

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**FACULDADE DE TEOLOGIA . FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS**

MESTRADO EM TEOLOGIA E ÉTICA DA SAÚDE

**OS PROBLEMAS ÉTICOS NA PRÁTICA QUOTIDIANA
DOS ENFERMEIROS
VOLUME I**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de
"Mestre em Teologia e Ética da Saúde"

por

Aniceta Maria Viana da Paz

Orientadora:

Professora Doutora Maria Virtuosa Pereira Amador

LISBOA

1999

Aos meus pais pelo seu
incondicional apoio

AGRADECIMENTOS

À senhora Professora Doutora Maria Virtuosa Pereira Amador pelo apoio, disponibilidade e indispensável orientação que nos dispensou.

A todos os colegas e amigos que nos acompanharam, incentivaram e contribuíram para a concretização deste estudo.

Um agradecimento muito especial aos enfermeiros que constituíram a amostra deste estudo, sem os quais o trabalho não teria sido possível.

Aos nossos familiares e amigos que tantos dias foram privados da nossa presença e disponibilidade.

À Escola Superior de Enfermagem de Santarém pelas facilidades concedidas na fase final do trabalho.

A todos o
nosso muito obrigada

RESUMO

Confrontados com o descontentamento manifestado pelos enfermeiros pelo tipo de abordagem que as questões éticas têm merecido, quer na formação de base quer na contínua, por não os preparar para os problemas que surgem no dia a dia da prestação de cuidados e conscientes de que para alterar esta situação é necessário ter em conta as experiências dos enfermeiros, desenvolvemos este trabalho que tem como objectivo compreender as vivências dos enfermeiros sobre os problemas éticos da prática quotidiana.

No enquadramento teórico abordámos as questões relacionadas com a evolução da enfermagem, a ética e a moral na prática de enfermagem e os problemas éticos e a tomada de decisão no quotidiano dos enfermeiros.

Atendendo ao objectivo do estudo, utilizámos uma abordagem fenomenológica porque esta nos permite compreender as experiências dos enfermeiros tal como foram vividas.

O estudo foi realizado nos serviços de medicina de um hospital, tendo sido seleccionada uma amostra intencional de doze enfermeiros. O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada.

Para analisar os dados obtidos utilizámos os procedimentos de análise fenomenológica propostos por Colaizzi, o que nos permitiu chegar à estrutura essencial do fenómeno.

A análise dos dados evidencia que os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na sua prática quotidiana estão relacionados com a humanização e a qualidade de cuidados, com os cuidados na última fase do ciclo de vida e com o respeito pelos direitos dos doentes. Salienta também que o trabalho da equipa de saúde, consoante o modo como se desenvolve, é considerado um factor facilitador ou dificultador na vivência destes problemas.

Os enfermeiros sentem ser seu dever prestar cuidados humanizados e de qualidade a todos os doentes, ou seja, centrados na pessoa doente e na satisfação das suas necessidades globais. No entanto, os condicionalismos inerentes ao próprio enfermeiro ou ao contexto em que os cuidados se desenvolvem nem sempre lhes permitem ter este tipo de actuação, o que os faz vivenciar conflitos de valores.

Ao prestarem cuidados aos doentes que se encontram na última fase do ciclo de vida, os enfermeiros vivenciam conflitos de valores quando são confrontados com a necessidade de colaborarem, por prescrição médica, em formas inúteis de obstinação terapêutica, quando têm que decidir sobre a utilização de medidas que visam prolongar a vida ou sobre a atitude a tomar perante os doentes que se encontram com dores intensas.

As situações em que os enfermeiros têm dificuldade em respeitar e fazer respeitar os direitos dos doentes, nomeadamente, o direito à informação, ao consentimento informado, à confidencialidade e à privacidade, são vivenciadas como problemas éticos.

O trabalho da equipa de saúde é considerado facilitador da vivência de problemas éticos, se existirem reuniões periódicas onde se analisem os problemas éticos e se partilhem experiências, se houver apoio e ajuda por parte de colegas e superiores hierárquicos e se existir trabalho de equipa entre os diferentes elementos da equipa de saúde. É sentido como dificultador quando os espaços e tempos consignados à discussão de problemas éticos são inexistentes, os superiores hierárquicos não apoiam as decisões dos enfermeiros e o trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros é apenas esporádico.

Os enfermeiros vivenciam sentimentos de mal estar, frustração e impotência quando devido aos diferentes condicionalismos com que se deparam não conseguem resolver os problemas de acordo com os interesses e direitos dos doentes.

SUMMARY

Faced With the displeasure showed by the nurses for the type of approach, that ethical issues have deserved, either in the basis or continuous formation, for not having them prepared to the problems, which arise everyday in the care giving and aware that to change this situation, it is necessary to have in mind the nurses experiences, we developed this work, whose main purpose is to understand the nurses experiences about the ethical problems in the daily practice.

Theoretically, we have made an approach to the issues related to the nursing development, the ethic and moral in the nursing practice and the ethical problems and decision-making in nurses everyday`s life.

Taking into account the main purpose of this study, we used the phenomenon approach because it allows us to understand the nurses experience as they were experienced.

The study was made in the medical services of an hospital, having been selected an intentional sample of twelve nurses. The instrument used to gather the data was the semi-structured interview.

To examine the data it was used the analyse phenomena procedures proposed by Colaizzi, which allowed us to reach the essential structure of the phenomena.

The data analysis shows that the ethical problems experienced by the nurses in their daily practice are associated with the humanization, the caring quality and the care in the last stage of a circle`s life and with respect for the patient`s rights, emphasizing also that the health team`s work, according to the way it develops, is considered the easy and difficult-making element in experiencing these problems.

The nurses are aware that it is their duty to give humanized and quality care to all their patients, that is focused on the patient itself or in satisfaction of its

global needs. However the inherent conditioners to the nurse itself or to the context, in which care are developed don't ever allow them to have this kind of performance, that makes them to experience value conflicts.

When the nurses give care to patients, who are in the last stage of their lives, they experience conflicts of values and are faced with the need to cooperate, by medical prescription, in useless ways of therapeutic obstinacy, they have to decide upon the use of measures, which aims the continuation of life or about the attitude to have towards patients with intense aches.

These situations, in which nurse have difficulty to respect and make others to respect the patient's rights, namely, the right to information, the informed agreement and the classified privacy are experienced as ethical problems.

The health team's work is seen as the easy-making of the ethical problems experience, if there are periodical meetings, where the ethical problems are analysed and to share experiences. If there is support and help of the colleagues and hierarchical superiors and if there is work team among the different elements of the health team. Difficulties arise when the space and time consigned to the ethical problem's discussion are inexistent, the hierarchical superiors don't support the nurses decisions and the work team between doctors and nurses are only sporadic.

The nurses experience feelings of discomfort, frustration and impotence when, due to the different conditioners which they have to face, are not able to solve problems according to the patient's interests and rights.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 - A ENFERMAGEM - O CAMINHO PERCORRIDO	13
1.2 - A ÉTICA E A MORAL NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	26
1.3 - OS PROBLEMAS ÉTICOS E A TOMADA DE DECISÃO NO QUOTIDIANO DOS ENFERMEIROS	33
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	50
2.1 - O MÉTODO DE ANÁLISE FENOMENOLÓGICA	50
2.2 - DESENHO DO ESTUDO.....	55
2.2.1 - Tipo de estudo.....	56
2.2.2 - População e amostra	57
2.2.3 - Instrumento de colheita de dados	59
2.2.4 - Procedimentos para a colheita de dados	61
2.2.5 - Organização e tratamento de dados	64
3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	67
3.1 - HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE DE CUIDADOS.....	67
3.2 - OS CUIDADOS NA ÚLTIMA FASE DO CICLO DE VIDA.....	70
3.3 - O RESPEITO PELOS DIREITOS DOS DOENTES.....	74
3.4 - O TRABALHO DA EQUIPA DE SAÚDE COMO FACTOR FACILITADOR/DIFICULTADOR NA VIVÊNCIA DOS PROBLEMAS ÉTICOS.....	78
4 - ESTRUTURA ESSENCIAL DO FENÓMENO	81
5 - DISCUSSÃO DOS DADOS	83
5.1 - HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE DE CUIDADOS.....	83

5.2 - OS CUIDADOS NA ÚLTIMA FASE DO CICLO DE VIDA.....	91
5.3 - O RESPEITO PELOS DIREITOS DOS DOENTES.....	98
5.4 - O TRABALHO DA EQUIPA DE SAÚDE COMO FACTOR FACILITADOR/DIFICULTADOR NA VIVÊNCIA DOS PROBLEMAS ÉTICOS.....	107
6 - CONSIDERAÇÕES GERAIS/CONCLUSÕES	115
7 - SUGESTÕES	120
8 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO	124
9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

INTRODUÇÃO

Quando reflectimos sobre a profissão de enfermagem apercebemo-nos que ao longo dos tempos ela tem vindo a sofrer mudanças significativas. As alterações ocorridas devem-se, entre outros aspectos, ao desenvolvimento científico e tecnológico e às profundas mudanças sociais, nomeadamente no que se refere às crenças, valores e comportamentos, que têm marcado sobretudo as últimas décadas deste século.

Actualmente a enfermagem é entendida, tal como é comprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 que cria a Ordem dos Enfermeiros, como uma profissão autónoma com os seus princípios e competências específicas.

Espera-se assim que os enfermeiros tomem decisões em situações por vezes bastante complexas, facto que exige uma maturidade não só científica e técnica mas também ética.

Na realidade, as novas tecnologias, a desumanizante organização e funcionamento das instituições de saúde, os poderes instituídos nas organizações e as divergências existentes sobre princípios, valores, objectivos e papel dos diferentes membros da equipa de saúde (para nomear apenas alguns aspectos), causam muitos problemas éticos que exigem uma tomada de decisão e actuação por parte dos enfermeiros.

Não é pois de estranhar, que as questões éticas, antiga área de preocupação dos enfermeiros, tenham merecido nos últimos tempos uma redobrada atenção que se tem traduzido, por exemplo, na publicação de artigos e de trabalhos de investigação e na realização de conferências e acções de formação sobre o tema.

Esta problemática também não tem sido ignorada pelos docentes de enfermagem, que há muito tempo incluem esta área temática nos *curricula* dos cursos de enfermagem.

Mas apesar de toda esta preocupação é frequente ouvir os enfermeiros referirem o seu descontentamento pelo tipo de abordagem que as questões éticas têm merecido quer na formação de base quer na formação contínua.

Dizem que, para além das metodologias não serem por vezes as mais adequadas, os temas abordados são habitualmente os de grande impacto social, frequentemente relacionados com as questões do início e fim da vida ou com a utilização de tecnologias sofisticadas que exigem decisões que muitas vezes não são da competência dos enfermeiros.

Pelo contrário, faz-se pouca referência aos problemas que surgem no dia a dia da prestação de cuidados e que exigem uma resolução que é da responsabilidade dos enfermeiros e para a qual, dizem, não se sentem preparados.

Estes aspectos são também referidos por vários autores nomeadamente Moreau (1990) e Ribeiro (1998) que referem ser necessário dar mais atenção aos problemas do quotidiano de modo a que os profissionais se sintam melhor preparados para tomarem decisões.

Ribeiro (1998), referindo-se a duas investigações realizadas com alunos e docentes de enfermagem, diz mesmo que

...a atenção às grandes questões éticas, que fazem notícia, deixam na obscuridade os dilemas do quotidiano. Afinal, aqueles com que os enfermeiros se defrontam com mais frequência e para cuja resolução se sentem impotentes, deixando para outros a tomada de decisão, muitas vezes em matéria que seria da sua competência. (p.7) .

Sendo professora numa Escola Superior de Enfermagem este problema não nos poderia deixar indiferentes, sobretudo numa altura em que o ensino de enfermagem em Portugal sofre profundas alterações e em que se procede à remodelação e implementação dos planos de estudo dos cursos de enfermagem. Parece-nos pois oportuno repensar o modo como se deverá proceder à formação ética dos enfermeiros.

Sabemos, através da discussão com vários colegas, da nossa prática profissional e pelas investigações e escritos de vários autores (Burrus, 1993; Villermay, 1995; Leners e Beardslee, 1997; Ribeiro, 1998), que, à semelhança do

que acontece com outras áreas do saber, o ensino da ética tem que manter uma relação directa com a prática de enfermagem.

Deste modo, não basta abordar de maneira abstracta valores, deveres e direitos dos utentes e enfermeiros ou mesmo alguns problemas éticos. É necessário ter em conta o modo como se desenvolve a prática profissional dos enfermeiros, as suas verdadeiras preocupações, os seus processos de tomada de decisão.

Neste sentido é importante obter respostas para perguntas como: Na sua prática profissional que problemas éticos vivênciam os enfermeiros? Como os vivênciam? O que facilita ou dificulta essa vivência?

Na tentativa de clarificar estas questões realizámos o trabalho que agora apresentamos e que tem como objectivo compreender as vivências dos enfermeiros sobre os problemas éticos da prática quotidiana.

Para dar resposta a este objectivo estruturámos o trabalho do seguinte modo:

Um primeiro capítulo que se refere ao enquadramento teórico e onde procuramos contextualizar e fundamentar o tema que nos propomos tratar através da abordagem de aspectos relacionados com a evolução da enfermagem, a ética e a moral na prática de enfermagem e os problemas éticos e a tomada de decisão no quotidiano dos enfermeiros.

De seguida serão explicados os procedimentos metodológicos que adoptámos e apresentados, analisados e discutidos os dados que obtivemos através de entrevistas semi-estruturadas e que foram tratados segundo o método de análise fenomenológica proposto por Colaizzi.

Por último sintetizaremos as principais conclusões, faremos algumas sugestões inerentes às implicações deste estudo para a investigação o ensino e a prática de enfermagem e focaremos as suas principais limitações.

De referir ainda que este trabalho é apresentado em dois volumes, sendo o segundo constituído apenas por anexos.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - A ENFERMAGEM - O CAMINHO PERCORRIDO

Compreender a função social da enfermagem na actualidade exige uma reflexão sobre a sua evolução ao longo da história da humanidade.

Na realidade, a prestação de cuidados surge com a própria vida e com a necessidade de a preservar nas melhores condições, pois o homem ao longo do seu ciclo de vida, é confrontado com fases e situações em que, por não ser autónomo, necessita de ser cuidado.

Nos tempos mais remotos a prática desses cuidados é identificada com a imagem da mulher. Esta, para além de ter a responsabilidade de satisfazer necessidade vitais como comer e beber, a higiene do corpo e do ambiente, acumula em muitas situações o poder de curar.

Baseada nos saberes que adquiriu pelas suas próprias experiências de vida, ou que lhe foram transmitidos oralmente pelas gerações mais velhas, é ela que cuida dos filhos, dos velhos dos doentes e dos fracos.

Os cuidados prestados dirigem-se à pessoa na sua globalidade e são entendidos como um serviço ou uma ajuda que é compensado através de outros serviços ou com pequenos presentes (Collière, 1989).

Este modo de prestar cuidados é baseado na reciprocidade e solidariedade não promovendo sentimentos de dependência entre quem cuida e quem é cuidado.

A partir da Idade Média esta situação altera-se substancialmente, passando a ser o modelo religioso que serve de referência à prática de cuidados. Instala-se uma nova concepção de cuidados baseada na visão dualista do homem, em que a

primazia é dada ao espírito e o corpo é considerado impuro e fonte de malefício, necessitando de conhecer o sofrimento e a dor para se libertar.

A manipulação do corpo, que era fundamental na época anterior, reduz-se, dando lugar às recomendações e conselhos baseados nos valores morais e religiosos. Os cuidados espirituais que visam a salvação da alma têm prioridade e dão razão de ser aos cuidados ao corpo, que são de certo modo o seu suporte (Collière 1989).

Para além disso, destinam-se apenas aos doentes e aos grupos sociais desprotegidos deixando, como nos diz Bento (1997), "de visar o bem estar para se centrarem na doença interpretada como sanção ou pecado" (p. 29).

A prestação de cuidados é feita pelas mulheres consagradas, que cuidam por dever cristão e como meio de salvação, e que, segundo Collière (1989), não tinham acesso a qualquer fonte de saber criando-se "um vazio medonho no património dos conhecimentos não apenas renovados, mas em grande parte perdidos" (p. 69).

O seu trabalho é completamente gratuito pois estas mulheres estão ao serviço de Deus da Igreja e dos pobres. Deixa assim de haver um sistema de troca e a relação de reciprocidade dá lugar a uma relação de desigualdade.

Nos países onde as ordens religiosas foram expulsas os cuidados eram prestados por mulheres sem qualquer tipo de instrução e sem ideais de ajuda ao próximo. É o chamado período negro da enfermagem.

A partir do Século XIX, para além do modelo religioso, a prática de cuidados começa a ser influenciada pelo modelo médico dizendo Collière (1989) que a enfermagem passa a ter uma dupla filiação: a conventual e a médica.

Neste século a aplicação à medicina das grandes descobertas científicas, permite o nascimento de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento que vão acelerar o desenvolvimento da profissão médica.

O médico vê-se assim na necessidade de, para melhor exercer a sua profissão, delegar algumas tarefas que até então executava. Essa delegação é feita na

enfermeira que passa a ser considerada a auxiliar do médico, cabendo-lhe, como nos diz Collière (1989), o papel de "preparar, ajudar e prosseguir a acção médica e moral do médico" (p. 78).

Para desempenhar cabalmente o seu papel a enfermeira auxiliar do médico vai ter acesso ao domínio dos conhecimentos. No entanto, é o médico que vai determinar o que a enfermeira deve saber para ser um bom agente de informação e de execução, o que significa, "assinalar ao médico os factos que podem informar sobre a natureza e evolução da doença e velar para que as prescrições terapêuticas sejam seguidas rigorosamente" (Collière, 1989, p.85).

A instrução que recebe visa dar resposta a dois grandes objectivos: por um lado prolongar a acção do médico e por outro continuar a servir o doente, mas agora, e em atenção a ele, servir também o médico e a instituição.

Todos estes aspectos ajudaram a criar a imagem de que a enfermagem é uma profissão auxiliar do médico e que para a exercer, mais do que um saber próprio, é essencial ter vocação.

Em meados do Século XIX Florence Nightingale tenta dar uma nova dimensão à enfermagem perspectivando-a como uma profissão que exige, entre outros aspectos, conhecimentos próprios, disciplina rígida, muito trabalho e dedicação.

Mostra a necessidade de que os enfermeiros tenham uma preparação formal e sistemática em que adquiram conhecimentos distintos do conhecimento dos médicos e cria em 1860 no Hospital St. Thomas em Londres, aquela que é considerada a primeira escola de enfermagem.

Indica os princípios básicos que fundamentam os cuidados e que as enfermeiras devem conhecer e utilizar nas diferentes situações. Considera essencial que a enfermeira seja capaz de compreender o ser humano doente e que possua a capacidade de observação e de reflexão.

Embora defendendo que as enfermeiras devem auxiliar o médico no exercício da sua profissão entende que os cuidados se devem centrar no doente e no controle do ambiente que o rodeia.

Mas apesar dos seus esforços a enfermagem vai adoptando progressivamente o modelo biomédico, valorizando cada vez mais a técnica e a doença. Como nos diz Collière (1989) "os cuidados aos doentes passam a ser a técnica e depois os cuidados técnicos. É a doença que os determina, os orienta" (p. 125)

O modelo biomédico, embora actualmente seja posto em causa mesmo por parte dos médicos, tem sido considerado no mundo ocidental, a base do exercício da medicina nos últimos cem anos, sendo apontado também por vários autores (Collière, 1989; Pearson e Vaughan, 1992; Gândara e Lopes, 1993), como o guia tradicional do exercício da enfermagem.

No modelo biomédico o homem é basicamente considerado como um ser biológico formado por um conjunto de órgãos e sistemas que interagem uns com os outros de forma equilibrada de modo a produzirem a homeostase biológica. Esta é considerada como sendo a saúde que pode ser perturbada por traumatismos disfunções ou malformações ocorrendo então a doença. Actualmente, já se reconhece que as perturbações podem ser também de origem social ou psicológica mas continua a dar-se maior ênfase aos aspectos físicos.

Os cuidados têm como finalidade "a cura ou o controlo da doença ou a recuperação do traumatismo ou da malformação" (Pearson e Vaughan, 1992, p.16). Quando a cura não é possível o objectivo pode ser modificado pretendendo-se então tratar os sintomas ou retardar a morte.

O facto de este ser o objectivo que os profissionais de saúde pretendem atingir com a sua prática profissional tem estado na origem de várias perturbações e frustrações pois a cronicidade e a morte são consideradas insucessos e por isso fonte de insatisfação.

Ao identificarem-se com os princípios deste modelo os enfermeiros vão centrar a sua atenção nos cuidados físicos e no cumprimento das prescrições médicas relacionadas com o diagnóstico e tratamento da doença, desvalorizando os cuidados que estão habitualmente associados ao papel subalterno das mulheres e que visam o conforto e o bem estar do doente.

É assim que se introduz uma dicotomização entre cuidados nobres - papel técnico e os cuidados menos nobres - higiene, alimentação etc., afirmando Collière (1989) "que se relega para segundo plano tudo o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir" (p. 241).

A organização do trabalho assenta em rotinas estandardizadas relacionadas com o tempo (os cuidados da manhã, tarde e noite) ou com o acto médico (exames de diagnóstico, aplicação e vigilância de tratamentos, entre outros).

Não há a preocupação de compreender globalmente a situação para se poderem relacionar os cuidados com o contexto de vida das pessoas. Como nos diz Collière (1989) "não há inter-relações entre o que vive a pessoa que precisa de cuidados, o que ela é nos seus diferentes estatutos e papéis sociais e o que tem" (p. 127). Do doente apenas se espera que cumpra passivamente as indicações que lhe são dadas.

Deste modo assiste-se a uma separação entre o doente, que é cada vez mais esquecido, e a doença que passa a ser o objecto prioritário da intervenção da enfermeira o que leva Stussi (1985) a afirmar que "os profissionais de enfermagem perderam a noção do seu papel como auxiliares da pessoa ou do grupo social, e mesmo da concepção do homem como ser humano" (p. 10).

A preocupação com a doença e o seu tratamento reflecte-se também nas competências que as enfermeiras procuram adquirir e que se podem agrupar em dois domínios essenciais: a doença - com a aquisição de conhecimentos de anatomia, patologia, farmacologia, entre outros - e a técnica - com o desenvolvimento de habilidades que lhes permite acompanhar e dominar o avanço da tecnologia médica.

Pelo contrário, é diminuta a atenção dada às habilidades e atitudes que permitem escutar, confortar ou sugerir alternativas e que exigem um envolvimento mais profundo com o doente.

Mas este modo de prestar cuidados, centrados na técnica e na doença e com reduzida autonomia profissional, não satisfaz um grande número de enfermeiros que começam a questionar o que é a enfermagem.

Na tentativa de responder a esta pergunta foram feitas várias reflexões e discussões que conduziram, a partir da segunda metade do século XX, à produção de modelos alternativos para orientarem a prática, a formação e a investigação em enfermagem. Estes modelos, denominados modelos de enfermagem, apoiam-se, segundo vários autores (Collière, 1989; Ribeiro, 1995; entre outros), em teorias oriundas sobretudo das ciências sociais e humanas, nomeadamente da psicologia, antropologia e sociologia.

Embora diferentes e baseando-se em teorias distintas os modelos de enfermagem apresentam todas características comuns sendo uma das mais importantes a visão holística e humanista da pessoa.

É assim que a pessoa é encarada como um ser único que reage sempre como um todo, sendo este diferente e mais do que a soma das partes. Para além disso entende-se que ele tem o direito de, dentro do limite das suas competências, tomar decisões esclarecidas sobre si mesmo e o seu futuro.

Deste modo o utente/doente poderá identificar as suas necessidades e decidir como as quer ver satisfeitas, o que, pode ter como consequência que ele "escolha certas maneiras especiais de perfazer as actividades de vida diária ou de decidir dar a responsabilidade das tomadas de decisão à enfermeira, porque não se sente bem e está incapaz de decidir por si mesmo" (Pearson e Vaughan, 1992, p. 41).

Os enfermeiros que guiam a sua prática por estes modelos entendem assim que dar autonomia ao utente/doente não significa que ele tenha que tomar sempre as decisões mas sim que ele tem o poder para o fazer ou permitir que outros o façam.

Neste sentido e como nos diz Pearson e Vaughan (1992), é fundamental que os cuidados prestados se apoiem numa relação de parceria entre a enfermeira e o utente/doente.

Estes aspectos e o facto do objectivo da prática profissional se relacionar com a promoção da saúde, englobando esta o conceito de homeostase biológica, sociológica, psicológica e espiritual, exigem uma nova organização da prestação de cuidados e uma nova formação para os enfermeiros.

Na realidade, cada pessoa tem necessidades próprias que determinam cuidados específicos realizados em tempos e ocasiões também específicas. Por isso os enfermeiros terão que deixar de se distribuírem pelas tarefas a realizar (método característico da prestação de cuidados centrada na técnica e na doença), para passarem a prestar cuidados globais e individualizados aos utentes/doentes.

Do mesmo modo, vão necessitar de incluir nos conhecimentos e técnicas necessárias para o exercício profissional os que provêm da área das ciências humanas e sociais e que lhes permite, entre outros aspectos, comunicar, motivar e ensinar.

Actualmente existem vários modelos conceptuais elaborados por diferentes teóricos de enfermagem que explicam a forma como concebem o serviço específico que a enfermagem presta à sociedade.

A diversidade de modelos deu lugar a várias classificações que derivam sobretudo das teorias em que se apoiam para explicar os conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, (conceitos fundamentais em todos os modelos) e as relações existentes entre eles.

Pearson e Vaughan (1992) falam , por exemplo, no modelo de enfermagem de: Actividades de vida (Roper, Logan e Tierney); Auto-cuidado (Dorothea Orem); Adaptação (Callista Roy); Sistema de cuidados de saúde (Betty Neuman); Interacção (King); Desenvolvimento (Peplau).

Enquanto que Kérouac (1994) apresenta as principais concepções da disciplina de enfermagem na actualidade agrupadas em seis escolas: A escola das necessidades (Virginia Henderson, Dorothea Orem, entre outros); a escola da interacção (Hildegard Peplau; Imogene King, Ida Orlando, entre outros); a escola dos efeitos desejados (Callista Roy; Betty Neuman, entre outros); a escola da

promoção da saúde (Moyra Allen) a escola do ser humano unitário (Martha Rogers, Rosemarie Parse, entre outros) e a escola do "caring" (Jean Watson, Madeleine Leininger).

Mas independentemente das classificações ou das diferenças das várias propostas todos os modelos são influenciados pelo humanismo e holismo focando a sua atenção nas necessidades individuais do utente/doente.

Valorizam por isso de forma mais ou menos explicita aspectos que nos parecem fundamentais e que poderemos sintetizar nos seguintes itens:

- * A noção de que a actividade do enfermeiro se dirige ao ser humano no seu todo e é exercida com autonomia;
- * A noção de ser humano com a componente física, psicológica, social e espiritual interligadas e interdependentes;
- * A autonomia do utente/doente;
- * O respeito pelos valores e cultura do utente;
- * A promoção do Auto-cuidado;
- * A noção de que a relação entre o enfermeiro e o utente/doente assume primordial importância no contexto de cuidados.

Por estas razões se considera que os modelos de enfermagem são modelos de cuidar. Este conceito tem aliás nos últimos vinte anos merecido a atenção de numerosos autores, nomeadamente Watson (1985), Collière (1989), Magão (1992) e Ribeiro (1995), sendo considerado actualmente a essência da enfermagem.

Collière (1989) diz mesmo que "não é possível clarificar o campo de competências do enfermeiro sem esclarecer a diferença que existe entre cuidar e tratar e sem dar conta de que tratar a doença nunca pode substituir toda esta mobilização das capacidades de vida que representa o cuidar" (p. 286).

Fundamentalmente cuidar é apoiar, confortar, dar segurança e ajuda. Inclui tanto sentimentos como comportamentos e é considerado algo universal que é essencial à vida.

Leininger citada por Marriner-Tomey (1994) refere que cuidar "diz respeito a todas as acções dirigidas a ajudar, apoiar ou capacitar o outro indivíduo (ou grupo) com necessidades reais ou potenciais a aliviar ou melhorar a situação humana ou o modo de vida" (p.430).

Deste modo cuidar para além de incluir os aspectos que dizem respeito aos tratamentos inclui também todas as acções que mantêm a vida e a sua qualidade, nomeadamente nas situações de crise, durante a doença e no limiar da morte.

Todas as pessoas são capazes de cuidar mas o modo como o fazem é influenciado, entre outros aspectos, pelas experiências que têm de ser cuidadas e pela forma como aprenderam a cuidar.

Os enfermeiros no seu processo de formação aprendem, praticam e aperfeiçoam as suas habilidades cuidativas de modo a que nas relações que estabelecem com os utentes/doentes possam cuidar de forma profissional. Leininger, citada por Marriner-Tomey (1994), define o cuidar na enfermagem como sendo

os modos, cognitivamente aprendidos, humanísticos e científicos de ajudar e capacitar um indivíduo, família ou comunidade a receber serviços personalizados, através de processos, técnicas e padrões de cuidados específicos e culturalmente definidos, para melhorar ou manter uma condição favoravelmente saudável para a vida ou morte (p. 130).

Diferente autores, nomeadamente Watson (1985) e Collière (1989) referem que para cuidar o enfermeiro tem que ter em consideração os valores, os estilos de vida e os contextos em que essa vida se desenvolve, pois eles vão influenciar o significado que o utente/doente dá à saúde e à doença, o modo como manifesta as suas necessidade e a ajuda que pretende.

Para além disso e porque segundo Collière (1989) o enfermeiro é o agente motor do desenvolvimento dos cuidados é necessário aprender "a ter em conta os dois parceiros: o que trata e o que é tratado o que leva os enfermeiros a querer reflectir sobre as emoções e atitudes que acompanham os cuidados" (p. 155).

Watson (1985), dá também grande relevo aos aspectos relacionados com as emoções e os sentimentos e define um conjunto de factores a que chamou

"carative" que servem de orientação para o modo como no seu entender os enfermeiros devem cuidar e que abrangem aspectos como:

- * A formação dum sistema de valores humanista e altruísta;
- * A inspiração de sentimentos de fé e esperança;
- * O desenvolvimento de sensibilidade para consigo e com os outros;
- * O desenvolvimento duma relação de ajuda e de confiança;
- * A promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
- * O reconhecimento de forças existenciais, fenomenológicas e espirituais;
- * A criação dum ambiente mental, físico, socio-cultural e espiritual de suporte protecção e ou correcção;
- * A promoção de um ensino-aprendizagem interpessoal;
- * A assistência na satisfação das necessidades humanas;
- * A utilização sistemática do método científico de resolução de problemas nos processo de tomada de decisão.

A autora propõe que os enfermeiros criem um ideal de cuidar que seja ao mesmo tempo humanista e científico. Cuidar é para a autora " um fim em si mesmo e não um meio para atingir um fim" (p.27)

É um acto que se efectua através de uma relação particular entre duas pessoas que se respeitam e que pretendem evoluir para uma maior compreensão.

Nessa relação a enfermeira mantém uma atitude de autenticidade, de disponibilidade e de abertura ao outro de forma a compreende-lo e a aceitá-lo. Através da sua actuação procura que o utente se conheça e consciencialize das suas capacidades e favorece o seu auto-controle e auto-determinação. Ao cuidar o enfermeiro preserva a dignidade humana.

A importância deste conceito para a prática de cuidados está também patente na actual carreira de enfermagem (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 412/98 de 30 de Dezembro).

Este documento não refere explicitamente a palavra cuidar, no entanto, realça alguns dos seus aspectos fundamentais nomeadamente a necessidade de se

favorecer um clima de confiança, a promoção do auto-cuidado e a participação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) no planeamento e execução de cuidados de enfermagem.

De notar que em Portugal, nos últimos anos tem sido publicada legislação (Carreira de Enfermagem, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Ordem dos Enfermeiros) que reconhece a evolução da profissão e a capacidade dos enfermeiros para prestarem cuidados de enfermagem de elevada qualidade técnica, científica e ética.

É com a publicação do Decreto-Lei nº 191/96 de 4 de Setembro que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que surge pela primeira vez em Portugal legislação que regulamenta especificamente o exercício profissional dos enfermeiros independentemente do regime em que desenvolvem a sua actividade.

Este documento inclui aspectos que nos parecem de extrema importância para a profissão e mesmo para os cidadãos. De entre eles destacamos:

- * O condicionamento do exercício profissional aos indivíduos que sejam titulares de cédula profissional;
- * A explicitação de que o objectivo da profissão é prestar cuidados de enfermagem aos três níveis de prevenção, ao ser humano e aos grupos sociais em que está integrado;
- * A explicitação de que os cuidados de enfermagem são caracterizados por se fundamentarem na interacção entre enfermeiro e utente, estabelecerem uma relação de ajuda e utilizarem o método científico de resolução de problemas como metodologia de trabalho;
- * A explicitação de que as relações funcionais entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde não são de dependência mas de complementaridade e a classificação das suas intervenções em autónomas e interdependentes, o que coloca os enfermeiros em situação de paridade com os outros membros da equipa de saúde;

- * A referência ao dever que os enfermeiros têm de adoptar uma conduta responsável e ética respeitando os direitos e interesses dos cidadãos;
- * A definição dos direitos, deveres e incompatibilidades dos enfermeiros que foram posteriormente estabelecidos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

O REPE veio assim, no nosso entender, dar início a um novo ciclo na profissão que foi consolidado com a publicação do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril de 1998 que cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo estatuto.

Tal como está descrito no preâmbulo do referido Decreto-Lei a criação da Ordem é uma consequência do desejo dos profissionais e o reconhecimento por parte do governo do desenvolvimento da enfermagem e do relevante papel que estes profissionais desempenham no Sistema de Saúde Nacional.

A Ordem é uma associação de direito público representativa dos profissionais de enfermagem que tem como "desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controle do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional" (nº 1 do artigo 3º do Decreto Lei nº 104/98 de 21 de Abril p. 1741).

Os seus estatutos integram, para além das atribuições e organização, o código deontológico que será objecto de posterior referência neste trabalho.

Mas apesar do que é referido pelos diferentes autores e pela legislação o modo de perceber e de estar na profissão não é uma questão consensual para os enfermeiros portugueses.

Vários estudos realizados quer com enfermeiros quer com estudantes de enfermagem, (Basto, 1991; Gândara e Lopes, 1992; Ribeiro, 1995; entre outros), revelam a existência de diferentes posicionamentos face a esta problemática. Alguns destes estudos foram realizados já há alguns anos, no entanto, como as

mudanças a este nível são muito lentas, pensamos que os seus resultados continuam a ser relevantes.

Basto (1991) refere ter encontrado três tipos de situações. Um primeiro grupo de enfermeiros que vê a sua actividade profissional como uma série de tarefas da iniciativa e responsabilidade do médico.

Um segundo grupo que, embora guie a sua prática pelo modelo biomédico e considere uma utopia orientar a sua actividade profissional por um modelo teórico de enfermagem, se sente descontente e deseja demonstrar a importância do seu trabalho na equipa de saúde.

Por último um grupo de enfermeiros que apesar de não identificarem claramente os valores e teorias que estão na base da sua prática, sabem justificar a sua actuação, distinguem as suas funções interdependentes e independentes, valorizam a relação com o utente e estão conscientes de que a sua actuação específica pode melhorar a qualidade de vida e o bem estar do utente independentemente do seu diagnóstico.

Gândara e Lopes (1992) descrevem o posicionamento dos enfermeiros face à profissão utilizando também três grupos distintos " 1 - enfermeiro hipertecnista ou tecnicista - aquele que valoriza os cuidados de enfermagem na técnica e numa grande competência; 2 - enfermeiro que enfatiza o cuidar, pondo a tónica dos cuidados na inter-relação; 3 - enfermeiro que se preocupa em desenvolver somente tarefas." (p. 126).

Ribeiro (1995) no seu estudo com estudantes de enfermagem conclui que eles apresentam três orientações distintas - uma para o tratar, outra para o cuidar e uma mista. É nesta última que a maioria dos estudantes se posicionam e nela, segundo a autora, "coexistem interesses e crenças que associam o ser enfermeiro a actividades técnicas de cura e tratamento (tratar), com preocupações da área expressiva, mas deixando na penumbra o papel de advogado do utente (cuidar)" (p. 100).

O facto de não haver uniformidade no modo como os enfermeiros percebem a enfermagem e os cuidados de enfermagem e existirem mesmo divergências significativas, tem relevância no modo como os enfermeiros se posicionam face às questões éticas pois estão em causa, entre outras, concepções relacionadas com o papel do enfermeiro na equipa de saúde (sua autonomia ou dependência) valores por onde guiam a sua prática, papel do utente na equipa e mesmo o modo como se percebe o ser humano.

1.2 - A ÉTICA E A MORAL NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Ao fazermos a revisão da literatura verificamos que os termos ética e moral não são utilizados de forma uniforme. Alguns autores usam-nos como sinónimos outros dão-lhes significados diferentes. Deste modo e antes de prosseguirmos, parece-nos essencial clarificar o sentido que lhe atribuímos neste trabalho.

Do ponto de vista etimológico a palavra ética provém de dois termos gregos: *éthos* que, segundo escreve Cabral (1990), significa costume, uso, maneira (exterior) de proceder e *êthos* que significa morada habitual, toca, maneira de ser, carácter. O mesmo autor acrescenta ainda que como "*êthos* terá derivado de *éthos* podemos dizer que o termo ética recolhe a dupla significação sugerida por ambos os termos" (p. 335).

A tradução do termo grego *éthos* para o latim condensou o sentido dos dois termos no termo hábito que em latim se diz *mos mores* dando origem à palavra moral, que segundo referem Renaud I. e Renaud M. (1991), "diz respeito às acções praticadas por hábito e aos costumes em geral, o que privilegia o lado pelo qual a acção é ainda exterior ao sujeito (...) A conformidade com a lei domina (...) Em sentido oposto, a ética analisa a dimensão pessoal da acção, mostrando o modo como agir surge da própria interioridade da pessoa que age" (p. 960).

A ética refere-se aquilo que é mais reflectido e interiorizado "procura a fundamentação do agir, ao passo que a moral mostra como as leis morais se formam, se hierarquizam, se aplicam aos casos concretos mediante a decisão e o recurso aos valores" (Renaud I. e Renaud M., 1996, p. 35).

É assim que compreendemos que ética e moral não se devem dissociar pois o agir humano não deve ser apenas determinado pelas leis e normas que provêm do exterior, mas sim por aquelas que depois de reflectidas e interiorizadas são impostas pelo próprio indivíduo. Só assim podemos verdadeiramente dizer que os actos humanos responsabilizam o sujeito que os pratica porque são realizados de maneira consciente e voluntária. Deste modo, a pessoa fica obrigada a responder perante os outros, suportando as consequências do seu agir.

Tendo estes aspectos em consideração e pensando no que é a enfermagem, no serviço que ela presta à sociedade e nas responsabilidades que os enfermeiros têm para com a comunidade, a família e os indivíduos, não é de estranhar que a ética e a moral tenham adquirido ao longo dos tempos uma importância fundamental na prática e na formação dos enfermeiros.

De facto, para estes profissionais, prestar cuidados de enfermagem implica que em todas as circunstâncias, se respeite a sua dimensão ética. Deste modo, a ética e a moral acompanham de forma permanente a actividade profissional dos enfermeiros.

No entanto, o modo como se tem vindo a entender o comportamento ético do enfermeiro tem-se alterado ao longo dos tempos influenciado pelas forças socio-culturais e pelo desenvolvimento da própria profissão.

Nos primeiros tempos atribui-se à mulher o dever, a obrigação moral de, no seio da família ou da comunidade, prestar todos os cuidados que contribuam para a manutenção e desenvolvimento da vida. É a altura em que se valoriza, entre outros aspectos, o grupo social, a reciprocidade e a solidariedade.

A partir da idade média e até ao Século XIX os cuidados são, como já foi anteriormente referido, em grande parte assumidos pelas mulheres consagradas à vida religiosa, passando a moral a ser ditada pelas regras conventuais.

Entende-se que os cuidados às pessoas doentes, debilitadas e desprotegidas exigem que quem os presta tenha uma atitude de sacrifício, de desprendimento e de altruísmo só conseguidas na maior parte dos casos por vocação religiosa. Com total abstracção de si própria a religiosa dedica a vida a obedecer e a servir.

Mesmo com a laicização dos cuidados, ocorrida a partir do Século XIX, a moral oblativa mantém-se. O comportamento ético da enfermeira está relacionado com a imagem de boa mulher, casta, sóbria e honrada, que está ao serviço do próximo. Servir constitui, como nos diz Collière (1989) "o vector ideológico da prática de enfermagem" (p.82).

Na primeira metade do Século XX poucas alterações ocorrem, dizendo-nos Fry (1994) que nesta época ser ético na prática de enfermagem significava sobretudo cumprir regras e prescrições.

Estas incluíam formas de comportamento como asseio, pontualidade, gentileza, doçura firmeza e educação e atitude de deferência para com a autoridade sobretudo para com o supervisor de enfermagem e o médico.

A mesma autora referindo-se ao modo como a enfermagem devia desempenhar as suas funções diz-nos que:

o desempenho das tarefas incluía uma estrita aderência às regras da instituição e uma atitude de auto-sacrifício. A enfermeira levava a cabo a sua obrigação moral sendo leal ao médico e à escola onde recebeu a sua formação e a sua instrução. Uma obediência incondicional e a não interferência nas questões que não eram da sua incumbência eram formas adicionais da enfermeira demonstrar a sua aderência aos compromissos morais (p.67).

Para que isso fosse possível era necessário, como refere Collière (1989), "formar as consciências por meio de uma moral especial" (p. 83). Esta tarefa cabia às escolas através das suas directoras, pois eram elas que habitualmente leccionavam de forma doutrinal disciplinas como a deontologia moral, a deontologia profissional e a ética.

A partir da segunda metade do Século XX a enfermagem evoluiu lenta mas progressivamente de obediente auxiliar do médico para uma profissão que é exercida na actualidade de forma autónoma.

Deste modo, já não é suficiente que o enfermeiro obedeça e seja leal para com o médico e a instituição mas é também necessário que tome decisões e que responda pelos seus actos perante o utente, os seus pares, a instituição e a sociedade.

Para além disso, ao assumirem que a sua função é cuidar dos utentes/doentes, os enfermeiros necessitam de desenvolver uma relação de grande proximidade que exige também grandes responsabilidades.

Como nos diz Ribeiro (1995) "como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciadas por outros técnicos" (p.30). A sua actuação deverá assim, basear-se na confiança e respeito procurando ajudar, apoiar e responder às necessidades e interesses do utente/doente.

É neste contexto e segundo numerosos autores (Bandman e Bandman, 1985; Fry, 1994; Ribeiro, 1995; Sellin, 1995; entre outros), que o enfermeiro ao desempenhar o papel de cuidador tem também, sempre que tal se justifique, a responsabilidade de defender o utente/doente. Sellin (1995) diz mesmo que "ser advogado do doente é uma expressão directa do cuidar" (p.28).

Advogar pode ter interpretações ligeiramente diferentes mas na sua essência significa defender causas, interceder por alguém, proteger os interesses de outrem. Neste sentido e aplicado à situação de cuidados, o advogado do utente/doente é, de acordo com vários autores designadamente Fry, (1994); Sellin, (1995); Willard, (1996), aquele que entre outros aspectos:

- * Defende os seus direitos - informa o utente/doente dos seus direitos, denuncia a violação desses direitos e previne novas violações;

- * Ajuda o utente/doente a clarificar os seus desejos e a tomar as suas opções de acordo com o seu modo de vida e os seus valores - informa o utente, discute com ele as suas necessidades e os seus interesses e apoia as suas decisões;
- * Actua para proteger a sua dignidade, privacidade, decisões e interesses.

Todas estas funções podem ser desempenhadas pelo utente se ele conservar a sua autonomia. No entanto, o que frequentemente se verifica, é que nas situações em que as pessoas necessitam de cuidados de saúde essa autonomia está reduzida e os seus direitos e interesses não são respeitados.

Essa redução pode estar relacionada com as condições físicas, psico-sociais e espirituais em que o doente se encontra, mas deve-se em muitos casos à atitude paternalista se não mesmo prepotente que os profissionais de saúde adoptam. É a assunção desta atitude que os leva por exemplo a desrespeitarem as opções dos utentes/doentes ou a não lhes darem a informação por assumirem que eles não a desejam ou são incapazes de a compreender.

Uma actuação deste tipo por parte dos profissionais conjuntamente com a estrutura física e organizacional das instituições de saúde facilmente transforma uma pessoa responsável e independente numa pessoa passiva e obediente.

É assim, que o utente/doente vê perdida a sua autonomia e necessita de uma pessoa que o represente e/ou defenda. Numerosos autores, como por exemplo Bandman e Bandman (1985), Fry (1995), Ribeiro (1995) e Sellin 1995, sustentam que o enfermeiro é o profissional mais bem colocado para desempenhar este papel referindo Bandman, (1985) que na prática isso já acontece frequentemente.

As razões que apontam para a sua posição estão relacionadas com os valores e objectivos da profissão e com o modo como a prática de cuidados se desenvolve.

De facto, como anteriormente foi referido, os enfermeiros são o grupo profissional que tem uma relação mais prolongada e profunda com os utentes/doentes e seus familiares e são por isso os que, como sustentam Bandman

e Bandman (1985), "estão mais familiarizados com as escolhas éticas dos doentes e familiares e em boa posição para protegerem os seus interesses em situações críticas" (p. 20).

Existem no entanto, alguns factores que poderão condicionar o adequado desempenho deste papel por parte dos enfermeiros.

Os autores focam por exemplo, o facto dos enfermeiros serem empregados das organizações e terem uma estrutura hierárquica que por vezes lhes limita a liberdade para tomarem decisões, as múltiplas funções que os enfermeiros já desempenham, a atitude tradicionalmente subserviente dos enfermeiros e o pouco poder que este grupo detem nas instituições de saúde (Bandman e Bandman, 1985; Ribeiro, 1993 e 1998; Sellin, 1995; Willard, 1996).

Tendo em conta as dificuldades que se colocam e o facto do advogado do utente/doente não ter que actuar apenas nas situações de risco mas ter que usar a sua influência para as prevenir e melhorar assim os cuidados que se prestam, é essencial que os enfermeiros invistam na competência pois esta é o maior garante de que as suas opiniões serão aceites e respeitadas.

Mas existem também condições que favorecem o desempenho deste papel. Sellin (1995) identifica aspectos como:

- * O apoio de outros profissionais, gestores e colegas nomeadamente os chefes e directores de enfermagem;
- * O desejo e o gosto de cuidar que é considerado imprescindível para se poder exercer efectivamente a advocacia.
- * As características pessoais e profissionais dos enfermeiros designadamente em aspectos que dizem respeito à assertividade, objectividade, diplomacia, conhecimentos e habilidades de comunicação;
- * A duração e qualidade da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente que influencia, entre outros aspectos, a decisão de correr alguns riscos para defenderem os doentes. São exemplos desses riscos a ruptura

das relações com os colegas ou médicos, a impopularidade, a exposição a críticas, os conflitos com os chefes, administradores e família.

Verificamos assim, que para além de dominar um conjunto de conhecimentos, técnicas e habilidade específicas da sua profissão o enfermeiro tem também de querer, saber e poder utilizá-los adequadamente, ou seja, no sentido do interesse do utente/doente.

A este propósito Gordo, (1997) refere que os interesses dos utentes só poderão ser devidamente respeitados se os enfermeiros possuírem:

- * Compaixão pelo sofrimento do outro que permite pôr-se no seu lugar de modo a compreender as suas necessidades e a satisfazê-las tendo em conta que essa pessoa é única e irrepetível;
- * Vocação, entendida não como chamamento interior ou predestinação mas como sensibilidade para com o outro que lhe permite ir de encontro às suas necessidades;
- * Responsabilidade perante aquele que está ao seu cuidado;
- * Auto-estima pois é essencial que os profissionais tenham um bom conceito da sua profissão para a poderem desenvolver com entusiasmo.

Também Castell (1993) ao referir-se ao comportamento ético do enfermeiro do Sec. XXI realça alguns destes aspectos sustentando que "os enfermeiros deverão desenvolver uma sensibilidade especial para as necessidades do outro e para com tudo o que favoreça a evolução harmoniosa do ser humano" (p.47).

Neste sentido entende que é essencial que na prática de enfermagem os valores humanos estejam presentes não de forma passiva mas como guia para as reflexões, decisões e acções dos enfermeiros.

Castell (1993) refere-se a estes valores dizendo que "o valor máximo, a virtude máxima deve ser a justiça ou melhor a equidade entendida como justiça natural, como propensão a deixar-se guiar pelo sentimento de dever ou de consciência mais do que pelas prescrições rigorosas da lei" (p.47).

A autora afirma ainda que alguns dos valores que fazem parte da actual cultura feminina são também bastante importantes. De entre eles destacamos: a paciência, a falta de agressividade, a ternura, a receptividade, a afectividade e a valorização da dignidade.

Fry (1994) refere ainda que o enfermeiro não poderá desempenhar adequadamente o seu papel se não tiver comportamentos solícitos e de cooperação. São eles que permitem estar atento às necessidades do utente/doente promovendo a sua saúde e bem estar e, muitas vezes com prejuízo de objectivos e interesses pessoais, colaborar com outros profissionais em actividades que visam melhorar a qualidade dos cuidados que se prestam.

O conjunto de todos estes aspectos contribui para que o enfermeiro exerça a sua profissão centrado nas necessidades, problemas e interesses dos utentes/doentes, ajudando-o a assumir a responsabilidade de promover e defender os direitos das pessoas de quem cuida e a desenvolver as capacidades que lhe permitem decidir e actuar autonomamente, nomeadamente nas situações em que existem conflitos de valores.

1.3 - OS PROBLEMAS ÉTICOS E A TOMADA DE DECISÃO NO QUOTIDIANO DOS ENFERMEIROS

Ao exercerem a sua actividade profissional com autonomia os enfermeiros têm responsabilidades na solução dos múltiplos conflitos éticos com que se deparam. No entanto, a solução desses conflitos nem sempre é fácil. As dúvidas sobre qual será a decisão e actuação correcta surgem frequentemente, quer em situações complexas quer rotineiras, pois em qualquer delas podem ocorrer conflitos de valores.

A este propósito Curtin e Flaherty (1982) referem que os enfermeiros se vêm confrontados com dilemas e com problemas éticos e fazem a distinção entre estas duas situações.

Dizem que os enfermeiros enfrentam um problema quando têm que fazer uma escolha entre o que devem fazer e o que querem fazer ou entre o melhor de dois bens ou o menor de dois males. Em qualquer dos casos existe um problema mas também se pode encontrar a solução para ele.

Pelo contrário, quando as alternativas têm igual valor e qualquer que seja a escolha ela é igualmente indesejada, os enfermeiros encontram-se perante um dilema ético.

Os mesmos autores referem no entanto que um verdadeiro dilema é uma situação muito rara. O que se enfrenta habitualmente são problemas difíceis, complexos e que frequentemente parecem insolúveis mas que na realidade têm solução, sobretudo se houver tempo suficiente para recolher a informação que permite analisar os diferentes aspectos em presença e as consequências da decisão. É que por vezes o que transforma a situação num dilema, é apenas o pouco tempo disponível e a insuficiente informação de que se dispõe para tomar a decisão.

Estes problemas e/ou dilemas poderão, ter origem ou ser agravados por diferentes factores designadamente: as profundas alterações nos valores normas e comportamentos sociais; o extraordinário desenvolvimento científico; a frequente utilização de tecnologia por vezes bastante sofisticada; as divergências entre as diferentes abordagens profissionais; os novos papéis que os vários prestadores de cuidados desempenham no seio das equipas de saúde e a insuficiência de recursos.

De acordo com os autores que têm estudado este assunto os enfermeiros encontram na sua prática quotidiana vários tipos de dilemas e/ou problemas éticos que, segundo Rodney e Starzomski (1993), se distribuem por duas grandes

categorias: uma que diz respeito às problemáticas da profissão e ao modo como ela se exerce e outra relacionada com os cuidados aos doentes.

Num estudo que Post (1996) realizou sobre os dilemas comuns que os enfermeiros vivenciam quando prestam cuidados no período peri-operatório, são relatadas várias situações nomeadamente as que estão relacionadas com: o desrespeito pela dignidade humana; o desrespeito pelo direito que o doente tem à auto-determinação; a não protecção de danos; a dificuldade em aceitar as crenças dos doentes.

Gold, Chambers e Dvorak (1995) entrevistaram enfermeiros que trabalham em serviços de internamento de agudos e crónicos e no domicílio e encontraram situações que são vivenciadas como problemas e que foram agrupadas em quatro categorias, a recusa de dar informação e de dizer a verdade, a desigualdade de cuidados, as diferenças entre os valores profissionais e os do local de trabalho e o desrespeito pelas regras instituídas assim como a participação desse desrespeito.

Wagner e Ronen (1996) realizaram um estudo com enfermeiras que trabalham no hospital e na comunidade e concluíram que os enfermeiros são frequentemente confrontados com problemas que estão relacionados, entre outros aspectos, com o desrespeito pela autonomia do doente, com a denuncia da prestação de cuidados inadequados, com a desigualdade de cuidados, com o conflito entre as necessidades da família e do doente e com a falta de informação e de confidencialidade.

No estudo de Leners e Beardslec (1997) são sobretudo realçados problemas relacionados com o sofrimento e a morte.

Por seu lado Vieira (1994) na sua tese de Mestrado entrevistou doze enfermeiros que trabalham em diferentes contextos que referiram vivenciar problemas relacionados com a defesa da autonomia e o direito à informação, com a distribuição dos recursos disponíveis e o direito aos cuidados de enfermagem, com o princípio da beneficência ou de não prejudicar e com a confidencialidade.

Pelos estudos referidos e pelos escritos de outros autores nomeadamente Curtin e Flaherty (1982), Bandman e Bandman (1985), Fry (1994), Thelan (1996) e Renaud (1997), podemos concluir que existem muitas situações em que surgem os conflitos. Estes podem ocorrer dentro da própria consciência ou entre pareceres e instâncias diferentes. É assim que os valores pessoais podem, por exemplo, entrar em conflito com os valores culturais e sociais, com os valores institucionais, com os valores profissionais, com os valores de outros profissionais, dos doentes/utentes e dos seus familiares.

Estes conflitos dão origem a problemas e/ou dilemas éticos por vezes bastante complexos e imprevisíveis para os quais não existem soluções universais que possam ser utilizadas, pois como nos diz Renaud (1996) "nunca é possível integrar num saber teórico claro e transparente as motivações mais profundas do agir (...) nem as circunstâncias da acção (...) nem as consequências do acto (...) Esta situação faz de cada acção algo de novo, de criativo." (p.42).

Neste sentido é imprescindível que os enfermeiros, em cada caso concreto, saibam analisar as alternativas de acção e as suas consequências de modo a determinar o que devem fazer para atingir os fins a que se propõem.

Esta escolha resulta, de acordo com Morais (1990), "de um juízo prático definitivo de valor e preferência que anuncia uma ordem e decide o movimento a executar ou a acção a praticar (...) em que intervêm conjuntamente a inteligência e a vontade" (p. 1293).

Para tomar a decisão o enfermeiro tem que ter em conta não só as normas e obrigações morais mas também todo o contexto que envolve a situação que segundo Curtin e Flaherty (1982) inclui o ambiente interno e externo.

O ambiente interno é constituído pelo conjunto das experiências de cada pessoa que vão sendo acumuladas ao longo do tempo e que são aproveitadas por cada um de uma maneira ou de outra, o que significa, como nos diz o autor, que uma decisão tomada amanhã será feita com mais experiência do que a tomada hoje e terá como referência a experiência das decisões tomadas anteriormente.

O autor refere ainda que as pessoas poderão partilhar as mesmas experiências mas terem ambientes internos diferentes, porque o modo como cada um transfere a experiência para a acção é diverso. No entanto, realça que as pessoas que têm experiências passadas semelhantes compreendem melhor as decisões dos outros.

Para Curtin e Flaherty (1982) o ambiente externo consiste nos factores que são extrínsecos à pessoa como as acções dos outros, os recursos materiais, os constrangimentos de tempo, entre outros.

Deste modo é pouco provável que o ambiente externo se repita mas mesmo que isso acontecesse o processo interior que levou a pessoa a tomar a decisão não pode ser repetido o que torna todas as decisões únicas. A este propósito Renaud I. e Renaud M. (1996) referem que

a presença do contexto particular do agir sempre espaço-temporalmente e culturalmente situado, faz com que a acção moral não seja a mera inscrição da norma moral no tecido do real. Entre uma moral dedutiva como seria o caso para uma moral que sublinharia somente a vertente da universalidade da norma (considerando que a acção consiste na simples aplicação da regra), e uma moral de situação (considerando que cada acção é tão específica que nenhuma regra se pode aplicar a ela) é preciso encontrar um difícil equilíbrio. Esta tarefa compete à decisão moral. (p. 40)

Mas a consciência moral não está completamente formada quando uma pessoa nasce, pelo contrário, vai evoluindo através de várias etapas. Kohlberg, um dos autores que tem estudado este assunto, defende que o desenvolvimento da consciência moral é uma construção do sujeito em interacção com o meio na qual desempenham um papel fundamental os factores socio-culturais, o tipo de educação recebida e a experiência emocional. Para além disso considera que o desenvolvimento cognitivo é uma condição necessária do desenvolvimento moral. (Kohlberg citado por Lourenço, 1996 e Gordo, 1997).

As reflexões teóricas e as investigações empíricas levaram Kohlberg a afirmar que o desenvolvimento moral se processa através de três níveis e seis estádios ou etapas (dois em cada nível) de juízo ou raciocínio moral.

I - Nível pré-convencional. Caracteriza o desenvolvimento das crianças até aos 9-10 anos e de alguns adolescentes e mesmo adultos. É assim chamado porque as

peessoas que se encontram neste nível colocam-se fora da sociedade e das suas normas e leis.

O estágio 1 é orientado para o castigo e a obediência, deste modo os sujeitos raciocinam em termos de regras instituídas pela autoridade no sentido de evitar o castigo. O estágio 2 é orientado para a troca de interesses e necessidades concretas e individuais, neste sentido a pessoa toma por justo o que lhe convém egoistamente.

II - Nível convencional. A moralidade convencional é comum a um grande número de adolescentes e adultos. Neste nível as pessoas consideram-se membros da sociedade e aceitam as suas normas e leis mesmo que isso as impeça de realizar os seus interesses e desejos.

No estágio 3 - moral do "bom menino" - os sujeitos raciocinam em função da aprovação social e interpessoal. Procuram ter uma boa imagem aos seus próprios olhos e aos dos outros vivendo de acordo com o que os outros esperam deles. No estágio 4 - moral da lei - o raciocínio é orientado para a manutenção da ordem, da lei e da imparcialidade no sistema. Os indivíduos adoptam o ponto de vista do sistema e defendem as regras e leis estabelecidas excepto em casos extremos em que entram em conflito com outros deveres sociais estabelecidos. O ponto de vista colectivo e social é mais importante do que os interesses individuais.

III - Nível pós-convencional. É um nível que é atingido apenas por um número reduzido de adultos e só depois dos 25-30 anos. Neste nível a pessoa raciocina de forma autónoma. Faz a distinção entre normas da sociedade e princípios éticos universais que devem ser sempre respeitados como a justiça a dignidade e integridade da pessoa. A pessoa e os seus direitos fundamentais têm assim prioridade sobre as leis e os códigos sociais.

Estádio 5 - moral do contrato - É um estágio orientado para o contrato social e para o maior bem do maior número de indivíduos. Neste estágio relativizam-se as normas morais ou leis jurídicas por exemplo desobedecendo a leis que discriminam injustamente as pessoas.

Estádio 6 - moral de princípios - Neste estágio o indivíduo orienta-se por princípios éticos universais auto-escolhidos, prescritivos e reversíveis. Segundo Lourenço (1996) " Kohlberg na última fase da sua obra desistiu do estágio 6 enquanto realidade empírica, embora o tenha mantido como meta moral ideal" (p. 58).

Mas para além desta perspectiva teórica, no campo da ética em enfermagem, a teoria de Gilligan tem assumido alguma importância, pois parece haver semelhança entre a perspectiva da autora sobre o cuidado e a noção de cuidar utilizada em enfermagem.

Gilligan (1997) defende que existem duas linguagens diferentes para codificar o mundo moral. A linguagem predominantemente masculina que tem uma perspectiva de justiça e de autonomia em que se tomam decisões pondo-se no lugar do outro, e uma linguagem predominantemente feminina que tem uma perspectiva do cuidado e da responsabilidade, que procura resolver os conflitos preservando as relações criadas de modo a que ninguém saia magoado.

Enquanto a linguagem masculina valoriza sobretudo a autonomia e a justiça a feminina valoriza a compaixão, a abnegação e o cuidar que segundo a autora consiste numa actividade de relação, de sensibilidade e resposta às necessidades dos outros em que se actua de modo a que ninguém fique sozinho ou seja magoado (Gilligan, 1997).

O desenvolvimento moral para a autora tem também três níveis: o pré convencional caracterizado pelo egoísmo e sobrevivência, o convencional em que se pretende ser socialmente aceite pelo que a mulher deve cuidar e responsabilizar-se pelos seus protegendo-os da violência e dos danos mesmo que para isso tenha que renunciar aos seus projectos de autonomia. O nível pós convencional é o nível em que se conjuga a responsabilidade a autonomia a compaixão e a justiça (Gordo, 1997).

Mas independentemente da perspectiva teórica o que importa salientar é que, segundo estes autores, as decisões tomadas por uma pessoa reflectem o seu nível

de desenvolvimento moral. No caso dos enfermeiros este aspecto é de extrema importância pois as opções que fazem devem conduzir a actuações que salvaguardem os interesses do utente/doente e respeitem a sua integridade física, psicológica, social e espiritual.

Para além disso quando tomam decisões os enfermeiros têm que ter presente que o utente/doente está integrado numa família e numa comunidade pelo que as consequências das suas acções não se limitam ao aqui e agora podendo ter repercussões durante um longo período de tempo e em pessoas que não estão presentes no momento em que a situação ocorre.

É por isso que a metodologia utilizada no processo de tomada de decisão se torna tão importante. Ao abordarem este assunto autores como Curtin e Flaherty (1982), Grundstein-Amado (1992) e Ellis (1994), falam-nos em vários passos que devem ser seguidos e que podemos resumir do seguinte modo: Percepção do problema; Recolha e análise de informação; Identificação e delimitação do problema; Identificação das alternativas; Selecção e justificação da acção a realizar.

A percepção do problema passa pela sensibilidade ética do enfermeiro que lhe permite olhar e *ver* os aspectos éticos de uma situação, pois segundo Curtin e Flaherty (1982) é frequente os enfermeiros não se aperceberem de que estão a fazer escolhas éticas, não pensarem no que estão a fazer, porque o fazem e que consequências tem.

É a sensibilidade ética que os faz estar atentos ao comportamento dos utentes/doentes, que os faz analisar as suas acções e as dos outros, que lhes permite sentir e pensar sobre o que está bem ou mal é justo ou injusto. Engloba a atitude de disponibilidade e abertura ao outro e, segundo Fry (1994), é específica de cada enfermeiro e influenciado por vários factores como a religião, educação e experiências de vida.

Mas para além de se aperceber do problema o enfermeiro necessita de o compreender pelo que precisa de saber o mais possível acerca dele.

Nesse sentido deve ser feita uma recolha, organização e análise de informação que inclui variadíssimos aspectos. De entre eles destacamos a identificação: das pessoas envolvidas nas situações e dos papéis que desempenham, dos direitos e deveres de cada actor em presença, dos valores e princípios éticos que estão em causa, dos desejos e conhecimentos que o utente e família têm da situação, do tempo disponível para tomar a decisão, dos factores clínicos associados e das características e normas institucionais.

É a análise dos vários aspectos implicados na situação que permite precisar qual é o problema (identificar as suas causas, defini-lo e delimitá-lo) e equacionar as possíveis alternativas.

A análise das diferentes opções deve ter em conta, entre outros aspectos, a intenção das acções e as suas consequências e ainda a possibilidade de encontrar consensos sobretudo quando a complexidade do problema exige uma abordagem pluridisciplinar e a discussão é feita entre várias pessoas com posições que podem ser diferentes.

Ao procurarem o consenso as pessoas devem discutir os vários pontos de vista num espírito de mútuo respeito. O que se pretende não é que as pessoas desistam dos seus princípios e que mudem de opinião mas sim que a decisão possa ter em conta algumas das razões que fundamentam as várias opiniões.

A partir desta análise será feita a selecção e fundamentação da acção a desenvolver. A justificação da acção é como nos diz Amado (1992), fundamental para a validade e apropriação da decisão moral. O autor refere ainda que "o indivíduo que é capaz de explicar claramente as razões que o levaram a tomar determinada decisão e a defendê-la é também capaz de se responsabilizar totalmente pelas suas acções" (p. 135).

De acordo com vários autores, designadamente Bandman e Bandman (1985), Fry (1994), Cabral (1996), Neves (1996) e Gordo (1997), em todo o processo de tomada de decisão e à semelhança do que acontece com outros profissionais de saúde, os enfermeiros têm presente os diferentes princípios éticos. Utilizam-nos

não como normas concretas de acção mas sim como orientações gerais que ajudam a tomar decisões em casos concretos. A sua hierarquização e aplicação está dependente de vários factores nomeadamente do tipo de situações, das circunstâncias em que ocorrem e da corrente bioética que é seguida.

Os princípios mais frequentemente referidos são o da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça que, segundo Cabral (1996), formulam por sua vez "a exigência de respeito por determinados valores: a autonomia ou liberdade das pessoas (pacientes ou sujeitos de experimentação) o seu bem estar, a igualdade ou a imparcialidade" (p.53).

O princípio da autonomia afirma a capacidade que a pessoa tem de pensar, decidir e agir de modo livre e independente.

Ao respeitá-lo o profissional de saúde está a reconhecer que o utente tem a capacidade de tomar as suas decisões, nomeadamente as que dizem respeito ao estilo de vida e práticas de saúde, baseado nos seus valores e crenças pessoais, tendo por isso o dever de promover as condições que favorecem o exercício dessa autonomia.

Deste modo deverá, entre outros aspectos, manter uma relação baseada na veracidade, transmitir a informação adequada verificando a sua correcta compreensão e assegurar-se de que a decisão foi tomada sem qualquer forma de coacção ou manipulação (Thelan, 1996, Cabral 1996; Neves, 1996; entre outros).

Deverá ainda reconhecer as situações em que a autonomia possa estar diminuída, tendo nesses casos a obrigação de assegurar que o utente tem a protecção devida, ou seja, tem o dever de actuar como advogado do utente, papel que, como já foi referido, é reivindicado pelos enfermeiros.

Os autores identificam vários factores que condicionam a capacidade de auto-determinação das pessoas. Domingues (1996) fala-nos por exemplo

do medo grave inibidor da capacidade de afrontamento dos riscos medidos, das diversas formas de sofrimento intenso perturbadoras da lucidez de julgamento e da avaliação correcta, de determinadas perturbações psíquicas graves e do abuso de substâncias tóxicas perturbadoras das capacidades de conhecimento, de discernimento e de avaliação (p. 77).

Para além destes factores as crianças e os idosos, os prisioneiros, as pessoas economicamente desfavorecidas ou pertencentes a minorias étnicas são frequentemente apontadas como em risco de não verem o seu direito à autonomia respeitado devendo por isso existir uma redobrada atenção por parte do profissional de saúde (Fry, 1994; Reys, 1996).

Estes devem ter consciência de que, como refere Neves (1996) "o desrespeito pela autonomia da pessoa implica a sua desconsideração como sujeito e fim em si mesmo e a sua perspectivação como simples meio, susceptível de objectivação" (p. 30) mas ao mesmo tempo devem estar cientes de que o princípio da autonomia deverá ser compatibilizado com outros princípios nomeadamente a beneficência e a justiça.

O princípio da beneficência determina que o profissional de saúde deve promover sempre o bem do utente, o que pressupõe que a sua actuação resulta de uma cuidada análise sobre os custos, os riscos e os benefícios. Neves (1996), explicita o que entende por estes termos dizendo-nos que os custos são

recursos necessários para operar um benefício, bem como os efeitos negativos decorrentes da procura e realização desse benefício, os riscos são o mal ou prejuízo futuro entendidos como contrariedades relativamente a interesses como a vida, a saúde e o bem estar e os benefícios são um conceito que, ao contrário dos anteriores não é probabilístico, referindo-se a algo de valor positivo como a vida ou a saúde (p. 29).

O equilíbrio entre os três factores nem sempre é fácil de encontrar provocando problemas à aplicação deste princípio na prática de cuidados. São exemplos os conflitos que poderão ocorrer entre a aplicação deste princípio e o da autonomia ou as implicações que advirão para outras pessoas nomeadamente outros utentes e familiares.

Para minimizar as dificuldades é essencial que exista confidencialidade nas relações entre utentes e profissionais pois como nos diz Neves (1996) referindo-se à relação médico utente mas que pode ser aplicado aos outros profissionais de saúde, "a regra da confidencialidade contribui para uma maior confiança do paciente no médico o qual, desta sorte, estará em melhores condições para promover o bem do paciente" (p. 29).

O Princípio da não maleficência enuncia a obrigatoriedade de não fazer mal a outrem o que, na situação de cuidados significa não só a remoção de situações prejudiciais mas também a sua prevenção.

Alguns autores (Frankena citado por Fry, 1994 e Cabral, 1996) não fazem a distinção entre este princípio e o da beneficência, mas independentemente deste facto, o que parece ficar claro é que os dois estão intimamente ligados e devem ser ponderados no seu conjunto.

A aplicação deste princípio leva a que em determinadas circunstâncias se tenha em conta o princípio do *duplo efeito* segundo o qual nem sempre é moralmente condenável realizar uma acção que tenha um efeito bom (o pretendido) e outro prejudicial (o tolerado). É também recorrendo a ele que se proíbem determinadas acções pelo elevado risco que elas acarretam.

Deste princípio decorre, segundo Neves (1996) a regra da fidelidade que é entendida como "a obrigatoriedade de manter as promessas; a limite, de se manter fiel à promessa de procurar sempre o bem do paciente" (p. 29).

O princípio da justiça impõe que todas as pessoas sejam tratadas com a mesma consideração, sem qualquer tipo de discriminação tenha ela origem na raça, idade, nível sociocultural, nível económico, inteligência, hábitos de vida ou outros.

No que diz respeito à saúde isto não significa, segundo vários autores, designadamente Bandman e Bandman (1985) e Beauchamp e Childress citados por Fry (1994), que todas tenham que ser tratadas de igual modo, mas sim de acordo com as suas necessidades. No entanto, face à escassez dos recursos disponíveis, aplicar este princípio constitui frequentemente um problema de difícil solução.

Para além destes princípios, que são comuns a qualquer profissional de saúde, os enfermeiros contam também com os seus próprios códigos deontológicos para os ajudarem e guiarem na tomada de decisão e actuação.

Com efeito, face a um contexto social e profissional cada vez mais complexo e diversificado os enfermeiros têm necessidade de regras que orientem o seu comportamento e as suas opções profissionais. Nesse sentido têm vindo a discutir as normas reguladoras do exercício profissional e a elaborar os seus códigos deontológicos.

Bandman e Bandman (1985) definem código deontológico de uma profissão como um "sistema de regras e princípios que permitem à profissão regulamentar os seus membros e demonstrar a sua responsabilidade para com a sociedade" (p.23). Gordo (1997), refere ainda que ele deve "reflectir a concepção ética comum e maioritária dos membros dessa profissão" (p. 76).

A existência de um código deontológico é importante não só para os enfermeiros mas também para os utentes/doentes, pois, segundo vários autores nomeadamente Bandman e Bandman (1985), Fry (1994), Jurado e Fernández (1997), os códigos têm várias funções de entre as quais destacamos:

- * Elevar o nível da profissão ao investir os enfermeiros de direitos e responsabilidades;
- * Elevar o nível de cuidados de enfermagem através da definição de critérios que regulam a conduta dos enfermeiros;
- * Indicar o que o publico pode esperar de um membro dessa profissão;
- * Constituir um registo valioso dos conceitos éticos considerados mais importantes na prática de enfermagem;
- * Ajudar na solução de conflitos éticos, através da explicitação dos direitos e deveres que os profissionais têm nas relações que estabelecem consigo mesmos, com os seus pares, com as equipas onde estão inseridos, com as instituições onde trabalham, com os utentes e a sociedade;
- * Servir de suporte para a elaboração de programas de formação em enfermagem.

Para além disso, ao ser homologado pelos governos, torna explicito que a sociedade reconhece a importância do serviço que a profissão presta.

No entanto, os códigos deontológicos podem ser difíceis de pôr em prática nas situações de cuidados visto que, para além de serem bastante gerais, estão com alguma frequência dissociados da realidade dos contextos de trabalho.

Esterhuizen (1996) diz mesmo que os contextos de trabalho têm que ser analisados e adaptados para que os enfermeiros possam actuar de acordo com o preconizado nos códigos deontológicos e que é fundamental que os superiores hierárquicos apoiem efectivamente os enfermeiros nas suas decisões e acções.

Um outro aspecto que é habitualmente questionado é o facto do incumprimento das normas descritas nos códigos emanadas pelos órgãos de controle profissional conduzir a sanções disciplinares. Gordo (1997) refere que se poderá correr o risco de transformar os códigos em normas jurídicas fazendo-os perder o seu fundamento primário, mas reconhece que a função disciplinar é essencial para que a profissão possa controlar o serviço que oferece á comunidade.

Os códigos deontológicos têm que ser analisados à luz do contexto social e histórico em que ocorrem pois são alicerçados nos princípios da moral e do direito e das características da profissão que, como sabemos, evoluem ao longo do tempo.

É assim, que segundo Esterhuizen (1996), as primeiras mulheres prestadoras de cuidados estavam sujeitas a um código social rígido e vigiado pela comunidade em que exerciam a sua função e que os códigos que surgiram com o advento do cristianismo reflectiam a espiritualidade e os valores religiosos da época.

Do mesmo modo, o primeiro código aceite pelos enfermeiros no seu conjunto, o do International Council of Nursing (ICN) em 1953, prescrevia uma conduta para os enfermeiros que era claramente subserviente ao poder médico e continha aspectos que expressavam a inferioridade feminina, como o ascetismo e a lealdade para com a autoridade masculina, que correspondiam ao contexto social do período do pós-guerra (Lauer 1982 citado por Esterhuizen 1996).

Este código tem vindo a ser sujeito a várias reformulações sendo a sua versão actual a que corresponde à revisão de 1973 reconfirmada em 1989 pelo comité dos serviços profissionais do ICN.

Segundo Dolan et al 1983 citado por Esterhuzen (1996), esta versão reflecte claramente as alterações da mulher na sociedade. Nela são redefinidas as relações entre médicos e enfermeiros, que passam a ser de cooperação, é reconhecida a existência de autonomia individual e é feita a separação entre a conduta pessoal e a profissional.

Importante é ainda referir que, como guia de conduta para os enfermeiros de todo o mundo, reconhece e respeita as diferenças culturais e religiosas existentes quer entre os seus membros quer nas diversas comunidades em que os enfermeiros exercem a sua actividade, tendo vindo assim a servir, de acordo com Fry (1994), de modelo para os códigos de ética profissional dos enfermeiros de todos os continentes.

O código deontológico dos enfermeiros portugueses reflecte também a evolução da profissão em Portugal pois, como já referimos, foi publicado com a criação da Ordem dos Enfermeiros.

Este código é constituído por quinze artigos que para além dos princípios e deveres gerais englobam aspectos que se referem:

- * À relação do enfermeiro com a comunidade;
- * À relação do enfermeiro com o cliente abordando temas como: os valores humanos, o direito à vida e à qualidade de vida, o direito ao cuidado, o dever de informar, o dever de sigilo, o respeito pela intimidade e o respeito pelo doente terminal;
- * À relação do enfermeiro com a profissão que foca os seguintes temas: a excelência do exercício, a humanização de cuidados, os deveres para com a profissão, os deveres para com outras profissões e a objecção de consciência.

Gostaríamos ainda de realçar o facto da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro serem a referência para qualquer intervenção de enfermagem e ainda os valores que são explicitados: - A igualdade; a liberdade responsável; a verdade; a justiça; o altruísmo; a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Pelo exposto se compreende que a publicação do código deontológico constituiu um marco fundamental para a maioria dos enfermeiros portugueses e para a própria profissão. No entanto, é essencial estar consciente de que por si só o código não resolve os problemas éticos que se colocam aos enfermeiros na sua prática quotidiana pois não pode nem deve substituir o juízo e a decisão ética de cada profissional. Os princípios e as normas enunciadas são apenas orientações que ajudam o profissional a decidir e agir de forma livre e responsável.

Por último cabe ainda referir que o processo de tomada de decisão é condicionado por múltiplos factores que podem mesmo, segundo vários autores, nomeadamente Erlen (1997) e Wurzbach (1993), tornar a decisão numa fonte de stress para os enfermeiros. Este facto ocorre sobretudo quando eles não conseguem actuar de acordo com os seus ideais de cuidados e as suas crenças por estarem sujeitos a constrangimentos relacionados com o ambiente profissional.

As difíceis condições de trabalho (insuficiência de recursos humanos e materiais, trabalho de roulement, longas horas de serviço etc.), a falta de hábito de partilhar as suas experiências e confrontar as suas decisões e actuações com os dos seus colegas e sobretudo o facto dos enfermeiros perceberem que não têm o poder necessário para agirem nas situações de conflito, são apontadas por vários autores, designadamente Moreau (1991), Ribeiro (1993) e Gold, Chambers e Dvorak (1995), como factores que dificultam as tomadas de decisão.

Deste modo, para que o enfermeiro tenha mais facilidade em tomar decisões parece imprescindível que se promova o bem estar dos profissionais e que estes sejam autónomos na sua área de competência.

Para além disso é ainda importante que os enfermeiros adquiram o hábito de reflectir sobre as suas próprias decisões e actuações de modo a tornarem-se conscientes dos seus princípios, valores e direitos, pois como nos diz Moreau (1990) os profissionais de saúde "respeitarão melhor os direitos dos outros na medida em que conhecerem os seus próprios valores e direitos" (p.38).

Outro aspecto realçado num estudo realizado por Aström, Furaker e Norberg (1995) é o papel das pessoas e grupos de suporte. O estudo revela que a existência de uma pessoa que conhece o contexto de cuidados e que possa servir de confidente ajuda o enfermeiro a tomar decisões. Do mesmo modo a possibilidade de discutir em grupo os problemas e/ou dilemas éticos é considerado importante.

A relevância destes grupos é aliás referido por outros autores nomeadamente Moreau (1990) ; Sellin (1995) ; Ribeiro (1998). A reflexão em grupo permite entre outros aspectos: Discutir as preocupações e sentimentos dos profissionais; explicitar valores e princípios individuais e da equipa; dar visibilidade a alguns problemas, discutir as causas dos problemas e analisar as razões que suportam as diferentes tomadas de decisão; analisar várias opiniões e encontrar consensos.

Outros estudos, nomeadamente de Wagnar e Ronen (1996) e Ribeiro (1998), identificam como fontes de suporte de tomada de decisão a existência de protocolos de actuação e de códigos éticos, o apoio dos superiores hierárquicos e dos médicos e a formação no domínio da ética.

Mas independentemente das ajudas e suportes que possam existir o fundamental é que perante cada situação os enfermeiros saibam e possam agir de forma autónoma, consciente e responsável.

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2.1 - O MÉTODO DE ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

Desde que em 1764 Lambert empregou pela primeira vez a palavra fenomenologia na sua obra *Neues Organum* que este termo tem vindo a ser utilizado por vários filósofos. No entanto, é Edmund Husserl (1859-1938) que é habitualmente conhecido como o pai da fenomenologia pois foi este filósofo que conceptualizou, sob este termo, um novo modo de conceber e de abordar os problemas filosóficos e científicos que teve profundas repercussões na cultura ocidental. (Melo, 1981)

A fenomenologia constitui uma alternativa às correntes experimentalistas e positivistas preocupando-se em compreender os seres humanos na sua globalidade e no seu contexto específico.

É uma filosofia, uma atitude, um modo de ver o mundo, uma abordagem e um método que coloca a ênfase na experiência humana tal como ela é vivida. (Parse, 1985; Boyd, 1993; Merleau-Ponty, 1994; entre outros)

Para Merleau-Ponty (1994) a fenomenologia é "o estudo das essências e todos os problemas, segundo ela, resumem-se a definir essências(...)é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir da sua facticidade" (p. 1).

A fenomenologia não procura identificar relações causais mas sim descrever as experiências humanas tal como são vividas pelos indivíduos. Tem como finalidade o estudo dos significados e estruturas dos fenómenos em função da sua natureza fundamental e dos seus constituintes essenciais.

Lyotard refere que:

o termo significa o estudo dos fenómenos, isto é, daquilo que aparece à consciência, daquilo que é dado. Trata-se de explorar este dado, a própria coisa que se percebe, em que se pensa, de que se fala, evitando forjar hipóteses, tanto sobre o laço que une o fenómeno com o ser de que é fenómeno, como sobre o laço que o une com o Eu para quem é fenómeno" (p. 10).

Segundo Oiler (1982), a perspectiva fenomenológica pode ser resumida nos seguintes conceitos chave:

FENÓMENOS - São os objectos e os acontecimentos tal como aparecem. Não é a existência de objectos no mundo que constitui o principal interesse da fenomenologia, mas sim como esses objectos aparecem.

REALIDADE - A realidade é uma questão de aparência. É sempre subjectiva e perspectivada porque depende da perspectiva de cada indivíduo.

SUBJECTIVIDADE - Corresponde ao modo como cada um está no mundo, a posição que toma e a perspectiva com que o encara. O Mundo torna-se real através do nosso contacto com ele, fundamentando assim a própria realidade. O corpo é o acesso natural ao mundo.

VERDADE - É caracterizada por um composto de realidades que adquirem os seus perfis de acordo com as perspectivas individuais. O acesso à verdade é o problema do acesso à subjectividade humana.

Em fenomenologia a focalização na experiência é uma focalização no envolvimento humano no mundo, ideia que é habitualmente enfatizada pela expressão "experiência vivida".

Merleau-Ponty em Boyd (1993) refere que o mundo não se percebe através de uma combinação de sensações e perspectivas, a coerência no mundo é vivida.

Para os fenomenologistas a relação existente entre o homem e o seu mundo é mútua. O homem constitui o seu mundo e ao mesmo tempo é constituído por ele. É assim que a pessoa vê o mundo a partir de um determinado contexto e percebe-o numa perspectiva única.

O indivíduo no seu contexto vive experiências diferentes, sendo o estudo directo da experiência pessoal e a compreensão da natureza da consciência humana desenvolvidos a partir do conceito de realidades múltiplas, isto é, a mesma pessoa pode experimentar de forma consciente o mundo de formas diversas. Em fenomenologia não há assim uma realidade mas um composto de realidades.

Os significados profundos dos fenómenos só podem ser compreendidos através do ponto de vista das pessoas, ou seja, através das percepções comunicadas pelos sujeitos, pois os fenómenos não podem ser separados da experiência dele. É através da análise da descrição feita pelos sujeitos que, como nos diz Parse (1985), " a natureza do fenómeno é revelada e o significado da experiência para o sujeito compreendida" (p. 16).

A descrição do fenómeno deve ser pura isto é, tal e qual como é, como aparece à consciência, como é experimentado, sem ser racionalizado ou pré-reflectido.

O investigador fenomenológico só poderá compreender a pessoa e o mundo se prestar atenção às realidades constituintes da experiência individual, se deixar que ela fale por si própria, se olhar para ela de "olhos abertos" deixando de lado os conhecimentos, as teorias, o senso comum (Oiler 1982; Jasper, 1994; entre outros).

Contudo esta situação não é fácil de atingir pois o investigador tem uma série de preconceitos e experiências que não permitem estar completamente livre de viés. No entanto, esta dificuldade é possível de controlar através do método de análise fenomenológica que segundo vários autores, nomeadamente Oiler (1982), Parse (1985), Patton (1990) e Boyd (1993), envolve habitualmente quatro etapas básicas que foram descritas por Spiegelberg (1976), a suspensão, a intuição, a análise e a descrição.

Na fase de suspensão o investigador faz uma reflexão rigorosa no sentido de identificar as crenças, as opiniões, os pressupostos que tem acerca do fenómeno a

investigar. A partir daí isola-os (coloca-os entre parênteses), põe de lado temporariamente o que pensa que já sabe sobre o fenómeno para que possa compreender a experiência que lhe é descrita não colocando hipóteses apriorísticas.

Está então pronto para a segunda fase, a da intuição, aquela em que as coisas são reveladas. Nesta fase o investigador tem que se manter atento, procurar ver e escutar, estar aberto ao fenómeno tal como ele aparece. É um processo difícil e muito exigente em que é absolutamente necessário que o investigador se concentre na experiência descrita por aqueles que a vivenciaram mas sem se deixar absorver por ela.

A fase de análise é aquela em que o investigador identifica os elementos e a estrutura do fenómeno revelado através do processo de intuição. Envolve a codificação, categorização e compreensão dos significados essenciais do fenómeno.

A última etapa básica do método de análise fenomenológica é a descrição. O objectivo desta operação é comunicar, encaminhar o ouvinte para a sua própria experiência do fenómeno. A descrição é necessariamente selectiva, por isso, representa sempre uma perspectiva particular ou uma interpretação do fenómeno em estudo. Mas, por muito incompletas que possam ser as descrições, ajudam-nos sempre a compreender as experiências vividas.

Diferentes autores, nomeadamente Spiegelberg, Van Kaam, Van Manen, Giorgi e Colaizzi, têm utilizado o método fenomenológico. Alguns desenvolveram e introduziram interpretações e modificações ao método que no entanto, são compatíveis com as etapas descritas por Spiegelberg em 1976.

No nosso estudo foram utilizados os procedimentos propostos por Colaizzi (1978) e utilizados por Riemen (1986) a saber:

- 1 - Ler o Verbatim transcrito de todos os participantes para se adquirir o sentido do todo.

- 2 - Retirar as declarações significativas, frases ou expressões que sejam directamente pertinentes para o fenómeno investigado, de cada descrição. São eliminadas as declarações que tenham o mesmo ou aproximadamente o mesmo significado.
- 3 - Formular os significados a partir da descoberta do sentido de cada declaração significativa. Os significados encontrados não devem cortar a ligação com a descrição original. As formulações descobrem e exibem esses significados escondidos nos diversos contextos do fenómeno, presentes nas descrições originais.
- 4 - Organizar conjuntos de temas a partir da agregação dos significados formulados. Este procedimento permite a identificação de temas comuns a todas as descrições dos sujeitos. Os conjuntos de temas são posteriormente remetidos às descrições originais a fim de os validar. Isto é feito para verificar se há algum aspecto das descrições originais que não tenha sido tido em conta no agrupamento de temas, ou se este tem algo que não existe nas descrições originais. Se qualquer destas situações acontecer é necessário um reexame. As discrepâncias entre temas e entre grupos de temas devem ser anotadas.
- 5 - Integrar os resultados numa exaustiva descrição do fenómeno.
- 6 - A exaustiva descrição do fenómeno deve corresponder, tanto quanto é possível, a uma descrição inequívoca da estrutura essencial do fenómeno
- 7 - Devolver a descrição a todos os sujeitos para uma última validação perguntando-lhes se ela reflecte a experiência original.

As teorias de enfermagem reconhecem e realçam as características únicas e individuais do ser humano e o modo como elas influenciam o seu comportamento. Deste modo, não admira que a fenomenologia mereça uma atenção especial por parte dos enfermeiros pois, ao permitir estudar as experiências tal como são vividas e os significados que têm para as pessoas que

nelas participam, constitui um importante método de análise das experiências de cuidar.

A compreensão das experiências do utente/doente sobre os cuidados que recebe pode ajudar o enfermeiro a planear cuidados que satisfaçam melhor as suas necessidades globais.

Por outro lado, a aplicação deste método às experiências dos enfermeiros e o facto de cada um poder compreender e transmitir o significado das suas vivências, poderá contribuir para um melhor conhecimento do *Mundo* dos enfermeiros e dos comportamentos adoptados por estes profissionais.

É assim, que este método de investigação é relevante e necessário para a profissão de enfermagem, pois pode contribuir para o seu desenvolvimento e para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

2.2 - DESENHO DO ESTUDO

Tendo como pressuposto que uma melhor compreensão do modo como os problemas éticos são vivenciados pelos enfermeiros na sua prática quotidiana nos ajudará a adequar o ensino da ética às exigências do exercício profissional, desenvolvemos este trabalho que tem como objectivo compreender as vivências dos enfermeiros sobre os problemas éticos da prática quotidiana.

Neste estudo entendemos por prática quotidiana as actividades habitualmente desenvolvidas pelos enfermeiros no desempenho das suas funções.

2.2.1 - Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo em que foi utilizado o método de análise fenomenológica proposto por Colaizzi (1978 e utilizado por Riemen (1986).

Optámos por este tipo de abordagem porque segundo vários autores (Parse, 1985; Triviños, 1987; Patton 1990; entre outros), a metodologia qualitativa dá especial atenção aos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas e permite captar os fenómenos de uma forma holística, podendo assim contribuir para a compreensão destes no seu contexto ou para enfatizar a dimensão e a compreensão do significado daquilo que os rodeia.

Leininger (1985), refere que o objectivo da pesquisa qualitativa é "documentar e interpretar o mais completamente possível a totalidade de qualquer fenómeno que esteja a ser estudado num determinado contexto e segundo o ponto de vista da própria pessoa" (p. 5)

Utilizámos o método fenomenológico porque segundo vários autores (Ray, 1985; Patton, 1990; Boyd, 1993; entre outros), é o que melhor permite compreender a experiência humana tal como ela é vivida.

Bogdan e Biklen (1994) referem que ao utilizar este método "o investigador tenta compreender o significado que os acontecimentos e interacções têm para as pessoas vulgares, em situações particulares" (p. 53).

O importante é compreender os fenómenos tal como eles se apresentam e são experienciados pelas pessoas.

2.2.2 - População e amostra

A população deste estudo é constituída por todos os enfermeiros formados pela Escola onde exercemos funções e que trabalham nos três serviços de medicina do Hospital que se situa na mesma cidade em que a referida Escola está implantada.

A selecção do contexto de prestação de cuidados de enfermagem teve em conta o facto de pretendermos que correspondesse à área a que nos temos dedicado ao longo da nossa actividade profissional - A pessoa adulta e idosa que se encontra em situação de doença que exige internamento hospitalar.

A instituição de saúde foi escolhida por mantermos com ela de forma continua relações de cooperação e ainda porque muitos dos enfermeiros formados pela Escola onde exercemos funções a seleccionaram como local de trabalho.

Dos diferentes serviços de internamento optámos pelos de medicina porque quisemos excluir os serviços onde habitualmente se utilizam tecnologias sofisticadas que determinam problemas éticos específicos que no nosso entender devem ser estudados separadamente, e porque os adultos e idosos aí internados têm com frequência a sua capacidade de autodeterminação condicionada por vários factores (idade, patologia, tempo de internamento, entre outros), o que poderá facilitar a ocorrência de problemas éticos.

Os enfermeiros seleccionados são todos formados pela Escola onde exercemos funções porque as descrições das suas experiências nos poderão ajudar a reflectir sobre a formação no domínio da ética que proporcionamos aos nossos estudantes.

Uma vez delimitada a população foi necessário decidir quantos indivíduos iriam fazer parte da nossa amostra e como seria feita a sua selecção.

Nos estudos em que se utiliza uma abordagem fenomenológica não há regras para o tamanho da amostra pois o que se pretende é conhecer o significado da

experiência e não generalizar resultados para uma população. Deste modo, o mais importante é a riqueza da informação e não a quantidade dos participantes que podem ser em número reduzido desde que permitam evidenciar a riqueza da experiência individual.

Patton (1990) refere que "a representatividade da amostra apenas diz respeito aos dados e não ao número de indivíduos. O seu tamanho depende do que se quer estudar, como os dados serão usados e os recursos que existem (incluindo o tempo) para realizar o estudo" (p. 184).

Quando não existem constrangimentos relacionados com os recursos o critério considerado ideal por diferentes autores como Patton (1990), Parse (1985) e Boyd (1993), é o da redundância ou da saturação de campo, mas quando isso acontece poder-se-á, segundo Patton (1990), definir um limite mínimo de participantes que se preveja corresponder a uma cobertura razoável do fenómeno dada pelos objectivos do estudo.

Deste modo, atendendo ao tempo reduzido de que dispunhamos para a realização do trabalho e ao facto da população estar distribuída por três serviços, definimos como limite mínimo nove sujeitos e máximo doze.

Teríamos então que decidir como seleccionar os sujeitos. Vários autores nomeadamente Patton (1990) e Boyd (1993), referem que neste tipo de estudo a primeira exigência para a selecção dos sujeitos é a de que eles tenham experiência do fenómeno em estudo. Para além disso, têm que ter capacidade de comunicação, escrita ou oral, para poderem contar com o máximo de pormenor e profundidade a sua experiência e devem desejar partilhá-la com o investigador

Deste modo, seleccionámos intencionalmente quatro enfermeiros de cada serviço de acordo com os seguintes critérios:

- Não estarem a participar de outro estudo no período de colheita de dados, pois entendemos que assim estariam mais disponíveis para relatar a sua experiência.

- Terem tempo de exercício profissional diversificado para possibilitar uma maior variação de dados no conjunto das descrições. Decidimos assim que com um tempo de exercício profissional igual ou inferior a 3 anos seleccionávamos 2 enfermeiros, com 4 a 6 anos seleccionávamos 4 enfermeiros, com 7 a 9 anos 3 enfermeiros e com um tempo igual ou superior a 10 anos igualmente 3 enfermeiros.

Deste modo, obtivemos uma amostra de doze enfermeiros cujo tempo de exercício profissional variou de um a doze anos.

2.2.3 - Instrumento de colheita de dados

A abordagem qualitativa exige a utilização de instrumentos de colheita de dados que permitam uma grande flexibilidade, de entre os quais se encontra a entrevista. Esta técnica, entendida como uma forma de interacção social entre entrevistador e entrevistado, que se realiza num contexto específico e tem objectivos definidos, está, segundo Quivy e Campenhoudt (1992), particularmente indicada quando os objectivos visam:

- A análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêm confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiências.

- A análise de um problema específico: os dados do problema, os pontos de vista presentes, o que está em jogo, os sistemas de relações, o funcionamento de uma organização.

_A reconstituição de um processo de acção, de experiências ou de acontecimentos do passado (p. 194 e 195).

Das principais vantagens que se lhe atribuem destacamos o grau de profundidade dos elementos recolhidos. Os autores, (Quivy e Campenhoudt, 1992; Giglione e Matalon, 1992; entre outros), referem ainda que ela facilita a expressão de sentimentos, crenças, desejos, explicações sobre um acontecimento ou situação e que ao recolher os testemunhos dos interlocutores respeitando os

seus quadros de referência, tais como linguagem e/ou categorias mentais, permite ao investigador "desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo" (Bogdan e Biklen, 1994, p. 134).

Colaizzi (1978) em Boyd (1993) refere que nos estudos fenomenológicos a entrevista é o instrumento adequado para gerar dados porque facilita as descrições dos sujeitos sobre as suas experiências.

Deste modo, e tendo em conta os objectivos definidos e a abordagem seleccionada optámos por utilizar a entrevista como instrumento de colheita de dados.

Posteriormente e depois de termos analisado o que os autores referem sobre os três tipos de entrevistas que classicamente são diferenciadas pelo seu grau de directividade - a directiva, a semi-directiva e a não directiva (Triviños, 1987; Giglione e Matalon, 1992; Quivy e Campenhoudt, 1992), decidimos utilizar a entrevista semi-directiva.

Com efeito, este tipo de entrevista é considerada adequada à maioria dos estudos qualitativos porque valoriza a presença do investigador mas ao mesmo tempo dá liberdade ao entrevistado para que ele se possa expressar livremente desenvolvendo o seu próprio raciocínio.

Deste modo, permite aprofundar um determinado domínio do conhecimento e favorece a descrição, explicação e compreensão dos fenómenos sociais (Triviños, 1987; Giglione e Matalon, 1992; Quivy e Campenhoudt, 1992).

Neste tipo de entrevista o entrevistado pode abordar os assuntos na ordem e da forma que deseja mas o entrevistador dispõe de "perguntas guia, relativamente abertas a propósito das quais é imperativo receber uma informação por parte do entrevistado" (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 194).

Face ao exposto elaborámos um guia de entrevista que nos permitisse ter acesso à perspectiva do entrevistado sem influenciar a sua forma de pensar e que lhe facilitasse a emergência de pensamentos e sentimentos sobre as experiências que viveu, pois como refere Colaizzi (1978) em Drew (1993) "as perguntas dos

investigadores fenomenológicos são bem sucedidas quando tornam possível junto do entrevistado, recuperar a experiência do fenómeno a ser explorado" (p. 346).

Assim planeámos a entrevista para ser desenvolvida em torno das seguintes questões:

- Possivelmente na sua prática profissional já vivenciou alguma situação que tenha constituído um problema ético, quer descrever-ma?
- Existem outros tipos de problemas éticos que a/o preocupem? Porquê?

2.2.4 - Procedimentos para a colheita de dados

Para que a entrevista atinja os objectivos pretendidos é necessário, para além de utilizar uma técnica correcta na sua aplicação, prepará-la cuidadosamente. (Gil, 1989).

Conscientes deste facto preparámos a entrevista do seguinte modo:

Primeiramente formulámos um pedido por escrito ao Conselho Directivo do Hospital onde se realizou o estudo, solicitando autorização para efectuarmos as entrevistas (anexo I). O pedido foi entregue em mão, acompanhado dos devidos esclarecimentos, a um elemento do referido Conselho, tendo-nos sido dada de imediato uma resposta favorável.

Procedemos então a um teste de aplicação do instrumento de colheita de dados com dois enfermeiros da instituição que nos permitiu testar a validade das perguntas, prever a duração de cada entrevista para podermos informar os futuros entrevistados, treinar a utilização do gravador audio (meio seleccionado para registar as entrevistas) e desenvolver alguma competência relativamente à técnica da entrevista, nomeadamente no que se refere à sua condução e à colocação das questões.

Foi possível verificar que deveríamos alterar a ordem das perguntas. Com efeito, quando foram elaboradas definimos que em primeiro lugar perguntaríamos aos enfermeiros que tipo de problemas os preocupava e só posteriormente solicitaríamos a descrição de uma situação por eles vivenciada. No entanto, concluímos que a riqueza e profundidade dos dados era maior quando os entrevistados se centravam primeiro numa só experiência pelo que procedemos à referida alteração.

Do mesmo modo, verificámos que se os entrevistados tivessem dificuldade em descrever com pormenor as suas experiências deveríamos complementar as perguntas com aspectos como: O que decidiu fazer nessa situação, o que teve em conta para tomar essa decisão, que aspectos facilitaram e/ou dificultaram a sua tomada de decisão.

Por último contactámos os sujeitos seleccionados para os informarmos do objectivo do estudo, do âmbito em que estava a ser realizado e dos critérios de escolha da população e amostra e solicitarmos a sua colaboração, quer para a entrevista de recolha de dados como para a validação da análise.

Todos os enfermeiros contactados manifestaram interesse em colaborar connosco e a maioria destacou a pertinência de um trabalho feito nesta área.

Pedimos então autorização, que foi concedida, para gravarmos a entrevista, disponibilizarmos a sua transcrição ao júri de avaliação e usarmos excertos da mesma no trabalho.

Deixámos muito claro que a entrevista tinha carácter estritamente confidencial e que as informações prestadas iriam permanecer no anonimato.

Definimos os papeis de entrevistador e entrevistado. Explicou-se, por exemplo, que seria importante que o entrevistado se centrasse na sua própria vivência como enfermeiro, que iriam ser colocadas perguntas gerais e que interromperíamos o entrevistado quando entendêssemos ser necessário validar, clarificar ou aprofundar o assunto.

Após termos informado cada um dos elementos que o tempo da entrevista seria de cerca de 30 minutos, combinámos o lugar, o dia e a hora em que ela decorreria, tendo a preocupação de esclarecer que a entrevista se deveria realizar num lugar calmo e numa altura em que fosse previsível não haver interrupções.

As entrevistas decorreram de 1 a 15 de Fevereiro de 1999 nos dias e horas em que os enfermeiros disseram estar disponíveis, ou seja, nos seus dias de folga, no final da sua jornada de trabalho ou em períodos que os entrevistados se puderam ausentar do serviço. Com excepção de uma entrevistas que se realizou na Escola onde exercemos funções, todas as outras ocorreram num gabinete do Hospital onde os sujeitos prestam cuidados.

Sendo a entrevista um processo de interacção social em que o entrevistador deve ser capaz de conquistar o entrevistado desenvolvendo um clima de simpatia e confiança que favoreça a espontaneidade da comunicação, procurámos seguir o que é recomendado por vários autores (Selltiz, 1987; Giglione e Matalon, 1992; Quivy e Campenhoudt, 1992; Bogdan e Biklen, 1994; Polit e Hungler, 1995).

Assim, no início da conversa começámos por falar sobre qualquer tema de momento que pudesse interessar ao entrevistado. De seguida relembámos algumas informações dadas no primeiro contacto, nomeadamente as referentes aos objectivos do estudo e ao papel de entrevistado e entrevistador. Reforçámos a ideia de que o entrevistado tinha total liberdade para interromper ou terminar a entrevista em qualquer momento e disponibilizámo-nos para responder a qualquer questão que quisesse formular.

Durante a entrevista tentámos favorecer a expressão de sentimentos respeitando os silêncios, escutando e observando. Procurámos manter uma atitude de imparcialidade mas que ao mesmo tempo demonstrasse interesse e atenção para com as palavras do entrevistado (acenando, por exemplo, com a cabeça ou utilizando expressões breves que demonstrassem a compreensão e o desejo de ver prosseguir o discurso).

Deixámos falar os entrevistados com as palavras que desejaram e na ordem que julgaram conveniente mas em algumas circunstâncias considerámos oportuno pedir-lhes para clarificarem ou serem mais específicos em relação a alguns pormenores.

Por vezes, foi ainda necessário realizar sínteses e reformulações para permitir o aprofundamento das ideias expressas, tendo no entanto o cuidado de não transmitir as nossas próprias concepções.

A duração das entrevistas variou entre 20 e 40 minutos. Terminaram quando verificávamos começar a haver redundância de discurso e depois de ser dada oportunidade ao entrevistado para acrescentar o que julgasse conveniente.

2.2.5 - Organização e tratamento de dados

Depois de se ter procedido à transcrição integral do conteúdo de cada entrevista do registo magnético (gravador) para o computador (anexo nº II) e de termos numerado as entrevistas de 1 (E. 1) a 12 (E. 12), iniciámos o processo de análise das descrições dos sujeitos - Verbatim das entrevistas - através do processo de análise fenomenológica proposto por Colaizzi e já anteriormente descrito neste trabalho. Assim:

- a) - Lemos e releemos as descrições de cada sujeito para adquirirmos o sentido do todo.
- b) - Identificámos e retirámos de cada entrevista as frases ou expressões que se referiam à experiência dos enfermeiros sobre os problemas éticos. De seguida eliminámos as declarações que tinham o mesmo significado
- c) - Cada uma das declarações significativas foi reduzida e transformada linguisticamente em termos descritivos mais precisos do significado revelado. Procurámos sempre que os significados formulados mantivessem a ligação com

as descrições originais. Obtivemos um total de 120 significados que podem ser observados no anexo nº III.

d) - Os significados individuais foram agrupados em temas sem passarem pelos conjuntos de temas de que se fala nesta fase porque entendemos que face aos significados encontrados não seria pertinente definirmos sub-categorias.

Os temas e os respectivos significados foram remetidos às descrições originais para os validarmos. Nesta etapa verificámos que a redacção de alguns significados teria que ser modificada para expressar melhor o sentido das declarações dos sujeitos.

Detectamos ainda que alguns significados estavam incorrectamente localizados no tema pelo que procedemos à sua alteração. Depois desta operação obtivemos um total de quatro temas.

e) - A partir destes temas procedemos à descrição exaustiva do fenómeno e à definição da estrutura essencial do fenómeno.

f) - Por último, voltámos com estes resultados aos participantes para fazermos a última validação que decorreu de 8 a 20 de Junho.

Um dos participantes não esteve disponível por motivos de saúde, por isso nesta fase trabalhámos apenas com onze sujeitos a quem colocámos as seguintes questões:

- Como é que este resultado revela a sua experiência?
- Há aspectos que não estão clarificados? Gostaria de esclarecer?

Todos os participantes referiram que a descrição reflectia a sua experiência não havendo sugestões que justificassem qualquer alteração.

Cabe ainda referir que na apresentação dos dados recorreremos à utilização de alguns símbolos/códigos linguísticos cujo significado passamos a referir:

(...) - Excerto da transcrição original sem relevância para a análise.

[] - Palavra ou frase que clarifica o significado da declaração.

... - Pausa no discurso.

E. - Entrevista.

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A partir da análise do significado das declarações que se referiam à vivência dos problemas éticos na prática quotidiana dos enfermeiros foi-nos possível identificar quatro temas comuns às descrições dos doze participantes deste estudo: A humanização e qualidade de cuidados; Os cuidados na última fase do ciclo de vida; O respeito pelos direitos dos doentes; O trabalho da equipa de saúde como factor facilitador/dificultador na vivência dos problemas éticos.

3.1 - HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE DE CUIDADOS

Os significados expressos neste tema evidenciam que os enfermeiros vivenciam problemas éticos relacionados com a humanização e a qualidade de cuidados quando os condicionalismos inerentes ao próprio enfermeiro ou ao contexto em que os cuidados se desenvolvem não lhes permitem, como sentem ser seu dever, prestar cuidados humanizados e de qualidade a todos os doentes, ou seja, centrados na pessoa doente e na satisfação das suas necessidades globais.

Deste tema fazem parte os seguintes significados:

As deficientes condições de trabalho não permitem prestar cuidados de qualidade e são stressantes para o enfermeiro, por isso, enquanto está a trabalhar ele tem o dever de conhecer na globalidade a situação dos doentes a quem presta cuidados, mas ao sair deve esquecer os problemas do serviço. (E. 3)

A satisfação das necessidades dos doentes é condiciona pela insuficiência de recursos e pelas normas institucionais existentes. (E.4)

A insuficiência de recursos não permite prestar cuidados de qualidade a todos os doentes provocando conflitos com os familiares e problemas éticos aos enfermeiros (E. 5)

As inadequadas condições de trabalho que continuamente se verificam também são penalizantes para os enfermeiros porque lhes provoca uma permanente insatisfação pelos cuidados que prestam . (E. 5)

A insuficiência de recursos para além de contribuir para a criação de uma má imagem da instituição e dos profissionais, não permite prestar cuidados de qualidade. (E. 6)

Se prestassem cuidados a menos doentes os enfermeiros poderiam realizar um trabalho que lhes desse mais satisfação, menos rotinizado e centrado nas necessidades dos doentes.. (E.6)

As relações entre enfermeiros e familiares são difíceis porque há uma má imagem do hospital e dos cuidados que se prestam. Esta situação, que os enfermeiros não conseguem alterar porque está relacionada com as condições em que trabalham, provoca-lhes insatisfação e mal estar permanentes. (E. 6)

A participação da família na assistência aos doentes não só é um direito como permite melhorar a qualidade dos cuidados que se prestam. (E. 6)

É o próprio sistema de saúde e a insuficiência de recursos que impede os enfermeiros de melhorarem os cuidados que prestam. (E. 6)

Os enfermeiros têm uma grande responsabilidade porque o alvo do seu trabalho é a pessoa, que em muitas situações se encontra doente e dependente. Por isso têm o dever de analisar a sua actuação e de a alterarem para melhorarem a qualidade dos cuidados que prestam. (E. 7)

Os problemas éticos colocam-se em situações simples porque, por vezes, a qualidade de cuidados e o respeito pela pessoa manifestam-se no modo como se utilizam os materiais ou se actua durante uma técnica, por isso, o enfermeiro tem o dever de analisar continuamente a sua actuação. (E. 7)

A insuficiência de recursos humanos não permite prestar cuidados com a qualidade que se deseja e que os doentes necessitam. Esta situação causa frustração aos enfermeiros porque se sentem impotentes para a resolver. (E. 2; E. 8; E. 11)

A qualidade dos cuidados que presta nem sempre é a adequada porque por vezes não estabelece correctamente as prioridades e age de forma mecanizada e rotinizada não dando a devida atenção aos doentes. Esta forma de actuar, de que só se apercebe posteriormente, não é coerente com os princípios e valores que defende causando-lhe problemas éticos. (E. 8)

Há um défice na qualidade de cuidados que se prestam, nomeadamente na altura da alta dos doentes, que lhe causa problemas éticos mas que se sente impotente para resolver porque tem origem na deficiente articulação e na inexistência sistemática de trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros. (E. 5; E. 9)

O modo como os colegas actuam, as opiniões que eles emitem a análise que faz da sua própria actuação são aspectos que a ajudam a tomar decisões e a melhorar a sua actuação. (E. 12)

A crescente utilização de meios técnicos mecaniza a prestação de cuidados (E1)

A evolução tecnológica acarreta o risco da desumanização que cabe aos enfermeiros contrariar, se quiserem prestar melhores cuidados e terem um maior reconhecimento social. (E1)

É dever dos enfermeiros preocuparem-se com o doente e humanizarem os cuidados porque permanecem 24 horas nos serviços e os médicos não têm esse cuidado.(E1)

É essencial que o enfermeiro seja capaz de analisar adequadamente as situações e tomar decisões que respeitem os seus próprios valores e princípios e que procure humanizar os cuidados centrando-se na pessoa de quem cuida. (E. 10)

Considera que é essencial que o enfermeiro goste do seu trabalho porque o ajuda a enfrentar o desanimo que ocorre com alguma frequência por não ter condições para prestar cuidados com a qualidade que se deseja e que os doentes necessitam. (E. 11)

Os doentes com HIV positivo por vezes têm necessidade de ser colocados em quartos de isolamento mas com esta atitude está-se também a agravar o seu isolamento social e a diminuir a qualidade dos cuidados que se prestam, por isso estas situações dão origem a problemas éticos (E. 6)

Ao proteger-se, como pensa ser seu direito, não consegue manter uma relação de proximidade com o doente o que lhe causa um conflito ético agravado pelo facto de não haver uniformidade nas medidas de protecção utilizadas por médicos e enfermeiros (E. 6)

As medidas de protecção pessoal que os enfermeiros utilizam condicionam a qualidade dos cuidados que prestam, por isso estas situações são vivenciadas como problema ético (E. 6)

Para os profissionais é difícil esquecer os preconceitos que têm para com determinados grupos sociais e serem imparciais nos cuidados que prestam. (E. 6)

O comportamento adoptado pelo doente minimiza ou maximiza os preconceitos dos enfermeiros, interferindo assim na relação que é estabelecida e na qualidade dos cuidados que se prestam. (E. 6)

O medo de ser contaminado é um dos factores que condiciona a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros que só seria minimizado se existisse informação adequada, se houvesse convergência de actuação de médicos e enfermeiros e se se compreendesse as razões que sustentam as indicações dadas pelos clínicos. (E. 6)

O excesso de trabalho condiciona a assistência aos doentes que estão no isolamento porque a insuficiente atenção que os enfermeiros lhes dão é de certo modo justificada pela necessidade de prestarem cuidados a muitos outros doentes que necessitam de atenção. (E. 6)

Os participantes no nosso estudo entendem que para prestar cuidados humanizados e de qualidade necessitam de centrar a sua actuação na pessoa doente e na satisfação das suas necessidades globais. No entanto, o sistema de saúde, as normas institucionais, a inexistência de um sistemático trabalho de equipa e a insuficiência de recursos, com especial realce para os recursos humanos, dificultam e em muitos casos impedem-nos mesmo de actuar da forma como desejam e entendem ser seu dever. Um dos enfermeiros refere mesmo que, por vezes, não é coerente com os seus princípios porque actua de forma mecanizada e rotinizada e que só posteriormente se apercebe deste facto.

O uso de tecnologia é outro dos factores que pode influenciar a actuação dos enfermeiros pois aumenta o risco de desumanização sendo defendido que os enfermeiros devem estar atentos e actuarem de forma a evitarem essa situação.

De notar ainda que um dos enfermeiros foca a situação particular dos doentes que se encontram nos quartos de isolamento por apresentarem doenças infecto contagiosas. Referem que a actuação que se tem perante estes doentes,

para além de ser condicionada pelos factores comuns às outras situações, é influenciada por factores específicos como as medidas de protecção utilizadas, o comportamento dos próprios doentes e os medos e preconceitos dos enfermeiros. É assim que, por vezes, se tomam atitudes, que para além de não ajudarem os doentes, vão agravar alguns dos problemas que eles apresentam.

De salientar que os enfermeiros referem que estão insatisfeitos com a forma como actuam mas que se sentem impotentes para resolver algumas das dificuldades com que se deparam.

Os participantes realçam ainda que é importante que os enfermeiros gostem do trabalho que realizam para poderem enfrentar os condicionalismos existentes e que é fundamental que reflectam na sua actuação e analisem adequadamente as situações com que se deparam de forma a poderem tomar decisões que permitam humanizar e melhorar a qualidade dos cuidados que prestam.

3.2 - OS CUIDADOS NA ÚLTIMA FASE DO CICLO DE VIDA

Neste tema são focados os conflitos vivenciados pelos enfermeiros quando, ao prestarem cuidados aos doentes que se encontram na última fase do seu ciclo de vida, colaboram, por prescrição médica, em formas inúteis de obstinação terapêutica, têm de decidir sobre a utilização de medidas que visam prolongar a vida ou sobre a atitude a tomar perante os doentes que se encontram com dores intensas.

Os significados que fazem parte deste tema são os seguintes:

A utilização de técnicas sofisticadas em doentes que não têm possibilidade de vir a ter qualidade de vida apenas com o objectivo de a prolongar é eticamente questionável porque não permite às pessoas morrer com dignidade.(E. 1)

As decisões sobre a utilização de tecnologia sofisticada apenas para prolongar a vida são tomadas exclusivamente pelos médicos.(E. 1)

Um dos problemas que vivencia está relacionado com o facto de ter de colaborar, por prescrição médica, nos tratamentos e exames a que os doentes que se encontram na fase final da vida são desnecessariamente sujeitos, porque apenas lhes causam um sofrimento acrescido. (E. 6)

Um dos aspectos considerados importantes e que se deve ter em conta quando se tem de decidir se se reanima ou não um doente é a qualidade de vida que essa pessoa poderá vir a ter. (E. 1)

A questão de se condicionar a reanimação à possibilidade do doente vir a ter uma boa qualidade de vida não é colocada pelos enfermeiros em doentes jovens, mas apenas nos que são idosos e têm situações de saúde e sociais bastante degradadas. (E. 7)

Ao chamar o médico nas situações em que os doentes se encontram em fase final de vida sabe que está a optar por não os deixar morrer mas ao mesmo tempo está a prolongar-lhes a vida sem lhe dar qualidade pelo que se sente perante um conflito de valores.(E. 1)

Mesmo quando sabe que o doente está em fase final de vida e não há possibilidade de qualquer tipo de tratamento tem dificuldade em não actuar no sentido de prolongar a vida. (E.1)

É a esperança de que os doentes possam melhorar e sobreviver e a vivência de algumas dessas situações que a levam a chamar o médico e fazer reanimação.(E. 1)

Quando se discute previamente com o médico a situação do doente é mais fácil compreender se é eticamente mais correcto deixar ocorrer a morte naturalmente ou utilizar meios para prolongar a vida mas isso acontece esporadicamente o que dificulta a decisão. (E. 1)

Ao ver-se confrontada com uma situação de paragem cardio-respiratória actuou imediatamente com o objectivo de reanimar o doente, não tendo tempo de ponderar as consequências da sua acção. (E. 7)

Ao ser interpelada pelos colegas questiona se agiu correctamente ao prolongar uma vida que poderá não vir a ter um mínimo de qualidade. Este problema ético manteve-se até constatar o relativo bem estar do doente. (E. 7)

Mesmo quando os doentes estão na fase final da vida sente que é seu dever actuar de forma a retardar esse final, por isso, as situações em que não o consegue fazer por não se aperceber que o momento da morte se aproxima são causadoras de grandes problemas éticos porque considera que não agiu como lhe competia. (E. 9)

Tem consciência de que ao actuar sempre com o objectivo de evitar a morte está em algumas situações centrada mais nas suas necessidades do que na dos doentes, pois por vezes apenas se consegue prolongar a vida por algumas horas e mesmo assim à custa de maior sofrimento para o doente. (E. 9)

Mesmo nas situações em que os doentes estão em fase final de vida e tem indicação do médico para não reanimar, é incapaz de não actuar no sentido de prolongar a vida dos doentes o que lhe causa problemas éticos porque tem consciência de que muitas vezes apenas consegue prolongar-lhes o sofrimento.(E. 10)

Quando os doentes se encontram em fase final de vida as dúvidas que se têm sobre o tipo de actuação que será mais correcta em caso de agravamento da situação são maiores pelo facto de em algumas circunstâncias os doentes, ao contrário do que se esperava, conseguirem ultrapassar a crise e viverem com relativa qualidade durante alguns dias.(E. 10)

As decisões que têm implicações na vida e na morte das pessoas, apesar de serem sempre tomadas por mais do que um enfermeiro, são complexas e difíceis. Por isso, fica mais tranquila se actuar no sentido de evitar a morte mesmo que em algumas circunstancias essa actuação possa não ser a mais correcta.(E. 10)

As situações em que é necessário decidir sobre a utilização de meios terapêuticos invasivos em doentes idosos e em grande sofrimento apenas com o objectivo de prolongar a vida, constituem um problema ético porque embora tenha aprendido e defenda que o seu dever é actuar de modo a evitar a morte questiona se o deve fazer quando a vida não tem qualidade e aumenta o sofrimento do doente. (E. 11)

Entende que a decisão foi correcta porque se deu assistência ao doente até que a morte ocorreu naturalmente e não se prolongou a sua vida e o seu sofrimento desnecessariamente (E.11)

Os problemas éticos não surgem apenas quando se tem duvidas acerca das decisões a tomar, mas são também causadas pela impossibilidade de minimizar o sofrimento das pessoas. (E.4)

Nas situações em que os doentes estão em fim de vida e em grande sofrimento sente que é sua obrigação minimizar esse sofrimento mesmo que a sua actuação vá para além do que legalmente lhe compete. (E. 4)

Como sabe que habitualmente o médico ignora as situações de sofrimento dos doentes e não actua no sentido de lhes aliviar a dor mesmo depois de alertado, entende que deve ser ela a tomar decisões e agir de modo a atingir esse objectivo. (E. 4)

Os profissionais deviam fazer formação na área da terapêutica da dor porque isso os sensibilizaria para os problemas destes doentes. (E .4)

Como a opinião dos enfermeiros é habitualmente ignorada a atitude dos médicos face ao sofrimento dos doentes só se modificaria com a intervenção do director do serviço. (E. 4)

A incapacidade que os diferentes elementos da equipa de saúde têm de encontrar consensos no que se refere ao tratamento da dor dos doentes que se encontram em fase final de vida, é gerador de conflitos entre médicos e enfermeiros. (E. 4)

Tem consciência de que a atitude que tomou lhe pode trazer problemas legais por isso, apesar de ter comunicado a sua decisão ao superior hierárquico, eliminou as provas da sua actuação. (E. 4)

As situações em que os doentes estão na fase final da vida e têm muitas dores sem que o médico prescreva terapêutica analgésica coloca o enfermeiro perante um conflito de valores - aliviar o sofrimento do doente ou cumprir integralmente as funções que lhe estão atribuídas. (E. 5)

Houve consenso entre os elementos da equipa de enfermagem que consideraram prioritário aliviar o sofrimento do doente mesmo com algum risco de terem problemas legais por ultrapassarem as funções que lhes estão atribuídas. (E. 5)

Os médicos não prescreveram terapêutica para aliviar a dor porque para eles foi prioritário não contrariar as indicações do superior hierárquico. (E. 5)

A ineficaz analgesia dos doentes que se encontram na fase final de vida constitui um problema ético que se sente impotente para resolver porque os médicos do serviço não dão relevância à situação. (E. 6)

Não há um acompanhamento adequado dos doentes que se encontram em fase final de vida nem dos seus familiares. (E. 6)

Os médicos continuam a ter como objecto de trabalho a doença sendo o seu objectivo tratá-la quando isso não é possível há um desinvestimento por parte destes profissionais. (E. 6)

O facto dos médicos não valorizarem o sofrimento dos doentes e não prescreverem analgésicos eficazes mesmo depois de devidamente alertados, causa problemas éticos aos enfermeiros porque apesar de terem o dever de aliviar o sofrimento dos doentes não o podem fazer sem ultrapassarem as suas funções. (E. 8)

Quando no momento da morte o doente se encontra em sofrimento físico os enfermeiros não têm dúvidas de que devem chamar o médico porque mesmo que ele decida actuar no sentido de prolongar a vida o objectivo prioritário é aliviar o sofrimento.(E. 10)

Os enfermeiros questionam a utilização de técnicas e terapêuticas que têm como único objectivo prolongar a vida, muitas vezes há custo de um sofrimento acrescido para o doente, referindo que se sentem em conflito quando têm que colaborar, por prescrição médica, nestas formas de obstinação terapêutica.

Mas ao mesmo tempo, quando são eles que têm de decidir sobre a implementação de medidas que adiam o momento da morte, como é o caso das manobras de reanimação, optam habitualmente pela sua utilização não deixando que a morte ocorra naturalmente.

A atitude que tomam provoca-lhes grandes conflitos porque têm consciência de que a sua actuação está mais centrada nas suas necessidades do que nas dos doentes, pois apenas retardam por algum tempo o fim da vida não lhe dando qualidade e, por vezes, aumentando mesmo o sofrimento do doente.

Referem no entanto, que é muito difícil actuarem de outro modo porque evitar a morte foi sempre um objectivo que perseguiram. Para além disso, o facto da situação em que o doente se encontra nem sempre ser previamente discutida não lhes permite saber se há possibilidade dos doentes melhorarem e sobreviverem o que dificulta a tomada de decisão.

Outro aspecto focado pelos participantes no nosso estudo diz respeito aos doentes que na fase final da vida se encontram com dores intensas e não têm terapêutica analgésica prescrita pois, segundo referem, os médicos não estão sensibilizados para este problema. A prestação de cuidados a estes doentes é geradora de conflitos porque defendem que os enfermeiros têm o dever de aliviar a dor dos doentes mas não o conseguem fazer sem ultrapassarem as funções que lhe estão atribuídas.

Alguns enfermeiros sustentam que nestas circunstâncias é prioritário minimizar o sofrimento dos doentes pelo que actuam de modo a atingir esse objectivo mesmo que tenham de ultrapassar as suas competências.

3.3 - O RESPEITO PELOS DIREITOS DOS DOENTES

Este tema relata os conflitos vivenciados pelos enfermeiros quando não conseguem respeitar e fazer respeitar os direitos dos doentes, nomeadamente, o direito à informação, ao consentimento informado, à confidencialidade e à privacidade.

Dele fazem parte os seguintes significados:

Ao desrespeitarem o direito do doente à informação e à tomada de decisão os profissionais de saúde tratam a pessoa como objecto. (E. 1)

O enfermeiro tem o dever de respeitar e fazer respeitar o direito que o doente tem à informação. Deste modo deve dar as informações que digam respeito à sua área de competência e alertar os outros profissionais para que tenham uma actuação semelhante. (E.1)

O direito que o doente tem à informação não é respeitado.(E. 1)

A autonomia dos doentes deve ser respeitada por isso os profissionais de saúde devem informar adequadamente os doentes e agirem em conformidade com as decisões por eles tomadas.(E. 10)

Embora consciente de que os doentes têm direito à informação entende que ela deve ser seleccionada e em determinadas circunstâncias ser mesmo omitida porque as pessoas não têm capacidade para a compreender. (E. 2)

Embora reconheça que a família tem direito a estar informada sobre a situação do seu familiar entende que há circunstâncias em que para segurança dos técnicos e em benefício dos doentes é necessário seleccionar e mesmo omitir a informação. Este tipo de decisão coloca duvidas e problemas éticos aos enfermeiros.(E. 10)

Quando tem que dar informação aos familiares sente algumas dificuldades que se prendem com o facto de desconhecer a informação que já possuem, de ter duvidas acerca do que lhe compete dizer e de recear o modo como os familiares poderão reagir. (E. 12)

A deficiente articulação entre médicos e enfermeiros e o facto de não estar claramente definido que tipo de informação deve ser dada por cada um destes técnicos dificulta as relações profissionais e causa-lhe problemas ético-legais. (E. 3; E. 9)

Entende que as pessoas têm direito a ser informadas sobre a situação do seu familiar e tenta esclarecê-las quando é solicitada, mas sente que ao fazê-lo corre o risco de dar informações sobre aspectos que são da competência do médico, o que, para além de poder causar problemas legais, origina conflitos entre médicos e enfermeiros. (E. 9)

Os problemas ético-legais relacionados com a informação a dar aos familiares do doente vão continuar a ocorrer porque há uma deficiente articulação entre médicos e enfermeiros e alguns clínicos inviabilizam o trabalho de equipa por quererem manter uma relação de

superioridade em relação aos enfermeiros. No entanto este tipo de problemas pode ser minimizado quando houver um adequado conhecimento do regulamento profissional dos enfermeiros (REPE). (E. 9)

Procura satisfazer as necessidades de informação dos doentes excepto nas situações em que eles desconhecem o diagnóstico clínico e a questionam sobre esse aspecto porque entende que não deve ultrapassar o que o médico decidiu dizer. (E. 11)

As dificuldades que os enfermeiros têm sobre a informação a dar aos doentes seriam minimizadas se houvesse uma melhor articulação entre os diferentes elementos da equipa de saúde. (E. 11)

Considera muito importante dar informação aos familiares dos doentes mas fá-lo apenas em termos gerais porque entende que os aspectos clínicos são da competência do médico. (E. 12)

As dificuldades que sente quando tem que dar informação aos familiares seriam minimizadas se as competências dos médicos e enfermeiros estivessem bem delimitadas e se estes técnicos trabalhassem em equipa. (E. 12)

Nos casos em que há um mau prognóstico os profissionais vão adiando o momento de darem a informação ao doente porque têm dificuldade em fazê-lo. Este tipo de actuação é eticamente incorrecta por não respeitar o direito à informação e causar danos ao doente, visto que ele se vai apercebendo sozinho e ninguém lhe explica a situação. (E. 11)

Para informar os doentes, sobretudo se as situações são de mau prognóstico, a equipa deve chegar a consensos e envolver a família porque é ela que conhece melhor o doente, podendo por isso ajudar a decidir o modo e o tipo de informação que lhe deve ser dada. (E. 11)

As situações em que os doentes recusam tomar a medicação são problemáticas para os enfermeiros porque é seu dever administrá-la já que se o não fizerem a situação clínica poderá agravar-se. No entanto, o princípio da autodeterminação das pessoas deve prevalecer e a vontade do doente ser respeitada. (E. 2)

O enfermeiro deve agir em função do doente e das decisões por ele tomadas no entanto, não deixa de ser responsável pelas consequências dessas decisões, nomeadamente pelas que causam prejuízo ao doente. (E. 2)

Age-se eticamente quando se respeita a dignidade humana mas este modo de agir não se aprende nos cursos adquire-se ao longo da vida da pessoa à medida que ela se vai desenvolvendo. (E. 7)

Preocupa-a pensar que terá de tomar decisões em situações em que o respeito pela autonomia dos doentes entre em conflito com o princípio da beneficência. (E. 12)

As situações em que decide não respeitar a vontade do doente quando ele recusa tomar a terapêutica por entender que ele não está em condições de decidir autonomamente coloca-lhe problemas éticos.(E. 10)

A pouca formação das auxiliares de acção médica pode originar problemas éticos, nomeadamente no que se refere ao desrespeito pelo segredo profissional. Por este motivo, advoga que nos cursos de formação destas funcionárias se aborde este tipo de questões. (E.3)

O facto das auxiliares de acção médica não terem formação no domínio da ética e algumas não terem mesmo características pessoais para trabalharem com doentes é causador de problemas éticos porque não se respeita o segredo profissional. Este tipo de problemas só poderá ser minimizado através de uma adequada selecção de pessoal, de formação no domínio da ética e de um acrescido cuidado por parte dos enfermeiros na orientação destes profissionais e no tipo de informação a que lhes dá acesso. (E. 9)

Mesmo quando determinadas atitudes geram relações conflituosas com os diferentes membros da equipa de saúde o enfermeiro deve tomá-las porque tem o dever de actuar em benefício dos doentes. (E. 5)

Sente-se frustrado por não cumprir adequadamente a sua função de advogado do doente pois não consegue que os seus interesses e direitos sejam respeitados. (E. 8)

Por vezes a actuação dos profissionais parece não respeitar os interesses e direitos dos doentes sem que sejam atribuídas responsabilidades. Esta situação causa-lhe problemas éticos sentindo-se impotente para os resolver. (E. 8)

Os enfermeiros deveriam exercer a sua função de advogados do doente sempre que os seus interesses e direitos não são respeitados. No entanto, para não provocarem conflitos no seio da equipa de saúde, nem sempre o fazem deixando que as situações se repitam. (E. 8)

O doente tem direito à privacidade mas a insuficiência de recursos materiais e físicos não permite respeitá-lo dando origem a problemas éticos que os enfermeiros se sentem impotentes para resolver. (E. 6)

Por vezes as inadequadas condições físicas impedem os enfermeiros de respeitarem o direito dos doentes a serem protegidos de danos, o que lhes causa problemas éticos. (E. 7)

As situações em que tem de imobilizar os doentes causam-lhe problemas éticos porque embora reconheça que por vezes há necessidade de fazê-lo questiona se tem direito de privar as pessoas de liberdade e se tem capacidade para avaliar correctamente a situação. (E. 8)

Os enfermeiros organizam o seu trabalho em função dos profissionais e não dos doentes o que origina problemas ético-legais, nomeadamente no caso da administração de terapêutica em que para além de haver uma diluição de responsabilidade há um risco acrescido de causar dano ao doente por erro terapêutico. (E. 7)

Há situações que limitam a capacidade de autonomia dos doentes e nesse caso é o enfermeiro que decide tendo em conta o princípio da beneficência. (E. 2)

Quando o doente não está em condições de tomar decisões põe-se no lugar do familiar do doente e analisa o que gostaria que fosse feito agindo de acordo com essa análise. (E.4)

Os enfermeiros têm o dever de dar as informações que dizem respeito à sua área de competência e de respeitarem as decisões tomadas pelos doentes. Para além disso, devem alertar os outros profissionais para terem um comportamento idêntico de modo a que os cuidados aos doentes sejam pautados pelo respeito pela sua autonomia e dignidade.

De notar que um dos enfermeiros refere que mesmo nas situações de mau prognóstico os doentes têm direito à verdade e os profissionais têm o dever de procurar as formas adequadas de transmitir a informação.

Mas apesar de defenderem este modo de actuar, deparam-se com várias dificuldades e vivenciam alguns conflitos que estão relacionados com as dúvidas sobre: o tipo de informação que lhes compete dar, a capacidade de compreensão

dos doentes e familiares, o modo como a informação deve ser transmitida e a capacidade de decisão do doente. Também as situações em que as opções dos doentes não coincidem com as propostas dos profissionais são geradoras de conflitos de valores.

Os participantes no estudo referem ainda que ao actuar o enfermeiro deve ter a preocupação de proteger os doentes de possíveis malefícios e quando eles não têm a capacidade de autodeterminação mantida devem agir segundo o princípio da beneficência.

Os enfermeiros relatam também situações em que há desrespeito pelo direito à confidencialidade defendendo que para eliminarem ou minimizarem este problema têm o dever de formar e orientar os profissionais que não têm formação nesta área e escolher criteriosamente a informação que partilham com eles.

A necessidade do enfermeiro exercer a sua função de advogado do doente para garantir que os seus interesses e direitos sejam respeitados é também um dos aspectos focados. No entanto, um dos participantes refere que, devido aos diferentes condicionalismos com que se depara e à necessidade de evitar conflitos entre os diferentes elementos da equipa de saúde, nem sempre exerce adequadamente esta função.

De notar ainda que os enfermeiros se sentem impotentes para resolverem alguns problemas que têm origem nas inadequadas condições físicas dos serviços, nomeadamente os que se relacionam com a privacidade e a prevenção de danos.

3.4 - O TRABALHO DA EQUIPA DE SAÚDE COMO FACTOR FACILITADOR/DIFICULTADOR NA VIVÊNCIA DOS PROBLEMAS ÉTICOS

Este tema expressa o modo como os participantes neste estudo se referem ao trabalho da equipa de saúde como factor facilitador/dificultador na vivência dos problemas éticos, e dele fazem parte os seguintes significados:

Tomar decisões que tenham em conta o que é melhor para o doente é um processo complexo que exige o conhecimento da pessoa e a discussão da situação com outros colegas, por isso é essencial trabalhar em equipa. (E. 1)

Reconhece que os colegas constituem uma fonte de ajuda nas situações em que tem dificuldade em decidir e/ou actuar. (E. 2; E. 3)

O apoio dado pelos superiores hierárquicos funciona como factor facilitador na resolução de problemas. (E. 3; E.5)

Partilha as suas decisões com os superiores hierárquicos porque para além de eles a apoiarem em determinadas situações entende que se as situações forem discutidas em equipa podem ser analisadas outras opiniões havendo uma maior probabilidade de se tomarem as decisões correctas. (E.4)

É importante que os enfermeiros discutam os problemas que vivenciam e expressem os seus sentimentos porque quando não o fazem os conflitos internos não ficam completamente resolvidos. (E. 5)

Para que se possa defender os interesses dos doentes mesmo quando as atitudes tomadas geram conflitos com as equipas de outros serviços é necessário haver uma convergência de opinião e actuação por parte dos enfermeiros. (E. 5)

A existência de reuniões periódicas em que os enfermeiros possam discutir e chegar a consensos sobre os diferentes problemas éticos e o apoio dos superiores hierárquicos são factores facilitadores na resolução desses problemas. (E. 5)

Os enfermeiros deveriam discutir as situações que ocorrem porque isso permitiria partilhar com outras pessoas os assuntos que os preocupa e recolher contributos, nomeadamente através das experiências vivenciadas por outros, que ajudam a reformular a actuação. (E. 6)

Para evitar problemas futuros sente que é seu dever esclarecer e resolver os conflitos que surgem com outros profissionais mas, como tem dificuldade em fazê-lo, nem sempre actua desse modo o que lhe causa problemas éticos. (E. 8)

Os enfermeiros devem tentar não entrar em conflito com os outros profissionais mas às vezes é necessário fazê-lo para que compreendam que não podem agir pensando apenas em si próprios. (E. 8)

É importante que exista diálogo entre os diferentes elementos da equipa de saúde de modo a que se encontrem consensos e uniformidade de actuação, que poderão aumentar a satisfação profissional e diminuir os problemas ético-legais relacionados com a delimitação de competências dos técnicos de saúde. (E.9)

Quando se encontra perante um problema ético e tem que tomar decisões, tem em conta o contexto em que o doente se encontra, a opinião dos colegas e por vezes dos médicos. Mas apesar de reconhecer que o trabalho de equipa facilita a resolução dos problemas, entende que o processo de tomada de decisão é difícil e está muito dependente do que o enfermeiro é como pessoa (E. 10)

O horário praticado pelos enfermeiros dificulta o conhecimento da evolução do doente e do prognóstico médico o que reforça a necessidade das decisões serem tomadas em equipa.(E1)

Aos enfermeiros são atribuídas as culpas por erros cometidos em outros serviços, quando da admissão dos doentes, que podem ter consequências ético-legais. (E. 3)

No quotidiano verifica-se que há uma relação de dependência dos enfermeiros para com os médicos porque os clínicos quando surgem problemas culpabilizam os enfermeiros. (E. 3)

Os médicos são mais compreensivos e desculpabilizantes para com os erros cometidos pelos colegas do que para com os realizados pelos enfermeiros. (E. 3)

Não há consenso entre a equipa de saúde sobre o modo como o serviço deve estar organizado. Os enfermeiros entendem que essa organização deve ser feita em função dos doentes mas os médicos opõe-se quando isso interfere com os seus hábitos de trabalho. (E.5)

Quando não há consenso na equipa de saúde só é possível defender os interesses dos doentes se todos os enfermeiros tomarem a mesma atitude, porque da parte dos enfermeiros chefes há dificuldade em apoiarem decisões que gerem conflitos com outros técnicos de saúde. (E. 5)

O trabalho em equipa entre médicos e enfermeiros é apenas pontual o que causa uma grande desmotivação aos enfermeiros pois sentem que as suas opiniões e decisões não são respeitadas. (E. 5)

Os enfermeiros sentem-se impotentes para resolverem alguns problemas porque não há trabalho de equipa nem articulação entre médicos e enfermeiros. (E. 6)

O facto dos médicos quando tomam decisões não terem em conta a opinião dos enfermeiros repercute-se negativamente nos doentes. (E. 6)

Não há, em algumas situações, um adequado funcionamento das equipas multidisciplinares. (E. 8)

A inexistência de trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos origina problemas éticos aos enfermeiros porque, por vezes, para agirem de acordo com os interesses e necessidades dos doentes não cumprem as prescrições médicas ou entram em conflito com estes profissionais. (E. 8)

Se os serviços estivessem organizados em função dos doentes e não em função dos profissionais, como frequentemente acontece, haveria obrigatoriamente trabalho de equipa entre os diferentes profissionais. (E. 8)

Lamenta a inexistência de espaços e tempos especificamente consignados à partilha de experiências e problemas porque os considera importantes pois os enfermeiros poderiam ajudar-se mutuamente e aprender com os colegas. (E. 8)

Apesar dos problemas serem partilhados por vários colegas se não houver apoio dos enfermeiros que têm poder no serviço não é possível alterar alguns factores que estão na origem de problemas éticos. (E. 7)

Entende que para resolver as situações, nomeadamente as que provocam problemas éticos, é necessário ser coerente com o que se defende e deixar de ser apenas mediador e pacificador de conflitos. No entanto, reconhece que este tipo de atitude é difícil de assumir porque os médicos, para além de não aceitarem discutir os problemas com os enfermeiros, mantêm e promovem a distância entre as duas classes profissionais. (E. 8)

A complexidade das situações que se vivenciam na prestação de cuidados, a necessidade de se encontrar consensos e uniformidade de actuações e de se tomarem decisões que respeitem os verdadeiros interesses do doente, são razões apontadas pelos enfermeiros para haver trabalho de equipa entre os diferentes profissionais de saúde.

No entanto, referem que este tipo de trabalho é esporádico o que causa alguns problemas éticos e dificulta a resolução de outros. Dizem que há falta de articulação e diálogo entre os profissionais, que não há consensos quanto aos objectivos, às formas de actuação e à organização dos serviços, que as situações raramente são discutidas em conjunto e que as opiniões dos enfermeiros não são tidas em consideração quando se tomam decisões.

De notar ainda, que alguns participantes manifestam mesmo a sua incapacidade para resolverem alguns problemas atribuindo esse facto à inexistência de trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros.

A ajuda e o apoio dado pelos colegas e superiores hierárquicos é considerado um factor facilitador na vivência dos problemas éticos. Contudo, um enfermeiro refere que os enfermeiros chefes têm dificuldade em apoiar as decisões que geram conflitos com outros profissionais de saúde.

Também a existência de reuniões periódicas onde se analisem os problemas éticos e se partilhem experiências e dificuldades são consideradas fundamentais. No entender destes enfermeiros este tipo de reuniões ajuda os profissionais a encontrar consensos, a reformular actuações, a tomar decisões e a suportar o stress causado pela vivência dos problemas.

4 - ESTRUTURA ESSENCIAL DO FENÓMENO

Os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na sua prática quotidiana estão relacionados com a humanização e a qualidade de cuidados, os cuidados na última fase do ciclo de vida e o respeito pelos direitos dos doentes, sendo o trabalho da equipa de saúde, consoante o modo como se desenvolve, considerado um factor facilitador ou dificultador na vivência destes problemas

Os enfermeiros sentem ser seu dever prestar cuidados humanizados e de qualidade a todos os doentes, ou seja, centrados na pessoa doente e na satisfação das suas necessidades globais. No entanto, os condicionalismos inerentes ao próprio enfermeiro ou ao contexto em que os cuidados se desenvolvem nem sempre lhes permitem ter este tipo de actuação, o que os faz vivenciar conflitos de valores.

Ao prestarem cuidados aos doentes que se encontram na última fase do seu ciclo de vida os enfermeiros vivenciam conflitos de valores quando são confrontados com a necessidade de colaborarem, por prescrição médica, em formas inúteis de obstinação terapêutica, quando têm que decidir sobre a utilização de medidas que visam prolongar a vida ou sobre a atitude a tomar perante os doentes que se encontram com dores intensas.

As situações em que os enfermeiros têm dificuldade em respeitar e fazer respeitar os direitos dos doentes, nomeadamente, o direito à informação, ao consentimento informado, à confidencialidade e à privacidade, são vivenciadas como problemas éticos.

O trabalho da equipa de saúde é considerado facilitador da vivência de problemas éticos se existirem reuniões periódicas onde se analisem os problemas éticos e se partilhem experiências, se houver apoio e ajuda por parte de colegas e superiores hierárquicos e se existir trabalho de equipa entre os diferentes

elementos da equipa de saúde. É sentido como dificultador quando os espaços e tempos consignados à discussão de problemas éticos são inexistentes, os superiores hierárquicos não apoiam as decisões dos enfermeiros e o trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros é apenas esporádico.

Os enfermeiros vivenciam sentimentos de mal estar, frustração e impotência quando devido aos diferentes condicionalismos com que se deparam não conseguem resolver os problemas de acordo com os interesses e direitos dos doentes.

5 - DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados permitiu-nos constatar que os enfermeiros na sua prática quotidiana vivenciam problemas éticos que estão relacionados com a humanização e qualidade de cuidados, os cuidados na última fase do ciclo de vida e o respeito pelos direitos dos doentes. Foi ainda possível verificar que o trabalho da equipa de saúde adquire um papel fundamental na vivência desses problemas actuando como factor facilitador ou dificultador.

Estes aspectos, que constituem os temas identificados, irão agora ser retomados para fazermos a discussão dos dados. Ao longo desta discussão serão utilizados excertos das expressões significativas dos sujeitos e não os significados que lhe atribuímos, porque entendemos que assim é possível aproximarmo-nos mais das vivências dos enfermeiros.

5.1 - HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE DE CUIDADOS

Prestar cuidados de enfermagem de qualidade é desde há muito tempo uma das preocupações dos enfermeiros. No entanto, nos últimos anos, estes profissionais têm reforçado a atenção dada a este assunto pois tomaram consciência de que é da sua responsabilidade desenvolverem os esforços e implementarem as medidas que garantem essa mesma qualidade.

Alguns diplomas legais que regulamentam a profissão, nomeadamente a Carreira de Enfermagem, o REPE e a Ordem dos Enfermeiros, dão conta deste facto. Estes diplomas para além de definirem que os enfermeiros têm intervenções autónomas, o que significa que são da sua única e exclusiva

iniciativa e responsabilidade, explicitam que é seu dever, através das diferentes áreas de actuação, contribuir para a melhoria e evolução da prestação de cuidados.

É a Ordem que, tal como está consignado no nº 1 do artigo 3º do Decreto-Lei nº 104/98, de 2 de Abril, "tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade de cuidados de enfermagem prestados à população..." (p. 1741).

Esta qualidade tem que ser global, ou seja, tem que ter em conta que os cuidados de enfermagem se dirigem à pessoa com as suas dimensões física, psicológica, social e espiritual interligadas e interdependentes. Pessoa que está inserida numa família e numa comunidade, que é uma realidade única, irrepetível e imprevisível, que tem uma história e um futuro.

Nesse sentido o enfermeiro deve prestar-lhe assistência personalizada. Para isso necessita de conhecer aquela pessoa e aquela família, de modo a compreender, o seu sentido de bem estar, o significado que atribui à doença ou problema que o afecta, o modo como interpreta as manifestações da doença, o valor que atribui à situação em que se encontra, o que espera do futuro.

Todos estes dados, a par dos conhecimentos técnicos e científicos específicos da situação, vão permitir ao enfermeiro implementar medidas que ajudem a resolver não só os problemas que o doente apresenta no internamento, mas a programar a sua reintegração na família e na sociedade, ou seja, a centrar-se na pessoa e nas suas necessidades holísticas e não apenas no mal estar ou doença que a levaram a procurar os cuidados e fazê-lo valorizando cada indivíduo como alguém que tem um valor e uma dignidade únicas.

Em toda a sua actuação o enfermeiro procurará humanizar, o que para Marchesi (1987), significa, por exemplo, comunicar com amor, reconhecer o doente como pessoa, procurar o sentido da vida com o doente e ajudá-lo a retomar o seu projecto. Para humanizar há que entender e aceitar que o homem na sua globalidade é um fim e um valor em si mesmo, que deve ser respeitado pela sua própria dignidade.

Neste sentido, as relações que o enfermeiro estabelece com o doente implicam sempre uma relação entre pessoas e não uma relação pessoa objecto. É ao relacionar-se com o doente que o enfermeiro demonstra que tem consideração por ele, que o aceita na sua individualidade e singularidade no seu modo de ser e de estar no mundo.

Como nos diz Dooling (1998) "o desafio principal para os enfermeiros de hoje não é apenas *fazer a* ou *fazer com* o doente e a família, mas sim fazer tudo isso cuidando" (p. 304). O que significa apoiar, manter uma atitude de autenticidade, de disponibilidade e de abertura ao outro, de forma a compreendê-lo e aceitá-lo. Ao cuidar, o enfermeiro preserva a dignidade humana.

Os enfermeiros têm consciência de que a prestação de cuidados de qualidade envolve todos estes aspectos mas ao mesmo tempo têm necessidade de compatibilizar estas exigências com as do contexto de trabalho, o que os coloca frequentemente perante conflito de valores.

É que a prestação de cuidados de enfermagem tem lugar, com alguma frequência, em contextos que privilegiam a técnica, a doença, os critérios económicos, ou mesmo o aumento de prestígio e ascensão profissional. Se a tudo isto juntarmos a existência de normas hospitalares rígidas, de serviços sobrelotados, de equipamento degradado, de espaços e materiais insuficientes e de equipas desfalcadas, vemo-nos perante uma série de factores que dispersam a atenção dos profissionais por interesses marginais em detrimento da pessoa, limitando assim a prestação de cuidados de qualidade.

Às vezes a falta de condições que chegamos a ter dezassete macas aí com quatro enfermeiros...não prestamos cuidados de qualidade não é? mas é impossível...são os básicos mantendo determinados princípios mas...mas não é possível. (E. 2)

Eu acho que se nós tivéssemos menos doentes não é? podíamos dar mais atenção aos doentes podiamos-nos preocupar com coisas que realmente nos dizem respeito e não é só aquela coisa de dar a medicação, faz a higiene, pronto esta rotina. Isto não é nada. (...) eu de maneira nenhuma me sinto satisfeita (...) é uma coisa mecanizada, pronto, é como eu lhe digo eu falo com os doentes só nessas alturas percebe? (E. 6)

Em relação por exemplo a doentes que (...) são dependentes, e a alta se adivinha breve ahmm. a família precisa também de saber e também há uma certa ética no meio disso...porque também não é ético nós não olharmos para esse campo. (...) mas pronto nem

sempre isso acontece. Sabemos na hora que a pessoa tem alta e isso é uma dificuldade muito muito grande. (E. 9)

Os excertos para além de serem exemplificativos de alguns dos condicionalismos dos contextos de trabalho demonstram-nos que os enfermeiros estão conscientes de que os cuidados que prestam não têm a qualidade que seria desejável.

Os participantes referem-nos que embora tentem manter alguns princípios não conseguem satisfazer as necessidades das pessoas e que por vezes acabam por realizarem um trabalho rotinizado que não respeita a individualidade dos doentes nem tem em conta a preparação da sua reintegração na família.

Este tipo de situações exige que os enfermeiros tomem decisões que parecem simples mas que, por estarem relacionadas com a possibilidade de se satisfazerem com equidade as necessidades das pessoas, são uma questão de justiça.

Estamos a referir-nos por exemplo ao tempo que os enfermeiros decidem dedicar a cada doente, ao tipo de actividades que escolhem realizar, às prioridades que definem e não menos importante ao modo como organizam o seu próprio trabalho. Com efeito, se a prestação de cuidados for rotinizada não permite compreender a situação global do doente não sendo assim possível relacionar os cuidados com o contexto de vida das pessoas. A tendência é que a pessoa seja cada vez mais esquecida e que a doença passe a ser o objecto prioritário da intervenção do enfermeiro.

Ao agirem deste modo os profissionais não cumprem o que o seu código deontológico indica, ou seja, que ao prestar cuidados devem dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. (alínea a e b do artigo 89 do Decreto Lei nº 104/98 de 2 de Abril)

Como nos diz Soares (1991) "o nosso quotidiano hospitalar transforma-se em algo tão mecanizado, que relega aspectos importantes para o nosso subconsciente e que, apenas se tornam conscientes quando algum estímulo mais forte os impele,

ou quando conseguimos parar para repensar as nossas atitudes e comportamentos como pessoas e profissionais" (p. 54).

Esta situação é-nos também relatada por um dos participantes que diz

Eu às vezes dou por mim a fazer coisas até que eu às vezes não sou coerente com elas e que eu nem me apercebo (...) tem a ver com o estabelecimento de prioridades (...) o que interessa é despachar, pronto é este tipo de coisas que às vezes faz-nos pensar que estamos a trabalhar ainda por tarefa tipo rotinização fazer as coisas quase mecanizadas. Às vezes faço coisas que depois me arrependo (...) Às vezes os doentes estão ali a falar comigo e eu quase, para ir fazer outras coisas não lhes presto atenção nenhuma (...) e eu às vezes ponho-me a pensar, eu já tive, já tive, eu que sou tão exigente relativamente a isso e agora faço isso com as pessoas, com os doentes, pronto isso foi um problema. (E. 8)

O excerto demonstra a necessidade e a importância de se fazer uma reflexão sistemática sobre a prática de cuidados pois cada enfermeiro tem a responsabilidade de avaliar e melhorar os cuidados que presta sendo por isso essencial que tome consciência do que faz, como o faz porque o faz.

Muitas vezes os enfermeiros sentem que não têm capacidade de resposta para resolverem algumas das dificuldades com que se confrontam e que estão por vezes na origem de problemas éticos. É assim que, mesmo quando gostam do seu trabalho, vêm surgir o desencanto e a insatisfação que é agravada pelo facto de algumas situações dificultarem as relações com os familiares dos doentes.

Depois passamos e eles [familiares dos doentes] são agressivos para nós (...) Vêm o serviço assim (muitos doentes em macas no corredor), vêm, advinham, que a assistência que nós prestamos não é a mais adequada sentem-se mal e nós também nos sentimos mal porque de facto isso é verdade e não está certo.(E. 5)

Eu por exemplo gosto muito do que faço e eu penso que é importante uma pessoa gostar do que faz mas as limitações muitas vezes até derrubam um bocadinho a pessoa... (E. 11)

A última asserção realça a importância do enfermeiro gostar do seu trabalho para poder ultrapassar os obstáculos com que se depara. Com efeito, quando isso não acontece o profissional dificilmente encontra fontes de satisfação e realização tornando-se o trabalho numa violência diária. Este facto interfere na qualidade dos cuidados que presta pois como nos diz Frei Bernardo (1996) "para cuidar bem dos outros há que primeiramente cuidar-se a si mesmo, amando-se e promovendo-se para amar e promover a possível autonomia dos outros..." (p. 60).

Outro aspecto a destacar é o facto da dificuldade em se prestar cuidados de qualidade ter sido também relacionada com a situação que alguns doentes apresentam. Concretamente os doentes que têm HIV positivo e necessitam de isolamento, habitualmente por tuberculose activa.

Se é verdade que a assistência a estes doentes pode colocar os mesmos problemas éticos que ocorrem na generalidade das situações de cuidados, também é verdade que, sobretudo, o carácter contagioso deste tipo de infecções e os comportamentos de muitos destes doentes lhes confere alguma especificidade. Com efeito, estes aspectos são geradores de medos e preconceitos que associados à necessidade de utilizar medidas de protecção vão condicionar a atitude dos profissionais e os cuidados por eles prestados.

Nós custa-nos pôr esses doentes [com HIV positivo] nos quartos nos isolamentos. Logo aí para mim é um problema ético porque estes doentes de certa maneira estão, estão mesmo fadados para um certo isolamento social, não é? e nós ao pô-los lá ao fundo estamos mesmo a isolá-los socialmente porque para já só vamos lá quando temos que ir (...) vamos sempre em último lugar (E. 6)

Ou a pessoa é uma pessoa impecável (...) ou é um doente daqueles mesmo que a gente não gosta (...) Se o indivíduo é impecável é respeitador é...pronto, consegue-se estabelecer uma relação, se o indivíduo é daquele estilo que não tem respeito por ninguém (...) é impossível uma pessoa agarra nos preconceitos que já tem e ainda ficam mais exacerbados, acho que é assim tentando fazer sempre o que é possível, mas eu acho que nestes doentes temos que fazer muito mais não é só dar a medicação, não é só chegar lá e mudar-lhe a cama (E. 6)

Eu digo, eu sinto receio de me contaminar com esses doentes. (E. 6)

Na situação descrita verifica-se que todos estes factores estão presentes e de que há uma tomada de consciência por parte do enfermeiro de que para além de não satisfazer as necessidades globais dos doentes, as atitudes que toma vão por vezes agravar alguns dos problemas que eles apresentam. Deste modo, são postos em causa princípios básicos que devem ser tidos em conta quando se prestam cuidados de saúde, como seja o da beneficência, o da não maleficência e o da justiça.

Conforme podemos confirmar na resenha sobre vários estudos apresentada por Walsh (1993), este tipo de atitudes e dificuldades é coincidente com o encontrado noutros estudos que também verificaram que a ansiedade e a

precaução extrema provocada pelo medo de contágio, assim como a dificuldade de sentir empatia pelo doente, afectava a qualidade dos cuidados prestados.

Este participante relata ainda que não tem conhecimentos suficientes sobre este tipo de patologias e os cuidados que lhe estão associados, nomeadamente no que se refere às medidas de protecção adequadas a cada situação. Este facto associado à inexistência de uniformidade de actuação por parte de médicos e enfermeiros e mesmo há existência de alguma incongruência entre as indicações dadas pelos clínicos e as atitudes que tomam, aumenta-lhe a insegurança e a ansiedade que se repercute de forma negativa nos cuidados que presta.

Eu acho que devia haver uma preocupação em informar as pessoas. Pronto têm-se feito aqui algumas acções de formação no serviço sobre...até sobre doenças infecto-contagiosas e isso tudo só que fica sempre uma perguntinha no ar por esclarecer e eu acho que nós às vezes agarramo-nos muito a esses medos. (E. 6)

Os aspectos que foram referidos parecem indicar a necessidade de reforçar o diálogo e a cooperação entre os diferentes membros da equipa, de modo a que as situações possam ser discutidas e se encontrem formas consensuais de actuação. Será também fundamental implementar programas de formação que reforcem os conhecimentos dos enfermeiros e desenvolvam atitudes positivas face a estes doentes.

Este tipo de medidas poderão minimizar algumas das dificuldades experimentadas pelos enfermeiros, possibilitando assim aumentar a qualidade dos cuidados que são prestados.

Por último cabe referir que apesar dos serviços de medicina não terem habitualmente tecnologia muito sofisticada os nossos entrevistados consideram que é necessário os enfermeiros estarem atentos para prevenirem o risco de desumanização que está aumentado porque actualmente se dá uma maior importância aos procedimentos técnicos e à utilização de tecnologias inovadoras.

O que é importante é a gente tentar ser cada vez mais humano e humanizar mais. Como já disse com os tecnicismos e com as evoluções que existem hoje podemos cair numa desumanização e cabe a nós enfermeiros humanizar. Somos nós que estamos 24 horas com os doentes e se nós não nos afirmarmos nisso é difícil nós conseguirmos prestar melhores

cuidados e humanizar mais e eticamente sermos melhores e sermos mais bem vistos pela sociedade que eu acho que é muito importante. (E.1)

Com efeito, o uso de tecnologia e o modo como os profissionais de saúde a valorizam pode conduzir a um afastamento cada vez maior entre prestadores de cuidados e doente tornando-se este mais um objecto de cuidados do que pessoa.

O que acabámos de referir não significa que a tecnologia seja má por natureza, ou sinónimo de desumanização. Pelo contrário, ela veio contribuir em muito para a cura das doenças e o bem estar das pessoas. A questão está em saber colocá-la ao serviço do homem.

O enfermeiro tem que compreender o que a tecnologia pode e não pode fazer e tem de se compreender a si próprio e às suas motivações para que possa harmonizar a técnica e a ciência com a atenção personalizada que é devida à pessoa doente. A desumanização não está nos meios que se utilizam mas no modo como se utilizam.

Hernanz (1990) afirma que para humanizar é essencial persuadir as pessoas da "prioridade da ética sobre a técnica, da primazia da pessoa sobre as coisas da superioridade do espírito sobre a matéria" (p.9) e um dos nossos participantes afirma que

...as pessoas devem reger-se ou devem guiar-se pelo, por aquilo que são, para além de ver tudo aquilo que se passa a gente tem que sentir também e tentar discernir o que é correcto e errado, mas acho que, sei lá, pensar um bocadinho com o coração vá lá e pensar na pessoa como um ser humano que está ali e não tornar as coisas tão frias (...) humanizar o mais possível. (E. 10)

No fundo é essencial haver uma abertura à realidade do outro, uma verdadeira comunicação interpessoal. Independentemente dos condicionalismos que se tenham, pessoais ou contextuais e dos meios que se utilizem para prestar cuidados, o importante é, como nos diz Kant, agir "de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio" p. 69.

Neste sentido, a qualidade de cuidados e por isso a sua humanização é um dever de todos os enfermeiros. Por isso, quando se vêm confrontados com situações que põem em causa essa qualidade têm que ter competências técnicas, científicas, relacionais e éticas, que lhe permitam tomar decisões que antes de mais respeitem a dignidade da pessoa.

A promoção desta qualidade é uma questão que diz respeito aos profissionais, às associações que os representam, aos gestores e aos formadores. Todos, em conjunto, têm o dever de implementarem as medidas que visem promover e garantir a qualidade de cuidados de enfermagem prestados a cada utente/doente.

5.2 - OS CUIDADOS NA ÚLTIMA FASE DO CICLO DE VIDA

Nas últimas décadas temos vindo a assistir a um desenvolvimento considerável nos domínios das ciências e da tecnologia que trouxe inegáveis benefícios para a humanidade.

Na área da saúde, este desenvolvimento permitiu diminuir a mortalidade e aumentar a esperança de vida, mas ao mesmo tempo conduziu a um acréscimo de pessoas idosas dependentes e de doentes em estádios terminais cada vez mais prolongados, que exigem, da parte dos profissionais, complexas tomadas de decisão sobre os cuidados a prestar.

Se a estes aspectos juntarmos o facto da sociedade actual ter transferido o lugar onde ocorre a morte do domicílio para o hospital, por haver a tendência de encarar como um acontecimento que deve ser escondido mesmo de familiares e amigos, facilmente compreendemos as preocupações dos enfermeiros com as questões éticas relacionadas com o fim da vida.

Estas preocupações são ainda mais relevantes, se tivermos em conta que os hospitais estão habitualmente vocacionados para diagnosticar, tratar (sobretudo

na fase aguda), curar e investigar e não para satisfazer as necessidades das pessoas que se encontram na etapa final da vida.

Os profissionais de saúde também não estão preparados para prestarem cuidados a estes doentes. Os conhecimentos, as técnicas e as habilidades que lhes foram ensinadas e que desenvolveram ao longo da sua vida profissional, estão direccionadas sobretudo para o tratamento e a cura.

Estes continuam a ser objectivos prioritários para muitos profissionais, incluindo enfermeiros, por isso, quando não são possíveis de alcançar surgem sentimentos de desânimo e frustração difíceis de combater.

A recusa em aceitar a morte, traduz-se na marginalização das pessoas que se encontram na última fase do seu ciclo de vida, através do isolamento e do abandono, ou na utilização de formas inúteis de obstinação terapêutica.

Esta última situação está patente nos excertos que se seguem:

Eu pus em causa e falei o porquê nos cuidados intensivos um doente que a gente sabe que não vai ter qualidade nenhuma de vida. É só prolongar mais uns dias à espera que ele morra. Eticamente eu acho que isto não é necessário (...) Foi prolongar uns dias de vida e eu acho que as pessoas têm que morrer com dignidade.(E. 1)

Outros problemas éticos...por exemplo o doente terminal não é? (...) o que me custa mais nestes doentes é, pronto, estão no hospital têm que se tratar à força, percebe? mesmo que não haja nada a fazer. O sorozinho, o injectável de vitaminas, isso não pode faltar e depois vem o médico vai daqui e tira sangue (...) está a ver estas coisas todas? (...) isso a mim põe-me muitos problemas porque eu acho que é um sofrimento desnecessário. (E. 6)

De facto os profissionais na ânsia de tratar, curar e de preservar a vida, por vezes implementam medidas que não estão adequadas à situação que o doente está a vivenciar. Deste modo, em vez de estarem a prolongar a vida de uma pessoa estão, em muitos casos, a prolongar o seu processo de morrer.

Pessini e Barchifontaine (1997) defendem que "o paradigma de curar, torna-se facilmente prisioneiro da tecnologia. Se algo pode ser feito, logo deve ser feito, esquece-se que nem tudo o que é possível realizar cientificamente é eticamente admissível" (p. 314).

Com efeito, é necessário reconhecer e aceitar a finitude da vida humana e não arrastar as pessoas para condições que só aumentam o seu sofrimento.

Ao tomarem as suas opções terapêuticas os profissionais têm o dever de avaliar se os meios que utilizam são proporcionais à situação do doente, isto é, se não são inúteis e excessivamente agressivos, se lhe trazem verdadeiros benefícios e se não lhe acarretam sofrimentos desnecessários.

Quando estas condições não se verificam, não só se pode como se deve suspender o tratamento. Esta situação não tem, como defende Arias (1997) e mesmo João Paulo II, nada a ver com a eutanásia, porque não se trata de procurar deliberadamente a morte de uma pessoa, mas sim de suspender um tratamento que não lhe proporciona benefícios.

Por outro lado, é necessário ter em conta que habitualmente é mais fácil não iniciar o tratamento do que pará-lo, pelo que as decisões terapêuticas devem ser objecto de uma cuidadosa ponderação que deve ser feita, sempre que possível, com o doente e a família.

Como nos diz Pinto (1990) "o dever ético do respeito pela vida pode converter-se em determinadas circunstâncias no dever ético de aceitar a morte, tanto por parte do doente como por parte do médico, e, conseqüentemente, exigir ou implicar um não à forçada sobrevivência a qualquer custo" (p. 166).

Os enfermeiros são frequentemente confrontados com a necessidade de tomar este tipo de decisões. Na prática do dia a dia, quando por exemplo existe uma paragem cardio-respiratória ou se agrava o estado de um doente que tem uma doença irreversível em estadio terminal, são eles que decidem se chamam ou não o médico, ou se iniciam as manobras de ressuscitação. Surgem então perguntas como: O que devo fazer? O que me dá o direito de intervir? Que repercussões terá a minha acção? O que será melhor para esta pessoa?

Os participantes do nosso estudo revelam-nos que estas situações são vivenciadas com grande desconforto e angústia pois, apesar de conversarem com os colegas presentes, muitas vezes têm dúvidas sobre o modo como devem agir.

Questionam se determinada actuação traz verdadeiros benefícios para o doente ou apenas lhe prolonga um processo irreversível, não lhe aumentando e mesmo por vezes diminuindo a qualidade de vida. Mas, com medo de inviabilizarem a vida de pessoas que têm possibilidade de sobrevivência, os enfermeiros acabam por prolongar o sofrimento e mecanizar a morte de muitas outras.

Falamos com o colega (...) nunca tomamos essa decisão sozinhas estamos sempre duas pessoas e é sempre de comum acordo...(E. 10)

Houve colegas no serviço que me disseram na altura - L. o que é que estás a fazer? Já viste a qualidade de vida que o senhor vai ter? Porque é que não deixas-te morrer o senhor? e na minha cabeça andou muito tempo esta, esta questão a martelar. Realmente que qualidade de vida é que eu fiz com que aquele senhor viesse a ter daqui para a frente? (E. 7)

Eu realmente reanimo sempre. (...) a gente acaba sempre por reanimar porque pode ser que ele acabe por sobreviver. (E. 1)

Estas dificuldades são agravadas pelo facto da maioria das situações exigirem uma decisão e actuação imediatas e não terem sido previamente discutidas.

...naquela altura eu não me lembrei de nada só pensei que queria que o senhor voltasse a ter a respiração por ele. (E.7)

...eu já tenho tido essa pergunta para o médico assistente e pergunto - doutor se acontecer alguma coisa vale a pena chamar médico de banco? (...) Se ele disser que já foi avisado a família, não há nada a fazer portanto vocês, se acontecer alguma coisa vocês...Mas isto acontece de vez em quando, raramente isso acontece. (E. 1)

Na realidade, como facilmente se compreende, se uma pessoa está em paragem cardio-respiratória o enfermeiro não tem muito tempo para analisar todos os dados relevantes da situação. Como referem Curtin e Flaherthy (1982), este facto, por si só, aumenta a complexidade do problema e a possibilidade de se tomarem decisões inadequadas.

Esta é uma das principais razões porque no caso dos doentes que se encontram na fase final da vida se devem discutir previamente as possibilidades terapêuticas, incluindo a atitude a tomar quando a situação só se poder prolongar com o recurso à tecnologia ou a manobras de reanimação.

Como sustentam Curtin e Flaherty (1982) "não se trata de decidir quem deve viver ou quem deve morrer. Pelo contrário, trata-se de assegurar que ninguém morrerá desnecessariamente e os que têm de morrer o farão sem desconforto e dignamente" (p. 299).

Mas mesmo quando entendem que para agirem de acordo com os interesses daquela pessoa deveriam deixar que a morte ocorresse naturalmente, os enfermeiros sentem dificuldade em fazê-lo e optam habitualmente por medidas que adiam esse momento. O comportamento que adoptam causa-lhes grandes conflitos pessoais porque sabem que a distansia também é eticamente reprovável.

Eticamente a gente pensa, eticamente a gente sabe que aquele doente não vai ter grande qualidade de vida mas também não temos coragem de deixar a pessoa morrer.(E. 1)

...se calhar vivia mais duas ou três horas mandava-o para o SO (...) traumatizavam-no ainda mais mas eu ficava bem. Por isso é que eu digo, assim penso só em mim ahmm. estou a ser egoísta a esse ponto que eu é que ficava bem, eu pelo menos a minha actuação eu tive-a eu fiz tudo o que podia e daí lavei as minhas mãos...(E. 9)

...mas era desumano, desumano não sei se será a palavra certa, estar ali perante a situação e não agir era um peso na consciência mesmo sabendo que podia ser o correcto a fazer. Mas isto uma vida estar dependente de nós é uma coisa complicada, muito complicada (E. 10)

Há uma clara dificuldade em aceitar que a morte é um acontecimento que faz parte da condição humana e que também é função do enfermeiro acompanhar a pessoa nesta fase. Não iniciar um tratamento não é, em muitas circunstâncias, abandonar o doente mas conhecer e aceitar os limites da ciência e da técnica.

Se quando o prognóstico é favorável ou desconhecido se impõe a utilização de todos os meios ao dispor para preservar a vida, quando isso não acontece o respeito pela pessoa exige que se invista mais na qualidade de vida do que na sua duração.

O comportamento correcto é aquele que se centra na pessoa e não na doença e por isso deve-se, como nos diz Pinto (1990), subordinar "todos os meios e técnicas ao serviço do homem, ajudando-o a assumir a morte de acordo com as exigências da sua dignidade de pessoa" (p. 170)

Para isso é essencial que os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, implementem todas as medidas ao seu alcance para proporcionar o máximo de qualidade de vida até que a morte ocorra num clima de serenidade, de respeito e de paz.

Neste sentido, a sua actuação não se pode centrar apenas no doente. Ele faz parte de uma família que é o seu suporte básico, mas que atravessa também um momento de grande crise, necessitando por isso de ser ajudada para poder continuar a apoiar o seu familiar.

A fase final da vida é um momento único. Nela se fazem, em alguns casos pela primeira vez, as grandes interrogações sobre a vida, se adoptam novas hierarquias de valores, se criam novas e verdadeiras relações, se elaboram projecto sérios e irrepetíveis, muitas vezes só concretizáveis com a ajuda de outra pessoa.

Mas para que o doente possa viver intensamente estes momentos é necessário que se sinta aceite e acompanhado e tenha encontrado alívio para os problemas físicos, em particular para a dor.

No entanto alguns profissionais continuam a não valorizar os cuidados paliativos e quando o tratamento e a cura já não são possíveis chegam a abandonar e a ignorar os doentes e as suas famílias.

Aquele médico ignorou, eu acho que ignorou simplesmente aquela situação [doente com dores] (...) fiquei indignada e não fiquei, não fiquei porque é uma coisa que já é hábito fazer-se...(E. 4)

Outra coisa que eu acho horrível e que me preocupa imenso é a falta de apoio que as famílias têm no caso de doentes terminais (...) acho que é horrível as pessoas devem-se sentir sozinhas muito abandonadas. (E.6)

...havia dificuldade da equipa médica que assistia o senhor em colaborar com os próprios colegas do controle da dor, pronto não havia qualquer tipo de colaboração e por eles o doente não tinha terapêutica nenhuma. (E. 5)

Este tipo de situação provoca problemas éticos aos participantes do nosso estudo porque para aliviarem a dor do doente, como reconhecem ser seu dever e está consignado na declaração de direitos das pessoas moribundas, vêm-se na

necessidade de ultrapassarem as competências que legalmente lhes estão atribuídas e originam conflitos no seio da equipa multidisciplinar.

...eu achei-me na obrigação...esta obrigação sei lá...de lhe dar uma coisa para as dores e dei-lhe (...) porque eu acho que na situação em que ele está é uma coisa que não vai prejudicar absolutamente em nada. (...) pesei bem os prós e os contras e vi...pronto apercebi-me que o tempo que ele vai ter de vida é tão curto que ao menos, quer dizer, que ele venha a ter uma vida com um bocadinho menos de sofrimento. (E. 4)

Na maior parte dos casos nós (...) dávamos a terapêutica ao senhor (...) houve um dia que o médico assistente teve conhecimento, descobriu e ficou muito aborrecido disse que não podia ser, que nos ia levantar um processo (...) era uma situação muito complicada ahmm. Porque nós falávamos uns com os outros e até estávamos todos de acordo (...) para nós era mais importante diminuir o sofrimento do doente, para nós foi até ao fim. (E.5)

Apesar de correrem alguns riscos, nomeadamente em termos legais, estes enfermeiros decidiram que o mais importante era agirem em benefício do doente e nesse sentido, aliviarem a sua dor.

Na realidade a dor que muitas vezes existe na fase terminal da vida é, segundo a OMS (1990) uma *dor total* que envolve o doente e todo o seu mundo levando ao desequilíbrio pessoal, familiar e social.

A dor, ao ter repercussões em todas as dimensões da pessoa, impede-a de manter o seu domínio e de se aproximar serenamente da morte. Deste modo, o respeito pela pessoa exige que os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, encarem o alívio da dor como um dever e uma prioridade em termos de cuidados de saúde. Só assim é possível, como refere o Conselho Pontífico para a Pastoral da Saúde (1995) "restituir o homem a si próprio proporcionando-lhe uma experiência mais humana do sofrimento" (p. 66).

A pessoa tem direito a uma morte digna, o que não significa que se procure deliberadamente a morte, como preconizam os defensores da eutanásia, mas sim que se ajude a pessoa a viver intensamente e com o máximo de qualidade as últimas experiências da sua vida.

É que morrer com dignidade é, como refere Moreira (1992), "manter até ao fim a sua identidade pessoal, ser tido em consideração por aqueles que o rodeiam e não ser abandonado numa angustiada solidão" (p. 149).

Deste modo, é essencial que os profissionais de saúde discutam em conjunto os problemas que se colocam na última fase da vida e que encontrem formas de actuação que não diminuam deliberadamente o tempo de vida nem o prolonguem a todo o custo mas que, pelo contrário, permitam acompanhar o doente e proporcionar-lhe o máximo de bem estar até que a morte ocorra naturalmente. O respeito pelos direitos e pela dignidade da pessoa até ao fim da vida a isso obriga.

5.3 - O RESPEITO PELOS DIREITOS DOS DOENTES

O Ministério da Saúde Português publicou em 1998 uma carta que explicita os deveres e os direitos dos doentes. Deste documento, importa neste momento destacar o realce que é dado à necessidade de respeitar a dignidade humana em todas as fases do processo de cuidados e nesse sentido, a importância atribuída à individualidade, privacidade, confidencialidade e autonomia dos doentes.

Contudo, apesar de alguns esforços desenvolvidos, estes aspectos ainda não são respeitados na sua totalidade nos nossos serviços de saúde. As causas que poderão estar na origem deste facto são várias, no entanto, o tipo de modelo que guia a actuação dos profissionais de saúde tem, sem duvida, uma importância fundamental.

Com efeito, os profissionais, na sua relação com os doentes, adoptam com frequência o clássico modelo paternalista. Deste modo, entendem que os doentes não têm capacidade para tomar as decisões que melhor satisfazem os seus interesses, por isso devem aceitar passivamente as opções que os profissionais tomam, à luz dos seus conhecimentos, habilidades e experiências.

Neste modelo os profissionais apoiam-se nos princípios da não maleficência e da beneficência e nesta base manipulam a informação a dar aos doentes e, sem

muitas vezes lhes darem oportunidade de expressarem o que desejam ou sem terem em conta a sua vontade, tomam as decisões que entendem necessárias.

Ao negarem aos doentes o direito a fazerem escolhas esclarecidas segundo as suas crenças e valores e de se responsabilizarem por elas, os profissionais estão a violar o princípio da autonomia, desrespeitando assim a dignidade do outro.

Este desrespeito está patente quando, por exemplo, não se informa o doente sobre a sua situação clínica e não se lhe pede consentimento para implementar um determinado plano terapêutico.

Eu penso que a pessoa antes de fazer o tratamento devia ter conhecimento do que vai fazer, porque é que vai fazer. Possivelmente a pessoa diria que sim, mas a pessoa devia saber o que vai fazer e cada vez mais nós verificamos que isso acontece menos. Pronto, é como que um objecto que está deitado na cama. (E. 1)

Cumprir o processo do consentimento informado, entendido como "o assentimento livre e esclarecido que um sujeito humano deve prestar com relação a quaisquer actos médicos a serem praticados na sua pessoa" (Archer, 1999, p. 5), é considerado por vários autores (Neves, 1996; Melero, 1997; entre outros) como condição exigida para que os profissionais de saúde possam afirmar que promovem o exercício da autonomia dos doentes.

É assim, que os profissionais se devem certificar de que o doente tem a sua capacidade de decisão mantida, de que o consentimento é dado voluntariamente, isto é, de que não se verifica nenhuma forma directa ou indirecta de coacção, e de que a decisão foi tomada depois de ter havido uma adequada informação.

Para que isso seja possível é necessário associar o doente a todas as fases do processo de cuidados dando-lhe progressivamente as informações que permitam uma completa compreensão da situação. A linguagem utilizada deve estar adaptada às capacidades de compreensão do doente e deve ser criado um ambiente que favoreça a colocação de perguntas e o esclarecimento de dúvidas.

Para além disso, é fundamental que desde o início se estabeleça, entre profissionais e doentes, uma relação de confiança alicerçada no respeito e entre-

ajuda. É esta relação que vai permitir conhecer as particularidades de cada doente, adaptar as propostas terapêuticas às suas características e confirmar que houve uma verdadeira compreensão da informação.

É que, como nos diz Serrão (1999) a propósito da actividade médica, o consentimento informado não pode ser entendido apenas como a autorização dada pelo doente mas sim, como o "assentimento da pessoa doente à proposta terapêutica do médico depois de a ter compreendido em toda a sua amplitude e depois de ter avaliado as consequências, para si, para a sua família e para o seu papel social, do diagnóstico que o médico lhe comunicou e da sua possível recusa ao tratamento que lhe é proposto" (p. 475).

Os enfermeiros, de acordo com o seu Código Deontológico, têm o dever de respeitar o direito à autodeterminação e nesse sentido informar a pessoa sobre os cuidados que prestam, decorram eles de intervenções autónomas ou interdependentes, e obter o consentimento para as realizar.

Mas para além de respeitarem o direito do doente ao consentimento informado devem também defendê-lo e promovê-lo. Deste modo, quando são confrontados com situações em que o consentimento não foi pedido ou houve incorrecção no modo como se desenvolveu o processo, devem actuar de forma a defenderem os interesses do doente, sobretudo quando ele não tem condições para o fazer sozinho.

É assim que o enfermeiro deve alertar os outros profissionais de saúde quando verifica que o doente não tem informação, não a compreendeu ou necessita de explicações adicionais sobre as actividades por eles desenvolvidas.

Se são situações que eu posso dizer, se é um exame explico ao doente (...) à partida quando é tratamentos encaminhado para a parte médica e chamo a atenção do médico para isso. (E. 1)

No entanto, é aos enfermeiros que habitualmente os doentes e familiares colocam as suas dúvidas pois é com eles que de um modo geral mantêm relações de maior proximidade. Este facto coloca alguns problemas aos enfermeiros

porque, como é referido pelos participantes do nosso estudo, para além de com frequência desconhecerem a informação que já foi dada ao doente, há aspectos que estão relacionados com as competências de vários profissionais o que torna difícil determinar que tipo de informação é que podem dar.

Às vezes temos dificuldades porque é assim ainda está um pouco mal definido (...) aquilo que é informação da parte do médico e aquilo que é informação da parte do enfermeiro. (E. 3)

Há essa dificuldade, porque se calhar não estão definidas essas áreas, pronto, a parte do médico acaba aqui, a minha parte começa aqui (...) penso que regra geral não há trabalho em conjunto sobre esse aspecto [informação a dar aos familiares], por isso é que às vezes surgem essas duvidas (E. 12)

No nosso entender estas dificuldades só poderão ser minimizadas se os diferentes profissionais de saúde trabalharem em equipa, de modo a que haja uma participação conjunta em todo o processo de cuidados, designadamente nos aspectos que dizem respeito à informação e ao consentimento informado. Quem dá a informação, como e quando deve ser dada e que tipo de informação deve ser transmitida são alguns dos aspectos fundamentais que devem ser discutidas e decididos na equipa multidisciplinar.

Outros conflitos surgem quando o princípio da autonomia colide com o da beneficência. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, cuidam de pessoas que têm valores muito diferentes dos seus, por isso é natural que em algumas circunstâncias, mesmo depois de ter havido um profundo esclarecimento e uma discussão conjunta, não haja acordo entre as propostas dos profissionais e as opções do doente.

Estas situações estão na origem de conflitos vivenciados pelos enfermeiros porque, embora afirmem que os doentes têm o direito de aceitar ou recusar as orientações dadas pelos profissionais, têm dificuldade em aceitarem as suas decisões quando elas não coincidem com aquilo que entendem melhor satisfazer as necessidades do doente.

Um dos enfermeiros por nós entrevistado diz mesmo que continua a ser responsável pelas opções tomadas pelos doentes, receando por isso que elas lhe

possam causar algum dano. Esta afirmação leva-nos a questionar o que estará na sua origem. Será a influência do modelo paternalista? Haverá dúvidas sobre o modo com decorreram as diferentes fases do processo de consentimento informado? Estas são questões que nos parece oportuno discutir com este e com outros enfermeiros.

Porque eu respeitei, pronto o respeito pelo doente não é? o que ele quer não é? a gente tem que agir em função dele não é estabelecendo prioridades para nós é mais para ele mas se ele não quer...mas fica-nos sempre...a mim fica-me a pesar um bocado na consciência se acontece alguma coisa apesar de ele não ter querido nós somos responsáveis. (E. 2)

Se o doente está na posse das suas capacidades de decisão, se foi devidamente esclarecido, se não houve coacção e se a opção tomada não entra em conflito com os direitos de outras pessoas, o enfermeiro tem o dever de respeitar os valores, os costumes e as convicções religiosas das pessoas a quem presta cuidados e, deste modo, agir de acordo com as decisões por elas tomadas. É o caso por exemplo dos doentes que por convicção religiosa recusam uma transfusão de sangue que os profissionais entendem ser indispensável.

Noutras situações os conflitos podem surgir porque os profissionais têm dúvidas sobre a capacidade de compreensão das pessoas e têm de escolher entre dar a informação ou agirem de acordo com o que entendem ser melhor para os doentes.

Os doentes têm o direito de saber que medicação é que estão a fazer, mas houve alguém que lhe disse que era morfina e a família soube, inclusive quando ela morreu eles vieram cá fizeram aí uma guerra (...) porque a morfina é que a tinha matado não é? (...) eu acho que o doente tem o direito de saber mas há certas situações em que acho que não se deve dizer (...) ela perguntou-me a mim um dia antes e eu não disse o que era. (...) na minha consciência achei que não lhe devia dizer porque há pessoas que não têm discernimento para poderem saber determinadas coisas. (E. 2)

Neste tipo de circunstância é necessário ter presente que o facto dos doentes não concordarem com a opinião dos profissionais nem sempre se deve à falta de compreensão mas sim à existência de valores diferentes. Para além disso, torna-se imprescindível verificar se o doente tem noções falsas acerca de determinado

assunto, se tem medos irracionais que não consegue controlar, ou se as suas opções são a resposta às pressões externas, nomeadamente dos familiares.

Quando isso acontece os enfermeiros têm o dever de defenderem o doente das pressões, garantindo-lhe por exemplo que os familiares só receberão a informação que ele autorizar e tentar, como nos diz Archer (1999), remover as distorções e os receios e persuadi-lo do que julgue ser mais conveniente.

De um modo geral o respeito pela pessoa doente exige que a informação fornecida seja completa e verdadeira, no entanto, pode acontecer que os profissionais sejam confrontados com situações em que presumem que isso irá provocar um grave dano para o doente. Dizer a verdade pode converter-se assim em problema ético porque, tal como é salientado pelos participantes no nosso estudo, ao prestar cuidados o enfermeiro tem que ter sempre a preocupação de em primeiro lugar não fazer mal - não prejudicar o doente.

Mas o facto de poderem ocorrer situações em que será conveniente ocultar a informação não significa, como nos diz Serrão (1999), que este tipo de actuação seja extrapolado indevidamente. É que, em nome do princípio da não maleficência, alguns profissionais recusam dar as chamadas "más notícias", ou enganam deliberadamente o doente. Não têm em conta que mesmo procurando fazer o melhor para o doente "não é convincente a afirmativa de que esse fim possa ser alcançado por evasivas enganos ou mentiras directas" (Almeida, 1996, p. 61).

Temos doentes com neoplasias do pulmão (...) por vezes, como são pessoas novas, quer dizer, torna-se muito difícil dizer à pessoa o que é que a pessoa tem e então eu vejo muitas vezes passarem-se dias e dias e as pessoas vão-se começando a aperceber por elas que as coisas não estão bem (...) Eu penso que, apesar de ser difícil(...) devia ser dado com alguma brevidade, pronto. Ou arranjar maneiras, envolvendo também a família de a pessoa não se ir apercebendo por ela aos poucos porque o choque também é grande. Se a pessoa fosse conhecedora do que realmente se passa não sei, eu acho que é um direito. (E. 11)

Tal como este excerto refere, esconder a verdade do doente para lhe evitar danos é habitualmente uma falsa questão porque ele vai-se apercebendo através da sintomatologia, dos tratamentos, da expressão facial dos familiares e dos

profissionais e quando descobre a verdade tardiamente fica muitas vezes revoltado por ter sido enganado por aqueles em quem confiava, o que lhe poderá causar um mal ainda maior.

É exactamente a necessidade de não quebrar a relação de confiança que deve existir entre os doentes e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que reforça a necessidade de manter uma comunicação baseada na verdade, que, segundo Melero (1997), se torna ainda mais relevante quando a doença é grave, porque o doente poderá ter necessidade de resolver muitos assuntos relacionados com a sua vida social, profissional e familiar.

Para além disso, as razões que levam os profissionais a ocultarem a verdade não estão muitas vezes relacionadas com o doente mas, como nos dizem vários autores, nomeadamente Almeida (1996) e Melero (1997), com a necessidade de evitarem o desconforto por terem de lidar com o assunto, com a incapacidade que têm de manter uma relação de proximidade com o doente, ou com a falta de conhecimentos e de técnicas psicológicas que lhes permitam ajudar o doente a confrontar-se com a realidade.

Naturalmente que há doentes que preferem não estar informados e nesses casos o profissional deverá respeitar esse direito. No entanto, nas restantes situações tem o dever de procurar conhecer o doente para poder escolher a melhor forma de comunicar com ele.

É que, como nos refere Pinto (1990), "o acto comunicativo para que seja verdadeira comunicação interpessoal deve ter em conta a situação particular do destinatário, isto é, deve atender à sua capacidade intelectual, à sua força emocional e moral e à sua maturidade pessoal" (p. 27).

É o conhecimento do doente, das suas dificuldades e particularidades, que permite ao profissional escolher o(s) momento(s), as palavras e o modo adequado para transmitir a informação que cada doente é capaz de assimilar e está preparado para suportar. Entendemos que este aspecto é fundamental porque, como refere Biscaia (1997), "respeitar a dignidade é também saber dizer a

verdade que cada doente está preparado para receber e é participar do seu sofrimento com suficiente distância para poder ajudar, decidir e acompanhar" (p. 600).

A questão a colocar não deverá ser se o doente deve ou não ser informado mas sim, como informar e que acompanhamento e ajuda se pode oferecer posteriormente. Este aspecto torna-se ainda mais pertinente porque entre nós é frequente revelar-se à família a informação que se julga inadequada para o doente, que é habitualmente o único a quem não é dita a verdade. É assim que, muitas vezes, o doente se encontra isolado e condenado ao silêncio o que aumenta a sua angústia e incerteza.

Que informação transmitir à família é aliás uma questão importante. Naturalmente que os familiares que estão a acompanhar um doente têm necessidade de estarem inteirados da situação, mas será correcto informá-los sem previamente se ter dado essa informação ao doente ou sem lhe pedir autorização como é habitual nos nossos serviços?

Concordamos com Serrão (1996), quando defende que não se deve dizer à família mais do que já se disse ao doente, de modo a não desrespeitar o seu direito à confidencialidade e a manter a confiança do doente na relação que estabelece com os enfermeiros e outros profissionais de saúde.

De notar, que os enfermeiros por nós entrevistados não verbalizaram este tipo de preocupação, embora tivessem referido a vivência de problemas relacionados com o segredo profissional.

Em relação por exemplo à saída de informação do hospital é outra coisa que às vezes me preocupa um bocadinho, principalmente da parte das auxiliares (...) no meio de uma conversa ou no meio de um contexto qualquer a pessoa é capaz de dar algumas pistas ou algumas informações que não devia (...) e a informação passa de uma maneira abismal lá para fora ahmm e nós sabemos que muitos dos culpados também somos nós, também falamos coisas que não devíamos à frente de outras pessoas (...) e elas não têm formação para lidar com este tipo de coisas, nem sequer sabem o que é a ética...(E. 9)

Para se poder planear convenientemente o processo de cuidados de um doente por vezes é necessário que ele revele dados que são muito íntimos e

mesmo desconhecidos das pessoas que lhe são mais próximas, só o conseguindo fazer se acreditar que a confidencialidade se mantém.

É esta garantia que é dada pelo código deontológico dos enfermeiros que determina que estes profissionais têm o dever de guardar segredo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no desempenho da sua profissão. A obrigatoriedade de guardar segredo apenas cessa nas situações previstas na lei ou quando o doente dá o seu consentimento.

No entanto, as condições em que se desenvolve a prestação de cuidados por vezes dificulta a manutenção da confidencialidade da informação. Como exemplo podemos referir as características físicas dos serviços, a quantidade de profissionais que directa ou indirectamente estão implicados nos cuidados e a pouca formação, nomeadamente no domínio da ética, que alguns desses profissionais têm.

Deste modo é essencial que os enfermeiros redobrem a atenção dada a estas questões, que escolham criteriosamente a informação que partilham com os outros profissionais e que exerçam a sua função de educadores junto dos que têm menos formação.

Por último cabe referir que os participantes no nosso estudo defendem, tal como vários autores, designadamente Bandman e Bandman (1985), Fry (1995) e Ribeiro (1995), que os enfermeiros ao verificarem que os interesses e direitos dos doentes não são respeitados devem exercer o seu papel de advogado do doente.

Contudo, um dos participantes refere que, devido aos diferentes condicionalismos com que se depara, nem sempre actua deste modo, o que lhe provoca sentimentos de mal estar e frustração.

Às vezes sinto-me um bocado frustrado, o que a gente costuma dizer é que somos advogado do doente mas eu às vezes sinto-me um mau advogado... (E. 8)

No entanto, como também é focado é necessário procurar actuar de acordo com os valores e princípios da profissão pois o doente tem direito a ver respeitada

a sua dignidade, a sua autonomia e a confidencialidade das informações de carácter pessoal, por isso os enfermeiros têm o dever de manter e promover o respeito, a veracidade e a fidelidade.

5.4 - O TRABALHO DA EQUIPA DE SAÚDE COMO FACTOR FACILITADOR/DIFICULTADOR NA VIVÊNCIA DOS PROBLEMAS ÉTICOS

O trabalho da equipa de saúde surge nos discursos dos nossos entrevistados como um factor que, consoante o modo como se desenvolve, pode facilitar ou dificultar a vivência dos problemas éticos.

É assim, que é focada a necessidade de existirem reuniões periódicas onde os enfermeiros possam discutir aspectos relacionados com os problemas éticos que vão ocorrendo, nomeadamente as suas causas, o modo como se deve agir ou agiu e as estratégias a adoptar no futuro.

Estas reuniões permitem encontrar consensos e uniformidade de actuação que por sua vez, suportam as decisões dos enfermeiros permitindo-lhes actuar de acordo com os interesses dos doentes mesmo quando as atitudes tomadas geram conflitos com outros profissionais de saúde

...acho que haver reuniões periódicas em que as pessoas possam falar umas com as outras, ser dado o devido lugar de destaque a essas coisas [que estão na origem dos problemas éticos] (...) porque é muito importante, porque de facto algumas situações que se resolveram tiveram a ver com a união de todos (...) porque toda a gente estava de acordo.
(E.5)

Para além disso, ao promoverem a troca de opiniões e experiências, a reflexão individual e em grupo e a discussão e análise dos problemas que preocupam os enfermeiros, constituem excelentes momentos de aprendizagem. Ao participarem nas reuniões os profissionais recolhem contributos que os

ajudam a reformular as suas actuações, a tomarem decisões e mesmo a suportar o stress causado pela vivência desses problemas.

Os excertos que se seguem exemplificam o que acabámos de afirmar

...era importante nós falarmos e vermos porque também a gente aprende uns com os outros (E8)

...é pior ainda porque em vez de nós falarmos sobre elas e tentarmos...nesta situação toda a gente falou e deitava um bocado cá para fora, noutras situações que acontecem nós vivemos aquilo na altura e depois ficamos com situações desconfortáveis em relação a certas coisas (E5)

...discutir os casos, porque eu acho que da discussão é que nasce a luz e também porque também se podem trocar experiências (...) para já em termos de saúde mental acho ótimo, porque uma pessoa está sempre sozinha não é? e depois porque podemos tirar proveito das experiências dos outros para limar certos aspectos. Não sei, não vou dizer que estou sempre a agir bem, é impossível. Em termos de reflexão acho isso muito importante. (E.6)

Os autores que se têm dedicado ao estudo destas questões (Moreau, 1991; Sellin, 1995; Ribeiro, 1998; entre outros), focam também estes aspectos quando realçam a importância deste tipo de reuniões na vivência dos problemas éticos. No entanto, referem que os enfermeiros não têm o hábito de partilhar as suas experiências e sentimentos e de discutir os problemas éticos que encontram na sua prática quotidiana.

Este facto é também referenciado pelos nossos entrevistados que dizem que gostariam de partilhar as experiências com os colegas mas não encontram os espaços adequados para o fazerem.

...havia imensas coisas que eu gostaria de partilhar com os colegas e eles se calhar até tinham imensas coisas que partilhar comigo. Há falta de espaço, é isso mesmo, para que haja partilhas (E.8)

Mas porque será que esta situação acontece? Se os enfermeiros evidenciam a importância destas reuniões para a resolução de problemas éticos e mesmo para o seu próprio bem estar porque não encontrarão estratégias para as realizarem periódica e frequentemente? Esta pergunta torna-se ainda mais pertinente se tivermos em conta que os enfermeiros reúnem habitualmente para discutirem e resolverem outro tipo de problemas. Para além disso planeiam e realizam acções

de formação em serviço onde apresentam estudos de caso e debatem os temas técnicos e científicos que consideram pertinentes.

Pergunta-se então porque não utilizam estes momentos para abordarem as questões éticas e para analisarem os problemas éticos que vão ocorrendo? Será que embora os discursos denotem preocupação por estas problemáticas na prática do dia a dia as questões técnicas e científicas e os problemas bio-médicos ofuscam a dimensão ética dos cuidados? A resposta a estas perguntas terá que ser encontrada através da reflexão e análise conjunta dos enfermeiros.

Mas o discurso dos nossos participantes denota que o papel dos colegas como factor facilitador da vivência e resolução dos problemas éticos vai para além destas reuniões formais, pois consideram que quando estão perante um problema ético e têm que tomar decisões, é fundamental contarem com a ajuda dos outros enfermeiros.

Justificam a sua opinião dizendo que o processo de tomada de decisão é complexo e que por isso exige um conhecimento adequado da situação que é dificultado pelo tipo de horário que praticam.

Deste modo, consideram que se puderem discutir as situações com os colegas presentes será mais fácil tomarem as decisões correctas. No entanto, não deixam de focar o papel que o enfermeiro como pessoa tem na resolução dos problemas.

As declarações que se seguem são exemplificativas do que acabámos de afirmar.

...eu gosto de me socorrer dos enfermeiros mais antigos (...) são eles que já viveram tantas experiências que sabem dizer-nos tem cuidado não faças assim...(E.3)

...há uma reflexão em conjunto sobre aquela decisão que eu tomei (...) o trabalho quando é efectuado em equipa é melhor é mais repensado as nossas decisões, porque nós às vezes não somos donos absolutos da verdade...(E.4)

...às vezes é difícil, [tomar a decisão] uma pessoas está três dias ou quatro dias fora e acaba por não conhecer o doente, assim ao longo daqueles dias é mais fácil tomar a decisão... (E.1)

...por mais condições que houvesse estas dúvidas iam pôr-se sempre, eu penso que isto parte de cada um, acho que nós somos, muito antes de sermos enfermeiros e de sabermos o que é que é correcto e errado nós somos pessoas, e acho que é impossível de separar (E.10)

Na realidade, cada situação é única porque ocorre num contexto específico, não sendo por isso possível aplicar de forma directa normas e princípios éticos. Pelo contrário, para que se possa tomar uma decisão adequada é necessário discernir o que está em causa e o que é prioritário em cada caso particular.

Neste sentido, e como nos dizem vários autores (Curtin e Flaherty, 1982; Grundstein-Amado, 1992; Ellis, 1994; Fry, 1994; entre outros), é imprescindível recolher organizar e analisar a informação disponível, da qual destacamos: os direitos e deveres das pessoas envolvidas, os princípios e valores éticos que estão em causa, os desejos dos utentes e/ou familiares e os factores clínicos associados.

É nesta fase que se torna fundamental a informação transmitida pelos colegas, sobretudo porque, como foi referenciado pelos participantes, o tipo de horário de trabalho dos enfermeiros dificulta o conhecimento do doente e do contexto em que ele se encontra.

Para além disso, a análise dos diferentes aspectos implicados na situação e a definição das possíveis alternativas de solução é mais profunda e completa se for feita por mais do que um enfermeiro.

É no entanto de salientar que, se a metodologia de tomada de decisão é importante para se poderem encontrar soluções que respeitem o doente e salvaguardem os seus interesses, não menos importante é o próprio enfermeiro. É que, como nos diz Curtin e Flaherty (1982), não podemos esquecer que o contexto que envolve uma situação inclui o ambiente externo e interno sendo o último constituído pelo conjunto de experiências que cada pessoa vai acumulando ao longo do tempo e que utiliza de um modo particular.

Assim, a experiência de vida do enfermeiro, os seus conhecimentos, a sua maior ou menor "abertura" ao outro, a sua sensibilidade ética e o seu nível de desenvolvimento moral são alguns dos dados a ter em conta no processo de tomada de decisão ética.

No nosso entender, este aspecto responsabiliza de forma particular os docentes e os gestores de enfermagem. Os primeiros, pelo modo como

desenvolvem a formação no domínio da ética. Os segundos, pelo modo como realizam a gestão de recursos humanos nomeadamente no que se refere à constituição das equipas e à orientação dos enfermeiros.

Embora noutra sentido, a influência que as chefias de enfermagem têm no modo como os enfermeiros vivenciam os problemas éticos é também referida pelos participantes. Dizem que é muito importante saberem que as decisões que tomam e os actos que praticam são apoiados pelos seus superiores hierárquicos e lamentam que isso nem sempre aconteça. Reconhecem mesmo que para os enfermeiros chefes é difícil apoiarem as decisões que geram conflitos com outros profissionais de saúde.

...Também depende das chefias porque há chefes de serviço que se preocupam com os enfermeiros que têm a cargo, sempre que podem defendem-nos. Há outros que já não é bem assim e acho que a gente sente-se melhor a trabalhar, mesmo nestes aspectos éticos, com uma enfermeira que se preocupe... (E. 3)

...nós não sentimos muito apoio das pessoas que estão connosco, mais próximo de nós em termos de enfermagem, de chefias, as pessoas também se sentem desconfortáveis porque elas é que apanham os embates...(E. 5)

Outros estudos, nomeadamente o de Sellin (1995) e Wagner e Ronen (1996), evidenciam o papel dos superiores hierárquicos como suporte da tomada de decisão ética. Sellin afirma mesmo que o tipo e o grau de suporte que os enfermeiros encontram no seu ambiente de trabalho, nomeadamente no que é dado pelos chefes de enfermagem, influência as decisões que se tomam e as acções que se implementam para resolver os problemas.

Mas a prestação de cuidados aos doentes que se encontram numa instituição de saúde exige o envolvimento de uma equipa multidisciplinar, que no entanto, em muitos casos, não funciona como seria desejável.

Não é pois de admirar que este aspecto esteja também patente nos discursos dos enfermeiros que participaram no nosso estudo. Estes profissionais referem que habitualmente não existe trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros e que, por vezes, mesmo a comunicação existente é inadequada.

Esta situação não permite encontrar consensos no que respeita a objectivos e formas de actuação e dificulta a definição de competências entre os diferentes membros da equipa de saúde e o respeito pela opinião que cada um manifesta e pelo papel que cada profissional desempenha. Deste modo pode estar na origem de alguns problemas éticos e/ou condicionar a sua resolução por parte dos enfermeiros.

...não há aqui um trabalho de equipa. É como no caso das altas nós chegamos ao cúmulo de não saber que o doente tem alta (...) portanto está a ver a falta de articulação e de diálogo que há. (E. 6)

Quando se fala em equipas multidisciplinares há, existem serviços, mas às vezes não há uma articulação, não há uma colaboração como devia de existir...(E.8)

Se houvesse uma conversa entre a equipa multidisciplinar e dissesse (...) as competências de uns são estas de outros são outras e vocês só podem ir até aqui remetem para nós...toda a gente tinha uma uniformidade de acção, o que também não existe...Isso também é outro factor de entrave porque não estamos todos na mesma sintonia (...) sim senhor toda a gente vai trabalhar desta maneira, toda a gente vai dizer até aqui (...) tudo bem, havemos de chegar a um consenso (...) se trabalhássemos todos mais em equipa se calhar as coisas seriam de outra maneira... (E. 9)

Um dos factores que pode estar na origem deste tipo de dificuldades é o facto dos profissionais não utilizarem os mesmos modelos para orientarem os cuidados que prestam aos doentes, o que, como nos dizem vários autores, nomeadamente Collière (1989) e Pearson e Vaughan (1992), é comum entre médicos e enfermeiros.

Esta parece ser a situação presente, pois os discursos dos nossos entrevistados para além de criticarem os objectivos de intervenção de alguns profissionais, demonstram desacordo quanto ao modo de funcionamento da equipa multidisciplinar pelo facto do foco prioritário da sua atenção não ser a pessoa que necessita de cuidados.

Os serviços muitas vezes estão organizados em função do doente? é capaz; mas é mais em função dos profissionais do que dos doentes é o meu ponto de vista, porque se o doente fosse mesmo o foco, o centro de...as coisas funcionavam, as equipas multidisciplinares funcionavam tinham mesmo que funcionar (E. 8)

Na realidade, para se poder satisfazer as necessidades de ordem biológica, psicológica, social e espiritual que as pessoas doentes apresentam, é essencial que exista uma complementaridade de trabalho dos diferentes elementos da equipa de saúde.

No entanto, tradicionalmente os médicos ocupam um lugar de destaque no seio da equipa e manifestam, por vezes, alguma dificuldade em encarar os outros elementos como seus parceiros.

É assim que, e tal como é referido pelos participantes neste estudo, os problemas que ocorrem com os doentes raramente são analisados e discutidos na equipa multidisciplinar. Habitualmente são os clínicos que assumem sozinhos a responsabilidade da tomada de decisão, sem terem em conta a opinião dos outros elementos. Mesmo os enfermeiros, que estão em contacto directo e permanente com os doentes e com quem estes e os seus familiares mais facilmente e francamente comunicam, têm poucas oportunidades de darem um contributo significativo para as tomadas de decisão.

A nossa opinião não é muito importante [para os médicos] (...) as pessoas sentem-se num ambiente contraditório, sentem-se desmotivadas...(E. 5)

...eu é que sou o médico e eu é que mando e eu é que prescrevo e acabou-se. O doente é sempre quem sofre as consequências (E. 6)

Os excertos denotam que há uma relação difícil entre médicos e enfermeiros. Esta dificuldade que, segundo vários autores (Curtin e Flaherty, 1982; Collière, 1989), tem origem no modo como as duas profissões nasceram e se desenvolveram, condiciona o diálogo e facilita a existência de conflitos repercutindo-se de forma negativa nos doentes.

Era para ter uma conversa com ela [médica] e acabei por não ter, não tive coragem para tal e aquilo andou-me, acho que foi um problema ético principalmente para mim...(E. 8)

Eu acho que a única solução (...) é enfrentando as situações se a gente formos coerentes connosco próprios...porque nós muitas vezes não somos, vemos as situações, falamos nelas, mas não fazemos nada para as mudar (...) Quando nós tivermos a coragem, eu com alguns médicos já consegui, com outros não consegui, eu confesso não consigo. Porque também não há abertura da parte, não há diálogo (...) Não se conseguiu estabelecer ainda a

ponte entre as duas margens (...) eles colocam-se lá num patamar que parece que são inacessíveis, e são, e são. (E. 8)

Pelos excertos verificamos que as difíceis relações existentes na equipa de saúde chegam a impedir os enfermeiros de dialogar com os médicos sendo assim impossível ultrapassar as dificuldades e resolver os problemas.

Este facto torna indispensável desenvolver esforços no sentido de melhorar a comunicação na equipa de saúde, de modo a que sejam reconhecidas, compreendidas e respeitadas as funções dos diferentes elementos. Só assim se poderá aproveitar, em pleno e em favor dos doentes, o potencial de cada membro da equipa e resolver adequadamente os problemas que vão ocorrendo, nomeadamente os que estão relacionados com a dimensão ética dos cuidados.

6 - CONSIDERAÇÕES GERAIS/CONCLUSÕES

Com este trabalho e tendo em vista o reequacionar questões e intervenções futuras, propusemo-nos compreender as vivências dos enfermeiros sobre os problemas éticos da prática quotidiana, através da análise das descrições das experiências vividas pelos enfermeiros dos serviços de medicina de um hospital e utilizando o método de análise fenomenológico proposto por Colaizzi.

Pensamos que com a realização deste estudo foi possível atingirmos o objectivo a que nos propusemos. Contudo, temos consciência de que os resultados encontrados e as reflexões que temos vindo a fazer apenas nos permitem chegar a conclusões que têm um carácter restritivo e provisório, pelo que entendemos que é necessário continuar a estudar e aprofundar esta problemática em trabalhos posteriores. Foi no entanto possível compreender que:

Os enfermeiros na sua prática quotidiana vivenciam problemas éticos que estão relacionados com a humanização e a qualidade de cuidados, os cuidados na última fase do ciclo de vida e o respeito pelos direitos dos doentes e que o modo como o trabalho da equipa de saúde se desenvolve pode ser um factor facilitador ou dificultador na vivência destes problemas.

Assim, e no que diz respeito à humanização e qualidade de cuidados pudemos constatar que os enfermeiros sentem ser seu dever prestar cuidados humanizados e de qualidade a todos os doentes, ou seja, centrados na pessoa doente e na satisfação das suas necessidades globais. No entanto, os condicionalismos inerentes ao próprio enfermeiro ou ao contexto em que os cuidados se desenvolvem nem sempre lhes permitem ter este tipo de actuação o que os faz vivenciar conflitos de valores.

Dos condicionalismos que estão na origem destes conflitos destacamos a insuficiência de recursos, as metodologias de trabalho da equipa de saúde, os

medos e preconceitos dos enfermeiros relacionados com algumas patologias e comportamentos dos doentes e o modo como se valorizam os procedimentos técnicos e a utilização de tecnologias inovadoras.

De realçar ainda que um dos participantes refere que por vezes não age de acordo com os princípios que defende e que só posteriormente, quando reflecte sobre a sua actuação, se apercebe deste facto.

Como forma de enfrentarem os diferentes condicionalismos com que se confrontam e tomarem decisões que favoreçam a humanização e a qualidade dos cuidados que prestam, os enfermeiros defendem que é necessário gostarem do trabalho que desenvolvem, analisarem adequadamente as situações com que se deparam e reflectirem sobre a sua actuação.

Importante é também o facto dos enfermeiros referirem que apesar de estarem insatisfeitos com a forma como actuam não conseguem mudar porque se sentem impotentes para resolver algumas das dificuldades com que se deparam.

Ao prestarem cuidados aos doentes que se encontram na última fase do seu ciclo de vida os enfermeiros vivenciam conflitos de valores quando são confrontados com a necessidade de, por prescrição médica, colaborarem em formas inúteis de obstinação terapêutica, quando têm que decidir sobre a utilização de medidas que visam prolongar a vida ou sobre a atitude a tomar perante os doentes que se encontram com dores intensas.

Os enfermeiros questionam as atitudes que têm como único objectivo adiar por algum tempo o fim da vida não aumentando e por vezes diminuindo a qualidade de vida do doente. Referem que se sentem em conflito quando por prescrição médica têm que colaborar nestas formas de obstinação terapêutica porque entendem que ao agirem deste modo os profissionais não actuam em benefício dos doentes.

No entanto quando são eles que têm de decidir sobre a implementação de medidas que adiam o momento da morte, como é o caso das manobras de reanimação, optam habitualmente pela sua utilização mesmo quando têm

consciência de que essa atitude visa sobretudo satisfazer as suas próprias necessidades e não as dos doentes.

Este tipo de actuação gera assim conflitos entre os seus próprios valores. No entanto referem que tomam este tipo de decisão porque evitar a morte é um dos objectivos que guia a sua actuação profissional e porque, frequentemente, têm uma informação insuficiente sobre a situação clínica dos doentes pelo que, ao tomarem outra atitude, poderão inviabilizar a vida de pessoas que têm possibilidade de sobrevivência.

Outra situação relacionada com a fase final da vida que provoca problemas éticos aos enfermeiros é aquela em que os doentes têm dores intensas e não têm terapêutica analgésica prescrita, porque entendem que é seu dever aliviar o sofrimento dos doentes mas não o podem fazer sem ultrapassar as funções que lhe estão atribuídas. Alguns enfermeiros sustentam que nestas circunstâncias é prioritário actuarem de acordo com as necessidades dos doentes.

As situações em que os enfermeiros têm dificuldade em respeitar e fazer respeitar os direitos dos doentes, nomeadamente o direito à informação, ao consentimento informado, à confidencialidade e à privacidade são vivenciadas como problemas éticos.

Dar as informações que dizem respeito à sua área de competência, respeitarem as decisões tomadas pelos doentes e alertarem os outros profissionais para que tenham um comportamento idêntico é descrito como um dever dos enfermeiros. No entanto, os participantes do nosso estudo referem que nem sempre é fácil manterem este tipo de atitude porque frequentemente têm dúvidas e vivenciam conflitos que estão relacionados com: o tipo de informação que lhes compete dar e o modo como a devem transmitir, a capacidade de compreensão e decisão dos doentes e a inexistência de consenso entre as propostas dos profissionais e as decisões dos doentes.

Os discursos revelam também que a actuação dos enfermeiros deve proteger os doentes de possíveis malefícios e preservar a sua privacidade mas que,

sobretudo devido às inadequadas condições físicas do serviço, nem sempre conseguem agir deste modo.

Outra preocupação relatada prende-se com a vivência de situações em que a confidencialidade não é mantida por parte de outros profissionais, constituindo dever dos enfermeiros formar e orientar os profissionais que não têm formação nesta área e escolher criteriosamente a informação que partilham com eles.

De realçar ainda, que um dos participantes no estudo refere que os vários condicionalismos com que se depara e a necessidade de evitar conflitos na equipa de saúde não lhe permite exercer convenientemente o seu papel de advogado do doente o que lhe provoca sentimentos de mal estar e frustração.

Os discursos dos enfermeiros entrevistados revelam que o trabalho da equipa de saúde pode facilitar ou dificultar a vivência dos problemas éticos.

A existência de reuniões periódicas onde se analisem os problemas éticos que vão ocorrendo e se partilhem dificuldades e experiências é considerado facilitador porque ajuda os enfermeiros a reformular actuações e encontrar consensos, a tomar decisões e a suportar o stress causado pela vivência dos problemas.

Os enfermeiros consideram também que quando estão perante um problema ético e têm que tomar decisões é fundamental contarem com o apoio e ajuda dos colegas e superiores hierárquicos.

Do mesmo modo, a existência de trabalho de equipa entre os diferentes profissionais de saúde é referida como essencial para se poderem encontrar consensos e uniformidades de actuação e para se poderem tomar decisões que respeitem os interesses dos doentes.

O trabalho da equipa de saúde é sentido como dificultador da vivência dos problemas éticos quando os espaços e tempos consignados à discussão desses problemas são inexistentes, os superiores hierárquicos não apoiam as decisões dos enfermeiros e o trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros é apenas esporádico.

Este último aspecto é realçado nos discursos dos enfermeiros entrevistados. Dizem que a comunicação entre estes profissionais é inadequada, que não há consenso quanto aos objectivos, às formas de actuação e à organização do serviço, que não existe discussão e análise conjunta dos problemas e que as opiniões dos enfermeiros não são habitualmente tidas em consideração quando se tomam decisões.

Todos estes aspectos originam e/ou dificultam a resolução de problemas éticos. Alguns enfermeiros manifestam mesmo a sua incapacidade para resolverem alguns problemas atribuindo esse facto à inexistência de trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros.

7 - SUGESTÕES

De acordo com as reflexões que realizámos ao longo do nosso trabalho e das conclusões a que chegámos gostaríamos de salientar algumas sugestões inerentes às implicações deste estudo para a investigação, o ensino e a prática de enfermagem.

Assim, sugerimos que este estudo seja alargado a outros serviços e enfermeiros para verificarmos se existem elos comuns que, no caso de se verificar ser pertinente, poderão ser objecto de outros estudos que nos permitam compreender com maior profundidade as questões relacionadas com os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na sua prática quotidiana.

Os problemas relacionados com a humanização e qualidade de cuidados, os cuidados na última fase do ciclo de vida e o respeito pelos direitos dos doentes poderão, em separado, ser objecto de estudos de investigação que permitam aprofundar o conhecimento sobre as variáveis que interferem no modo como os enfermeiros tomam as decisões e actuam quando são confrontados com este tipo de problemas.

Atendendo a que se verificou que o trabalho da equipa de saúde adquire uma grande importância no modo como os enfermeiros vivenciam os problemas éticos e que estes profissionais revelam sentimentos de impotência para resolverem algumas das dificuldades com que se deparam entendemos que seria importante realizar um estudo que permitisse compreender o papel desempenhado pelos enfermeiros na equipa de saúde.

Pensamos que ele nos poderá dar contributos para a reflexão de aspectos como as relações interpessoais, o poder que os enfermeiros detêm em relação com outros profissionais e as estratégias adoptadas pelos enfermeiros na sua

prática profissional nomeadamente quando se encontram perante problemas éticos.

A complexidade dos contextos em que se desenvolve a prática de enfermagem e dos problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros, a dificuldade da decisão ética, os condicionalismos que os enfermeiros encontram na resolução dos problemas e as dificuldades com que se deparam quando pretendem desempenhar o papel de advogado do doente, aspectos relatados nos discursos dos participantes neste estudo, indicam que é essencial que a formação em enfermagem ajude os formandos a adquirir competências que lhes permitam enfrentar e resolver estas questões.

Assim, e para além de permitir a aquisição de conhecimentos teóricos referentes a esta área do saber, nomeadamente no que diz respeito a conteúdos básicos de ética fundamental, o processo ensino-aprendizagem deve desenvolver o pensamento crítico e reflexivo e dar oportunidade aos estudantes para clarificarem as suas crenças e valores, compreenderem os das outras pessoas e consciencializarem-se dos seus comportamentos, sentimentos, capacidades e limitações.

Os estudantes deverão conhecer e discutir documentos relacionados com estes temas assim como analisar as implicações que eles têm para a prática de enfermagem. Como exemplo desses documentos podemos referir a declaração dos direitos humanos, a carta dos direitos dos doentes, os códigos deontológicos dos enfermeiros (com especial realce para o Português) e o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros.

A discussão e análise de problemas éticos, hipotéticos ou vivenciados, deve ser também uma prática habitual porque, entre outros aspectos, permite conhecer e utilizar o(s) modelo(s) de tomada de decisão, consciencializar os motivos que justificam as decisões tomadas e os comportamentos adoptados e desenvolver estratégias que facilitem o agir de acordo com os valores e princípios pessoais e profissionais.

Estas reuniões ficariam enriquecidas se, para além de professores e estudantes pudessem contar também com a participação dos enfermeiros e outros profissionais das equipas de saúde dos serviços onde os alunos desenvolvem os seus estágios.

De referir ainda que é fundamental que os docentes reflectam sobre o papel que desempenham no desenvolvimento moral dos estudantes nomeadamente durante o ensino clínico.

Os discursos dos participantes neste estudo revelam também a importância e a necessidade dos enfermeiros fazerem uma sistemática reflexão ética sobre a prática de cuidados.

Essa necessidade é manifestada quando, por exemplo, os enfermeiros referem que:

- _ Têm dificuldade em compatibilizar os valores e princípios que defendem com os condicionalismos do contexto de trabalho sentindo-se impotentes para resolverem alguns problemas com que se deparam;
- _ Algumas das dificuldades em tomarem decisões quando estão perante um problema ético, nomeadamente os que dizem respeito aos cuidados na fase final do ciclo de vida e ao respeito pelos direitos dos doentes, estão relacionados com o insuficiente diálogo e cooperação entre os elementos da equipa de saúde;
- _ Por vezes agem de forma rotinizada não tendo em conta a individualidade dos doentes nem satisfazendo as suas necessidades globais;
- _ As decisões que tomam nem sempre são baseadas naquilo que entendem ser o maior benefício para o doente como é o caso das situações relacionadas com os cuidados na fase final do ciclo de vida.

Deste modo sugerimos que, para além de fazerem uma reflexão individual sobre o agir quotidiano, os enfermeiros organizem grupos de discussão sobre os problemas éticos que se colocam no quotidiano de trabalho. Nestas reuniões através da partilha de experiências e reflexão conjunta seria possível explicitar e

analisar as razões que suportam as diferentes tomadas de decisão e delinear estratégias que evitem e ajudem a solucionar os problemas éticos.

Os grupos poderão ser constituídos apenas por enfermeiros prestadores de cuidados mas no nosso entender haverá vantagens em, pelo menos em algumas reuniões, incluir profissionais com responsabilidade na gestão dos serviços e outros elementos da equipa de saúde. Estas reuniões alargadas poderão facilitar o diálogo e a compreensão das funções e comportamentos dos diferentes profissionais, ajudar a encontrar formas consensuais de actuação e melhorar a cooperação entre os diferentes elementos da equipa de saúde.

Por último gostaríamos de referir que nos propomos apresentar e discutir os resultados deste trabalho com os enfermeiros que nele participaram e que nos pomos à disposição para o fazermos também com os responsáveis dos serviços e da instituição onde se realizou o estudo.

8 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Desde o início que temos a noção da dificuldade do trabalho a que nos propusemos, não só devido à complexidade do tema e da metodologia utilizada mas também porque tivemos de conciliar o seu desenvolvimento com a nossa actividade profissional e nem sempre conseguimos gerir adequadamente o tempo disponível. Deste modo temos consciência de que este estudo apresenta várias limitações das quais destacamos:

- O facto de anteriormente termos mantido relações profissionais com alguns elementos da nossa amostra porque a familiaridade em termos de local e pessoas é um dos factores que pode condicionar o discurso produzido pelos entrevistados.
- O facto de por constrangimentos temporais termos definido critérios para a selecção da amostra que não nos permitiram a saturação de campo, o que nos aumentaria a fidelidade e validade do estudo
- A nossa inexperiência na utilização desta metodologia que foi bastante notória pelo tempo que nos levou a realizar e pelas dificuldades que frequentemente sentimos para prosseguir.
- Outra limitação prende-se com o facto deste trabalho nos ter levado a abarcar várias áreas o que dificultou o seu estudo com maior profundidade de uma única vez.
- Consideramos também que a não utilização de uma equipa de investigadores para controlo de viéses do investigador constitui outra limitação do estudo.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTIGOS

- Archer, L. (1999). O consentimento informado. *Enfermagem*, 14, 5-10.
- Aström, G.; Furaker, C.; Norberg, A. (1995). Nurses' skills in managing ethically difficult care situations: interpretation of nurses' narratives. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1073-1080.
- Basto, M. L. (1991). Cuidados de enfermagem em Portugal: o como e o porquê. *Servir*, 39 (2), 75-80.
- Bernardo, O.P. (Frei) (1996). Humanizar-se para cuidar. *Servir*, 44 (2), 59-62.
- Biscaia, J. (1997). Imperativos éticos. *Brotéria*, 144 (5/6), 597-599.
- Burrus, O. (1993). Peut-on enseigner l'éthique?. *Revue de l'infirmiere*, 8, 19-19.
- Cabral, R. (1990). *Ética*. In Logos Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia. (2). Lisboa/São Paulo: Verbo.
- Castell, R. A. (1993). Las enfermeras para el tercer milenio. *Revista Rol de Enfermería*, 178, 43- 50.
- Clarke, J. e Wheeler, S. (1992). A view of the phenomenon of caring in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1283-1290.
- Dooling, S. L. (1998). Impacto da evolução global na prestação dos cuidados de saúde: os desafios aos profissionais de saúde. *Servir*, 46 (6), 297-306.
- Drew, N. (1993). Reenactment interviewing: A methodology for phenomenological research. *Journal of nursing scholarship*, 25 (4), 345-351.
- Ellis, P. (1994). O papel da enfermeira defensora. *Nursing*, 72 (6), 30-32.

- Erlen, J. A. e Sereika, S. M. (1997). Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (5), 953-961.
- Esterhuizen, P. (1996). Is the professional code still the cornerstone of clinical nursing practice?. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (1), 25 - 31.
- Gândara, M. M. e Lopes, M. A. P. (1992). Os modelos teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa. *Servir*, 40 (3), 115-127.
- Gândara, M. M. e Lopes, M. A. P. (1993). Cuidar em enfermagem: uma novidade? *Enfermagem em Foco*, 3 (9), 20-25.
- Gold, C.; Chambers, J. e Dvorak, E. M. (1995). Ethical dilemmas in lived experience of nursing practice. *Nursing Ethics*, 2 (2), 131-141.
- Grundstein-Amado, R. (1992). Differences in ethical decision-making processes among nurses and doctors. *Journal Advanced Nursing*, 17, 129-137.
- Heranz, G. (1990). Ética médica e valores humanos. *Acção médica*, LIV (3), 5-9.
- Jasper, M. A. (1994). Issues in phenomenology for researchers of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (2), 309-314.
- Leners, D.; Beardslee, N. Q. (1997). Suffering and ethical caring: incompatible entities. *Nursing Ethics*, 4 (5), 361-369.
- Lourenço, O. (1996). A crítica narrativa da teoria moral de Kohlberg: espere um momento, senhor pós-modernista!... *Análise*, 19, 53-80.
- Melchert, E.; Udén, G. e Norberg, A. (1997). Retired registered nurses' stories about being in ethically difficult care situations. *Nursing Ethics*, 4 (2), 123-133.
- Morais, M. (1990). *Decisão*. In Logos Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia. (2). Lisboa/S. Paulo: Verbo.
- Moreau, C. (1990). L'éthique au quotidien. *Revue de l'infirmière*, 20, 37-38.
- Moreau, C. (1991). Un plus pour les infirmières. *Revue de l'infirmière*, 12, 21-23.
- Moreira, G. (1992). O doente terminal. *Servir*, 40 (3), 147-149.
- Oiler, C. J. (1982). The phenomenological approach in nursing research. *Nursing Research*, 31 (3), 178-181.

- Post, I. V. (1996). Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. *Nursing Ethics*, 3 (3), 236-249.
- Renaud, I. e Renaud, M. (1990). *Moral*. In Logos Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia. (3). Lisboa/S. Paulo: Verbo.
- Renaud, M. (1997). A decisão ética: factores particularmente relevantes da problemática contemporânea. *Brotéria*, 144 (1), 39- 57.
- Reys, L. (1996). *A experimentação no Homem*. In L. Archer; J. Biscaia e W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Ribeiro, L. F. (1993). Uma questão de ética. *Enfermagem em Foco*, 3 (9), 45-49.
- Ribeiro, L. F. (1998). Valores e desenvolvimento em enfermagem ou de como dar lugar à ética. *Pensar enfermagem*, 1 (2), 4-10.
- Rodney, P. e Starzomski, R. (1993). Constraints on the moral agency of nurses. *The canadian nurse*, 89 (9), 23-26.
- Sellin, S. C. (1995). Out on a limb: a qualitative study of patient advocacy in institutional nursing. *Nursing Ethics*, 2 (1), 19-29.
- Serrão, D. (1999). O Consentimento informado: novo paradigma do exercício profissional?. *Brotéria*, 148 (4), 473-477.
- Soares, A. M. M. (1991). Suporte psico-emocional ao doente. *Servir*, 39 (1), 50-56.
- Stussi, E. (1985). Enfermagem na Europa: seu desenvolvimento e perspectivas de futuro. *Enfermagem*, 1, 7-13.
- Villermay, D. (1995). Éthique et santé publique: Les deux grands défis de l'an 2000. *Revue de l'infirmière*, 3, 68-72.
- Wagner, N. e Ronen, I. (1996). Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. *Nursing Ethics*, 3 (4), 294-304.
- Walsh, G. (1993). Sida: medo de contágio entre os enfermeiros. *Nursing*, 93 (6), 14-18.
- Willard, C. (1996). The nurse's role as patient advocate: obligation or imposition?. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (1), 60 - 66.

- Woodruff, A. M. (1985). Becoming a nurse: the ethical perspective. *International Journal of nursing studies*, 22 (4), 295-302.
- Wurzbach, M. E. (1995). Long-term care nurses' moral convictions. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1059-1064.

LEGISLAÇÃO

- Portugal, Ministério da Saúde (1991). Decreto-Lei n° 437/91: Carreira de Enfermagem. *Diário da República*, I série-A, n° 257/91, Lisboa: Imprensa Nacional. 8 de Novembro, 5723-5741.
- Portugal, Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei n° 161/96: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, I série-A, n° 205/96, Lisboa: Imprensa Nacional. 4 de Setembro, 2970-2962.
- Portugal, Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei n° 104/98: Cria a Ordem dos enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. *Diário da República*, I série-A, n° 93/98, Lisboa: Imprensa Nacional. 2 de Abril , 1739-1757.
- Portugal, Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei n° 412/98: Proceda à reestruturação da carreira de enfermagem. *Diário da República*, I série-A, n° 300/98, Lisboa: Imprensa Nacional. 30 de Dezembro, 7257-7264.

OBRAS

- Almeida, M. de. (1996). *Comentários sobre os princípios fundamentais da bioética: perspectiva médica*. In L. Pessini e C. P.de Barchifontaine (Ed.), *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus.
- Arias, M. D. E. (1997). *El debate sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio asistido: aspectos éticos*. In L. M. P. García e F. J. L. Correa (Ed.), *Manual de ética y legislación en enfermería: Bioética de enfermería*. Madrid: Mosby.
- Bandman, B. e Bandman, E. (1985). *Nursing ethics in the life span*. Connecticut: Appleton - Century - Crofts.
- Bento, M. C. (1997). *Cuidados e formação em enfermagem que identidade?*. Lisboa: Fim de século edições Lda.
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boyd, C. O. (1993) *Phenomenology: The method*. In P. L. Munhall e C. O. Boyd (Ed), *Nursing research: A qualitative perspective* (2ª ed.). New York: National League for Nursing Press.
- Cabral, R. (1996) *Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça*. In L. Archer; J. Biscaia; W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde. (1995). *Carta dos profissionais de saúde*, Lisboa: Paulinas.
- Curtin, L. e Flaherty, M. J. (1982). *Nursing Ethics: theories and pragmatics*. Maryland: Brady Communications.
- Domingues, B. (1996). *Dimensão pessoal da bioética - Pessoa, liberdade e bem comum: Informação verdadeira, liberdade e influências*. In L. Archer; J. Biscaia; W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.

- Fry, S. T. (1994). *La etica en la practica de la enfermeria: Guia para la toma de decisiones éticas*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Ghiglione, R.; Matalon, B. (1992). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta editora.
- Gil, A. C. (1989). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas S. A.
- Gilligan, C. (1997). *Teoria psicológica e desenvolvimento da mulher*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gordo, M. P. A. (Ed.). (1997). *Etica y legislacion en enfermeria: analisis sobre la responsabilidad profesional*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- João Paulo II. (s. d.). *O Evangelho da vida*. Lisboa: Rei dos livros.
- Jurado M.; Fernández P. (1997). *El código deontológico español de enfermería y las reglamentaciones estatutarias*. In L. M. P. García; F. J. L. Correa (Ed.), *Manual de ética y legislación en enfermería: Bioética de enfermería*. Madrid: Mosby.
- Kant, I. (1997). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Traduzido por Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70.
- Kéroouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A. e Major, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval: Éditions Études Vivantes.
- Leininger, M. M. (1985). *Nature, rationale, and importance of qualitative research methods in nursing*. In M. M. Leininger (Ed), *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, Inc.
- Lynch-Sauer, J. (1985). *Using a phenomenological research method to study nursing phenomena* In M. M. Leininger (Ed), *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, Inc.
- Liotard, J. (s. d.). *A fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.
- Marchesi, P.; Spinsanti, S. e Spinelli, A. (1987). *Para um hospital mais humano*. Lisboa: Edições Paulistas.

- Marriner-Tomey, A. (1994). *Modelos y teorías de enfermería*. (3ª ed.). Madrid: Harcourt Brace.
- Melero, A. P. (1997) *El consentimiento informado*. In L. M. P. García e F. J. L. Correa Ed.), *Manual de ética y legislación en enfermería: Bioética de enfermería*. Madrid: Mosby.
- Melo, A. L. N. (1981). *Psiquiatria*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Neves, M. P. (1996). *A bioética como expressão de um novo saber*. In M. C. P. Neves (Ed.), *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Açores: Centro de Estudos de Bioética/Polo Açores.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1990). *Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs: rapport d'un comité d'experts de l'OMS*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Parse, R. R.; Coyne, A. B. e Smith, M. J. (1985). *Nursing Research: Qualitative Methods*. Maryland: Brady Communications Company.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2º ed.). London: Sage Publications.
- Pearson, A. e Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde.
- Pessini, L. e Barchifontaine, C. P. (1997). *Problemas atuais de bioética* (4ª ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Pinto, J. R. C. (1990). *Questões actuais de ética médica* (3ª ed.). Braga: Editorial A. O. - Braga.
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes médicas.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

- Ray, M. A. (1985). *A philosophical method to study* In M. M. Leininger (Ed), *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, Inc.
- Renaud, I. e Renaud, M. (1996). *Fundamentos éticos: ética e moral*. In L. Archer; J. Biscaia e W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Renaud, M. (1996) *Fundamentos éticos: Experiência e sabedoria*. In L. Archer; J. Biscaia; W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Riemen, D. J. (1986) *The essential structure of a caring interaction: Doing phenomenology*. In P. L. Munhall e C. J. Oiler (Ed.), *Nursing Research: A qualitative perspective*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Selltiz, C.; Wrightsman, L. S. e Cook, S. W. (1987). *Métodos de pesquisa nas relações sociais* (2ª ed.). São Paulo: Editora pedagógica e universitária.
- Serrão, D. (1996). *Relações entre os profissionais de saúde e o paciente*. In M. C. P. Neves (Ed.), *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Açores: Centro de Estudos de Bioética/Polo Açores.
- Thelan, L. ; David, J. ; Urden, L. e Lough, M. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção* (2ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Editora Atlas.
- Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

TESES

- Costa, M. A. P. S. (1998). *O corpo sem voz: a experiência vivida dos laringectomizados*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.
- Gonçalves, M. A. N. D. G. (s.d.). *Critérios do justo na gestão de recursos humanos em enfermagem*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Departamento de Ciências da Vida e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.
- Magão, M. T. G. (1992). *Cuidar: significado e expressão na formação em enfermagem*. Dissertação apresentada no âmbito do 3º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, Lisboa.
- Salvado, M. M. G. G. J. (1994). *O poder na relação enfermeiro-utente*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.
- Vicente, M. H. C. (1997). *Dimensão ética dos cuidados de enfermagem: contributo para o estudo da formação "ético profissional" de estudantes de enfermagem ao nível do bacharelato*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Vieira, M. M. S. (1994). *A importância ética da decisão no cuidar em enfermagem*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Departamento de Ciências da Vida e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTIGOS

- Almeida, M. de. (1996). *Comentários sobre os princípios fundamentais da bioética: perspectiva médica*. In L. Pessini e C. P.de Barchifontaine (Ed.), *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus.
- Archer, L. (1999). O consentimento informado. *Enfermagem*, 14, 5-10.
- Arias, M. D. E. (1997). *El debate sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio asistido: aspectos éticos*. In L. M. P. García e F. J. L. Correa (Ed.), *Manual de ética y legislación en enfermería: Bioética de enfermería*. Madrid: Mosby.
- Aström, G.; Furaker, C.; Norberg, A. (1995). Nurses' skills in managing ethically difficult care situations: interpretation of nurses' narratives. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1073-1080.
- Basto, M. L. (1991). Cuidados de enfermagem em Portugal: o como e o porquê. *Servir*, 39 (2), 75-80.
- Bernardo, O.P. (Frei) (1996). Humanizar-se para cuidar. *Servir*, 44 (2), 59-62.
- Biscaia, J. (1997). Imperativos éticos. *Brotéria*, 144 (5/6), 597-599.
- Boyd, C. O. (1993) *Phenomenology: The method*. In P. L. Munhall e C. O. Boyd (Ed), *Nursing research: A qualitative perspective* (2^a ed.). New York: National League for Nursing Press.
- Burrus, O. (1993). Peut-on enseigner l'éthique?. *Revue de l'infirmiere*, 8, 19-19.
- Cabral, R. (1996) *Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça*. In L. Archer; J. Biscaia; W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Castell, R. A. (1993). Las enfermeras para el tercer milenio. *Revista Rol de Enfermería*, 178, 43- 50.

- Clarke, J. e Wheeler, S. (1992). A view of the phenomenon of caring in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1283-1290.
- Domingues, B. (1996). *Dimensão pessoal da bioética - Pessoa, liberdade e bem comum: Informação verdadeira, liberdade e influências*. In L. Archer; J. Biscaia; W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Dooling, S. L. (1998). Impacto da evolução global na prestação dos cuidados de saúde: os desafios aos profissionais de saúde. *Servir*, 46 (6), 297-306.
- Drew, N. (1993). Reenactment interviewing: A methodology for phenomenological research. *Journal of nursing scholarship*, 25 (4), 345-351.
- Ellis, P. (1994). O papel da enfermeira defensora. *Nursing*, 72 (6), 30-32.
- Erlen, J. A. e Sereika, S. M. (1997). Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (5), 953-961.
- Esterhuizen, P. (1996). Is the professional code still the cornerstone of clinical nursing practice?. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (1), 25 - 31.
- Gândara, M. M. e Lopes, M. A. P. (1992). Os modelos teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa. *Servir*, 40 (3), 115-127.
- Gândara, M. M. e Lopes, M. A. P. (1993). Cuidar em enfermagem: uma novidade? *Enfermagem em Foco*, 3 (9), 20-25.
- Gold, C.; Chambers, J. e Dvorak, E. M. (1995). Ethical dilemmas in lived experience of nursing practice. *Nursing Ethics*, 2 (2), 131-141.
- Grundstein-Amado, R. (1992). Differences in ethical decision-making processes among nurses and doctors. *Journal Advanced Nursing*, 17, 129-137.
- Heranz, G. (1990). Ética médica e valores humanos. *Acção médica*, LIV (3), 5-9.
- Jasper, M. A. (1994). Issues in phenomenology for researchers of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (2), 309-314.
- Jurado M.; Fernández P. (1997). *El código deontológico español de enfermería y las reglamentaciones estatutarias*. In L. M. P. García; F. J. L. Correa (Ed.),

Manual de ética y legislación en enfermería: Bioética de enfermería.
Madrid: Mosby.

- Leininger, M. M. (1985). *Nature, rationale, and importance of qualitative research methods in nursing*. In M. M. Leininger (Ed), *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, Inc.
- Leners, D.; Beardslee, N. Q. (1997). Suffering and ethical caring: incompatible entities. *Nursing Ethics*, 4 (5), 361-369.
- Lourenço, O. (1996). A crítica narrativa da teoria moral de Kohlberg: espere um momento, senhor pós-modernista!... *Análise*, 19, 53-80.
- Lynch-Sauer, J. (1985). *Using a phenomenological research method to study nursing phenomena* In M. M. Leininger (Ed), *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, Inc.
- Melchert, E.; Udén, G. e Norberg, A. (1997). Retired registered nurses' stories about being in ethically difficult care situations. *Nursing Ethics*, 4 (2), 123-133.
- Melero, A. P. (1997) *El consentimiento informado*. In L. M. P. García e F. J. L. Correa Ed.), *Manual de ética y legislación en enfermería: Bioética de enfermería*. Madrid: Mosby.
- Moreau, C. (1990). L'éthique au quotidien. *Revue de l'infirmière*, 20, 37-38.
- Moreau, C. (1991). Un plus pour les infirmières. *Revue de l'infirmière*, 12, 21-23.
- Moreira, G. (1992). O doente terminal. *Servir*, 40 (3), 147-149.
- Neves, M. P. (1996). *A bioética como expressão de um novo saber*. In M. C. P. Neves (Ed.), *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Açores: Centro de Estudos de Bioética/Polo Açores.
- Oiler, C. J. (1982). The phenomenological approach in nursing research. *Nursing Research*, 31 (3), 178-181.
- Post, I. V. (1996). Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. *Nursing Ethics*, 3 (3), 236-249.

- Ray, M. A. (1985). *A philosophical method to study* In M. M. Leininger (Ed), *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, Inc.
- Renaud, I. e Renaud, M. (1996). *Fundamentos éticos: ética e moral*. In L. Archer; J. Biscaia e W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Renaud, M. (1996) *Fundamentos éticos:Experiência e sabedoria*. In L. Archer; J. Biscaia; W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Renaud, M. (1997). A decisão ética: factores particularmente relevantes da problemática contemporânea. *Brotéria*, 144 (1), 39- 57.
- Reys, L. (1996). *A experimentação no Homem*. In L. Archer; J. Biscaia e W. Osswald (Ed.), *Bioética*. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo.
- Ribeiro, L. F. (1993). Uma questão de ética. *Enfermagem em Foco*, 3 (9), 45-49.
- Ribeiro, L. F. (1998). Valores e desenvolvimento em enfermagem ou de como dar lugar à ética. *Pensar enfermagem*, 1 (2), 4-10.
- Riemen, D. J. (1986) *The essential structure of a caring interaction: Doing phenomenology*. In P. L. Munhall e C. J. Oiler (Ed.), *Nursing Research: A qualitative perspective*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Rodney, P. e Starzomski, R. (1993). Constraints on the moral agency of nurses. *The canadian nurse*, 89 (9), 23-26.
- Sellin, S. C. (1995). Out on a limb: a qualitative study of patient advocacy in institutional nursing. *Nursing Ethics*, 2 (1), 19-29.
- Serrão, D. (1996). *Relações entre os profissionais de saúde e o paciente*. In M. C. P. Neves (Ed.), *Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Açores: Centro de Estudos de Bioética/Polo Açores.
- Serrão, D. (1999). O Consentimento informado: novo paradigma do exercício profissional?. *Brotéria*, 148 (4), 473-477.
- Soares, A. M. M. (1991). Suporte psico-emocional ao doente. *Servir*, 39 (1), 50-56.

- Stussi, E. (1985). Enfermagem na Europa: seu desenvolvimento e perspectivas de futuro. *Enfermagem*, 1, 7-13.
- Villermay, D. (1995). Éthique et santé publique: Les deux grands défis de l'an 2000. *Revue de l'infirmière*, 3, 68-72.
- Wagner, N. e Ronen, I. (1996). Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. *Nursing Ethics*, 3 (4), 294-304.
- Walsh, G. (1993). Sida: medo de contágio entre os enfermeiros. *Nursing*, 93 (6), 14-18.
- Willard, C. (1996). The nurse's role as patient advocate: obligation or imposition?. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (1), 60 - 66.
- Woodruff, A. M. (1985). Becoming a nurse: the ethical perspective. *International Journal of nursing studies*, 22 (4), 295-302.
- Wurzbach, M. E. (1995). Long-term care nurses' moral convictions. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1059-1064.

LEGISLAÇÃO

- Portugal, Ministério da Saúde (1991). Decreto-Lei nº 437/91: Carreira de Enfermagem. *Diário da República*, I série-A, nº 257/91, Lisboa: Imprensa Nacional. 8 de Novembro, 5723-5741.
- Portugal, Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei nº 161/96: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, I série-A, nº 205/96, Lisboa: Imprensa Nacional. 4 de Setembro, 2970-2962.
- Portugal, Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei nº 104/98: Cria a Ordem dos enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. *Diário da República*, I série-A, nº 93/98, Lisboa: Imprensa Nacional. 2 de Abril , 1739-1757.

Portugal, Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei nº 412/98: Procedo à reestruturação da carreira de enfermagem. *Diário da República*, I série-A, nº 300/98, Lisboa: Imprensa Nacional. 30 de Dezembro, 7257-7264.

OBRAS

Bandman, B. e Bandman, E. (1985). *Nursing ethics in the life span*. Connecticut: Appleton - Century - Crofts.

Bento, M. C. (1997). *Cuidados e formação em enfermagem que identidade?*. Lisboa: Fim de século edições Ld^a.

Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde. (1995). *Carta dos profissionais de saúde*, Lisboa: Paulinas.

Curtin, L. e Flaherty, M. J. (1982). *Nursing Ethics: theories and pragmatics*. Maryland: Brady Communications.

Fry, S. T. (1994). *La etica en la practica de la enfermeria: Guia para la toma de decisiones éticas*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.

Ghiglione, R.; Matalon, B. (1992). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta editora.

Gil, A. C. (1989). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas S. A.

Gilligan, C. (1997). *Teoria psicológica e desenvolvimento da mulher*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gordo, M. P. A. (Ed.). (1997). *Etica y legislacion en enfermeria: analisis sobre la responsabilidad profesional*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

- Kant, I. (1997). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Traduzido por Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70.
- Kéroouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A. e Major, F. (1994). *La pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Laval: Éditions Études Vivantes.
- Logos enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia (1990). Lisboa/São Paulo: Verbo. Vol: I, II, III.
- Lyotard, J. (s. d.). *A fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.
- Marchesi, P.; Spinsanti, S. e Spinelli, A. (1987). *Para um hospital mais humano*. Lisboa: Edições Paulistas.
- Marriner-Tomey, A. (1994). *Modelos y teorías de enfermería*. (3ª ed.). Madrid: Harcourt Brace.
- Melo, A. L. N. (1981). *Psiquiatria*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1990). *Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs: rapport d'un comité d'experts de l'OMS*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Parse, R. R.; Coyne, A. B. e Smith, M. J. (1985). *Nursing Research: Qualitative Methods*. Maryland: Brady Communications Company.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2º ed.). London: Sage Publications.
- Pearson, A. e Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde.
- Pessini, L. e Barchifontaine, C. P. (1997). *Problemas atuais de bioética* (4ª ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Pinto, J. R. C. (1990). *Questões actuais de ética médica* (3ª ed.). Braga: Editorial A. O. - Braga.

- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes médicas.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Selltiz, C.; Wrightsman, L. S. e Cook, S. W. (1987). *Métodos de pesquisa nas relações sociais* (2ª ed.). São Paulo: Editora pedagógica e universitária.
- Thelan, L. ; David, J. ; Urden, L. e Lough, M. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção* (2ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Editora Atlas.
- Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

TESES

- Costa, M. A. P. S. (1998). *O corpo sem voz: a experiência vivida dos laringectomizados*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.
- Gonçalves, M. A. N. D. G. (s.d.). *Critérios do justo na gestão de recursos humanos em enfermagem*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Departamento de Ciências da Vida e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.
- Magão, M. T. G. (1992). *Cuidar: significado e expressão na formação em enfermagem*. Dissertação apresentada no âmbito do 3º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, Lisboa.

- Salvado, M. M. G. G. J. (1994). *O poder na relação enfermeiro-utente*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.
- Vicente, M. H. C. (1997). *Dimensão ética dos cuidados de enfermagem: contributo para o estudo da formação "ético profissional" de estudantes de enfermagem ao nível do bacharelato*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Vieira, M. M. S. (1994). *A importância ética da decisão no cuidar em enfermagem*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Departamento de Ciências da Vida e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.