas profesionales en Bioética, p.63). Deste modo o profissional de enfermagem, precisa de analisar, refletir e dar o seu contributo para as tomadas de decisão que compõem todo o processo de cuidado. *“A competência ética exige que o profissional de enfermagem confronte os valores humanos universais face aos valores dos atores em presença. Neste ato ético se procura o compromisso do melhor objetivo a atingir a partir do conjunto dos dados da situação”* (Albuquerque, 2001, p. 53).

Ora, a decisão ética produzida enquanto processo consiste na *“aplicação das competências éticas na análise e síntese referentes à da situação e dos textos legais ou deontológicos que se podem aplicar, bem como os desejos e reações do doente e família”* (Albuquerque, 2001, p.53). Tenta-se encontrar os valores enquanto pessoa e também profissional, pesando uns com os outros, para assim estabelecer várias alternativas ponderadas para a ação.

### **1. 3. - Questões éticas nos cuidados de enfermagem médico-cirúrgica**

Os dilemas éticos acontecem quando há, pelo menos, dois caminhos de ação possíveis que devem ser tomados, mas cada opção torna-se problemática, pois *“os cuidados em saúde por definição são uma atividade prática, e não importa se as questões éticas são difíceis ou parecem impossíveis de resolver porque geralmente tem de ser encontrada uma solução prática. Alcançar uma solução envolve raciocínio moral e aplicação da teoria ética na prática”* (Nina Fletcher, 1995, p. 7)

Segundo Albuquerque (2001), no quotidiano ocorrem diversas situações, perante as quais existem duas ou mais alternativas dentro da razoabilidade, onde é fundamental optar entre as mesmas. Ocorrem também situações nas quais não se sabe o que é correto fazer.

Beauchamp et al. (2002, p- 8-10), indicam que uma característica da condição humana consiste em obter conclusões e efetuar escolhas refletindo sobre distintas questões. As questões éticas podem surgir por conflitos entre princípios ou entre regras morais. A única maneira de cumprir com uma obrigação é, nestes casos, infringir uma outra obrigação.

Para Braunack-Mayer, as teorias bioéticas definem questão ética de uma maneira que não consegue abranger a natureza das questões éticas, nomeadamente o interesse, o bem-estar do doente, a relação do profissional com o doente, e inclusivamente os problemas éticos são éticos porque são “*publicamente contenciosos*” (Braunack-Mayer, 2001, p. 101).

Conforme ao artigo 18º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015), na tomada de decisões, deve ser encorajada a apropriada partilha de conhecimentos assim como a declaração de todo e qualquer tipo de interesses, para assim basear-se na transparência, na franqueza, profissionalismo e integridade, valores essenciais para esta equação complexa.

O hospital é um palco de encruzilhadas da vida, dos problemas familiares, da dor e da morte. Deve ser repensado à luz da relação interpessoal, da continuidade das relações com a família, do contato permanente com a vida social e civil. Cada caso é um caso, visto que tratamos de pessoas e não de números ou produtos, é essencial o reconhecimento da personalização da relação e ter em conta as vontades humanas e terapêuticas de cada indivíduo e o modo como quer ser tratado. Personalizar o centro hospitalar implica que a economia e o fenómeno da centralidade não condicionem *in toto*, a génese das relações humanas (Sgreccia, 2009).

O papel do profissional de enfermagem exige responder às necessidades reais do doente e da família, e para isso têm a responsabilidade de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes que promovam um alto nível de competências nesta área. A lei nº156/2015 de 16 de setembro (*Diário da República, artigo 99º, ponto 2, p.8078*) afirma que:

*“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do profissional de enfermagem. São valores universais a observar na relação profissional:*

- a) A igualdade*
- b) 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”.*

Conforme alerta o Programa Regional de Bioética e Ética da Ciência da UNESCO (2015), o acto de ignorar o poder de decisão do doente e transferir esse poder exclusivamente para o profissional de saúde sobre o que é benéfico ou danoso para o doente, é incorrer no paternalismo.

Seguidamente, definem-se conceitos essenciais para compreender as questões éticas que se podem apresentar no desempenho dos cuidados de enfermagem nos cuidados de enfermagem médico-cirúrgica em geral, inseridos no artigo *Terminología en bioética clínica* (Herrerros, 2015).

As boas práticas clínicas indicam-nos limites para a intervenção terapêutica para que não se apliquem medidas desproporcionadas num doente com mau prognóstico de vida ou com má qualidade de vida (Herrerros, 2015).

Segundo Herrerros (2015, p. 756), entende-se por medida desproporcionada *“aquela medida com um balanço inadequado entre custos e benefícios para o doente. Uma medida desproporcionada não ofereceria um benefício relevante ao doente, pelo contrário produziria-lhe um dano ou carga proporcionalmente superior”*.

Ocasionalmente os limites terapêuticos foram associados ao conceito de não aplicação de medidas extraordinárias. O termo *“medida extraordinária”* é pouco concreto e ambíguo, já que a medida extraordinária é aquela que é escassa, pouco disponível, de custo elevado, invasiva, de alto risco o que requer uma tecnologia complexa. O facto de ser uma medida extraordinária não aclara se a medida se deve limitar. A limitação está indicada se a medida, extraordinária ou ordinária, é desproporcionada; mas a indicação da limitação não é tomada baseada no facto de ser uma medida extraordinária (técnica invasiva ou excepcional).

Contudo, esta é uma discussão aberta perante das situações clínicas: a suspensão de tratamento ou não iniciar um tratamento. Existem habitualmente diferenças nas suas características clínicas, na visão do próprio doente ou das suas famílias. Por tudo isso, o fundamental é estudar cada caso individualmente.

A obstinação terapêutica tem como intensão *“prolongar a vida de um doente por meio de medidas desproporcionadas em relação aos benefícios obtidos ou procurados (diagnósticas ou terapêuticas)”* (Herrerros, 2015, p. 756), que trazem consigo sofrimento, num doente com mau pronóstico vital, com má qualidade de vida ou no processo de morte do doente. Em certa medida é a imagem oposta à limitação terapêutica.

Poderão surgir-nos dois tipos de situações: aquelas nas quais se quer o maior impacto terapêutico (pela identidade pessoal, clínica ou social do paciente é tentado o uso de todo o potencial diagnóstico e terapêutico, na crença de que com esse esforço, as probabilidades de alcançar benefício para o doente, serão favoráveis) e outras nas quais se tenta limitar esses mesmos esforços terapêuticos (devido ao momento clínico do paciente, são limitados certos atos que podem gerar mais danos que benefícios). No caso das últimas, devem ser atentamente monitorizadas para que não incorram em obstinação terapêutica (Herrerros, 2015).

No contexto de fim da vida, o termo futilidade utiliza-se para referir os tratamentos que não deveriam ser instituídos a um doente com doença avançada por não lhe trazer nenhum benefício. Em sentido estrito, o termo futilidade deveria ser o sinónimo de inutilidade, e reservar-se para qualificar os tratamentos incapazes de produzir os efeitos fisiológicos desejados. Assim, não é possível falar de futilidade para tratamentos que podem ser efetivos, mas podem resultar inapropriados no caso de um doente em situação terminal, onde o possível benefício resulta inverosímil ou pequeno demais para o seu uso ser justificado (Herrerros, 2015).

O duplo efeito é *“o princípio ético pelo qual se permite um determinado tratamento que pode ter um efeito benéfico e outro prejudicial, sempre e quando o médico não busque o último de maneira intencionada; e o resultado final seja benéfico ou neutro para o doente”* (Gómez-Sancho, 2009, p. 178).

Os cuidados paliativos são aqueles cuidados destinados a cobrir as necessidades dos doentes que se encontram na fase terminal da sua doença (Herrerros, 2015) que se prestam aos doentes que não respondem aos tratamentos destinados à cura da doença (Foley, 2005). A fase terminal entende-se quando a doença está avançada, continua a progredir e não se

dispõe de um tratamento eficaz para travar a sua evolução, o que provoca sintomas limitantes e conduz a uma expectativa de vida limitada num curto período de tempo.

Os cuidados paliativos *“constituem uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes (...) e seus familiares, quando se confrontam com problemas inerentes a uma doença que ameaça a vida. Previnem e aliviam o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento correto da dor e outros problemas, seja física, psicológica ou espiritual”* (OMS, 2015). O propósito terapêutico em todo e qualquer doente, deve guiar-se para uma melhoria qualitativa do seu bem-estar e da sua vida, oferecendo um cuidado que se reflita na esfera mental, social e em caso de crença, no plano imaterial do doente. No contexto de fim da vida, os cuidados para a família serão prolongados além da morte do doente e supervisionado o luto (Herrerros, 2015).

Segundo o Código Deontológico, no artigo 108º (2015, p. 8080) *“do respeito pela pessoa em situação de fim de vida”*, o profissional de enfermagem, *“ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de:*

- a) *defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida:*
- b) *respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;*
- c) *respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.*

A sedação paliativa é o último recurso em doentes terminais para aliviar os sintomas intensos e refratários ao tratamento específico quando não existe outra alternativa possível. Consiste na administração de medicamentos sedativos para evitar o sofrimento do doente. Neste contexto, o tratamento da dor e de outros sintomas no fim da vida é aceitável ética e legalmente, sempre que a intenção da ação seja paliar a dor e não causar diretamente a morte.

Atualmente quando falamos de ações de duplo efeito, como a sedação prévia à morte ou um tratamento que provoca efeito indesejável, não estamos a referir-nos à eutanásia, onde

a morte é o objetivo buscado, mas sim de ações que são boas e úteis para o doente, mas que poderão vir a causar danos ou males.

A eutanásia é a ação dirigida a terminar com a vida do doente partindo do pedido expresso dele e é realizada por um médico. *“As características da eutanásia são: ativa, direta, voluntária e médica”*. (Herreros, 2015, p. 757). Devem afastar-se expressões como eutanásia passiva, eutanásia indireta ou eutanásia involuntária.

No suicídio assistido alguém fornece ao doente a informação, prescrição ou o fármaco que o doente irá utilizar para finalizar a sua vida. No suicídio medicamente assistido é o médico quem proporciona a informação e institui o fármaco ao doente.

Perante um pedido de eutanásia ou morte assistida, o doente e as suas convicções devem ser ouvidas, suprimindo qualquer posicionamento moral que condicione à partida, numa tentativa de compreender a extensão do seu sofrimento (Herreros, 2015). Um pedido de morte de um doente obriga-nos sempre a contextualizar a sua situação e empatizar com o seu sofrimento.

A morte cerebral, ou seja, a perda total, com condição irreversível, da atividade da massa encefálica, implica a falta de capacidade cognitiva e sensitiva, juntamente com a falência e consecutiva ausência de todo o funcionamento do tronco cerebral, inclusive da respiração.

Segundo a Lei nº 12/93 (*Diário da República Electrónico, 1.ª série - 22 de abril de 1993, versão à data de 02-04-2017. p.4*), no artigo 12º, *“cabe à Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, enunciar e manter atualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral”*. Baseia-se em componentes essenciais suscetíveis de variações, mas que tem um agregado de características evidentes, como o reconhecimento da etiologia capaz de causar a morte da massa encefálica, a falta de reflexos do tronco cerebral, uma prova de apneia respiratória e isolamento de fatores dissimuladores que podem prejudicar a medição objetiva, tais como fármacos à base de barbitúricos e lesões cranianas e cerebrais graves (Herreros, 2015).

Visto que a morte é um acontecimento instantâneo, a “morte digna” pressupõe uma vida digna até ao seu limiar. Para que tal aconteça, *“é necessária a consideração do paciente enquanto ser humano até ao momento da sua morte, assim como o respeito pelos valores e crenças que o caracterizam e acompanham e a sua parcela ativa na tomada de decisões”* (Gómez-Sancho, 2009, p. 179), acompanhada por uma equipa assistencial que mantenha com a referida pessoa uma relação presencial, envolvente e franca.

Usualmente, a noção da “morte digna”, ou morrer com dignidade, é associada à ausência de dor e de sintomas relevantes, contudo devem ser considerados e valorizados fatores como a presença da família e do ambiente sereno e cordial (Gómez-Sancho, 2009).

#### **1. 4. - A ética e o seu enquadramento na formação contínua dos profissionais de enfermagem**

No final do século XX a Filosofia levou um enorme empenho no âmbito da aplicação da teoria à prática. Nessas décadas tem lugar o “applied turn” da Filosofia contemporânea, sobretudo da ética, e derivante dele produzem-se reações díspares.

A realidade social, na qual se englobam exigências dos profissionais, dos cidadãos e dos governantes, sublinhadas pela urgência de institucionalizar comités, diretrizes e documentação regulamentar orientada para um nível ético mais elevado, aglomerante e humanizado, que se reflitam nas esferas sociais, exige à Filosofia Moral um compromisso e envolvimento com a vida quotidiana (Cortina, 2010).

Assim surgiram as chamadas éticas aplicadas, tal como a do desenvolvimento, seguida da ética da economia, da empresarial e a bioética, culminando em todas as éticas abrangentes das diversas camadas da vida social. Pode dizer-se que as éticas aplicadas são desde já uma realidade social irreversível, considera-se hoje como um elemento inevitável de qualquer desenho institucional, já que as éticas aplicadas constituem uma nova forma de saber e atuar, e são desenvolvidas de maneira interdisciplinar, ao mesmo tempo que tentam responder a uma realidade interdisciplinar.

A subestimação da importância do estudo das ciências humanas em geral produz na maioria dos casos uma perda de sensibilidade face a atual situação da comunidade em geral, e no concreto e no interesse da bioética, no processo de doença. Neste sentido, o caminho ético, que pressupõe um esforço de aprendizagem, tem como fim mudar a nossa percepção e sensibilidade, ao indicar-nos uma direção além do expectável e previsível, na aplicação do saber fazer, passando inevitavelmente pela busca de informação de suporte para toda e qualquer prática (Albuquerque, 2001).

O Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 100º (2015 p. 8078-8079), *“dos deveres deontológicos em geral”* indica que o profissional de enfermagem *“assume o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”*. Parece óbvio que os profissionais de enfermagem devem ser competentes para a prática, e uma parte importante disto é manter-se atualizado com a prática atual em enfermagem, desenvolvendo competências no âmbito da enfermagem e continuando com uma formação contínua ao longo das suas vidas profissionais. (Nina Fletcher, 1995).

Conforme ao artigo 23º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015 p. 10), *“com vista a promover os princípios enunciados na Declaração e assegurar uma melhor compreensão das implicações éticas dos progressos científicos e tecnológicos, os Estados devem esforçar-se por fomentar a educação e a formação em matéria de bioética a todos os níveis, e estimular os programas de informação e de difusão dos conhecimentos relativos à bioética”*.

Ensinar bioética é a chave de acesso para a problemática das relações entre a ciência e a sociedade. O ensino da bioética constitui um conhecimento do respeito do outro, da sua identidade, da sua dignidade, da sua própria cultura, da intersubjetividade própria do ser humano e da mesma ética. O ensino da bioética deve incluir conceitos teóricos éticos, mas também a assunção desses conceitos e construção de uma consciência moral como requisitos para atuar eticamente, dado o carácter aplicativo próprio por ser uma ética aplicada.

Ou seja, o ensino da bioética não serve só para conhecer os princípios éticos e reconhecer os comportamentos éticos e não éticos, mas também para promover uma mudança favorável

nas atitudes dos profissionais de saúde que serão encorajadores para os doentes e para a sociedade.

## 2 — A PERCEÇÃO ÉTICA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Neste capítulo apresentamos a metodologia escolhida para este estudo.

### 2.1 Finalidade e objetivos

Formular um problema de investigação *“é fazer a síntese do conjunto dos elementos de informação colhidos sobre o tema. É desenvolver uma ideia baseando-se numa progressão lógica dos factos, em observações e raciocínios relativos ao estudo que se deseja empreender. A formulação do problema constitui uma das etapas chave do processo de investigação e situa-se no centro da fase conceptual”* (Fortin, 2009, p. 52).

O presente estudo pretende conhecer a perceção dos profissionais de enfermagem sobre questões éticas no âmbito dos cuidados médico-cirúrgicos.

Traçamos como objetivo geral identificar dificuldades na tomada de decisão ética e na definição de questão ética nos profissionais de enfermagem no âmbito dos cuidados médico-cirúrgicos.

O objetivo *“especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação”* (Fortin, 2009, p. 160).

Propomos os seguintes objetivos específicos com a finalidade de orientar este projeto:

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de enfermagem.

2. Definir questão ética na prática dos cuidados na perspectiva dos profissionais de enfermagem.
3. Identificar as circunstâncias em que ocorrem as questões éticas vivenciadas pelos profissionais de enfermagem.
4. Conhecer as questões éticas com que os profissionais de enfermagem se confrontam na prática dos cuidados.

## 2.2 Metodologia

A fase metodológica consiste em determinar os recursos para realizar a investigação. *“É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses (...) está subdividida em quatro etapas: a escolha do desenho de investigação, a definição da população e da amostra, a elaboração de métodos ou escalas de medida ou de tratamento de variáveis e a escolha de métodos de colheita e análise de dados”* (Fortin, 2009, p. 53-54).

A revisão da literatura *“permite estabelecer em que medida um dado tema foi já tratado, de modo a que o estudo empreendido se possa justificar”* (Fortin, 2009, p. 86-87).

Foram efetuadas várias pesquisas no âmbito do conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as questões éticas na enfermagem médico-cirúrgica. Os motores de busca utilizados foram EBSCO HOST WEB, e PUBMED e permitiram concluir que poucos foram os estudos realizados que abordassem a questão da percepção de questão ética dos profissionais de enfermagem.

A população a definir consiste num conjunto de pessoas inicialmente heterogénea. *“É preciso definir uma população, e para isso estabelecem-se, primeiro, critérios de seleção dos elementos que a compõem”* (Fortin, 2009, p. 311).

Os critérios de inclusão para este estudo englobam os profissionais de enfermagem que:

1. - trabalham em serviços hospitalares no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica no distrito de Porto e na cidade de Madrid;
2. - tenham pelo menos um ano de experiência laboral no âmbito dos cuidados da enfermagem médico-cirúrgica;
3. – sejam de nacionalidade portuguesa ou espanhola.

A amostra, ou seja, a fração de uma população sobre a qual é feita o estudo (Fortin, 2009), é do tipo bola de neve (por redes), o acesso aos participantes contou com profissionais de enfermagem que participaram no estudo e que posteriormente indicavam outros colegas com as mesmas características e requisitos.

A amostragem por redes ou «em bola de neve» é um método no qual indivíduos recrutados inicialmente sugerem, a pedido do investigador, os nomes de outras pessoas que lhe parecem apropriados para participar no estudo (Fortin, 2009, p. 322-323).

De acordo com os objetivos propostos, o estudo apresentado é de caráter misto, transversal e descritivo. Integra o paradigma quantitativo com o qualitativo com perguntas tipo teste e de resposta múltipla (caráter quantitativo) e perguntas de descrição abertas (caráter qualitativo). O desenho descritivo permite descrever um fenómeno ainda mal conhecido, fazendo uma descrição simples das características sociodemográficas ou a atitude de uma população a respeito de um fenómeno numa dada população (Fortin, 2009). O estudo transversal consiste em *“examinar simultaneamente uma ou várias coortes da população ou um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação”* (Fortin, 2009, p. 252).

As metodologias quantitativas baseiam-se nas teorias positivistas, *“se uma coisa existe ela pode ser medida”* (Fortin, 2009, p. 29). O paradigma quantitativo apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas, está orientado para os resultados e a sua generalização. O estudo descritivo explora relações entre um conjunto de variáveis para determinar quais estão relacionadas com outras variáveis (Fortin, 2009), sendo que *“uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação”* (Fortin, 2009, p. 48).

O paradigma qualitativo tem como objetivos *“descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo (...) um dos objetivos essenciais da investigação qualitativa é compreender melhor os factos ou os fenómenos sociais ainda mal elucidados”* (Fortin, 2009, p. 290)

O instrumento de recolha de dados é um questionário, com respostas fechadas e abertas. Compreende uma primeira parte para a caracterização sociodemográfica, profissional e de identificação das questões éticas dos participantes e uma segunda parte com perguntas de resposta aberta.

As perguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 11 são fechadas e serão alvo de análise quantitativa, indicando parâmetros de caráter descritivo.

As perguntas 8, 12 e 13 são abertas, permitindo a utilização de discurso livre que posteriormente será alvo de análise qualitativa, dando opção a definir com as próprias palavras o que o profissional considera por questão ética de maneira geral e a identificar as questões éticas que mais marcaram no percurso da sua vida profissional, assim como a possibilidade de narrar estas questões desde o âmbito da sua experiência particular. No ANEXO I apresenta-se o questionário em questão.

Dentro da caracterização sociodemográfica dos participantes, os profissionais foram caracterizados segundo a sua nacionalidade (portuguesa ou espanhola), idade e sexo. Dentro da caracterização profissional, os participantes foram caracterizados segundo o tempo de serviço trabalhado no campo da saúde ao longo da sua vida, o país onde os profissionais atualmente trabalham, os serviços onde os profissionais desempenharam funções de enfermagem ao longo da sua vida profissional, as formações pós-graduação que têm e quais essas formações.

Dentro da identificação das questões éticas, os participantes identificaram a frequência com que as ditas questões surgem na prestação de cuidados de enfermagem, por quem são identificadas as questões éticas e quais as circunstâncias em que emergem as mesmas

No [quadro 1](#) apresentamos a operacionalização das variáveis que integram o nosso estudo:

**QUADRO 1 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO**

Variáveis	Valores
<b>Caraterização sociodemográfica</b>	
Nacionalidade	Portuguesa, Espanhola
Idade	Numéricos (em anos completos)
Sexo	Feminino, Masculino
<b>Caraterização profissional</b>	
Tempo de serviço	Numéricos (em anos completos)
Pais onde o profissional trabalha	Portugal, Espanha
Serviços onde desempenhou funções de enfermagem	Descritivo
Formação pós-graduada	Sim, Não
Quais as formações	Descritivo
<b>Identificação das questões éticas</b>	
Frequência em que surgem questões éticas surgem na prestação de cuidados de enfermagem	Sim, com frequência Sim, raramente Não
As questões éticas são identificadas por que pessoas	Profissionais de enfermagem Médicos Utentes Familiars dos utentes Outros (descritivo)
Circunstâncias em que emergem as questões éticas	Na tomada de decisão sobre cuidados de enfermagem a prestar/não prestar Na tomada de decisão sobre tratamentos médicos a instituir/não instituir Na tomada de decisão sobre interromper tratamentos Na tomada de decisão sobre internamento/transferência de utentes Na tomada de decisão sobre a interrupção voluntária de gravidez

	Na tomada de decisão sobre procedimentos em fim de vida Na relação entre médicos e familiares Na relação entre enfermeiros e familiares Outras (descritivo)
--	--

Foi feita a análise descritiva das variáveis com o programa SPSS versão 24. A análise contemplou estatísticas descritivas com uma análise exploratória dos dados, com a verificação das frequências e do cálculo de medidas de tendência central e de dispersão. Cada participante foi identificado com um código no programa SPSS (001, 002, 003, ... 045).

O quadro cruzado, utilizado para determinar a distribuição de uma variável discreta em relação a uma outra variável discreta, permite distribuir a duas dimensões “*nas quais as frequências de duas variáveis são cruzadas*” (Fortin, 2009, p. 458).

A segunda parte do questionário é composto por perguntas com respostas abertas. Segundo Fortin (2009) a finalidade das respostas de escrita livre é a de obter informação factual sobre “*acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões*” (2009, p. 380).

A análise de conteúdo é “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (...) tentando conhecer aquilo que está por detrás das palavras sobre as quais se debruça*” (Bardin, 2009, p. 45).

A análise de conteúdo foi efetuada por meio das 3 fases da análise de conteúdo: “*1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*” (Bardin, 2009, p. 124).

A partir de uma pré-análise, “*a fase de organização propriamente dita*” (Bardin, 2009, p. 124) foi efetuada uma “*leitura flutuante (...) que consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto*” (Bardin, 2009, p. 126). Das respostas obtidas

foi preparado o material reunido em documentos para facilitar a análise, por meio da identificação e codificação das respostas mediante a numeração das respostas (Q1, Q2, Q3, ...Q45).

A seguir, foi efetuada a segunda fase da análise, ou seja, a *“exploração do material (...) que consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração”* (Bardin, 2009, p. 131), no sentido de analisar o que os profissionais de enfermagem percebem por questão ética e de analisar a identificação e narração das suas experiências pessoais. *“A codificação corresponde a uma transformação (...) dos dados brutos do texto (...) que permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão”* (Bardin, 2009, p. 133). Esta codificação *“compreende três escolhas:*

- o recorte: escolha das unidades;
  - a enumeração: escolha das regras de contagem;
  - a classificação e a agregação: escolha das categorias”
- (Bardin, 2009, p. 134).

Para ter em conta os elementos do texto a nível semântico em relação ao tema, foram definidas as unidades de registo. Holsti (1969, p. 116) definiu a unidade de registo como *“o segmento específico de conteúdo caracterizado por o colocar em uma determinada categoria”*. Assim foi feita uma análise temática, descobrindo os *“núcleos de sentido”* (Bardim, 2009, p. 135).

Depois da escolha das unidades foi escolhida a regra de contagem para este projeto de investigação, segundo a frequência: *“a importância de uma unidade de registo aumenta com a frequência de aparição (...) a regularidade quantitativa de aparição é, portanto, aquilo que se considera como significativo”* (Bardin, 2009, p. 138-139). As unidades de enumeração (UE) serviram para agrupar as várias unidades de registo (UR). A Unidade de enumeração existe *“sempre que o investigador considera adequado proceder a alguma quantificação de ocorrências. Cabe-lhe, então, decidir o que é que vai ser contado. Podemos querer contar as unidades de registo (quantas por categoria ou quantas por subcategoria) para, a partir dessa contagem, calcularmos as frequências relativas das ocorrências entre categorias ou subcategorias de uma mesma categoria”* (Manuela Esteves, no livro publicado por Lima, 2006, p. 115)

Finalmente procedeu-se à categorização, definida como *“uma operação de classificação de elementos de um conjunto de diferenciação após agrupamento por analogia a partir de critérios predefinidos”* (Bardin, 2009, p. 117). O critério de categorização, neste projeto de investigação, é semântico, ou seja, por categorias temáticas. Segundo Vala (1999, págs. 110-111), *“uma categoria é habitualmente composta por um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer aprender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito”*.

Foram isolados os elementos e depois classificados para organizar as mensagens (Bardin, 2009), onde o título conceitual de cada categoria, subcategoria e subsubcategoria, somente foi definido no final da operação, através do procedimento por *“acervo: o sistema de categorias não é fornecido antes, resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos”* (Bardin, 2009 p. 149).

A terceira fase da análise abrange o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Os resultados *“são tratados de maneira a serem significativos e válidos”* (Bardin, 2009 p. 131) *“A intenção da análise de conteúdo é a inferência (ou seja, a dedução de maneira lógica) de conhecimentos relativos às condições de produção”* (Bardin, 2009, p. 44).

### **2.3. - Considerações éticas**

Toda a investigação *“deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa (...) na aplicação dos métodos de investigação qualitativa é preciso ter em atenção certos princípios éticos, particularmente no que concerne à confidencialidade, à intimidade e ao respeito pela sua vida privada”* (Fortin, 2009, p.180-181). Assim sendo o sujeito selecionado *“tem o direito de decidir livremente, sendo informado e explicado o conteúdo e compreendido bem aquilo em que se envolve, de participar no estudo em questão”* (Fortin, 2009, p. 186).

Neste projeto de investigação foram consideradas as questões éticas em relação à salvaguarda dos direitos das pessoas envolvidas, nomeadamente o respeito à integridade e à confidencialidade das informações pessoais, o respeito pelo consentimento livre e esclarecido sobre a participação no estudo.

A informação foi dada ao participante por escrito, agregada ao questionário, na qual se apresentava a finalidade e o objetivo do questionário, garantindo a confidencialidade e o anonimato do participante.

Assegurou-se anonimato aos participantes e foi-lhes garantido que os dados colhidos se manterão confidenciais e serão destruídos após armazenamento da informação em programa informático e que as unidades de registro codificadas seriam divulgadas. O anonimato foi assegurado indicando que os participantes não deviam incluir nos questionários o seu nome e o hospital onde trabalhavam.



### 3 — APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos e será feita uma análise descritiva e uma análise de conteúdo, tendo sempre como base o referencial teórico que subjaz ao tipo de estudo que compreende análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos.

Inicialmente pretendíamos uma amostra de 50 profissionais de enfermagem, mas após da recolha dos questionários obtivemos 45 questionários preenchidos por profissionais de enfermagem que trabalham no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica. Destes, 12 (26,7%) profissionais de enfermagem estão a trabalhar em Portugal e 33 (73,3%) em Espanha.

A idade dos participantes varia entre os 22 anos e os 58 anos, sendo a média das idades de 35,78 anos. A moda é de 30 anos e o desvio padrão é de 9,520, o que indica que as idades dos participantes são dispersas e heterogéneas.

Em relação a idade, apresentam-se os resultados no [quadro 2](#).

Quadro 2 – Distribuição dos participantes quanto à idade

Idade	Frequência	Percentagem
< 25	5	11,1
26 a 30	14	31,1
31 a 35	8	17,8
36 a 40	5	11,1
41 a 45	2	4,4
46 a 50	7	15,6
51 a 55	2	4,4
56 a 60	2	4,4

Em relação ao sexo, num total de 45 participantes, 39 (86,7%) são mulheres e 6 (13,3%) são homens.

No que diz respeito ao tempo de serviço, este varia entre um ano e 37 anos, tendo a média 12,27 anos de serviço. A maior frequência foi de 8 anos com um 13,3% do total dos participantes e a menor foi de 2 anos de serviço. O desvio padrão, 9,472, indica que os anos de serviço trabalhados são dispersos e heterogêneos.

No [quadro 3](#) apresentamos os resultados obtidos no que se refere ao tempo de serviço.

#### Quadro 3 – Distribuição dos participantes em relação ao tempo de serviço

Anos de serviço	Frequência	Porcentagem
<5	11	24,4
6 a 10	17	37,8
11 a 15	2	4,4
16 a 20	6	13,3
21 a 25	3	6,7
26 a 30	4	8,9
31 a 35	1	2,2
36 a 40	1	2,2

Os participantes foram questionados em relação aos serviços de trabalho ao longo da sua experiência laboral. No [quadro 4](#) apresentamos os resultados.

#### Quadro 4 – Serviços de trabalho ao longo da experiência laboral

Serviços de trabalho ao longo da experiência laboral*	Frequência	Porcentagem
Internamento de medicina	30	66,7
Internamento cirurgia	18	40,0
Internamento oncologia	11	24,4
Cuidados primários	9	20,0
Serviço cuidados intensivos	27	60,0
Serviço urgência	15	33,3

\*Esta resposta permitia a resposta a mais do que uma opção

Em relação aos serviços onde os profissionais de enfermagem desempenharam as suas funções ao longo da sua experiência laboral, a maior parte dos profissionais trabalhou em diversos serviços, 30 (66,7%) participantes trabalharam no passado no internamento de medicina, enquanto que 9 (20%) participantes trabalharam nos cuidados primários.

Os participantes foram questionados em relação a terem feito algum tipo de estudo de pós-graduação no âmbito de enfermagem e qual o âmbito de estudo.

Das 45 respostas obtidas, 28 (62,2%) participantes afirmaram ter pós-graduações e 17 (37,8%) profissionais afirmaram não ter ainda feito qualquer pós-graduação.

É de salientar que 8 (17,7%) participantes estudaram dois ou mais cursos de pós-graduação e que, em relação ao âmbito dos estudos, 12 estudos de pós-graduação eram específicos do âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Apresentamos no [quadro 5](#) o âmbito da formação de pós-graduação que os participantes afirmaram que tinha realizado.

## Quadro 5 – Âmbito da formação de pós-graduação

Âmbito da formação de pós-graduação	Frequência	Percentagem
Enfermagem em supervisão clínica e gestão de Unidades de saúde	5	10
Enfermagem de saúde infantil e pediatria	2	4
Enfermagem no desporto	2	4
Enfermagem de reabilitação	5	10
Enfermagem familiar e comunitária	1	2
Enfermagem médico-cirúrgica	12	24
Enfermagem geriátrica	1	2
Pós-graduação em género e saúde	1	2
Pós-graduação em doenças tropicais	1	2
Curso de investigação dos cuidados da saúde	1	2
Não específica	2	4
Não tem estudos de pós-graduação	17	37,8

Em relação à frequência com que as questões éticas surgem no contexto da prestação dos cuidados de enfermagem, 34 (75,6%) participantes indicaram que as questões éticas surgem com frequência, enquanto que 11 (24,4%) participantes afirmaram que surgem raramente.

Foi colocada a pergunta pela qual pretendíamos saber por quem são identificadas as questões éticas no contexto clínico. No [quadro 6](#) apresentamos os resultados referentes a essa questão.

## Quadro 6 – Quem identifica as questões éticas no contexto clínico

Quem identifica as questões éticas*	Frequência	Percentagem
Profissionais de enfermagem	45	100,0
Médicos	37	82,2
Utentes	24	53,3
Familiares	30	66,7
Outros	6	13,3

\*Esta resposta permitia a resposta a mais do que uma opção

É interessante verificar que os 45 (100%) participantes afirmaram que, no contexto clínico, as questões éticas são identificadas por profissionais de enfermagem. É interessante verificar que, para além dos profissionais de enfermagem, os participantes referiram que os doentes e os familiares identificavam questões éticas (53,3% e 66,7% respetivamente). Referiram que outros profissionais do âmbito de saúde também identificavam questões éticas no exercício da sua profissão, tais como qualquer membro de uma equipa multidisciplinar, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, pessoal de limpeza, cuidadores e tutores legais.

No [quadro 7](#), apresentamos os resultados obtidos no que se refere às circunstâncias nas que emergem as questões éticas.

#### Quadro 7 – Circunstâncias em que emergem as questões éticas

Na tomada de decisão sobre cuidados a prestar/não prestar	33	73,3
Na tomada de decisão sobre tratamentos médicos a instituir/não instituir	38	84,4
Na tomada de decisão sobre interromper tratamentos	43	95,6
Na tomada de decisão sobre internamento/transferência de utentes	21	46,7
Na tomada de decisão sobre a interrupção voluntária de gravidez	27	60,0
Na tomada de decisão sobre procedimentos em fim de vida	45	100
Na relação entre médicos e familiares	25	55,6
Na relação entre profissionais de enfermagem e familiares	23	51,1
Outros	1	2,2

\*Esta resposta permitia a resposta a mais do que uma opção

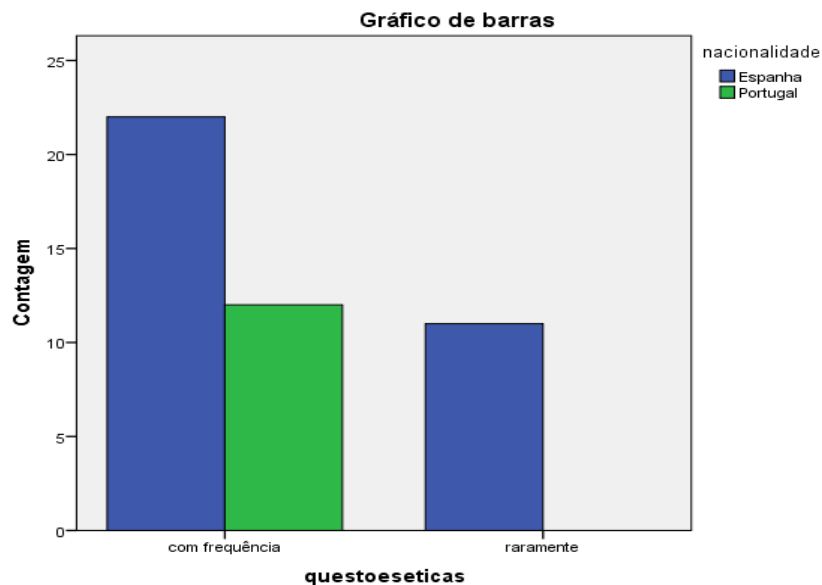
Todos os participantes concordaram em que, na circunstância da tomada de decisão sobre procedimentos em fim de vida, emergem questões éticas, 43 (95,6%) participantes afirmaram que é na tomada de decisão sobre interromper tratamentos que as questões éticas emergem. Por outro lado 38 (84,4%) consideraram existirem questões éticas na tomada de decisão sobre tratamentos médicos a instituir/não instituir.

No que respeita à tomada de decisão sobre prestar/não prestar cuidados de enfermagem a, 33 (73,3%) participantes acharam que emergiam questões éticas nesta circunstância. E por último 27 (60%) participantes depararam-se com questões éticas na tomada de decisão sobre a interrupção voluntária da gravidez.

Em relação ao âmbito das relações, 25 (55,6%) participantes encontraram questões éticas na relação entre médicos e familiares; 23 (51,1%) participantes encontraram questões éticas na relação entre profissionais de enfermagem e familiares. Um participante (2,2%) encontrou questões éticas na circunstância de tratar e cuidar doentes testemunhas de Jeová.

No gráfico 1 observamos a análise por gráfico de barras em relação à frequência nas que acontecem as questões éticas e a nacionalidade dos participantes.

Gráfico 1 – Análise por gráfico de barras frequência questões éticas-nacionalidade



Se demonstra que não é possível avaliar a significância entre os resultados da frequência com que acontecem as questões éticas e a nacionalidade dos participantes.

No relacionado com a frequência em que acontecem as questões éticas e a idade dos participantes, demonstra-se que não há significância entre os resultados da frequência com que acontecem as questões éticas e a idade dos participantes.

Para a análise qualitativa das questões abertas do questionário, correspondendo aos números 8, 12 e 13, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Na questão nº 8 foi desenvolvida uma análise das temáticas expostas nas respostas em relação à pergunta “Defina, por palavras suas, o que entende por questão ética no âmbito dos cuidados de enfermagem”. No ANEXO II coloca-se o quadro completo da categorização da pergunta nº 8 com as unidades de registo. A seguir, o [quadro 8](#) apresenta o domínio as categorias e as unidades de enunciação da pergunta nº 8.

#### Quadro 8 - Conceito de Questão Ética

DOMÍNIO	Categoria	UE
Conceito de Questão Ética	Conflito interno	7
	Conflito de valores humanos e profissionais	4
	Incerteza de não-maleficência	3
	Respeito pela decisão do doente	3

Um conflito torna-se questão ética quando compromete à decisão a tomar entre o interesse e o bem-estar do doente (Braunack-Mayer, 2001), e não só a presença de um conflito e a escolha da melhor opção entre alternativas desejáveis ou indesejáveis.

De acordo com Nina Fletcher et al. (1995) os dilemas éticos acontecem quando há, pelo menos, dois possíveis caminhos de ação que devem ser tomados, mas cada eleição torna-se problemática.

Em relação aos dados apresentados no [quadro 8](#), emergem quatro categorias: **conflito interno**, **conflito de valores humanos e profissionais**, **incerteza de não-maleficência** e **respeito pela decisão do doente**.

Quanto à categoria **conflito interno**, emerge em 7 referências, definindo o conceito de questão ética como conflito, tal como são exemplo as unidades de registo: “*Uma questão ética nos cuidados de Enfermagem define-se por uma situação clínica que despolete no profissional uma dualidade de sentimentos/opiniões/tomada de decisão*” (Q38) ou “*situação*

*onde se apresenta um conflito entre o que se tem de fazer e o que um pensa que se deve fazer” (Q24).*

A categoria **conflito de valores humanos e profissionais** emerge de unidades de registo, em 4 participantes, tendo descrito questão ética como: *“(…) Aquelas que envolvem dilemas morais/éticos resultantes da heterogeneidade da população (...)” (Q36), “(...)questões que apelem aos valores humanos” (Q45).*

Na categoria **incerteza de não-maleficência** emerge em 3 participantes, sendo exemplo as unidades de registo: *“Se o cuidado que estás a realizar moralmente está bem ou mal em função da situação do doente” (Q10) ou “(...) questiono se a minha intervenção beneficia ou não o utente (...)” (Q41).*

Os participantes referenciavam também que o conceito de questão ética está diretamente relacionado com o doente, pelo que emerge a categoria **respeito pela decisão do doente**. São exemplo as unidades de registo: *“Questões nas que se enfrentam os desejos de salvar e os de respeitar a vontade dos doentes” (Q10) e “(...) se me coloca numa posição em que não concordo em realizar alguma atividade ou intervenção que o utente pretende como por exemplo a interrupção voluntária da gravidez” (Q41).*

Houve alguma aproximação por parte dos participantes em relação ao conceito de questão ética *“é uma questão quando o doente pode receber prejuízo ao coloca-se tratamento e devem-se tomar decisões para o seu benefício” (Q. 26).* Neste contexto há dois possíveis caminhos de ação que devem ser tomados, mas a eleição, neste caso, não conforma um dilema, pelo contrário insiste em um dever agir conforme ao princípio de beneficência. De acordo com Beauchamp (2002), uma ação beneficiante é aquela que se realiza em benefício dos outros e o princípio de beneficência refere-se à obrigação moral de atuar em benefício dos outros e promover os seus interesses.

Na pergunta nº 12 foram identificadas as temáticas em relação à pergunta “Partindo da sua experiencia profissional identifique as questões éticas mais marcantes com que se confrontou”. No ANEXO III coloca-se o quadro completo da categorização da pergunta nº 12 com as unidades de registo. A seguir, o [quadro 9](#) apresenta o domínio as categorias e as unidades de enunciação da pergunta nº 12.

Quadro 9 – DOMÍNIO: Identificação de Questões Éticas

Categoria	Subcategoria	Subsubcategoria	UE
Tomada de decisão	Pessoa doente	Recusa de tratamento	7
		Consentimento informado	3
		Declaração antecipada de vontade	2
	Profissionais	Obstinação terapêutica	18
		Limitação terapêutica	10
		Decisão da equipa multidisciplinar	7
		Discordância na decisão	2
Familiares		2	
Interrupção da gravidez		1	
Comunicação	Entre equipa		7
	Com familiares		5
	Confidencialidade da informação		5
	Conspiração do silêncio		4
Cumprimento de normas institucionais			5
Fim de Vida	Luto		2
	Morte cerebral		1
	Doação de órgãos		1
Conflito de valores			1
Ensaio Clínico			1

Conforme ao que Thompson (2004) indica em relação ao desenvolvimento como agentes morais responsáveis, o conhecimento em ética proporciona competências aos profissionais de enfermagem de cara a identificação, ação e resolução de questões éticas.

Tivemos também curiosidade em conhecer as questões éticas mais marcantes com que os participantes se confrontam na sua prática de cuidados. Através das respostas, fomos confrontadas com a dificuldade dos participantes em conhecer as questões éticas, mas, por outro lado, conhecemos as questões éticas no exercício da sua atividade profissional.

No domínio **Identificação de questões éticas**, emergem 6 categorias: **tomada de decisão, comunicação, cumprimento de normas institucionais, fim de vida, conflito de valores e ensaio clínico**.

Na categoria **tomada de decisão**, emergem as seguintes subcategorias: **pessoa doente, profissionais, familiares e interrupção da gravidez**. Foram enumeradas 49 referências. Segundo o artigo 5º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015, p. 7), “a autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada”.

Na subcategoria **pessoa doente** emergem as seguintes subsubcategorias: **recusa de tratamento consentimento informado e declaração antecipada de vontade**.

Em relação à subsubcategoria **recusa de tratamento**, mesmo que se abrevie o processo da morte e sempre que o doente seja capaz, responsável e competente, é factível e está inserido no respeito pela autonomia do doente (Nunes, 2008). Foram identificados 7 enunciados relacionados com a questão ética **recusa de tratamento**, com registos como: “*administrar sangue ou não a um doente que pela sua ideologia não deveria ser administrada*” (Q24), “*na vontade expressa do doente em não os usufruir*” (Q34).

A subsubcategoria **consentimento informado** emerge das narrativas de três participantes. Um deles referencia a falta de informação sobre os procedimentos que vão ser realizados: “*Quanto ao consentimento concordo sim com a sua aplicação desde que seja informado pois o que assisto com frequência quase diária é que de informado ele tem pouco pois muitas vezes o utente chega ao bloco operatório para ser sujeito a uma intervenção cirúrgica sem que saiba o que lhe vão fazer, no entanto o consentimento está assinado pois tem que ser feito o procedimento sem que seja assegurado o direito fundamental do utente que é receber informação*” (Q42). A segunda narração simplesmente identifica o “*consentimento*

*informado*” (Q40). No artigo 6º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015), é expressado que “*qualquer intervenção médica de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico, assim como as pesquisas científicas e investigações, só devem ser realizadas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada*”. Segundo a Lei nº156/2015 de 16 de setembro (Diário da República, 1.ª série - N.º 181 - 16 de setembro de 2015 p. 8103), o profissional de enfermagem deve “*respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*”.

Nem sempre a **declaração antecipada de vontade** garante uma atuação que as respeite. Esta subsubcategoria emerge através de dois participantes que identificaram questões éticas nesta categoria: “*o incumprimento do testamento vital assinado por uma doente*” (Q19), “*ignorar as instruções prévias dos doentes*” (Q33). As declarações antecipadas da vontade em saúde ou diretiva antecipada da vontade (DAV) são declarações escritas realizadas quando uma pessoa manifesta de maneira consciente, livre e esclarecida; os cuidados de saúde que deseja ou não deseja receber no respeito à assistência em saúde quando o declarante perca a capacidade de decisão (Melo, 2007).

Na subcategoria **profissionais** emergem as seguintes subsubcategorias: **obstinação terapêutica, limitação terapêutica, decisão da equipa multidisciplinar e discordância na decisão**.

A subsubcategoria **obstinação terapêutica** emerge das narrativas porque os participantes referenciam a utilização de medidas desproporcionadas com o objetivo de prolongar a vida da pessoa doente. Esta medida acarreta sofrimento no processo de fim de vida, quando a situação clínica é de mau prognóstico vital (Herreros, 2015), por isso, situação que inevitavelmente conduz à morte da pessoa. Entre os profissionais de enfermagem participantes, 18 identificaram a **obstinação terapêutica** como uma das maiores questões éticas com que se confrontaram, tal como são exemplo as unidades de registo: “*Administração de tratamento de quimioterapia em doente terminal*” (Q5); “*extrair sangue para análise a um doente que está a morrer. Manter um doente conectado ao respirador e com medicação a doses altas quando é sabido que vai morrer e não ser desconectado do ventilador até às 8h da manhã*” (Q10); a “*obstinação terapêutica ante situações evidentes de morte imediata do doente*” (Q19); as “*questões relacionadas com utentes em fim de vida, a*

*realização de intervenções invasivas para prolongar a vida de outra que está em cuidados paliativos e em sofrimento” (Q41).*

Em relação à subsubcategoria **limitação terapêutica**, consistente em não aplicar medidas desproporcionadas em processos de fim de vida (Herreros, 2015), os participantes referiram em 10 ocasiões: *“limitação de cuidados a doentes muito jovens devido à gravidade da sua situação” (Q12), “nas limitações dos doentes. Nos “despejos” de pessoas jovens” (Q22).*

A subsubcategoria **decisão da equipa multidisciplinar** emerge das referências de 7 participantes, encontrando, entre elas, uma referência de exemplo de trabalho em equipa e outra referência de opiniões contrárias entre diferentes componentes da equipa multidisciplinar: *“Decidir entre toda a equipa do serviço de paliativos como propor à família a decisão mais correta à hora de efetuar uma sedação terminal, explicando o significado da situação” (Q16), “opiniões contrárias entre o médico e a enfermeira sobre continuar com tratamento ativo num doente. Decisões sobre situações” (Q14).*

A subsubcategoria **discordância na decisão** emerge de duas narrativas, uma delas na que o participante afirma na discordância *“(…) quando eu não concordo com a limitação (…)” (Q11)* e outra na que coloca a questão ética: *“Doente paliativo, sem referencia à não reanimação em caso de paragem cardiorrespiratória e inicia manobras?” (Q43).*

A subcategoria **familiares** emerge de 2 referências dos participantes, uma das referências tem a ver com atender ao doente respeitando a decisão da família sem atender se o doente precisa desses cuidados *“no serviço de internamento de geriatria, em várias ocasiões foi planteada a situação de considerar que está a fazer-se obstinação terapêutica quando o doente não pode manifestar-se e a família decide por ele” (Q6).* Segundo o artigo 7º da Declaração da UNESCO (2005), sempre que a pessoa em questão seja incapaz de expressar a referida anuência para um ato médico ou de investigação, deve ser concedida proteção especial, sendo que na autorização para tais atos deve ser considerada o superior interesse da pessoa envolvida e com o direito interno.

A outra referência tem a ver com o proporcionar a capacidade de decisão aos familiares: *“avisar os pais de uma criança para perguntar se queriam continuar com o tratamento do seu filho que, pelo máximo, viveria 48 horas mais” (Q7).*

A subcategoria ***interrupção da gravidez*** emerge de uma referência colocada por um participante, sem indicar qual o agente que vivencia a questão ética: “*suspensão voluntária da gravidez*” (Q26).

Em segundo lugar, a categoria ***comunicação*** teve 21 registos recolhidos em 4 subcategorias: ***entre equipa, com familiares, confidencialidade da informação e conspiração de silêncio***.

A subcategoria ***comunicação entre equipa***, emerge de sete unidades de registo que expressam falta de comunicação, desinformação ou desrespeito. São delas exemplo: “*má comunicação respeito os objetivos que se tem com os doentes*” (Q25); “*a equipa médica não informa das mudanças nos tratamentos. Pobre comunicação entre os enfermeiros e os médicos em cuidados básicos*” (Q27) ou a “*falta de respeito entre profissionais*” (Q30).

Na subcategoria ***comunicação com familiares***, em que emergem 5 unidades de registo que identificam a omissão de informação à família, por parte do doente ou dos profissionais de saúde, confronto de vontades ou falta de comunicação em momentos críticos como no processo de morte, tais como: “*ocultar informação à família por ordem do doente*” (Q8), “*as famílias pedem ver morrer o seu familiar (...) não ter tempo para avisar à família e o doente morre sem estar a família à frente*” (Q7), “*confronto entre a vontade dos familiares Vs. A intenção dos profissionais para determinado utente*” (Q35).

O direito à confidencialidade, incluído no direito à autodeterminação, implica salvaguardar a privacidade e a intimidade da pessoa, considerar toda a informação de maneira confidencial, partilhar informação só com os implicados no plano terapêutico e manter o anonimato da pessoa (Código Deontológico do Enfermeiro, 2015). Foram identificadas 5 unidades de registo que estão diretamente relacionadas com o respeito pela confidencialidade da informação. Neste sentido, emerge a subcategoria ***confidencialidade da informação*** consolidada nas unidades de registo tais como: “*guardar um segredo de um doente como pode ser a sua condição sexual, doenças de transmissão sexual, etc.*” (Q31); “*invadimos constantemente a intimidade do doente. Numa admissão de um utente recolhemos os antecedentes pessoais. Até que ponto algumas histórias, procedimentos, devem fazer parte dessa avaliação, quando sabemos que qualquer profissional de saúde pode ter acesso do sistema informático, saber tudo o que deve e não deve, que tem o direito ou não de saber*”

(Q39) ou quando “*a questão do sigilo profissional em determinadas situações, também me leva a colocar questões éticas*” (Q41).

Daniela França, no artigo *Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros* (2010), indica que os profissionais de enfermagem enfrentam situações delicadas e têm escassos recursos para ajudar o doente face à conspiração de silêncio. Trata-se de limitar a informação que se fornece ao doente por considerar que não deseja saber a informação ou, segundo a sua percepção, entender ser prejudicial ao doente conhecer o seu processo de doença.

Neste contexto emerge a subcategoria **conspiração de silêncio** de 4 unidades de registo, nomeadamente a “*informação do estado crítico do doente e a família não quer que o doente seja informado*” (Q13) ou “*a conspiração de silêncio na fase terminal do doente*” (Q3).

Em relação a categoria **cumprimento de normas institucionais**, os profissionais de enfermagem encontraram questões éticas (5 enunciados), tais como: “*mau gasto do dinheiro público*” (Q33), “*a pressão para altas hospitalares precoces, pelas chefias/direção/equipa médica, quando a equipa de enfermagem questiona se essa brevidade será favorecedora do bem presumido do doente*” (Q44). Muitos dos problemas ético-clínicos não vêm diretamente da relação profissional de saúde-doente, se não de fatores como os problemas institucionais e os problemas éticos planteados pelas políticas e pelos sistemas de saúde.

Na categoria **fim de vida**, emergem 3 subcategorias: **luto**, **morte cerebral** e **doação de órgãos**. Foram enumeradas 4 referências.

Segundo o Código Deontológico, no artigo 108º (2015, p. 8080), “*do respeito pela pessoa em situação de fim de vida*”, o profissional de enfermagem, “*ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de:*

- a) *defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida;*
- b) *respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;*
- c) *respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.*

Na subcategoria **luto** dois participantes colocaram as seguintes questões: “*na perda de um ente querido*” (Q22); “*a falta de apoio/acompanhamento adequado à família em processos de luto*” (Q44). Na primeira resposta, o participante simplesmente coloca uma questão sem definir qual a questão ética. Na segunda resposta, é definida a questão, indicando uma falta de apoio adequado por parte dos profissionais de saúde às famílias no processo de luto. No contexto de fim da vida, os cuidados para a família devem ser prolongados além da morte do doente e supervisionado o luto (Herrerros, 2015).

Interessa ressaltar a subcategoria **morte cerebral** pelas questões que um participante coloca: “*As questões éticas que mais me marcaram tiveram a ver com (...) o diagnóstico de morte cerebral (...) O diagnóstico de morte cerebral põe em causa o direito à vida e as convicções religiosas dos utentes, pois apenas se conhece uma pequena parte do cérebro e será que os testes que se fazem são os suficientes para diagnosticar a morte? E será que a pessoa em causa acredita nesse diagnóstico???*” (Q42).

Esta resposta abrange a possibilidade de que a informação ou o conhecimento que o profissional possui para poder realizar esta crítica pode ser insuficiente, mas também pode estar assentada numa teoria do pensamento na qual a ciência tem limites com respeito aos conhecimentos obtidos em relação ao cérebro e a sua funcionalidade.

Independentemente do conhecimento ou da ausência dele, o facto de diagnosticar morte cerebral pode confrontar-se com as convicções vitais do doente ou da família, pelo que se deve avaliar as vontades prévias do doente ou atender à tomada de decisão da família para poder atuar conforme a uma razão ética. Evidentemente é uma problemática muito ampla de tratar neste projeto, pelo que fornece com certeza as possibilidades de desenvolver um novo trabalho num futuro próximo.

Na subcategoria **doação de órgãos**, um participante respondeu: “*as questões éticas que mais me marcaram tiveram a ver com a doação de órgãos*” (Q42). A doação de tecidos ou órgãos a outrem “é um ato humanitário de intrínseco valor” (Martinho, 2006, p. 13).

A categoria **conflito de valores** emerge de uma única referência: “*Tratar doentes terroristas, assassinos ou violadores*” (Q8).

A categoria **ensaio clínico** emerge de uma referência: “(...) *Mudar de medicação por parte dos médicos para que os doentes entrem em ensaios clínicos*” (Q12). Os ensaios clínicos apresentam umas diretrizes e critérios de inclusão específicos nos quais, as vezes, não são permitidos determinados medicamentos que podem interagir com o medicamento em estudo. Neste caso, existem guidelines que indicam quanto tempo devem estar os doentes sem determinado medicamento e os médicos podem suspender esse tratamento para o doente ser incluído no ensaio clínico. O duplo efeito é “*o princípio ético pelo qual permite-se um determinado tratamento que pode ter um efeito benéfico e outro prejudicial, sempre e quando o médico não busque o último de maneira intencionada; e o resultado final seja benéfico ou neutro para o doente*” (Gómez- Sancho, 2009, p. 178). O problema pode surgir quando o medicamento prévio era efetivo e é retirado para a inclusão no estudo sem garantir um benefício maior.

Em relação à pergunta nº 12, um dos participantes não respondeu.

Na pergunta nº 13 foram identificadas as temáticas em relação à pergunta “Narre uma situação da sua prática profissional em que se tenha confrontado com questões éticas no âmbito da prestação de cuidados de saúde”. No ANEXO IV expõe-se o quadro completo da categorização da pergunta nº 13 com as unidades de registo. A seguir, o [quadro 10](#) apresenta o domínio as categorias e as unidades de enunciação da pergunta nº 13.

## QUADRO 10 - DOMÍNIO: QUESTÕES ÉTICAS DA PRÁTICA CLÍNICA

Categoria	UE
Respeito pela autonomia do doente	10
Obstinação terapêutica	9
Limitação terapêutica	8
Confronto entre o bem do doente e as normas da instituição	6
Má prática de cuidados	5
Recusa de tratamento	4
Confidencialidade da informação	3
Confronto com a morte do familiar	2
Comunicação da equipa multidisciplinar	2
Unção dos doentes	1
Omissão da verdade	1
Consentimento informado	1

No domínio **Questões éticas da prática clínica**, emergem 12 categorias: **respeito pela autonomia do doente, obstinação terapêutica, limitação terapêutica, confronto entre o bem do doente e as normas da instituição, má prática de cuidados, recusa de tratamento, confidencialidade da informação, confronto com a morte do familiar, comunicação da equipa multidisciplinar, unção dos doentes, omissão da verdade e consentimento informado.**

Dentro da categoria **respeito pela autonomia do doente** encontramos 10 referências tais como: *“Um doente em cuidados críticos havia sido internado e entubado por insuficiência respiratória. Ele tinha especificado nas suas “instruções prévias” que não desejava medidas extraordinárias. Quando o doente acordou e estava entubado com a “peça em T”, escreveu numa folha de papel “isto é desumano”, já que ainda não estava tomada a decisão de cumprir os seus desejos. (A sua patologia era oncológica e de mau pronóstico, mas ainda não estava nos 6 meses de doença terminal)”* (Q9), *“Não respeitando as últimas vontades do doente”* (Q19).

Como temos clarificado anteriormente, segundo Corney (2005), os objetivos da enfermagem são nitidamente éticos: proteger o doente de situações de desrespeito à sua autonomia, prestar cuidados dignos e evitar danos e complicações potenciais, mantendo um ambiente saudável para doentes e familiares.

Nos dilemas acima colocados, os profissionais de enfermagem se encontram ante uma situação onde nem é respeitada a autodeterminação dos doentes, nem conseguem ser evitados danos e complicações potenciais, o que se traduz numa grande frustração por parte dos profissionais já não só em relação à humanização, se não também em relação ao exercício da sua profissão.

Dentro desta categoria se encontram também as seguintes referências: *“mulher de 82 anos de idade com cancro de mama e de pulmão com metástase em estado terminal. O seu único filho (alcoólico) não quer que a sua mãe seja informada, quando ela se encontra nas suas plenas faculdades”* (Q13), *“foi sedado um doente, cobrindo o saco da medicação com um saco de quimioterapia para que o doente não soubesse. A família pediu fazer isso e foi acordado com o médico (conspiração de silêncio)”* (Q26). Nesta última questão, o participante consegue identificar claramente o que é conspiração de silêncio.

Também encontramos as seguintes referências dentro desta categoria: *“Entubar um doente que previamente informou que não queria ser entubado”* (Q11), *“Em um caso em que uma doente informou à enfermeira de que o seu desejo era não continuar o tratamento. O médico foi informado e ele tratou de convence-la de continuar (sendo preciso medidas invasivas tais como canalização de Shaldom, IOT...) continuou-se com o tratamento tendo convencido à doente. Ela morreu aos 2 dias e não como ela havia desejado”* (Q25).

Segundo o artigo 5º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (p. 7, 2015), *“a autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada”*. Os registos indicam a falta de respeito pela autonomia dos doentes. É essencial para a autonomia pessoal a autorregulação pessoal, livre, sem interferências externas que permitam controlar, e sem limitações pessoais que impeçam efetuar uma eleição. Uma pessoa autónoma atua livremente de acordo com um plano escolhido. Porém, uma pessoa com um défice de autonomia, ou é acompanhada e inclusive

auxiliada por outros, pelo menos em algum aspeto da vida; ou é incapaz de refletir e atuar em função dos seus próprios desejos e planos. Os profissionais de saúde devem acompanhar e auxiliar numa pessoa com um défice de autonomia, mas não atuar em contra dos seus próprios desejos e planos sempre e quando estes desejos respeitem a autonomia dos outros. Convencer a uma pessoa para ser tratada em contra da sua vontade implica interferir externamente para controlar os seus desejos e planos.

Os participantes narraram que vivenciaram questões éticas da prática clínica em relação com a **obstinação terapêutica**, encontrando 9 referências tais como: *“diariamente, partindo da base onde em determinados serviços nunca existe rendição com os doentes, a nível moral e ético não se faz nada em muitas ocasiões, a obstinação terapêutica faz-se continuamente e diariamente”* (Q19), *“doente durante dois anos em SCI com tratamentos muito agressivos e uma doença incurável, realizam-se biopsias, tubos de tórax, intubações, traqueostomia, tudo num estado de consciência. Todos tínhamos pena de ver a situação dela e da sua família, ao fim evitávamos ter que levar-lha como doente porque víamos que não havia saída nenhuma. Ela acabou esgotada, morreu cheia de infeções e de dor”* (Q28), *“o doente (...) foi sedado e alargada a sua vida 30 dias mais, tentando retirar a sedação em alguma ocasião e fazendo-lhe provas diagnósticas sendo obstinação terapêutica”* (Q7).

Na primeira narração nos confrontamos com o conflito de não ter limites à hora de agir perante a doença dos doentes. Isto implica que as vezes se incorra na obstinação terapêutica, sem atender ao plano ético das ações. Segundo Rui Nunes, *“a humanização da saúde é uma tarefa que respeita a todos os sectores da sociedade, tendo os profissionais de saúde a responsabilidade de exercer a sua profissão na convicção de que lidam com pessoas humanas particularmente vulneráveis”* (Nunes, 2008, p. 8).

Detro desta categoria também encontramos a seguinte referência: *“(...) a família, que pede que se finalize com aquela atividade. A equipa médica não atende aos comentários e desejos da família. O doente morre em poucas semanas, depois de aceitar a sua limitação na prestação de cuidados excessivos não vitais (hidratação e alimentação via endovenosa)”* (Q2)

Em este contexto, conforme à interpretação do enunciado, parece haver uma falta de comunicação dos objetivos terapêuticos por parte da equipa médica perante a família. Podem-se ter apresentado medidas desproporcionadas, enquanto que as ações tomadas

parecem ter um balanço inadequado entre custos e benefícios para o doente (Herreros, 2015).

A categoria **limitação terapêutica** emerge de 8 referências, num sentido de má praxis na hora de efetuar a limitação, notadamente no sofrimento dos doentes: *“por sedações a doentes “limitados” que eram escassas e faziam-lhes sofrer”* (Q24), *“doente em que havia limitação terapêutica, um rapaz jovem que tardou muitas horas em morrer, com estertores exagerados”* (Q32).

Dentro desta categoria encontramos também referências tais como: *“Por sedações a doentes “limitados” que eram escassas e faziam-lhes sofrer”* (Q24). A sedação paliativa é o último recurso em doentes terminais para aliviar os sintomas intensos e refratários ao tratamento específico quando não existe outra alternativa possível. Consiste na administração de medicamentos sedativos para evitar o sofrimento do doente. Neste contexto, o tratamento da dor e de outros sintomas no fim da vida é aceitável ética e legalmente, sempre que a intenção da ação seja paliar a dor e não causar diretamente a morte.

Em sentido estrito, o termo futilidade deveria ser o sinónimo de inutilidade, e reservar-se para qualificar os tratamentos incapazes de produzir os efeitos fisiológicos desejados. Neste sentido, a sedação proporcionada ao doente era incapaz de produzir o efeito fisiológico desejado, ou seja, conseguir a sedação.

Emergem duas referências representativas dentro de esta categoria: *“Manter um doente com tratamento plenamente ativo quando segundo o meu critério o doente precisa sedação paliativa já que os seus sintomas estão descontrolados em processo de fim da vida”* (Q14).

O profissional de enfermagem, precisa de classificar especificamente de modo a analisar, refletir e dar o seu contributo para as tomadas de decisão que compõem todo o processo de cuidado. Neste sentido, o profissional de enfermagem analisou e refletiu sobre a tomada de decisão no relacionado com o tratamento a instituir à procura do controlo dos sintomas no processo da morte.

A segunda referência representativa é a seguinte: *“em um doente limitado (...) eu pedi aumentar a dose porque a situação era insuportável. A resposta foi que isso seria eutanásia.*

*Eu pergunto se a diminuição da angústia da família, cheia de lágrimas pela situação tão difícil, e o facto de cortar umas horas ou minutos de angústia, sem haver volta atrás, é eutanásia” (Q32).*

Conforme à teoria desenvolvida previamente, quando falamos de ações de duplo efeito como a sedação prévia à morte ou um tratamento que provoca efeito indesejável, não estamos a referir-nos à eutanásia, mas sim de ações que são boas e úteis para o doente, mas que poderão vir a causar danos ou males. Pelo contrário, a eutanásia é a ação dirigida a terminar com a vida do doente partindo do pedido expresso dele e é realizada por um médico (Herreros, 2015).

Segundo a General Medical Council (2010) não existe justificação ética ou legal para manter um tratamento se não é beneficiante para o doente e os objetivos terapêuticos não são alcançados no processo de fim de vida. Atuar contrariamente ao dito poderia ser considerado futilidade.

Em relação a estes termos, o registo enunciado parece não guardar relação com a eutanásia. De facto, guardaria relação com o princípio de não maleficência e com a negação de tratamento a um doente quando é um direito que lhe corresponde.

Segundo a Carta dos Direitos do Doente Internado (p. 5) *“todo o doente internado tem direito ao tratamento da dor. Os conhecimentos científicos permitem, hoje, dar uma resposta, quase na totalidade, às dores crónicas ou agudas, quer sejam sentidas por crianças, adultos ou idosos”*.

Rui Nunes (2007), no Inquérito Nacional à Prática da Eutanásia, entende eutanásia como a morte intencional de um doente, pedido expressamente, através da intervenção direta de um profissional de saúde. Na eutanásia não-voluntária, o doente não tem o conhecimento, por tanto não está pedido expressamente. Na eutanásia involuntária, a ação vai diretamente contra a vontade do doente.

A categoria **confronto entre o bem do doente e as normas da instituição** emerge de uma representativa quantidade de enunciados. Dos 6 enunciados identificados, encontramos registos tais como: *“em algumas ocasiões podem aumentar-se as medidas de limitação*

*terapêutica em alguns doentes com a intenção de acelerar o processo e ocupar o espaço livre com outro doente que precisa da cama” (Q31), “Protocolo de serviço Vs. transição: por norma não é possível que os familiares permaneçam no serviço durante 24 horas. No entanto, no caso de utentes paliativos, faz-me sentido que os familiares o possam fazer. Várias vezes tive discussões com os meus hierárquicos superiores, para transferirmos esses utentes para quartos individuais e deixarmos os familiares estarem presentes até ao utente morrer” (Q36).*

O facto de ter pressões dos hierárquicos superiores por diversas questões tais como a falta de camas e a falta de recursos tanto humanos como materiais, facilitam situações potencialmente prejudiciais para os doentes pela prestação inadequada de serviços de saúde.

A categoria **má prática de cuidados** emerge de 5 enunciados identificados com registos tais como: *“Uma noite no serviço de cardiologia avisa um doente por desconforto geral e dor no membro superior esquerdo. Se realiza ECG, se avisa ao médico, e a resposta dele por telefone é que “está muito ocupado na urgência e que como é um doente muito queixoso, que a enfermeira ponha paracetamol e que depois subirá para avaliar ao doente”. O médico tardou em avaliar ao doente quase 45 minutos, confirmou-se que tinha uma angina e foi trasladado de urgência ao Serviço coronário. Durante os 45 minutos foi avisado ao médico em várias ocasiões e não fiz nada ao respeito. O seu comentário foi: quando finalize com as minhas coisas subirei” (Q10), “desconectar a um doente do respirador para acelerar o processo da morte” (Q11).*

Os profissionais de enfermagem são os responsáveis pela prestação de cuidados seguros e eficazes, incluindo a manutenção de um ambiente seguro. Mas quando os cuidados formam parte de um trabalho interdependente de outros componentes da equipa multidisciplinar, podem acontecer situações nas quais os cuidados seguros e eficazes não são garantidos, comprometendo a integridade dos doentes e propiciando a aparição de *moral distress*.

A categoria **recusa de tratamento** emerge de 4 registos, tais como: *“doentes de religiões que não aceitam tratamentos (por exemplo transfusões de sangue)” (Q1), “doente que pede que se deixe morrer antes de ser entubado, pelo mau pronóstico que tinha e que o mesmo doente sabia. Ele pedia que não fosse alargada a sua vida mais tempo desnecessariamente” (Q7).*

A recusa de tratamento, pelo motivo que for, ainda que essa recusa propicie o agravamento ou a morte do doente, é um direito. Segundo o Artigo 3 da Consolidação Lei n.º 15/2014, de 21 de março de 2014, em matéria de Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde:

1 - O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei.

2 - O utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento.

A categoria **confidencialidade da informação** emerge de 3 enunciados, um particularmente frequente no âmbito da saúde, que quebranta o artigo nº 106 do Código Deontológico sobre o considerar confidencial toda a informação sobre o doente e a sua família, sobre partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico e sobre manter o anonimato: *“com muita frequência, para grande pena minha, assisto à quebra do sigilo profissional por vários profissionais de saúde. Trabalho e vivo num meio pequeno onde tudo se sabe, quer em relação aos utentes quer em relação aos familiares”* (Q42).

A categoria **confronto com a morte do familiar** emerge de 2 referências em relação ao momento de morte e como a família atuou: *“situação em que um doente Não-RCP se parou e o seu filho começou a fazer a RCP”* (Q26), *“quando a mãe morreu, o filho não estava no quarto dela, e quando ele chegou à unidade de internamento e foi informado (cheirando a álcool), ele quis bater à auxiliar de enfermagem e começou a gritar “vocês mataram a minha mãe”. Foi avisado ao pessoal de segurança”* (Q13).

Dentro da categoria **comunicação da equipa multidisciplinar** foram identificados 2 enunciados: *“o doente ultrapassa o tempo em que devia estar em ECMO e entre os próprios médicos não conseguem concordar em continuar uma mesma linha de tratamento. Finalmente o médico encarregado da ECMO consegue levar a voz da questão que é experimentar e continuar com a ECMO”* (Q33), *“decidir como explicar à família o prognóstico nada esperançoso do seu familiar. A equipa multidisciplinar foi reunida para compartilhar como avançar e gerir a situação”* (Q16).

No primeiro registo, a comunicação entre equipa para chegar a um consenso sobre um curso de ação perante um tratamento não resulta eficaz e o médico do doente decide sobre os

demais, provocando a questão ética da falta de comunicação e consenso entre equipa para decidir o melhor para o doente. No respeito ao segundo registo, cabe ressaltar que é o único enunciado no qual é identificada uma questão ética e narrada a resolução do dilema.

A categoria **unção dos doentes** emerge da referência de um participante: *“Avisar a um padre para dar a unção num doente entubado, prestes a morrer e que não se pode comunicar e não há família para perguntar-lhes”* (Q11). Esta referência resulta polémica, já que pode não ser entendida como questão ética. O profissional considera que dar a unção num doente entubado, sem ter conhecimento das suas vontades e das suas crenças e sem poder confirmar com a família se o doente gostaria de ter recebido a unção, pode incorrer numa questão ética. Pelo contrario, para o profissional que avisou a um padre poderia ser questão ética o fato de não ter feito nada pelo doente prestes a morrer.

A categoria **omissão da verdade** emerge de uma única referência: *“Os pais (...) ao fim ao não consentir a transfusão tivemos de tapar o saco com papel de prata”* (Q30). O princípio da autonomia, formulado negativamente: *“as ações autónomas não devem ser controladas nem limitadas pelos outros”*, coloca uma obrigação ampla e abstrata que não permite cláusulas de exceção sempre que as ideias e ações não suponham grave prejuízo para os outros. Desta obrigação advém o direito à autodeterminação que inclui entre outros o direito à confidencialidade, à intimidade, à privacidade, à verdade da informação e ao consentimento informado.

Por outra parte, segundo o artigo 7º da Declaração da UNESCO (2005), sempre que a pessoa em questão seja incapaz de expressar a referida anuência para um ato médico ou de investigação, deve ser concedida proteção especial, sendo que na autorização para tais atos deve ser considerada o superior interesse da pessoa envolvida e com o direito interno. Neste sentido, dado que a ação é beneficiante para a criança, transfundir não conforma uma questão ética, mas sim é questão ética o facto de omitir a verdade.

A categoria **consentimento informado** emerge de um registo: *“(...) o consentimento informado que muitas vezes também não é explicado corretamente, no bloco operatório já tive muitas vezes que antes de o doente ser operado esperar para que o médico peça ao cliente para assinar o consentimento...”* (Q40).

No artigo 6º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2015), é expressado que *“qualquer intervenção médica de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico (...) só devem ser realizadas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo”*. Nesta situação, nem sempre as ações são informadas corretamente, nem com o tempo suficiente para poder retirar o consentimento.

Resulta representativo que 7 participantes não preencheram esta parte do questionário ou assinalaram que a resposta era igual que a resposta da pergunta anterior. Também pode-se observar que o número de referências diminui significativamente, devido principalmente á descrição concreta de uma questão ética na que estiveram envolvidos.



## 4 — DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da análise quantitativa de dados, encontramos que 34 (75,6%) profissionais de enfermagem indicaram que as questões éticas surgem com frequência, enquanto que 11 (24,4%) afirmaram que surgem raramente. Os 45 (100%) participantes afirmaram que, no contexto clínico, as questões éticas são identificadas por profissionais de enfermagem. É interessante verificar que os participantes referiram que os doentes e os familiares também identificavam questões éticas (53,3% e 66,7% respetivamente). Também referiram que outros profissionais do âmbito de saúde identificavam questões éticas no exercício da sua profissão, tais como qualquer membro de uma equipa multidisciplinar, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, pessoal de limpeza, cuidadores e tutores legais.

Todos os participantes concordaram em que, na circunstância da tomada de decisão sobre procedimentos em fim de vida, emergem questões éticas, 43 (95,6%) afirmaram que é na tomada de decisão sobre interromper tratamentos que as questões éticas emergem. Por outro lado 38 (84,4%) consideraram existirem questões éticas na tomada de decisão sobre tratamentos médicos a instituir/não instituir.

No que respeita à tomada de decisão sobre prestar/não prestar cuidados de enfermagem a, 33 (73,3%) participantes acharam que emergiam questões éticas nesta circunstância. E por último 27 (60%) participantes observaram questões éticas na tomada de decisão sobre a interrupção voluntária da gravidez.

Em relação ao âmbito das relações, 25 (55,6%) participantes consideraram questões éticas na relação entre médicos e familiares; 23 (51,1%) participantes encontraram questões éticas na relação entre profissionais de enfermagem e familiares. Um participante (2,2%) encontrou questões éticas na circunstância de tratar e cuidar a doentes testemunhas de jeová.

Podemos confirmar que não existe relação entre a perceção da frequência com que acontecem as questões éticas e os dados sociodemográficos recolhidos, se demonstra que

não é possível avaliar a significância entre os resultados da frequência com que acontecem as questões éticas e a nacionalidade, a idade, o sexo, o tempo de serviço trabalhado e os estudos de pós-graduação dos participantes.

Da análise de conteúdo das respostas obtidas da pergunta nº 8, verificamos que as pessoas têm dificuldade em definir o conceito de questão ética, sendo que a maioria dos participantes integram na definição o enquadramento ético do cuidado, o que nos dificulta a obtenção do conceito. Salientamos que apenas 15 dos 45 participantes responderam a esta questão aproximando-se à definição de questão ética.

Da análise de conteúdo das respostas obtidas da pergunta nº 12, os participantes identificaram as questões éticas mais marcantes no exercício da sua profissão, em relação à tomada de decisão, nomeadamente na recusa de tratamento, o consentimento informado e a declaração antecipada de vontade no referido ao doente; na obstinação e limitação terapêutica, na decisão da equipa multidisciplinar e na discordância na decisão no relacionado com os profissionais; identificaram questões éticas na tomada de decisão dos familiares e na interrupção da gravidez.

Também foram identificadas pelos profissionais, questões éticas na comunicação entre a equipa multidisciplinar, com os familiares, assim como no respeito à conspiração do silêncio e a confidencialidade da informação. Identificaram questões éticas no processo de fim de vida, nomeadamente no luto, na morte cerebral e na doação de órgãos.

As questões éticas como o cumprimento de normas institucionais, o conflito de valores o no relacionado com ensaios clínicos, também foram vivenciadas pelos profissionais de enfermagem que participaram na investigação.

Na análise do conteúdo nas respostas da pergunta nº 13 apresentam-se as seguintes conclusões:

O facto de 7 participantes não preencher esta parte do questionário ou assinalar que a resposta é a mesma que a resposta da pergunta anterior pode oferecer novas perguntas de investigação:

1. O questionário é dispendioso de preencher
2. Os participantes não estão suficientemente motivados para preencher o questionário
3. O conhecimento sobre as questões éticas no âmbito da Enfermagem é insuficiente.
4. A capacidade de identificação de questões éticas no âmbito da Enfermagem não está desenvolvida adequadamente.
5. Existe a possibilidade de os participantes não se ter confrontado com nenhuma questão ética no percurso da sua trajetória profissional.

As questões éticas vivenciadas pelos enfermeiros tinham a ver, no processo de fim de vida, com a obstinação terapêutica, a declaração antecipada de vontade, a limitação terapêutica, o processo de luto, a discordância na decisão, a eutanásia, a unção dos doentes e a futilidade terapêutica. A declaração antecipada das vontades foi outra questão ética amplamente expressada.

Questões éticas como a recusa de tratamento, a comunicação com a família e entre equipa, a conspiração de silêncio, a confidencialidade da informação e o consentimento informado também foram vivenciadas. Foram narradas questões éticas relacionadas com o cumprimento de normas institucionais, nomeadamente a distribuição de recursos e políticas internas dos serviços. Parece que as diretrizes conformam a criação de conflitos e questões éticas que afetam até a base do sistema dos cuidados de saúde.

A má prática de cuidados, o não cumprimento da decisão do doente e a recusa de tratamento também emergiram das vivências dos participantes. Parece existir uma ampla frustração face às questões éticas, já seja pela impotência que gera determinadas ações ou pela dificuldade em agir face as questões éticas apresentadas.

Em relação a outros estudos apresentados na comunidade científica com semelhantes características, encontramos problemas ainda não resolvidos em relação às questões éticas, relacionamento entre o stress e a presença de questões éticas; e a necessidade de formação profissional enquanto à legislação e à reflexão sobre os princípios e questões éticas.

Assim mesmo, é preciso recursos que facilitem a identificação e o risco de questões éticas no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica assim como organigramas de ação.

Conforme ao estudo realizado por França (2010), *Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros*, reafirma-se a dificuldade existente na prática em determinar e concretizar o que sejam medidas extraordinárias e futilidade. Também, ainda que sejam tomadas decisões sobre os objetivos de tratamento nos processos de fim de vida, apresentam-se situações que tendem à obstinação terapêutica.

Segundo o estudo publicado por Pavlish et al. (2015), *Screening situations for risk of ethical conflicts: a pilot study*, os resultados indicaram que o sofrimento dos doentes, as expectativas pouco realistas e a própria angústia moral dos profissionais de saúde propiciavam o risco de conflitos éticos. A proximidade que os profissionais de enfermagem mantêm com os doentes pode-lhes ajudar a compreender as responsabilidades éticas, mas isto não assegura os médios e o poder de formular uma resposta. Os profissionais de enfermagem demonstraram stress ao lidar com situações complexas. O uso de uma ferramenta que permita detetar as situações mais propensas de apresentar conflitos éticos e permita uma rápida intervenção é viável, mas deve incluir um enfoque baseado na equipa profissional, e uns objetivos e diretrizes claras para a abordagem de ações de seguimento. Por outra parte, insiste-se no envolvimento da enfermagem nas discussões éticas para obter resultados positivos face aos dilemas éticos.

Lucília Nunes, no estudo *Ethical problems identified by nurses in relation to patients in critical condition* (2015), efetuado também em profissionais do âmbito médico-cirúrgico, concluía que as categorias identificadas na análise de conteúdo respeito as questões éticas eram: informação, suporte no fim da vida, responsabilidade profissional em intervenções interdependentes, tomada de decisão respeito ao destinatário dos cuidados, distribuição de recursos, e respeito pela pessoa e pelo segredo profissional. A maior preocupação ética expressa tinha a ver com a informação ao doente, o suporte nos cuidados de fim de vida e a responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes. As questões éticas mais comuns foram aquelas relacionadas com a decisão respeito à concordância ou recusa do tratamento terapêutico, os dilemas relativos à informação, sobre os processos de fim de vida e a decisão de não ressuscitar; e o respeito dos direitos dos doentes em contextos adversos. Foram considerados o sentido de responsabilidade, a influência da consciência moral na

tomada de decisão, a determinação de proteger às pessoas em risco e os acontecimentos de superação de obstáculos profissionais.

No artigo sobre Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros (2017), Batista et al. concluíram que, no respeito à formação, é necessária uma formação profissional enquanto à legislação e à reflexão sobre os princípios éticos relacionados com o processo de fim de vida.



## 5 — CONCLUSÃO E PROPOSTAS DE TRABALHO

A bioética está presente em todas as nossas ações, nos cuidados de enfermagem. É evidente que a relação irreduzível entre a teoria e a ação, juntamente com uma filosofia de humanização, permite estabelecer relações entre os profissionais de enfermagem com o doente e a família, e que requer de uma capacidade de identificar as questões éticas que são colocadas no quotidiano.

A reflexão ética permite a diminuição de problemas, tanto nos profissionais de enfermagem como na equipa multidisciplinar, no doente e na família, originados por questões éticas.

A dificuldade em identificar que as questões éticas envolvem à equipa multidisciplinar na sua totalidade na definição e limites das ditas questões, não implica que os profissionais de enfermagem não vivenciem os problemas derivados das questões éticas.

É incontornável que os profissionais de enfermagem identificam e narram questões éticas que vivenciaram ao longo do seu exercício profissional, sendo perceptível o grau de frustração que lhes colocam.

As propostas de trabalho futuras que surgem da elaboração deste projeto são as seguintes:

1. Conhecer se a formação pós-graduada em enfermagem tem influência na definição de questão ética
2. Desenvolver uma investigação para avaliar a relação direta entre o *Burnout* do profissional de saúde e a presença das questões éticas no âmbito da Enfermagem médico-cirúrgica.

3. Aprofundar conhecimentos científicos sobre a limitação terapêutica, e o respetivo enquadramento deontológico e legal, nos sistemas de saúde português e espanhol. Realizar um estudo de relação e se estas recomendações são aplicadas na atualidade no sistema de saúde português ou espanhol.

4. Através da análise de conteúdo sobre a definição de questão ética no âmbito dos cuidados de enfermagem e das narrativas sobre vivência perante questões éticas na prática de cuidados, despertou o interesse para aprofundar áreas do conhecimento científico sobre o diagnóstico de morte encefálica, estudos recentes e teorias críticas com os parâmetros atuais do diagnóstico, assim como o enquadramento legal em Espanha e Portugal.

## 6 – BIBLIOGRAFIA

AGRAMONTE, Alain; RODRIGUEZ, Joel L. – Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. Revista Cubana de Enfermería versión On-line v.23 n.1, Ciudad de la Habana, 2007

ALBUQUERQUE, Ana. – Ética e Enfermagem. Quarteto Editora, Coimbra, 2001

ARENDT, Hannah. – La condición humana. Editorial Paidós Ibérica, Barcelona, 2005

BATISTA, Júlio César; SANTANA, Bianca; MACHADO, Janaína; et al. – Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. Revista bioética, vol. 25, Brasil, 2017, p. 158-167

BARDIN, L. – Análise de Conteúdo. Edições 70, Lisboa, 2009

BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS, James F. - Principios de Ética Biomédica. Editorial MASSON, Barcelona, 2002

BRAUNACK-MAYER, Annette Joy. - What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. J Med Ethics. Vol. 27(2), 2001 p. 98-103

Código Deontológico. -Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro

Comissão Nacional da UNESCO-Portugal. – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. UNESCO, Outubro 2005, publicada em 2006

CORLEY, Mary C; MINICK, Ptlene, ELSWICK, R.K; et al. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurse Ethics, East Carolina, 2005, p. 381-390

CORTINA, Adela. - Justicia Cordial. Editorial Mínima Trotta, Madrid, 2010

Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Consolidação pela Lei 15/2014, de 21 de março de 2014. Diário da República, 1ª série, nº 57.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.; MENDES, I. – Revisão dos desenhos de pesquisas relevantes para enfermagem: part. 2: desenhos de pesquisa qualitativa. Rev. Latino-americana de enfermagem. Vol 15, nº4, Julho-Agosto 2007

EVANGELISTA, C., Ivone; YOSHIKAWA, E., Emiko; APARECIDA, B., Dulce.- Integridade e ética na pesquisa e na comunicação científica: questões para a Enfermagem considerar. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.49 nº5, São Paulo, Oct. 2015

FOLEY, Kathleen. – The past and the future of palliative care. The Hastings Center Report, vol. 35, nº 6, 2005, p. 42-46

FLETCHER, Nina; HOLT, Janet; FRAZIER, Margaret; et al. – Ethics, Law and Nursing. Manchester University Press, Manchester e Nova Iorque, 1995

FORTIN, Marie-Fabienne. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Editorial Lusodidacta, 2009

FORTIN, Marie-Fabienne. – O processo de investigação. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, 1999

FRANÇA, Daniela; REGO, Guilhermina; NUNES, Rui. – Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. Revista Bioética, 2010, p. 469-481

GÓMEZ-SANCHO, M. - Atención médica al final de la vida. Conceptos. Revista Sociedad Española del Dolor, 2010, p. 177-179

HERREROS, Benjamín; MORENO-MILÁN, Beatriz; PACHO-JIMÉNEZ, Eloy; et al. - Terminología en bioética clínica. Instituto de Ética clínica Francisco Vallés, Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015, p. 750-61

HOLSTI, Ole. – Content analysis for the social sciences and humanities. Addison Wesley Publishing Company, 1969

JAMETON, A. – Nursing Practice: The ethical issues. Prentice Hall, Englewood Cliffs 1984

LAUREANO, Raul; BOTELHO, Maria do Carmo. – SPSS O Meu Manual de Consulta Rápida. Lisboa: Edições Sílabo, 2012

Lei nº 12/93 de 22 de abril. Diário da República Eletrónico, 1.ª série - 22 de abril de 1993, versão à data de 02-04-2017 p. 4

Lei nº156/2015 de 16 de setembro. Diário da República, 1.ª série - N.º 181 - 16 de setembro de 2015, p. 8103

LEÓN CORREA; Francisco Javier. – Fundamentos y principios de bioética clínica institucional y social. Acta Bioethica, 2009, p. 70-78

LIMA, Jorge; PACHECO, José Augusto; et al. – Fazer Investigação. Contributos para a elaboração de dissertações e teses. Coleção Panorama, Porto Editora, 2006

LUZ, K. R.; VARGAS, M. A.; SCHMIDT, P. H.; et al. - Problemas éticos vivenciados por enfermeiros oncológicos. Revista Latino-americana de Enfermagem, Nov-Dez 2015, p. 1191

Mapa de competencias y buenas prácticas profesionales en Bioética. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2011-2014

MARTINHO, Paula. – Parecer sobre a proposta de Lei nº 65/X (Alteração à Lei nº 12/93, de 22 de Abril – Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana). Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Lisboa, 2006.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, W., B.; Michael P. LEITER, M. P. - Job Burnout. Annual Review of Psychology vol. 52, 2001, p. 397-422

MELO, Helena; NUNES, Rui. – Projecto de diploma nº. P/06/APB/06 que regula o exercício do direito a formular Diretivas Antecipadas de Vontade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e cria o correspondente registo nacional. Porto: Associação Portuguesa de Bioética, 2007

MONTERO-MARÍN, J.; ARAYA, R.; OLIVAN B.; et al. - Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types. BMC Public Health, 2012

NUNES, Lucília. – Ethical problems identified by nurses in relation to patients in critical condition. Revista bioética, vol. 23, p. 185-197, Brasília, 2015

NUNES, Rui; DUARTE, Ivone; SOARES, Ricardo; et al. – Inquérito Nacional à Prática da Eutanásia. Estudo nº E/10/APB/07. Porto: Associação Portuguesa de Bioética, 2007

NUNES, Rui. – Proposta de um referendo nacional sobre a prática da eutanásia. Parecer nº P/13/APB/08. Porto: Associação Portuguesa de Bioética, 2008

Organización Mundial de la Salud (OMS). – Cuidados paliativos. Nota descriptiva nº 402, Centro de Prensa, 2015

OSSORIO, M. – Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales. Edição nº 27, Editorial Heliasta, Buenos Aires, 2000

PAVLISH, Carol; HENRISKEN, Joan; BROWN-SALTZMAN, Katherine; et al. – Screening situations for risk of ethical conflicts: a pilot study. American Journal of Critical Care, Vol. 24, Nº 3, Columbia, 2015

PASTOR, G., Luís Miguel; León, C., Francisco Javier. – Manual de ética y legislación en enfermería. Madrid: Editorial Mosby/Doyma Libros S.A., 1997

PICANÇO, C. M.; SADIGURSKY, D. Concepções de enfermeiras sobre o prolongamento artificial da vida. Revista Enfermagem UERJ, 2014, p. 668-673

POCINHO, M. D. – Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Lisboa: Lidel, 2012

POLIT, Hungler – Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª Ed. McGraw-Hill, México, 2000

Programa de Base de Estudos sobre Bioética. Parte 1: Programa temático. Escritório Regional de Ciências da UNESCO para América Latina e Caribe. UNESCO Montevideú, 2015

<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/Bioet-CoreCurriculum-PT-Parte1.pdf>

REICH, Warren Thomas. - Encyclopedia of Bioethics. Macmillan Pub; New York, 1995

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros REPE. – Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril

Regulamento do segundo ciclo de estudos. – Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010

SÁBADA, Javier. – Principios de Bioética Laica. Editoria Gedisa, Barcelona, 2004

SGRECCIA, Elio. - Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica. Edição Príncípa Editora, Lda. Cascais, 2009

SGRECCIA, Elio. - Manual de Bioética. II.- Aspetos médico-sociais. Edições Loyola, Lisboa, 1997

THOMPSON, Ian E., MELIA, Kath, M., BOYD, Kenneth M. - Ética em Enfermagem. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures, 2004

Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making. General Medical Council, Manchester, 2010

URBAN, Cícero de Andrade. – Bioética Clínica. Editora Revinter Ltda., Rio de Janeiro, 2003

VAARTIO, H.; et al. - Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. Nurse Ethics, May 2009, p. 340-362

VALA, J. - A Análise de Conteúdo. A. Silva & J. Pinto (Eds.), Metodologia das Ciências Sociais. Porto,1999, p. 110-111

WIEGAND, D. L.; FUNK, M. – Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. Nurse ethics, Nº 19, 2012, p. 479-487



## 7 – ANEXO







## **ANEXO I. Questionário em português**

O presente questionário enquadra-se no projeto de Dissertação do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto e pretende identificar a percepção dos profissionais de enfermagem da dimensão ética dos cuidados.

Para salvaguardar os direitos dos participantes envolvidos, a sua integridade e a confidencialidade das informações pessoais, garante-se a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo os mesmos destruídos após armazenamento da informação presente nos questionários em programa informático, porém só serão divulgadas as unidades de registo codificadas.

Para salvaguardar o anonimato dos participantes, não se deve incluir no questionário o nome do participante nem o hospital onde trabalha.

A participação no estudo por meio do preenchimento do questionário é livre e voluntária.

### **Questionário**

1 – Nacionalidade: \_\_\_\_\_

2 - Idade: \_\_\_\_\_ anos

3- Sexo:

Feminino

Masculino

4 – Tempo de serviço: \_\_\_\_\_ anos (completos)

5 – País onde trabalha \_\_\_\_\_

6 - Serviços onde desempenhou funções de enfermeiro: (p. f. não especificar as Instituições)

---

---

---

---

---

7 –Tem formação pós-graduada?

Sim

Não

Se sim, qual?

8 – Defina, por palavras suas, o que entende por questão ética no âmbito dos cuidados de enfermagem.

**Nas perguntas que se seguem pode assinalar o número de opções que desejar**

9 – Em sua opinião, as questões éticas surgem no contexto da prestação de cuidados de enfermagem?

- Sim, com frequência
- Sim, raramente
- Não

10 – No contexto clínico as questões éticas são identificadas por:

- Enfermeiros
- Médicos
- Utentes
- Familiares dos utentes
- Outros

Especifique: \_\_\_\_\_

11 – Em que circunstâncias emergem as questões éticas?

- Na tomada de decisão sobre cuidados de enfermagem a prestar/não prestar
- Na tomada de decisão sobre tratamentos médicos a instituir/não instituir
- Na tomada de decisão sobre interromper tratamentos
- Na tomada de decisão sobre internamento/transferência de utentes.
- Na tomada de decisão sobre a interrupção voluntária de gravidez
- Na tomada de decisão sobre procedimentos em fim de vida
- Na relação entre médicos e familiares
- Na relação entre enfermeiros e familiares
- Outras:

Quais? \_\_\_\_\_

12 – Partindo da sua experiência profissional, identifique as questões éticas mais marcantes com que se confrontou.

13 – Narre uma situação da sua prática profissional em que se tenha confrontado com questões éticas no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

Obrigada pela sua colaboração.

## **ANEXO II. Questionário em espanhol**

El presente cuestionario se encuadra en el proyecto de Disertación del Máster de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende identificar la percepción de los profesionales de enfermería en relación con la dimensión ética de los cuidados.

Para salvaguardar los derechos de los participantes implicados, su integridad y la confidencialidad de la información personal, se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos, siendo éstos destruidos después del almacenamiento digital de la información presente en los cuestionarios, por lo que solamente serán divulgadas las unidades de registro codificadas.

Para salvaguardar el anonimato de los participantes, no se debe incluir en el cuestionario el nombre del participante ni el hospital donde trabaja.

### **Cuestionario**

1 – Nacionalidad: \_\_\_\_\_

2 - Edad: \_\_\_\_\_ años

3- Sexo:

Femenino

Masculino

4 – Tiempo de servicio: \_\_\_\_\_ años (completos)

5 – País donde trabaja \_\_\_\_\_

6 - Servicios donde ha desempeñado funciones de enfermería: (p. f. no especificar las Instituciones)

---

---

---

---

---

7 – ¿Tiene formación de postgraduación?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿cuál?

8 – Defina, en sus propias palabras, lo que entiende por cuestión ética en el ámbito de los cuidados de enfermería.

**En las preguntas siguientes puede escoger el número de opciones que considere oportunas**

9 – En su opinión, ¿las cuestiones éticas surgen en el contexto de la prestación de cuidados de enfermería?

- Sí, con frecuencia
- Sí, raramente
- No

10 – En el contexto clínico las cuestiones éticas son identificadas por:

- Personal de enfermería
- Personal facultativo
- Pacientes
- Familiares de los pacientes
- Otros

Especifique: \_\_\_\_\_

11 – ¿En qué circunstancias surgen las cuestiones éticas?

- En la toma de decisión sobre cuidados de enfermería a realizar/no realizar
- En la toma de decisión sobre tratamientos médicos a administrar/no administrar
- En la toma de decisión sobre interrumpir tratamientos
- En la toma de decisión sobre ingreso/traslado de pacientes.
- En la toma de decisión sobre la interrupción voluntaria del embarazo
- En la toma de decisión sobre procedimientos en el final de la vida
- En la relación entre personal facultativo y familiares
- En la relación entre personal de enfermería y familiares
- Otras:

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

12 – Partiendo de su experiencia profesional, identifique las cuestiones éticas más marcantes con las que se ha confrontado.

13 – Narre una situación de su práctica profesional en la cual se haya confrontado con cuestiones éticas en el ámbito de la prestación de cuidados de salud.

Gracias por su colaboración.

## ANEXO III-. Categorização pergunta 8

**Categorização Q8** - Defina, por palavras suas, o que entende por questão ética no âmbito dos cuidados de enfermagem

DOMÍNIO	Categoria	Unidade de Registo	UE
<b>Conceito de Questão Ética</b>	Conflito interno	<p>Modo correto de atuação em determinadas situações que podem levar à controvérsia, tomada de decisões sobre cuidados ou tratamentos, tendo em conta as circunstâncias pessoais ou desejos próprios das pessoas (Q17)</p> <p>Situação onde se apresenta um conflito entre o que se tem de fazer e o que um pensa que se deve fazer (Q24)</p> <p>Modo correto de atuação em determinadas situações que podem levar à controvérsia, tomada de decisões sobre cuidados ou tratamentos, tendo em conta as circunstâncias pessoais ou desejos próprios das pessoas (Q17)</p> <p>Situação onde se apresenta um conflito entre o que se tem de fazer e o que um pensa que se deve fazer (Q24)</p> <p>Luta interna entre o que está bem ou não e o que tenho de fazer e o que penso que devo fazer (Q28)</p> <p>(...) como eu, enquanto enfermeira, me sinto ao prestar esses mesmos cuidados (Q36)</p> <p>(...) uma situação clínica que despolete no profissional uma dualidade de sentimentos/opiniões/tomada de decisão (Q38)</p>	7
	Incerteza de não-maleficência	<p>Se o cuidado que estás a realizar moralmente está bem ou mal em função da situação do doente (Q10)</p> <p>É uma questão quando o doente pode receber prejuízo ao coloca-se tratamento (Q26)</p> <p>(...) questiono se a minha intervenção beneficia ou não o utente (...) (Q41)</p>	3
	Respeito pela decisão do doente	<p>Questões nas que se enfrentam os desejos de salvar e os de respeitar a vontade dos doentes (Q25)</p> <p>(...) se me coloca numa posição em que não concordo em realizar alguma atividade ou intervenção que o utente pretende como por exemplo a interrupção voluntária da gravidez (Q41)</p> <p>relacionadas com os direitos dos doentes e que podem colidir com os deveres dos profissionais de saúde (Q42)</p>	3
	Conflito de valores humanos e profissionais	<p>Todas as questões que envolvem a opinião e as crenças dos doentes e dos profissionais de saúde (Q25)</p> <p>(...) aquelas que envolvem dilemas morais/éticos resultantes da heterogeneidade da população (...) (Q36)</p> <p>Qualquer condição que ameace a dimensão ética do cuidar (Q44)</p> <p>(...) questões que apelem aos valores humanos (Q45)</p>	4



## ANEXO IV. Quadro – DOMÍNIO: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES ÉTICAS

**Categorização Q12** - Partindo da sua experiência profissional, identifique as questões éticas mais marcantes com que se confrontou.

Categoria	Subcategoria	Subsubcategoria	Unidade de Registo	UE
Tomada de decisão	Pessoa doente	Recusa de tratamento	<p>Decisões de não desejar continuar com o tratamento (Q17)</p> <p>Na situação em que o doente manifesta a sua objeção e se continue a fazer mais provas ou outro tipo de ações (Q6)</p> <p>Administrar sangue ou não a um doente que pela sua ideologia não deveria ser administrada (Q24)</p> <p>Negação a ser transfundido (Q17)</p> <p>No caso das pessoas que são testemunhas de Jeová: saber que vão ser intervencionadas e que essa intervenção implica uma hemorragia e não quererem que lhes seja feita uma transfusão sanguínea, correndo risco de vida (Q36)</p> <p>Na vontade expressa do doente em não os usufruir (Q34)</p> <p>Paciente recusa transfusão do hemoderivado (sanguínea) por questões religiosas, por choque hipovolémico fica inconsciente e são prescritas 2 unidades de hemoderivados para administração urgente, o enfermeiro coloca a transfusão? (Q43)</p>	7
		Consentimento informado	<p>Transfusão a um doente testemunha de Jeová. Finalmente o doente deu o seu consentimento (Q4)</p> <p>Consentimento informado (Q40)</p> <p>Quanto ao consentimento concordo sim com a sua aplicação desde que seja informado pois o que assisto com frequência quase diária é que de informado ele tem pouco pois muitas</p>	3

	<b>Pessoa doente</b> (cont.)		vezes o utente chega ao bloco operatório para ser sujeito a uma intervenção cirúrgica sem que saiba o que lhe vão fazer, no entanto o consentimento está assinado pois tem que ser feito o procedimento sem que seja assegurado o direito fundamental do utente que é receber informação (Q42)	
		Declaração antecipada de vontade	O incumprimento do testamento vital assinado por uma doente (Q19) Ignorar as instruções prévias dos doentes (Q33)	1
	<b>Profissionais</b>	Obstinação terapêutica	<p>Obstinação terapêutica (Q2)</p> <p>Medidas terapêuticas (...) extraordinárias ... (Q3)</p> <p>Administração de tratamento de quimioterapia em doente terminal (Q5)</p> <p>Limitação da obstinação terapêutica (Q8)</p> <p>Extrair sangue para análise a um doente que está a morrer. Manter um doente conectado ao respirador e com medicação a doses altas quando é sabido que vai morrer e não ser desconectado do ventilador até às 8h da manhã (Q10)</p> <p>(...) quando acho que há obstinação terapêutica (Q11)</p> <p>Doentes moribundos e com obstinação terapêutica (Q18)</p> <p>Tratamentos invasivos em um doente que se sabia que ia morrer igualmente. RCP prolongada depois de estar o doente durante 14 minutos em PCR com quase certeza de dano neurológico (Q23)</p> <p>Tratamentos inúteis em doentes terminais (Q15)</p> <p>Durante a limitação terapêutica, em urgências, doentes com diagnóstico claro de paliativo, pedem-se provas microbiológicas invasivas, transfunde-se.... (Q25)</p>	18

<p><b>Tomada de decisão</b> (cont.)</p>	<p><b>Profissionais</b> (cont.)</p>	<p>Obstinação terapêutica ante situações evidentes de morte imediata do doente (Q19)</p> <p>Cuidar ao doente e a sua família quando sabes que esse tratamento não tem cura, só para esperar a que finalize o fim-de-semana e volte o seu médico e decida o que fazer com o doente. (Isto acontece frequentemente) (Q21)</p> <p>Muitos... continuar com o tratamento em doentes limitados (...) tratamentos agressivos (Q28)</p> <p>Continuar com tratamento ativo em doentes terminais (agónicos) (Q 29)</p> <p>Obstinação terapêutica (Q33)</p> <p>Alimentação na fase agónica (cuidados paliativos) (Q35)</p> <p>Questões relacionadas com utentes em fim de vida, a realização de intervenções invasivas para prolongar a vida de outra que está em cuidados paliativos e em sofrimento (Q41)</p> <p>A prestação de cuidados desajustados a sua condição terminal (Q44)</p>	<p>10</p>
		<p>Limitação terapêutica</p> <p>Decisões sobre finalizar um tratamento (Q31)</p> <p>Questões relacionadas com os procedimentos associados às questões do fim de vida e com os cuidados a serem ou não prestados em determinados contextos (Q37)</p> <p>Questões éticas relacionadas com a tomada de decisão sobre a decisão de interromper tratamentos ou não (Q38)</p> <p>Limitação de cuidados a doentes muito jovens devido à gravidade da sua situação (Q12)</p> <p>Momento de suspender ou não um tratamento (Q13)</p>	

			<p>Retirada de tratamentos ativos (Q26)</p> <p>Decisão de limitação terapêutica (Q17)</p> <p>Deterioro importante de doentes pediátricos, surgiu a questão de limitar o tratamento (Q20)</p> <p>Limitação terapêutica (Q21)</p> <p>Nas limitações dos doentes. Nos “despejos” de pessoas jovens (Q22)</p>	
	<b>Profissionais</b> (cont.)	Decisão da equipa multidisciplinar	<p>Tomada de decisão sobre os procedimentos ao fim da vida (Q1) Atuações ao fim da vida (Q2)</p> <p>Participar nas decisões de limitação do tratamento de suporte vital e em que medida os cuidados devem mudar nestas situações (Q9)</p> <p>Sedação sim ou não paliativa (Q26)</p> <p>Na tomada de decisão (...) em procedimentos fim vida (Q34)</p> <p>Decidir entre toda a equipa do serviço de paliativos como propor à família a decisão mais correta à hora de efetuar uma sedação terminal, explicando o significado da situação (Q16)</p> <p>Decisão custo Vs. benefício (Q35)</p>	6
		Discordância na decisão	<p>Defender e apoiar uma mãe porque defende a vida do seu filho deformado e não aceita a limitação terapêutica (Q8)</p> <p>Opiniões contrárias entre o médico e a enfermeira sobre continuar com tratamento ativo num doente (Q14)</p> <p>Limitar e desconectar doentes que eu acho que tem possibilidades (Q28)</p> <p>(...) quando eu não concordo com a limitação (...) (Q11)</p> <p>Doente paliativo, sem referencia à não reanimação em caso de paragem</p>	5

			cardiorrespiratória e inicia manobras? (Q43)	
		Cuidados de enfermagem	Questões éticas relacionadas com a tomada de decisão sobre cuidados de enfermagem a prestar/não prestar (Q38) Na tomada de decisão sobre os cuidados de enfermagem a instituir (Q34)	2
		Eutanásia	Eutanásia (Q30)	1
	<b>Familiares</b>		Perante uma limitação de tratamento em um doente, limitação assinada pela família que rejeitou no último instante (Q20)  No serviço de internamento de geriatria, em várias ocasiões foi planteada a situação de considerar que está a fazer-se obstinação terapêutica quando o doente não pode manifestar-se e a família decide por ele (Q6)  Avisar os pais de uma criança para perguntar se queriam continuar com o tratamento do seu filho que, pelo máximo, viveria 48 horas mais (Q7)	3
	<b>Interrupção da gravidez</b>		Suspensão voluntária da gravidez (Q26)	1
<b>Comunicação</b>	<b>Entre equipa</b>		Má comunicação respeito os objetivos que se tem com os doentes (Q25)  O equipo médico não informa das mudanças nos tratamentos. Pobre comunicação entre os enfermeiros e os médicos em cuidados básicos (Q27)  Quando o tratamento indica “limitação terapêutica” e não está definido nem bem indicado como fazê-lo (Q11)  Falta de respeito entre profissionais (Q30)  Contradições entre decisões de diferentes profissionais sobre um mesmo doente. (Q31)  De uma forma geral, as reuniões interdisciplinares onde se decidia operar ou não um utente, tendo principalmente em atenção a sua idade real e não o estado de saúde (há utentes com 80 anos com	7

<b>Comunicação</b>  (cont.)			<p>uma qualidade de vida superior a utentes com 60 anos). (Q36)</p> <p>Com ordens de levantar ao doente ou não (Q32)</p>	
	<b>Com familiares</b>		<p>Ocultar informação à família por ordem do doente (Q8)</p> <p>As famílias pedem querer ver morrer o seu familiar doente quando aconteça, e quando o momento está a chegar não ter tempo para avisar à família e o doente morre sem estar a família à frente (Q7)</p> <p>Omissão de informação à família em relação à situação real do doente (Q19)</p> <p>guardar segredos que afetem a terceiras pessoas (Q28)</p> <p>Confronto entre a vontade dos familiares Vs. a intenção dos profissionais para determinado utente (Q35)</p>	5
	<b>Confidencialidade da informação</b>		<p>Defender o doente do seu cônjuge (Q8)</p> <p>Guardar um segredo de um doente como pode ser a sua condição sexual, doenças de transmissão sexual, etc. (Q31)</p> <p>Invadimos constantemente a intimidade do doente. Numa admissão de um utente recolhemos os antecedentes pessoais. Até que ponto algumas histórias, procedimentos, devem fazer parte dessa avaliação, quando sabemos que qualquer profissional de saúde pode ter acesso do sistema informático, saber tudo o que deve e não deve, que tem o direito ou não de saber (Q39)</p> <p>Sigilo profissional (Q40)</p> <p>A questão do sigilo profissional em determinadas situações, também me leva a colocar questões éticas (Q41)</p>	5

	<b>Conspiração do silêncio</b>		<p>Segredo médico (conspiração de silêncio) (Q2)</p> <p>A conspiração de silêncio na fase terminal do doente (Q3)</p> <p>Informação do estado crítico do doente e a família não quer que o doente seja informado (Q13)</p> <p>Informação sobre o diagnóstico/prognóstico ao doente (conspiração de silêncio) (Q15)</p>	4
<b>Cumprimento de normas institucionais</b>			<p>Internamentos rápidos levando-se ao doente anterior sem ter tempo (Q32)</p> <p>Agravamento de doentes e não ser transferidos para serviços adequados (Q27)</p> <p>Traslados de doentes por isolamentos de contato (Q32)</p> <p>Mau gasto do dinheiro público (Q33)</p> <p>A pressão para altas hospitalares precoces, pelas chefias/direção/equipa médica, quando a equipa de enfermagem questiona se essa brevidade será favorecedora do bem presumido do doente. (Q44)</p>	5
<b>Fim de vida</b>	<b>Luto</b>		<p>Na perda de um ente querido (Q22)</p> <p>A falta de apoio/acompanhamento adequado à família em processos de luto (Q44)</p>	2
	<b>Morte cerebral</b>		<p>As questões éticas que mais me marcaram tiveram a ver com (...) o diagnóstico de morte cerebral (...) O diagnóstico de morte cerebral põe em causa o direito à vida e as convicções religiosas dos utentes, pois apenas se conhece uma pequena parte do cérebro e será que os testes que se fazem são os suficientes para diagnosticar a morte? E será que a pessoa em causa acredita nesse diagnóstico??? (Q42)</p>	1
	<b>Doação de órgãos</b>		<p>As questões éticas que mais me marcaram tiveram a ver com a doação de órgãos (Q42)</p>	1

<b>Conflito de valores</b>			Tratar doentes terroristas, assassinos ou violadores (Q8)	1
<b>Ensaio clínico</b>			(...) Mudar de medicação por parte dos médicos para que os doentes entrem em ensaios clínicos (Q12)	1

## ANEXO V. Quadro – DOMÍNIO: QUESTOES ÉTICAS DA PRÁTICA CLÍNICA

**Categorização Q13** - Narre uma situação da sua prática profissional em que se tenha confrontado com questões éticas no âmbito da prestação de cuidados de saúde

Categoria	Unidade de Registo	UE
<p><b>Respeito pela autonomia do doente</b></p>	<p>Um doente em cuidados críticos havia sido internado e entubado por insuficiência respiratória. Ele tinha especificado nas suas “instruções prévias” que não desejava medidas extraordinárias. Quando o doente acordou e estava entubado com a “peça em T”, escreveu numa folha de papel “isto é desumano”, já que ainda não estava tomada a decisão de cumprir os seus desejos. (A sua patologia era oncológica e de mau pronóstico, mas ainda não estava nos 6 meses de doença terminal) (Q9)</p> <p>O filho (...) não quer que ela (a sua mãe) seja sedada, quando a vontade expressa de ela era ser sedada nos seus últimos dias (Q13)</p> <p>Não respeitando as últimas vontades do doente (Q19)</p> <p>Mulher de 82 anos de idade com cancro de mama e de pulmão com metástase em estado terminal. O seu único filho (alcoólico) não quer que a sua mãe seja informada, quando ela se encontra nas suas plenas faculdades (Q13)</p> <p>Informação a familiares omitindo ao próprio doente (Q18)</p> <p>Foi sedado um doente, cobrindo o saco da medicação com um saco de quimioterapia para que o doente não soubesse. A família pediu fazer isso e foi acordado com o médico (conspiração de silêncio) (Q26)</p> <p>Entubar um doente que previamente informou que não queria ser entubado. (Q11)</p> <p>Em um caso em que uma doente informou à enfermeira de que o seu desejo era não continuar o tratamento. O médico foi informado e ele tratou de convence-la de continuar (sendo preciso medidas invasivas tais como canalização de Shaldom, IOT...) Continuou-se com o tratamento tendo convencido à doente. Ela morreu aos 2 dias e não como ela havia desejado (Q25)</p> <p>Doente ter vontade expressa de não usufruir de cuidados médicos/enfermagem e mantém-se a decisão por parte da equipa assistente em o fazer (Q34)</p> <p>Um doente em fase terminal de vida que recusava qualquer tratamento (medicação) e cuja família insistia para que os profissionais investissem no doente (Q38)</p>	<p>10</p>

<p><b>Obstinação terapêutica</b></p>	<p>Doente que, segundo às provas demonstráveis, continua-se com um tratamento desproporcionado e discorda à sua situação (Q2)</p> <p>O doente (...) foi sedado e alargada a sua vida 30 dias mais, tentando retirar a sedação em alguma ocasião e fazendo-lhe provas diagnósticas sendo obstinação terapêutica (Q7)</p> <p>Administração de tratamentos quimioterápicos a doentes oncológicos muito avançados (Q15)</p> <p>Diariamente, partindo da base onde em determinados serviços nunca existe renição com os doentes, a nível moral e ético não se faz nada em muitas ocasiões, a obstinação terapêutica faz-se continuamente e diariamente (Q19)</p> <p>Doente durante dois anos em SCI com tratamentos muito agressivos e uma doença incurável, realizam-se biopsias, tubos de tórax, intubações, traqueostomia, tudo num estado de consciência. Todos tínhamos pena de ver a situação dela e da sua família, ao fim evitávamos ter que levar-lha como doente porque víamos que não havia saída nenhuma. Ela finalizou esgotada, morreu cheia de infeções e de dor (Q28)</p> <p>Por exemplo o ter que sondar uma pessoa em fim de vida que se recusa comer porque a família ou o médico assim o pretendem (Q41)</p> <p>Dada a condição clínica do doente, o enfermeiro opta por não iniciar manobras de suporte básico de vida (Q43)</p> <p>(...) A família, que pede que se finalize com aquela atividade. A equipa médica não atende aos comentários e desejos da família. O doente morre em poucas semanas, depois de aceitar a sua limitação na prestação de cuidados excessivos não vitais (hidratação e alimentação via endovenosa) (Q2)</p> <p>Doente com deterioração geral no SCI Pediátrico com historial médico de transplante de medula óssea e complicações derivadas do transplante, precisa de ser internado no SCI. Depois de estar internado muito tempo, apresenta fracasso multiorgânico e, apesar da intenção da equipa de proceder com a limitação do tratamento, a família recusa a limitação e quer continuar com o tratamento e sem limites. O doente desenvolve infeções e sofre uma paragem cardíaca (...) a família continua o confronto com a equipa e quer continuar com todo o tratamento. Pensando no bem-estar do doente, intenta-se explicar à família que por o bem do doente deve-se finalizar com o tratamento pelo sofrimento que tem. Apesar da família saber o correto, o tratamento foi continuado sem limite (Q20)</p>	<p>9</p>
--------------------------------------	---	----------

<p><b>Limitação terapêutica</b></p>	<p>A limitação terapêutica foi muito rápida e foram feitos novos procedimentos básicos dos que se deveriam, ocasionando uma morte prematura. Não foi, com certeza, uma morte a causa de poucos cuidados, se não que na minha opinião deve-se tentar alargar ao máximo os cuidados básicos e não intervenções médicas como cirurgias (Q12)</p> <p>Por sedações a doentes “limitados” que eram escassas e faziam-lhes sofrer (Q24)</p> <p>Doente em que havia limitação terapêutica, um rapaz jovem que tardou muitas horas em morrer, com estertores exagerados (Q32)</p> <p>Manter a um doente com tratamento plenamente ativo quando segundo o meu critério o doente precisa sedação paliativa já que os seus sintomas estão descontrolados em um processo de fim da vida (Q14)</p> <p>Por sedações a doentes “limitados” que eram escassas e faziam-lhes sofrer (Q24)</p> <p>Em um doente limitado (...) eu pedi de aumentar a dose porque a situação era insuportável. A resposta foi que isso seria eutanásia. Eu pergunto se a diminuição da angústia familiar, cheia de lágrimas pela situação tão difícil, e o facto de cortar umas horas ou minutos de angústia, sem haver volta atrás, é eutanásia (Q32)</p> <p>Um utente em fase agónica sem historial recente de compromisso gástrico com indicação para dieta zero..., mas porque não alimentar? Não tem o enfermeiro o dever, a menos que haja uma contra-indicação clara? (Q35)</p> <p>Doente sem indicação médica para SAV e DNR, proporcionar apenas medicação de conforto. O que implica medidas de conforto? Oxigénio, soroterapia e analgesia. Alimentação por SNG é suspensa, controlo analítico? (Q39)</p>	<p>8</p>
<p><b>Confronto entre o bem do doente e as normas da instituição</b></p>	<p>Doente terminal fumador, muito nervoso com perigo de fuga por desorientação, precisa de fumar e não pode baixar à rua, me encontrei frente a uma situação de deixar ou não dera fumar ao doente numa instituição hospitalar, incluindo no serviço. O doente optou por ir a um lugar apartado e fumar sem eu intervir na sua decisão (Q5)</p> <p>Quando se tem de dizer à família que tem de abandonar o quarto quando o doente faleceu, quando querem ficar mais tempo com ele. E quando tens de tirar ao doente do seu quarto por ausência de camas (Q22)</p> <p>Em algumas ocasiões podem aumentar-se as medidas de limitação terapêutica em alguns doentes com a intenção de acelerar o processo e ocupar o espaço livre com outro doente que precisa da cama (Q31)</p> <p>Na semana anterior estive com um doente com ECMO. Durante todo o tempo que tínhamos doentes de mais no serviço (23 doentes, o máximo são 20) não foi contratada nenhuma pessoa, mas sim foi mudada a membrana porque ao fazer os potenciais ao doente tinha um 20% de função própria, o que custa 6000 euros (Q33)</p>	<p>6</p>

<p><b>Confronto entre o bem do doente e as normas da instituição (cont.)</b></p>	<p>Protocolo de serviço Vs transição: por norma não é possível que os familiares permaneçam no serviço durante 24 hrs. No entanto, no caso de utentes paliativos, faz-me sentido que os familiares o possam fazer. Várias vezes tive discussões com os meus hierárquicos superiores, para transferirmos esses utentes para quartos individuais e deixarmos os familiares estarem presentes até ao utente morrer (Q36)</p> <p>Um doente de nacionalidade espanhola recorreu ao serviço de saúde (hospital) em Portugal no sentido de obter uma alternativa de tratamento após lhe ter sido diagnosticado um carcinoma em estágio IV sem possibilidade curativa em Espanha. Após internamento e estudo do caso foi confirmado o diagnóstico, sem possibilidade curativa também em Portugal. Após a confirmação da situação, foi proposta a transferência para o hospital espanhol para dar continuidade ao caso. O doente reagiu à transferência. Manifestou vontade de ficar internado em Portugal. Reagiu que fosse contactado qualquer familiar para dar conhecimento. Contudo foi feita pressão de instituição para transferir o caso para Espanha contra a sua vontade, por questões económicas. Apesar de ter sido confirmado ser uma condição de vida foram-lhe prescritos cuidados desajustados à condição de fim de vida até ser reavaliado por o serviço de cuidados paliativos que suspendeu essas medidas e instituiu medidas de conforto (várias semanas depois do seu internamento). O doente apresentava metástase cerebral. Foi questionada a capacidade de decidir e o discernimento dessas decisões e manifestações de vontade expressas do doente pela equipa médica. Foi pedida avaliação neurológica e psiquiátrica. Entretanto faleceu no serviço poucos dias depois (Q44)</p>	
<p><b>Má prática de cuidados</b></p>	<p>Uma noite no serviço de cardiologia avisa um doente por desconforto geral e dor no membro superior esquerdo. Se realiza ECG, se avisa ao médico, e a resposta dele por telefone é que “está muito ocupado na urgência e que como é um doente muito queixoso, que a enfermeira ponha paracetamol e que depois subirá para avaliar ao doente”. O médico tardou em avaliar ao doente quase 45 minutos, confirmou-se que tinha uma angina e foi trasladado de urgência ao Serviço coronário. Durante os 45 minutos foi avisado ao médico em várias ocasiões e não fez nada ao respeito. O seu comentário foi: quando finalize com as minhas coisas subirei” (Q10)</p> <p>Desconectar um doente do respirador para acelerar o processo da morte (Q11)</p> <p>Múltiplas tentativas de picar uma veia periférica num mesmo doente com a dor que supõe para o doente sem pedir ajuda a um colega (Q23)</p> <p>Doente que apresenta um agravamento do seu estado basal e a equipa médica não quer pedir o traslado desde o lar até ao hospital (Q27)</p> <p>(...) Apesar de ter sido confirmado ser uma condição de vida foram-lhe prescritos cuidados desajustados à condição de fim de vida até ser reavaliado por o serviço de cuidados paliativos que suspendeu essas medidas e instituiu medidas de conforto (várias semanas depois do seu internamento) (...) (Q44)</p>	<p>5</p>
<p><b>Recusa de tratamento</b></p>	<p>Doentes de religiões que não aceitam tratamentos (por exemplo transfusões de sangue) (Q1)</p>	<p>4</p>

<p><b>Recusa de tratamento (cont.)</b></p>	<p>Doente que pede que se deixe morrer antes de ser entubado, pelo mau pronóstico que tinha e que o mesmo doente sabia. Ele pedia que não fosse alargada a sua vida mais tempo desnecessariamente (Q7)</p> <p>Doente tetraplégica que solicita não continuar com o suporte ventilatório que a mantém com vida (Q17)</p> <p>Uma criança testemunha de Jeová que precisava de uma transfusão de sangue e os pais não consentiam a transfusão (Q30)</p>	
<p><b>Confidencialidade da informação</b></p>	<p>Doente ser portador de uma doença infecto contagiosa (HIV) e o principal prestador de cuidados não ter conhecimento da mesma, uma vez que o cliente não queria que esta fosse comunicada à família (Q37)</p> <p>As situações mais complicadas são de manter o sigilo profissional que muitas vezes quase sem querer podemos não cumprir...(Q40)</p> <p>Com muita frequência, para grande pena minha assisto à quebra do sigilo profissional por vários profissionais de saúde. Trabalho e vivo num meio pequeno onde tudo se sabe, quer em relação aos utentes quer em relação aos familiares (Q42)</p>	<p>3</p>
<p><b>Confronto com a morte do familiar</b></p>	<p>Quando a mãe morreu, o filho não estava no quarto dela, e quando ele chegou à Unidade de internamento e foi informado (cheirando a álcool) quis bater à auxiliar de enfermagem e começou a gritar “vocês mataram a minha mãe”. Foi avisado ao pessoal de segurança (Q13)</p> <p>Situação em que um doente Não-RCP se parou e o seu filho começou a fazer a RCP (Q26)</p>	<p>2</p>
<p><b>Comunicação da equipa multidisciplinar</b></p>	<p>Decidir como explicar à família o prognóstico nada esperançoso do seu familiar. A equipa multidisciplinar foi reunida para partilhar como avançar e gerir a situação (Q16)</p> <p>O doente ultrapassa o tempo em que devia estar em ECMO e entre os próprios médicos não conseguem concordar em continuar uma mesma linha de tratamento. Finalmente o médico encarregado da ECMO consegue levar a voz da questão que é experimentar e continuar com a ECMO (Q33)</p>	<p>2</p>
<p><b>Unção dos doentes</b></p>	<p>Avisar a um padre para dar a unção num doente entubado, prestes a morrer e que não se pode comunicar e não há família para perguntar-lhes (Q11)</p>	<p>1</p>
<p><b>Omissão da verdade</b></p>	<p>Os pais (...) ao fim ao não consentir a transfusão tivemos de tapar o saco com papel de prata (Q30)</p>	<p>1</p>
<p><b>Consentimento informado</b></p>	<p>(...) O consentimento informado que muitas vezes também não é explicado corretamente, no bloco operatório já tive muitas vezes que antes de o doente ser operado esperar para que o médico peça ao cliente para assinar o consentimento...(Q40)</p>	<p>1</p>