



BIOÉTICA

Isabel Cristina de Oliveira Monteiro Bouças

**ENSINO E APRENDIZAGEM DA BIOÉTICA EM
ENFERMAGEM:
PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES**

Dissertação apresentada para a
obtenção do grau de Mestre em Bioética,
sob a orientação da Professora Doutora
Cristina Prudêncio, e co-orientação da
Mestre Rosália Fonte

**5º CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2007**

Isabel Cristina de Oliveira Monteiro Bouças

**ENSINO E APRENDIZAGEM DA BIOÉTICA EM
ENFERMAGEM:
PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES**

Dissertação de Mestrado em Bioética
Apresentada à Universidade do Porto

Universidade do Porto

2007

Isabel Cristina de Oliveira Monteiro Bouças

**ENSINO E APRENDIZAGEM DA BIOÉTICA EM
ENFERMAGEM:
PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES**

Dissertação de Mestrado em Bioética
Apresentada à Universidade do Porto

Âmbito: V Mestrado de Bioética

Regente: Professor Doutor Rui Nunes

Orientadora: Professora Doutora Cristina Prudêncio

Co-Orientadora: Mestre Rosália Fonte

Universidade do Porto

2007

Agradecimentos

Pela sua originalidade, o homem desenvolveu capacidades inimagináveis, deu asas à sua criatividade e surpreendeu o mundo com novas realidades em constante mutação. Porém, a perplexidade da transformação ocorre quando se dá conta que nada é possível sozinho senão com os outros e pelos outros. Daqui resultam os meus genuínos agradecimentos a quem me acompanhou nesta aspiração de criação original:

À orientadora Professora Doutora Cristina Prudêncio pelos seus ensinamentos profissionais, académicos, mas também, e sobretudo, pela sua alegria de estar na vida. Aprendi e continuo a aprender com ela mesmo aquilo que os livros teimam em não querer ensinar. Uma etapa do meu crescimento pessoal e profissional, da qual deriva este trabalho, não poderia de todo ter sido realizado sem a sua mão generosa, sábia, disponível e acima de tudo humanamente luminosa a servir de estrela-guia incansavelmente, obstáculo atrás de obstáculo e conquista atrás de conquista. Obrigada por acreditar em mim e pela fé neste trabalho.

À co-orientadora Mestre Rosália Fonte pela amizade, pelos seus contributos académicos, pelo apoio incondicional e tenaz na realização deste trabalho, e, sobretudo, pelo seu exemplo de vida, partilha e sabedoria humana. Desde o início do meu percurso foi mais que um porto de abrigo, que uma ampulheta de orientação foi também, de salvação.

Aos alunos pela generosidade típica de quem está a aprender e se permite absorver pela novidade e amável participação nesta incessante busca de conhecimento, do qual eles são presentemente alvo e serão futuramente fonte geradora de reconhecimento.

A todos os que de um modo ou de outro, contribuíram com sugestões, colocaram dúvidas, suscitaram dilemas, deram o seu testemunho pessoal para melhorar, clarificar e enriquecer a investigação a que me propus levar a bom porto, a um porto seguro.

Aos meus entes mais queridos (eles sabem quem são e eu também), pelo apoio, compreensão e incentivo quando a fraqueza teima em prevalecer e a inspiração claudica por caminhos um pouco errantes. Agradeço-vos o salutar resgate, de uma naufraga de pensamentos à deriva num mar revolto de conhecimentos, de volta à realidade da vida quotidiana, que também nos faz reflectir e por vezes agir decidindo o mais eticamente possível. Os sonhos mantêm-nos vivos e despertos para os nossos semelhantes e para com a natureza sempre astuta e enigmática

Bem hajam os confiantes de coração e os dedicados de confiança.

Resumo

Introdução: usando como referência a área da Bioética, pretende-se delinear uma reflexão crítica no que diz respeito ao domínio da preparação dos estudantes de Enfermagem em Portugal, para a importância atribuída ao ensino da Bioética na aquisição de competências profissionais em Enfermagem. O fundamento deste estudo é traçado pela averiguação junto dos estudantes de três dimensões: a) percepção em relação às temáticas da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem; b) importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem e c) práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura em Enfermagem.

Metodologia: o questionário usado (questionário de indicadores formativos- QIF) construído *de novo* e validado tendo sido pré testado junto de estudantes do 1º e 2º anos da ESTSP (Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto) com a finalidade de aferir a sua precisão quanto à sua estrutura formal e de conteúdo de modo a proceder à sua validação. A versão de pré-teste tinha 60 itens distribuídos pelas três dimensões acima citadas e adicionalmente duas questões de resposta aberta e duas questões de reflexão falada (esta duas últimas não constaram da versão final do instrumento de trabalho em causa). O questionário após revisão, correcção, reestruturação e reformulação de itens foi aplicado aos estudantes do 1º, 2º e 4º anos (n=565) das Escolas Superiores de Enfermagem de S. João e de Imaculada Conceição.

Resultados: Os resultados obtidos apontam globalmente para uma grande valorização dos princípios orientadores da actividade do profissional de saúde assentando nos cinco pilares da Bioética e na necessidade de estratégias activas de aprendizagem, de formação prática, com discussão de casos concretos, para aquisição de competências e para a excelência do exercício profissional. Adicionalmente, é salientada a necessidade de aprendizagem ao longo da vida de profissionais de saúde em constante formação e aprendizagem contínua.

Foram obtidos resultados distintos por Escola e por anos escolares tendo-se observado uma evolução da opinião dos alunos à medida que se analisaram os resultados do 1º ano ao 4º ano de escolaridade, o que é consistente com o modelo de Dreyfus embora possam ser devidos a diferentes factores, que foram discutidos.

Conclusão: Sabendo que a formação dos futuros Enfermeiros é cada vez mais metódica, mais rigorosa e mais exigente, fruto de um processo globalizante que hoje se assiste em todas as facetas da vida, urge reflectir acerca do contributo da Bioética para a aquisição de competências profissionais na área de Enfermagem durante a formação académica, de modo a preparar, motivar e envolver os estudantes, tendo em vista cumprir cabalmente com o seu mandato social.

Palavras-chave: Bioética; Competências Profissionais; Enfermagem; Estudantes

Abstract

Introduction: using as reference the area of the Bioethics, is intended to delineate a critical reflection in what it says concerning the domain of the Nursing students' preparation in Portugal, for the importance attributed to the education of Bioethics in the acquisition of professional abilities in Nursing. The bedding of this study is traced by ascertainment next to the students of three dimensions namely: a) perception regarding to Bioethics, Nursing and Bioethics in Nursing; b) importance/ responsibility attributed to the Bioethics in Nursing; c) educational practices and approaches to the items focused *curriculum* in Nursing.

Methodology: the questionnaire used, QIF (questionnaire of formative pointers), constructed of new and validated was daily pre tested with students of 1st and 2nd years of the ESTSP (Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto) with the purpose to survey its precision how much to its formal structure and of content. The daily pre version contains 60 items that are distributed amongst the three above cited dimensions and plus two open answer questions, as well as two spoken reflection questions (this two last ones had not consisted of the final version of the instrument of work in cause). The questionnaire after revision, correction, reorganization and reformulation of item was applied to the students of 1st, 2nd and 4th years (n=565) of the Escola Superior de Enfermagem S. João and Escola Superior de Enfermagem of Imaculada Conceição.

Results: The gotten results point globally with respect to a great valuation of the orienting principles of the activity of the health professional seating in the five pillars of the Bioética and in the necessity of active strategies of learning, of practical formation, with quarrel of concrete cases, for acquisition of abilities and the excellency of the professional exercise. Additionally, the necessity of learning throughout the life of professionals of health in constant formation and continuous learning is pointed out. They had been gotten resulted distinct by School and per pertaining to school years having itself observed an evolution of the opinion of the pupils to the measure who if had analyzed the results of 1º year to 4º year of scholarship, what it is consistent with the model of Dreyfus even so can have the different factors, that had been argued.

Conclusion: Knowing that the formation of the future nurses is each more meticulous, more rigorous and more demanding, fruit of a globalization process that today attends in all sides of life, urges to reflect concerning the contribution of Bioethics for the acquisition of professional abilities in the nursing area during the academic formation, in order to prepare, to motivate and to involve the students, in view of fulfilling perfectly with its social mandate.

Word-key: Bioethics; Professional abilities; Nursing; Students

ÍNDICE

	Página
Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice	V
Índice de anexos	VIII
Índice de figuras e de gráficos	IX
Índice de tabelas	XI
Siglas e abreviaturas	XVI
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1.1. A Enfermagem	4
1.1.1. Breve história da profissão	4
1.1.1.1. A Enfermagem na antiga Roma	6
1.1.1.2. A Enfermagem entre os judeus e o cristianismo	8
1.1.1.3. A Enfermagem na Idade Média como uma Enfermagem religiosa	9
1.1.1.4. Da secularização da Enfermagem ao modelo clássico	12
1.1.1.5. A emancipação da Enfermagem	16
1.1.1.6. A Enfermagem como uma profissão autónoma	18
1.1.2. A educação em Enfermagem	21
1.2. Ética, Bioética e Enfermagem	34
1.2.1. Ensino da Ética e Bioética na Enfermagem em Portugal	34
1.2.1.1. Evolução do conceito de Ética e Bioética	34
1.2.1.2. Perspectiva histórica do ensino da Ética e Bioética na Enfermagem em Portugal	50
1.2.1.3. O cuidado em Enfermagem como um acto ético	78
1.2.2. Competências de Enfermagem e o ensino e aprendizagem em Ética e Bioética	92
1.2.2.1. A aquisição de competências em Enfermagem	92

1.2.2.2. A formação teórico-prática e a aquisição de competências	104
1.2.2.3. Modelo de Dreyfus de aquisição de competências no domínio da Enfermagem aplicado à Bioética	112
CAPÍTULO 2. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	118
2.1. Objectivo geral	118
2.2. Objectivos específicos	118
2.3. Metodologia e material	119
2.3.1. Amostra da pré-testagem do QIF	119
2.3.2. Amostra da testagem do QIF	121
2.3.3. Instrumentos	124
2.3.3.1. Descrição do questionário	124
2.3.3.2. Construção e validação do questionário	124
2.3.3.3. Recolha de dados	125
2.3.3.4. Tratamento dos dados	126
2.3.3.5. Tratamento estatístico dos dados	126
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	128
3.1. Resultados obtidos da análise estatística do pré-teste QIF	128
3.1.1. Análise estatística geral	128
3.1.1.1. Taxa de resposta	128
3.1.1.2. Fiabilidade e consistência interna	128
3.1.1.3. Situações com nível de resposta limite mais ou menos elevada	128
3.1.1.4. Correlação entre as variáveis	129
3.1.2. Análise estatística para as diferentes dimensões do pré-teste QIF	130
3.1.2.1. Fiabilidade e consistência interna	130
3.1.2.2. Situações com nível de resposta limite mais ou menos elevada	131
3.1.2.3. Correlação entre as variáveis	132
3.1.3. Resultados relativos à análise das duas questões de resposta aberta e da reflexão falada do pré-teste QIF	136
3.2. Resultados obtidos da análise estatística do teste QIF	138
3.2.1. Análise estatística geral	138
3.2.1.1. Taxa de resposta	138
3.2.1.2. Fiabilidade e consistência interna	139

3.2.1.3. Situações com nível de resposta limite mais ou menos elevada	139
3.2.1.4. Correlação entre as variáveis	140
3.2.2. Análise estatística para as diferentes dimensões do teste QIF	142
3.2.2.1. Fiabilidade e consistência interna	142
3.2.2.2. Situações com nível de resposta limite mais ou menos elevada	144
3.2.2.3. Correlações entre as variáveis	147
3.2.2.4. Caracterização estatística das diferentes dimensões	155
3.2.3. Resultados das duas questões de resposta aberta do teste QIF	161
CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO	167
4.1. Análise dos resultados globais	168
4.2. Análise dos resultados obtidos por dimensão	170
4.3. Análise dos resultados obtidos pelos anos escolares avaliados e por escolas	177
4.4. Discussão relativas às respostas obtidas nas questões abertas	181
CAPÍTULO 5. CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS	184
BIBLIOGRAFIA CITADA	188
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	199
ANEXOS	200
Anexo I: “Questionário Indicadores formativos em Bioética nas Profissões da Saúde”	201
Anexo II: “Questionário Indicadores formativos em Bioética em Enfermagem”	207
Anexo III: “Pedido de aplicação do questionário à Escola Superior de Enfermagem de S. João”	213
Anexo IV: “Pedido de aplicação do questionário à Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição e respectiva autorização”	215
Anexo V: “Plano de estudos da ESES.J publicado em Diário da República”	217
Anexo VI: “Plano de estudos da ESEIC publicado em Diário da República”	219

ÍNDICE DE FIGURAS E DE GRÁFICOS

Fig.1.1: “Níveis de preparação propostos por <i>Stuart Dreyfus</i> e <i>Hubert Dreyfus</i> ”	113
Fig. 4.1: Agentes de parceria em projectos “Toward Unity for Health”	171
Gráf. 2.1: Distribuição dos alunos da ESTSP que participaram na pré-testagem do presente estudo por anos académicos	120
Gráf. 2.2: Distribuição dos alunos da ESTSP que participaram na pré-testagem do presente estudo por género	120
Gráf. 2.3: Distribuição dos alunos da ESTSP que participaram na pré-testagem do presente estudo por idades	121
Gráf. 2.4: Distribuição dos alunos de Enfermagem que participaram no presente estudo por anos académicos	122
Gráf. 2.5: Distribuição dos alunos de Enfermagem que participaram no presente estudo por género	122
Gráf. 2.6: Distribuição dos alunos de Enfermagem que participaram no presente estudo por idades	123
Gráf. 2.7: Distribuição dos alunos de Enfermagem que participaram no presente estudo por escolas	123
Gráf. 3.1: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 1 “Percepção em relação à temática da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” por ano académico em estudo	155
Gráf. 3.2: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” por ano académico em estudo	156
Gráf. 3.3: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da licenciatura” por ano académico em estudo	156
Gráf. 3.4: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 1 “Percepção em relação à temática da Bioética, da Enfermagem e da Bioética Enfermagem” pelas escolas de Enfermagem em estudo	157

Gráf. 3.5: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” pelas Escolas de Enfermagem em estudo	158
Gráf. 3.6: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da licenciatura” pelas escolas de Enfermagem em estudo	159
Gráf. 4.1: Valores obtidos na escala de <i>Likert</i> para os itens mais cotados (Mais elevado) ou menos cotados (Mais baixo) apresentados na Tabela 4.1, quer nos resultados globais (Global) quer por dimensões, respectivamente (D1- Dimensão 1, D2- Dimensão 2 e D3- Dimensão 3)	176

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1: Conclusões acerca da estrutura e desenvolvimento curricular, dos intervenientes na formação e dos espaços de formação, tiradas pelos Enfermeiros no <i>workshop</i> promovido pelo Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros em 2001	33
Tabela 1.2: Síntese de algumas competências adquiridas pela Educação Bioética, segundo Kim	74
Tabela 1.3: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem	94
Tabela 1.4: Tipos de saberes que suportam as competências na perspectiva de Ana Pires	101
Tabela 1.5: Os domínios dos cuidados de Enfermagem na perspectiva de Queirós baseada em Benner	102
Tabela 1.6: Competências genéricas para um perfeito desempenho profissional na perspectiva de Ana Pires	103
Tabela 1.7: Síntese do <i>Modelo de Dreyfus de aquisição de competências</i>	115
Tabela 1.8: Convergência das competências com os níveis de proficiência	116
Tabela 3.1: Valores auferidos de <i>Alpha de Cronbach</i> por eliminação de situações no pré-teste	128
Tabela 3.2: Valores auferidos das Situações de pré-teste com um nível de opinião mais baixo	128
Tabela 3.3: Valores auferidos das Situações de pré-teste com um nível de opinião mais alto	129
Tabela 3.4: Maiores correlações entre as variáveis no pré-teste	129
Tabela 3.5: Valores auferidos e <i>Alpha de Cronbach</i> para as diferentes dimensões do pré-teste	130
Tabela 3.6: Valores auferidos de <i>Alpha de Cronbach</i> por eliminação de situações nas diferentes dimensões do pré-teste	130
Tabela 3.7: Valores auferidos por dimensões das Situações de pré-teste com um nível de opinião mais elevada	131
Tabela 3.8: Valores auferidos por dimensões das Situações de pré-teste com um nível de opinião mais baixo	132

Tabela 3.9: Valores relativos às maiores correlações obtidas entre as variáveis na dimensão 1 “Percepção em relação às temáticas da Bioética, das Profissões da Saúde e da Bioética nas Profissões da Saúde” do pré-teste	132
Tabela 3.10: Valores relativos às menores correlações obtidas entre as variáveis na dimensão 1 “Percepção em relação às temáticas da Bioética, Profissões da Saúde e da Bioética nas Profissões da Saúde” do pré-teste	133
Tabela 3.11: Valores obtidos das maiores correlações entre as variáveis na dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética nas Profissões da Saúde” do pré-teste	134
Tabela 3.12: Valores obtidos das maiores correlações entre as variáveis na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da licenciatura” do pré-teste	135
Tabela 3.13: Valores obtidos das menores correlações entre as variáveis na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da licenciatura” do pré-teste	136
Tabela 3.14: Síntese da análise de conteúdo das respostas dos alunos da ESTSP dadas à questão de resposta aberta 1: <i>Qual(is) a(s) unidade(s) curricular(es) que mais contribuiu(iram), directa ou indirectamente, para a sua preparação Bioética como futuro profissional de saúde?</i>	137
Tabela 3.15: Síntese da análise de conteúdo das respostas dos alunos da ESTSP dadas à questão de resposta aberta 2: <i>Explique de que forma a(s) unidade(s) curricular(es) de _____ contribuiu(iram) para a sua formação no domínio da Bioética?</i>	137
Tabela 3.16: Síntese da análise de conteúdo das respostas dos alunos da ESTSP dadas à reflexão 1: Por favor indique quais os itens neste inquérito que não foram claros e que lhe suscitaram dúvidas na resposta	137
Tabela 3.17: Síntese da análise de conteúdo das respostas dos alunos da ESTSP dadas à reflexão 2: <i>Que alterações faria neste inquérito (introduzir itens, retirar itens, reformular itens...)</i>	137

Tabela 3.18: Distribuição dos alunos respondentes por escolas e anos académicos	138
Tabela 3.19: Distribuição dos alunos respondentes pelos três anos académicos	138
Tabela 3.20: Valores auferidos de <i>Alpha de Cronbach</i> por eliminação de situações no teste	139
Tabela 3.21: Valores auferidos das situações de teste com um nível de opinião mais baixo	140
Tabela 3.22: Valores auferidos das Situações de teste com um nível de opinião mais alto	140
Tabela 3.23: Maiores correlações entre as variáveis no teste	141
Tabela 3.24: Menores correlações entre as variáveis no teste	142
Tabela 3.25: Valores auferidos e <i>Alpha de Cronbach</i> para as diferentes dimensões do teste	143
Tabela 3.26: Valores auferidos de <i>Alpha de Cronbach</i> por eliminação de situações nas diferentes dimensões do teste	143
Tabela 3.27: Valores auferidos na dimensão 1 "Percepção em relação às temáticas da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem" do teste das situações com um nível de opinião mais elevada	144
Tabela 3.28: Valores auferidos na dimensão 2 "Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem" do teste das situações com um nível de opinião mais elevada	145
Tabela 3.29: Valores auferidos na dimensão 3 "Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura" do teste das Situações com um nível de opinião mais elevada	145
Tabela 3.30: Valores auferidos na dimensão 1 "Percepção em relação às temáticas da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem" do teste das Situações com um nível de opinião mais baixo	146
Tabela 3.31: Valores auferidos na dimensão 2 "Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem" do teste das situações com um nível de opinião mais baixo	146

Tabela 3.32: Valores auferidos na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da licenciatura ” do teste das Situações com um nível de opinião mais baixo	147
Tabela 3.33: Maiores correlações entre as variáveis na dimensão 1 “Percepção em relação às temáticas da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” do teste	148
Tabela 3.34: Maiores correlações entre as variáveis na dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste	149
Tabela 3.35: Maiores correlações entre as variáveis na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da licenciatura” do teste	150
Tabela 3.36: Menores correlações entre as variáveis na dimensão 1 “Percepção em relação às temáticas da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” do teste	151
Tabela 3.37: Menores correlações entre as variáveis na dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste	152
Tabela 3.38: Menores correlações entre as variáveis na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da licenciatura” do teste	153
Tabela 3.39: Melhores valores de <i>corrected item-total correlation</i> nas diferentes dimensões do teste	154
Tabela 3.40: Valores auferidos das médias e respectivos desvios padrão por aluno relativos às diferentes dimensões por ano académico em estudo	157
Tabela 3.41: Valores auferidos das médias e respectivos desvios padrão por aluno relativos às diferentes dimensões pelas ESEIC e ESES.J em estudo	159
Tabela 3.42: Médias e desvios padrão auferidos dos histogramas dos <i>scores</i> de cada dimensão	160
Tabela 3.43: Valores auferidos do Teste <i>T</i> e do Teste de <i>Mann-Witney-U</i> das diferentes dimensões	160

Tabela 3.44: Valores auferidos do Teste <i>One Way Anova</i> e do Teste <i>Kruskal-Wallis</i> das diferentes dimensões	160
Tabela 3.45: QUESTÃO 1 – Qual(is) a(s) unidade(s) curricular(es) que mais contribuiu(ram), directa ou indirectamente, para a sua preparação Bioética como futuro profissional de saúde?	161
Tabela 3.46: As três disciplinais mais respondidas e as três menos respondidas por ano lectivo e por escolas de Enfermagem	162
Tabela 3.47: QUESTÃO 2 – Explique de que forma a(s) unidade(s) curricular(es) de _____ contribuiu(ram) para a sua formação no domínio da Bioética?	163
Tabela 3.48: Nº e % de respostas obtidas em cada dimensão, por escolas e por anos académicos	164
Tabela 3.49: Nº e % de respostas obtidas em cada dimensão por escolas de Enfermagem	164
Tabela 3.50: Respostas mais referidas pelos estudantes de Enfermagem por ano académico e por escola de Enfermagem	165
Tabela 3.51: Respostas menos referidas pelos estudantes de Enfermagem por ano académico e por escola de Enfermagem	166
Tabela 4.1: Resumo das situações que se destacam com um nível de opinião mais elevado ou mais baixo na análise global ou pelas diferentes dimensões avaliadas (salienta-se com a mesma cor as situações coincidentes)	174

Lista de Siglas e Abreviaturas

HS.J – Hospital de S. João

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

QIF – Questionário de Indicadores Formativos

ESTSP – Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Porto

ESEIC – Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição

ESES.J – Escola Superior de Enfermagem de S. João

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

D.L – Decreto de Lei

CNEV – Conselho Nacional para as Ciências da Vida

CE – Conselho de Enfermagem

CNE – Conselho Nacional de Ética

CEB – Centro de Estudos de Bioética

OE – Ordem dos Enfermeiros

CJE – Conselho Jurisdicional de Enfermagem

Fig.- Figura

Gráf.– Gráfico

AAMt- Auxiliares de Acção Médica técnicos

Tab.- Tabela

INTRODUÇÃO

Este trabalho de investigação, que tem como guia o conceito de Bioética, pretende delinear uma reflexão crítica no domínio da preparação dos estudantes de Enfermagem em Portugal, no que diz respeito à importância atribuída ao ensino e à aprendizagem da Bioética na aquisição de competências profissionais em Enfermagem nos *curricula* da referida licenciatura.

Importa reflectir sobre o modo de preparar, motivar e envolver os profissionais da saúde, neste caso os Enfermeiros, no sentido de cumprirem com o seu papel de elevado desígnio humanitário, também pela via profissionalizante, durante a sua formação (académica e extra-académica). Neste âmbito, enuncia-se a questão orientadora deste trabalho: *Qual será o contributo do ensino e da aprendizagem da Bioética na aquisição de competências em Enfermagem?*

Intentamos dar visibilidade das percepções acerca do fenómeno acima enunciado, pela indagação próxima dos estudantes de Enfermagem, de tal modo, que se possa apresentar sugestões pertinentes, no sentido de fornecer mais um contributo para a adequação dos mencionados *curricula* à incessante transformação que constantemente assistimos na formação em Enfermagem, sem no entanto pretender propor respostas simples para uma temática deveras complexa.

Os profissionais de saúde são, em conjunto, gestores naturais dos meios de preservação da espécie, além do processo biológico natural e evolutivo responsável pelo aprimoramento da mesma. Cuidando de ser alegação primordial para a sobrevivência da humanidade, e que compreende liberdades, direitos e deveres da pessoa, da sociedade e do Estado, a Bioética transformou-se na mais recente fonte de direitos humanos.

Destaca-se que a atenção do profissional de saúde voltada para a sociedade em geral constitui procedimento de alto escopo humanitário, pelo que deve ser encarado como um acto de respeito e uma forma de devolver à sociedade aquilo que lhe pertence por origem e vocação histórica.

A permanente busca de respostas aos novos desafios da modernidade pela reestruturação do aparelho formador como um todo e pela eleição de uma metodologia de ensino da Bioética compatível com os verdadeiros anseios da sociedade, visa facilitar a integração de diferentes disciplinas académicas e intenta reconhecer o ser humano na sua complexa realidade bio psicossocial.

A abrangência da Bioética caracteriza-se pela interdisciplinaridade, interculturalidade e metodologia do diálogo e é, por excelência, disciplina da alteridade, em que a pessoa é o fundamento de toda reflexão e de toda prática Bioética, o que significa respeitar incondicionalmente o outro, aprender a conviver com as diferenças, diligenciar o equilíbrio

entre as diversas opiniões que permitem a estruturação e a articulação dos conteúdos da Bioética.

A formação em Enfermagem, sendo por natureza uma formação profissionalizante, ganha pertinência acrescida, pois o desafio passa a ser o de preparar os estudantes para que tenham uma elevada capacidade de adaptação às diferentes situações profissionais, algumas dilemáticas, que acabarão por surgir ao longo da respectiva vida de Enfermeiro.

Do exposto despontam razões para sustentar a necessidade do ensino da Bioética aos profissionais de saúde como um factor de suporte e balizamento na formação do carácter, indispensável ao controle da vida e à manipulação do semelhante, sobretudo nos desvios da relação a dois ou nas fronteiras ermas do conhecimento.

O ensino da Bioética visa, assim, favorecer o aprendizado da tolerância, cimento das sociedades pluralistas e pretende constituir pilares firmes para suportar a aquisição de outras competências que enformam a própria profissão de Enfermagem.

Sobressai que o mais completo contributo do ensino/aprendizagem da Bioética pode ceder à Enfermagem, é o espelho reflexo da essência que brota da própria excelência da profissão. Na realidade é da tomada de decisão na prática diária, é do permanente, incansável e dedicado desempenho das funções do Enfermeiro, é do exercício da competência do profissional de saúde a todos os níveis, que se traduz a imagem mais esclarecida do agir bioético, pois, é quando o Enfermeiro coloca no atender o Outro o que de mais digno tem a arte e a ciência do cuidar.

Torna-se pertinente, que a organização da formação em Enfermagem seja estruturada em torno do facto de o profissional de saúde se confrontar com diversos desafios e recorra a diferentes saberes para elaborar um *curriculum* rico e tradutor da sedimentação contínua de comportamentos eticamente conscientes e socialmente responsáveis, incutidos desde cedo nos estudantes.

Tendo em conta actualidade da temática do assunto, até fluindo em direcção ao recente Processo de Bolonha ainda em discussão, visamos com este trabalho traduzir o real fundamento deste estudo que é traçado pela averiguação junto dos estudantes de três dimensões: a) percepção em relação às temáticas da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem; b) importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem e c) práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura em Enfermagem, de modo a descortinar o contributo do ensino/aprendizagem da Bioética na aquisição de competências em Enfermagem.

Esboçaremos a problemática em causa, no capítulo um, através de uma análise e inter-relação de elementos da revisão bibliográfica consultada, que servirão de suporte a um enquadramento essencial na fundamentação teórica do nosso estudo, eclodindo com

modelos explicativos de aquisição de competências em Enfermagem no âmbito da Bioética, numa vertente profissionalizante.

Seguidamente, no capítulo dois expomos os objectivos e metodologia e os materiais mobilizados neste estudo, atendendo às várias fases de desenvolvimento metodológico, no qual se definiu o plano de investigação, se determinou a amostra, se adaptou o instrumento de recolha e análise de dados e se aplicou à população desejada.

Apresentaremos nos capítulos três e quatro os principais resultados e respectiva discussão, no que concerne à investigação empírica, mais concretamente à validação do instrumento neste âmbito desenvolvido – Questionário Indicadores Formativos em Bioética nas Profissões da Saúde bem como a aplicação do respectivo instrumento à população seleccionada – Questionário Indicadores Formativos em Bioética em Enfermagem, a que designamos por QIF's.

Para finalizar, faremos no capítulo cinco uma reflexão crítica focando as conclusões gerais do trabalho e aludiremos a perspectivas futuras.

Apresentaremos também a bibliografia que se considera mais pertinente no que concerne a esta temática.

CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Enfermagem

1.1.1. Breve história da profissão

A Enfermagem é uma profissão classificada como uma profissão virtuosa, que na sua essência de cuidados é parte integrante de um contínuo de tratamento. Bons cuidados de Enfermagem, levam o doente a restabelecer a sua saúde e a lidar mais dignamente com o seu estado de debilidade, de limitação, da sua condição actual. Contudo, uma má prática do cuidado pode conduzir o doente a não recuperar da doença e/ou a agravá-la, dada a vulnerabilidade da situação daquele que confia nos cuidados dos profissionais de Enfermagem. Daí, a importância de formar Enfermeiros na virtude, de tal maneira que desempenhem com excelência as suas funções e que sigam mais além, convertendo-se numa boa pessoa que faça o bem.

Uma das gloriosas maneiras de fazer Bioética (no sentido aristotélico de alcançar a vida boa) é apelar a uma ética das virtudes e para tal intento deve-se socorrer da formação do sujeito ético¹. Para um correcto estudo da virtude é necessário recorrer e recuar na História, particularmente aos “pais” da virtude no Ocidente, Aristóteles e São Tomás de Aquino, dois autores com um valor incalculável para fundamentar racionalmente uma teoria das virtudes.

Depois do paradigma aristotélico-tomista, surge um forte abalo à teoria das virtudes na modernidade. Thomas Hobbes e Nicolás Maquiavelo, entre outros, questionaram acutilantemente o paradigma areteico. Outros autores, entre os quais, Kant, contribuíram com um novo ponto de vista, realçando a autonomia da razão.

A virtude no seio da filosofia moral, recupera-se um pouco com os comunitaristas, que buscam retornar, especialmente, a Aristóteles, de tal modo que se aspire de novo a excelência, a vida boa na comunidade e a virtude é o meio de alcançá-la.

Os representantes mais destacados da ética das virtudes na *Bioética*, são Edmund Pellegrino e David Thomasma², que intentam alcançar ideais da vida boa na comunidade através da prática das virtudes. Contudo, levar a bom porto este intento na sociedade global é tarefa árdua, já que é muito difícil todos pensarem do mesmo modo. No âmbito das profissões da saúde, tal desígnio é possível de se concretizar porque o bom profissional da saúde é aquele que realiza uma prática com excelência.

Outros contributos recentes, do ponto de vista do cuidado de Enfermagem são relevantes. Milton Mayerhoff³ aborda a ideia do cuidado, trabalhada por alguns antecessores seus e desenvolve-a desde o personalismo. Carol Gilligan⁴ trata a ética desde o feminismo, desnudando os conceitos a favor do machismo que mascaram o modelo tradicional do desenvolvimento moral. A Enfermagem como trabalho do cuidado pode receber muito deste modelo e crescer em igualdade de respeito. Autores como Leah Curtin⁵, desenvolveram

interessantes trabalhos em torno do cuidado, contemplado através de uma visão actual, contudo far-se-á uma pequena retrospectiva pela teoria que enforma a Enfermagem complementando e contextualizando assim o assunto em questão.

De salientar que a ética das virtudes não pode deixar de lado a compaixão e o princípio da vulnerabilidade como duas contribuições recentes que estão ao serviço do profissional de saúde, visto como um ente querido ao serviço do cuidado. A visão do crente coloca-se aqui com especial relevo, ao apresentar-nos a um Deus vulnerável que se encontra nas atitudes do Bom Samaritano.

Apela-se a esta contribuição, do ponto de vista da ética das virtudes para a génese de profissionais cada vez mais humanos (em prestação de cuidados humanizados e mais humanizadores), e portanto cada vez mais excelentes no seu desempenho profissional, criando espaço para posteriormente interrelacionar a Enfermagem com a Bioética. Lança-se desde já a ideia de explanar uma certa reflexão crítica, sobre a limitação dessa excelência profissional, devido à actual ameaça a uma ética das virtudes, que tanto pode fazer estando plenamente ao serviço da Enfermagem e das restantes profissões da saúde.

Outros contributos são de todo consideráveis para o desenvolvimento de uma profissão tão humanizadora como a Enfermagem, e nesta perspectiva a ética do cuidar de C. Gilligan⁶ tem merecido particular atenção no meio dos actores reais da prática, os Enfermeiros. Trata-se de uma interessante visão acerca da relevância de se fazer ouvir a voz das mulheres, que para a autora em questão, fora silenciada por uma moral de homens para homens, inserindo-se nas recentes teorias do desenvolvimento moral que reflectem a importância da aprendizagem social. Gilligan⁶ defende que os homens e as mulheres tendem a usar estratégias diferentes de raciocínio e aplicar conceitos e temas morais distintos ao formular e resolver problemas morais quando deparados com eles. A autora observou que as mulheres tendem a perceber os dilemas morais, em primeira instância em termos de existência, é um universo moral feminino, “um mundo de relações e verdades psicológicas, onde a confiança do vínculo entre pessoas dá origem a reconhecer a responsabilidade por qualquer outra, a uma necessidade de resposta”, propícias a uma “ética do cuidado”. Em contrapartida, os homens orientam-se em primeiro lugar por questões relacionadas com igualdade ou desigualdade entre os indivíduos, pelo que a ênfase deixa de estar na relação e passa a estar nos ideais abstractos de justiça e direitos, requerendo os princípios da justiça, autonomia, reciprocidade e respeito pela pessoa, propícios a uma “ética da justiça”.

Pelo exposto, depreendemos que a ética do cuidar apela à receptividade, intersubjectividade, à capacidade de resposta humana, enfatiza a responsabilidade relacional para com o outro, enquanto ser humano, respeita os direitos humanos, expressa a verdadeira noção de empatia e reciprocidade, enaltece a vulnerabilidade e solicitude como

elementos de conexão com a ética de Enfermagem, tocando-as pela emoção e legitimando a moralidade da acção.

Numa amálgama de princípios éticos, virtudes, valores morais, teorias de desenvolvimento moral e social, normas e convenções, entre tantas outras disposições, a Enfermagem progride e avança com o desabrochar dos tempos.

À luz do paradigma contemporâneo, a Enfermagem, semelhante a outras ciências, tem sofrido diversas mudanças ao longo da História. Só se pode conhecer a Enfermagem ou qualquer outro fenómeno se o historiarmos, se o estudarmos à luz do que o rodeia. Não existem profissões assépticas, pois que a História determina as profissões e estas vão determinando a História. No entanto a Enfermagem, mantém um traço, um eixo vertebral sólido ao longo dos tempos e este é o acto de cuidar. O que fazer da Enfermagem, centra-se sempre num serviço de cuidados aos outros e este cuidar realizou-se de modos distintos.

Proceder-se-á, de seguida a uma breve abordagem dos momentos mais proeminentes da evolução da Enfermagem^{7,8}, realçando o valor das virtudes e do cuidado do outro na acção do Enfermeiro, tão antigo como actual no seu agir profissional. Não se pretende a exaustão mas uma clara fundamentação da dinâmica histórica e temporal que levou à definição da profissão como a encaramos nos dias de hoje olhando para outrora.

1.1.1.1. A Enfermagem na antiga Roma

O nascimento de Roma data de 753 a.C., tendo-se relacionado o acontecimento da sua formação com uma variedade de interpretações mitológicas. Os romanos não tinham religião, sistemas médicos nem arte própria, apenas a tomavam emprestada, nas suas conquistas a outros povos. Igualmente eram adorados vários deuses, cujas funções eram na maioria práticas, *Júpiter*, por exemplo, cuidava da cidade. Desde sempre pensaram que pela contemplação aos deuses, surgiria a prosperidade sendo o fracasso resultante da ira divina.

Antes da conquista da Grécia, a medicina combinava as práticas populares com a magia e a religião. Após 200 a.C. os médicos gregos que haviam sido escravizados difundiram o seu trabalho e as suas práticas por toda a Roma. A medicina grega introduziu-se neste país na altura que assolava a peste pela cidade. Areteu (médico) orientou o seu estudo nas enfermidades observáveis, tais como pneumonia, epilepsia, tétano, entre outras. Por seu turno, Asclepiades (filósofo) propôs uma teoria atomista, segundo a qual a doença consistia numa alteração do movimento dos átomos do corpo. O tratamento baseava-se numa dieta rigorosa, exercício físico, massagens, medicamentos calmantes, música e cânticos. No campo de batalha existia todo um sistema de primeiros socorros, onde os soldados feridos eram tratados de imediato por homens e mulheres de boa disposição. Para os escravos das casas e das fazendas ricas criou-se uma classe de *ordenanzas* que faziam de Enfermeiras.

As mulheres romanas eram bastante independentes e dedicadas a numerosas actividades fora do lar, no entanto os principais papéis de Enfermagem estavam relacionadas com o cuidar dos filhos e assumir o papel de parteiras, sendo este conhecimento transmitido às gerações seguintes por via oral, pertencendo ao património histórico e cultural herdado.

Na Grécia também a doença era atribuída a espíritos malignos que se apoderavam dos corpos e existia um Deus que zelava pela saúde dos mortais. Em Epidauro, situava-se o santuário de Esculápio, filho de Apolo e Deus da Medicina. Este era um local de peregrinação que mais tarde os romanos converteram em sanatório. Pouco resta dos espaçosos templos ocupados pelos que procuravam a saúde. À chegada os enfermos ofereciam um sacrifício ao Deus e submetiam-se a um processo de limpeza e purificação que consistia numa série de banhos e num período de abstinência a certos alimentos e vinhos. Depois de vários dias passados em salas exteriores, o doente era admitido num salão interior para participar da cerimónia religiosa, que incluía vários rituais. Por último, o doente passava a uma câmara onde dormia na presença de uma grande estátua de Esculápio. Esta indicaria o caminho para a saúde através de sonhos interpretados pelos sacerdotes, que assumiam o papel de médicos.

Conserva-se ainda o fosso de serpentes sagradas onde Esculápio aparecia em imagem. A “vara de Esculápio” é ainda hoje símbolo dos médicos. O culto a Esculápio, que se desenvolveu a partir da mitologia grega, deu origem a uma cura puramente de carácter religioso e oferecia uma mistura de remédios naturais e sobrenaturais. Com o tempo, os sacerdotes de Esculápio ramificaram-se em duas áreas especializadas, uma estritamente médica e outra puramente oculta. Da primeira distingue-se Hipócrates, conhecido como “pai da Medicina”.

A literatura grega contém numerosas referências a Enfermeiras que tratavam principalmente de crianças, quer do seu nascimento, quer dos primeiros anos de vida. Às mulheres cabia quase todo o trabalho obstétrico e aos homens os partos mais difíceis. Nos relatos históricos aparecem grandes discrepâncias acerca de quem realizava outras funções de Enfermagem, já que as funções da mulher grega se limitavam às rezas, a ser sacerdotisa, escrava ou prostituta ou seja no âmbito da filosofia moral da altura, Aristóteles entendia que a virtude da mulher era a submissão ao homem⁹. Segundo alguns historiadores, as mulheres não podiam ser iniciadas em ciência alguma. Talvez por isto, todos os Enfermeiros da Grécia antiga tenham sido homens, dado que não existem relatos de nenhuma enfermeira profissional (excepto parteiras). Eram sobretudo às esposas que cabia o dever de tratar da família. No entanto, sabe-se que era atribuído grande valor ao trabalho de Enfermeiro, que era considerado assistente e colaborador do médico (apesar de muitas vezes ser um simples escravo doméstico). Entre os trabalhos de Enfermagem

destacava-se a aplicação de cataplasmas, de compressas frias, dietas líquidas, banhos quentes, alimentação específica para doentes cardíacos, grandes quantidades de líquidos para os doentes renais e extremos cuidados com a limpeza das camas dos enfermos. Sabia-se que a prática da higiene era mais do que uma especialidade médica, era uma forma de vida que também privilegiava a alimentação e o exercício físico na cura de uma doença.

As práticas dos cuidados realizados pelas mulheres, em relação ao corpo e à alimentação, não podem de modo algum afastar-se de um conjunto de símbolos, cerimónias e festas que garantam os laços do homem com o universo. Inicialmente a prevenção não existia, com a descoberta das múltiplas possibilidades de utilização das plantas organiza-se todo um saber a fim de evitar o mal. Vai-se formando paulatinamente, uma rede de convívio entre plantas e mulheres que depois de terem colhido os frutos, raízes e bolbos aprendem a conservá-los e dará origem à maior alquimia do mundo em transformação de produtos colhidos em pó, farinhas, caldos, sumos, bebidas de todos os géneros. Ao submeter os vegetais a todas as espécies de preparações as mulheres descobrem os seus segredos, não só a nível das refeições, mas também da imensa gama do seu valor terapêutico (as colossais combinações que originaram os fármacos). Lentamente, as plantas passaram a constituir a base essencial de todas as práticas de cuidados que dependem das mulheres e a contribuir para todos os cuidados fundamentais para a manutenção da vida.

1.1.1.2. A Enfermagem entre os judeus e o cristianismo

Os judeus, ao acreditarem num Deus diferente do adorado pelo culto pagão, passam a encarar a doença de outra maneira. Já não consideravam a enfermidade como um malefício do demónio, mas sim um castigo pelos pecados cometidos. O que mais se destaca neste povo é, o facto de acreditarem na medicina preventiva, na saúde pública e no isolamento em caso de serem diagnosticadas doenças contagiosas. A Enfermagem nesta época é pouco conhecida.

Uma mulher só podia cuidar de mulheres grávidas e de mulheres pós-parto. Bem como das crianças, se ela própria já tivesse sido mãe, pois era preciso ter efectuado o ciclo biológico para ter sensibilidade ao cuidar dos outros. Consequentemente nem as solteironas nem as mulheres estéreis podiam cuidar de alguém pois os cuidados não representavam apenas um conjunto de respostas a necessidades vitais, mas veiculadas do corpo daquelas que os prestam, exprimindo uma forma de relação com o mundo. As mulheres idosas ao findarem o seu ciclo biológico com a menopausa adquirem um estatuto social reconhecido, para ajudar as futuras mães na prática de cuidados, somente ensinando o que adquiriram da experiência do próprio corpo. Com o decorrer dos anos verifica-se que quem servia de Enfermeiras eram as que estavam enclausuradas. Muitas vezes não passavam de mulheres que tinham perdido os maridos, ou aquelas que atingiam uma certa idade e como não

tinham conseguido casar, o pai ou o irmão mais velho fechavam-nas em mosteiros. A estas denominava-se de “diaconisas”, que passaram a ser as primeiras enfermeiras oficialmente reconhecidas pela Igreja. Dissocia-se do conhecimento vivido do corpo e procede-se à prática sem ter dado à luz, dominando virtudes profiláticas e curativas das plantas. Desta feita o papel da mulher era o de interpretar o simbolismo do bem e do mal e compreender a inserção do Homem na sociedade. O seu dia-a-dia estava inscrito num sistema de trocas e de reciprocidade. Os cuidados intervêm numa alternância em que um serviço prestado arrasta outro serviço em troca.

Cabe ao cristão sair do lar e servir a outros na doença e na pobreza. O cristianismo fez da Enfermagem uma missão e entregou-a a pessoas com formação religiosa. Foi este o factor que fez com que a Enfermagem evoluísse, permitiu a transposição de alguns dos elementos¹⁰ do cuidar da esfera privada para instituições de caridade. Um exemplo notável da institucionalização do cuidar, veio de Fabíola, uma nobre romana, que vendeu todos os seus bens e fundou o primeiro centro de cuidados, após o falecimento do marido, dedicou-se aos mais humildes, era ela quem lavava as feridas, permanecia junto dos moribundos, dava de comer e carregava sobre os ombros aqueles que não podiam caminhar sozinhos¹¹ dando significado aos ensinamentos do Novo Testamento, sobressaindo o imaculado espírito grego da *ágape* que é, no sentido genuíno e altruísta da caridade, um amor de dilecção, que quer o bem do próximo, sem fronteiras, que busca a paz no sentido mais puro, é o amor que é a própria natureza de Deus.

1.1.1.3. A Enfermagem na Idade Média como uma Enfermagem religiosa

Nos séculos XI, XII e XIII a principal realização e aquela que originou muitas críticas de vulto, foi o Movimento Geral das Cruzadas. As cruzadas desempenharam um grande papel no estreitamento das relações da Europa com o Oriente no qual, os hospitais eram numerosos e bem organizados. As Ordens Dominicanas e Franciscanas foram grandes impulsionadoras da caridade e hospitalidade, sobretudo, por meio das Ordens Terceiras das Mulheres, as quais, no dizer de alguns autores, abriram caminho às modernas agregações de Religiosas Hospitalares, permitindo um considerável impulso no desenvolvimento da Enfermagem organizada¹², desvalorizado por alguns autores, quanto à profissionalização da actividade. No fim da Idade Média, foram construídos hospitais de grandiosa concepção arquitectónica, dignos de rivalizar com as melhores catedrais, às quais muitas vezes eram parecidos. Mais uma vez era o fervor religioso que inspirava e determinava tantas mostras de dedicação e devoção para com os senhores.

As cruzadas, que se iniciaram em 1096 e terminaram quase em 1300, deram grandes oportunidades aos cavaleiros idealistas da Europa Cristã. As cruzadas foram expedições guerreiras que os Príncipes da Europa, em resposta aos angustiados apelos dos

Papas e dos Imperadores do Oriente, puseram em movimento para libertar os lugares Santos do domínio dos Mouros. Estas expedições foram promovidas com o apoio da Santa Fé e os cavaleiros que nelas tomavam parte, receberam o nome de “Cruzados” por levarem sobre o peito uma cruz.

Este evento promoveu o intercâmbio entre culturas diferentes (Oriente/ Europa), contribuindo deste modo para a fundação de Hospitais. Houve na altura, necessidade de ter na Palestina abundância de hospitais para os peregrinos e deste serviço encarregaram-se os “Frades do Hospital de S. João em Jerusalém”, os quais só posteriormente se começaram a dedicar à defesa. Também a “Ordem dos Cavaleiros de S. Lázaro”, constituiu uma instituição fundada na Palestina e dependente das Cruzadas, que exercia actividades hospitalares em Jerusalém, dedicando-se com intenso zelo ao cuidado dos leprosos, tornados muito numerosos na Europa.

Outro fenómeno importante, foi a criação de Ordens Monásticas, no que diz respeito à modernização e reforma das antigas Ordens de Monges e à formação de novos institutos religiosos, mais ao gosto da época e mais destinados às necessidades do momento. Os Mosteiros dependentes da Regra de S. Bento aqueles que mais haviam prosperado na Europa, eram já centros civilizadores e auxiliares dos estrangeiros, dos miseráveis e dos enfermos. S. Bento determinou que cada Mosteiro tivesse um hospício para atendimento dos pobres e doentes.

Após a reforma iniciada em Claraval por S. Bernardo, o cuidado dos enfermos tornou-se mais necessário. O Padre Esmoleiro percorria as vizinhanças, visitando os enfermos e em caso de necessidade fazia transportá-los ao hospício onde seriam cuidados pelo Padre Enfermeiro.

Fundaram-se Instituições de Frades e Freiras, alguns deles nascidos exclusivamente para a hospitalidade. É de destacar as *Mulheres Consagradas* que por obediência ao homem, sede de poder, ou por submissão à graça de Deus¹³, se responsabilizavam pela educação de raparigas, estabelecendo o seu lugar na sociedade, embora afastadas dos conhecimentos e das fontes de saber, o que as limitava a um vazio de decisão, ausência de iniciativa e fraco espírito crítico. As primeiras Ordens Religiosas Cristãs compunham-se de homens e mulheres que se retiravam do mundo social para poderem melhor adorar a Deus nos grandes Mosteiros que se espalhavam por toda a Europa na Idade Média. No entanto, o crescimento das cidades e das pobres comunidades de pessoas que nelas viviam sem contacto com a religião trouxeram a necessidade de uma Ordem de Professores. Estes foram os Frades, termo proveniente da palavra latina *frater*, irmão pelo qual se dirigiam uns aos outros. A primeira instituição foi a ordem de S. Antão. Ali ocorriam em grande número os ataques de “fogo acre” ou “mal de S. Antão”, e ali se constituiu uma Associação Laica, sob a autoridade do Prior Beneditino que se dedicava a assistir os enfermos. Outra Milícia

Hospitaleira foi a Ordem de S. Espírito, fundada em Montpellier, no fim do século XII por Guy. Poderemos ainda citar as Benignas, que não eram propriamente freiras, mas viviam em comum e dedicavam-se à caridade e hospitalidade. Tratava-se no geral de raparigas arrancadas à prostituição e que não podendo ser recebidas nos conventos agrupavam-se em casas, cedidas pela caridade dos bem feitores, ocupando-se do cuidado aos enfermos, quer do serviço de grandes hospitais, quer da assistência domiciliar em pequenos hospitais de província.

Outro marco notável nesta época foi S. João de Deus, nascido em 1495, na vila de Montemor-o-Novo e falecido em 1550 na cidade de Granada. Foi pastor, lenhador, soldado, pedreiro, livreiro, mercador, caminheiro sem rumo, peregrino da fé e do amor. Em jovem foi internado num hospital, de onde passou de louco a Enfermeiro. Saído do hospital, em 1540, alugou uma casa velha com poucas camas e começou a levar para lá todos os necessitados de cuidados que encontrava (colocou 40 camas mas cedo teve que aumentar para 200 e com melhores comodidades). Arde o hospital real e salva inúmeros doentes no meio das chamas. O Arcebispo de Tuy dá-lhe o nome de *João de Deus*. Funda de seguida o hospital de Lucena. Inicia a sementeira da caridade com hospitais, albergues, casas de regeneração, recolhimentos. Fazia de médico, Enfermeiro, de ama, tudo o que fosse preciso para voltar a criar nos que sofrem o gosto pela vida. Revelando um extraordinário sentido prático, tentava separar os doentes consoante a sua patologia e pôs em relevo pela primeira vez o valor da higiene como factor de prevenção e importante para a recuperação dos doentes. A originalidade da sua obra está em ensinar pela prática permanente da caridade. Não fez cursos de Enfermagem, mas praticou-a dia-a-dia, noite após noite, sem ter como limite o seu próprio limite humano.

Como regras disciplinares para os seus colaboradores e discípulos estabelece a vocação, chamamento interior, disposição à obediência e à sujeição a trabalhos e penas, prática ininterrupta da caridade, vida simples e limpa.

Pela primeira vez na história da medicina, surge uma nova dimensão hospitalar, sem distinção de raças, fronteiras, classes ou credos. Para todos, sonha-se com a instalação condigna na qual cada doente possa ter o seu mobiliário próprio, a sua cara limpa, os cuidados terapêuticos e uma alimentação apropriados. Pôs também em marcha a noção de equipa hospitalar e de Saúde. A sua atitude foi seguida pelos Irmãos de S. João de Deus (considerados a *íncrita geração dos filhos póstumos de S. João de Deus*, entre eles, o português António Martinho). A imensidão da sua caridade correu vielas, casebres, onde havia sofrimento, dor física ou moral, doença ou morte e inventou no século XVI Assistência social, a Saúde Mental e o Serviço de Assistência Domiciliária.

No fim do século XV, a situação de saúde em Portugal deteriora-se devido a guerras (Espanha e África), a carências alimentares, a fome, a doenças (lepra e peste), a

insegurança, a miséria, a falta de higiene corporal, a ausência de sanidade ambiental, a precariedade nos cuidados materno-infantis e a desorganização da vida de muitas populações contribuíram para a formação das chamadas Misericórdias (praticando as sete espirituais* e as sete corporais**).

No século XVII e XVIII, o exercício da Enfermagem é especialmente influenciado por factores políticos e religiosos (destaca-se S. Vicente de Paulo, com a criação da Congregação das Irmãs de Caridade, entre outras obras). Em Portugal, com o Marquês de Pombal assistiu-se ao desmembramento do poder eclesiástico e da Companhia de Jesus e nos países anglo-saxónicos, com a reforma luterana (fim do catolicismo romano e início do protestantismo), muitos religiosos foram expulsos, sendo que os poucos que restaram e os novos caridosos nem sempre estavam à altura da sua missão, por falta de conhecimentos técnicos e de valores morais, o que se traduzia numa ausência de afirmação profissional.

1.1.1.4. Da secularização da Enfermagem ao modelo clássico

As condições históricas proporcionadas pela Reforma Protestante viriam a marcar o processo de profissionalização da Enfermagem. O encerramento de Ordens Religiosas permitiu o distanciamento do significado espírito religioso encarado pelos cuidados aos mais desfavorecidos, anteriormente pertencente à classe clerical. A emergência da Enfermagem foi possível graças à perda de poderio e da tutela das ordens religiosas na prestação dos cuidados aos doentes.

A dimensão ética está presente quando se seculariza a Enfermagem e a profissionalização inicia o seu desabrochar com a matriarca da Enfermagem Florence Nightingale (1820-1910), personificação da feminilidade vitoriana, que encarava a mulher como uma Enfermeira naturalmente vocacionada e com o instinto para cuidar, que só é ultrapassado pela maternidade¹⁴. Foi esta dama que criou várias instituições de ensino para enfermeiras leigas, dotando-as de uma sólida preparação teórica e prática. Não obstante, a influência religiosa era evidente pois, a própria Florence incentivava as suas pupilas a “fazer a obra de Deus neste Mundo de coração limpo e sincero”. O modelo clássico de Enfermagem entende o cuidado como aquela virtude levada a cabo pelos Enfermeiros profissionais que, consiste em “colocar o paciente nas melhores condições para que a natureza actue sobre ele” e “cultiva tudo aquilo que conduz à observação... os médicos obrigam a obedecê-los, e elas ajudam-nos...”¹⁵.

*... “ensinar os ignorantes; dar um bom conselho a quem pede; castigar com cacidade os que erram; consolar os tristes desconsolados; perdoar a quem erra; sofrer as injúrias com paciência; rogar pelos vivos e pelos mortos”

**... “remir cativos e visitar os presos; curar os enfermos; cobrir os nus; dar de comer aos famintos; dar de beber aos que têm sede; dar pousada aos peregrinos e pobres; enterrar os finados”

É com Florence Nightingale que se dá início aos primeiros fundamentos de uma Enfermagem moderna na perspectiva do seu ensino e da sua prática. O mérito, a competência o vínculo dos ideais de Enfermagem e a predição do seu desenvolvimento futuro, aventou-se durante a guerra da Crimeia (1854-1856), quando liderou um corpo expedicionário de enfermeiras.

No ano de 1860, a dama da lamparina funda a *Florence Nightingale Training School of Nurses*, em Londres, anexada a um Hospital, lançando as primeiras sementes para a profissionalização da prática de Enfermagem, que para Donahue¹⁶, valoriza o ensino, os saberes próprios da área relacionando-os com outros domínios das ciências humanas e médicas.

A afirmação da Enfermagem como uma disciplina autónoma, com uma amálgama de conhecimentos que lhe é inerente, pautada pelo rigor científico, deveu-se a uma evolução da sua caracterização artística¹⁷, concepção única e singular na vida de uma pessoa. Nas palavras de Hernandez Conesa, "...a debilidade dos cuidados levou Florence Nightingale a rejeitar as orientações que, durante séculos, haviam paralisado a disciplina, e a desejar propor a sua orientação num sistema interdependente, que lhe permitisse elaborar, no futuro e dentro dos limites da ciência, uma síntese doutrinal"¹⁸.

A ideia do cuidado, que Nightingale reitera, está associada à ideia de obediência, à capacidade de executar eficazmente as ordens do médico. A sua tarefa é, entre outras, preparar o paciente física e psicologicamente para que colabore na cura obedecendo a ordens do médico. O paciente é considerado passivo, para quem a *dama da lamparina* assume um papel activo. Todos os desejos e necessidades do paciente são satisfeitos através do sábio critério da Enfermeira, sendo ela quem decide do seu bem e o doente nada mais pode fazer senão aceitá-lo.

A respeito das acções que deveria levar a cabo para cuidar correctamente dos pacientes, Nightingale enuncia-o deste modo em virtudes: "uma enfermeira deve ser uma pessoa em quem se possa confiar, noutras palavras, capaz de ser uma enfermeira de confiança... não pode ser... mentirosa, nunca deve responder a perguntas sobre o seu doente... deve ser estritamente moderada e honesta, mas mais que isto deve ser uma mulher religiosa e devota, tem que respeitar a sua própria vocação porque com frequência se coloca nas suas mãos o precioso dom da vida, deve ser minuciosa, fiel e rápida observadora e tem que ser uma mulher de bons e delicados sentimentos"¹⁵. Para a autora, a Enfermagem era um ideal de serviço, movido por desígnios altruístas e humanistas face às necessidades sociais, uma actividade preta de generosidade, independente e autónoma na sua essência e dignificante para quem a pratica, imbuída num perfil profissionalizante. Para Parrot¹⁶, a simbiose entre Medicina e Enfermagem implicava obrigatoriamente uma recta subordinação.

Constata-se que para o modelo clássico e para os professores de Enfermagem da altura (e até poucos anos atrás, década de 60), é necessário que os profissionais de Enfermagem tenham obediência cega aos seus superiores, uma lealdade incondicional ao médico, uma entrega total ao seu trabalho e que seja carinhosa com os doentes. Note-se que o ensino da Enfermagem era levado a cabo, quase exclusivamente por médicos, pelo que era notável uma peculiar atitude de resignação e submissão por parte dos profissionais de Enfermagem, traduzindo uma desregrada visão de relevo e destaque pelo papel social desempenhado pelo médico, travando assim, a emancipação da Enfermagem.

Neste ponto deparamo-nos com uma ambivalência no espírito do clínico, ou seja, o médico que deseja um profissional de Enfermagem bem preparado tecnicamente, mas que não lhe reserva o direito de se destacar como profissional autónomo, possuidor de um corpo de conhecimentos específicos e concretos que lhe permita actuar de forma independente, inclusive da alçada do médico e se responsabilize pelos seus actos de Enfermagem. Refere-nos Carapinheiro, “a contradição central que atravessa a profissão de Enfermagem e à volta da qual todas as outras gravitam é a que se estabelece entre o reconhecimento do papel psicossocial como o papel dominante na profissão, pretensamente concesso de uma “verdadeira autonomia” e o facto de o seu estatuto social ser totalmente determinado pela posição objectiva na “produção de cuidados”¹⁹.

Contudo, a tradição religiosa continua a marcar incisivamente o papel do profissional de Enfermagem, traçado por um conjunto de regras, atitudes, comportamentos, condutas, limitações e deveres, para além da prática religiosa, que se pretende incutir na formação inicial da Enfermagem, regras conventuais pertinentes no processo de profissionalização²⁰, praticadas no desabrochar das primeiras Escolas de Enfermeiras, assim denominadas pela pessoa que é formada e não pela área científica a desenvolver.

A relevância social dos cuidados dedicados ao doente, visto na pessoa que revela algum desequilíbrio físico ou psicológico, requerendo cuidados de saúde de qualquer tipo, passa por uma abnegação da Enfermeira de si própria, decidindo após opinião do médico, o que é melhor para o doente. Neste âmbito restritivo, a imagem estereotipada do seu papel social traduz uma Enfermeira que apenas trata aplicando técnicas, que possui deveres e não direitos. Como Collière²⁰ cita Bernard em 1926, “minhas senhoras deram-vos instrução, as noções técnicas fundamentais, abstei-vos de tirar daí um orgulho excessivo. Permaneci mulheres e enfermeiras, dissei a vós mesmas que não há tarefas vis e que, pelo contrário, é ao aceitá-las com simplicidade que tirareis todo o prestígio de que tendes necessidade. Respeitai o médico, mesmo se achais que o não merece. O médico deve ser considerado pela enfermeira como seu chefe”.

Em suma, prestar bons cuidados, implica ser leal e incondicional ao médico e ao paciente, destacando-se a (in)dependência profissional. A capacidade de julgamento crítico,

de tomada de decisão é vedada a esta enfermeira que não passa de um agente de informação/execução.

De acordo com Greiner em 1936, também citado por Collière²⁰ “... executar a prescrição do médico sem fazer qualquer modificação, mesmo admitindo que o doente a deseje e que vos pareça justificada, não aceiteis mudar seja o que for sem consultar os vossos chefes...” o que traduz uma clara desvalorização do papel de enfermeira.

Se por um lado se enaltecia a nobreza do carácter feminino da profissão, o espírito de missão, a dedicação ao sacrifício, o instinto de caridade, a humildade na execução das tarefas essenciais ao tratamento e recuperação das pessoas doentes praticadas por estas mulheres devotas, por outro lado deprecia-se os seus gestos pois não são mais do que o seu puro dever.

A ruptura com este estigma, foi paulatinamente acontecendo devido a um certo desprendimento do ensino médico, que se focava no corpo e suas patologias, valorizando os cuidados técnicos com vista a terapias curativas, despersonalizando doente, preconizado num modelo biomédico para explicação dos fenómenos, que Suzanne Kérourac e seus colaboradores também denominavam de “paradigma da categorização”²¹, paradigma este que afasta a Enfermagem de uma prática global de cuidados ao doente, que deveria privilegiar a unicidade mente-corpo-espírito, procurando a harmonia entre ambiente, natureza e Deus²².

O salto dado pela Enfermagem, surge na incessante procura da expressão integradora e holística do ser humano, aquilatando um caminho educacional e ético²³ que se propagou pelos nossos dias em busca de novas explicações para os fenómenos da vida e no que a mesma encerra, na orla do legado deixado por Florence Nightingale, apesar de circunscrita pela teimosia de soberania do modelo biomédico.

Embora, a mudança de consciência esteja a verificar-se no meio social, a afirmação profissional da Enfermagem permanece difícil, pois a formação ainda é deficitária e as condições de trabalho são amargas, indignas e penosas, principalmente em tempo de guerra, exigindo uma conduta impassivelmente devotada. Nesta corrente de influências, não podemos abdicar da responsabilidade da disciplina militar²⁴, traduzindo uma cega obediência pelas hierarquias, como característica que marcou a profissionalização da Enfermagem. Deparamo-nos com a lealdade da enfermeira ao médico, metaforizada pela obediência do soldado ao seu general, no combate ao inimigo, que passa a ser a doença. A perspectiva focada seria a exigência solicitada pelo dever moral do Enfermeiro em preservar a relação entre o médico e o paciente como elemento terapêutico, ainda que infiel ao doente.

Nesta vertente, não será de todo descabida a preocupação acerca de uma valorização excessiva da moral e estética, propostas pela disciplina e pelo rigor militar, que

possa dificultar a afirmação, numa cultura, que se pretende eticamente responsável, de excelência na prática e formação profissional dos Enfermeiros.

1.1.1.5. A emancipação da Enfermagem

Em Portugal, até cerca dos anos 40, os cursos eram de Enfermeiros, pelos que as escolas que os ministravam mantinham a denominação adequada a quem os frequentava, a *Escola Profissional de Enfermeiros*, fundada em 1901 em Lisboa e o *Curso de Enfermeiros* no Hospital Geral de Santo António, no Porto²⁵.

Em 1920 é publicada a primeira legislação que cria e aprova o regulamento do curso de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 6 943). No seu artigo 1º clarifica que se destina à *habilitação do pessoal de Enfermagem e, em especial, dos indivíduos que desejem ingressar nos quadros de pessoal dos Hospitais Universitários de Coimbra, para os quais o diploma do curso será condição expressa do provimento*¹⁶.

Decorridos vinte e sete anos desde a publicação da primeira legislação, em 1947, é publicado o Decreto-Lei n.º 36 219, que no seu preâmbulo determina o objectivo fundamental do curso de Enfermagem, “a organização do ensino da Enfermagem, com vista a assegurar a melhor preparação do pessoal e a sua rigorosa selecção técnica e moral, dando-se aberta preferência na admissão ao sexo feminino”¹⁶.

Em Agosto de 1952, é publicado o Decreto-Lei n.º 38 884, que implementa uma reforma curricular, e de entre as medidas adoptadas verificou-se o estabelecimento da duração do curso em três anos, inclusão da psicologia no programa lectivo, o ensino prático passou a ser ministrado por Enfermeiros monitores, traduzindo-se desta feita, num certo desmembramento pela profissão médica até então predominante no ensino da Enfermagem.

Em meados dos anos 60, são tomados do conhecimento público os primeiros esboços, nos Estados Unidos da América, do que posteriormente seriam denominados de *modelos teóricos de Enfermagem*. Procurava-se definir um espaço próprio de actuação que realçasse a especificidade da Enfermagem, enfatizando os contextos histórico-político-sociais do indivíduo, mas valorizando a componente relacional, deixando de considerar a promoção de conforto e minoração do desconforto como acção ou bem maior, definição esta comum a todas as teorias de Enfermagem.

Por essa altura, era consensual entre os teóricos, a ideia de saúde e doença fazerem parte de um *continuum*, em que a função da Enfermagem seria de conduzir o paciente a progredir no sentido da saúde. Exemplificando, Hilgard Peplau concebe o homem como um organismo vivo que procura realizar-se e a sua saúde traduz-se numa luta incessante com o franco objectivo de atingir um equilíbrio que só será alcançado com a morte. A saúde fica abalada e fragilizada quando ocorre stress biológico, psicológico e social. Daí que a função do Enfermeiro consiste em reconhecer as causas desse stress e maneja-las construtivamente, isto significa utilizar a Enfermagem como instrumento educativo e

produtivo cujo suporte é a relação Enfermeiro/ doente. Já Virgínia Henderson por seu turno formula uma das mais clássicas definições de Enfermagem em 1966, descrevendo a função essencial da Enfermeira como a de "... auxiliar o indivíduo, doente ou sadio, na execução daquelas actividades que contribuem para a sua saúde ou a sua recuperação (ou a sua morte em paz), que ele executaria sozinho se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários e fazer isto de tal modo que o ajudasse a obter a independência o mais rapidamente possível. O Enfermeiro é o amor à vida do suicida, a perna do amputado, os olhos do recém-invisual, o meio de locomoção do recém-nascido, o conhecimento e a confiança da jovem mãe, a voz dos doentes demasiado débeis para falar. Os Enfermeiros são dos únicos prestadores de cuidados de saúde que permanecem junto dos doentes incapacitados e inválidos 24 horas por dia durante 7 dias da semana. Os profissionais de Enfermagem devem fazer com que a estadia de um doente num hospital seja uma experiência positiva, devendo para isso estimular a independência e o auto-conhecimento, evitando sempre que o doente se sinta cidadão de segunda classe"²⁶.

A forma como cada indivíduo experiêcia a sua situação de doença e de saúde, é nesta nova concepção de Enfermagem, privilegiada pelo profissional de saúde, o que implica o abandono da perspectiva do cuidado como atributo feminino natural, para adquirir contornos de carácter científico, exigindo uma intenção voluntária para ajudar o outro, utilizando um conjunto específico de instrumentos e aplicando um rol de competências singulares da profissão¹⁷.

A partir deste momento os Enfermeiros possuem o compromisso moral de cuidar, distinguindo-os dos demais, pela obrigação de respeitar a dimensão ética que emana do cuidado ao próximo.

Cerca dos anos 60 e 70 dá-se um salto na história da Enfermagem, realçando a imagem da Enfermeira que se auto denomina "advogada e defensora do paciente"²⁷. Para a Enfermeira, os cuidados consistem em proteger e defender os direitos do paciente, preparar física e psicologicamente para que se defenda das adversidades das estruturas sanitárias. A autonomia reivindica-se de sobremaneira na Enfermagem, que se reclama como uma profissão soberana, independente, interdisciplinar e no doente que se percebe como fragilizado e vulnerável num ambiente hospitalar hostil que inferioriza os seus direitos, mas que este quer ver respeitados. É um modelo típico dos Estados Unidos e coincide com o famoso *Patient's Bill of Rights*, revolucionador da relação médico/doente.

Na mesma linha de pensamento, Leah Curtin, destaca outros factores⁵ para o salto ocorrido na Enfermagem, entre os quais manifestações cívicas, expressas nos movimentos de defesa do consumidor, que trazem para discussão pública questões como o financiamento dos cuidados de saúde, o impacto do pluralismo moral onde se questiona o paternalismo dos modelos de relação tradicionais, exigindo os pacientes poder de

participação nas tomadas de decisões (evidencia-se a autodeterminação do paciente em prol do bem médico) e a alteração da imagem dos profissionais de saúde aquando da denúncia do lado humanitário da medicina em contraste com o benefício económico obtido pela vulnerabilidade dos pacientes.

Em conformidade com as mudanças a nível mundial, em Portugal em Julho de 1965, publica-se o Decreto-Lei nº 46 448, que introduz uma perspectiva inovadora do ensino e da prática de Enfermagem, uma vez que os seus princípios orientadores destinam-se a melhorar o ensino da Enfermagem através de uma preparação mais abrangente e globalizante do futuro Enfermeiro. A deontologia profissional ganha contornos reais neste novo plano curricular, onde se pode ler na sua introdução que “a remodelação agora apresentada para o curso de Enfermagem geral vem criar condições mínimas que, obrigatoriamente seguidas pelas escolas de Enfermagem, darão ao aluno, terminado o seu curso de três anos, a possibilidade de trabalhar indistintamente em quaisquer serviços hospitalares ou outros serviços de saúde, a nível de base”²⁸.

A evolução histórica da sociedade, demonstra-nos que a partir dos anos 60, o estrito desenvolvimento da Enfermagem, ocorre sobretudo na Europa, Canadá e Estados Unidos da América, sofrendo tratamento jurídico-legislativo, tornando necessária a melhoria da formação instituída, o favorecimento das condições dos trabalhadores, a implementação de salários dignos, a promoção de uma visão social que valorize o seu papel em comunhão com as outras profissões.

Nos tempos que correram, cresciam ideais de solidariedade, liberdade e fraternidade que influenciaram o aparecimento de associações e sindicatos de Enfermagem, carregados com um suporte legal acerca da formação e do exercício profissional a incrementar, visando a qualidade de ensino e uma uniformidade no desempenho desta nova classe profissional emergente das cinzas das normas conventuais passadas. Tenta-se por esta altura clarificar a noção de bases científicas para a Enfermagem, esclarecendo os princípios científicos e utilizando os primeiros modelos de resolução de problemas acompanhando a mudança do processo científico de então, sobretudo a teoria dos sistemas gerando uma dinâmica distinta na ciência moderna.

1.1.1.6. A Enfermagem como uma profissão autónoma

Em 1973, no Canadá é dado relevo ao acto profissional do Enfermeiro (desde a identificação das necessidades de saúde, contribuição para os métodos de diagnóstico, prestação e controlo dos cuidados de Enfermagem exigidos pela promoção de saúde, pela prevenção da doença, pelo tratamento e readaptação, bem como o facto de prestar cuidados sob receita médica), para além do seu papel social e em 1978, na França, o estatuto do Enfermeiro é especificado na legislação que lhe atribui um papel específico para além de cumprir prescrições médicas, *participa em diversas acções, nomeadamente em*

*matéria de prevenção, de educação para a saúde e de formação ou enquadramento*²⁰. No final da década de 70, apesar da Enfermagem revelar alguma insegurança na definição dos cuidados de Enfermagem, começa a par e passo a dar consistência e a fundamentar a prática com o recurso a teoria.

Em Portugal, no ano de 1976, o Despacho de Secretário de Estado da Saúde, remete para as ciências humanas e a saúde, advogando que o curso de Enfermagem deve “dar uma formação básica polivalente. Esta polivalência deve ser entendida como capacidade de actuar, na comunidade ou junto do indivíduo, a todos os níveis de prevenção e atendendo às variações na composição etária dessa comunidade e à idade do indivíduo”¹⁶.

Nas brumas dos passos dados pela Enfermagem, Jean Watson²⁹ é uma autora internacionalmente reconhecida por ter desenvolvido uma classificação para analisar as ciências biomédicas e humanas num contexto transformador unitário que permite a convergência de todas as práticas de cuidar, assistir e curar, pelo que propõe uma filosofia e uma ciência de assistência. Define o ser humano como “uma pessoa valorizada em si, respeitada, zelada, compreendida e assistida. Com um *self* totalmente integrado e funcional em que é encarado como maior que a soma das suas partes e diferentes dela”, numa alusão a Erikson e ao seu modelo psicossocial, tenta compreender o homem numa estrutura de conflitos de desenvolvimento ao longo do seu ciclo de vida. Para a autora a saúde é unidade e harmonia com a mente, o corpo e a alma, sendo também associada com o grau de congruência entre o *self*, tal como percebido, e o *self* tal como vivenciado. Segundo Watson ocorre harmonia com o mundo e abertura a uma diversidade crescente se o *Eu* percebido for igual ao *Eu* vivenciado. Deste modo infere-se que doença conota um sentimento de incongruência entre o *Eu* percebido e o *Eu* experimentado, uma desarmonia entre corpo, alma e o espírito que dá origem ao *stress*. Considera a assistência como a essência do exercício profissional em Enfermagem e considera como principal objectivo desta a preservação da dignidade humana. É para Watson um ideal moral mais que uma conduta orientada, e inclui as relações interpessoais entre enfermeira e doente. O objectivo do profissional de Enfermagem, segundo esta teórica, é permitir que os indivíduos adquiram “um grau superior de harmonia entre mente, corpo e alma que dê lugar aos processos de auto-conhecimento, auto-reflexão, auto-cuidado e auto-assistência permitindo o aumento da diversidade”. Esta teórica defende que, ser Enfermeiro é ser co-participante num processo transpessoal, em que o ideal de cuidados é a transacção entre um ser humano e o outro, um processo em que o Enfermeiro é participante como ser humano que é, com as suas componentes morais, espirituais e metafísicas. Daqui se depreende que, para Watson um profissional em Enfermagem deverá possuir um sólido *background* em ciências humanas para fundamentar a sua prática em ciência do cuidado. Watson introduz uma abordagem

fenomenológica, existencial e espiritual do doente, isto é, defende que a enfermeira deve ter em conta a globalidade da pessoa num determinado momento da sua existência, que cada pessoa tem um campo fenomenológico único, que lhe permite fazer face às várias situações da vida, deve considerar um indivíduo como um ser global, possuidor de um corpo, um espírito, uma alma, o que permite identificar a percepção do indivíduo da situação por ele vivenciada.

Já Johnson desenvolve o modelo dos sistemas comportamentais, descrevendo o homem como um sistema comportamental que procura manter o equilíbrio através de ajustes e adaptações aos ambientes internos e externos, em contínua mutação. O seu comportamento é metódico, propositado e particularmente previsível. Para a autora, o sistema comportamental é composto por “sete subsistemas (filiação, dependência, ingestão, eliminação, sexualidade, agressividade e conquistas)”³⁰, cada um dos quais tem uma tarefa especializada, accionando o desempenho integrado como um todo. A necessidade da Enfermagem aflui quando esse equilíbrio é afectado e funciona como uma *força reguladora externa tendo em vista a prevenção de distúrbios no sistema e a preservação ou restauração em níveis da organização e integração do comportamento do doente, ajudando-o a modificar os seus padrões de comportamento, de tal forma a que ele consiga atender às exigências dos elementos da sua vida que não podem ser modificados*.

Por seu turno, em Setembro de 1987, o Despacho do Secretário Adjunto da Ministra da Saúde introduz alterações importantes a nível da filosofia, do conteúdo, da linguagem, dos objectivos, da metodologia de ensino e do carácter científico atribuído ao plano de estudos a implementar na formação do aluno de Enfermagem, levando a que em Dezembro de 1988, através do Decreto-Lei n.º 480/88, o ensino de Enfermagem seja integrado no Sistema Educativo Nacional, a nível do ensino superior politécnico, sendo ministrado em Escolas Superiores de Enfermagem, à semelhança do que se verifica a nível internacional.

O documento atrás citado remete para a autonomia das escolas, incute a responsabilidade das mesmas na promoção da qualidade e credibilidade do ensino, confirma por meio do Curso Superior de Enfermagem, a formação técnica e científica do aluno para desempenhar adequadamente os cuidados de Enfermagem geral aos três níveis de prevenção aos indivíduos, família e comunidade através da sua aprovação, conferindo a este um título profissional e impulsiona a elaboração de outros documentos que vão destacando a independência da Enfermagem face a outras áreas científicas, permeando o uso de novas linguagens e terminologias com um corpo próprio de conhecimentos, valorizando a investigação, a gestão, a formação contínua e a actualização permanente.

1.1.2. A educação em Enfermagem

A evolução da educação na Enfermagem pressupõe uma maior predisposição de todos os intervenientes para o exercício da capacidade de cidadania, que fica facilitado com os alicerces da Bioética. Todavia, até aos nossos dias, tem-se verificado que, o ensino fortemente condicionado pela aprendizagem do saber fazer, inserido num contexto social desfavorecido, gera o risco de fragilizar a afirmação social da profissão de Enfermeiro, porque não dá aos profissionais os instrumentos necessários à existência de uma maior participação cívica. Aparentemente a cair em abandono, parece que a evolução do ensino, denota uma paulatina abertura a outros saberes, que caracterizam a chamada sabedoria prática, suportada pelos saberes ser e estar.

Inegável, é no entanto, o esforço desempenhado pela profissão, num percurso de afirmação social, embora os Enfermeiros continuem a manifestar algumas dificuldades em dar visibilidade a esse caminho calcorreado. Este facto, é atribuído em parte, na visão de alguns autores, à trajectória profissional e ao modelo de desenvolvimento educativo que tendencialmente reforça comportamentos defensivos, ao invés de estimular comportamentos proactivos, impulsionando uma compreensão mais abrangente do mundo que nos rodeia.

Importa desde já salientar que, a perspectiva originária da Enfermagem é fundamentalmente humanista e o ponto de partida da Bioética é a consideração do homem e das condições éticas para uma vida humana, também em si construto francamente humanista²⁷. Talvez possamos falar de uma origem antropológica comum e similar.

À medida que a educação em Enfermagem trespassou das bases hospitalares para programas com base em escolas, foi notável o despontar das diferenças verificadas, a nível mundial, nos diversos títulos profissionais e graus académicos.

Paulatinamente, a Enfermagem esforçou-se, por vencer a opressão sociocultural e melhorar a sua posição na hierarquia dos cuidados de saúde.

Em tempos remotos a Enfermagem tinha como modelo de ensino/aprendizagem uma transferência de conhecimentos tidos quase que como uma vocação, distinguindo-se pela aquisição de capacidades e adesão a valores e normas tradicionais. A formação era feita num hospital onde o aluno aprendia observando aqueles que previamente haviam adquirido aqueles conhecimentos e que já os haviam aperfeiçoado. Muitos dos profissionais de Enfermagem que ainda se afiguram no nosso contexto profissional incorporam uma formação básica fundamentalmente técnica.

A escola, como hoje a conhecemos, tem presença recente na história da humanidade, desde tempos ancestrais que o conhecimento da comunidade era seleccionado e transmitido às novas gerações. A escola tem sido uma instituição fulcral para a evolução da sociedade, mas que tem sistematizado e socializado os saberes que atendem

a demandas da mesma, priorizando concepções das classes hegemónicas, onde o currículo é a matéria e mecanismo de funcionamento dessa primazia, como núcleo de um projecto pedagógico e cerne do poder de uma nação.

Desde a Grécia clássica que a existência de um ensino com aspectos institucionais, inclusive com a sistematização de currículos, como o *Trivium* (composto pelas disciplinas de Lógica, Gramática e Retórica) e o *Quadrivium* (composto pela música, aritmética, geometria e Astronomia), apologiza a sua relevância para a supremacia de um povo. Na Idade Média o ensino ficou sob a tutela dos cleros secular e regular, com maior organização, nos mosteiros e nas catedrais. Os que tinham acesso às primeiras letras e formas elementares de aprendizagem, preparatórias para futuros ingressos nas universidades eram uns poucos privilegiados. A escola, se existente, destinava-se apenas aos filhos das camadas mais ricas e poderosas da população de então. Só há 200 anos, com os ideais da Revolução Francesa e da democracia americana, a escola passou a ser compreendida como uma instituição fundamental, para os filhos das elites assim como para os filhos das camadas trabalhadoras mais carentes⁷.

O empirismo como modelo manipulado da realidade, surge por volta do século XVI e consagra o paciente como objecto de estudo, gerando-se uma ruptura epistemológica no saber médico em que sobressai a teoria dos germes de Pasteur. O entendimento da enfermidade migra do ser humano integral para o órgão doente, para a intimidade dos tecidos⁸.

Assim, a formação médica, que serviu de base a outras profissões da saúde, revestiu-se de um carácter científico e pragmático fiel aos atributos da boa ciência: objectiva, fria e neutra, o que introduziu modificações substanciais na percepção da enfermidade. Importava o agente etiológico e o órgão afectado, não a pessoa como um ser biopsicosocial complexo. Esta simplificação corrompeu definitivamente a rica relação inter-subjectiva profissional de saúde/paciente. A pessoa humana enferma não era percebida como sujeito do processo terapêutico, respeitada na sua vontade, dignidade, liberdade e razão, mas era encarada como objecto de estudo. A arte médica, como exercício único de manipulação de uma sofisticada tecnologia, determinou o embotamento do mítico e fomentou o conhecimento além das variáveis objectivas dos métodos científicos.

As mudanças políticas causadas por movimentos revolucionários de outrora, originaram alterações na natureza das relações entre populares e aristocracia, impulsionando uma franca transformação na função social da escola. Esta, como instituição enraizada, não fica imune à intensa busca pela democracia. O papel da escola surge definido como um agente capaz de contribuir para o pleno desenvolvimento da pessoa, preparando-a para a cidadania e qualificando-a para o trabalho, sendo um desafio constante, construir uma escola onde todos sejam acolhidos e tenham sucesso⁷.

Aquilata-se do papel da escola que, os agentes educativos possuam competências que garantam um ensino prático e reflexivo, e ainda que acautelem a autonomia como finalidade, no currículo formal ou real. Assim, pergunta-se se os saberes, que constroem o cidadão democrático, são contemplados nos currículos e nas práticas didáctico pedagógicas, culminando com a preparação para a cidadania⁷. O novo modelo de educação é fundamentado em princípios democráticos como a descentralização, inclusive na gestão da escola, enfatizando uma ampliação da participação da comunidade nas vivências da instituição, espelhando o que já alguém chamou de “laboratório de democracia”, uma vez que as mudanças de uma implicam alterações na outra numa perfeita simbiose de crescimento, partilha e enriquecimento recíprocos.

Nietzsche³¹, argumentando contra os defensores acérrimos da pura ciência, dá-nos a entender que a valorização do carácter evolutivo e objectivo da ciência subestimou as reflexões éticas sobre os avanços científicos e tecnológicos, o que gerou a chamada ciência sem consciência.

A Enfermagem, na altura de Nightingale, regia-se pelo chamado, *paradigma da categorização* que se caracterizava por perspectivizar os fenómenos de modo isolado, não inserido no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definidas, mensuráveis e categorizáveis³². O pensamento estava orientado no sentido da procura de um factor causal para as doenças e da associação entre esse factor e uma determinada doença ou quadro sintomático característico. A preocupação predominante é com o órgão afectado, com o diagnóstico médico, o tratamento e consequentemente a cura. A pessoa é apresentada de modo fraccionado, não integrado e o ambiente é algo separado da pessoa e fragmentado em social, físico e cultural³². A pessoa e o ambiente são duas entidades distintas e separadas.

Este paradigma poderá localizar-se ainda no século XIX, altura em que começaram a identificar alguns agentes patogénicos e se estabeleceu a sua relação com algumas doenças. Fruto dessa evolução a Enfermagem abarca dois tipos de orientações: uma direccionada para saúde pública com medidas de higiene e salubridade em geral e a segunda volta-se para a doença, na qual a pessoa é entendida como um todo formado pela soma das suas partes, que são separadas e identificáveis. Percebe-se a saúde como um estado de equilíbrio, altamente desejável e sinónimo de ausência de doença. Poder-se-á situar aqui o início da medicina técnico-científica, sendo que o seu objectivo passou a ser estudar a causa da doença, formular um diagnóstico preciso e propor um tratamento específico³³.

Nos finais do século XIX e princípios do século XX, verificou-se uma marcada evolução científico-tecnológica que permitiu às ciências da saúde alargar os seus horizontes e com as descobertas da física e da química passou a dispor de tecnologias cada vez mais

sofisticadas e complexas, quer para diagnosticar quer para tratar. Nessa altura os médicos começaram a delegar tarefas de rotina por si praticadas, que ficaram sob a alçada da responsabilidade das enfermeiras. Os cuidados dirigiam-se para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas. O sistema de prestação de cuidados fundamentava-se na especialização de tarefas: cada Enfermeira era responsável pela prestação de um determinado cuidado a todos os doentes da enfermaria (ex. higiene nos leitos, terapêutica, execução de pensos). Em Portugal este sistema de trabalho ainda se verifica em alguns locais.

Naquela época a Enfermeira tinha como principal valor a obediência: servir os doentes, os médicos e a instituição. Apoiando o valor anterior, deveriam estar presentes a dedicação, zelo, espírito de sacrifício e caridade pelo doente (velar pelo doente, confortá-lo, consolá-lo), bem como dedicação e respeito pelo médico (detentor do saber, quem decide, controla e ordena), para inculcar no seu exercício qualidades de desempenho impecável. Não podia desenvolver qualquer espírito crítico, nenhuma curiosidade, nenhuma interrogação²⁰. Esta perspectiva, que durou entre nós até final dos anos 60, procurava inculcar qualidades que garantissem uma obrigação moral ou dever de serviço fundamentados numa vocação, próxima da vocação religiosa, como nos diz Ribeiro³⁴ pelo que estes seriam os valores mais destacados a transmitir aos iniciados na profissão.

Por volta dos anos 50, surge nos Estados Unidos, no pós 2ª Guerra, acompanhando a explosão de carências das mais variadas ordens, o dito *paradigma da integração* que visa orientar a Enfermagem para a pessoa, perspectivando a multidimensão dos fenómenos e contextualizando os acontecimentos, passando a atribuir-se semelhante valor aos dados objectivos e subjectivos⁷. Por esta altura ocorreu um notável desenvolvimento das ciências sociais e humanas com a preciosa contribuição de Adler sobre a psicologia individual, de Rogers sobre a terapia centrada no cliente e a de Maslow sobre a motivação. Todos estes contributos alertavam para "um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade" ³².

Surge a expressão "a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual", pois neste contexto os cuidados de Enfermagem tinham como objectivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões em constante interacção com o outro e com o meio circundante. A Enfermeira era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa tendo em conta a sua globalidade e a intervenção, a prestação directa dos cuidados, surge do agir com o próprio para satisfação das mesmas necessidades. Os modelos conceptuais para fundamentar a prática dos cuidados em Enfermagem, para orientar a formação e para validar a investigação na área, impulsionaram os primeiros passos para que a Enfermagem evoluísse no pensamento como hoje a conhecemos³².

Na década de 70, começam a surgir algumas publicações críticas, embora subtis, no que se refere à formação do profissional de Enfermagem, ao mesmo tempo que decrescem o número de artigos dentro de uma visão conservadora. Conhecimentos médicos e saberes técnicos actualizados e inovadores passam a estar ao alcance do profissional de Enfermagem e passam a ser objectivo da sua formação e compensação para a servidão dos cuidados aos doentes^{20, 32}.

Nesta altura era pedido ao Enfermeiro distância, neutralidade e ausência de envolvimento no seu modo de agir, preocupando-se com factos e verdades e actuando com competência técnica desvinculada dos valores morais incutidos pelo ensino do tipo moralista existente³⁵.

Tornava-se assim exequível a elaboração de um currículo na escola e serviços, que transmitiam a percepção da não exigência de responsabilidades e a incapacidade de tomada de decisão no seio da equipe formativa e até interdisciplinar, por parte dos Enfermeiros.

A velha máxima circundante no tempo e imemorável na realidade, que *na natureza nada se perde tudo se transforma*, faz todo o sentido. Desponta neste período um novo paradigma na Enfermagem o da *transformação*, no seguimento do paradigma anterior, os fenómenos além de únicos e em constante interacção com tudo que os cerca são passíveis de mudanças, em estados que variam da organização à desorganização mas que em contrapartida evoluem sempre para níveis de organização superiores em complexidade³⁶. Este paradigma serviu de rampa de lançamento para uma maior abertura e uma salutar predisposição das ciências de Enfermagem ao mundo. Autores como Watson²³, Rogers^{37,38}, Newman³⁶ e Parse³⁹ preconizam este paradigma.

Podemos referir, a propósito deste campo fecundo de iniciativa para a firme sedimentação do conhecimento em Enfermagem, algumas teóricas que pela sua importância merecem referência. Tomando como exemplo, Nancy Roper³⁰ pensa o homem como um sistema aberto em relação permanente com o meio ambiente, que se adapta, acredita, desenvolve e tende para a independência, sendo caracterizado pelas actividades que desempenha. A saúde é uma independência máxima permitindo levar a cabo actividades de vida diária. A acção de Enfermagem está em ajudar a pessoa a progredir no sentido da autonomia máxima em cada uma das suas actividades de vida, ajudá-la a manter-se aí ou a ajudá-la a enfrentar a dependência.

Já Milton Mayeroff³ numa atitude revolucionária, aflora no seu livro *On Caring*, com a noção do cuidar do outro como ajudá-lo a crescer, não importando que o outro seja pessoa, ideal, obra de arte ou comunidade (por exemplo a tarefa de uma mãe ou pai é favorecer e incrementar o crescimento dos filhos segundo o seu próprio caminho). A relação de cuidado é antes de mais mútua, é um processo e não uma série de serviços orientados por metas. O

cuidado supõe uma série de virtudes: dedicação, confiança, paciência, honestidade, humildade, conhecimento do outro, respeito pelo projecto de vida do outro, esperança, coragem... o conhecimento implica capacidade de sentir no outro o que ele experimenta ou vivência e precisa para crescer, implica dedicação, firmeza e estar com ele com paciência e persistência. O cuidado pede confiança no crescimento e evolução do outro a seu tempo e à sua maneira. Este conceito vai contra toda a forma paternalista de desejar que o doente assuma no seu crescimento o nosso ritmo ou as nossas expectativas. O cuidado reconhece o paciente como autónomo respeitando o seu modo de pensar e agir ainda que, dissonante do esperado pelo corpo clínico. A virtude que é lançada é a da responsabilidade, uma vez que no cuidar existem valores e bens inerentes à própria acção. Quando alguém é cuidado, cresce ao tornar-se mais autónomo e torna-se mais livre pois fica em melhores condições de escolher os seus valores pessoais e os seus ideais inscritos na sua unívoca existência. Não se trata de conformar-se com os valores morais existentes mas, fruto da relação de cuidado, fica mais desperto para a responsabilidade perante si e perante o outro. A certeza que a vida tem sentido corresponde com o sentimento de ser necessário para alguém, de ser entendido e cuidado. À medida que compreendemos mais o que é o cuidado mais o tornamos central nas nossas vidas.

Na mesma linha de pensamento que tomou lugar na altura, Imogene King⁷ em 1968 reitera que cada indivíduo pertence a um sistema social que influencia a sua percepção e no qual tem relações interpessoais. A saúde é a capacidade de realizar as actividades de vida diária e de gerir a saúde e doença, resultando a saúde como um estado dinâmico. Surge um problema de saúde quando ocorre um funcionamento inadequado das interacções e das reacções em e às situações. O papel do Enfermeiro consiste em proceder a uma transacção adequada obtida de acordo resultante da reacção e interacção entre ele e o doente e sua família, e dar informações sobre a saúde e doença quando o doente precisa e pode utilizá-las a nível preventivo e curativo.

Ainda nos anos 70, Martha Rogers^{37,38} idealiza o homem como um ser todo unificado que possui a sua integridade própria e é mais que a soma das partes, pois é um sistema aberto em relação com o ambiente. Daqui resulta que a saúde depende da interacção harmoniosa entre o homem e o seu ambiente. Mais do que um equilíbrio, é uma evolução dinâmica, onde saúde e doença são expressões do processo de vida. Quando não existe organização e harmonia entre o homem e o seu ambiente deixa de existir integridade do corpo humano, sendo que o objectivo da Enfermagem, para esta autora, é promover a mesma através da integração dos campos humanos e ambientais, que são campos de energia com uma estrutura, organização e liberdade em constante interacção, com vista a assistir o doente a atingir um estado de saúde. O Enfermeiro cuida de modo a ajudar o

doente a ter comportamentos saudáveis para poder desenvolver as suas potencialidades criativas e formativas.

De acordo com a ideologia em vigor, Calista Roy³⁰ define o homem como um ser bio-psico-social em interacção constante com o seu ambiente, tendo que enfrentar continuamente a mudança. A saúde corresponde a uma capacidade adaptativa, coerente a três estímulos, o focal com que a pessoa se depara imediatamente, o contextual que inclui todos os outros estímulos presentes e o residual que diz respeito a estímulos que a pessoa vivenciou anteriormente, tais como crenças, atitudes, características pessoais a fim de se manter do lado do pólo saúde, numa linha entre pólo saúde e o pólo doença. A acção do Enfermeiro vai de encontro a modificar os estímulos que levaram aos comportamentos negativos ou inadequados e promover a adaptação de ser humano através das necessidades fisiológicas, do auto-conceito, do domínio do papel social e da interdependência para conseguir níveis superiores de bem-estar.

Uma das pioneiras que gerou a ideia de que o cuidado é a essência da Enfermagem e o único objectivo da profissão foi Madeleine Leininger⁷. Destacou-se por ser a primeira antropóloga Enfermeira profissional e fundadora dos cuidados de Enfermagem transculturais. Esta teórica tem um extenso currículo nesta área e no exercício da sua profissão deparou-se com uma falta de conhecimento acerca de como os factores culturais influenciavam o comportamento dos doentes. Como as teorias psicanalíticas se mostravam insuficientes para explicar as diferenças de comportamento e planificar os cuidados de Enfermagem, Leininger formulou uma relação entre Enfermagem e antropologia. Em 1965 fez o seu doutoramento nesta área, com ênfase na antropologia psicológica e cultural e na etnologia em geral. Esta autora considera que *“a definição de cuidado é complexa e variada uma vez que inclui conceitos relacionados com comportamentos, processos, necessidades, conflitos e consequências”*. Ainda que a Enfermagem tenha utilizado os termos cuidado e cuidar, durante mais de um século vem faltando uma definição e uma compreensão clara destas expressões. A autora refere que através da teoria da Enfermagem transcultural se pode realizar um estudo sistemático destes conceitos e a sua relação, a fim de se saber explicar e perceber o comportamento cultural e as condutas de Enfermagem em diversos grupos, do ponto de vista transcultural. O cuidado do homem é universal, pois é encontrado em todas as culturas⁷.

Para Leininger os homens sobrevivem ao longo do tempo porque foram capazes de cuidar dos bebés, das crianças, dos mais velhos de inúmeras maneiras e em variados ambientes, pelo que os homens são universalmente provedores de cuidados, embora os modelos de cuidados variem de cultura para cultura⁷. Daí a importância de documentar, compreender e utilizar de forma terapêutica os conceitos do cuidado para que sejam uma eficaz terapia. Os cuidados têm dimensões biofísicas, culturais, psicológicas e ambientais

que devem explicar-se para proporcionar cuidados de verdadeira natureza holística às pessoas.

Assim, no final dos anos 80, quer na formação quer na prática em Enfermagem, começa a falar-se com mais insistência, mas de uma forma abstracta, de valores, deveres e direitos de Enfermeiros e utentes, acompanhando os passos dados pelas preocupações Bioéticas. No entanto, para que fossem assumidos na prática do dia a dia, quer da escola quer dos hospitais ou centros de saúde as vozes soavam tímidas. Proclamava-se retoricamente, a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. No entanto, de nada serve aclamar valores de forma abstracta, reiterar a humanização dos cuidados no hospital, acicatar a autonomia da Enfermagem ou advogar metodologias activas na escola, se não se traduzir em acções concretas e assumidas no exercício dos cuidados e na prática pedagógica, como nos dizem Lourenço⁴⁰ e Ribeiro³⁵.

Em 1988 é chegado o momento da Enfermagem reflectir a sua prática e organização, na busca de uma consciência crítica da realidade, bem como das limitações da sua *praxis* no processo de mudança e assumir o seu compromisso junto da população, na luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

Na década de 90, a complexidade das situações que os Enfermeiros e os estudantes de Enfermagem deparam no seu caminho em crescendo profissional, confronta-os com dilemas de aumentada dificuldade e que apelam a tomadas de decisão cada vez mais exigentes, rigorosas e exaustivamente fundamentadas, dando-se mais importância à formação para o desenvolvimento e aos valores que orientam a prática dos cuidados, norteados assim, por uma dimensão Bioética que se aspira fulcral nas opções tomadas. Lourenço⁴⁰ defende mesmo que o profissional de Enfermagem mais desenvolvido é, em geral, o que está em melhores condições para respeitar os outros, os utentes em especial e para se respeitar a si próprio, sendo deste modo, compreensivelmente mais respeitado na sua profissão.

A Enfermagem dos nossos dias tem plena consciência que, educar para os valores, e segundo alguns autores educar para as virtudes, como atrás referimos, torna-se essencial no âmbito das profissões de ajuda⁴¹. Como apologiza Lourenço⁴⁰ a escola além de educar para a inteligência e a razão, deve também educar, para o afecto, a cidadania e a emoção, valorizando os chamados três C's (*Care, concern and connection*), especialmente relevantes no âmbito da Enfermagem.

Foi também nesta década de 90 que, entre nós, surgiu grande produção teórica em Enfermagem, no que respeita ao esforço para autonomizar a profissão e que as várias teorias e modelos de acção e das práticas dos cuidados, foram analisadas e aprofundadas, como mencionado noutra secção.

No início deste século galgou-se da perspectiva técnica centrada na doença, para uma corrente de valorização da relação entre cuidador e receptor de cuidados e avançou-se para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral. Os cursos de Enfermagem de hoje procuram dar uma formação que permita aos Enfermeiros conhecer melhor a pessoa e ter uma acção terapêutica a nível individual, familiar, comunitário e social.

A credibilidade do ensino da Enfermagem reflecte-se na sua transparência, na sua humildade, na sua sobriedade e foi conquistando uma distinta visibilidade perante outras instituições de ensino, pelo que se lhe foi reconhecendo o valor pela luta e pelo constante derrubar de obstáculos que a sua evolução tem testemunhado, mas ao longo da história tem sempre ultrapassado.

A par do progresso tecnológico, este nunca poderá substituir o profissional de Enfermagem uma vez que só ele poderá oferecer serviços que englobam todas as dimensões do ser humano, sendo este objecto capital da competência profissional com o que de mais vulnerável, solícito e exposto pode haver no outro. Ser Enfermeiro exige um saber próprio, específico, um saber fazer tecnicamente aperfeiçoado, um saber ser mais aprimorado e um saber estar individual e colectivo únicos e inigualáveis.

Nunca como nos últimos 20 anos se tem investigado tanto sobre o conteúdo dos cuidados de Enfermagem, tentando descortinar o que implica e significa *cuidar*. Tem-se traduzido numa procura incansável para definir qual a missão da Enfermagem.

Façam-se como referências históricas, em primeiro lugar a Organização Mundial de Saúde⁴² (OMS), que em 1993 determinou as funções principais da Enfermagem de entre as quais: prestar e administrar cuidados de Enfermagem na promoção da saúde, na prevenção da doença, curar, reabilitar, e apoiar os indivíduos ou grupos, sendo mais efectivos quando se aplica o processo de Enfermagem, ensinar os doentes e o pessoal de saúde (manutenção e recuperação da saúde, informação com acções de educação para a saúde e avaliação dos programas educativos, ajudar a adquirir novos conhecimentos e experiências aplicando padrões profissionais, culturais e éticos pertinentes e adequados...), actuar como membro efectivo da equipa de saúde, desenvolver a prática de Enfermagem baseada num pensamento crítico e de investigação.

Em segundo lugar, em 1998 através do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril foi criada a Ordem dos Enfermeiros, aprovado o seu Estatuto integrando ainda o código deontológico do Enfermeiro, procedendo-se à revisão do Regulamento do Exercício Profissional (REPE), publicado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, registando já uma evolução *quer ao nível da formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional*, bem como do estatuto disciplinar. Cumpre-se assim uma aspiração consensual de todas as organizações representativas da classe de Enfermagem espelhando-se na sua criação o desenvolvimento

da Enfermagem, o seu enquadramento no sistema educativo nacional a nível do ensino superior, sublinhando o corpo específico de conhecimentos e a autonomia da Enfermagem, bem como as responsabilidades do grupo profissional na resposta às necessidades da população em matéria de saúde. O diploma criado, pretende além de intentar promover a regulamentação e a disciplina da prática dos Enfermeiros, assegurando o cumprimento das normas deontológicas que deverão orientar a profissão, garantindo a prossecução inerente interesse público e a dignidade do exercício da Enfermagem, permite que sobressaia como uma mais-valia, no contexto profissional e na relação com os utentes, o conteúdo ético por excelência.

Ressalve-se que em Setembro de 1999, é publicado o Decreto-Lei nº 353/99, que altera a tutela das escolas de Enfermagem do Ministério da Saúde para o Ministério da Educação, preconizando a sua integração em institutos politécnicos ou universidades, criando deste modo o curso de licenciatura em Enfermagem, com a duração de quatro anos lectivos.

Em terceiro lugar, em 2003, na sequência dos trabalhos iniciados em 2001, tendo em vista a definição de processos de acreditação da formação pré e pós graduada e de certificação individual de competências que no futuro, estarão na base de decisões relativas à atribuição dos títulos profissionais, definiram-se as competências dos Enfermeiros de cuidados gerais, aprovadas pelo Conselho de Enfermagem (CE).

Consolida-se quer no plano jurídico quer no ensino como prática profissional, a emancipação de uma profissão que traçará o seu percurso autonomamente, sem perder de vista o seu carácter interdisciplinar, evoluindo num plano infinito em sincronização com outras profissões, com outras valências, cooperando para um bem comum – o BIOS.

O modelo de ensino que tende a ser dominado por uma teoria explicativa das doenças e pela aplicação da tecnologia em detrimento da atenção ao ser humano precisa ser repensado face ao panorama social actual. A introdução de conteúdos humanísticos na formação do profissional de saúde é imprescindível. Novos modelos e metodologias educacionais vêm sendo propostos, como a do currículo nuclear e a aprendizagem baseada em problemas⁴³. Aflora-nos a percepção que a dinâmica de aprendizagem está muito mais afeita ao modelo aprender a aprender do que o de ensinar a aprender, numa visão mais clássica.

Devemos registar que os mais recentes paradigmas para a compreensão do conhecimento e da prática em Enfermagem advogam um conhecimento de Enfermagem, que na perspectiva de Raul Cordeiro⁴³, se fortalecem com base em:

- Alicerces teóricos sólidos (com base em disciplinas científicas complementares como a biologia, a física, a psicologia, a Bioética, entre outras);
- Princípios metodológicos de orientação do conhecimento;

- Conhecimento essencial de Enfermagem, ilustrado pela história das escolas do pensamento e dos modelos teóricos para a prática;
- Desenvolvimento das metodologias de investigação e
- Prática resultante de uma integração sistematizada do conhecimento envolvendo a individualidade cognitiva, psicomotora e afectiva do cuidador.

Promover e incentivar a discussão dos pressupostos que contribuem para a construção do conhecimento e da prática permitirá que a Enfermagem se possa afirmar⁴³, entre outras coisas, como:

- Uma área científica que contribuirá de uma forma activa e única para a evolução dos cuidados de saúde aos cidadãos, renovando os seus paradigmas de acordo com a evolução científica;
- Uma disciplina científica que será aceite com o seu próprio conhecimento científico, que se auto-desafia constantemente, num saudável confronto entre prática do conhecimento e conhecimento da prática;
- Uma profissão que terá uma imagem profissional e social aceite e reconhecida, construída em bases sólidas de qualidade e de avaliação de desempenho;
- Uma disciplina que intervirá no cuidado ao indivíduo, à família, ao grupo ou à comunidade de uma forma individualizada respeitando a unicidade e individualidade dos seus *target care*;
- Uma profissão que se saberá desenvolver como disciplina, baseada na evidência, desenvolvendo uma linguagem própria de orientação dos seus diagnósticos e das suas práticas;
- Uma área científica com um sistema de formação inicial e complementar e seu desenvolvimento no sentido de maximização da qualidade de excelência do conhecimento, permitindo aos profissionais o desempenho de um papel perfeitamente diferenciado de Enfermeiro, no contexto dos serviços de saúde;
- Uma profissão alicerçada num sistema integrado e perfeitamente congruente entre as competências fornecidas pela formação e as perspectivas de desenvolvimento e incentivo pessoal, académico e profissional,
- Uma disciplina científica possuidora de um corpo sólido, reconhecido cientificamente e devidamente preparado de profissionais com graus académicos de nível pós-graduado e
- Uma profissão com papel proactivo nas discussões e na tomada de posição e de decisão em assuntos da área política da saúde.

Apresenta-se deste modo uma visão original de discussão que requer espírito de missão de todos os intervenientes no processo formativo, para que efectivamente se materialize.

Segundo determinação do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros para 2001, através dos *workshops* efectuados⁴⁴, sendo o modelo de formação operacionalizado num plano de estudos que constitui o *curriculum* explícito de um curso, ele deve acompanhar a evolução da Enfermagem como disciplina (enquanto eixo estruturante do *curriculum*, complementado por outras disciplinas) e como profissão, bem como os avanços nas Ciências da Educação objectivando a desenvolta aquisição de competências profissionais no geral. As conclusões a que os Enfermeiros chegaram encontram-se resumidas na tabela (Tab.1.1) que se segue.

É pois importante dar visibilidade às boas práticas profissionais, para que o reconhecimento social da própria profissão seja valorizável e merecido.

De tal modo é relevante a temática da educação em Enfermagem, para uma sólida aprendizagem e aquisição de competências, que no âmbito do actual Processo de Bolonha muito se tem reflectido. A Enfermagem encontra-se num controverso momento de problematização emergente, solicitando novos paradigmas.

Sob a égide do pensamento de Ana Albuquerque⁴⁵ é importante que a finalidade da profissão de Enfermagem seja mantida unificada em termos dos seus valores, por outro lado é fulcral para o sucesso do ensino a sensibilização e consequente consciencialização da uniformização dos modelos inovadores de formação, num sério compromisso com entidades nacionais e internacionais que se debruçam sobre esses assuntos assumindo a responsabilidade de os implementar. Deste modo a partilha de informação além fronteiras, a evolução do conhecimento interdisciplinar, a promoção de ganhos em saúde na população em geral, será possível. Para a autora, são vários os novos paradigmas surgidos na área da educação. Os paradigmas do estudante⁴⁵ encaram-no como um cliente em constante formação, responsável pela aquisição de conhecimentos recentes, construídos por ele, salvaguardando os riscos do individualismo que tanto tem assaltado as sociedades contemporâneas. Os paradigmas do Professor⁴⁵ exigem que este seja visto como um facilitador do processo ensino/aprendizagem, em permanente actualização, aperfeiçoando continuamente o exercício da sua docência, habilitando-se sistematicamente de modernos instrumentos educativos, adequando os conteúdos à realidade em que se encontram os seus alunos. Os novos paradigmas da Escola⁴⁵ implicam uma mudança na sua mentalidade que acompanhe a complexidade e a exigência do mundo moderno, promovendo competências distintas para toda a comunidade escolar, particularmente o desenvolvimento do espírito crítico e estimulando a auto-estima do estudante. A Escola deverá favorecer trabalhos de grupo criando espaços e ambiente físico que o permita, acompanhando a era da informatização e da cibernética.

Tabela 1.1.: "Conclusões acerca da estrutura e desenvolvimento curricular, dos intervenientes na formação e dos espaços de formação, tiradas pelos Enfermeiros no *workshop* promovido pelo Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros em 2001"- adaptado de CDOE⁴⁴

Da estrutura e desenvolvimento curricular
Os cursos devem ser estruturados com base num perfil do profissional que se pretende formar, bem como numa filosofia e quadro conceptual, privilegiando as teorias do cuidar/ cuidado e enfatizando a promoção da saúde e a relação de ajuda
Deve haver um curriculum mínimo comum a todas as escolas, de modo a facilitar a mobilidade dos estudantes, sem prejuízo da diversidade dos curricula como dimensão essencial ao exercício da autonomia científica e pedagógica das escolas superiores de Enfermagem
O curriculum deve ser estruturado de modo a que haja uma evolução do simples para o complexo, proporcionando a aquisição progressiva de conhecimentos, de habilidades e capacidades, características do desenvolvimento de competências profissionais
A articulação entre ensino teórico e ensino prático, considerando os intervenientes e os contextos de formação onde o estágio se realiza, não deve ser apenas teórica
A formação deve responder às reais necessidades da comunidade e às exigências das organizações de saúde
O desenvolvimento curricular deve estar interligado com os padrões de qualidade das organizações e com as necessidades da sociedade/ população
Deve ser valorizada a investigação e a prática de cuidados
O modelo deve ser integrador, enfatizando o desenvolvimento de competências de natureza experiencial, o que implica a articulação da teoria e da prática nos processos de formação e de valorização do desenvolvimento de competências pessoais, dando atenção à pessoa do Enfermeiro
As directivas comunitárias, essencialmente voltadas para os conteúdos e pouco para as competências, devem ser objecto de discussão no sentido de poderem ser formulados em termos relativos às competências
O modelo deve ser promotor do desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, do pensamento criativo, da capacidade de aprender a aprender e de estar em projecto
A análise das práticas é um factor de produção de conhecimentos e é promotora de autonomia
Dos intervenientes na formação
A formação é da responsabilidade de vários intervenientes, devendo ser valorizadas as vivências dos formandos, dos formadores, dos utilizadores de cuidados e dos profissionais de saúde
Deve existir maior participação das organizações prestadoras de cuidados no planeamento e coordenação dos estágios
Na concepção e desenvolvimento curricular devem implicar-se profissionais da área da docência e da área da prestação de cuidados: com vista a preparação de formadores e <i>follow-up</i> dos mesmos
Os projectos educativos devem desenvolver-se com todos os intervenientes no processo ensino – aprendizagem, tendo em conta: o perfil do Enfermeiro que se pretende formar, a filosofia das instituições e o conhecimento do modelo curricular
Ganha sentido a figura do Enfermeiro cooperante na escola e do docente cooperante no serviço
Os Enfermeiros e os docentes têm papéis diferentes, mas complementares
Os Enfermeiros e os docentes desenvolvem cada vez mais uma acção partilhada, antes, durante e após a formação
O professor é o principal responsável pela formação
Salientam-se várias competências para o perfil dos professores formadores tutores: os conhecimentos técnico – científicos na área da Enfermagem e a capacidade relacional e de comunicação com destaque para a prática profissional (a capacidade de se identificar com o trabalho em parceria; o domínio da filosofia institucional; a capacidade para se desenvolver e aperfeiçoar profissionalmente; o pensamento crítico; a disponibilidade para ajudar a descobrir a arte de cuidar; a capacidade para promover, conduzir e facilitar a aprendizagem)
O estudante/formando, considerado o principal agente de formação e portanto elemento activo e interactivo nas experiências de aprendizagem, deve ser acompanhado, no seu desenvolvimento pessoal e profissional tendo em vista: o desenvolvimento do conhecimento ético, ecológico, estético, ou seja a educação para a cidadania; o desenvolvimento de uma postura reflexiva, crítica e de análise permanente das suas práticas, definindo o papel ao longo do processo de aprendizagem; a participação, com autonomia gradual, na formação, o trabalho em equipa e a relação interpessoal e interdisciplinar; a capacidade de questionar em situação; a capacidade de agir com responsabilidade; a capacidade de tomar decisões
Dos espaços de formação
A diversidade de contextos de formação e de práticas profissionais deve ser valorizada
As escolas devem ser bem dotadas de recursos humanos adequados e de tecnologia educativa, laboratórios devidamente apetrechados com equipamentos para praticas simuladas
Devem ser definidos os requisitos dos contextos enquanto espaços formativos, sendo importante salientar os campos de estágio, como espaços e aprendizagem e de investigação inovadores, para o desenvolvimento de competências profissionais e a definição de indicadores para reconhecimento da sua idoneidade com base em protocolos inter organizacionais

Quanto aos paradigmas do Ensino⁴⁵, a autora defende que atentam às múltiplas inteligências dos estudantes, à interdisciplinaridade de conhecimentos numa proposta curricular holística. Além de dinâmico e formador de opinião, o ensino ensina a interpretar e a julgar conscienciosamente, formando mais do que informando. É necessário ao ensino a interactividade electrónica, o uso da informatização e inovação tecnológica e o abuso do recurso a meios e fontes tradicionais de busca de informação para o enriquecimento da formação e possibilitar o intercâmbio cultural.

A complexidade da formação em Enfermagem reveste-se de uma acicatada discussão e ampla análise que abre caminho a novos debates. O texto de Margot Phaneuf, *Tendências actuais da formação em Enfermagem*⁴⁶, é um dos exemplos de uma perspectiva vanguardista que, remete para alguns aspectos fundamentais da formação, no que diz respeito a uma estrutura de programas centrada nas competências, métodos privilegiados para o ensino, acompanhamento de estágios e um modo de avaliação realista. Esta autora alerta para a real necessidade de alargar horizontes não esquecendo as influências que a formação inicial, exerce a nível do traçado profissional rumo à competência, de modo a que o difícil papel de cuidador seja assumido na sua plenitude.

No entender de Nóvoa⁴⁷, formar indivíduos que se possam reciclar continuamente, que estejam aptos para adquirir novas capacidades, que se sintam habilitados para implementar novas atitudes, que sejam capazes de responder eficazmente aos constantes apelos da mudança, constitui o evidente sucesso educativo mais almejado.

O Enfermeiro de hoje tem criadas as condições para que o desenvolvimento da profissão deixe de estar assente numa moral baseada na exigência unilateral, de serviço, de dever, de prepotência, de autoritarismo e de desrespeito pela opinião do utente em tudo o que lhe diz respeito.

1.2. Ética, Bioética e Enfermagem

1.2.1. Ensino da Ética e Bioética na Enfermagem em Portugal

1.2.1.1. Evolução histórica do conceito de Ética e Bioética

Hoje em dia, falar de Ética, Moral ou de Virtude, especialmente em meios seculares, soa a algo desajustado e mesmo antiquado. No entanto, no meio da secularização e da pluralidade que emerge na nossa actual sociedade, o papel da Ética tem algo a dizer especialmente para quem gosta de usar a razão como forma de solucionar os problemas que a vida acarreta.

Para o filósofo contemporâneo Peter Singer⁴⁸, é necessário falar um pouco da Ética para que a análise levada a cabo dentro do seu marco sirva de algo. Seguindo o fulgor desta recomendação, passamos a esquadriñar o percurso da Ética e Bioética desde então.

A maioria dos escritos que se ocupam das definições e conceitos sobre a palavra ética, aludem a que a mesma deriva do grego *éthos*, que quer dizer costume e por sua vez, “moral” deriva do latim *mos* que, igualmente significa costume. Analisando com maior amplitude a evolução semântica dessas palavras o vocábulo *éthos*, faz referência à atitude de uma pessoa perante a vida. Nos primórdios, significou uma *morada*, *residência* ou *lugar de habitação*. Mais tarde, na época de Aristóteles, o termo personalizou-se para simbolizar um lugar íntimo, que o homem transporta dentro de si próprio, o local onde uma pessoa se refugia assim como o interior de onde brotam os actos humanos⁴⁹.

Assim sendo, *éthos* é a raiz ou a fonte de todos os actos particulares, a dita praxis humana. Esse sentido grego original perdeu-se, para mais adiante na História se passar ao latim, substituindo-se por *mos/moris*, em que *mos* – quase sinónimo de *habitus* – se traduz numa prática, comportamento ou conduta, isto é, o *éthos* adquire-se pelo hábito e este pela repetição de actos iguais, de tal modo que é simultaneamente o princípio dos actos e o seu resultado⁵⁰. A forma plural *mores* queria referir-se ao externo, aos usos e costumes. Deduz-se que, este modo de ser agenciado pela obra moral, é alcançado gradualmente, cursando diferentes patamares de apropriação: a nível inferior deparamos com os *sentimentos* (*pathos*), que embora pertençam ao indivíduo são transitórios e não dependem da vontade, segue-se o degrau dos *costumes* e por ultimo advém o *carácter*, que revela a pessoa em si mesma, definindo a personalidade que se conquistou ao longo do trajecto pessoal vivido e experienciado⁵⁰.

Não parece desapropriado interpretar a Ética como a moralidade da consciência. Facilmente se aceita a Ética como uma ciência porque expõe e fundamenta cientificamente princípios universais sobre a moralidade dos actos humanos. Não é uma ciência especulativa, puramente contemplativa, mas sim prática que, por intermédio de um processo reflexivo teórico, estuda o agir, o comportamento e a conduta do homem em sociedade⁵⁰.

Se a intenção da Ética é facilitar o recto actuar da pessoa, filtrando a bondade da maldade dos actos, é sua finalidade consequentemente, formar o Homem na virtude, desta feita, um Homem ético é um Homem virtuoso. O Homem deve ter consciência absoluta do fim último da sua acção recorrendo à aplicação da razão, agindo, desta forma livremente, apurando as consequências dos seus actos legitimando-se assim uma decisão autónoma, que ansiando o bem individual remonta para o bem colectivo, universal.

Para o filósofo espanhol Xavier Zubiri, citado por Aranguren⁵⁰, o *éthos* não é outra coisa senão uma forma ou modo de vida que se vai incorporando ao logo de toda a existência. Assinala-se que, a moral tem estado muito ligada ao filosófico, por isso, quando se tenta esmiuçar as origens da Ética, os historiadores retrocedem à época dos sofistas na Grécia clássica. A virtude para eles consistia em ser um bom cidadão, em ter êxito e como tal em adaptar-se às conveniências locais. Depois, Sócrates acicatou os problemas

filosóficos capitais da ética, colocando a filosofia ao serviço dos costumes, defendendo que se chega à sabedoria suprema quando se é capaz de discernir o bem do mal⁵¹.

Nesta altura é conveniente avançar que a moral relaciona-se exclusivamente com *actos humanos*, entendendo-os como acções livres, produtos da reflexão, do domínio da vontade em si mesma, do próprio Homem, dono de os fazer ou omitir. Ao inverso, quando se fala em *actos do Homem*, estes podem ser fruto de acções levadas a cabo por forças alheias à própria vontade. Rapidamente se depreende a impossibilidade de se pronunciar a moralidade das crianças, dos doentes com síndrome demencial, doentes de Alzheimer ou até de animais⁵¹.

A moral, é relativa à sociedade e à época em que esta se estrutura, acompanhando as mudanças e evoluções que ocorrem ao longo dos tempos, composta por um conjunto de regras, princípios, normas, costumes e obrigações veiculadas, aceites, partilhadas, comprometidas e obedecidas pelos seus membros. Estritamente, só a ética é pessoal, embora passível de aprimoramento⁵¹.

Com a sua asseverada mestria, Paul Ricoeur destrinça a Ética da Moral, sendo que para este autor a *“Ética” será então a perspectiva de uma vida concluída, e “Moral” a articulação dessa perspectiva em “normas” caracterizadas ao mesmo tempo pela pretensão à universalidade e por um efeito de constrangimento*⁵².

É indubitável a herança aristotélica que caracteriza a Ética na sua óptica teleológica (de índole descritiva) e o legado kantiano que escrutina a moral no seu prisma de obrigatoriedade de cumprimento da norma, acometendo para o carácter deontológico (índole prescritiva) do comportamento humano. Estas duas heranças são simbióticas no seu relacionamento dado que na vivência em sociedade é fundamental a sua articulação (do fim com o dever). A Ética pode ser encarada como o crivo da moral enquanto examina os seus fundamentos normativos⁵³, em circunstâncias problemáticas a moral recorre em primeira instância à ética.

Assim, Bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida, como fenómeno) e *ethos* (ética- vida em si mesma, o *existente vivo*, reflexão sobre os fundamentos da acção humana). Pode-se defini-la como o estudo sistemático das dimensões morais- incluindo opinião, reflexão, conduta e normas morais- das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar, como nos sugere W. T. Reich⁵⁴. A Bioética refere-se ao comportamento ou conduta do Homem em relação à vida, designando-se por ética aplicada à vida, particularmente atenta e desperta para os princípios basilares que alicerçam o agir humano sem descurar uma função normativa que também lhe compete.

A Bioética, no seu sentido mais genuíno, desprovido de adulterações, parece-nos não ter surgido como uma ciência, mas como um campo fecundo de diálogo entre as

ciências da vida e as ciências humanas. Nas palavras de Van Rensselaer Potter, o criador do neologismo, o objectivo desse novo saber “seria ajudar a humanidade no sentido de uma participação racional e cautelosa no processo da evolução biológica e cultural”⁵⁵. Nesta perspectiva, pode-se dizer que a Bioética possui um conhecimento complexo de natureza pragmática, orientado para a tomada de decisões na prática da assistência à saúde e em novas situações decorrentes da evolução do pensamento científico e da prática científica, nos diferentes contextos morais⁵⁶, que pode e deve ser aplicada a todas as facetas da vida humana.

Assim, a denominação Bioética surgiu primordialmente sob a égide de Van Rensselaer Potter que afirma “Eu escolho *bio* para representar o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos e escolho *Ética* para representar o conhecimento dos sistemas de valores humanos”⁵⁷, traduzindo uma nova disciplina que se suporta nas ciências biológicas para incrementar a qualidade de vida do Homem, no sentido em que lhe permite participar na evolução biológica, preservando a harmonia universal.

O pluralismo de variados contextos permitiu que alguns estudiosos classificassem a Bioética como uma *nova ciência* que se confunde, pelas características da sua abordagem, ora com a Ética, ora com a Moral e ora com a Deontologia. Todavia, embora haja uma afinidade entre estes conceitos, em Bioética o bem é sempre pensado e reflectido a partir de um sujeito particular e nunca de forma abstracta ou colectivizada. A peculiaridade e unicidade da situação de um paciente ou a de um voluntário que se dispõe a colaborar com o desenvolvimento de uma pesquisa científica, deve ser, para a Bioética, a base para questionar o grau de humanidade, de legitimidade e de legalidade inerentes, a conduta do profissional de saúde ou do pesquisador. A preocupação com o bem-estar do paciente ou do voluntário na pesquisa deve ser sempre prioritária para profissionais de saúde e cientistas, pois é justamente esta preocupação que impossibilita um caso concreto ser transformado num axioma universal e abstracto, passível de correcção.

Nesta fase, ocorre-nos abordar a Ética voltada para a sua vertente prática, remetendo a sua inicial aplicação mais visível na medicina, no cuidado ao semelhante, que despertou no cômputo social global desde tenra idade.

Nos primórdios dos tempos, talvez no estágio primitivo, centro do processo evolutivo da humanidade, o primeiro indício de um cuidado de atenção com o semelhante ferido ou enfermo representou a promoção do preceito ético, mais original, na vida de relação sobressaindo a solidariedade, o cuidado benéfico inter vivos e inter pares revestido da forma singular de consideração à saúde. Estava inaugurado o princípio da afeição, a relação subjectiva fora dos estreitos limites do indivíduo⁵⁸.

O princípio da solidariedade ao representar a segurança do grupo homínídeos contra animais ferozes, atentadores da sua integridade física foi na sua origem de carácter

instintivo. Na sua génese antropológica a solidariedade visa, deste modo definir uma estratégia de preservação da espécie, onde o se destaca o princípio da sobrevivência da espécie por intermédio da defesa do indivíduo.

A Ética assume-se no princípio e fim da vida, promove o sentido da existência, impulsiona a razão essencial de ser e haver, torna-se o motivo pelo qual a existência se relaciona com o todo, é agente transformador e de transformação do próprio, dois elos que se inter cruzam e interagem para uma única finalidade: a felicidade suprema.

Sob este prisma a Ética vem a ser o tecido conjuntivo que preenche os vazios do conhecimento aplicado à medicina e molda o sentido da acção pretendendo salvaguardar acima da própria vontade humana, o bem maior da vida e da dignidade humana⁵⁸. Conceito que resvala pelo decorrer da evolução da humanidade acompanhando as constantes mutações da sociedade.

A Ética parece traduzir a necessidade da preservação ou aprimoramento da espécie funcionando como o sistema imunológico da mesma⁵⁸. Assim, como cada indivíduo tem seu conjunto peculiar de defesa imunológica ou não-imunológica, a Ética provém ser uma defesa maior e uma segurança suprimindo as necessidades de continuidade da existência humana entre o bios circundante.

Segundo Comes⁵⁸, a Ética como ciência normativa ou como esforço intelectual para interpretação da conduta humana, surge na Grécia, com os filósofos do iluminismo grego, empenhados no estudo do comportamento humano e na origem do universo, mas ganha corpo na medicina com Hipócrates, durante o reinado de Péricles, que transpõe os princípios universais da conduta humana para a prática da medicina. Hipócrates confrontou a medicina mágica e religiosa centrada no culto de Asclépio, advogando que todas as doenças têm uma origem natural sem a qual não podem ocorrer⁵⁹. Aí ocorre o lançamento oficial da Ética na prática da medicina, quando o princípio da bondade, da discrição, da justiça, do respeito do conhecimento universal, se introduz no exercício efectivo do ofício de curar. Muito provavelmente a medicina foi o ramo das ciências que mais precocemente adoptou um conjunto de regras morais e normas de actuação de aceitação universal.

A filosofia grega proclama os princípios mais nobres da medicina. Hipócrates apressa-se em transportá-los em primeiríssima mão para balizar o acto médico. Talvez, após a casta dos pensadores gregos, não-médicos, caiba ao médico, em segundo lugar, o privilégio do preceito ético no exercício profissional.

O juramento de Hipócrates, datado do séc. IV A.C. impõe normas de comportamento profissional até hoje consagradas. A profissão médica tem como génese primordial o curandeiro tribal visto e tido como líder espiritual e mestre na arte de curar a comunidade, simbolizando a virtude suprema e aproximando-se da imagem do Criador. O mesmo possuía o privilégio de curar a doença e aferir a “culpa” do pecado, numa altura histórica em

que a enfermidade era vista como castigo pela violação da vontade divina. Os deuses do Olimpo Grego (Apolo, Higéia e Panaceia) são mencionados nas linhas introdutórias do juramento hipocrático realçando o acto médico como uma mediação do profissional entre deuses e homens comuns. O juramento que emana religiosidade revela-se num modelo de compromisso de diferentes ordens religiosas na Idade Média, aprisionando aos seus tradicionais postulados a própria medicina⁶⁰.

Naquele tempo a virtude e a santidade eram os pilares da moral hipocrática. O juramento de Hipócrates dividido esquematicamente em duas partes, refere por três vezes a palavra compromisso (xyngraphé) referindo-se aos mestres e ao ensino da arte médica na primeira e aborda o processo da terapêutica rejeitando a eutanásia, o aborto e o uso do bisturi, na segunda. Facilmente se equipara a medicina a um sacerdócio perante tal promessa.

Diz-nos Comes⁵⁸ que a medicina como ciência dedicada à promoção e preservação do bem supremo que é a saúde não poderia deixar de estar sob a chancela da Ética. O dom da cura passou de atributo reservado aos deuses para as mãos do homem, assumido como um direito adquirido pelos sacerdotes e um dever contraído pelos mortais. A moralidade vista como um conjunto de normas habituais de condutas num determinado tempo e lugar materializa-se num Código de Ética consagrada aos médicos.

Ética e Medicina são indissociáveis na origem, sendo ténue a destriça sobre onde começa uma e termina outra. Esses preceitos permaneceram por muitos séculos até aos anos sessenta da nossa era, participando assim de quase todos os Códigos de Ética Médica adoptados na época contemporânea.

Ainda hoje o ponto culminante da cerimónia de graduação de médicos em todo mundo ocidental, é o Juramento de Hipócrates.

Quando se fala a partir de uma comunidade moral e de uma comunidade epistemológica específicas, é mais fácil destriçar o que é certo e o que é errado. É por isso que um dos maiores problemas decorrentes dos debates bioéticos é, sem dúvida, a tendência a absolutizar e universalizar os regionalismos morais. Este é um sintoma bastante antigo inaugurado pelos gregos, antes de Sócrates⁵¹, na sua busca por uma *arché* que explicasse, igualmente para todos, a origem do cosmos. O agravamento desta disposição ocorre muitos séculos depois, durante o período medieval, quando se tenta estabelecer e determinar os parâmetros para uma conduta moral que deveria ser seguida e respeitada por todos, dentro e fora dos limites da cristandade. Com o ocaso da Idade Média, chega ao fim a interpretação dominante do cristianismo, dividido agora entre católicos e protestantes. Com normas jurídicas próprias, a Europa divide-se em nações independentes. Face a este panorama a solução encontrada pelo Iluminismo, para estabelecer o diálogo entre contextos morais distintos, foi eleger a razão como gramática comum entre todos os homens,

originando a chamada moral secular, que procura instituir um critério racional para a avaliação moral.

O fenómeno cultural e o processo de civilização, denominado de tecnociência, ocorreram de modo gradual a partir do século XVII, quando se processou uma mudança radical no paradigma do conhecimento humano, imposta pelo advento da ciência preconizada por Galileu acerca da natureza. O novo tipo de conhecimento consagrou os modelos operativos, tanto teóricos, quanto técnicos, fazendo com que houvesse uma simbiose entre conhecer e fazer e entre o ser humano transformado pelo mundo que o próprio transforma. A tecno-civilização modificou a forma do conhecimento humano e o próprio estatuto natural da situação do homem no mundo. O homem deixa de ser um agente, exclusivamente voltado para dominar e controlar o mundo que o cerca, passando a receber desse domínio uma influência reflexa, que irá alterar o próprio estatuto da sua humanidade. Por essa razão, alguns filósofos contemporâneos⁶¹ procuram demonstrar que a ética contemporânea exige uma fundamentação, que não se esvai na prática de qualquer virtude ou na observação de determinadas regras. No contexto dessa civilização tecnocientífica é que se afirma ser a Bioética o campo próprio e mais adequado para repensar e reflectir o nascimento de uma nova humanidade e de uma nova natureza.

A partir dos anos 60, surgiram movimentos com a intenção de introduzir modificações nos códigos de normas para o exercício da medicina. Novas correntes da filosofia moral, decisões emanadas pelos tribunais de Justiça, a institucionalização das especialidades e a descaracterização da relação médico-paciente retiraram aos médicos a aura sacerdotal e incluíram-nos no mercado de trabalho comum a todas as demais profissões. Foram transformados em trabalhadores da saúde e não mais deuses inalcançáveis⁶⁰.

O nascimento da Bioética surgiu num contexto histórico e social específico, harmonizando-se com o momento de crise da ética médica tradicional, restrita à normatização do exercício profissional da medicina, em francos apuros para responder aos desafios morais encontrados no contexto da ciência biológica contemporânea.

A primeira contestação aos padrões tradicionalmente utilizados pela corporação médica nas suas relações com os pacientes, e que revelou a insuficiência dos cânones da deontologia médica clássica, assomou no seguimento de um movimento social mais abrangente, onde a autoridade médica foi questionada, como as demais autoridades constituídas, como sendo representante do *status quo* do Estado liberal e da maquinaria burocrática, montada para atender às políticas do bem-estar social dessa forma de organização estatal.

As reivindicações, que caracterizaram o movimento social nos anos 60, foram expressas por algumas bandeiras, em que se questionou a legitimidade das instituições, a

rectidão do Estado e a veracidade da religião, o que provocou mutações profundas na vida privada dos indivíduos e consequentemente na vida pública. No campo das ciências humanas, ocorreram profundas mudanças em virtude de novos conhecimentos, novas tecnologias genéticas que proporcionaram a consagração de novos valores por todo o globo, desde a fecundação *in vitro*, transplantes de órgãos, aperfeiçoamento das técnicas de enxertos, descriminalização do suicídio, do aborto, a legalização do divórcio, o emprego generalizado de métodos anticoncepcionais, entre tantos outros acontecimentos, todos temas que se incorporaram à cultura contemporânea através de acirrados debates científicos e morais, envolvendo universidades, investigadores, igrejas, partidos políticos, imprensa, organizações sociais e profissionais.

A palavra Bioética foi apontada, pela primeira vez, no início da década de 70, pelo oncologista Van Rensselaer Potter, pioneiro que a empregou em sentido bastante diferenciado daquele que encontramos nos dias de hoje. Potter^{57,62} considerava que o objectivo da disciplina deveria ser o de ajudar a humanidade a racionalizar o processo da evolução biológica e cultural tendo em mira um alvo moral e pedagógico. Já Andre Hellegers, fisiologista holandês e fundador do *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, passou a empregar o termo em sentido mais amplo, relacionando-o com a ética da medicina e das ciências biológicas. Ambos os precursores no emprego da palavra, procuraram soluções normativas para problemas que, desde o início da década de 50, inquietavam os meios científicos.

Tratava-se de avaliar as consequências dos rápidos avanços nas ciências biológicas e controlar ou humanizar os seus efeitos. Os fundadores da Bioética diligenciavam fazer com que a própria comunidade científica definisse princípios éticos, inibidores da chamada “síndrome de *Frankstein*”, que rondava a ciência biológica desde os ensaios dos médicos nazistas.

O diálogo bioético foi-se tornando mais abrangente e os seus participantes foram sentindo a necessidade de ampliar o contexto dos debates para dar oportunidade às *humanidades* de manifestarem as suas preocupações e suas posições em relação aos temas discutidos pela sociedade de então. Foi justamente através do diálogo entre a *ciência* e as *humanidades* que Potter apresentou a Bioética na forma de uma “ética geral”. Com esta mesma perspectiva, em 1971, o ginecologista e obstetra André Hellegers fundou, na Universidade de Georgetown, o *Kennedy Institute*.

A intenção de Potter consistia no desenvolvimento de uma ética das relações vitais, dos seres humanos entre si e dos seres humanos com o ecossistema, dando o mote para o rejubilar do casamento entre o *bios* e a ética. O compromisso com a preservação da vida, com a perpetuação da espécie, no planeta tornou-se, desta forma, o cerne de seu projecto que dispunha como característica capital o diálogo da *ciência* com as *humanidades*,

aparentemente com uma deficiência grave que se traduz na incapacidade de comunicação, aprisionando e colocando em risco o futuro da humanidade. É somente através do diálogo entre partilha recíproca que será possível a construção de uma *ponte para o futuro*.

A perspectiva de Potter foi desenvolvida a partir de uma tripla concepção evolucionista do ser humano, segundo a qual o homem é sujeito activo e passivo de uma evolução biológica, cultural e fisiológica, que marca e define a sua evolução no tempo, definindo-se no espaço e na história que o caracteriza. É no avanço da Biologia, na adaptação cultural e ética que o homem encontra novas possibilidades para sobreviver, protelando a sua descendência com sucesso. É desta forma que nasce um paradigma bio-psicossocial, no qual os condicionamentos genéticos e ambientais regulam, por sua vez, a percepção e a evolução dos valores como num circuito cibernético⁶³.

Oito anos após as investidas de Potter, Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicaram juntos *The principles of biomedical ethics*⁶³, que restringiria a Bioética ao meio clínico. A diferença apresentada nestas obras indica preocupações distintas, resultantes de duas fases históricas da Bioética, com dúvidas e reflexões próprias. A primeira fase vai de 1960 até 1977, período em que surge em diferentes regiões dos Estados Unidos, entre o meio médico, a preocupação com o impacto social causado pelos avanços científico-tecnológicos no tratamento dos pacientes.

A intenção de Beauchamp e Childress na obra *The principles of biomedical ethics*⁶³ pautava-se por estabelecer um paradigma a partir do qual os debates em torno das decisões clínicas pudessem ser norteados dentro de uma certa objectividade levando a uma aceitação comum e isenta de contrariedades. Aos poucos, a obra dos dois autores foi ganhando reconhecimento dentro e fora dos Estados Unidos, ao mesmo tempo em que começava a ser severamente criticada e acaloradamente discutida por diversos estudiosos da área da Bioética.

Apesar do alargamento das discussões, a preocupação com os problemas mais globais não conseguiu ter o alcance que teve a preocupação com os problemas clínicos, perspectiva-se que tal sucedâneo se deva à falta de desenvolvimento daquilo que Potter denominou de “ética geral”. Entre os vários factores que travaram esse desenvolvimento assume-se a incapacidade de institucionalizar o diálogo bioético, de fundamentar adequadamente a Bioética como uma disciplina e apresentar, de forma convincente a sua teoria explicativa da interacção cibernética entre o meio ambiente e adaptação cultural, na construção de um sistema de valores orientados para a sobrevivência da humanidade.

O impressionante avanço do progresso tecnocientífico levou a que se conferisse ao médico a condição de um técnico privilegiado ao serviço da máquina. Incontáveis desvios éticos, como os estudos sobre sífilis na comunidade de Tuskegee e os realizados com crianças deficientes mentais em Willowbrook trouxeram à tona a dura realidade que os

experimentadores médicos não eram seres imaculados, pois concebiam estudos envolvendo seres humanos com procedimentos marcadamente antiéticos.

Em 1974 do famoso Relatório Belmont⁶⁴ nasce a Ética dos Princípios que impunha aos médicos no exercício profissional a obrigatoriedade do respeito a autonomia do ser humano enfermo. Inspirado nesse documento, o governo norte-americano publicou com a finalidade de nortear as pesquisas com seres humanos, a obra de Beauchamp e Childress⁶³, conhecida nos anos posteriores de sua publicação pela alcunha de *Bioética principialista*, na qual eram discutidas as questões morais sob a orientação de quatro princípios básicos, dois de ordem teleológica e outros dois de ordem deontológica. Os princípios de ordem teleológica (*beneficência* e *respeito à autonomia*) apontam para os fins aos quais os actos médicos devem estar orientados e em última instância respeitar. Já os princípios de ordem deontológica (*não-maleficência* e *justiça*) indicam os deveres que o médico deve assumir no cuidado com o paciente e que lhe são exigidos pela recta inerência à sua profissão.

O princípio do *respeito à autonomia*⁶⁵ sugere que o médico deve actuar respeitando o paciente na sua capacidade de decidir, na sua voluntariedade e autodeterminação na tomada de decisão, no seu entendimento acerca das revelações e recomendações médicas, na sua livre escolha e essencialmente no seu autêntico consentimento e posterior adesão, tradutora de uma colaboração maior – o seu *assentimento*. O princípio da *beneficência*⁶⁵, embora tenha sido enquadrado como um princípio teleológico, refere-se à obrigação moral de agir em benefício dos outros, o que não se confunde com a *benevolência*, que é o carácter ou a virtude ligada à disposição de agir em benefício dos outros. A primeira encontra-se no nível da obrigação deontológica (dever profissional), já a segunda, em detrimento da anterior, indica um fim que nem sempre é alcançado, princípio da *não-maleficência*⁶⁵, apresentado no *corpus hipocraticum* como “*primum non nocere*”, determina a obrigação de não infligir mal ou dano intencionalmente, o que não significa, necessariamente, fazer o bem uma vez que a sua possibilidade é relativa. O princípio da *justiça*⁶⁵ prioriza o direito ao tratamento médico, não como merecimento (o que é merecido por alguém segundo o entendimento de outrem), mas como prerrogativa (aquilo que alguém tem direito independentemente do entendimento de outrem), trata-se de uma virtude exigida pela aliança terapêutica. Podemos falar de justiça comutativa – dá-se a cada um por seu direito, aquilo lhe é devido e que casos iguais recebam tratamentos iguais. Porém, Pellegrino² alude à importância de dar o seu a cada um, respeitando o seu direito, mas é necessário que o profissional ajuste as necessidades de cada doente ao que lhe é devido – falamos de justiça distributiva.

A aplicação dos princípios pode conduzir a situações conflituosas a partir da constatação de que, separadamente cada um dos princípios pode ser considerado como superior ao outro, pelo que a sua aplicação não pode ser feita de maneira conjunta e não

diferenciada, pois implicaria um processo de paralisação mútua do processo decisório. Em cada princípio, privilegia-se um elemento diferente, sendo que a prática desajustada de cada um desses princípios provoca situações sociais injustas. Assim, o princípio da beneficência pode facilmente confundir-se com paternalismo médico, cuja característica da prática médica o movimento social dos últimos cem anos se manifestou contra nos anos sessenta. O princípio da autonomia, por sua vez, pode instaurar o reino da anarquia nas relações entre médico e paciente quando, a liberdade individual passa a representar o escudo atrás do qual o paciente impede que o médico exerça a sua função. O princípio da justiça, por fim, corre o risco de transformar-se na sua própria caricatura nas mãos da burocracia estatal, sob a forma de paternalismo político.

O que se encontra por detrás da aplicação mecânica desses princípios, como se fosse possível a sua aplicação conjunta, é a tentativa de justificar-se a hegemonia de uma das dimensões da saúde na sociedade contemporânea, o paciente, o médico e a sociedade. Os princípios referidos somente adquirem sentido lógico se forem considerados como alusivos a cada um dos agentes envolvidos: a autonomia, referida ao indivíduo, a beneficência ao médico e a justiça à sociedade e ao Estado. A aplicação isolada e descontextualizada de cada um desses princípios, no entanto, terminará por consagrar as situações sociais injustas, pelo que é fundamental procurar um modelo que não permita o domínio de um princípio sobre os outros, mas que assegure a justificação, a integração e a interpretação de todos os princípios. Pretende-se fazer com que a autonomia seja preservada, a solidariedade garantida e a justiça promovida.

Os anos posteriores são marcados pelo extraordinário crescimento industrial e económico do Ocidente, que alguns não vacilam em qualificar de selvagem nem hesitam em apelidar de desenfreado, surgem, na tentativa de responder às diversas questões morais nascidas em contextos distintos da sociedade, as chamadas “éticas aplicadas”, tais como a Ética Ecológica e a Ética Empresarial (*Business Ethics*), com preocupações diferenciadas da “ética geral”, mais contextualizadas direccionadas para uma especificidade de problemas. Esses contextos particulares foram, aos poucos, obrigando a Bioética a abandonar o paradigma da “ética geral”, abdicando do seu posto genérico, preconizado por Potter. Dentro desta compreensão proporcionada pelo aflorar dos tempos, Beauchamp e Childress ao publicarem a obra *The principles of biomedical ethics*, que já mencionamos atrás, marcam profunda e decisivamente a segunda fase histórica da Bioética, que vai de 1978 a 1997.

Referimos o professor Robert Edwards, que com Patrick Steptoe⁶⁶, iniciou a técnica da fertilização *in vitro* e em discurso pronunciado, em 1987, já advertia para a deficiência na formação dos cientistas. O trabalho destes autores levou a que a própria comunidade científica sentisse necessidade de disciplinar eticamente o seu trabalho de investigação,

transformando os princípios da Bioética numa espécie de código de ética profissional, reguladora dos seus trabalhos e protegendo a biologia da ameaça de desumanização. Ressalva-se que estes princípios pretendiam, também, exercer o papel de fonte de obrigações e direitos morais, constituindo-se em *principia*⁶⁷ que expressavam raízes da vida moral e as suas determinações eram por si mesmas obrigatórias.

A partir de 1998, inicia-se a terceira fase histórica da Bioética, ainda em curso. Encontra-se em franco desenvolvimento e numa incessante busca de consensos mínimos. Por esta altura, vão-se tornando mais evidentes no pensamento bioético as características próprias de uma “ética aplicada”, um bom exemplo são os problemas relacionados à reprodução humana que, abalando os conceitos clássicos de paternidade, maternidade e filiação, provocaram um diálogo entre a Bioética e o Direito, classificado por alguns de Biodireito. Actualmente, três dos problemas parecem impor-se no cenário central das preocupações Bioéticas: os limites do principialismo, a necessidade de ir além da Bioética Clínica e os problemas inerentes ao consentimento informado, galvanizando a utópica conquista de uma ética de máximos.

Diego Garcia^{68,69}, por exemplo, entendia que a não-maleficência deveria anteceder a beneficência e que os princípios deveriam ser divididos em privados (respeito à autonomia e beneficência) e públicos (não-maleficência e justiça). Em casos de conflitos morais, os princípios de ordem pública, isto é, aqueles que compreendiam o bem da colectividade em primeiro plano, deveriam ter prioridade sobre os de ordem privada, aqueles princípios relacionados ao bem individual. Para outros especialistas, a maior dificuldade está no facto de que, em determinadas realidades sociais, os princípios acabam por se afastar da sua compreensão originária e da sua real aplicação.

Observou-se também que a rigidez conceptual inerente ao *principialismo* não permitia levar em conta as peculiaridades do contexto social, político, económico e cultural de uma determinada sociedade em constante mutação. De modo geral, as várias críticas realizadas ao trabalho de Beauchamp e Childress indicam que a provisoriedade, própria de toda resposta Bioética, pode perder seu sentido diante do dogmatismo dos princípios.

A dificuldade inerente ao *principialismo*, discutida amplamente por diversos autores é saber afinal *quantas Bioéticas existem?* Para responder a esta tão sóbria dúvida será necessário reconhecer que num país economicamente favorecido, determinados temas como a clonagem humana, não repercutem do mesmo modo em países pobres, onde as pesquisas científicas recebem pouco ou nenhum investimento e o benefício que elas podem trazer é desproporcional aos gastos gerados à população. Tratar de eutanásia num país rico certamente não será o mesmo que tratá-la num país desfavorecido a qualquer nível, onde a maior parte da população, dependente do sistema público de saúde, morre antes de receber o atendimento médico básico. Será preciso observar que numa nação global, histórico-

cultural e ideologicamente distinta nos seus hábitos, raízes e comportamentos, nem todas as comunidades morais* pensam do mesmo modo a respeito dos mesmos temas. De modo semelhante, as peculiaridades metodológicas de uma determinada comunidade epistemológica** confere uma diferença significativa no modo da sua abordagem.

Pelo referido anteriormente, a Bioética deve ser compreendida no global e nunca no particular. Esta constatação defronta-nos com a seguinte questão: *como se poderá estabelecer um diálogo plural a partir de uma moral singular?* A resposta é aparentemente difícil, porque para realizar esta tarefa, parece-nos indispensável compreender uma dimensão da Bioética que está para além da comunidade moral e da comunidade epistemológica da qual fazemos parte, contudo a Bioética encontra-se em melhores condições para encetar essa empresa.

Embora o critério utilizado para constituir a avaliação moral seja o da razão e não mais o dos regionalismos morais, isto não significa que ele seja uniforme e de certo modo completamente congruente. Na avassaladora tentativa de chegar a uma definição secularmente aceite por todos, a Modernidade percebeu que a própria razão moderna se manifesta sempre a partir de um contexto filosófico definido, ou seja, a racionalidade moderna afigura-se sob vários aspectos, resultando na impossibilidade de afirmar a existência de uma única linguagem racional. Será melhor falar, como advoga Wittgenstein, em *jogos de linguagem*⁷⁰ que permitem que a racionalidade se manifeste a partir de uma forma de vida contextualizada. Admite-se que a crença numa *razão pura*, que transcende o tempo, o espaço e qualquer contexto histórico-cultural resulta do tratar a razão ignorando a diversidade das formas de vida.

Deste modo, ousamos considerar que a Ética principialista demonstrou ser insuficiente para solucionar dilemas éticos complexos como, por exemplo, a fertilização assistida, o aborto, a doação de órgãos e a eutanásia, alguns dos temas candentes que se apresentam polémicos.

* Trata-se da associação de indivíduos que aderem aos mesmos costumes e crenças justificados dentro da prática social de um determinado grupo.

** É composta por indivíduos que, instruídos dentro de um conhecimento estabelecido sistematicamente, utilizam, da mesma forma, conceitos, terminologias, argumentações e metodologias próprias de uma determinada área do saber. As *comunidades epistemológicas* são nada mais do que as *comunidades científicas* que zelam pela tradição e pelo progresso do saber que as constituem.

Surgem, então, novas propostas como a Ética das Virtudes, a Feminista, a Naturalista, a Personalista, a Contratualista, a Libertária, entre outras. Percebemos, portanto, que na sociedade secularizada em que vivemos os espaços ampliam-se para a manifestação de diferentes moralidades, nenhuma melhor ou pior que a outra, nenhuma se destaca pela maior ou menor correcção, pelo que encontrar um mínimo comum, aceite, respeitado e defendido por todos é uma proeza que exige uma grande capacidade de compreensão e uma incansável abertura ao mundo que nos rodeia.

Vivemos, segundo Engelhardt⁶⁷, numa sociedade de estranhos morais em que a tolerância passa a ser a regra moral obrigatória. Desse modo, os profissionais de saúde têm que conviver harmoniosamente com essa nova realidade, o que significa exercitar-se em tomar decisões segundo uma norma de comedimento entre os seus próprios princípios morais e os dos seus pacientes, agora não mais passivos mas exercendo as suas prerrogativas de plena cidadania. O modelo hipocrático caracterizado por decisões paternalistas é definitivamente abandonado, passando-se a procurar um equilíbrio mais simétrico nas relações médico-paciente.

O cenário actual indica que a Bioética é plural, pois afinal *a diversidade moral é real de facto e em princípio*⁶⁷. Isso deve impor aos participantes do diálogo bioético uma conduta racional fundada na capacidade que os sujeitos têm de coordenar mútua e consensualmente as suas acções a partir de um entendimento intersubjetivo. Este consenso será considerado racional na medida em que existir uma aceitação comum das “melhores” razões, escolhidas para justificar enunciados e comportamentos⁷¹.

A Bioética medra, desta feita, como uma resposta a desafios encontrados no corpo de uma cultura, de um paradigma do conhecimento humano e de uma civilização. Surge como a expressão teórica da consciência moral de um novo tipo de homem no seio de uma nova cultura e civilização. Distingue-se de uma Ética estritamente profissional⁷² pois trata da análise teórica das condições de possibilidade dos valores, normas e princípios, que procuram ordenar, limitar e balizar o avanço científico e tecnológico. O progresso científico, por outro lado, em virtude de suas aplicações tecnológicas, não se processa de forma neutra e envolve uma rede imensa de interesses financeiros que acabam por questionar os próprios fundamentos da tradição ética ocidental. Médicos e pacientes, empresas de seguros de saúde, grandes indústrias farmacêuticas, disputas da comunidade científica por recursos cada vez mais avultados para a pesquisa, investimentos públicos e privados na aplicação dos produtos resultantes das investigações, entre outros, contribuem para que os princípios reguladores da medicina tradicional se vislumbrem insuficientes para regular as relações sociais, económicas e políticas nascidas na civilização tecnocientífica. A tão apelidada crise Ética refere-se, em exclusivo ao conflito entre a tradição e os valores da

cultura da tecno-civilização, que servem como alicerces para a construção de novas, imprevisíveis e descontroladas relações atrás mencionadas.

Em suma, a Bioética surgiu como resposta ao conflito entre a Ética Médica deontológica, restrita à corporação médica, e as reivindicações de transparência e responsabilidade pública, levantadas pelo movimento social, que reconhecia, entretanto, as conquistas fundamentais realizadas pelas ciências biológicas. O campo de conhecimento da Bioética exigiu a incorporação à temática original de outras áreas científicas, pelo que a Bioética contemporânea tornou-se necessariamente num conhecimento interdisciplinar, do qual é elemento integrador mas, efectivamente ultrapassa a ética médica, restrita às relações médico-paciente, pois trata de investigações que envolvem a vida humana na perspectiva terapêutica e também de pesquisas puras, que podem ou não levar às aplicações práticas. Esse conhecimento, portanto, não se esgota na reflexão sobre as novas terapias, mas desdobra-se acompanhando as múltiplas aplicações tecnológicas, que irão envolver outras áreas de conhecimento sobre o homem e a sociedade. Por essas razões, a Bioética tem uma dupla face, pois ela é um discurso e uma prática, materializando-se não na teoria académica, mas na prática dos hospitais, nas comissões de Bioética e na formulação de políticas públicas.

A Bioética não pretende constituir-se no corpo de uma moralidade canónica, estabelecida por uma autoridade religiosa ou política, que impõe a sua concepção moral própria, pois a sociedade pluralista em que vivemos não comporta uma mesma resposta para os problemas morais, mas múltiplas interpretações de diferentes códigos morais, pertencentes a diversas comunidades⁷³. A Bioética pode ser considerada como sendo necessariamente plural, e pode ser caracterizada *como uma lógica do pluralismo, como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais*⁶⁷. Para a realização da negociação pacífica, peculiar ao argumento ético, supõe-se que seja possível determinar um princípio de universalidade, como raiz da vida moral e jurídica.

A experiência totalitária, nas suas duas versões, durante o século XX, as duas guerras mundiais, as atrocidades cometidas no campo de batalha e as bárbaras experiências genéticas, levadas a efeito pelos médicos nazistas em campos de concentração, fizeram com que se acordasse para uma consciência que situava a questão moral de maneira contundente e em estado puro. Nesse contexto de crise ética e da necessária restauração de parâmetros meta legais, as indagações suscitadas pelo passado recente e pelo avanço das pesquisas biológicas e suas aplicações tecnológicas do presente fizeram com que se procurasse estabelecer no campo da biologia, princípios destinados a garantir a humanização do progresso científico.

Podemos dizer que num primeiro momento, se fixaram princípios de carácter moral abstracto, para logo em seguida, mesmo quando a questão ética não estava amadurecida,

serem formuladas normas jurídicas, relativas às pesquisas e tecnologias biológicas. Restou, entretanto, um espaço vazio entre a formulação ética e a normatização jurídica, o que obrigou à retomada do debate clássico sobre a possibilidade da construção de normas jurídicas, que pudessem reflectir valores éticos⁷⁴. Essa linha de investigação permite que se utilize a ideia do direito cosmopolita como estrutura racional dentro da qual possam ajuizadamente justificar-se os valores, discutidos em função dos avanços das ciências biológicas, e em que medida poderão constituir-se nos fundamentos da ordem normativa do Biodireito. Isto porque, é na ideia do direito cosmopolita que poderemos encontrar os fundamentos racionais, e, portanto, éticos, de normas que se pretendem universais, válidas e legítimas em todos os quadrantes do planeta⁷⁴.

Nesse quadro de profundas modificações culturais, as relações médico/paciente em particular e profissional de saúde/paciente em geral, foram denunciadas como sendo mais uma forma de paternalismo, entre as muitas encobertas pela sociedade liberal, a ser substituída por uma relação transparente e responsável. Os imensos progressos das ciências biológicas provocaram, entretanto, uma atitude ambivalente em relação ao modelo tecnocientífico vigente da medicina, responsável, aliás, pelos progressos alcançados no combate às doenças e endemias.

A Bioética pautou-se, desde seu nascimento, por uma prática fiel aos preceitos da dialéctica socrática, ainda que não encarada sob essa denominação, onde o conhecimento se gera a partir de um processo interactivo entre os actores que buscam activamente o encontro da verdade. Em épocas ancestrais, acreditava-se apenas na possibilidade de se ensinar regras deontológicas mas não Bioética, já que para obedecer normas e regulamentos bastava conhecer os mandamentos morais vigentes⁷⁵.

Porém, numa sociedade plural e secular como a nossa, exige-se dos profissionais de saúde habilidades que privilegiem o exercício da tolerância com diferentes moralidades e o pleno respeito a autonomia do ser humano, só possível no campo da Bioética⁷⁶. Exige-se ainda, prudência, magnanimidade, justiça, coragem, humildade, paciência, caridade, generosidade, integridade, equilíbrio, adestramento crítico na leitura dos conhecimentos científicos emergentes, poder de discriminação no uso da tecnologia, como virtudes fundamentais para o cabal exercício do profissional de saúde, e enfim, consciência de cidadania na arte de servir o indivíduo sem perder a dimensão do social, o contacto com a Bioética permite respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade⁷⁷. Deve-se, numa acepção moderna abandonar o roteiro técnico que conduz as acções dos profissionais de saúde quotidianas e resgatar o modelo grego do médico-filósofo, não como semideus mas sim como parceiro solidário do ser humano enfermo.

A fome pela Ética no nosso tempo, principalmente levando-se em consideração as interrogações morais provocadas pelas ciências biológicas e tecnologias médicas, expressa

o entendimento essencial do ser humano de que, para além das convicções individuais, se encontra a necessidade de se estabelecer um balanceamento entre os custos e os benefícios do mais ambicioso projecto da pós-modernidade: adiar a morte⁶⁷.

Na actualidade, o campo da Bioética extrapola do âmbito restrito das ciências da saúde e apresenta uma dupla face, de um lado na égide de Hans Jonas⁶¹, incorpora as novas formas da responsabilidade, principalmente a responsabilidade com as gerações futuras, mas também aceita a ideia kantiana do respeito pela pessoa e do respeito pelo acesso ao conhecimento.

A educação, nesta esfera de exigência, desempenha um importante papel no desenvolvimento dos percursos de aprendizagem particulares e colectivos, constituindo-se como a pedra basilar da cidadania. A formação estende-se ao longo da vida, escopo de um processo inacabado, que se aplica tanto para a Enfermagem como para a Bioética.

1.2.1.2. Perspectiva histórica do ensino da Ética e Bioética na Enfermagem em Portugal

A preocupação com o ensino da Bioética na Enfermagem nasce e evolui paralelamente à organização e estruturação da profissão, sofrendo influência dos mesmos princípios que fundamentaram os seus marcos conceptuais, dos objectivos que sustentaram a criação das suas várias entidades, enfim, das próprias lutas ideológicas que se travam a partir das diferentes concepções de mundo presentes na sociedade e que repercutem na prática profissional dos Enfermeiros. Portanto, o ensino da Bioética na Enfermagem surge com a criação do próprio curso e tal como o ensino da Enfermagem o ensino da Bioética pautou-se por trilhas muito conservadoras.

Dos procedimentos mais complexos na Enfermagem destaca-se a tomada de decisão, que não se encontra desenraizada das normas deontológicas, das regras de conduta, das orientações institucionais, ainda que fundamentadas em princípios universalmente credíveis, mas é efectuada pelo Enfermeiro de modo livre, reflectida, autónoma e plenamente assumida, sempre contextualizada, almejando o desenvolvimento pessoal do seu foco de cuidados⁷⁸. Exorta-se esta contínua aquisição e sedimentação pessoal e profissional pelo ensino da Bioética que acompanha e não estagna na evolução da humanidade.

Não obstante os outros, alvos dos cuidados de Enfermagem, carecem perceber a uniformidade nas atitudes profissionais, que lhes transmitam uma noção de justiça, equidade, segurança e competência, cariz singular e potencial do agir bioético. Neste sentido, admite-se a importância sentida pela Enfermagem, no discorrer das conjunturas sociais, económicas, culturais que marcam um indivíduo, uma família, uma sociedade, uma comunidade, uma geração inteira e influenciam a dimensão Bioética que, define e

caracteriza o agir humano em geral e profissional em particular, numa determinada época na História da Humanidade.

No ensino da Enfermagem a Bioética faz parte do currículo como disciplina, com conteúdos que devem permitir a criação de espaços para a reflexão, com característica de fazer “parar para pensar”, objectivando fazer raciocinar adequadamente para conduzir com competência, comprometimento e responsabilidade a profissão. A Bioética pode ser definida como saber que agrega e integra as várias disciplinas do currículo de Enfermagem, para que todos tenham uma linguagem comum, relacionada aos princípios éticos que norteiam nossa profissão.

Não podemos considerar isoladamente o indivíduo quando este assume um papel, seja de aluno, formando, formador, cuidador, doente, ou outro. Há que o tomar como um todo, holisticamente falando, pois “do ponto de vista fisiológico, constitui um erro grave e também um erro de método considerar apenas fases da vida separadas umas das outras, encerradas num condicionamento arbitrário”⁷⁹. Há que considerar os *hábitos de vida*, que segundo Collière²⁰ representam “todo um conjunto de maneiras de actuar, que cria maneiras de ser, visando assegurar a continuidade da vida”, e que vão impregnar e construir o fundamento da personalidade do indivíduo, sendo esta única e distinta das demais, pelo que toda esta envolvimento do indivíduo em si, entrará em linha de conta aquando da reflexão na Bioética.

A busca de respostas aos novos desafios da modernidade passa não só pela reestruturação do aparelho formador como um todo, mas, particularmente, na eleição de uma metodologia de ensino da Bioética que seja compatível com os verdadeiros anseios da sociedade, facilitando a integração de diferentes disciplinas académicas e reconhecendo o ser humano na sua complexa realidade biopsicossocial. Assim sendo, a Bioética resulta na resposta natural e conscientemente reflectida para o atingir dos objectivos traçados pelo Homem, de tal forma a que o humana e tecnicamente possível seja eticamente desejável.

A história de um povo, marcada por períodos épicos de conquista ou marcada por longos estados de subjugação, poderá condicionar a expressão mais rigorosa ou consensual do pensamento; a sua cultura, enriquecida com contactos diversificados e múltiplos com outros povos, poderá ser propícia a uma reflexão mais pluralista. A situação socioeconómica de uma comunidade por si só já expressa grandes opções no campo da saúde no que se refere, por exemplo, a cuidados primários, à prevenção, à profilaxia, ao recurso à tecnologia avançada. A destacar, que o sistema económico, no qual a força de trabalho se vende como mercadoria e no qual vigora a lei da obtenção do maior lucro possível, gera uma moral egoísta e individualista, que satisfaz o desejo do lucro. É um tipo de sociedade onde predomina o ter sobre o ser. A religião partilhada por um povo, indicará

os valores que elege e as regras a que obedece, as quais poderão restringir o acesso a prestações de diversos cuidados de saúde ou às novas tecnologias.

Configurada essa realidade e concebendo o homem enquanto ser social concreto como parte de uma estrutura social definida, temos que conduzir o ensino da Ética na Enfermagem numa outra perspectiva. Não é possível restringi-lo a uma mera preocupação com a "salvação da alma", dentro de uma visão puramente especulativa, divorciada da ciência e da própria realidade humana moral. A ligação da Bioética com o real é de tal forma significativa que não pode ser decretada como um sistema ideal de grande nobreza na teoria mas utópica na prática, nem como algo inteligível somente no contexto da religião e da subjectividade.

A tradição filosófica que molda a mentalidade analítica e crítica de uma comunidade merece uma explícita referência pois, a partir dela a fundamentação da Bioética torna-se uma exigência.

Portanto, a temática a ser abordada nos programas de Bioética, não somente na Enfermagem mas na saúde como um todo, precisa ultrapassar os muros do corporativismo, muito bem representado nos códigos e leis e apontar para questões cruciais que limitam o ser humano e lhe roubam a vida.

Nesse sentido, são muitos os autores cujas publicações, vêm contribuindo com uma nova discussão do tema, incluindo desde as diferentes concepções filosóficas acerca da Bioética, a razão de agir moralmente, assuntos polémicos, cuja produção teórica tem viabilizado a construção de uma nova Bioética e de um ensino mais comprometido com a realidade social no qual se insere.

A partir de tais considerações não é possível estruturar o ensino de Bioética sem a compreensão da realidade social e sem o exercício da crítica sistemática às questões mais gerais da saúde e da sociedade que repercutem no dia-a-dia da profissão e na assistência que dispensamos aos utentes. Sem essa visão, partimos para um discurso ético-filosófico na sala de aula, totalmente vazio e, consequentemente, desvinculado da realidade social.

Portanto, essa é uma questão muito séria a ser enfrentada por todos os educadores de Enfermagem, bem como de outros cursos da saúde, quer sejam professores de Bioética ou não, pois a formação do educando e, particularmente, a sua conduta Bioética estrutura-se no âmbito de uma totalidade histórico-social, que trespassa todas as sociedades e culturas ao longo dos tempos.

Na prática quotidiana, é importante parar um pouco, e parar não significa deixar de fazer algo, é fazê-lo no todo, não esquecendo uma das partes. Isto porque, "a nossa capacidade de aprender, de que decorre a de ensinar, sugere ou mais do que isso, implica a nossa habilidade de aprender a substantividade do objecto aprendido"⁸⁰, tal como afirma

Freire e “a reflexão crítica sobre a prática torna-se uma exigência da relação teoria/ prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática activismo”⁸⁰.

O ensino da Bioética nos cursos de Medicina, originariamente e ainda hoje, se caracteriza quase que exclusivamente pela abordagem deontológica. Esse enfoque dos direitos e deveres profissionais gerou o modelo norte-americano de medicina defensiva que ameaça instalar-se entre nós. O caminho da Bioética passa a ser pavimentado por leis e os médicos orientados por advogados, o mesmo se extrapola para a Enfermagem.

Denota-se que as bases do ensino e da formação Bioética, também se fundamentam num profundo sentimento de religiosidade. Nesse sentido vale a pena destacar que, entre as qualidades inerentes ao bom profissional, como já anteriormente abordado, aparecem como características de primeira ordem “a obediência, o respeito à hierarquia, a humildade, o espírito de servir, entre outros”⁸¹.

Portanto, de acordo com o ideal cristão, a partir da sua própria interpretação acerca da doença ou enfermidade (entendida como castigo divino), aqueles que se dedicavam ao cuidado dos enfermos vislumbravam a possibilidade de salvar a sua própria alma. Assim, muitas organizações de cunho religioso foram fundadas com o objectivo de atender aos pobres e doentes desamparados, facto este que, sem dúvida, exerceu influência no sentido caritativo concedido à Enfermagem ao longo da sua história, adjuvante de uma Bioética também ela aplicada em moldes caridosos.

Um outro aspecto a ser considerado, quando analisamos a Bioética na Enfermagem, diz respeito à sua fase denominada crítica ou decadente, que ocorre exactamente na transição do feudalismo para o capitalismo e na qual se regista uma diminuição do espírito religioso, e também com grande significado, o movimento de reforma. Muitas religiosas que se dedicavam aos cuidados dos doentes foram expulsas dos hospitais e a atenção aos pacientes passou a ser exercida por mulheres sem qualquer preparo, na maioria alcoólicas, prostitutas, analfabetas (tal como descrevemos no capítulo da evolução histórica da profissão de Enfermagem). Talvez aí resida a intensa preocupação com a questão da moralidade na profissão, bem como com o sentimento de religiosidade por parte daqueles que, no início desse século, organizaram o ensino sistematizado de Enfermagem e também daqueles que os sucederam.

A visão de uma Bioética permeada de religiosidade, da forma como esta é concebida nos textos, actua como suporte de uma prática alienada na medida que exige, sempre, o sacrifício individual, em que o indivíduo é submetido constantemente a uma autoridade e a uma coerção externa. A busca da liberdade, da autonomia e do prazer (felicidade) não faz parte dos fundamentos dessa Bioética dos primórdios. Nessa perspectiva, trata-se de uma Bioética que não tem em vista a definição de princípios morais que digam respeito às relações dos homens entre si, porém que insistam no carácter essencial das relações entre

os homens e uma divindade sobrenatural, como forma de obter uma recompensa, que se situa além dos limites aos quais podem chegar os poderes reconhecidos como do próprio homem.

Desse modo, empreendendo uma breve análise histórica do pensamento bioético, verificamos existir uma possível identidade da Bioética preconizada pela Enfermagem com os fundamentos da Bioética cristã. Por outras palavras, existem raízes históricas profundas que precisam ser consideradas quando analisamos o ensino de Enfermagem e a Bioética que enforma os seus profissionais.

A bibliografia que orientava os programas de Bioética nas primeiras décadas de realização do Curso de Enfermagem fundamentava-se, sobretudo, em textos direccionados para uma religiosidade extremamente conservadora e conformista em face dos problemas no âmbito do exercício profissional e da sociedade estabelecida, como atrás abordado. Daí, as constantes interpelações em favor da obediência e subserviência exacerbadas, acrescidos ainda de uma certa burocratização da assistência dos Enfermeiros e a interdição da crítica desses profissionais, seja em relação aos superiores hierárquicos, seja ao espaço institucional em que militam, seja ainda no tocante às políticas de saúde adoptadas pelo Estado em diferentes períodos. Paralelamente, é também importante fazer menção do autoritarismo presente no comportamento do Enfermeiro, seja em relação à equipa por ele liderada, seja no que diz respeito ao ensino e, de modo especial, à relação do professor/aluno. O "Juramento de Florence Nightingale", retracta o forte traço de cariz religioso e de submissão que cunharam e até hoje se reflectem na formação dos Enfermeiros.

A concepção de higiene racial consagrada nos princípios doutrinários do espírito nacional-socialista, animou os médicos nazis a levarem a cabo um conjunto de experiências sobre as populações indefesas dos campos de concentração, particularmente os judeus e os ciganos. Dois anos antes de Hitler se tornar chanceler da Alemanha, em 1943, o Ministério do Interior do Reich promulgou um conjunto de normas e regulamentos que eram, em muitos aspectos, mais exigentes que o conteúdo do código de Nuremberga e a *Declaração de Helsínquia*⁸².

Reconhecendo a legitimidade e a necessidade de realizar investigação médica em seres humanos, o *Código de Nuremberga*⁸³, nome pelo qual ficou conhecido o documento adoptado pelo Tribunal Internacional de Nuremberga em 1947, estabeleceu as condições em que aquela deverá ocorrer para que seja científica e eticamente válida⁸⁴. Deste acontecimento emana o conceito de consentimento informado salvaguardando os benefícios proporcionados pela experimentação na vertente do maior benefício comum para a sociedade⁸³. A sua influência foi determinante na consagração da Ética principialista celebrizada por Beauchamp e Childress em *Principles of Biomedical Ethics*⁶³ (tendo a sua primeira publicação ocorrido em 1979), foi influenciada por estes episódios ultrapassando

fronteiras. No Relatório Belmont⁶⁴ o *princípio da autonomia* é antecipado pelo *princípio do respeito pelas pessoas* sem corresponder fielmente ao seu conteúdo⁸⁵.

Em 1948, tornou-se imperioso a elaboração de um documento, inspirado na mais nobre fundamentação ética, acolhida pelas nações reunidas sob a égide das Nações Unidas e em mútuo consenso, aprovasse um conjunto de normas universais que "... constituíssem como ideal comum a atingir por todos os povos e por todas as nações..."⁸⁶. Determinou-se como fundamento filosófico dos Direitos Humanos o princípio extraído do direito natural em que se afirma e defende a igualdade e dignidade de todos os seres humanos.

Em 1953, a descoberta do ADN por Crick e Watson, desencadeou uma "revolução biológica", que proporcionou um vertiginoso movimento de inovação tecnológica e que foi pautado por grandes sucessos em diversas áreas como: transplantes, reprodução, genética, ressuscitação, entre outros, levando a um necessário acompanhamento pelas profissões da saúde, exigindo uma reflexão da consciência de todos esses acontecimentos, só aceitável através de um pensamento bioético.

Os tempos traduziam-se numa revigorada contestação sócio-política, sedimentada por um poderoso movimento dos direitos humanos, sobretudo durante as décadas de 60 e 70, com a desproporcionada guerra do Vietnam e o conseqüente desafio da "autoridade" instituída, além da luta pela igualdade de direitos entre diferentes raças, entre distintos sexos.

A prerrogativa dominante é a aceitação incontestável de que o ser humano é visto como um fim em si mesmo, dotado de razão, munido de autodeterminação, de inadmissível instrumentalização ou utilização como meio para alcançar algum fim. O exercício da autonomia é a expressão mais evidente da dignidade humana.

Surge na confluência destes factores a crise da noção transmitida pelo progresso como fundamentalmente positiva e o incremento das dúvidas e das questões movidas pela ciência. No apurado sentido humano, face ao alargado âmbito do que a ciência pode ou deve fazer, desperta uma nova consciência que reflecte a acção. Na investigação em saúde, o consentimento informado é o fundamento ético que legitima o respeito pela dignidade da pessoa e é garante da sua livre vontade. Mais uma vez a aproximação da Bioética com as profissões da saúde ocorre pela valorização do ser humano na prática dos cuidados, sejam a nível directo ou indirecto como nas pesquisas, nesta fase muito limitada pelo Código de Nuremberga.

Refere-se a propósito da importância do consentimento para a investigação, que a *Declaração de Helsínquia* foi aprovada pela Associação Médica Mundial⁸⁷ em 1964, privilegiando a validade científica em detrimento do consentimento individual. Só em 1975, aquando da sua primeira revisão, realizada em Tóquio⁸⁸, o consentimento do indivíduo submetido à experimentação, passa a integrar os princípios básicos da investigação,

mantendo esse estatuto até à revisão efectuada em Edimburgo⁸⁹ em 2000, mantendo a sua crescente relevância.

Em 1978 a declaração de Alma Ata é, neste contexto, o mote principal da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a proposta de um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que "os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação de medidas de protecção sanitária que lhes são destinadas". As pessoas e os técnicos de saúde possuem a capacidade e a responsabilidade da livre tomada de decisão nos assuntos relacionados com o processo de saúde/ doença vivenciado por todos e partilhado pelas partes envolvidas. A pessoa é vista como única, indivisível e indissociável do seu ambiente.

De entre os marcos, que mais contribuíram para despontar uma nova consciência global centrada na dignidade humana, constam problemáticas denunciadas pela Bioética na experimentação em seres humanos que culminou com o julgamento de Nuremberga, os actos da barbárie cometidos na Segunda Guerra Mundial, atentando contra a consciência humana que serviram de mote à elaboração da *Declaração Universal dos Direitos do Homem* e a divulgação do escândalo de Tuskegee, em que o tratamento da sífilis foi negado a cidadãos negros de fracos recursos dando origem em 1979 ao *Relatório Belmont* ⁶⁴.

Na perspectiva de Hans Jonas, é o poder da técnica, o domínio detido pelos profissionais de saúde que lhes impõe o dever pelo que, conforme este autor atesta, quem mais pode é quem mais deve⁹⁰. Esta asserção implica uma vigilância constante dos profissionais de saúde sobre as acções levadas a termo no processo de obtenção de consentimento que deve ser informado, livre e esclarecido sob o monopólio do eticamente permitido.

Posto isto, perante o princípio ético da autonomia inerente à Declaração dos Direitos do Homem, urgiu agregar os princípios da beneficência, não-maleficência e justiça, o que levou Beauchamp e Childress a enaltecer o carácter *prima facie* dos quatro princípios éticos sem desrespeitar as escolhas, sem desvalorizar a emoção em detrimento da razão e sem negligenciar as práticas sociais em prol dos direitos legais⁶³. O paciente é o elo mais vulnerável de uma relação assimétrica em termos de responsabilidade.

A Bioética emana, deste modo, para contrabalançar a euforia dos que a todo o custo e a qualquer meio, pela aplicação das biotecnologias ao homem, pretendiam diminuir a mortalidade e aumentar a esperança média de vida, colocando pacientes, famílias e sociedade em geral, perante situações inéditas de questionável alcance humanitário, causado pelos mais recentes processos terapêuticos. A ilusão de um poder infinito, conquistado pelo progresso tecnológico, cede lugar a um ambiente marcado por contraditórios sentimentos de angústia, perante a impotência do ser humano na insolvência

de situações produzidas pela prática clínica irreflectida e pela investigação desenfreada. Esta situação, estendida ao mundo ocidental, constitui terreno fértil para a divulgação e implementação da Bioética como domínio da reflexão e da prática.

A formação ético-moral dos Enfermeiros vigente na década de 70 em Portugal, tendo em conta uma conjuntura social global, era suportada por um conjunto de valores que inevitavelmente foram questionados pelas alterações socio-políticas dirigindo a atenção para o âmbito técnico e científico. Embora se criticasse e desvalorizasse a abordagem religiosa como vocação primeira na formação de carácter do Enfermeiro, nenhum outro quadro de valores era lançado como alternativa³⁴.

A partir de então, mais precisamente na década de 80, a dimensão da Bioética intensifica-se e as matérias acerca do seu ensino, por exemplo, contêm críticas quanto ao conteúdo e à forma assim como o que vem sendo posta em prática.

À semelhança do que se verifica na Europa continental, a reflexão e prática Bioética surgem em Portugal, com expressão significativa, na segunda metade dos anos de 80. Relembramos que o processo de introdução da Bioética na Europa Continental se iniciou na França, com a criação do Conselho Nacional de Ética (CNE), em 1983, principalmente desencadeada pelo debate em torno das questões éticas suscitadas pelo surgimento das tecnologias reprodutivas.

Em Portugal, embora não tenha havido um debate particularmente importante, que desencadeasse uma discussão Bioética e tenha sido determinante na criação das suas primeiras instituições instalou-se, doravante um movimento intelectual marcado por preocupações humanistas que se formou a partir da convergência de impressões comuns a pessoas destacadas no seu particular meio académico/ profissional, implicado nos domínios em célere transformação devido à revolução biotecnológica em curso. O aprofundamento dos aspectos históricos, socioculturais, jurídicos e científico/ tecnológicos contextualizadores da introdução da Bioética em Portugal deverá permitir aferir e, eventualmente, justificar a perspectiva apontada, desenvolvê-la e completá-la ou alterá-la e reformulá-la fundamentadamente.

No que respeita à divulgação da Bioética em Portugal, é importante referir a criação das primeiras comissões de ética hospitalares, que datam de 1986, nomeadamente no Hospital da Universidade de Coimbra. Os Hospitais de S. João, no Porto, e o de Santa Maria, em Lisboa, implantaram suas comissões de ética em 1988 e o Instituto Português de Oncologia, em 1989. A partir de então, as comissões de ética foram-se multiplicando em Portugal.

Atendendo que a institucionalização da Bioética constitui, um marco importante para sua implantação num espaço histórico-cultural circunscrito, ela afirma-se decisivamente no nosso país, a partir da criação do Centro de Estudos de Bioética (CEB), formalmente

instituído em 1988, em Coimbra, sob a direcção do Dr. Jorge Biscaia. Este é, por natureza, um centro de reflexão, rigorosamente independente e de relevante importância para a formação contínua na área do ensino da Bioética.

No franco desenrolar cada vez mais amplo das preocupações Bioéticas, veio a ser criado, em 1990, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) – organismo oficial com função exclusivamente consultiva e que determinou a consolidação definitiva da Bioética em Portugal. Sem estranheza, parte significativa dos membros do CNECV já pertenciam ao CEB.

Neste contexto, à semelhança do que se verificou com o aparecimento primordial da Bioética nos Estados Unidos, ressalta-se o facto de também em Portugal as comissões de ética hospitalares terem sido pioneiras, antecedendo a criação de qualquer outro organismo de natureza Bioética. Acrescentaríamos que isto corrobora a afirmação de que a Bioética é primeiramente uma prática.

Por fim, incluir-se-ão no processo de instituição da Bioética aqueles organismos que, não sendo exclusivamente destinados à reflexão Bioética, se lhe dedicam de forma significativa do ponto de vista teórico e determinante do ponto de vista prático, estando, por exemplo, vocacionados para o ensino. Assim sendo, apesar dessa nova vertente não se configurar como hegemónica no interior da Enfermagem, abre espaços para um ensino mais reflexivo, quer no campo da Ética, quer nas áreas técnicas e propicia uma análise da Enfermagem como prática social, relacionada, portanto, às estruturas económica, política, social e ideológica da própria sociedade.

Para Ribeiro da Silva a preocupação quanto ao ensino da Bioética e a sua aprendizagem, tem a ver com a constante evolução do nosso pensamento relativamente a uma ciência. A Bioética, em transformação contínua, e os conceitos que vão surgindo sobre as exigências morais e sobre o ilimitado espaço que modifica o homem que somos, na Humanidade que nos vai seguir, arrebatam-nos para a evidente aceitação de um constante acompanhamento da Bioética a nível tecnológico, científico, social, histórico e moral possibilitando o equilíbrio do ser humano, considerando sempre o respeito pela dignidade e pela vida humana.

No sentido do exposto, “aprender é evoluir e não apenas acumulação de todos, de riqueza de informação que permanecem bem catalogadas no cérebro, mas como exteriores à personalidade sem a tocarem, nem alterarem, dando lugar a que em certos momentos, o contraste surgia flagrante entre o pensamento e a acção (...). É imprescindível «viver» o que aprende” ⁹¹. Esta definição revela a importância da auto, hetero e eco-formação, como elementos imprescindíveis da aprendizagem.

Como nos afiança Patrão Neves, quando uma nova área do saber ou da prática surge pela primeira vez, é quase inevitavelmente assistida por várias personalidades de

prestígio que, com sua competência académico/profissional e criatividade, lhe dão forma e conteúdo. Este foi o processo comum à Bioética na maior parte das suas actuais áreas geográficas de implantação. O seu nascimento não foi extrinsecamente decidido por qualquer instância superior ou determinação governamental, mas intrinsecamente provocado por diversos domínios do saber e da prática, que foram necessitando de uma certa consciência na actuação.

Não obstante, a acção pioneira de certas personalidades determinaram a implantação e o desenvolvimento da Bioética, condicionando a sua orientação e imprimindo o seu cunho pessoal, que se foi alargando no tempo e no espaço geográfico, permitindo o desabrochar do conhecimento e da compreensão mais aprofundada da Bioética Portuguesa.

Inicialmente, a acção no âmbito da discussão Bioética de determinadas personalidades, evidenciavam-se solitárias, particularmente na década de 90, porém com o decorrer do tempo foram sendo apoiadas institucionalmente e assistidas por equipas de trabalho organizadas.

As primeiras práticas na área começaram por ter um leque bastante confinado, apresentando-se como reuniões restritas e conferências ou debates dirigidos a um número muito limitado de pessoas com interesse pela área da Bioética, alargando-se posteriormente, até se estenderem à organização de congressos nacionais e mesmo internacionais. Os objectivos de cada um destes eventos é também obviamente diferente, acrescentando que o primeiro tipo de organizações visa, sobretudo, a contribuição directa para uma autoformação dos participantes e formulação de uma corrente de opinião tendencialmente consensual, enquanto o segundo aspira a divulgar as preocupações Bioéticas e ampliar a nível global o debate. Concomitantemente a actividade diversifica-se incluindo acções de formação, *Workgroups*, etc. O percurso evolutivo da actividade Bioética em Portugal é fortemente marcado pelo conjunto sequencial das acções levadas a cabo no escopo da Bioética.

Em 1996 a FMUP constitui o Serviço de Bioética e Ética Médica com funções nucleares no ensino pré e pós graduado. Dedicar-se também à investigação no domínio da Bioética, Ética Médica, Ética e Psicologia, Ética e Gestão da saúde, Ética e Educação, Ética Ambiental, Biodireito e Biopolítica. As suas actividades incluem a emissão de pareceres acerca de projectos de investigação em seres humanos, incluindo ensaios clínicos de novos medicamentos e em animais.

Concomitantemente e de suma importância surge em Julho 2002 a Associação Portuguesa de Bioética (APB) presidida pelo Professor Doutor Rui Nunes e fundada por um grupo de especialistas na área do conhecimento bioético. O papel do Serviço de Bioética e Ética Médica foi determinante para a criação e desenvolvimento desta associação. As suas actividades estão voltadas para a investigação, a promoção e a difusão da Bioética

enquanto área científica e de intervenção social. Em particular, deve ser realçado o papel da APB na organização do Congresso Nacional de Bioética e do Observatório Português de Bioética.

As primeiras preocupações Bioéticas no país surgiram ilustradas em trabalhos esporádicos mas marcantes, que se traduziram num importante impulso para a criação de publicações periódicas, das quais destacamos os Cadernos de Bioética, do CEBC, e as do CNECV, assim como documentação ou números monográficos correspondentes a actas de congressos. Seguidamente, surgem obras colectivas ou individuais de grande amplitude temática e profundidade reflexiva que revelam uma jubilosa intencionalidade prática. O seu índice cronológico possibilita o traçado de um percurso mais escalpelizado da Bioética Portuguesa.

A evolução na Enfermagem, á semelhança do que tem ocorrido com outras profissões emerge em contextos vários de mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas, que paulatinamente vão decretando mudanças de pensamento e de atitudes e o mesmo acontece com a Bioética.

O desenvolvimento das ciências e das técnicas, nos dois últimos séculos, trouxe consigo desafios, que têm a ver com o surgimento de novos tipos de relações sociais no quadro cultural da civilização tecnológica. O renascimento do debate ético em todos os domínios da actividade humana talvez encontre a sua explicação final na necessidade da consciência do homem contemporâneo em situar-se face ao facto de que o paradigma científico domina cada vez mais as forças da natureza e, ao mesmo tempo, interfere de forma crescente no mundo natural, suscitando problemas que não encontram respostas no quadro da própria cultura técnico-científica, onde surgiram e se desenvolveram. A principal dessas intervenções é a que ocorre no corpo das ciências biológicas, onde o homem, ao ampliar o seu domínio sobre a natureza, intervém na sua própria condição natural de pessoa e possibilita a implantação de tecnologias sem previsão quanto às suas consequências. Por lidar com esse novo tipo de conhecimento, o homem contemporâneo interroga-se de forma crescente sobre as dimensões, as repercussões e as perspectivas das novas descobertas científicas e de suas aplicações tecnológicas.

A evolução tecnológica persiste em apelar à valorização da vertente tecnicista, porém o aumento da esperança média de vida, com o consequente envelhecimento da população e o incremento de situações incuráveis como as doenças crónicas, tem evidenciado e exigido a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva e relacional tão queridas à Enfermagem. Eco desse intento reflecte-se nas alíneas b), c) e d) do artigo 81º do Código Deontológico do Enfermeiro em que se consagra a protecção dos mais vulneráveis.

A Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade Humana Relativamente às Aplicações da Biologia e da Bio medicina – Convenção Sobre os Direitos do Homem e da Bio medicina que, sob o escudo do Conselho da Europa, aprovada em Novembro de 1996 na cidade de Oviedo⁹², inspirada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, deu visibilidade à importância da dignidade humana e da protecção das liberdades e dos direitos fundamentais da pessoa, pelo que, resultou em fonte de carácter normativo para vários domínios de intervenção no ser humano e inclusive, serviu como instrumento de trabalho na elaboração do próprio artigo 81º do Código Deontológico do Enfermeiro, atrás citado.

O Estado Português assinou e ratificou na íntegra os artigos da Convenção, passando estes a ter poder legal sobrepondo-se e prevalecendo à legislação nacional, ainda que, ambos possam entrar em conflito ou desacordo. No sentido de regulamentar a condução dos ensaios clínicos de medicamentos para usufruto do Homem, adoptou-se a directiva 2001/20/CE⁹³, pretendendo esta uma sólida harmonia da legislação dos Estados membros da Comunidade Europeia.

A busca da especificidade da Enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais, uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico e científico próprios, específicos do agir e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais numa atitude de ajuda e substituição do utente²⁶ (quando ele não consegue bastar-se a si mesmo), no que de mais generoso possui o acto de cuidar o próximo.

A oportunidade dos Enfermeiros se debruçarem sobre o lugar dos valores, da Ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em Enfermagem emanou em grande medida com a publicação do REPE em D.L. n.º 191/96 de 4/9, no qual questões que têm a ver com a ética na prática de Enfermagem são a floradas. No número 1 do artigo 8º lê-se "no exercício das suas funções, os Enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos". A sua publicação encetou um novo ciclo na profissão de Enfermagem apontando claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais.

A criação da *Ordem dos Enfermeiros* (Lei n.º104/98 de 21 de Abril) permitiu que se estabelecessem condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de Enfermagem. Entre os seus atributos destacam-se a promoção da defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem, a regulamentação e respectivo controlo do exercício da profissão de Enfermeiro e visa ainda assegurar o cumprimento das regras de Ética e Deontologia profissional.

O Enfermeiro de hoje tem criadas as condições para que o desenvolvimento da profissão deixe de estar assente numa moral baseada na exigência unilateral, de serviço, de dever, de prepotência, de autoritarismo e de desrespeito pela opinião do utente em tudo o que lhe diz respeito.

O tema da Bioética extrapolou da área restrita dos hospitais e dos próprios profissionais de saúde e tornou-se assunto a ser analisado no espaço público democrático. Cuidando de ser tese essencial para a sobrevivência da humanidade, e que compreende liberdades, direitos e deveres da pessoa, da sociedade e do Estado, a Bioética transformou-se na mais recente fonte de direitos humanos.

De acordo com Patrão Neves⁹⁴, a intervenção Bioética pode efectuar-se através da imposição de limites pela repressão, elaboração de regras de acção normativa com imperativos legais e educação da consciência através da formação, sendo este último campo o que mais nos interessa no presente estudo, o do ensino de Bioética na Enfermagem, propulsor de uma consciência de intervenção Bioética no mundo. A grande maioria dos professores considera esse estudo fundamental, prioritário, enfim, básico para a orientação da prática ou exercício profissional, pela oportunidade de reflexão que proporciona, real apogeu insofismável do respeito pela dignidade do ser humano e pelo *bios* do qual é agente integrado e integrador

É necessário que a reflexão Bioética faça parte integrante das actividades curriculares de todos os profissionais de saúde. Não basta que a formação incida sobre a deontologia de cada profissão, os códigos centram-se no "que posso fazer" enquanto que a reflexão Bioética situa-se no âmbito do "que devo fazer".

Embora sejam reconhecidos os inegáveis avanços das discussões em torno da Bioética, questionando-se e colocando-se em causa o enfoque tradicional, na prática ainda prepondera uma vertente muito conservadora.

O valor que possuiremos será tanto maior quanto aquele que os outros nos reconhecerão, nesta perspectiva, quanto mais preparados, formados e educados estivermos, mais valiosos seremos, por nós e pelos outros. Hessen⁹⁵, descreve-nos valor como, "... Algo que é objecto de uma experiência, uma vivência". Ao enunciarmos a palavra valor, podemos estar a dizer pelo menos três coisas distintas: "... Vivência de um valor, qualidade de valor de uma coisa ou a própria ideia de valor em si mesma". É óbvio, portanto, o vínculo entre valor e subjectividade, paralelamente é clara a relação subjectiva da Bioética.

Inseridos no contexto da área educativa encontram-se vários valores e percebe-se que o ensino da Bioética na Enfermagem é caracterizado pela sensibilidade que qualifica o agir humano, na medida em que afirma que a prática deve ser compatível com esses valores.

Um importante valor a ser descrito é o ideal da profissão, que é a sua valorização, que imprime o respeito, o orgulho e a dignidade daqueles que a praticam. É a busca pela qualidade do serviço e pelo respeito ao utente que, neste teor, se insere como a boa assistência prestada, assim como a construção do conhecimento, dentro de uma relação interpessoal imprescindível ao desenvolvimento individual, profissional e social. Nesta linha de pensamento, entende-se a estética da sensibilidade como capacidade profissional que valoriza a diversidade de trabalhos e de clientes, estimula a criatividade e a ousadia, qualidades que devem ser desenvolvidas na Enfermagem, visando a prestação do cuidado mais humanizado.

A busca de novo paradigma no ensino da Enfermagem que contempla a estética, resulta do lembrar que na história da Enfermagem, como vimos atrás, foi fundamentada na caridade, religiosidade, intuição e submissão ao saber médico, num desempenho de prática rotineira e mecanicista, em que dificilmente valorizavam beleza intrínseca da profissão fazendo de cada dia uma obra de arte.

A educação fundamentada na Bioética da sensibilidade deverá organizar os seus currículos de acordo com valores que fomentem a criatividade, a iniciativa e a liberdade de expressão, abrindo espaços para a incorporação de atributos como a leveza, a multiplicidade e o respeito pela vida e intuição. Currículos inspirados nesta dinâmica são mais passíveis de contribuir para a formação de profissionais que, além de tecnicamente competentes, percebam na realização de seu trabalho uma forma concreta de cidadania.

Ao pensar em valores políticos dentro do ensino e da prática da Enfermagem, entende-se que estes devem conduzir a uma política da igualdade de condição na aquisição de conhecimentos e na actuação profissional, devendo ser desenvolvidos, com o respeito ao bem comum, à solidariedade e à responsabilidade. Constituem assim, um compromisso pessoal e social nos indivíduos, com a compreensão dos seus direitos e deveres, tanto na educação quanto na saúde.

Uma política de igualdade deverá incentivar situações de aprendizagem, nas quais o protagonismo do aluno e o trabalho de grupo sejam estratégias para a contextualização dos conteúdos curriculares na praxis. Nesse sentido, a política da igualdade está sintonizada com as mudanças na organização do trabalho pelas quais as relações hierarquizadas estão a ser substituídas pela equipa, pelo cuidado, como essência da prática da Enfermagem, bem como pelo acolhimento de várias lideranças em lugar de um único supervisor, como também pela solidariedade e companheirismo na realização das actividades profissionais.

Nesta fase abordaremos a existência de uma estreita relação entre modelos de análise teórica da fundamentação da Bioética e modelos de ensino norte-americano e europeu (sueco em especial) da Bioética, que reforçam as diferenças de sensibilidade da temática em estudo.

O modelo de ensino de Bioética norte-americano pensa a discussão de casos, independentemente das unidades curriculares numa perspectiva de lógica transversal. Do exposto e apurando do ponto de vista de Patrão Neves⁹⁶, decorre do pensamento ético anglo-americano um sentido relativista, que pode desenvolver-se numa Ética casuística ou numa Ética situacionista. No âmbito da prática clínica, esta perspectiva ganha adeptos pelo estabelecimento de normas de uma conduta moral, conducente de uma boa acção.

O cenário filosófico anglo-americano é dominado pelo pragmatismo que se estende ao empirismo defendido por Francis Bacon, ao utilitarismo assegurado por Jeremy Bentham e John Stuart Mill, ambos os esboços de um panorama individualista. Já numa vertente consequencialista, surge John Rawls com a sua célebre reflexão acerca da justiça como equidade emana duma reacção natural à orientação filosófica instalada.

Entre os mais citados modelos de análise Bioética contamos com i) o "principialista", traçado em *Principles of biomedical ethics*⁶³ por Tom Beauchamp e James Childress*, ii) o "libertário" proclamado na obra *The foundations of bioethics*⁶⁷ por Tristram Engelhardt**, iii) o da "virtude" apresentado em *For the patient's good*² por Edmund Pellegrino e David Thoma*** e reforçado em *After virtue*^{97,98} por Alisdair McIntyre, que tentam combater o individualismo anterior, iv) o "casuístico" explanado em *The abuse of casuistry*⁹⁹ por Albert Jonsen e Stephen Toulmin****, v) o do "cuidado" deslindado em *In a different voice*⁶ e por Carol Gilligan***** numa vertente mais personalista, vi) o contemporâneo do "direito natural" defendido em *Natural law and natural rights*⁷⁴ por John Finnis*****, vii) o "contratualista" esclarecido em *A theory of medical ethics* por Robert Veatch*****.

*Os autores propõem a existência da *beneficência*, *não-maleficência*, *justiça* e *autonomia* como os quatro princípios que norteiam a boa acção, não competem hierarquicamente entre si e legitimam grande parte da prática clínica.

**Inspirou o modelo na tradição político-filosófica do liberalismo norte-americano, com base na defesa dos direitos e da propriedade dos indivíduos e gerou polémica pelo extremismo da autonomia individual imputado ao sujeito.

***Enfatizam a acção dos profissionais e saúde convergindo na sua tomada de decisão a plena participação do paciente.

**** Preconiza uma análise da acção caso a caso, examinando e comparando com outras situações e não se baseando em princípios orientadores da tomada de decisão.

***** Contrapõe o *cuidado* (valor primordial para o desenvolvimento moral), como de expressão feminina à *justiça* como valor de expressão masculina.

***** Determina o conhecimento, a vida estética, a vida lúdica, a racionalidade prática, a religiosidade, a amizade como bens em si mesmo, fins e não meios, sem disposição hierárquica. O desenvolvimento destes valores fundamenta a moralidade da acção.

***** Valoriza o triplo contrato entre médico-paciente, médico-sociedade e princípios orientadores da relação médico-paciente, denunciando as insuficiências da Ética hipocrática. Os princípios fundamentais a obedecer, como regras de conduta são: o da beneficência, o da proibição de matar, o de dizer a verdade e o de manter as promessas.

No que concerne ao painel europeu, o modelo de ensino defendido, define as unidades temáticas que realizam a abordagem da Bioética numa vertente de lógica segmentar. Provêm da filosofia europeia, uma universalidade da ordem Ética e deontológica com raízes na tradição metafísica, que se reflecte na expressão de uma recém sabedoria de dimensão transdisciplinar, intitulada de Bioética. Esta nova disciplina tenta indagar do fundamento do agir humano e acautelar os princípios que motivam a moralidade da acção.

Dos modelos de análise Bioética mais discutidos, podemos referir com destacada relevância o personalista, inculcado na filosofia europeia contemporânea, aludindo à “Ética comunicativa” em *Transformation der Philosophie* de Karl Otto Apel* ou a “Ética como filosofia primeira e expressão de uma filosofia da alteridade” em *L’humanisme de l’autre homme* de Emmanuel Lévinas**. Este modelo cria um raciocínio deontológico, de desígnio teleológico, que encara como valor supremo do agir, a dignidade universal do homem.

O modelo personalista centra na pessoa as atenções, sobressai a sua singularidade como única, irrepetível, original e indivisível, na esteira das categorias da pessoa enquanto pessoa, enunciadas por Paul Schoismans¹⁰⁰ a unicidade da subjectividade, o carácter relacional na intersubjectividade e a solidariedade em sociedade, atribuindo à pessoa o mais importante estatuto.

Ainda em fase de estruturação, o modelo personalista, apresenta dificuldades em satisfazer questões ético-antropológicas levantadas pela prática clínica actual, contudo, proporciona uma mais clara compreensão do modo de agir numa ampla complexidade de situações.

O ensino da Bioética deve permitir a todos exercerem as suas próprias responsabilidades perante as novas situações derivadas do avanço das ciências da vida, imprimindo no profissional de saúde ao logo da sua formação académica, um acento de respeito incondicional pelos direitos fundamentais.

A Bioética deve ser concebida como uma forma de ensino integral, sendo parte da formação de base geral dos futuros cidadãos de modo sinérgico com os ensinamentos específicos. Alguns autores defendem que, deve ser ministrada de forma interdisciplinar, porque os diferentes desafios ligados ao progresso devem ser apreendidos em toda a sua complexidade. Além do mais, a Bioética remete a sistemas de pensamento diversificados que convém às nossas sociedades pluralistas integrar.

* Concebe o homem como um “animal comunicante” na construção de uma “sociedade comunicativa”.

** Parte da soberania da alteridade para conceber o “humanismo do outro homem”.

O exercício da bondade com o semelhante constitui atributo quase exclusivo da nossa espécie e torna-se um referencial de estirpe para a condição humana, no caso das profissões da saúde em geral, uma das modalidades de exercício da bondade por meio de técnicas e artes voltadas para o aperfeiçoamento da vida e promoção da saúde, a oferta da cura por meios técnicos deve ser vista como um gesto de doação de saber, exercido com arte em benefício exclusivo do paciente.

O profissional de saúde dispõe de direitos delegados pelo Estado sobre a vida e a morte do semelhante, responsabilidade terrível, que representa o poder supremo de prolongar a vida, mitigar o sofrimento ou, por erro ou omissão, causar a morte, configurando culpa por atitude involuntária.

É sempre útil frisar que o profissional de saúde utiliza um acervo de conhecimentos que constitui patrimônio cultural da humanidade, não lhe pertence a ele como agente do saber acumulado, a ele pertence a perícia, a maior ou menor habilidade (arte) na execução das técnicas e conhecimentos adquiridos. Esse acervo decorre, como é lícito supor, do saber acumulado pela observação no próprio homem, transmitido pelas escolas públicas em grande maioria (mas não apenas por elas) ou sob o treino exercido em hospitais públicos ou instituições subvencionadas pelo poder público, portanto sob custódia social.

Dá-se entende que a atenção do profissional de saúde voltada para a sociedade em geral constitui procedimento de alto escopo humanitário, deve ser vista como um acto de respeito e uma forma de devolver à sociedade aquilo que lhe pertence por origem e vocação histórica. Assim, contradiz-se a arrogância do profissional de saúde como proprietário do saber e detentor absoluto do conhecimento sobre a vida e a morte.

O ofício do profissional de saúde constitui procedimento técnico de domínio e propriedade pública e em seu nome deve ser exercido. A arte dos cuidados em saúde, considerada excepcional em habilidades inerentes à dotação singular do praticante, pode ser considerada como propriedade privada e tornar-se, por isto, passível de venda pelo próprio.

No entanto, é bom não perder de vista que arte e ofício em cuidados de saúde estão de tal modo imbricados que se torna muito difícil conjurar limites e outra solução não há senão considerá-los como partes inseparáveis do conjunto e por igual, como mister de relevante compromisso social e profundo interesse público.

O profissional de saúde detém delegado na sua função o supremo privilégio de acesso aos bens mais valiosos e privados do indivíduo, sendo estes a alma, o domicílio e o próprio corpo. Como indispensável confidente goza da confiança, a priori, para perscrutar os mais secretos sentimentos da condição humana, devassar-lhe o corpo ou penetrar na sua residência, tudo em nome do benefício que será prestado. A confiança, no caso, constitui patrimônio moral da pessoa e decorre da boa-fé do paciente em abrir as portas para receber

o bem da cura. Daí decorre o dever irrestrito de respeito ao corpo, associado ao dever de sigilo, lacre inviolável de uma relação fraternal de beneficência e amor, imposta ao profissional de saúde.

Os profissionais de saúde são, em conjunto, gestores naturais dos meios de preservação da espécie, além do processo biológico natural e evolutivo responsável pelo aprimoramento da mesma. O conhecimento do profissional de saúde sobre o complexo funcionamento do corpo humano ainda é limitado e parcial e, como tal, obriga-o ao voto permanente da humildade, como dispunha Sócrates ao considerar que o sábio era aquele que "conhecia bem os limites da própria ignorância":

Cabe ao profissional de saúde gerir, administrar ou agir sobre os "buracos negros" da cultura, oferecer respostas sem o conhecimento prévio da questão ou actuar no parco limite do insondável, na inóspita região das sombras ou no vale das mortes. Até porque a medicina sabe que é um compromisso de meios, apesar da desesperada busca de resultados. A medicina, além de proposta terapêutica, constitui um campo permanente de provas, uma eterna fonte de pesquisa *in anima nobili* e, como tal, carece de rigoroso controle bioético para não sobrepor o interesse da ciência ao interesse individual do mais mísero e remoto cidadão, início e fim da condição humana.

O profissional de saúde consagra o escopo humanitário a serviço exclusivo da vida e pela vida, mesmo quando se trata de oferecer regras de dignidade à morte, portanto, até por exclusão.

Outros motivos vinculados na modelagem Bioética do profissional de saúde, estão ligados à necessidade de formar uma consciência Bioética de relação ou imprimir na personalidade um forte acento de respeito incondicional aos direitos fundamentais. Essas razões estão dependentes da necessidade de oferecer ao profissional de saúde a postura Bioética aprendida e estimulada, saudável e proveitosa na relação com o paciente, outros profissionais e a sociedade em geral.

Mais razões para se acentuar o ensino da Bioética nas profissões da saúde, decorrem do extraordinário progresso da ciência e das descobertas notáveis e desconcertantes que possibilitam vencer os limites convencionais da intervenção sobre a própria natureza humana. Por outro lado, as inovações ensejam conflitos entre a competência técnica e a ordem legal estabelecida, além dos pressupostos de consciência inerentes ao poder alcançado, podendo apenas ser mediados pela Bioética.

Como exemplo, temos as novas técnicas de reprodução medicamente assistida, onde a medicina pode promover a instalação de um ovo no útero de uma terceira pessoa mas, em contrapartida originar sagazes e imprevisíveis questões acerca da real propriedade do produto de concepção ou reclamar direitos recém-adquiridos de afeição subliminar ao embrião gerado nas suas entranhas, alegando estranhas relações entre gestor e gerado,

não elucidadas pela ciência médica. A imperiosa necessidade de avançar rumo ao infinito das possibilidades técnicas surge ladeada pelo manto diáfano da Bioética, capaz de agasalhar situações ao desamparo da lei. Ressalta a urgência em prevenir situações tão graves e tão importantes quanto a própria novidade técnica. O procedimento inovador e audacioso carece de um rigoroso estudo de impacto bioético sobre a condição humana. É possível vencer a barreira da compreensão legal, mas jamais tomar de assalto os horizontes da Bioética.

As novas técnicas de controle da engenharia genética com a descoberta do código genético, a possibilidade de intervenção no genoma a ponto de privar a humanidade do discutível direito de "erro de formação", ou seja, abolir o factor de lotaria genética, típica da natureza, e programar com rigorosa exactidão a escolha de fenótipo ideal, são apenas algumas das graves repercussões da competência técnica inusitada, cujo controlo terá que ser desempenhado a rigor, pela Bioética, como lei mais universal e menos afeita às circunstâncias do tempo e do lugar, rumo essencial da insustentável pureza humana.

As novas faculdades técnicas de transplantes, levando o homem à fronteira do impossível, trazem à baila um romance de festejado literato e refinado crítico de arte de Brasília, o escritor Almeida Fischer, que escreveu o romance *A face perdida*, cujo tema era exactamente um transplante de cérebro. O progresso científico em todos os tempos, força as sociedades a colocar questões pertinentes e obriga-as a adaptações delicadas, mas as potencialidades destrutivas das novas tecnologias apontam para a questão da perenidade da espécie humana, quer na sua identidade quer nos seus princípios morais e levantam discussões que concernem à intimidade de cada um de nós.

A tomada de consciência desses desafios planetários certamente abriu o campo de reflexão Bioética, que tem como finalidade o estudo teórico dos princípios, assim como o conjunto dos princípios que dirigem as acções humanas.

Nessa perspectiva, o núcleo de um projecto pedagógico de sensibilização às questões Bioéticas reside incontestavelmente no ensino da Bioética. A existência de uma rede mundial de Comitês de Bioética representa um trunfo incontestável pela riqueza da reflexão conduzida por essas instituições, que constitui fonte pedagógica de escolha. Ela materializa a dimensão planetária da Bioética, realçando a diversidade das colocações segundo os países e as culturas.

*A história traduz as mais variadas complicações que se pode admitir quando o cérebro de uma pessoa (referindo-se à memória e sentimentos) passa a dispor do corpo de outra.

Talvez nunca se tenha pensado que esse domínio do progresso técnico-científico, elaborado pelo homem pudesse ameaçar a qualidade e a sobrevivência da vida em si mesma. Porém, toda a comunidade científica está vigilante, já que as descobertas da biotecnologia se sobrepõem com uma rapidez inigualável. É imperioso que a Bioética consiga aproximar-se desses avanços e trazer melhores perspectivas à humanidade.

O romance de Aldous Huxley Admirável Mundo Novo já oferece, na primeira metade do século XX, uma visão aterradora da possibilidade de controlo da engenharia genética*. O controle da vida, resultante da descodificação da complexa estrutura genética, pode tornar a existência monótona e fria, estratificada e desprovida do colorido essencial criado pela "desigual semelhança" que há na sociedade natural, quando o homem é fruto da sábia e fortuita conjugação de factores aleatórios formado ao sabor de indefectíveis circunstâncias, inclusive com pequenos erros de geração, ou notáveis acertos de genialidade. Aí vemos os ingredientes que devem participar da messe de preocupações levadas ao conhecimento dos estudantes de futuras profissões da saúde, sob pena de privá-los do discernimento bioético relativo ao controlo e qualidade da vida.

A Bioética, pela sua abrangência, está caracterizada pela interdisciplinaridade, interculturalidade e metodologia do diálogo, e é, por excelência, disciplina da alteridade, em que a pessoa é o fundamento de toda reflexão e de toda prática Bioética, o que significa, o respeito incondicional pelo outro, aprendendo a conviver com as diferenças, buscando equilíbrio entre os diversos pontos de vista que permitem a estruturação e a articulação dos conteúdos da Bioética.

Do exposto despontam razões para sustentar a necessidade do ensino da Bioética aos profissionais de saúde como um factor de suporte e balizamento na formação do carácter, indispensável ao controlo da vida e à manipulação do semelhante, sobretudo nos desvios da relação a dois ou nas fronteiras ermas do conhecimento.

O ensino da Bioética tende a ser concebido como fruto da cultura geral do século XXI, por dois motivos, um pelo seu carácter pluridisciplinar que proporciona uma abordagem de interesse indiscutível, num universo em que os indivíduos são chamados a fazer prova das suas capacidades de mobilidade e de flexibilidade crescentes no exercício de suas actividades profissionais, o que lhes exige competências diversificadas e o outro porque ele deve preparar os indivíduos para o exercício das escolhas democráticas, numa sociedade em parte condicionada pelos progressos das ciências e das técnicas.

*Mostra-nos uma sociedade formada por cidadãos feitos por encomenda para as diversas actividades sociais (seres utilitários e outros dotados de inteligência plena e poderes excepcionais).

O ensino da Bioética visa favorecer a aprendizagem da tolerância, cimento das sociedades pluralistas.

O ensino da Bioética proporciona uma aprendizagem a respeito do outro, da sua identidade, da sua dignidade, da sua própria cultura. É da sua natureza contribuir para a paz e a justiça no mundo.

Os objectivos imediatos emanados do ensino da Bioética, são os dirigidos para o reconhecimento e fomento de valores na consciência do profissional. Na Ética axiológica, valor representa um atributo de consciência ou elemento formador do carácter, particularmente dos valores morais, que oferece ao indivíduo a polaridade pelo bem ou pelo mal, pelo certo ou pelo errado, pelo falso ou verdadeiro, etc. Enfim, responde pela maior ou menor aptidão para a opção natural de conduta, motivada por princípios.

Os princípios são pontos de apoio indispensáveis à consecução do discernimento para a conduta de relação com o semelhante, ou com o meio ambiente. Como exemplo de valores considerados essenciais na formação do carácter, temos na antiga cultura grega, os elementos primordiais da temperança, coragem, prudência e justiça, defendidos por Aristóteles. São Tomás de Aquino, por sua vez, relacionava essas virtudes gregas com as virtudes cristãs da fé, esperança e caridade como preceitos ou princípios essenciais na modelagem do carácter, ou da consciência cristã. Entre nós, para a formação do carácter ou do acervo bioético crítico para dotação do profissional de saúde, consideramos como princípios fundamentais: a justiça, a bondade, o respeito, a autonomia, a beneficência, a não-maleficência (*primum non nocere*), solidariedade, sigilo, preservação da vida (humana/ambiental), índole para alívio do sofrimento.

Portanto, um dos propósitos da educação Bioética nas profissões da saúde, vem a ser inculcar valores, moldar o carácter, promover os princípios essenciais e alcançar como resultado a modelagem das virtudes, mínima e consistente, para uma conduta profissional adequada.

Os determinantes dos valores a transmitir são questões Bioéticas que devem partir da autonomia intelectual, construída na formação da pessoa, que se caracteriza como o fundamento da Bioética. Ao definir a pessoa como um ser com possibilidades de escolhas e constituído de valores, formada por uma rede de relações que começa no seio materno, se amplia na família, na cultura e na política, ao longo de toda a existência, entende-se que a construção das questões Bioéticas se desenvolve num processo de inter-relações.

A visão cartesiana de mundo, que privilegia a separação da mente e corpo, a lógica de que a cada efeito corresponde uma causa, a perspectiva científica na prática clínica são factores presentes no currículo do profissional de saúde actual e que tem como norma básica a abordagem utilitarista e pragmática da educação. Forma-se um profissional com visão técnica preparado para “pilotar” equipamentos, esquecendo-se que a sua missão será

a de atender pessoas com sentimentos e esperanças que não são “lidos” por nenhuma das maravilhosas máquinas disponíveis.

Uma profunda mudança no modelo pedagógico vigente, tornando o ensino da Ética eficiente para responder aos dilemas apresentados pela comunidade humana, advoga-se impreterível. A falta de sintonia entre as disciplinas acadêmicas e a realidade social pode conduzir a graves distorções e a uma formação profissional insatisfatória. Há que buscar novos modelos de ensino, pois a sociedade assim o pede. A rígida deontologia calcada nos antigos mandamentos hipocráticos encontra-se exaurida. A modernidade desmistificou o médico semideus totalitário e pretende-o mais humano, sensível, fraterno e, não mais, um pai autoritário e tirânico.

Obtemos com mais clareza o entendimento em relação ao comportamento ético, compreendendo-se os fundamentos da Bioética, como senso de responsabilidade, a consciência e o conjunto de valores e normas. Entendendo que a Bioética pode ajudar-nos a fazer uma escolha, quando reconhecemos nossos próprios valores e normas, reflectimos sobre eles, discutimos e examinamos, para ver se são conflituantes ou contraditórios. Assim, podemos justificar as nossas escolhas Bioéticas de maneira lógica e racional.

Os princípios e as normas que procuramos seguir como princípios orientadores devem estar bem determinados na nossa consciência. A reflexão sob os valores da estética da sensibilidade e dos valores políticos contribuiu para esclarecer nosso pensamento sobre a importância da Bioética no ensino da Enfermagem, visto que entendemos que a formação profissional está nela fundamentada, determinando o perfil profissional desejado, que visa ao desenvolvimento da competência e da autonomia no Enfermeiro.

A Bioética vem a ser o selo de garantia de qualidade do profissional de saúde que age com o desígnio humanitário, que aproxima o homem dos deuses pelo poder excepcional que lhe é conferido sobre a morte e a vida, tudo para sua reinvenção ou ruína, glória ou miséria. Remetendo para as dificuldades que assolam os pensadores da Bioética, Michel Renaud¹⁰¹ adverte para a pludisciplinaridade dentro da Bioética tornando-a mais questionada que questionante, correndo o risco de se verificar auxiliar de outras disciplinas, perdendo a sua autonomia de raciocínio nas diferentes esferas de tomada de decisão social.

Outro problema mencionado, pelo autor, reporta-se à relação entre a teoria e a prática, à articulação entre os princípios e os casos concretos. A busca de princípios gerais e universais para esclarecer uma multiplicidade de casos concretos e particulares, defendida pelos filósofos, deu lugar à procura do consenso sobre os *minimalia ética* pelos decisores na área da Bioética, desafiando a relação de máximos e mínimos bioéticos.

Renaud¹⁰¹, na sua comunicação em Pádua, manifesta a preocupação sentida pela educação da Bioética, no que diz respeito ao lugar que esta ocupa no ensino e aos destinatários a quem se dirige e visa formar, reflexo da sua interdisciplinaridade. Na linha da

inquietação anterior, emerge uma outra relacionada com a vivência dos valores éticos no contexto de intersubjectividade de uma sociedade plural, ambicionando-se o consenso na diferença.

A Bioética não pretende calar a ciência, proibir as pesquisas, mas aspira caminhar com elas, tentando antecipar os problemas, ajuizar o importante, no intuito de prevenção. Chegar a um consenso é praticamente impossível, então deve-se buscar a tolerância acompanhada da responsabilidade.

Como se vê, é de extrema importância transferir essa temática também para as pessoas não especialistas, para que todos possam compreendê-la e decidir com segurança qual o melhor percurso a adoptar. É essencial que a sociedade mude a sua postura em relação à ciência e tente orientar de forma eficaz os mecanismos de controlo social e bioético para que os "Homem-Deus" não disponham em vão a vida alheia.

O poder do homem sobre a vida mostra-se como uma realidade esperançosa, mas ao mesmo tempo, perigosa demais. É importante que o homem seja capaz de assumir decisões Bioéticas que possibilitem um futuro plenamente humano.

O ensino da Bioética nos cursos das profissões da saúde passa por um momento de transformações. O modelo clássico representado pela disciplina de medicina legal e deontologia no curso de Medicina, por exemplo, mostra-se insuficiente para atender à necessária formação humanística do profissional, ocorre-nos então, que a Bioética é uma desejável alternativa.

Profundamente interdisciplinar, a Bioética oferece aos estudantes a possibilidade de se inteirarem das diferentes correntes de pensadores que se debruçam sobre o conhecimento comportamental do ser humano. Permanecem as indispensáveis reflexões sobre normas deontológicas, porém, enriquecidas com uma visão mais abrangente da moralidade humana. Numa sociedade plural e secularizada em que os profissionais de saúde entram em contacto diário com diferentes concepções de vida, tornam-se imperativas tomadas de decisões que estejam sintonizadas com essa realidade.

Questiona-se, ainda, a peculiaridade do modelo passivo ensinar/aprender. Sabendo o ser humano um sujeito possuidor de um complexo sistema mental de elaboração das informações recebidas, advoga-se a tese que a aprendizagem é muito mais um processo activo de interacção docente, discente e realidade social¹⁰². Não basta tomar conhecimento de normas morais e legais, o comportamento bioético do profissional de saúde exige tolerância, prudência e poder de discriminação, características da nova disciplina proposta que a experiência quotidiana ao longo do tempo nos vai ditando¹⁰³.

Ao defender-se um caminho de desenvolvimento profissional coerente e consistente com valores e saberes próprios está-se cada vez mais concentrado naquilo que é decisivo para que a profissão cumpra realmente e com maior rigor a função social a que os cidadãos

têm direito e que exigem, pois a verdadeira interdisciplinaridade é concretizada num quotidiano de cuidados em que as equipas profissionais partilham a autoridade com os utentes e famílias.

A formação em Enfermagem, sendo por natureza uma formação profissionalizante, ganha pertinência acrescida, pois o desafio passa a ser o de preparar os estudantes para que tenham uma elevada capacidade de adaptação às diferentes situações profissionais, algumas dilemáticas, que acabarão por surgir ao longo da respectiva vida de Enfermeiro.

Ao pensar-se num modelo entendido como articulação entre conceitos e linhas de pensamento que orientam a prática, deve-se ter em conta a diversidade de contextos de formação e de práticas profissionais, bem como de vivências por parte dos formandos, dos formadores, dos utilizadores de cuidados e dos profissionais de saúde¹⁰⁴.

O cuidador não pode estar distanciado da teoria nem da prática. Não é mais do que o saber ser, estar e fazer, os três domínios inseparáveis pois “formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas”, segundo Freire⁸⁰.

A face da pedagogia defendida por Medeiros⁹¹ é a pedagogia activa, que surgiu no final do século XIX, princípio do século XX e, teve como pedagogos Montessori, Decrly, Frerrière, Cousinet, Freinet, Dewey e outros. A pedagogia activa defende uma prática que parta da vida, da integração a um grupo.

O cuidar obriga a que todos trabalhem em conjunto tendo em vista o bem do *Outro*, que deve estar profundamente implicado, tal como a sua família, neste trabalho. Se o pedagogo activo não impõe ao aluno um conhecimento, mas o coloca em condições de, a partir dos seus interesses e das suas necessidades, poder adquiri-lo e satisfazer a sua curiosidade instintivamente, o “cuidador activo” também não imporá um cuidado, sem antes dar a conhecer ao outro as possíveis alternativas, que poderão satisfazer ou ir de encontro às suas necessidades. Há que antes de mais escutar, pois, citando Freire⁶⁹, “somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele”. Assim, entende-se que o desenvolvimento do sentido crítico, da dúvida sistemática, da capacidade de avaliação e de auto avaliação é objectivo de educação.

Da mesma forma que na educação social o período da infância e juventude são considerados críticos para a formação de hábitos e modelagem da personalidade, consideramos, por analogia, que a formação Bioética do profissional de saúde deve ser iniciada nas disciplinas básicas do estágio pré-clínico com noções mais gerais de Bioética, um curso teórico e substantivo de introdução à Bioética, a Ética aplicada ao ambiente do ensino e relativa ao respeito ao ser humano, animais de experiência e até à postura académica¹⁰⁵.

Não se pode esquecer o pressuposto da bagagem informal de preceitos que fazem parte da educação do indivíduo no ciclo familiar e social pré-universitário. É lícito considerar

o relativo afrouxamento nas normas de disciplina no âmbito familiar, escolar e religioso actuais como fruto de um modelo social incontinente, de contingência e liberação irracional dos costumes. No entanto, a quebra dos padrões de distinção no modelo social vigente, a nova relação de plena franquia no tecido cultural moderno marcado pela lassidão de regras, de permissiva igualdade e descontraída modernidade, ofereceu às escolas superiores um produto final que perdeu em qualidade para ganhar em número e abrangência social. O ensino superior está de facto massificado e as faculdades formam profissionais da saúde, regidas por leis de mercado e não pela verdadeira necessidade social¹⁰⁶.

A Bioética na educação deve propiciar ao aluno o exercício da escolha e da decisão entre alternativas diferentes, tanto na execução de actividades profissionais como na definição de caminhos, procedimentos ou metodologias mais eficazes para o desenvolvimento com qualidade da sua vida pessoal e social¹⁰⁷.

A Bioética deve permear e influenciar permanentemente as condutas dos alunos para fazer deles defensores do valor da competência, do mérito e da capacidade de fazer bem, contra qualquer favoritismo e tendo em consideração a importância da recompensa pelo trabalho bem executado, que inclui o respeito, o reconhecimento e a remuneração condigna, dignificando o seu desempenho profissional.

Referimos que a educação Bioética na Enfermagem, a formação de competências em Bioética, procura que os profissionais possam inserir os conhecimentos adquiridos em situações concretas¹⁰⁸, cumprindo cabalmente com o seu mandato social, pelo que nos parece que urge educar para as competências abaixo citadas na tabela (Tab.1.2).

Tabela 1.2.: Síntese de algumas competências adquiridas pela Educação Bioética, segundo Kim¹⁰⁸

Responsabilidade	Deve-se assumir as consequências dos actos praticados
Juízo crítico	Deve-se criticar o conhecido e não se deixar massificar numa atitude de prudência
Aprimorar do sentido de justiça social	Deve-se dinamizar atitudes de cidadania
Partilhar com disponibilidade	Deve-se aprender dar a cada um o necessário
Lutar pela verdade e pela saúde	Deve-se fomentar a noção de equidade social
Personalizar	Deve-se interiorizar os conceitos aprendidos, para se enriquecer como ser humano, reflectindo-se no outro como seu semelhante e se reconhecer como pessoa única e genuína

Na educação da Bioética, a consciência, enquanto percepção que as pessoas têm de si, do meio ambiente e dos outros, ocupa lugar de destaque. O julgamento interno que cada um faz de seus actos e dos actos alheios sofre alteração de um grupo profissional para outro, de uma época para outra, pois baseia-se em valores que são mutáveis.

O Enfermeiro, para poder cuidar, tem de utilizar um saber próprio, o chamado saber de Enfermagem que permite cuidar da pessoa na sua globalidade e tem de prestar cuidados personalizados. A este saber necessitamos de adicionar a reflexão (o pensamento reflexivo), feita em torno de dados que colhemos, pois como refere Walter¹⁰⁹ “o saber não pode ser dogmático, é um saber móvel em torno da observação”, que requer disciplina, método para aperfeiçoar as capacidades pessoais, promovendo a melhoria dos cuidados prestados, pelo que formação e exercício profissional são inseparáveis e aliados na busca da excelência do cuidado em Enfermagem.

O progresso científico, aos poucos, deve ceder aos limites éticos e legais. A Bioética, sem dúvida, é questionamento em busca da conveniência e da oportunidade. Está voltada para o futuro com sucesso já no presente.

É claro que a Bioética não significa estagnação e, portanto, estará sempre em transformação, guiada pela evolução da ciência e transformação da sociedade. Deverá acompanhar estes avanços tendo como principal objectivo a garantia da integridade do ser humano, tendo como linha mestra o princípio básico da defesa da dignidade humana.

O ensino da Bioética propicia o momento da ciência com consciência, rumo à preconização da função social das biociências. Surge um “tempo novo” e nova mentalidade deve acompanhá-lo. O desafio é a construção de uma Bioética nova, baseada na solidariedade em que o pensamento do “eu” passe a ser o pensamento do “nós”, incutida através de um ensino sistemático e persistente desde tenra idade.

O impacto social das profissões da saúde é estimulado pela demanda colossal de recursos indispensáveis às acções de protecção da mesma, a expectativa mágica da sociedade leiga sobre os poderes excepcionais e ilimitados destes profissionais, a transformação das fronteiras convencionais da vida e, sobretudo, por conta da necessidade imperiosa de uma disciplina Bioética, além dos rigores da lei, para controlo, qualidade e garantia dos actos exercidos. A lei pode intimidar os profissionais da saúde em favor do acto perfeito, mas é a Bioética, por meio da força do carácter e da consciência, que modela a feição benéfica e humanitária do seu gesto. É lícito supor que a boa prática clínica no nosso tempo carece mais de fundamentos bioéticos do que novas descobertas científicas, tendo em vista o formidável acervo de competências acumuladas e mal exercidas.

O ensino da Bioética em qualquer estágio de formação profissional não deve limitar-se à aula expositiva, mas sim conduzir-se de forma dinâmica, com discussão de casos concretos e participação activa dos estudantes, formadores e profissionais. As Comissões de Ética Médica devem colaborar com o ensino da Bioética nos hospitais e sua actuação não deve limitar-se ao estudante ou interno, mas alcançar o paciente e os membros do corpo clínico.

É impossível delimitar no acto clínico onde começa a qualidade Bioética e onde acaba a eficiência técnica, de tal modo estão imbricados que, às vezes a decisão da iniciativa é Bioética, mas a estratégia é técnica, noutros casos a decisão técnica fundamentada nos livros de texto ou manuais de rotina traduz-se numa postura Bioética de observação e respeito pela vontade soberana do paciente, quando maior e com discernimento próprio.

Bioética nos primórdios, aponta através de soluções técnicas com um sofisticado testamento bioético para um norte confessável, de ajudar o homem a ser feliz, no caso através da saúde, seu bem maior, para a felicidade do Outro.

Na sequência de reuniões levadas a cabo por entidades idóneas no âmbito da discussão de temáticas da Bioética, a saber, Conselho Jurisdicional de Enfermagem¹¹⁰ (CJE), docentes da Ética e Deontologia na formação em Enfermagem e os Enfermeiros das Comissões de Ética para a Saúde, decorridas em Fevereiro e Março de 2006, nas cinco secções Regionais, surgiu, fruto de aturada reflexão acerca da formação Ética e Deontológica nos cursos de Enfermagem, um documento pedagógico com o formato de recomendação¹¹¹. Ressalva-se o carácter autónomo a nível científico e pedagógico da área da docência.

Os actuais conceitos acerca da educação em Enfermagem, possuem um cariz humanista e eclético, compreendido pelo cruzamento de conteúdos e estratégias, de metodologias e táticas que promovam o pensamento crítico, que mobilizem uma aprendizagem catalizadora do desenvolvimento pessoal e do crescimento profissional, aludem para uma singular reflexão sobre o ensino da Ética na formação de Enfermagem¹¹².

Paulatinamente, a abordagem deontológica ou a perspectiva jurídico-legal no ensino da Ética, foi-se tornando obsoleta, exigindo uma reflexão filosófica sobre o agir humano, compadecendo-se com a imagem crida por Paul Ricoeur, na qual cada um procura caminhar no sentido de "uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas"⁵². Cada pessoa realiza-se por intermédio do seu agir, pelo que na realidade, a questão ética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para *seu próprio bem*.

Pretende-se deste modo que através da formação os estudantes possam adquirir e desenvolver competências nos domínios da Bioética, inculcados nos cuidados que irão prestar e apossam fundamentar com rigor a tomada de decisão e orientar criticamente as suas opções como seres humanos, como profissionais e como cidadãos. Desenvolver o agir ético, numa sociedade pluralista, e de pleno respeito pela autonomia das pessoas, exige prudência, reflexão crítica, consciência de cidadania e de responsabilidade humana.

O documento lançado pelo CJE, equaciona alguns conteúdos programáticos de suporte à aquisição e desenvolvimento de competências éticas, considerando relevantes temas como: princípios e fundamentos da Ética, virtudes e valores, princípios e fundamentos

da Ética de Enfermagem, teorias éticas, processo de tomada de decisão e problemas e dilemas éticos.

As competências do Enfermeiro de cuidados gerais¹¹¹, designadamente as do âmbito da Prática profissional, ética e legal (domínio particular da Responsabilidade, da Prática segundo a ética e da Prática legal)*, são incutidas no percurso inicial de formação, como veremos mais adiante, sem perder de vista o facto de outras dimensões de compromisso e responsabilidade profissional se encontrarem descritas nos restantes domínios.

A formação inicial dos estudantes de Enfermagem, embora não abrangidos formalmente pelo cumprimento do Código Deontológico, deverá incutir antecipadamente um sentido de respeito pela Bioética e Deontologia profissional, responsabilidade acrescida aos docentes das instituições formadoras em estimular e capacitá-los para o agir bioético.

A correcta tomada de decisão Bioética, acarreta a conjugação de competências cognitivas, de reflexão e análise na acção ou de experiências vividas, aprendizagem contínua e quotidiana, logo, o ensino da Bioética em Enfermagem requer uma explanação além unidade curricular teórica e do ensino clínico, abrindo os seus contornos ao exterior e mantendo-se ao longo de toda a formação. Defende-se um equilíbrio entre a transversalidade das temáticas e dos princípios da Bioética pelas unidades curriculares e exploração dos casos concretos vivenciados por todos os intervenientes na formação, em contexto de sala de aula e em situações reais, potenciando deste modo uma eficaz aplicação da teoria à prática dos cuidados, perspectivando, assim, uma cabal aquisição das competências.

O referido documento apela para uma acrescida preocupação na conduta patenteada por parte de professores e Enfermeiros, tutores ou orientadores, dada a reconhecida a importância dos modelos de identificação na formação de futuros profissionais, servindo como estratégia e meio de educação Bioética.

Da deliberação realça-se o dever das Escolas seleccionarem serviços para o ensino clínico com os melhores contextos formativos possíveis em termos científicos, técnicos, humanos e éticos e ajuizar cuidadosamente as avaliações realizadas no decurso das experiências formativas, atribuindo destacável valor a partilha de experiências entre escolas aquilatando dos diferentes saberes teórico-práticos identificados.

*Fonte OE: referenciais nacionais para o exercício da profissão, respeitados e utilizados como orientadores das decisões, por parte de quem tenha o título profissional de Enfermeiro, competências essas que integram o *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, do Conselho Internacional de Enfermeiros, e após o trabalho desenvolvido pelo Conselho de Enfermagem_ Domínios a saber: Prática profissional, Ética e Legal – Responsabilidade/ Prática segundo a ética/ Prática legal; Prestação e gestão de cuidados – Princípios chave da prestação e gestão de cuidados (Prestação de cuidados: Promoção da saúde; Colheita de dados; Planeamento; Execução: Avaliação; Comunicação terapêutica e relações interpessoais/ Gestão de Cuidados: Ambiente seguro; Cuidados de saúde interprofissionais; Delegação e supervisão); Desenvolvimento profissional – Valorização profissional/ Melhoria da qualidade/ Formação contínua.

O grupo de discussão salienta a riqueza dos Relatórios do CNECV como contributo formativo, essencial na Educação para a Cidadania, tão em voga nos modelos de ensino nos Estados Unidos e Norte da Europa, que são abordados desde o secundário e manifesta a sua convicção na importância que os princípios teóricos e filosóficos têm na reflexão e debate dos casos de Bioética.

O escopo da Bioética deve ser multidisciplinar sendo que, o essencial é trazer esclarecimentos pluridisciplinares, não restringindo o seu ensino a uma elite intelectual ou aos círculos profissionais mas, dotar os cidadãos de um mínimo de saber científico e técnico, elevando a sua capacidade de articular as diferentes visões disciplinares, exercendo a sua cidadania com fundamentada responsabilidade.

1.2.1.3. O cuidado de Enfermagem como um acto ético

Numa sociedade patriarcal, o conceito de cuidado foi construído como apanágio de uma virtude feminina para ser subserviente ao homem, o cuidado era tomado como natural e intrínseco à mulher. Como se viu, Cuidado, Compaixão, Solicitude, Dedicção, Solidariedade, Integridade, Prudência, Justiça, Paciência⁴¹, são entre tantas outras, virtudes muito caras à Enfermagem, que vão traçando o seu percurso ao longo da história da profissão, sementes de uma ética em expansão.

O cuidado foi atrás abordado historicamente apelando aos antepassados da Enfermagem, uma vez que é essência da profissão. A compaixão, por exemplo, é uma virtude emergente, consequência do cuidar em si⁹⁷. Podemos considerar que as virtudes que a profissão de Enfermagem comporta interligam-se e proporcionam um crescimento mútuo gerando-se consecutivamente umas a partir das outras.

Do ponto de vista cristão, o ver pelo outro tem a ver com o Bom Samaritano, que desce do seu cavalo para socorrer o ferido que encontra no seu caminho, imagem esta que cede significado a um novo paradigma da Enfermagem, o cuidado, virtude que agrega um corpo de conhecimentos transportando-nos para a chamada Ética em Enfermagem.

A respeito do anteriormente referido, Andre Hellegers, fundador do Kennedy Institute of Bioethics, advoga: “conforme os ramos do cuidado da Medicina foram gradualmente tendendo para as técnicas de cura, as virtudes cristãs pareceram ter menos utilidade.” Pensa o autor que em breve, a necessidade pelas antigas virtudes cristãs torná-las-á capitais, já que se exige o progresso da tecnologia, que este não se faça em detrimento das virtudes cristãs* do cuidado, caso contrário correremos o risco de uma morte social sem incómodo.

O cuidado tem sido central na história da Enfermagem. Já atrás foi mencionado que na época colonial, a Enfermagem praticava-se no seio da família e o cuidado era um dever das mulheres, mais que vocação, nos dias que correm estas evidências carecem de

prudência, uma vez que a Ética do cuidado poderá correr o risco de voltar a enclausurar a mulher num rol materno de cuidados, dependente de um mundo do homem.

É essencial manter a égide do cuidado bem central na Enfermagem, visto ser uma profissão que está empenhada no bem-estar das pessoas, mas alicerçado no paradigma de autonomia próprio da modernidade, ou melhor ainda numa Ética de responsabilidade.

A perda do cuidado parece ter algumas causas, entre as quais a despersonalização da atenção sanitária devido à fragmentação do tratamento especializado, a subdivisão de tarefas e a excessiva burocracia institucional, o progresso tecnológico aliado ao crescente uso da técnica, que diminui a importância dada ao indivíduo e os reduz a objecto de abstrações e inferências.

Do ponto de vista da Enfermagem, cujo cuidado é um conceito que lhe é muito querido, esta profissão tem passado ao lado dos modelos impessoais que dominam as discussões actuais, ocupando um lugar quase fundacional, uma vez que, por mais progresso científico-tecnológico que haja, se não houver um nível básico de cuidado alicerçado nas virtudes e vínculo à prática de Enfermagem, a Ética da Enfermagem não faz sentido de existir.

A Enfermagem requer um agir que preserve a dignidade humana, que restaure a humanidade, que evite reduzir pessoas a um estatuto moral de objectos, sustentáculos da Ética, de uma Bioética em Enfermagem.

A partir de um modelo actual de Enfermagem, a profissão vai entendendo a sua tarefa integrada no compromisso de sustentar e promover a saúde numa interdisciplinaridade de profissões.

Se antes o cuidado médico era mais importante que o cuidado de Enfermagem, hoje, uma boa saúde requer bons cuidados médicos e bons cuidados de Enfermagem. Se antes o profissional de Enfermagem ajudava o médico até onde o seu conhecimento lhe permitia, agora ambos possuem um corpo de conhecimentos próprios que lhes permite trabalhar lado a lado em prol do bem do doente.

Note-se que antigamente, no modelo clássico, as relações da enfermeira com o pessoal médico se caracterizavam pela obediência e submissão, no modelo da enfermeira representante do paciente passaram a de hostilidade e confrontação e o novo modelo de Enfermagem procura relações de colaboração, dignificação e respeito com outras profissões relacionadas com a saúde, como podemos constatar pela dissertação do capítulo anterior, de modo a produzir ganhos em saúde.

*As virtudes fomentadas pelo Deus das escrituras Hebraicas e pelos três teísmos incluem a *coragem*, a *temperança*, a *liberdade*, a *magnanimidade*, a *justiça*, a *humildade*, a *paciência*, a *pacificação*. Depois do aparecimento do cristianismo na Europa, às virtudes cardeais juntaram-se as virtudes teológicas da moral – a *fé*, a *esperança* e a *caridade*⁵¹.

Um trabalho adequado nos cuidados de Enfermagem passa por uma estreita colaboração com todos os componentes que formam e dão suporte à equipa de saúde que lida com os doentes. O doente é o principal actor num grupo de cuidadores da saúde, pois é nele que se focalizam e centram todas as actividades terapêuticas de cada profissional, donde o trabalho bem sucedido é de responsabilidade partilhada, envolvida por uma cumplicidade alicerçada na *leges artis*.

A relação na equipa interdisciplinar não é hierárquica, nem existem papéis secundários. Todos têm funções específicas de suma importância e imprescindíveis porque abarcam aspectos distintos da saúde e bem-estar do doente. O equilíbrio consiste numa plataforma de diálogo onde todos os implicados podem expressar o seu ponto de vista oferecendo um valioso contributo nos ganhos em saúde do seu alvo primordial que será sempre o doente.

Na esteira da imagem traduzida pela profissão e pelos profissionais que a compõem, o cuidar mantém-se como essencial da filosofia da prática. Recentemente e segundo Huffstutler¹¹³, três das mais importantes organizações de Enfermagem, como a *American Nurses Association* (ANA), *National League for Nursing* (NLN) e *American Association of Colleges of Nursing* (AACN), numa campanha que pretendeu promover a imagem pública da profissão, seleccionaram *knowledge, competence and caring* como atributos que desejariam ver reforçados perante a opinião da sociedade.

Um outro tentáculo do cuidado, que entenece todos os que contactam com situações mais ou menos delicadas no processo saúde/doença é a compaixão, parece estar-se a referir a um sentimento ou emoção e efectivamente, o que parece é. Ninguém nega que compaixão é um sentimento que fala da dignidade do ser humano e é também vista como uma virtude a atingir no âmbito do cuidado.

Face à insensibilidade que assombra a modernidade, a compaixão é uma virtude que se requer cultivar com dedicação e empenho, de modo a desenvolvê-la e não a atrofia-la pela cultura actual (por exemplo, traduzida num espectáculo constante de desgraças alheias e moderados pelos *mass media*).

A palavra compaixão vem do latim “compata” e significa “sofrer com” ou “experimentar com”. Segundo Andrew Lustig, um dos maiores estudiosos nesta área, é uma paixão visceral, um tipo de emoção ou atitude emocional, uma identificação intuitiva com o sofrimento do outro, o dever imposto sobre o agente moral de responder ao clamor do outro, logo, brota da convivência proposta pelo próprio cuidado.

Segundo W. Reich, a dialéctica entre o sujeito que sofre e o agente que se compadece, é um processo tripartido. Primeiro, o sofrimento em silêncio, só a cara do doente o expressa (a resposta do cuidador é silenciosa), no entanto, é um espaço aberto para gerar sentido, ainda que sem palavras. Segundo, a expressão do sofrimento,

manifestação através de pranto ou de lamento da experiência do doente como resposta da compaixão expressa, em que se trabalha de modo a dar voz aos que não possuem voz, procura partilhar com o sofredor pensamentos e sentimentos, em ordem a que se conecte com um espectro mais amplo de sentido e de valor. Em terceiro, o doente que sofre, fala numa voz, descobre uma identidade no sofrimento. Por sua vez, o cuidador ao expressar compaixão, cria uma nova consciência de si, como ser compassivo, contraria a despersonalização e objectivação médicas.

O vocábulo *enfermidade* corre o perigo de classificar o paciente nas categorias médicas, mais que nas circunstâncias particulares do paciente. A nomenclatura médica tende a generalizar os pacientes em entidades. A função do cuidador será de personalizar ou individualizar cada um como único.

De igual modo, a compaixão vê o paciente como pessoa única e não como entidade clínica. Ela entra no mundo do paciente, considera os seus esforços para restabelecer a sua integridade e sentido, e reconhece a necessidade de encontrar-se com o transcendente. À compaixão também pode atribuir-se-lhe o princípio da vulnerabilidade e esta fundamenta-se na capacidade que todos temos de sofrer, a qual confere direitos de primazia a todos os seres humanos de não causar sofrimento. A comunidade tem que ver em primeiro lugar a beneficência (na qual emerge a autonomia), pelo que está obrigada não só a não causar dor como a prevenir e a aliviar o sofrimento entre os seus membros.

A compaixão emerge do saber-se vulneráveis. Na relação de cuidados de Enfermagem, a pessoa tem poder sobre o doente, portanto deve estar atento a proteger a vulnerabilidade do paciente. Ao estabelecer a relação de ajuda o profissional obriga-se de facto a buscar o bem do paciente, da família, da sociedade ou de qualquer outra entidade. A Enfermagem tem como fim primordial o cuidado e este, naturalmente, inclina-se, preferencialmente para o lado mais vulnerável do outro.

De outro modo o mistério da compaixão envolve-nos numa vulnerabilidade partilhada ao reconhecer como sua própria ferida a ferida do doente. O paciente também tem a capacidade de ferir, na medida em que o cuidador se envolve com o sofrimento do paciente. Isto obriga o profissional de saúde a moldar os seus estatutos de poder e colocá-los numa relação mais equitativa de vulnerabilidade partilhada.

Neste trabalho em equipa não se pode descurar a espiritualidade para os que solicitam esse tipo de apoio, pois o alívio que proporcionam é substancial. Uma instituição de saúde que leva em conta este fenómeno de serviço espiritual, contribui para uma edificação íntegra da comunidade e que lamentavelmente, fruto de uma comercialização da medicina, da secularização da sociedade, de uma transmissão defeituosa de “virtude” na nova geração de profissionais de saúde, caiu em desuso, mas é essencial. Note-se que é

característico das instituições de cuidados de saúde de inspiração cristã, atender os mais pobres e vulneráveis da sociedade, que jamais poderão ser esquecidos.

É indubitável a falta que faz retomar a virtude na prática dos profissionais de saúde. Só a pessoa virtuosa é capaz de encarnar os ideais morais, os princípios, os valores, como afirmam Pellegrino e Thomasma*, da formação de pessoas boas inclinadas habitualmente a actuar conforme as exigências da moralidade, que depende da realização do bem moral na sociedade em geral e no âmbito biomédico em particular. Para os autores, a virtude, em geral, “é um traço de carácter que habitualmente dispõe a pessoa à excelência, tanto na intenção como na execução, em relação com o *telos* próprio de uma actividade humana”.

Cada profissão é composta por uma actividade que se realiza com rigor, cabalmente, face a um profissional bom e virtuoso. Os autores desenvolveram uma tabela de virtudes próprias do acto médico (excelências de carácter para o melhor exercício da profissão) entre as quais: fidelidade, justiça, prudência (a mais importante). O acto virtuoso depende de pessoas virtuosas. Sem pessoas que pratiquem a virtude, ainda que em pequeno grau, é impensável a vida moral.

Mais uma vez, o cuidado em Enfermagem a evoluir no sentido da Bioética em Enfermagem por enraizar os seus princípios na acção e, mais do que na acção, na tomada de decisão, que já estão patentes no processo de reflexão, pois quanto mais praticada mais exercidas com segurança e determinação.

A Ética das virtudes coloca em elevado nível a dignidade da profissão de Enfermagem, a importância dada ao cuidado do doente, o valor da relação com o mesmo. Hoje em dia, a natureza da profissão está minada por diversas causas, tais como, o domínio das políticas de mercado, que exigem atender cada vez mais pacientes intervindo o menos tempo possível com cada um.

A relação de cuidado vê-se cada vez mais ameaçada, reduzindo a Enfermagem a um conjunto de conhecimentos científicos, e a um corpo de habilidades técnicas a aplicar a determinados sujeitos. A Ética das virtudes propõe um regressar ao ideal da profissão de Enfermagem que traduz a relação de cuidado com o paciente.

*Aplicaram a ética das virtudes na tradição do paradigma areteico, à prática dos profissionais de saúde recorrendo ao vínculo entre filosofia, medicina e teoria das virtudes. Os autores reconhecem a realidade de uma natureza humana comum que se desenvolve no tempo e no espaço, mas que nos seus componentes essenciais os transcende e é fundamento para fazer-se afirmações gerais sobre o ser humano. Graças a essa humanidade fundamental que nos une permite o diálogo e o argumento racional entre os herdeiros de diversas tradições morais, no envolvimento do pluralismo filosófico e cultural.

A Ética das virtudes intenta recuperar a excelência na profissão de Enfermagem. Seja pela rotina, por pressões institucionais, ou pela predisposição pessoal de não dar mais de si, a excelência é muitas vezes impossível de se alcançar. A virtude faz da Enfermagem uma profissão que busca uma atenção de alta qualidade, não só no aspecto técnico, mas também no relacional. Trata-se de fazer as coisas bem, não só porque o paciente poderia ser eu, mas também porque me interessa a pessoa que tenho diante de mim, pelo simples facto de que ela solicitou os meus serviços profissionais. Além disso, tomar o gosto em fazer as coisas bem, é um fruto da virtude que estimula a continuar procedendo do mesmo modo. Hoje em dia, faz-nos falta uma educação para viver na virtude.

As considerações actuais da Ética das virtudes, desde o cuidado à compaixão, são uma forma sugestiva de levar a cabo a função de Enfermagem. É na mesma relação com o paciente que se podem encontrar os valores de cuidar e compadecer-se e ir-se, progressivamente apropriando-se deles. Basta fazer o que se deve de forma profissional. Deste modo, qualquer pessoa ainda que seja de maneira incipiente, tem ao seu alcance a interiorização destes dois valores sem aludir a que sejam para pessoas sobre dotadas.

Outro ponto a ressaltar desta ética das virtudes é a tentativa de recuperar uma visão crente da vida. Para quem vive de fé, a vida virtuosa encontra força e sentido na transcendência.

As virtudes são indispensáveis para a vida moral. A sua recuperação no discurso ético tem sido elemento de singular importância. Não obstante, a ética das virtudes é por si só insuficiente. Uma das suas limitações, na versão aristotélica clássica, a sua inevitável circularidade: o acto moralmente bom é aquele realizado pela pessoa virtuosa, conforme a virtude e por outro lado, a pessoa virtuosa é aquela que realiza acções conforme a virtude.

A única forma de escapar a este raciocínio circular é aceitando que existem princípios objectivos com que se deve justificar a acção humana, para ser autenticamente virtuosa, caso da não maleficência, da beneficência, da justiça e da autonomia (defendidos pelos autores Beauchamp e Childress). Outro risco é que a Ética das virtudes por si só poderia cair no subjectivismo emotivo, perigo expressamente reconhecido por Pellegrino e Thomasma.

Uma outra crítica que se faz à ética aristotélica e à dos comunitaristas é a falta de universalidade, ou seja, elaboram uma moral para os próprios esquecendo-se dos mais vulneráveis que são quem mais carecem de um guia moral. No campo da Enfermagem poder-se-ia cair no erro de gerar uns poucos profissionais virtuosos, mas esquecer-se da prática comum e corrente da profissão tal como é na realidade. Ao paradigma areteico escapam realidades que impedem de viver a vida como virtuosa, tais como: a injustiça, a pobreza extrema, a pressão excessiva de trabalho, a falta de mínimos éticos na humanidade sobre os quais construir a vida virtuosa, entre outros.

Por outro lado, a Ética das virtudes é uma Ética de máximos, de ideais morais que são importantes, mas mais ainda são os mínimos morais expressos nos princípios tais como o respeito pela dignidade humana, não fazer mal, praticar a justiça. Sem uma Ética de mínimos não pode surgir a pessoa virtuosa. Os mínimos morais podem ser exigidos por lei a qualquer ser humano, mas os máximos não. Posso pedir a um profissional de Enfermagem que não seja maleficente, mas não posso pedir-lhe que seja compassivo. Em última análise, é prioritário não lesar dentro da profissão, a ser compassivo na prática da mesma.

Outra noção a assinalar é a concepção teleológica (*telos*) de finalidade da medicina que esta ética supõe. Hoje em dia a cosmovisão teleológica é inaceitável para a maioria das pessoas, sobretudo nas sociedades pós modernas, pós metafísicas, democráticas de carácter liberal. Cada dia que passa é mais difícil ter uma concepção igualitária sobre o que é bom. O mesmo se aplica à natureza das profissões da saúde, pois cada vez mais surgem grupos e teorias que definem estas profissões de modo distinto.

Note-se que há quem reitere a Enfermagem como simples prestação de serviços regulados pelas leis da procura e da oferta ou como uma profissão meramente burocrática ao serviço da instituição. Veja-se a tentativa de formar profissionais Auxiliares de Acção Médica técnicos (AAMt), desempenhando funções da classe profissional dos Enfermeiros e supervisionados por estes, o que traduz a dificuldade de propor um ideal acerca da natureza da Enfermagem por mais que a visão apresentada pela ética das virtudes seja demais atraente e profundamente humana para muitos.

A posição de Pellegrino e Thomasma não é ingénua, e corrobora com o referido anteriormente. Eles propõe a preservação do ideal das profissões da saúde como dedicadas ao bem do doente, que podem salvaguardar os nossos interesses quando nos encontramos numa posição de fragilidade e menosprezo por parte do doente. Tendo em conta que todos seremos doentes em algum momento, talvez seja importante manter aceso esse ideal, entendido como serviço virtuoso aos doentes.

Em suma, é necessário que tenhamos em conta uma teoria Ética suficientemente abrangente. Uma teoria Ética completa deve incluir os conceitos de virtude, dever, princípio, circunstâncias e consequências, assim como tornar claras as relações entre eles. Como afirma Adela Cortina e vários especialistas, mais na Ética filosófica, hoje a Ética tem que integrar distintos âmbitos correntes da filosofia moral. De outra forma correr-se-á o perigo de cair em parciais que não contemplam o fenómeno moral na sua justa dimensão.

De facto uma Ética das virtudes não promove por si só um fundamento sólido e firme para a Ética médica, contudo não se pode prescindir da mesma já que o carácter do pessoal de saúde, e o próprio doente, estão no coração da acção moral.

É o sujeito moral que interpreta os princípios, elege os que vai aplicar e ignora os restantes, os ordena e lhes dá conteúdo, partindo da sua história e das situações actuais da

sua vida. Esta realidade esquecida na Ética biomédica no passado lança agora a necessidade de se estabelecer um equilíbrio entre a Ética baseada nas normas e a Ética baseada nas virtudes, para o bem de ambas.

É patente a importância de retomar, nos dias de hoje, este modelo ético que provém desde os clássicos no Ocidente e mais atrás noutras culturas, mas que não se encerra em si próprio. O paradigma areteico não pode ser posto de parte na Bioética contemporânea.

O contributo aristotélico-tomista* recorda ao Enfermeiro, que na sua prática deve guiar-se pela busca do melhor e do maior bem. Para consegui-lo deve colocar em jogo as virtudes que permitem alcançar o fim desejado. O fruto obtido deste exercício será a felicidade (*telos* último).

Do ponto de vista contemporâneo e no âmbito biomédico, Pellegrino e Thomasma definem a natureza das profissões da saúde, no qual o fim a alcançar por todos os que se comprometem através do juramento (seja o de Hipócrates ou o de Florence Nightingale) a realizar a sua profissão com excelência, logo propõem a virtude como meio valioso para atingir essa excelência e elaboraram uma lista de virtudes próprias para o profissional de saúde.

Outros enfoques específicos ao campo da Enfermagem, insistem no cuidado como a essência da profissão. É de realçar a importância da faceta feminina, assim como o trabalho em equipa interdisciplinar e o desenvolver uma relação terapêutica desde a vulnerabilidade.

A Ética das virtudes tem também as suas limitações. Os profissionais de Enfermagem têm de se familiarizar com outros modelos éticos de tal maneira que complementem a sua formação, tais como o modelo da principiologia (exortado por Beauchamp e Childress). As ideologias institucionais ou estruturais, ainda que não sejam da competência do Enfermeiro, estes não podem ser indiferentes, no seu desempenho quotidiano no cuidado ao doente.

*De **STº Thomas Aquinas (1225? -1274)** para quem a dimensão política realça a insistência que em toda a sociedade humana e para qualquer ser humano, a real possibilidade de adquirir as virtudes existe e como em qualquer sociedade as leis positivas requerem a nossa obediência se de acordo com a lei de Deus tal como aprendida pela razão, a lei natural. A sua psicologia adiciona ao conteúdo da razão Aristotélica, paixões e apetites, uma versão da concepção do desejo de Augustine. Aquinas combinou as teorias Augustinianas, Platónicas e Aristotélicas na caracterização das virtudes. Todo o leque de virtudes reconhecidas por Aristóteles é também reconhecido por Aquinas, mas valorizado de modo diferente, pois incorpora as virtudes teologais com a sua noção estritamente cristã (enquanto baseada na revelação) da boa aventura como fim último do Homem que faz boas obras e fazem boa a própria pessoa. As virtudes morais adquirem-se pela prática e pelos actos repetidos conforme a virtude. As virtudes sobrenaturais são dons de Deus. Ambas não se contradizem, nem entram em conflito. As sobrenaturais levam as naturais à sua plenitude orientando o Homem ao seu fim último que é o próprio Deus. Aquinas defendeu que só as virtudes morais poderiam ser chamadas de cardeais, pois exigiriam a disciplina dos desejos (*rectitudo appetitus*), virtude perfeita (Aquinas, Thomas- *Suma Teológica*, vol.II, pág.52). Por outro lado, as virtudes teologais surgem como imperativos e encontram-se desde logo referenciadas em São Paulo (10-66 d.C) na sua Primeira Epístola aos Coríntios, escrita por volta dos anos 50-57 d.C.

Segundo o célebre helenista A. J. Festugière, nas autênticas tradições gregas, a norma não é *tu deves* mas *tu podes*. O importante é saber e querer desenvolver capacidades. A função das virtudes é tornar possível a felicidade humana, preenchendo o vazio deixado pelos estilhaços dos crimes monstruosos que temos vindo a assistir, alguns impávidos, outros serenos, outros ainda inconformados que buscam incessantemente uma ética de mínimos, uma ética cívica, tentando recuperar valores universais e absolutos para transmiti-los às gerações vindouras.

Na tradução de Damásio¹¹⁴, da proposição 18 da parte IV da Ética de Espinosa, *virtutis fundamentum esse ip sum conatum proprium esse conservandi, et felicitatem in eo consistere, quòd homo suum esse conservare potest*, ou seja, “O primeiro fundamento da virtude é o esforço (conatum) de preservar o *Si* individual, e a felicidade consiste na capacidade humana de preservar o *Si*”, podemos aquilatar da relevância das virtudes para os rumos assumidos no quotidiano comum pessoal, mais ainda nas decisões profissionais.

O tratamento das virtudes na história da Bioética é um exemplo, ora de continuidade, ora de ruptura. Quando diferentes teorias Éticas ou diversas reflexões moralizantes se debruçam sobre que disposições e comportamentos são moralmente louváveis nos Homens e portanto quais de entre eles são padrões moralmente desejáveis, tendem a estabelecer determinado catálogo de atitudes e comportamentos que, em traços gerais coincide, pelo menos aparentemente, com as primeiras reflexões aristotélicas sobre as virtudes, tal como aparecem tratadas na “Ética” ou na “Retórica”.

Prudência, magnanimidade, justiça, coragem, equilíbrio, entre outros, têm sido elementos do tal catálogo que asseguram a continuidade atrás referida, embora com diferentes entoações ao longo do tempo. Contudo, provavelmente, nenhum momento das reflexões éticas sobre o tipo de vida moralmente desejável mostra com clareza qual o lugar de rupturas teóricas e de mudança de atitudes filosóficas, porque os conteúdos que compõem cada um dos elementos do catálogo tem variado ao longo da História e a continuidade dos seus termos parece possuir diversos significados, contextualizados, a que não podemos ficar alheios. Os conteúdos morais que se encerram nas palavras das chamadas virtudes, mantêm uma continuidade na tradição ocidental, estando fortemente ligados aos contextos normativos sociais e institucionais das diversas culturas morais históricas, que vão explicando a sua variabilidade e a sua permanência na história. Nesta perspectiva, resulta para alguns teóricos que a formação Bioética promove os princípios essenciais, molda as virtudes para uma conduta profissional adequada.

A filosofia moral parece estabelecer uma ruptura com a tradição. Na modernidade filosófica, também assim parece ocorrer ao falarmos de virtude e felicidade. Sob o ponto de vista moral, permite-nos falar de uma mudança de paradigma desde uma “ética de bens” (clássica) a uma “ética de deveres” (moderna). Nesta mudança tão crucial, Aristóteles e

Kant converter-se-iam respectivamente em símbolos dos dois continentes da filosofia prática. Cada época filosófica reflecte as mutações históricas nas quais se definem que comportamentos são especialmente significativos para definir a moral a si mesma e ao fazê-lo redefiniria filosoficamente o mundo conceptual no qual esses comportamentos se compreendem, se explicam, se justificam e se propõem como guia de reflexão⁴⁵.

Vários foram os que pensaram as virtudes ao longo dos tempos e de acordo com os mesmos, daí que para melhor compreender a sua aplicabilidade na vida de cada um de nós, como profissionais, como pessoas, como cidadãos do mundo inseridos numa biosfera simbiótica, em constante mutação, em pleno desenvolvimento, nada melhor que escarpelizar a sua essência, dissecar a sua origem e interiorizar o seu conceito para poder reflecti-lo no agir virtuoso, com convicção, em busca da felicidade última através de acções eticamente “prenhes” de virtude.

Denote-se que a Ética em Enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos, acompanhando a história da profissão. E se nos primeiros tempos, os primórdios da profissão, se pedia aos Enfermeiros que fossem pessoas virtuosas, ressaltando o altruísmo, a lealdade e a obediência aos superiores hierárquicos, hoje é a defesa dos doentes que fundamenta toda a deontologia profissional, como se denuncia ao longo dos momentos da Enfermagem, e a mutação é uma constante da profissão que se adequa à transformação dos ditos tempos e futuramente vai-se exigir uma cooperação entre todas as disciplinas que envolvem a assistência ao outro, numa partilha de saberes próprios, com um campo específico de conhecimentos e de actuação.

Os Enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos mesmos requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, contemplando os princípios da Bioética, no sentido de corresponder aos mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos Enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e tudo o mais previsto no código deontológico enformam a boa prática de Enfermagem, no dizer do Conselho de Enfermagem¹¹⁵.

As intervenções de Enfermagem centrando-se na relação interpessoal entre o Enfermeiro e o utente, têm na sua base um imperativo moral de serem realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humanas como constam do Artº. 78 do Código Deontológico do Enfermeiro.

Como nos refere Davies¹¹⁶ *caring can mean just “being there” for someone, not necessarily listening, not necessarily even being physically present but being known to be available, checking the situation out from time to time and being ready to respond if asked. Caring, in this broad sense can be defined as attending, physically, mentally and emotionally*

to the needs of another and giving a commitment to the nurturance, growth and healing of that other.*

Os Enfermeiros vivem no seu dia-a-dia profissional problemas éticos que, além de consequências profissionais, poderão ter repercussões na vida íntima das pessoas que cuidam e dos que os rodeiam. E os problemas tendem a surgir com aumentada frequência entre os Enfermeiros que têm conceitos definidos sobre os direitos dos doentes, sobre o seu próprio papel na equipa de saúde e os seus direitos e deveres profissionais que colocam na sua prática diária. Todavia, mesmo quando existem critérios de referência para a tomada de decisão, a opção final será sempre uma decisão pessoal, pela qual cada um terá de responder perante a sua consciência, pelo que urge a preparação neste âmbito.

Neste contexto, importa reflectir sobre o significado e os objectivos dos actos que praticamos, bem como sobre as normas a seguir, para que o resultado final seja um efectivo contributo para a defesa e promoção da liberdade e dignidade humanas, da pessoa cuidada e do Enfermeiro que dela cuida.

Ao falar-se de Ética, refere-se à reflexão sobre o agir humano, entendendo que cada um procura caminhar no sentido de uma vida boa, para si (*com e para com o outro, em instituições justas*, como afirma Ricoeur). É o agir que realiza e enaltece a acção do Enfermeiro e nesta área não há modelos ou referências que o justifiquem, pelo que o grande sentido da Ética é ir-se fazendo ao próprio caminho.

No fundo, a questão Bioética ocupa-se da gestão que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem, num contínuo de socialização reflectindo-se na sociedade da qual faz parte integrante. O cenário deste debate é, fundamentalmente íntimo, ou seja, de domínio pessoal, da consciência de cada um. Doravante, está sempre subjacente a ânsia de nos reconhecermos humanos, a pretensão de conservar, potenciar ou recuperar a alegria que nos é própria, de fazermos o nosso caminho de busca da felicidade, à margem da teoria aristotélica da felicidade, que não se esgota no espaço nem no tempo.

O característico da opção Bioética é que está sempre nas nossas mãos, não depende senão da intenção de cada um, não precisa do consentimento ou do acordo dos demais e não requer o concurso de circunstâncias especialmente favoráveis, contudo a partilha, a aprendizagem, o acesso à informação é essencial ao processo de culturalização que faz do ser humano um ser pensante e bioeticamente responsável.

*Cuidar pode querer apenas dizer “estar lá” para alguém, não necessariamente ouvindo, não necessariamente estando fisicamente presente, mas saber-se disponível, controlando a situação de tempos a tempos e estar pronto para responder sempre que solicitado. Cuidar, neste lato sentido pode ser definido como atender física, mental e emocionalmente às necessidades do *Outro* e estabelecer um compromisso quanto à alimentação, ao crescimento e ao tratamento desse *Outro*.

Quando se fala de deontologia, outra componente fundamental na recta prestação de cuidados aos outros, estamos na área do conhecimento sobre o apropriado, o conveniente, o dever, o dever fazer adequadamente, o agir correctamente e consequentemente bem. A preocupação da deontologia é então, a correcção da acção, isto é, surge sempre sob a forma imperativa “o profissional deve”. O característico deste nível valorativo (o campo deontológico) é que não projecta o juízo sobre a conduta das pessoas para a sua realização pessoal, enquanto não se ocupa com o ideal da vida boa. A jurisdição do deontológico é sobre os membros de uma profissão, enquanto comprometidos a realizar as actividades profissionais. Desta feita, o que se pretende com a deontologia não é a alegria da acção mas a manutenção da ordem e, na melhor das hipóteses, a harmonia da sociedade. É uma questão de procedimento e de disciplina.

De certo modo, é como se a Bioética se preocupasse em conseguir boas pessoas, na orla do conceito aristotélico, e a deontologia em garantir bons profissionais, na vertente kantiana, embora se possam comungar, para crescer e desempenhar melhor o seu papel numa sociedade global. Está-se perante o código deontológico em que cada dever tem enunciada a sua relação com os direitos do Outro e/ ou com as responsabilidades próprias da profissão, pelo que o código deontológico deve ser o primeiro quadro de referência para a excelência.

Na perspectiva Ética, a relação entre quem cuida e é cuidado modula-se por princípios e valores. A dignidade humana é o verdadeiro pilar de que decorrem os outros princípios e que têm de estar presentes, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções. A dignidade só pode compreender-se numa relação humana pelo reconhecimento da humanidade no outro como semelhante, daí que a dignidade adquira um valor ético.

Se aceitarmos que o suposto da Bioética é a pessoa, a acção Bioética pressupõe o respeito integral pelo Outro, a protecção da sua autonomia e dignidade, da sua intimidade e da sua privacidade. Por outro lado, esse Outro espera de nós, que somos Enfermeiros, o exercício dos nossos saberes e competências no serviço que prestamos, traduzindo deste modo a configuração de uma excelência ética em que “o Enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício”, como expresso no Art.º 88 do Código Deontológico do Enfermeiro – “Da excelência do exercício” o que demonstra um relevante espírito de compromisso profissional com base em preceito bioéticos fundamentais. Assim, poder-se-á afirmar que, por um lado, a excelência é um princípio orientador, e por outro lado, a busca da excelência deve ser uma constante em cada acto profissional.

Todos os dias nos debatemos com problemas e dilemas alguns constrangedores, pelos quais somos chamados a tomar decisões. Tomamos a responsabilidade pelo nosso próprio comportamento e assunção das opções manifestas, logo aceitamos o facto de que,

no tempo, experienciamos falhanços e sucessos, mas acreditamos que, se agirmos responsabilmente, o que pressupõe um pensar ético aprimorado, os sucessos serão mais numerosos e visivelmente mais profícuos.

Neste contexto traça-se caminho para a excelência por via do aperfeiçoamento profissional e do desenvolvimento de competências. A competência não é um estado adquirido, não se reduz a um saber ser, a um saber estar ou a um saber fazer, nem se adquire apenas através da formação em circuito fechado ou unidireccional. Possuir conhecimentos ou capacidades, ter recursos para poder agir em conformidade, não faz de nós competentes e se para Boterf “a competência é da ordem do saber mobilizar” num triângulo que liga saber agir, poder agir e querer agir, ela surge no código deontológico como valor, que como todos os outros valores tem a possibilidade de ser ensinada, adquirida, treinada e à posteriori enraizada no nosso ser e agir com o nosso semelhante, assunto a que voltaremos a descortinar mais aprofundada e exaustivamente, no capítulo da aquisição de competências.

Como já alguém proferiu, das coisas mais magníficas que podemos apreciar no ser humano é que somos seres em assídua aprendizagem, não estamos terminados, confinados, antes pelo contrário, temos a possibilidade de mudar, ajustar, crescer, desenvolver, evoluir e de agir hoje melhor que ontem logo, melhor que agora, enfim, progredir a par e passo com as particularidades que o progresso do mundo nos vai assaltando.

Na óptica da Bioética o que preside o caminho de cada um é a busca da felicidade, e embora norteie o percurso encetado desde o nascimento, esta é interminável, porque o Homem continua um ser eternamente insatisfeito. Tal como antes assim é agora e sempre será, o cuidado em Enfermagem coaduna-se com a Bioética em Enfermagem pois a sobrevivência de uma não seria possível sem a outra, ambas se justificam e alimentam reciprocamente com o cambrar dos tempos, com o avanço fulgurante da humanidade.

Não nos podemos esquecer que as “crenças” bastam-se na noção de bem e de mal, partindo da interpretação simbólica de um modo de agir que dá origem a uma maneira de ser num determinado universo. Os “valores” vinculam-se aos hábitos de vida e acoplam-se às crenças, partindo do conceito de valor reiterado por Collière²⁰, “o grau de importância e de estima social concedidos a uma ou outra crença”, considerando então, valores fundamentais os que têm como objectivo manter qualquer prática da qual dependa a sobrevivência do grupo.

Lourenço¹¹⁷ afirma que, na perspectiva de Gilligan, a orientação moral para o cuidado- o *care orientation*- “procura acentuar a relação entre o *self* e os outros, tendendo a orientação para a justiça e focar-se no problema dos direitos e deveres e portanto, acentuar mais a autonomia do que a intimidade, a separação do que conexão, a independência do

que a inclusão”. De facto, tal como os cuidados de Enfermagem se situam na “junção de pessoas, utilizadores e prestadores de cuidados que têm hábitos de vida e, portanto, crenças diferentes e que são submetidas às flutuações de diferentes meios de vida”, para Collière²⁰ a actividade pedagógica sofre a mesma influência.

A orientação moral para o cuidado traduz neste sentido um conjunto de regras de conduta, ou hábitos julgados para uma sociedade como integralmente válidos num determinado momento histórico, deduzindo-se a Ética como o produto do acordo entre a consciência e os preceitos morais consagrados. Associa-se à moral as regras que nos são impostas da periferia para o centro e adiciona-se os valores que impavidamente aceitamos por terem sido padronizados pela sociedade a que pertencemos. De modo contrário, a Ética significa premiar a reflexão sobre esses valores, o que nos leva à possibilidade de estabelecermos juízos e opções pessoais. Percorre, portanto, um caminho inverso, ou seja, de dentro para fora. Se a moral apresenta valores acabados, a Bioética convive com uma permanente elaboração subjectiva.

Por tudo isto se pode afiançar que, o cuidado em Enfermagem bebe dos ensinamentos proclamados pela Ética, fundamentando a sua prática e assegurando os alicerces para a aquisição de competências em Enfermagem, uma vez que após assimilação e sedimentação dos mesmos a sua aplicação surge espontaneamente no agir e nas tomadas de decisão, daqui sobressai que a Enfermagem vem a ser a Bioética na sua expressão de cuidado com o semelhante. Os dilemas éticos na vida pessoal e profissional existirão sempre, porém, quanto mais enraizados estiverem as noções éticas, esclarecidos seus princípios, normas e valores mais seguras, tranquilizadoras e responsáveis serão as nossas atitudes, especialmente numa profissão em que lidamos com o próximo.

Julgamos pertinente a esmerada tentativa de criação de uma teoria da ética de Enfermagem, num raro esforço de conceptualização da moralidade da acção dos Enfermeiros, que traduzisse um modelo explicativo único e característico do exercício da profissão, que se mantém numa busca actual e sistemática nos dias que correm. Pretende-se estabelecer modelos capazes de orientar a *práxis* dos profissionais e permitir o correcto julgamento das acções praticadas.

É de salientar, o surgimento de novas propostas e renovadas propostas que permitam suportar, fundamentar, impulsionar posturas, atitudes e sedimentar práticas perante dilemas bioéticos candentes na plural sociedade na qual estamos inseridos, como já desbravamos as mais discutidas foram as principialistas, a das virtudes, a feminista, entre tantas outras, que a discussão foi-se alargando num espaço amplo de moralidades distintas, passando a propostas como a naturalista, a personalista, a contratualista, a libertária, reforçadas por correntes como o utilitarismo e o consequencialismo.

Na sociedade de *estranhos morais*⁶⁴, promulgada por Tristram Engelhardt Jr., a tolerância traduz-se numa regra moral obrigatória para uma salutar e agradável existência social.

Podemos avultar, que é neste entrecruzar de paradigmas, substratos de evoluções de pensamento e de correntes filosófico-morais que, a Enfermagem como profissão dedicada ao *Outro*, sai dotada, pois que o cuidado devoto no bem estar do próximo é o vértice de uma Bioética atenta no cabal reconhecimento do ser, em perfeita comunhão com o meio que o rodeia e sustenta, em serena simbiose e em harmoniosa construção, constante por um dia-a-dia enriquecedor e sempre único, distinto dos demais.

Aquilatamos, na nossa perspectiva, o cuidado em Enfermagem como uma fusão de construtos, alicerçadas numa utilização eclética de várias teorias, domínios e disciplinas que vão apoiando e facilitando a reflexão das tomadas de decisão na acção, fundamentando a linhagem traçada pela Bioética em Enfermagem, que igualmente se socorre dos mesmos substratos e se sustenta na identidade histórica da profissão que permanece apesar do tempo, parafraseando João Correia¹¹⁸.

1.2.2. Competências de Enfermagem e o ensino e a aprendizagem em Ética e Bioética

1.2.2.1. A aquisição de competências em Enfermagem

Nos dias que correm, é indubitável que as decisões Bioéticas são fundamentalmente da competência das instituições Bioéticas o que, aliás, constitui um primeiro aspecto a destacar como relevante no impacto que o processo de institucionalização da Bioética¹¹⁹ vem tendo na tomada de decisão Ética. Esta não é primordialmente reivindicada por qualquer personalidade individual ou mesmo por um organismo político, mas antes pelas instituições que a ela se dedicam e às quais os que têm poder para ratificar e implementar as decisões Éticas recorrem para parecer. Assim sendo, o estatuto da decisão Ética reflectirá inevitavelmente a natureza da sua proveniência.

O estatuto consensual da decisão Bioética denota a opção por um modelo de reflexão próprio, dialógico e cuja objectividade não decorre do carácter pretensamente universal dos princípios, mas da dimensão supostamente global dos consensos, capaz de prevenir o exacerbar dos relativismos.

O estatuto consultivo da decisão Bioética limita-a a uma legitimidade moral, hoje claramente reconhecida como insuficiente para actuar rápida e eficazmente na teia de interesses científicos e económicos, potencialmente ameaçadores dos interesses da Humanidade. Importa, por isso alcançar um estatuto de legalidade jurídica, preservando a primordialidade da Bioética e apelando ao direito apenas na sanção jurídica da decisão Ética.

Para M. Patrão Neves¹²⁰, a institucionalização da Bioética contribui significativamente para o reforço da identidade da prática da Enfermagem, para o reconhecimento alargado da sua especificidade e, por consequência, para a sua valorização. A participação do Enfermeiro nas diferentes instituições Bioéticas é indispensável pelo que pode transmitir da sua experiência singular, no âmbito da prestação de cuidados de saúde. A sua função específica e as relações diferenciadas que mantém com as pessoas doentes e seus familiares permitem-lhe adquirir uma percepção única dos problemas, bem como uma sensibilidade original acerca das possíveis modalidades de abordagem dos problemas humanos decorrentes da prática clínica. Simultaneamente, este contributo que se espera do Enfermeiro nas instituições Bioéticas obriga-o a uma reflexão acerca da essência da Enfermagem, no aprofundamento das suas competências profissionais e das suas obrigações Éticas, isto é, da afirmação categórica da identidade da Enfermagem fundamentada na especificidade desta actividade. Estes aspectos por sua vez conduzem à valorização da Enfermagem, na afirmação da singularidade da sua prestação, e à sua dignificação, no reconhecimento do seu carácter insubstituível.

A experiência quotidiana do Enfermeiro reitera que uma irrepreensível competência profissional não satisfaz o exercício pleno da Enfermagem. Este exige, igualmente, uma constante disposição de atenção e cuidado ao outro, não apenas na consideração das suas necessidades psicofísicas, mas também na contextualização destas na unicidade espiritual.

Ainda na alçada de Patrão Neves⁹⁷, a institucionalização da Bioética contribui significativamente para uma maior exigência Bioética no exercício da profissão, na medida em que conduz a Deontologia da Enfermagem a abrir-se a uma Ética da pessoa humana. Isto é, a normativa ético-jurídica comum a todo o código deontológico assegura o cumprimento dos deveres morais em relação aos que o Enfermeiro se comprometeu, ao nível de uma Ética minimalista, mas não conduz necessariamente a um relacionamento Bioético com o outro.

No actual contexto de prestação de cuidados de saúde, pautado pelas relações simétricas num pluralismo axiológico, exige-se cada vez mais que o Enfermeiro, para além de promover e respeitar a normativa moral do seu código deontológico, desenvolva também um espírito de reflexão Bioética face a uma situação inédita, lhe permita agir sempre no respeito pela humanidade do outro. É a prática da Enfermagem que se torna também mais exigente.

A par do que foi referido, a Bioética em Enfermagem não se confunde com a Deontologia, na medida em que ultrapassa uma prática que visa assegurar a competência no exercício da Enfermagem, e procura assegurar o carácter humano das relações entre as pessoas.

A propósito desta temática, em 2001 iniciaram-se trabalhos que trataram de definir as competências do Enfermeiro de cuidados gerais e foram aprovadas pelo Conselho de Enfermagem⁸⁹ e neste contexto, faz todo o sentido que se aluda à anotação pertinente do referente à prática profissional Ética e legal, realçando assim a sua importância e que expomos na tabela (Tab.1.3) que se segue.

Tabela 1.3.: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais aprovadas pelo Conselho de Enfermagem⁸⁹

Exige-se Responsabilidade
Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora
Reconhece os limites do seu papel e da sua competência
Consulta peritos em Enfermagem, quando os cuidados de Enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício
Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício
Note-se a responsabilidade como uma virtude indispensável ao exercício profissional eficaz
Apela-se à Prática segundo a Ética
Exerce de acordo com o código deontológico
Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão Éticas
Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no código deontológico
Respeita o direito dos utentes ao acesso à informação
Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional
Respeita o direito do cliente à privacidade
Respeita o direito do cliente à escolha, à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde
Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente
Identifica práticas de risco e adopta medidas apropriadas
Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados
Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas de indivíduos e grupos
Presta cuidados culturalmente sensíveis
Solicita-se uma Prática legal
Presta cuidados de acordo com a legislação aplicável
Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais desde que estas não colidam com o código deontológico dos Enfermeiros
Reconhece e actua nas situações de infracção, violação da Lei e/ou do código deontológico, que estão relacionados com a prática de Enfermagem

Este trabalho por si só justifica a necessidade de uma formação em Bioética para adquirir desde precocemente competências profissionais, por outro lado, a Enfermagem é um fiel testemunho e reflexo dos desígnios da própria Bioética.

A transdisciplinaridade da Bioética radica-se no respeito pelos diferentes métodos, linguagens e saberes, procurando encontrar a sua complementaridade e buscar respostas globais para a defesa da dignidade da pessoa humana.

Note-se que até há poucos anos a maioria dos problemas que se colocavam às ciências médicas e biológicas eram aparentemente resolvidos através de mecanismos como

a deontologia profissional e uma ética apoiada nalgumas virtudes básicas. Porém, o célere desenvolvimento de novas tecnologias originou situações inéditas de decisão moral que levou a que se afirmasse que nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente aceitável.

As questões tratadas pela Bioética são do interesse de todos em geral e dos profissionais de saúde em particular porque lidam com pessoas, porque têm de dar resposta aos seus problemas e porque colocam a dignidade do outro como valor supremo do agir, relevando cada um como ser único e irrepetível, evidenciando a responsabilidade solidária com o outro.

Sobressai do exposto que, o maior contributo cedido pela Enfermagem na aquisição de competências Bioéticas, se manifesta na essência que brota da profissão e na prática diária no permanente desempenho das funções do Enfermeiro, que é a imagem mais esclarecida do agir bioético pois, coloca no atender o Outro com o que de mais digno tem a arte e a ciência do cuidar.

É pacífica a noção que toda a acção a desenvolver se deveria fundamentar no integral respeito pelos direitos humanos, na liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar em função de convicções (políticas, religiosas, ideológicas ou filosóficas) ou de diferenças (étnicas, sociais ou económicas). Por outro lado sabemos que a defesa e a promoção da liberdade implica responsabilidade individual e colectiva pelos actos praticados na sequência da tomada de decisões. Logo, há que procurar “consensos mínimos” para agir em conformidade e com justiça.

Ao falar-se em Bioética de Enfermagem procura-se que os Enfermeiros, profissionais de saúde possam inserir as normas Bioéticas em situações concretas, valorizando o seu desempenho.

Etimologicamente, a raiz latina da palavra “profissão” significa “declarar publicamente”, esta expressão começou por se aplicar a certas ocupações, porque os seus praticantes prometiam publicamente que cumpririam certos standards e se dedicariam a servir as pessoas, através da satisfação de certas necessidades. Os Enfermeiros declaram o seu compromisso de cuidar das pessoas ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados. Este é o domínio genérico do *agir* profissional.

A profissão assumiu o cuidar como ideal moral que visa proteger e preservar a dignidade humana²³, assim como promover o projecto de saúde que cada um vive e persegue.

Estamos sempre em presença de um *Outro*, pelo que prestar cuidados é uma situação sempre única, que diz respeito a uma pessoa na singularidade da sua trajectória de vida. É tão singular quanto a situação de vida em que o Enfermeiro presta cuidados a uma

pessoa, ou seja, o cuidar é mais que uma representação abstracta da actividade profissional pois nenhum Enfermeiro é capaz de cuidar da Pessoa mas de uma pessoa em particular, aquela pessoa única e indivisível.

Clarifica a afirmação de que a finalidade da profissão é o bem-estar de outros seres humanos e esta finalidade não é científica, é de cariz moral e os conhecimentos, as capacidades, as competências que se vão fomentando e desenvolvendo é que vão dar resposta a esta finalidade.

Poder-se-ia afirmar que a função da Bioética de Enfermagem é conduzir a actividade do Enfermeiro a favor do bem presumido do *Outro*, sabendo-se que as decisões de Enfermagem afectam significativamente a vida das pessoas temporalmente.

Os Enfermeiros têm o poder de fazer o bem ou o mal aos doentes e o potencial de fazer o bem, a virtude suprema, depende não só dos recursos e competências do profissional mas também dos valores das pessoas envolvidas¹²¹, questão esta que se entronca nos princípios éticos. Por um lado as regras de competência, as *leges artis*, que estabelecem uma rota da “excelência do cuidado”, os chamados padrões da excelência, que cada profissional vai estabelecendo. Por outro lado, as questões do juízo deontológico, decorrente da assunção de deveres estatuídos e que acarretam a dimensão disciplinar. Há ainda problemas típicos da prática de Enfermagem que tem de ser equacionados.

Segundo Fried¹²², “depois de ter evitado o mal e feito o seu dever, ainda há uma infinidade de escolhas por fazer”. É então aqui que somos convidados a colocar-nos no lugar do *Outro*, sabendo que a “sabedoria prática consiste em inventar as condutas que melhor satisfazem a excepção que exige a solicitude, traindo o menos possível a regra”⁵².

Nenhum juízo será justo se não reconhecer nas pessoas, simultaneamente a sua responsabilidade e a sua fragilidade. E a expressão de cuidado é a que envolve e requer um interesse activo em promover o bem-estar do outro.

Em qualquer área os Enfermeiros confrontam-se com problemas éticos e com a necessidade de tomar decisões complexas que exigem a adequação aos princípios e valores éticos, em geral, e da profissão em particular.

Ao falarmos de Bioética de Enfermagem temos a sensibilidade de discernir não somente a sua conformidade técnico-científica pois, carece do raciocínio, da consciência, da competência, do julgamento, da sabedoria prática na avaliação dos riscos, da reflexão atenta, esclarecida e responsável e na escolha em contexto de incerteza, própria do agir quotidiano do profissional de saúde.

Afigura-se com clareza a necessidade de habilidade em reconhecer nos problemas um conflito real ou potencial com os direitos, deveres ou princípios traduzindo uma acção adequada para solucionar ou atenuar o problema, tornando-se responsável pelas escolhas,

actos ou decisões face à sociedade e/ ou comunidade na promoção e protecção da saúde, preconizado nas directivas da OMS⁴² e traduzido no Código Deontológico do Enfermeiro.

Assim sendo, a Bioética refere-se à reflexão crítica sobre o comportamento humano e no âmbito do ensino de Enfermagem a disciplina faz “parar para pensar” a responsabilidade profissional. Apraz-nos, doravante, reflectir sobre o ensino dessa disciplina na Enfermagem, na busca da autonomia, do agir com competência, em mobilizar conhecimentos para julgar e eleger decisões para a prática profissional democrática, tão em voga nos dias que correm.

Ao conceituar Bioética, enquanto disciplina, esta remete para a reflexão crítica sobre o comportamento humano, reflexão que interpreta, discute e problematiza, investiga os valores, princípios e o comportamento moral, à procura do “bom”, da “boa vida”, do “bem-estar da vida em sociedade”. A tarefa da Bioética é a procura de estabelecimento das razões que justificam o que “deve ser feito”, e não o “que pode ser feito”. É a procura das razões de fazer ou deixar de fazer algo, de aprovar ou desaprovar algo, do que é bom e do que é mau, do justo e do injusto. Fala de motivação, resultados, acções, ideais e valores, princípios e objectivos. A Bioética pode ser considerada como uma questão de indagações e não de normatização do que é certo e do que é errado, até porque são incessantes as modificações que discorrem na sociedade e os problemas que daí se insurgem são uma invariável novidade. No mundo profissional os códigos de ética simbolizam a consolidação dos princípios éticos assumidos pela sociedade¹²³ numa tentativa de aproximação aos mínimos éticos comuns.

Ainda hoje a Enfermagem é fortemente influenciada pela visão cartesiana de homem, caracterizada pela separação entre corpo e alma, e pelo modelo biomédico, que combate os sintomas e as causas das doenças, sem se preocupar com outros determinantes, como os emocionais, psicológicos e sociais que interferem no estado de saúde e doença das pessoas. O processo de trabalho em Enfermagem também sofre essa influência cartesiana, pois a assistência é fragmentada, a responsabilidade do planeamento e gestão do cuidado é do Enfermeiro, e a execução de alguns procedimentos é também realizada pelos técnicos e auxiliares, numa actividade de interdisciplinaridade.

Actualmente muitas críticas são feitas a este exercício delimitado por velhos paradigmas, condicionado ao biológico e à fragmentação do indivíduo, mas que ainda é prática corrente.

A tendência em seguir modelos e práticas profissionais deve-se em parte, à insegurança teórica dos profissionais de Enfermagem, que tem dificultado a crítica dos paradigmas vigentes e a construção de modelos alternativos, hoje em dia em processo de mudança. Diante disto, há necessidade de fortalecer o enfoque humanístico, nos currículos de Enfermagem, valorizando a interdisciplinaridade, formando um profissional actuante,

crítico e preparado cientificamente, a fim de poder relacionar teoria e prática na sua acção, o que leva ao desenvolvimento teórico e crítico da profissão.

A Bioética está em consonância com o surgimento deste novo paradigma, pois esta mudança traz na sua essência elementos de uma nova sensibilidade para com as questões que envolvem o mundo do trabalho e os seus profissionais.

Tal contextualização requer que, para agir com competência seja necessário posicionar-se diante da situação com autonomia de modo a produzir o curso de acção mais eficaz. A competência inclui o decidir e agir em situações imprevistas, o que significa intuir, pressentir e arriscar, com base na experiência anterior e no conhecimento. Ser competente é ser capaz de mobilizar conhecimentos, informações e até mesmo hábitos, para aplicá-los, com capacidade de julgamento, em situações reais e concretas, individualmente e com sua equipa de trabalho, como veremos mais adiante. Sem capacidade de julgar, considerar, discernir, prever os resultados de distintas alternativas, eleger e tomar decisões não há competência. Sem os valores da sensibilidade e da igualdade não há julgamentos ou escolhas autónomas que produzam práticas profissionais para a democracia e a melhoria da vida dos seus intervenientes.

Por tudo o que foi exposto, podemos afixar em jeito de síntese que a Bioética contribui de variadíssimas maneiras para a aquisição de competências profissionais, desde logo pela nova postura face a todo e qualquer assunto respeitante à vida. Segue-se o incitar de uma reflexão crítica na aturada tomada de decisão, é no constante questionar da eticidade do agir que este se torna mais humanizado. Advém da sistemática reflexão uma maior consciencialização do limite perante a franca evolução que tem ocorrido no mundo de hoje e que nos leva a referir W. Osswald¹²⁴ quanto à preocupação da Bioética em descobrir limites para a actividade da ciência, extrapolando, para qualquer actividade humana, que sejam consensuais, sendo que para muitos o limite maior “é o da vida, bem estar e dignidade do Homem”. Fruto do crescente e imparável avanço do progresso científico-tecnológico ditado pelo Homem, o efeito de aldeia global imerge da consciência colectiva gerada pela Bioética, como património do ser humano, decorrendo a necessidade de aprender a Bioética desde o seu interior. Como aludido durante este capítulo, na esteira de Patrão Neves, a aprendizagem da Bioética suporta-se na institucionalização, “num progressivo comprometimento dos diferentes sectores da sociedade nas problemáticas a que a Bioética se dedica”¹²⁰.

A sociedade de hoje, diferente de outrora, com outras preocupações, com outros ritmos, exige dos seus elementos competências a todos os níveis, cada vez mais aprimoradas, onde impere a excelência das acções, em que o respeito pelos direitos humanos esteja impreterivelmente assegurado, em que a garantia de qualidade seja reflexo da satisfação pelos serviços prestados, onde se assevere *condições que tornam o meio*

*ambiente humano ecologicamente equilibrado na biodiversidade natural*¹²⁵, pelo que só a Bioética possui capacidades de balizamento para que todos participem na construção de um mundo melhor, certificado no cumprimento dos desígnios anteriores e, deste modo, possam garantir a sobrevivência da biosfera viabilizando uma vida longa, saudável e alcançável por todos.

Concentram-se esforços no desenvolvimento de uma estrutura própria de conhecimentos nos quais se deve fundamentar a prática de Enfermagem, procurando-se também homogeneizar, a uniformizar a educação com vista à prática. Esta liderança da Enfermagem deve acreditar que uma vez que a Enfermagem alcançou com sucesso, os critérios para ter um estatuto profissional, então os profissionais de Enfermagem devem considerar a sua autonomia por forma a que controlem a sua prática, bem como assumam um papel activo na direcção do sistema de cuidados de saúde.

A emergência de uma ciência da Enfermagem tem auxiliado os profissionais de Enfermagem no desenvolvimento e utilização de modelos de Enfermagem, nos quais a prática se deve basear.

Os profissionais de Enfermagem procuram, cada vez mais, apresentar com maior clareza o que os cuidados de Enfermagem são exactamente, bem como os distinguir e diferenciar dos cuidados estritamente biomédicos, o que permite efectiva implicação no auto desenvolvimento de competências profissionais, tanto no domínio da colaboração ou interdependente, por forma a que se progrida de iniciado a iniciado avançado, a competente, a altamente competente, até ao nível de *expert*¹²⁶.

Configuram-se em programas internacionais e europeus, linhas orientadoras para determinados aspectos da formação inicial do Enfermeiro (1º, 2º, 3º e 4º ano). Citamos referenciais como *Nurses and Midwives for Health*¹²⁷, World Health Organization (WHO)-European Strategy for Nursing and Midwifery Education, 2001; de *Basic nursing and midwifery education programmes in Europe*¹²⁸, World Health Organization - Regional Office for Europe, Março de 2005; da *Declaração de Munique*¹²⁹ em 2000 e *Position Statement do International Council of Nurses (ICN)– Scope of Nursing Practice*^{** /130}.

*The WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education included a commitment to provide a series of tools to support those Member States that had requested assistance in implementing the Strategy.

** "The scope of practice is defined within a legislative regulatory framework, and communicates to others the roles, competencies (knowledge, skills and attitudes) and the professional accountability of the nurse. Nursing's authority comes from evidence-based knowledge related to its sphere of practice. However, nursing is also allied to other health professions through its collaborating, referring, and co-ordinating activities, and thus has developed a distinct as well as a shared body of knowledge and practice. The practice and competence of an individual nurse within the legal scope of practice is influenced by a variety of factors including education, experience, expertise and interests as well as the context of practice. Therefore, definitions of roles and scope of practice need to reflect what is distinctly nursing, while communicating the multidisciplinary and interdisciplinary nature of health care. Nurses require appropriate initial and ongoing education and training as well as lifelong learning to practice competently within their scope of practice."

No campo mais específico da educação, servem de modelo as *Guidelines for Quality Provision in Crossborder Higher Education* (OCDE, 2005) que tem a finalidade de propor e sugerir guias orientadores de actuação para os governos, as instituições de ensino superior, os corpos de reconhecimento académico, associações e corpos reguladores profissionais, no seguimento dos quais brotou o já referido Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros, destacando-se o Código Deontológico do Enfermeiro, também já mencionado.

Pertinente, descerra o papel da Ordem dos Enfermeiros na elaboração de um quadro conceptual, definindo os *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* e de um documento definidor das *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, sob influência das competências que integram o *International Council of Nurses Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, do Conselho Internacional de Enfermeiros, e na sequência do trabalho levado a termo pelo CE. São estes os utensílios que vão fundamentar e legitimar o ensino de Enfermagem em prol de uma sedimentada e eficaz aquisição de competências, que faz do aluno de Enfermagem um futuro profissional da saúde socialmente responsável.

Atendendo ao desenvolvimento profissional e às etapas que cada um vai percorrendo, no caminho da maturidade, a forma como se encara a Enfermagem e o que é ser Enfermeiro poderá ser bastante diferente ao longo dos anos do exercício.

Há um estilo pessoal que se constrói relacionado com a reflexão sobre o vivido e o esforço para adequar os comportamentos e atitudes. Por que somos pessoas, também relacionadas com as virtudes e os valores que cada um de nós se empenha em desenvolver, estamos na área do desenvolvimento pessoal e estas duas palavras, designam simultaneamente um processo natural de expansão da consciência adaptativa, em novas habilidades, atitudes e saberes, e um conjunto de meios e técnicas que visam facilitar e promover esse processo, optimizando as possibilidades de ser e de intervir.

Reconhecemos facilmente que a nossa carreira profissional é uma parte da totalidade da nossa vida e que há uma reflexão em construção sobre os saberes e as competências que configuram a nossa profissão.

A abordagem pelas qualificações foi transferida para as competências desde os anos 80. Segundo Ana Pires¹³¹ as competências, como conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção, são adquiridas ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada e manifestam-se em situações concretas de trabalho. As competências são mobilizadas quando é necessário provar o que se é capaz de fazer, numa adaptação concreta a um posto de trabalho. Assim, a competência é forjada no tempo num processo de socialização em que a aquisição de conhecimentos é feita em situação e vai sendo construída a partir da estrutura cognitiva de cada um de nós que, também vai sendo construída e dotando-se de sentido ao longo do tempo. Constata-se que,

Ana Pires considera cinco tipos de saberes que vão suportar as competências, que passamos a dar conhecimento na tabela (Tab.1.4) seguinte.

Tabela 1.4.: Tipos de saberes que suportam as competências na perspectiva de Ana Pires¹³¹

Saberes	Definição
Das técnicas	Comportamentos profissionais ou sociais formulados de uma forma precisa e formalizada, com um conjunto de procedimentos para facilitar a sua aquisição. São domínio das situações bem delimitadas, onde é possível reproduzir etapas de procedimentos específicos, como nas normas de procedimentos de Enfermagem ou algoritmos de decisão. Este é um domínio do saber que evolui, naturalmente, à medida que a ciência e a técnica se desenvolvem
Das estratégias cognitivas	Englobam as capacidades de análise de problemas, de diagnóstico de situação, de tomada de decisão e pressupõem a mobilidade das atitudes mentais. São metodologias indicadoras de opções alternativas e de orientações para a acção, que visam melhorar a aquisição de estratégias na abordagem dos problemas e a adaptabilidade dos indivíduos. Este é um campo importante para relevância da tomada de decisão em Enfermagem.
Saber social	Incluem todos os conhecimentos que permitem que cada um se identifique no meio em que se insere como actor social, englobando elementos desde a cultura profissional até à sensibilidade cultural e sociológica de cada um.
Saber relacional	Que está implicado na relação com os outros, com características próprias que cada um de nós foi e vai desenvolvendo ao longo da sua biografia. Este é outro domínio essencial para a Enfermagem pelo significado dos aspectos relacionais que se traduz numa área de grande sensibilidade actual.
Conhecimento de si	Das suas potencialidades e limitações, que está relacionado com a auto- imagem e auto-confiança, mobiliza para a acção, num processo ligado às representações sociais. E as competências associadas a este tipo de saber, desde a auto- consciência à auto- avaliação, são fundamentais ao exercício

Ana Queirós¹³², apela a um saber de acção, a um saber que utiliza a capacidade de adaptar uma conduta a uma situação concreta, recorrendo aos conhecimentos apelidando-o de saber profissional de Enfermagem. Este saber emana de uma actividade complexa e organizada, levada a cabo por entes que cumprem rigorosos programas de formação exclusivos da profissão em causa e *permitem a integração de conhecimentos provenientes de várias áreas afins*.

Queirós¹³² recorre a Benner para discriminar os domínios de Enfermagem nos quais os saberes profissionais de Enfermagem são suportados e quando cumpridos com tenacidade, irão permitir uma facilitada articulação interprofissional em prol da excelência nos cuidados de Enfermagem, que expomos sumariamente na tabela (Tab.1.5) que se segue.

Assumir plenamente as competências, envolver e comprometer-se pessoal, social e profissionalmente na protecção da saúde dos mais vulneráveis, traduz um firme afirmar do saber profissional de Enfermagem.

Tabela 1.5.: Os domínios dos cuidados de Enfermagem na perspectiva Queirós baseada em Benner¹³²

OS DOMÍNIOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
A função de ajuda
A função de educação, de guia e orientação
A função de diagnóstico e de acompanhamento do doente
<u>A tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida</u>
A administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos
Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados
<u>As competências em matéria de organização e de repartição das tarefas</u>

Na esteira da autora Ana Pires¹³¹, que apela a Competências Genéricas essenciais a um cabal desempenho no exercício profissional, destacamos as que se encontram descritas na tabela (Tab.1.6.).

Deste modo as intervenções vão-se configurando num campo próprio de atitudes, de saberes e competências próprias da Enfermagem.

Phaneuf⁴⁶ no âmbito da Enfermagem, apologiza competência como um conjunto integrado de conhecimentos, adquiridos ao longo do processo de evolução pessoal que, quando são mobilizados em situação concreta da vida real, permitem aos Enfermeiros utilizar as suas habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas, de modo compatível com o seu papel e função.

Congruentemente, Mölsä¹³³ adiciona que as competências nos alunos de Enfermagem devem torná-los “peritos” para no futuro cumprirem com as funções impostas pela profissão, e na óptica de Benner¹²⁶ a evolução de iniciado a perito torna-os em *experts*, ou seja competentes.

Tabela 1.6.: Competências genéricas para um perfeito desempenho profissional na perspectiva de Ana Pires¹³¹

Competências genéricas	Conceito
Espírito de iniciativa	Capacidade do indivíduo em realizar ou propor as acções necessárias, sem ser forçado pelos acontecimentos ou antes de ser solicitado por alguém
Perseverança	Tentar realizar acções mais do que uma vez ou de diferentes maneiras, ultrapassar os obstáculos que se interpõem à consecução dos objectivos
Criatividade	Criar um produto original, imaginativo ou expressivo, também aplicável às ideias
Sentido de organização	Habilidade para desenvolver planos lógicos, detalhados, a fim de orientar as acções em relação a um objectivo
Espírito crítico	Habilidade para pensar de forma analítica e sistemática; aplicar princípios ou conceitos de análise de problemas a fim de descrever um conjunto de conhecimentos
Auto-controlo	Manter-se calmo e em poder dos seus meios em situações emotivas ou stressantes
Atitude de liderança	Habilidade de se responsabilizar por um grupo, por uma actividade e organizar os esforços colectivos de forma eficaz
Persuasão	Habilidade em persuadir os outros ou obter o seu apoio com o fim de reabilitar a sua vontade
Autoconfiança	Sentimentos de segurança ou de certeza nas suas próprias capacidades, habilidades e julgamentos; uma vontade aberta em defender o seu próprio julgamento de valores face à oposição
Percepção e inter percepção nas relações pessoais	Habilidade em "ler" as preocupações, os interesses e os estados emotivos dos outros, reconhecendo e interpretando os indícios subtis
Preocupação e solicitude em relação aos outros	Preocupação pelos outros, pelas suas necessidades e bem-estar, e uma vontade afirmada para escutar os seus problemas, encorajá-los e dar-lhes segurança
Atitude à autoformação	Capacidade que uma pessoa tem de fazer um exame crítico e compreender o que se passa no local de trabalho; esta capacidade de julgamento pessoal é o que orienta todas as outras actividades, baseadas na compreensão e no conhecimento prático detidas pelos indivíduos

As referências à humanização e personalização dos cuidados ao respeito pelos direitos humanos e à qualidade de atendimento têm como pano de fundo uma concepção eticizante da *praxis* de Enfermagem. Nesta esfera de prestação directa de cuidados, o desenvolvimento das competências profissionais, o exercício da autoformação e a construção de um trabalho em equipa assim como a melhoria continua da qualidade exigem uma vontade e um esforço ético importante. Noutra perspectiva, a gestão tem desenvolvido um novo estilo aberto à Ética¹³⁴.

Tomar decisões, balizadas por princípios bioéticos e orientadas para o cumprimento dos deveres é um desafio crescente.

1.2.2.2. A formação teórico-prática e a aquisição de competências

Constatamos que, ao longo do tempo, a formação profissional e pessoal promovem-se. A própria evolução do trabalho apela a uma renovação de conteúdos e modalidades.

A Comissão Europeia no seu *Livro Branco* referia-se a crescimento, competitividade e emprego, como ligados a sistemas de educação e formação profissional e apresentava desafios para o novo século, apelando para que a formação seja catalisadora de uma sociedade em mutação.

Estamos na linha de desenvolver a capacidade de agir num ambiente complexo, de aprender a aprender reconstruindo conhecimentos e saberes.

A autoformação é um processo que pertence a cada pessoa, no entanto, a sua promoção pode ser favorecida através de determinadas condições que são responsabilidade por um lado, das organizações e, por outro, de quem se responsabiliza pelos próprios programas de formação e pelo seu acompanhamento¹³⁵.

Promover a autoformação como uma competência individual própria, é considerar que o seu impacto toca toda a vida e particularmente o mundo do exercício profissional.

Numa era de informação, esta aldeia global, o problema que se coloca não é só o seu acesso. De acordo com a introdução do *Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal*, “o que hoje se acelerou no mundo foi a própria exigência de conhecimentos e de informação, única forma de cristalização criativa e viva das sociedades abertas, muito mais rápida e ainda mais exigente nos pequenos países, cujo destino e memória hoje se joga apenas na sua força de civilização actualizada e produtiva. Não se trata de um desafio técnico, mas eminentemente político e social. Não se trata de utensílios, mas de valores”.

A integração entre uma vertiginosa capacidade de processamento de informação digital, a possibilidade de a transferir pelas redes de telecomunicações globais de forma quase instantânea e de a reconverter em ambiente multimédia, envolvendo som, imagem, entre outros meios, abre caminho para o desenvolvimento de numerosas aplicações que contribuem para o bem-estar das populações.

A grande diferença, a realçar-se no futuro, passará provavelmente, pela forma como cada um de nós trabalha, organiza e integra a muita informação a que tem acesso. Este processo é fundamental que seja incutido desde tenra idade na evolução do profissional especialmente enquanto formando. Além do mais é importante que se fomente também a noção da capacidade de trabalhar em equipa, pois o trabalho girará cada vez mais em torno de grupos criados para determinados projectos e de equipas constituídas consoante as necessidades à medida que as tarefas se tornam tão complexas que nenhuma pessoa, por mais habilitada e talentosa que seja, possui todos os recursos requeridos para as levar a bom termo. Todo o trabalho em equipa insere-se também no domínio dos *saberes relacionais*¹³⁶.

Na esteira de Daniel Goleman¹³⁷, entende-se inteligência emocional como a “capacidade de reconhecermos os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações”. É de valorizar a inteligência emocional a nível da empatia, da capacidade de escutar, procura de consenso, da comunicação, enfim, do pensamento ético que se quer para a excelência do exercício profissional.

As competências que para Goleman¹³⁷ estão associadas à empatia, enquanto aptidão fundamental são instrumentos de intervenção da Enfermagem para um desempenho excepcional uma vez que o cerne do trabalho se centra nas pessoas. Estas competências são: i) Compreender os outros (ter a percepção dos sentimentos e perspectivas dos outros e interessar-se activamente pelas suas preocupações); ii) desenvolver os outros; iii) orientar para o serviço (antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes) e iv) potenciar a diversidade (cultivar oportunidades com pessoas diversificadas, desenvolver sensibilidade à diferença). Porém, o essencial é convergir o discurso que fazemos e aplicar o que sabemos com a prática que desenvolvemos.

É neste agir, reflectir, aplicar e executar que os saberes a jusante adquirem cambiantes e intensidades diferentes no tempo, que vão sedimentando competências pessoais e profissionais, brotando de uma formação que se vem interiorizando, reflectindo passo ante passo, sendo que tal pensamento também se pode aplicar às competências Bioéticas, mais intimamente no campo da Enfermagem.

Phaneuf⁴⁶ aborda quatro aspectos fundamentais da formação em Enfermagem. Relativamente aos programas de formação a autora defende que estes ultrapassem os conceitos teóricos e se situem nas competências individuais de cada Enfermeiro, devem ser pensados de forma integrada, valorizando habilidades cognitivas e psicomotoras, atitudes, princípios, valores e capacidades de organização e de relação de cada um.

Quanto aos métodos privilegiados para o ensino, a autora remete para estratégias que permitam a resolução de problemas* e a aprendizagem por conceito *mapping* implicando uma integração das dimensões cognitivas, afectivas, psicomotoras, técnicas, organizacionais, éticas e legais num ambiente de acompanhamento de um caminho construído pelo aluno e orientado pelo professor.

*A metodologia *problem based learning* refere-se a situações concretas e a tarefas a realizar. O estudante é incentivado e induzido a emitir hipóteses, utilizando conhecimentos necessários à resolução do problema, desenvolvendo as suas capacidades e competências⁴⁶.

As competências que estas estratégias exigem dos professores são colossais, desde estimular a capacidade de aprendizagem, desenvolver o espírito de investigação, espicaçar o raciocínio e o pensamento crítico, fomentar as capacidades de escuta, incrementar as habilidades de criatividade e até aumentar a tolerância. Daqui resulta o fenómeno seguinte que tem a ver com os estágios, cujo enriquecimento é bipartido aluno/professor quanto à actualização e mobilização de saberes teóricos, práticos, organizacionais e técnicos incrementando o lote de experiências significativas, proporcionando reflexões profícuas, proporcionando uma melhoria da articulação da formação teórica e da prática. Finalmente no quadro deste programa, destaca-se a inovadora avaliação integrada dos conhecimentos adquiridos, de um modo realista, usando simulações de situações extraídas da realidade colocando em evidência as competências angariadas.

Aludimos a Fernandes¹³⁸, para defesa de que a competência só existe quando é aplicada, daí que o local da aplicação intervém na produção de competências, de tal modo que esta não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho. Sugerindo que as situações de trabalho vividas pelos estudantes são ponto de partida para uma reflexão crítica sobre a experiência *in loco*.

Alega-nos o mesmo autor que a pertinência desta reflexão visa, *reforçar o potencial do jovem sobre o seu meio ambiente e de desenvolver as capacidades de transferir as competências adquiridas de uma situação para outra, fazendo com que tais jovens sejam capazes de utilizar, efectivamente, tais aptidões em situações de trabalho diferentes*". O potencial formativo emerge da complexidade de interacção dos estudantes com o grupo profissional (académico ou institucional), através da mobilidade de variadíssimas competências pelas partes intervenientes, carregadas de sentido para a aprendizagem.

Ao integrar os alunos na equipa de Enfermagem estabelece-se uma proximidade que facilita a aprendizagem de uma Enfermagem prática e faculta a futura inserção no ambiente de trabalho interiorizando regras e normas organizacionais imprescindíveis a um bom funcionamento institucional.

A tal capacidade de resolução de problemas que estimula o pensamento criativo com que Phaneuf⁴⁶ nos contempla, como estratégia formativa, amplia-se em contexto de trabalho, pois lança mão de outras competências que são assimiladas pelos formandos: i) habilidade na socialização com o meio circundante, ii) a importância do trabalho em equipa, iii) a necessidade de organização individual do trabalho, iv) a relevância das relações interpessoais, v) a vantagem da partilha de responsabilidades, vi) o prazer em aprender a aprender com as novas situações, vii) o valor da comunicação, viii) a relevância da tomada de decisão individual ou em grupo perante situações novas, ou outras tantas competências que se revelam em contextos únicos e em condições especiais.

Da necessidade do contacto com a realidade e da precoce preparação para enfrentar os dilemas da vida profissional, surgiram no currículo das licenciaturas em Enfermagem os estágios ou ensinios clínicos abrangendo os mais variados contextos da actividade profissional.

Para Martin¹³⁹, o estágio resulta num *tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho* e rematando esta perspectiva, Vasconcelos¹⁴⁰ diz-nos que “os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”. Assim, os espaços académicos e os de trabalho encetam a responsabilidade em proporcionar aos estudantes o desenvolvimento de capacidades, de competências para o cabal exercício da prática de Enfermagem, perspectivando que o ensino clínico “*permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o Enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho*”, na perspectiva de Matos¹⁴¹.

Na óptica da relação escola/trabalho, é fundamental a interacção e sensibilização dos diversos actores no processo formativo, na qual resulta uma partilha de competências, de responsabilidades complementando-se mutuamente numa estratégia de ensino/aprendizagem permeável à evolução. Este “contrato” deve ser compatível com a mudança, acompanhando o progresso, de tal modo que da articulação estabelecida, resulte um processo de aquisição de competências, qualificante e actualizado, a repercutir-se tanto na teoria como na prática.

O ensino clínico em Enfermagem é constituído por vários espaços de formação aos quais são acometidas sérias responsabilidades e atribuídos específicos papéis ao longo do percurso do estudante, Wong e Wong¹⁴² denominam-no “coração” da educação profissional, tendo em vista “*preparar os estudantes para a aplicação de conhecimentos adquiridos previamente, nos cuidados a prestar aos utentes; adquirir habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores, necessários à socialização profissional*”.

Em solidariedade com os autores anteriores, Martin¹³⁹ alega que “*o ensino clínico é um meio privilegiado na formação do aluno de Enfermagem... permite ao estagiário desenvolver a sua identidade profissional, apreender o seu próprio modo de aprendizagem ou a lançar as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais*”.

As competências inculcadas na arte de cuidar e na ciência do agir em Enfermagem são integradas na situação de contexto real, incorporando o adquirido na teoria. Por vezes não é pacífica a articulação da dita dimensão natural da prática dos cuidados com a dimensão intelectual do ensino dos mesmos cuidados, mas que é essencial na formação do aluno para facilitar a transição da academia para o trabalho numa vertente de socialização

profissional, potenciando o seu desenvolvimento pessoal e incrementando a sua cooperação social.

O desafio da articulação da formação teórico-prática está em aproximar os conteúdos programáticos aos problemas identificados e sentidos na realidade situacional, beneficiando os envolvidos no processo ensino/aprendizagem. Realça-se os ganhos em saúde que as populações podem obter deste empreendimento sincronizado¹⁴³.

Miller¹⁴⁴, chama a atenção para a preocupação instalada pela separação entre a teoria e prática da Enfermagem *“enquanto os docentes escrevem e ensinam a Enfermagem como ela deveria ser (Enfermagem ideal) os profissionais dos serviços praticam-na como ela é (Enfermagem real)”*, propondo que dificuldade de comunicar seja uma das barreiras que divide os Enfermeiros que ensinam (“teóricos”) dos que prestam cuidados (“exercício”).

Santos¹⁴⁵ aponta que o “desfasamento” entre a formação e o exercício só poderão ser resolvidos através de um diálogo entre pessoas, mas que deve ser complementado por um diálogo institucional através dos seus órgãos representativos. Marques¹⁴⁶ salienta que as empresas orientam para o saber-fazer e a escola para o saber-ser, saber pensar e saber aprender a aprender. Na mesma linha de pensamento, Jesus¹⁴⁷ considera que *“a questão da integração entre a teoria e a prática, que é considerada como uma das principais dificuldades do processo formativo, depende da forma como cada formando aproveita os conhecimentos teóricos perspectivando as suas implicações práticas”*.

São vários os autores, Figueiredo¹⁴⁸, Espadinha¹⁴⁹ e Franco¹⁵⁰, por exemplo, que afixam motivos para o desfasamento entre a teoria e a prática quanto à formação em Enfermagem, entre os quais a distância verificada entre a imagem transmitida nas aulas e a realidade manifesta nas enfermarias, a não valorização dos conhecimentos e vivências pessoais e profissionais transportadas pelos alunos ainda em vigor pelo modelo tradicional de ensino, a distância observada do Enfermeiro docente da prática clínica e o afastamento do Enfermeiro da prática da teoria leccionada e actualizada, dificuldade essa acrescida quando não se é parte integrante dessa realidade e a indefinição de papéis exercidos pelos Enfermeiros da teoria e pelos Enfermeiros da prática.

O afastamento dos docentes da prática clínica imobiliza-os para aplicar os seus conhecimentos como motores de mudança nos cuidados em Enfermagem, intimida-os quanto às suas capacidades clínicas, como salienta Spence¹⁵¹ e como nos diz McCarthy¹⁵², transparece dos Enfermeiros da teoria para os Enfermeiros da prática uma visão idealista e desproporcionada face à realidade profissional, ameaçando a sua credibilidade clínica. Do exposto, Crotty¹⁵³ recomenda que as escolas destinem tempo, numa base anual, para que os professores trabalhem em áreas clínicas sem a responsabilidade de ensino, preparação esta também preconizada pela OMS⁴². Esse tempo quando disponibilizado servirá de motor para o desenvolvimento de projectos de investigação conjuntos, permitirá aos docentes

manter as suas competências clínicas actualizadas e experimentar as potencialidades e os constrangimentos da prática clínica de Enfermagem no dia a dia, segundo Figueiredo¹⁵⁴, sendo a investigação uma outra forma de colaboração e aproximação entre os serviços e a escola.

É consensual a noção que o professor de Enfermagem embora se desloque por vários serviços não possa ser um *expert* em cada uma das especialidades daí resulte que, o pessoal especializado a trabalhar nos diversos serviços possa ser o recurso mais adequado ao aluno para sedimentar os seus conhecimentos e melhorar a prática de experiências anteriores.

Não podemos esquecer que os alunos como elementos implicados e integrantes neste processo de formação contínua, apercebem-se desta dicotomia e oscilam entre a Enfermagem da teoria e a da prática, no entender de Mestrinho¹⁵⁵ são criadas duas subculturas díspares geradoras de sentimentos ambivalentes nos estudantes prejudicando o projecto de socialização profissional.

Para Jarvis¹⁵⁶, é fundamental que o docente conduza o aluno à reflexão incutindo a livre e responsável tomada de decisão, orientando o seu pensamento, arreigado no consenso entre várias realidades, de modo a solidificar e enriquecer o seu crescimento pessoal e profissional. Na opinião de Rebelo¹⁵⁷ só a cooperação e a reflexão sobre os reais cuidados de Enfermagem que são prestados, entre os Enfermeiros da prática e os das escolas, permitirão uma correcta adequação da teoria à prática. Para este autor, *a teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega*¹⁵⁷. Porém, para Guerrish¹⁵⁸ o enriquecimento obtido engloba os Enfermeiros da prestação de cuidados e os docentes, de tal forma que Mendonça¹⁵⁹ ao citar Mott, alude ao “ensino de parceria” donde se acautela a sensação de isolamento sentida pelos docentes, através da cooperação e da reflexão crítica das experiências vividas pelos pares e resolvendo problemas de trabalho, crescendo e amadurecendo pessoal e profissionalmente.

Inclusive, Brito e Costa¹⁶⁰ abonam a favor dos Enfermeiros do activo serem os das escolas pois, estes são o fiel testemunho do contributo da vida em ambiente académico, porquanto a evolução não se manifestar apenas na teoria mas também nas condições de desempenho e nas metodologias utilizadas. No mesmo traço mental, Jarvis¹⁵⁶ refere que o professor, trabalhando ao lado do aluno deverá ser o elo entre a teoria e a prática, de tal modo que, o professor que lecciona em sala de aula e trabalha no campo da prática clínica é apelidado de professor praticante.

Gonçalves [et al.]¹⁶¹ advogam que *“os Enfermeiros do exercício são óptimos modelos para os alunos, compete aos professores motivá-los, sensibilizá-los e consciencializá-los desse património pedagógico que a maior parte dos Enfermeiros possui, mas que por vezes desconhece”*. McCarthy¹⁵² acerca desta temática, reitera que os

Enfermeiros do exercício, instruídos nos métodos de ensino, implicados e utilizados de forma efectiva, têm normalmente mais influência nos estudantes quando aprendem a sua profissão, do que a que é fornecida pelos professores, todavia os Enfermeiros professores, ao assumirem a responsabilidade de prestar cuidados de Enfermagem *in loco*, exercendo clinicamente e ensinando comportamentos profissionais ao lado dos Enfermeiros da prática, reduzem os conflitos e potenciam o nível de tratamento dos doentes incrementando a sua satisfação.

Os serviços são um centro de recursos para a aprendizagem e possuem informação que não se consegue nos livros por tal deve proporcionar condições técnicas e humanas permitindo a mobilização dessas condições em contexto de aquisição de competências. Assim sendo, os campos de estágio devem dispor de uma equipa de profissionais dinâmicos, actualizados, sensibilizados e empenhados no processo ensino/aprendizagem dos alunos de modo a que sejam um referencial para o formando.

Neves e Pedroso¹⁶² (acerca da relação escola/empresa) transportam-nos para a clarificação das obrigações a que a escola e o campo de estágio se comprometem a anuir aquando do enquadramento da formação do aluno. Nesse ambiente profícuo de compromissos, os serviços possibilitam ao estudante uma identificação única e indivisa do meio em que se inserem como actores sociais, inculcando normas, regras e códigos de comportamento na cultura profissional, assimilando procedimentos de trabalho e estabelecendo contactos com o funcionamento das organizações que lhes irá facilitar a inserção na vida profissional, na óptica de Pires¹³¹.

Contudo, Santos¹⁴⁵ e Merini¹⁶³ contrabalançam esta interacção escola/serviços, referindo que, o conflito entre a teoria e a prática é salutar numa perspectiva dinâmica de mudar construtivamente a prática, questionando constantemente a formação e o exercício. Hesbeen¹⁷ relata na mesma linha de ideias que, a abertura de espírito, o alargamento de horizontes e a expansão de diversos pontos de vista do estudante, são competências impulsionadas pela discórdia entre diferentes perspectivas e entre pensamentos antagónicos.

Defendendo que a formação de competências é tarefa das escolas e dos locais de trabalho, não se pode descurar que a orientação do aluno em ensino clínico é uma função pertinente do docente e do Enfermeiro da prática de cuidados, numa directiva de qualificação profissional. Essa articulação cooperativa proporciona uma aprendizagem compreensiva das situações, diz-nos Correia¹⁶⁴, permitindo que a teoria se repercuta e se adeque à prática exercida e a prática influencie e actualize a teoria ensinada, sendo estes os alicerces duma cabal aquisição de competências.

Os objectivos dos Enfermeiros docentes visam os alunos e a sua aprendizagem os objectivos dos Enfermeiros da prática direccionam-se para os doentes e a gestão de

recursos, como nos enunciam Ribeiro [et al.]¹⁶⁵, porém apologizando Nóvoa e Finger¹⁶⁶ a formação como um todo, tem em vista incrementar nos alunos competências necessárias a serem mobilizadas em situações concretas da vida real socorrendo-se dos recursos técnicos fornecidos pelos Enfermeiros da prática e dos suporte teóricos adquiridos pelos Enfermeiros da teórica.

Como diz Costa¹⁶⁷ nem sempre é linear e directa a aplicação da teoria a situações práticas e concretas. Para Figueiredo¹⁴⁸ o universo da prestação de cuidados de Enfermagem é rico em situações cujas respostas certas, procedimentos padrão e o domínio das teorias e das técnicas não afixam competência profissional, pois exigem uma amálgama de competências adquiridas nos vários espaços de formação, segundo Tomé¹⁶⁸, cujo papel de resolução de problemas é complementar e integrador.

A cooperação das instituições de saúde e dos Enfermeiros na formação em Enfermagem assenta no que é legalmente preconizado pelo Despacho Ministerial 1/87 de 21/4/87 e reforçado no Despacho 8/90 de 28/2/90 o qual determina que: *“...os estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde devem prestar a maior colaboração às Escolas Superiores de Enfermagem nomeadamente: Facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequados à formação de novos Enfermeiros; Permitindo a colaboração do seu pessoal de Enfermagem na aprendizagem prática dos estudantes, de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços...”* (DR n.º 64 de 17/3/90:2706).

Mais imprescindível se tornou essa colaboração aquando da integração do ensino de Enfermagem a nível do ensino superior politécnico e com as alterações ao modelo de formação em Enfermagem, pelo que a nova legislação apontada no Decreto-Lei nº353/99, de 3 de Setembro, reforça a necessidade dos Ministérios da Educação e da Saúde se articularem com vista ao planeamento estratégico da formação. O Decreto-Lei nº99/2001, de 28 de Março nos artigos 9º e 10º acrescenta os aspectos a considerar na parceria entre aqueles ministérios.

A 2 de Outubro é criado um grupo de trabalhos, pela Resolução do Conselho de Ministros nº116/2002, cuja missão se focaliza no acompanhamento da formação na área da saúde e no que refere à Enfermagem preconiza aprimorar formas de articulação entre as unidades prestadoras de cuidados de saúde e os estabelecimentos de ensino. Resultado desta resolução é a formação de uma comissão técnica para o ensino de Enfermagem (Despacho Conjunto nº291/2003, de 27 de Março, DR nº73, II série) incumbida de promover a articulação do ensino prático, elaborando as respectivas propostas de regulamentação.

A socialização profissional proporcionada pelos ensinamentos clínicos nos estudantes é tanto mais efectiva quanto melhor for a organização e a articulação entre os serviços e a escola, numa triangulação de orientação metodológica, professor/Enfermeiro/aluno, na

transição de estudante a Enfermeiro, para Lesne¹⁶⁹, cujo caminho se vai paulatinamente construindo.

1.2.2.3. Modelo de Dreyfus de aquisição de competências no domínio da Enfermagem aplicado à Bioética

Já no início deste capítulo aludimos às competências necessárias para suprir com responsabilidade e correcção as funções exigidas pela profissão de Enfermagem, com base em autoras como Pires, Benner e Queirós, além do proposto nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* e de um documento delineador das *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, imposto pela Ordem dos Enfermeiros, sob orientação das competências que integram o *International Council of Nurses Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, do Conselho Internacional de Enfermeiros. Daqui descerre que o profissional é considerado competente quando capaz e possuidor das competências sugeridas.

Neste sentido, apontamos Patrícia Benner como ponte para fazermos uma analogia entre a aquisição de competências de Enfermagem e a aquisição de competência Bioéticas, recorrendo ao modelo de aquisição de competências proposto por Dreyfus e Dreyfus, evoluindo no sentido de iniciado a perito.

Para tal empresa, descreve-se em seguida um pouco o trabalho destes autores.

Patricia Benner, ao propor o modelo de desenvolvimento de competências¹⁷⁰ baseado em autores como Hubert Dreyfus e Stuart Dreyfus e nas teorias do ensino experiencial, foca a importância do sentido de responsabilidade que os Enfermeiros deverão desenvolver perante dimensões éticas e relacionais próprias das perícias clínicas, em contextos de aprendizagem específicos e complexos, tratando-se de ambientes onde fervilham emoções, sofrimentos, vulnerabilidades, enfim onde se dá o encontro com o outro.

Hubert e Stuart Dreyfus¹⁷⁰, dois fenomenólogos norte-americanos analisaram o que é a moralidade e de que maneira se organiza a nossa perícia Ética (*ethical expertise*). Estes autores estabeleceram uma analogia entre aprender a conduzir um automóvel e jogar xadrez, duas experiências moralmente neutras e a aquisição do conhecimento Ético, da maturidade moral e da capacidade de julgar.

Assumindo o comportamento Bioético como uma competência¹⁷¹, esclarecendo que a perícia Bioética será a capacidade para lidar com questões Bioéticas lidar com as mesmas de modo semelhante ao de outros peritos, exige reacções quase instintivas e apropriadas, a partir dos elementos relevantes e das expectativas da situação, é possível transpor do modelo de Dreyfus, os resultados da análise fenomenológica da aquisição de competências técnicas para o terreno da Bioética.

Os profissionais de Enfermagem evoluem nas suas competências escalando uma série de níveis desde o seu iniciado académico até se transformar numa excelente profissional, preparada para qualquer situação. Foram considerados cinco patamares que simbolizam os diferentes níveis de preparação, descritos por Stuart Dreyfus e Hubert Dreyfus e a autora Patrícia Benner assumiu como o *modelo de Dreyfus* e que se apresentam esquematicamente na figura que se segue (Fig.1.1).

Ao passar de um degrau para o seguinte, produzem-se uma série de mudanças nas competências e nos conhecimentos que as pessoas vão adquirindo ao longo do seu percurso, assim como vão sendo diferentes as suas actuações e a maneira de adoptar e resolver as situações. As transformações que vão ocorrendo entre as diferentes categorias do modelo de Dreyfus poderão ser sistematizadas do seguinte modo:

1. Passa a confiar nos princípios e normas abstractas, utilizando a experiência específica e passada;
2. A confiança no pensamento analítico passa a ser baseado em normas regidas pela intuição;
3. O estudante passa a perceber que na globalidade duma determinada situação alguns dados são mais importantes que outros ao invés de valorizar toda a informação da situação;
4. O estudante passa de observador individual desligado posicionando-se fora da situação e adopta uma posição de implicação, de envolvimento total na situação.

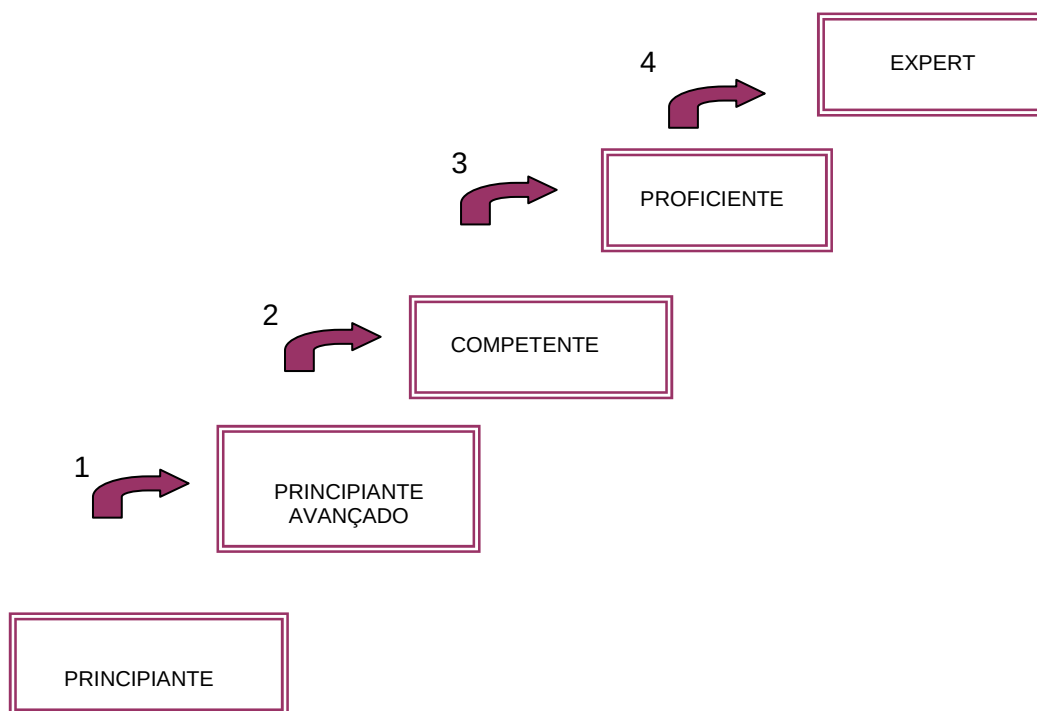


Fig. 1.1. Níveis de preparação propostos por Stuart Dreyfus e Hubert Dreyfus, adaptado de¹⁷²

Avaliar os elementos que ganham ou não proeminência leva à mudança do contexto e gradualmente modifica o entendimento que dele se tem, assim, é possível até rever a longa cadeia de eventos que levou a uma certa decisão e modificá-la. O *perito* fará aquilo que já foi aceite como *correcto* por seus pares.

Benner¹⁷³, advoga que a aquisição de competências baseadas na experiência é mais rápida e segura quando se produz a partir de uma base educativa, reforçando o capítulo anteriormente desenvolvido, atribuindo um papel crucial à formação.

O *Modelo de Dreyfus de aquisição de competências* pode ser sintetizado do seguinte modo, na tabela (Tab.1.7) abaixo apresentada, tendo por base a referência de P. Benner.

Compreendendo o comportamento Bioético em Enfermagem como uma competência, cruzamos as características da sua evolução nos níveis de proficiência de Dreyfus até à etapa profissional intitulada de competente, com a caracterização das competências desenvolvidas pelos estudantes de Enfermagem, propostas por A. Queirós apresenta num quadro resumo em simbiose com o modelo de Benner¹³², articulando os conceitos anteriormente explanados sobre formação/ ensino da Bioética em Enfermagem.

Sobressai que, determinada competência é alcançada pelo aluno de Enfermagem quando este finaliza o seu percurso académico da respectiva licenciatura, ao cumprir os quatro anos de formação, podendo ser considerado competente nessa área e posteriormente vai trabalhando essa competência pessoal e profissionalmente, de tal modo a tornar-se excelente no seu exercício podendo atribuir-se o título de *expert*.

Tabela 1.7.: Síntese do Modelo de Dreyfus de aquisição de competências, baseado em Benner¹⁷³

Níveis de proficiência	Características
Iniciada/ Principiante	Sem experiência prévia da situação que enfrenta; dificuldade em discernir entre os aspectos relevantes e os irrelevantes de uma situação; aprendem regras que os ajudem a agir; as regras são em contexto livre independentes de casos específicos de modo que são aplicadas universalmente; pequena percepção situacional; não há juízo crítico; o comportamento típico do iniciado é limitado e inflexível; o iniciado não tem experiência vivida na aplicação de normas. O lema é “diz-me o que é preciso que eu faça e eu faço-o”: <i>corresponde aos estudantes.</i>
Principiante avançado	Demonstra uma actuação parcialmente aceitável depois de se ter confrontado com um número suficiente de situações reais ou depois de um tutor lhe ter indicado os elementos importantes decorrentes da situação; segue as normas e orienta-se pelas tarefas que deve realizar; estuda as situações clínicas para demonstrar a sua capacidade e mobilizar os saberes que exige a situação a enfrentar; não se interessa por conhecer as necessidades e respostas do paciente; sente-se responsável pelo controle do cuidado do paciente; depende muito dos conselhos dos Enfermeiros com mais experiência; mantém-se limitada a percepção situacional; os princípios orientadores da acção começam a ser formulados: <i>corresponde aos Enfermeiros recém formados.</i>
Competente	Começa a ver as suas acções em termos de objectivos de longo alcance; faz uma deliberada e consciente planificação que determina os aspectos actuais e futuros das situações, discriminando os que são ou não são importantes, o que auxilia a alcançar eficiência e organização; aprende as situações reais da prática e imita as acções dos outros; o plano que elabora estabelece perspectivas, é baseado na consciência, na abstracção e numa analítica contemplação do problema; ainda não tem experiência suficiente para reconhecer aspectos mais relevantes de uma situação standardizando e rotinizando procedimentos; a sua atenção centra-se na gestão do tempo e na organização de tarefas em vez de centrar-se na administração do tempo respeitando as necessidades dos pacientes; já tem a sensibilidade e habilidade para lidar com muitas contingências da clínica: <i>Corresponde a Enfermeiros que trabalham há 2 ou 3 anos em similares situações clínicas.</i>
Proficiente	Percebe a situação holisticamente, em vez de dividi-la em aspectos e age guiada por normas porque entende o seu significado em termos de objectivos a longo prazo; é capaz de reconhecer aspectos principais numa situação; possui um domínio intuitivo da situação a partir da conhecida informação prévia; está mais seguro dos seus conhecimentos e habilidades; está mais implicada com o doente e a família; percebe desvios de um padrão normal; têm menos dificuldade em tomar decisões: <i>corresponde a Enfermeiras que estão a trabalhar há 3 ou 5 anos em similares situações</i>
Expert	Não se baseia em normas para justificar a sua compreensão da situação e agir apropriadamente; possui um domínio intuitivo da situação; é capaz de identificar a origem do problema sem perder tempo com soluções ou diagnósticos alternativos usufruindo de um vasto <i>background</i> know-how e de experiências; possui habilidade em reconhecer padrões graças à sua ampla experiência e fazer valer-se das ferramentas cedidas pelas normas assimiladas para solucionar eventos ou comportamentos não esperados; possui um profundo conhecimento da situação como um todo; conhece as preocupações e as necessidades reais do paciente; <i>corresponde a Enfermeiros com um currículo longo e experiente.</i>

Vejamos o resultado dessa convergência de saberes, na tabela (Tab.1.8) que se segue, assumindo que o nível de proficiência de *iniciado/ principiante* corresponderá ao 1º ano lectivo, o nível de *principiante avançada* ao 2ª ano e o nível *competente* ao 4º ano da licenciatura em Enfermagem, sendo que os restantes níveis de proficiência são alcançados

ao longo dum percurso de vida, na medida em que se transforma no sentido da própria existência.

Tabela 1.8.: Convergência das competências com os níveis de proficiência, adaptado de Queirós¹³²

Níveis de proficiência Competências	Iniciado/ Principiante	Principiante avançado	Competente
Pensamento crítico	Desenvolvimento precoce da capacidade de tomar decisões com uma visão limitada das opções possíveis.	Tem a capacidade de efectuar escolhas, mas segue um processo sistemático de tomada de decisão.	Consegue ter várias opções e tem a capacidade de diferenciar benefícios possíveis para cada.
Capacidades de Comunicação (escritas, verbais e não verbais)	Aprender métodos de comunicação com clientes, famílias e grupos. Identificação de padrões de comunicação afectivas.	Início da análise da conversação terapêutica. Diferenciação da comunicação terapêutica e não terapêutica com clientes, famílias e grupos.	Demonstração de comunicação afectiva com clientes, famílias e grupos. Demonstração e avaliação das actividades de ensino/aprendizagem.
Intervenções terapêuticas de Enfermagem	Início de aquisição de capacidades psicomotoras. Prática de terapêuticas psicossociais de bem-estar do cliente.	Avanço das capacidades psicomotoras e nas terapêuticas psicossociais dirigidas para os clientes, famílias e grupos com desvios de saúde.	Provas da existência de capacidades psicomotoras seguras e terapêuticas psicossociais individualizadas de clientes, famílias e grupos.
Desenvolvimento profissional	Identificar os componentes da prática profissional de Enfermagem. Início da subordinação.	Demonstração de conhecimentos adequados a uma prática segura da Enfermagem. Subordinação efectiva.	Integração de conhecimentos e autoavaliação. Início da liderança.
Desenvolvimento pessoal	Reflexão do sistema pessoal de valores.	Clarificação de valores pessoais. Aceitação da diversidade.	Identificação da aprendizagem como um processo para toda a vida. Integração de valores éticos na prática da Enfermagem. Desenvolvimento da sensibilidade e diversidade.
Comportamento Bioético	Contacto com as temáticas da Bioética, seus princípios fundamentais, normas, conceitos e aplicação/ discussão de situações reais e específicas em contexto teórico. Não tem experiência vivida na acção real. Abordagem disciplinar transversal.	Confronto com dilemas éticos em situações reais. Demonstra capacidades em mobilizar os saberes anteriormente adquiridos adequando a resolução das situações dilemáticas aos princípios orientadores da acção Bioética. Segue os conselhos de tutores mais experientes.	Pratica a Enfermagem sob o escopo da responsabilidade Bioética intrínseca às recomendações do Conselho do Enfermagem. Age deliberada e conscientemente colocando em acção os saberes da Bioética já assimilados e incorporados na sua prática pessoal e profissional, embora standardizando e rotinizando atitudes. Reconhece a importância da Bioética na aquisição de outras competências profissionais para um excelente desempenho.
Escolaridade (scholarship)	Início da compreensão de princípios da prática baseada na pesquisa e baseada na teoria.	Início da explicação da prática baseada na pesquisa e baseada na teoria.	Análise e revisão da pesquisa em Enfermagem. Traduzindo a aplicação ao cuidar em Enfermagem.

Benner et al¹⁷³ advogam que " *O conhecimento perito, e desde logo também o conhecimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento*" assegurando, que o conhecimento que os Enfermeiros necessitam para o cabal exercício da sua profissão é tão ou mais profícuo fora das salas de aula que entre quatro paredes fechadas.

Phaneuf¹⁷⁴ refere que a investigação sistemática favorece a evolução dos cuidados de Enfermagem, a valorização da destreza clínica, da criatividade e da liderança dos Enfermeiros, e a nosso ver beneficia o conhecimento em geral e o da Enfermagem em particular, tornando-se sublime quando atinge a sua perfeição através dos olhos da arte, daqui se exulte muitas das vezes a ciência e a arte desta profissão como desígnio de humanidade só alcançável pelas mãos dedicadas da Bioética!

Capítulo 2. Investigação empírica

“Os problemas que temos de enfrentar não podem ser resolvidos com o mesmo nível de pensamento que tínhamos quando foram criados”

Albert Einstein

2.1. Objectivo geral

Preliminarmente à abordagem do objectivo que orienta este trabalho, gostaríamos de enquadrar o mesmo no âmbito de uma discussão actual, que se insere no quadro dos paradigmas que ditam as regras de ensino na área da Bioética em Enfermagem. Muito se tem discutido sobre o assunto, parecendo-nos relevante aferir qual a opinião dos mais visados nesta dualidade ensino/ aprendizagem que são os estudantes. Assim, indo de encontro ao que atrás foi discutido, partimos para o terreno elaborando previamente um questionário que abarcasse todos os pontos que consideramos pertinentes para satisfazer os objectivos definidos.

O fundamento do nosso trabalho foi averiguar junto dos estudantes de Enfermagem, como tem sido organizada a sua formação em termos da preparação no domínio da Bioética como facilitadora na aquisição de competências profissionais em Enfermagem, partindo de dois modelos de ensino dispares entre duas Escolas Superiores de Enfermagem, a Escola Superior de Enfermagem S. João (ESESJ) e Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição (ESEIC).

2.2. Objectivos específicos

No presente trabalho pretendemos especificamente:

- Elaborar um instrumento do tipo Questionário de Indicadores Formativos (QIF) que permita avaliar junto dos estudantes três dimensões: percepções em relação às temáticas da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem, importância/responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem e práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura em Enfermagem.
- Aplicar e pré-testar o novo instrumento (QIF), junto dos estudantes do 1º e 2º ano da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP).
- Realizar procedimentos estatísticos de forma a averiguar da validade e consistência interna do instrumento (QIF).
- Aplicar o instrumento de recolha de dados validado junto dos estudantes do 1º, 2º e 4º ano das Escolas Superiores de Enfermagem de S. João (ESES. J) e Imaculada Conceição (ESEIC).
- Realizar procedimentos estatísticos de modo a discutir os resultados obtidos junto dos estudantes.

2.3. Metodologia e material

Aplicamos a pré-testagem do instrumento que elaboramos, o qual designamos por “Questionário Indicadores Formativos em Bioética para Profissões da Saúde” (anexo I) a alunos que se inserem na ESTSP, num contexto semelhante ao da Enfermagem.

A ESTSP é uma instituição de ensino superior pública que lecciona licenciaturas na área das Tecnologias da Saúde (nomeadamente: Análises Clínicas e Saúde Pública; Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica; Cardiopneumologia; Farmácia; Fisioterapia; Medicina Nuclear; Neurofisiologia; Radiologia; Radioterapia; Saúde Ambiental; Terapêutica da Fala e Terapêutica Ocupacional).

As práticas de investigação resultaram da combinação de duas orientações metodológicas distintas mas que se coadunam pacificamente: a qualitativa e a quantitativa, na orla do preconizado por Haguette¹⁷⁵ que, em nosso entender parece enriquecer o trabalho de investigação levado a cabo.

A razão de recorrermos a diferentes tipologias metodológicas prende-se com a diversificação e relacionamento de alguns pontos de vista e ângulos de abordagem que fomentem uma percepção consistente e multifacetada da realidade que pretendemos estudar¹⁷⁶.

No que se refere às técnicas de recolha de informação, recorreremos a questionários por questionário, à análise documental e bibliográfica. Esse compromisso é possível e, neste caso, desejável, uma vez que preza pela sua facilidade de aplicação, condicionamento do tempo, obtenção da informação desejada e possibilidade de colaboração confidencial por ser anónima e como tal mais sincera.

2.3.1. Amostra para aplicação da pré-testagem do QIF

Na fase de validação optou-se por proceder à pré-testagem junto do público da ESTSP alunos da área das Tecnologias da Saúde, com o intuito de não ser necessário retirar do estudo final grande percentagem dos estudantes de Enfermagem que não poderiam participar na pré-testagem e na aplicação definitiva. Os 46 alunos da ESTSP que inquirimos e que responderam ao questionário foram seleccionados por motivos de facilidade na sua abordagem uma vez que, pretendíamos proceder rapidamente à validação do referido questionário para aplicá-lo à nossa população alvo num curto espaço de tempo, com as respectivas reestruturações e correcções. O contacto com estes alunos foi facilitado pelo prévio conhecimento dos mesmos em relação à orientadora deste estudo.

A amostra da pré-testagem do QIF era constituída por alunos do 1º e 2º ano da ESTSP, conforme se pode observar pela distribuição do gráfico (Gráf.2.1) abaixo.

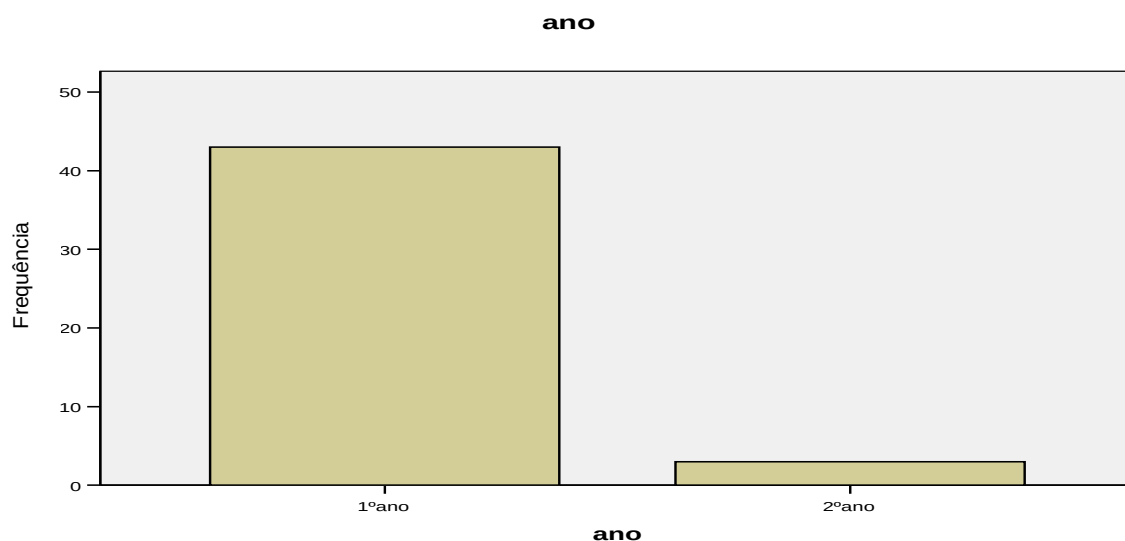


Gráfico 2.1. Distribuição dos alunos da ESTSP que participaram na pré-testagem do presente estudo por anos acadêmicos

Mais especificamente, a amostra em estudo estava composta por 46 alunos, sendo 43 alunos do 1º e 3 alunos do 2º ano de diferentes cursos de Tecnologias da Saúde da ESTSP. Dos alunos que participaram na validação do presente instrumento de trabalho, 37 eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino, conforme se apresenta no gráfico (Gráf. 2.2) que se segue.

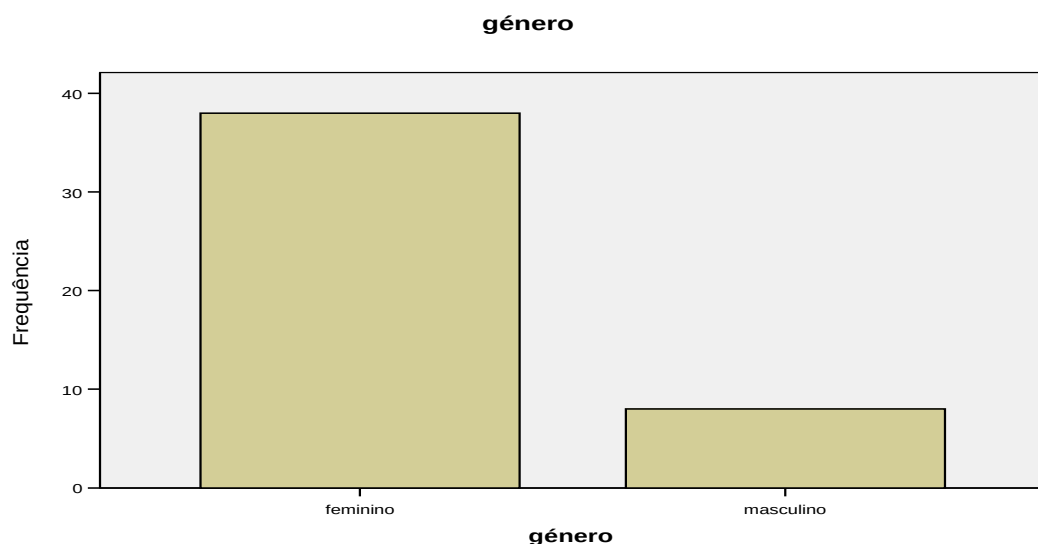


Gráfico 2.2. Distribuição dos alunos da ESTSP que participaram na pré-testagem do presente estudo por gênero.

A média de idades dos estudantes intervenientes na pré testagem ronda os 19 anos (variando entre os 18 e os 28 anos), de acordo com os dados apresentados no gráfico (Gráf. 2.3) seguinte.

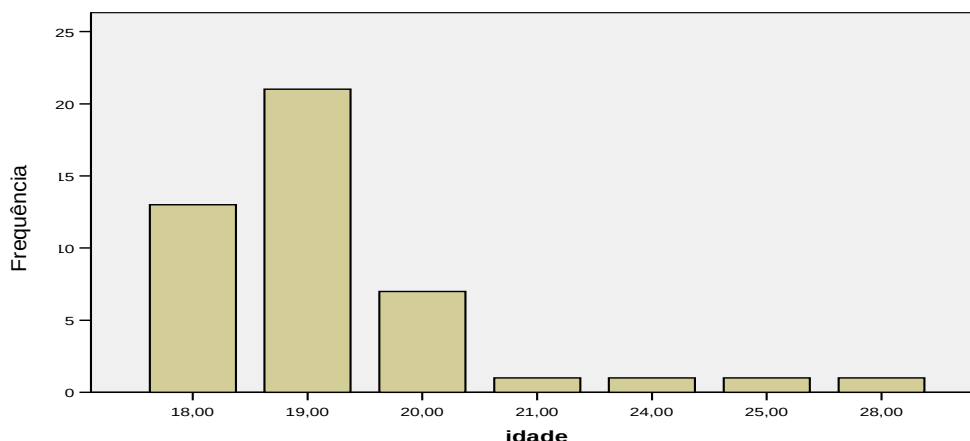


Gráfico 2.3. Distribuição dos alunos da ESTSP que participaram na pré-testagem do presente estudo por idades.

2.3.2. Amostra para aplicação do QIF

Posteriormente aplicamos o inquérito a duas escolas distintas, a Escola Superior de Enfermagem de S. João é uma instituição pública com um modelo de ensino distinto da Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição que é uma instituição privada. Gostaríamos de proceder a uma análise em termos de conteúdos programáticos relacionados com a Bioética, enquadrados nos modelos pedagógicos utilizados. Pelos planos de estudos verificamos que a ESEIC intercala ensino teórico com ensino prático e a ESES.J procede de outro modo, desenvolve numa primeira fase a vertente teórica do currículo formal da licenciatura e posteriormente dedica-se à componente prática do curso.

Por outro lado, seleccionamos três distintos grupos de alunos, de três anos de escolaridade diferentes, com contactos na área da Bioética que diferem entre si. Os alunos do 1º ano não possuem uma relação de evidência disciplinar, contactando com a temática por outras vias, que fomos averiguar quais. Os alunos do 2º ano iniciam o contacto com a disciplina de Bioética formalmente, com um programa específico do assunto. Finalmente quanto aos alunos do 4º ano foi nossa intenção apurar que resultados foram produzidos após o contacto teórico e provavelmente prático com a temática da Bioética. Os alunos do 3º ano não foram contemplados no nosso estudo por não se enquadrarem nos parâmetros que determinamos, pois estes alunos não se encontram no início da formação nem no fim

apenas se encontram num patamar intermédio, que eventualmente poderá ser alvo de um estudo posterior nosso, mas não de momento.

Assim, acompanhamos uma evolução gradativa no tempo ao longo da formação em Enfermagem focalizando o contributo da Bioética e da aquisição das suas competências para alcançar outras fundamentais ao pleno exercício da profissão, perspectivado pelos estudantes e baseando-nos no estudo de três dimensões distintas.

A amostra do instrumento QIF era constituída por alunos do 1º, 2º e 4º ano das ESES.J, instituição de ensino pública e ESEIC, instituição de ensino privada. Estava composta por 565 alunos (dos 646 estudantes dos 1º, 2º e 4º anos de ambas as escolas), sendo 214 alunos do 1º ano, 171 alunos do 2º ano e 180 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem.

O gráfico (Gráf. 2.4) que se apresenta de seguida mostra que 38% dos inquiridos frequentam o 1º ano, 30% frequentam o 2º ano e 32% frequentam o 4º ano.

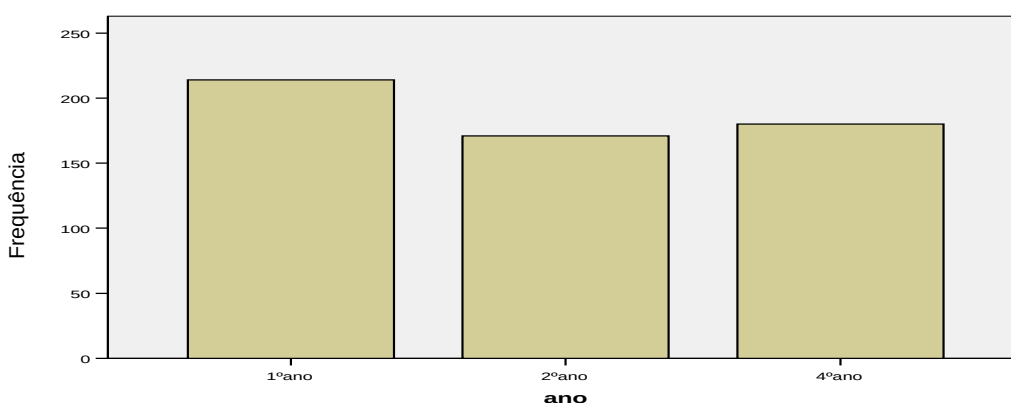


Gráfico 2.4. Distribuição dos alunos de Enfermagem que participaram no presente estudo por anos académicos

Dos estudantes de Enfermagem que participaram no presente estudo, 81.6% eram do sexo feminino e 18.4% do sexo masculino, conforme se observa do gráfico (gráf. 2.5).



Gráfico 2.5. Distribuição dos alunos de Enfermagem que participaram no presente estudo por género

A média de idades dos alunos inquiridos ronda os 20 anos com um desvio padrão de 2.1 (variando entre os 18 e os 35 anos), como se observa no gráfico (Gráf. 2.6) que se segue. A moda das idades situa-se nos 19 e a mediana respectiva nos 20. Constatamos que 25.3% dos alunos têm 19 anos e 23% rondam os 20 anos de idade.

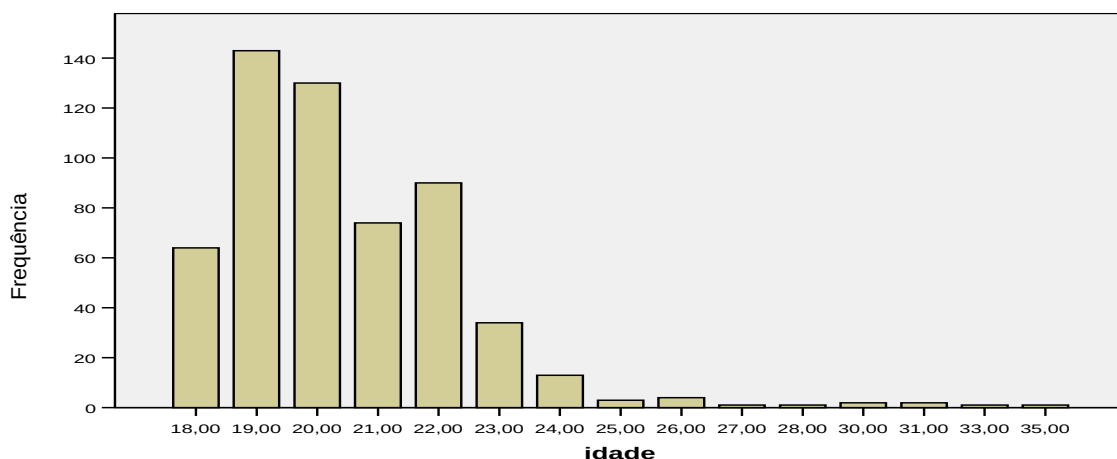


Gráfico 2.6. Distribuição dos alunos de Enfermagem que participaram no presente estudo por idades.

Relativamente às escolas que escolhemos para o presente estudo, verificamos que 60.5% da amostra pertence à ESESJ e os restantes 39.5% correspondem à ESEIC (Gráf.2.7).

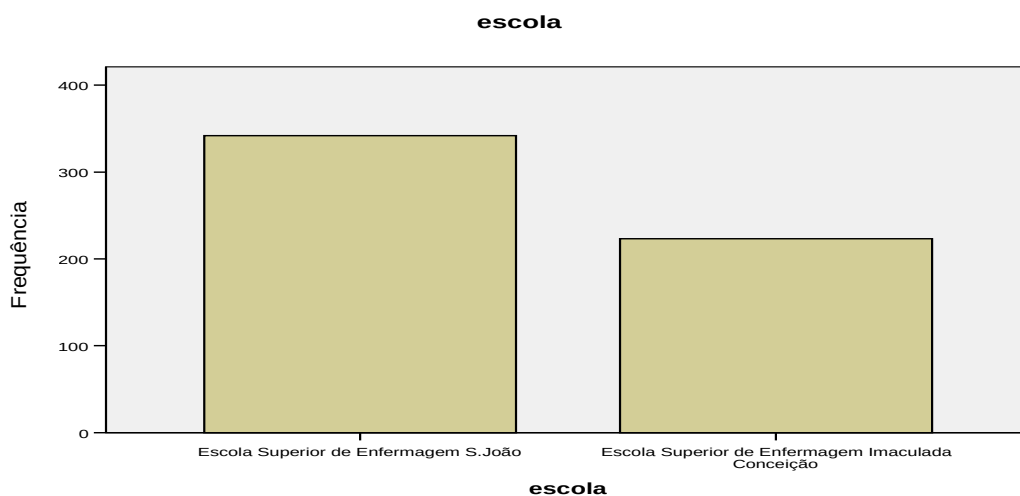


Gráfico 2.7. Distribuição dos alunos de Enfermagem que participaram no presente estudo por escolas.

2.3.3. Instrumentos

O instrumento utilizado, de acordo com o já descrito na pré-testagem consistiu num questionário a alunos da ESTSP, designado por QIF, utilizando uma escala de *likert*, agrupando as questões por categorias pré-definidas, tendo por suporte o quadro teórico anteriormente definido e elaborado.

Após revisão, correcção, reestruturação e reformulação de itens foi aplicado aos estudantes do 1º, 2º e 4º anos das ESES.J e ESEIC, o questionário final, também designado por QIF, utilizando uma escala de *likert*, agrupando as questões por categorias pré-definidas e previamente testado junto de estudantes da ESTSP.

Seguidamente, apresentamos os procedimentos metodológicos seguidos na construção e validação do QIF para aferir indicadores formativos em Bioética, neste caso em estudantes da ESTSP. O presente instrumento visa a exploração, entre os estudantes, de três dimensões pelas quais se distribuem 60 itens de resposta, bem como contempla duas perguntas de resposta aberta e, adicionalmente, mais duas de “reflexão falada”.

Posteriormente, seguir-se-á o mesmo raciocínio para a real aplicação do instrumento de recolha de informação na população desejada, exceptuando a reflexão falada que excluimos da versão final por apenas se mostrar relevante para a pré-testagem.

2.3.3.1. Descrição do Questionário

O questionário para pré-testagem pretendeu efectuar uma avaliação das percepções, importância e práticas educativas dos estudantes, neste caso da área das Tecnologias da Saúde, em relação ao domínio da Bioética para as Profissões da Saúde com o intuito de poder ser aplicado no futuro a qualquer área no âmbito das Profissões da Saúde e em concreto à área da Enfermagem.

Assim, estamos face a um inventário multidimensional, sendo certo que na sua concepção quisemos integrar três dimensões *major*, sendo elas: a) Percepções em relação às temáticas da Bioética, (Enfermagem na versão final) Profissões da Saúde e da Bioética (em Enfermagem na versão final) nas Profissões da Saúde, composta por 28 itens; b) Importância e responsabilidade atribuída à Bioética (em Enfermagem na versão final) nas Profissões da Saúde, constituída por 16 itens; c) Práticas educativas e abordagens às temáticas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura, formada também por 16 itens.

2.3.3.2. Construção e Validação do Questionário

O estudo desenvolveu-se com base num questionário desenhado por Luís Costa cuja finalidade seria a elaboração de dissertação conducente ao grau de Mestre do mesmo. Este questionário do qual adaptamos vários itens não estava, contudo, validado nem mesmo configurado para validação, no entanto, encontrava-se a ser tratado para uma tese de

doutoramento de Rosália Fonte, que gentilmente se disponibilizou para que o mesmo fosse readaptado ao assunto em estudo. Porém, nesta fase de validação optou-se por proceder à pré-testagem junto do público da ESTSP, alunos da área das Tecnologias da Saúde, com o intuito de não ser necessário retirar do estudo final grande percentagem dos estudantes de Enfermagem que não poderiam participar na pré-testagem e na aplicação definitiva.

A versão original do QIF (pré-teste) é formada por 60 itens de resposta fechada, adaptados de trabalhos anteriores em áreas afins, questões abertas e duas questões correspondendo, na forma escrita, ao que na literatura se designa por *reflexão falada* (que não constam da versão final do questionário).

Consideramos vantajoso este tipo de procedimento em adaptar um instrumento de recolha de dados à realidade que pretendemos estudar, não obstante a sua reestruturação e validação, mas verifica-se uma maior celeridade comparando com a construção de um novo instrumento e a confiança no mesmo é também motivo da sua escolha.

A escala de medida utilizada foi a de tipo *likert* fornecendo seis posições de opção aos inquiridos, o que nos pareceu adequado ao cariz de informação que intencionávamos obter.

Após a sua validação junto dos estudantes da ESTSP, reestruturamos novamente o questionário de modo a aplicá-lo à população desejada, sendo que na versão final a que chamamos de teste QIF, excluímos as duas questões de reflexão falada por apenas as considerarmos pertinentes na fase de validação do questionário ao qual chamamos pré-teste QIF.

2.3.3.3. Recolha de dados

Em meados de Maio de 2006 foi contactada pessoalmente a direcção da ESTSP para obtermos autorização na aplicação do inquérito de pré-teste para sua validação. Após a obtenção da devida permissão, entregamos o inquérito aos alunos do 1º e 2º ano da referida escola e recolhemos os resultados dos mesmos em meados de Junho.

Entretanto, a par do tratamento estatístico levado a cabo para a validação do pré-teste, elaboramos os ofícios a serem entregues nas escolas de Enfermagem onde pretendíamos realizar o nosso estudo. Deste modo, no dia 5 de Junho de 2006 procedemos à entrega dos ofícios solicitando às direcções da ESEIC e ESES.J autorização para aplicação dos inquéritos aos seus estudantes do 1º, 2º e 4º ano de escolaridade.

Após autorização das direcções da ESES.J e ESEIC, demos início à entrega dos inquéritos que decorreu entre o dia 10 e o dia 20 de Julho.

Na ESEIC contamos com a colaboração da professora responsável pela coordenação do 2º ano lectivo, para a entrega e recolha dos inquéritos e procedemos

pessoalmente à entrega e recolha dos dados do nosso instrumento de trabalho nos restantes anos lectivos.

Na ESES.J entregamos pessoalmente os inquéritos e procedemos à sua recolha após preenchimento dos mesmos e contamos com a constante presença da Professora Teresa Nazaré que orientou e divulgou a realização deste trabalho pelos estudantes visados no nosso estudo, apelando à sua participação.

2.3.3. 4. Tratamento dos dados

Para levarmos a cabo a análise de dados do pré-teste optámos pela abordagem de tipo quantitativo na análise dos dados recolhidos através dos questionários mencionados, recorrendo ao Programa Estatístico SPSS for Windows, versão 14.0 e pela análise de conteúdo das perguntas de resposta aberta colocadas aos alunos e das perguntas de reflexão falada.

Analogamente para a análise de dados do instrumento de trabalho final, QIF, decidimos pela abordagem de tipo quantitativo na análise dos dados recolhidos através dos questionários mencionados, recorrendo ao Programa Estatístico SPSS for Windows, versão 14.0 e pela análise de conteúdo das perguntas de resposta aberta colocadas aos alunos.

2.3.3.5. Tratamento estatístico dos dados

Na primeira parte do questionário procedemos à análise da respectiva fiabilidade e consistência interna. Recorremos ao coeficiente *Alpha de Cronbach* em face do formato *likert* dos itens¹⁷⁷.

A escala *likert* utilizada variava do nível 1 (totalmente em desacordo) ao nível 6 (totalmente em acordo). Os níveis de resposta intermédios situavam-se entre nível 2 (em desacordo), nível 3 (parcialmente em desacordo), nível 4 (parcialmente em acordo) e nível 5 (em acordo).

O procedimento levado a cabo aplicou-se ao pré-teste e teste e dentro destes a cada uma das dimensões determinadas. Os vários itens foram enquadrados em três dimensões distintas, como atrás mencionadas e analisadas estatisticamente em separado.

Iniciamos por proceder a uma análise descritiva simples com caracterização da amostra em termos de sexo, idade, ano de escolaridade.

Depois aferimos a variação da fiabilidade na eliminação de itens no cômputo geral. Posteriormente apuramos as médias das situações menos cotadas e as mais valorizadas pelos inquiridos.

De seguida analisamos as correlações entre as diversas situações, salientando as mais e as menos correlacionadas.

No que concerne à segunda parte do QIF, procedemos a uma análise de conteúdo de dois âmbitos distintos. Nesta secção, vocacionada para questões abertas, averiguou-se em primeira instância quais as disciplinas que os estudantes percebem como tendo contribuído, directa ou indirectamente, para a sua preparação no domínio da Bioética. Para além de enunciarem quais as disciplinas, também eram questionados sobre a forma como as mesmas contribuíam para a sua preparação.

No pré-teste procedeu-se à inclusão de duas questões correspondendo, na forma escrita, ao que na literatura se designa por *reflexão falada*. Essas questões procuravam averiguar por um lado os itens que suscitariam dúvidas na resposta, e, por outro lado, as alterações que os alunos introduziriam neste questionário (introduzir, retirar ou reformular itens).

O trabalho de tratamento estatístico dos dados foi mais aprofundado no instrumento final. Na sua aplicação aos estudantes de Enfermagem, consideramos três novas variáveis, sendo estas os *scores* médios das dimensões encontradas para o nosso estudo e utilizamos os testes estatísticos considerados mais convenientes para poder fazer comparações entre dois ou mais grupos.

Assim sendo, utilizamos os histogramas para uma análise geral do comportamento da normalidade das variáveis estudadas, neste caso dos *scores* das dimensões.

De seguida fomos testar as médias do nível das respostas, dos *scores* das dimensões e averiguar se estas se assemelham nos dois grupos independentes da mesma amostra de Escolas de Enfermagem seleccionadas, através do *Teste T* (comparamos os resultado com o teste de *Mann-Whitney-U* também aplicado a este tipo de grupo) e nos três grupos independentes da mesma amostra de anos de escolaridade escolhidas, utilizamos o teste *One Way Anova* (comparamos com o teste de *Kruskal-Wallis* também indicado a este tipo de estudo), tirando daí as conclusões resultantes.

Finalmente utilizamos o *graph error bar* para estudar a variabilidade das opiniões dos estudantes em cada uma das dimensões por anos de escolaridade e por escolas, aquilatando daí as respectivas conclusões.

Capítulo 3. Resultados

3.1. Resultados obtidos da análise estatística do pré-teste

3.1.1. Resultados da análise estatística geral

3.1.1.1. Taxa de resposta na pré-testagem

Na aplicação do pré-teste obtivemos uma participação de 100% das turmas seleccionadas da ESTSP, pois todos os 46 alunos que inquirimos responderam ao inquérito.

3.1.1.2. Fiabilidade e consistência interna na pré-testagem

O presente pré-teste QIF apresenta, na análise geral de todos os itens em conjunto, um valor *Alpha de Cronbach* de 0,937, o que revela um nível elevado de fiabilidade. No que concerne à consistência interna, é de destacar que encontramos um valor de *IntraClass Correlation Item* de 0,937 semelhante ao *Alpha de Cronbach*, com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,897-0,966.

A destacar que se eliminarmos determinadas situações a fiabilidade é incrementada como podemos observar da tabela (Tab. 3.1) abaixo.

Tabela 3.1: Valores auferidos de *Alpha de Cronbach* por eliminação de situações no pré-teste.

Situação a eliminar	Descrição da situação	<i>Alpha de Cronbach</i>
10	Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na minha licenciatura	0.965
13	Considero o Ministério da Educação como responsável pelo ensino da Bioética	0.940

Salienta-se que nenhum item foi removido por não ocorrer alteração significativa da fiabilidade e da consistência interna aquando a sua eliminação, conforme se constata pelos valores auferidos na tabela acima apresentada.

3.1.1.3. Situações com nível de opinião limite mais ou menos elevado

No pré-teste as situações respondidas pelos alunos, em média, a um nível mais baixo da escala aplicada foram as mencionadas na tabela (Tab.3.2) seguinte e que correspondem ao nível de opinião **parcialmente em desacordo**.

Tabela 3.2: Valores auferidos das Situações de pré-teste com um nível de opinião mais baixo.

Situação	Descrição da situação	Média Nível de opinião
1	Ao longo do curso que estou a frequentar foram promovidos espaços de reflexão e debate sobre a Bioética	2.6
11	Ao longo da minha formação académica contactei com unidades curriculares onde foram trabalhados os conteúdos relacionados com a Bioética	3,06
16	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem	3.06
41	Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética	3.02

No pré-teste as situações respondidas pelos alunos, em média, a um nível mais elevado da escala aplicada foram os verificados na tabela (Tab.3.3.) seguinte, correspondendo à opinião de **parcialmente em acordo**.

Tabela 3.3: Valores auferidos das Situações de pré-teste com um nível de opinião mais alto.

Situação	Descrição da situação	Média do Nível de opinião
5	Na actividade dos profissionais de saúde a Bioética é crucial, no sentido de conduzir a favor do bem presumido do OUTRO	4.3
44	A Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional	4.2
22	O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade	4.2
38	O ensino da Bioética deve-se conduzir de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação	4.18

3.1.1.4. Correlação das variáveis

Remetemo-nos de seguida, para a análise da correlação entre as diferentes variáveis no pré-teste. Assim sendo, apresenta-se (Tab.3.4) as maiores correlações (por opção seleccionamos a partir de 0.79), que revelaram uma grande afinidade.

Uma forte correlação entre as variáveis significa que a valorização / desvalorização atribuída às duas situações pelos estudantes são semelhantes.

Tabela 3.4: Maiores correlações obtidas entre as variáveis no pré-teste.

Situação correlacionada A	% Alunos com x nível de opinião referente a situação A	Situação correlacionada B	% Alunos com x nível de opinião referente a situação B	Valor de correlação A/B
A inter percepção nas relações pessoais, a preocupação e a solicitude em relação aos outros são competências fundamentais ao exercício do profissional de saúde Situação 53	23.9% Parcialmente em desacordo	A prudência, magnanimidade, justiça, coragem, equilíbrio, humildade, paciência, caridade, generosidade e integridade são virtudes fundamentais para o cabal exercício do profissional de saúde. Situação 55	32.6% Parcialmente em acordo	0.856
A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida Situação 42	28.3% Parcialmente em acordo	A Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional Situação 44	32.6% Em acordo	0.855
No currículo formal da licenciatura, fomentar valores na consciência do futuro profissional de saúde é um objectivo imediato da formação Bioética Situação 31	32.6% Parcialmente em acordo	A formação Bioética oferece uma postura aprendida, estimulada, saudável e correcta na relação com o paciente, outros profissionais e sociedade em geral Situação 32	41.3% Parcialmente em acordo	0.811
O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	30.4% Parcialmente em acordo	Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional Situação 44	32.6% Em acordo	0.801
A formação Bioética oferece uma postura aprendida, estimulada, saudável e correcta na relação com o paciente, outros profissionais e sociedade em geral Situação 32	41.3% Parcialmente em acordo	A prudência, magnanimidade, justiça, coragem, equilíbrio, humildade, paciência, caridade, generosidade e integridade são virtudes fundamentais para o cabal exercício do profissional de saúde. Situação 55	32.6% Parcialmente em acordo	0.793
A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida Situação 42	28.3% Parcialmente em acordo	Os profissionais de saúde traduzem a excelência da Bioética quando procuram em todo o acto profissional e excelência do exercício Situação 59	39.1% Parcialmente em acordo	0.790

3.1.2. Análise estatística para as diferentes dimensões

3.1.2.1. Fiabilidade e consistência interna

Seguidamente apresentam-se (Tab.3.5.) os valores auferidos nas três dimensões encontradas no instrumento de colheita de dados do pré-teste QIF.

Tabela 3.5: Valores auferidos e Alpha de Cronbach para as diferentes dimensões do pré-teste (N=46).

DIMENSÕES	DEFINIÇÃO	Nº DE ITENS	MÉDIA	VARIÂNCIA	ALPHA DE CRONBACH
Dimensão 1	Percepções em relação às temáticas da Bioética, Profissões da Saúde e da Bioética nas Profissões da Saúde	28	3.778	0.076	0.944
Dimensão 2	Importância e responsabilidade atribuída à Bioética nas Profissões da Saúde	16	3.847	0.081	0.892
Dimensão 3	Práticas educativas e abordagens às temáticas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura	16	3.570	0.187	0.725

Na tabela (Tab.3.6.) apresenta-se a fiabilidade do instrumento pré-teste QIF conforme a eliminação de determinados itens nas diferentes dimensões.

Tabela 3.6: Valores auferidos de Alpha de Cronbach por eliminação de situações nas diferentes dimensões do pré-teste (N=46).

Dimensão	Item eliminado	Alpha de Cronbach
1	A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno das profissões da saúde Situação 6	0.946
1	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	0.945
1	A Bioética impõe limites ao progresso da ciência e das descobertas notáveis, que oferece ao profissional de saúde a possibilidade de vencer os obstáculos convencionais sobre a própria natureza humana Situação 35	0.945
2	Considero o Ministério da Educação como responsável pelo ensino da Bioética Situação 13	0.904
3	Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética Situação 41	0.731

Constata-se que na dimensão 1, “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Profissões da Saúde e da Bioética nas Profissões da Saúde”, no que concerne à consistência interna, se encontra um valor de *IntraClass Correlation Item* de 0,944 semelhante ao *Alpha de Cronbach*, com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,912-0,968.

Na dimensão 2, “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética nas Profissões da Saúde”, no que refere à consistência interna, verificamos um valor de *IntraClass Correlation*

Item de 0,892 semelhante ao *Alpha de Cronbach*, com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,837-0,936.

Para a dimensão 3, “Práticas educativas e abordagens às temáticas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura”, no que respeita à consistência interna, detectamos um valor de *IntraClass Correlation Item* de 0,725 semelhante ao *Alpha de Cronbach*, com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,583-0,835.

Constata-se pelos valores apresentados que a eliminação dos itens indicados não provocaria alterações significativas no que diz respeito à fiabilidade e consistência interna pelo que não se procedeu à remoção de situações em cada uma das dimensões, tal como se verificou na análise estatística geral.

3.1.2.2. Situações com nível de opinião limite mais ou menos elevado

Passamos a destacar as situações mais cotadas pelos estudantes em cada uma das diferentes dimensões, na escala utilizada correspondendo no geral à opinião de ***parcialmente em acordo*** e que se mostram de seguida na tabela (Tab.3.7).

Tabela 3.7: Valores auferidos por dimensões das Situações de pré-teste com um nível de opinião mais elevada (N=46).

Dimensão	Descrição da situação	Média do Nível de opinião
1	O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	4.21
1	A formação Bioética promove os princípios essenciais, molda as virtudes para uma conduta profissional adequada Situação 34	4.12
1	A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde Situação 54	4.12
2	Na actividade dos profissionais da saúde a Bioética é crucial, no sentido de conduzir a favor do bem presumido do OUTRO Situação 5	4.3
2	Considero importante o ensino da Bioética nas profissões da saúde para a aquisição de competências profissionais futuras Situação 18	4.07
2	Descurar a preparação no domínio da Bioética nas profissões da saúde pode prejudicar os serviços de saúde prestados à comunidade Situação 25	4.07
3	As competências em Bioética que aprendi no meu curso serão mobilizadas quando for necessário provar o que sou capaz de fazer, numa adaptação concreta a um posto de trabalho Situação 7	4.0250
3	Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na minha licenciatura Situação 10	4.0250
3	Quando se procede ao planeamento do ensino da Bioética nas profissões da saúde deve ter-se em conta a motivação do público-alvo Situação 19	4.0250
3	O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	4.125

As situações menos cotadas por dimensões, pelos alunos da ESTSP são as mencionadas na tabela (Tab.3.8.) seguinte, parecendo corresponder em todas as dimensões e em média à opinião de **parcialmente em desacordo**.

Tabela 3.8: Valores auferidos por dimensões das Situações de pré-teste com um nível de opinião mais baixo (N=46).

Dimensão	Descrição da situação	Média do Nível de opinião
1	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	2.9
2	No meu país considero existir uma preocupação notória com o ensino da Bioética Situação 15	3.2
3	Ao longo do curso que estou a frequentar foram promovidos espaços de reflexão e debate sobre a Bioética Situação 1	2.5

3.1.2.3. Correlação das variáveis

Apresenta-se na tabela (Tab.3.9) que se segue os valores obtidos das maiores correlações entre as variáveis na dimensão 1 - "Percepções em relação às temáticas da Bioética, Profissões da Saúde e da Bioética nas Profissões da Saúde".

Tabela 3.9: Valores obtidos das maiores correlações entre as variáveis na dimensão 1 "Percepções em relação às temáticas da Bioética, Profissões da Saúde e da Bioética nas Profissões da Saúde" do pré-teste (N=46).

Situação correlacionada A	Situação correlacionada B	% Da opinião dos alunos sobre A	% Da opinião dos alunos sobre B	Valor de correlação A/B
A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida Situação 42	Os profissionais da saúde traduzem a excelência da Bioética quando procuram em todo o acto profissional a excelência do exercício, Situação 59	26,6% Parcialmente em acordo	40% Parcialmente em acordo	0.806
Se o suposto da Ética é a pessoa, então a acção ética pressupõe o respeito integral pelo outro Situação 20	O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	26% Parcialmente em desacordo	28% Parcialmente em acordo	0.796
A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida Situações 42	Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional Situação 44	26,6% Parcialmente em acordo	32% Em acordo	0.779
A Bioética preocupa-se em conseguir boas pessoas e a deontologia em garantir bons profissionais Situação 58	O estatuto consultivo da decisão Bioética limita-a a uma legitimidade moral. Situação 60	34% Parcialmente em acordo	36% Parcialmente em acordo	0.777
Se o suposto da Ética é a pessoa, então a acção ética pressupõe o respeito integral pelo outro Situação 20	Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional Situação 44	26% Parcialmente em desacordo	32% Em acordo	0.776

Os valores relativos às menores correlações obtidos entre as variáveis da dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Profissões da Saúde e da Bioética nas Profissões da Saúde” do pré-teste encontram-se esquematizadas na tabela (Tab.3.10.) abaixo.

Tabela 3.10: Valores obtidos das menores correlações entre as variáveis na dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Profissões da Saúde e da Bioética nas Profissões da Saúde” do pré-teste (N=46).

Situação correlacionada A	Situação correlacionada B	% Opinião dos alunos sobre A	% Opinião dos alunos sobre B	Valor de correlação A/B
A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno das profissões da saúde Situação 6	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	28% Parcialmente em acordo	26% Parcialmente em desacordo e 26% Parcialmente em Acordo	-0.296
A Bioética impõe limites ao progresso da ciência e das descobertas notáveis, que oferece ao profissional de saúde a possibilidade de vencer os obstáculos convencionais sobre a própria natureza humana Situação 35	Na vida profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos/ de decisão Bioética Situação 45	26% Parcialmente em Acordo	26% Parcialmente em Desacordo	-0.152
Se o suposto da Ética é a pessoa, então a acção ética pressupõe o respeito integral pelo outro Situação 20	O estatuto consultivo da decisão Bioética limita-a a uma legitimidade moral Situação 60	26% Parcialmente em desacordo	36% Parcialmente em Acordo	-0.149

Curiosamente verifica-se uma certa coincidência das situações menos correlacionadas que quando removidas aumentariam o grau de fiabilidade para a dimensão (a reparar situações 6 “A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno das profissões da saúde”, 16 “A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem” e 35 “A Bioética impõe limites ao progresso da ciência e das descobertas notáveis, que oferece ao profissional de saúde a possibilidade de vencer os obstáculos convencionais sobre a própria natureza humana”).

Constatamos que dos itens menos relacionados na dimensão 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética nas Profissões da Saúde” apenas se destaca a situação 13, em que 28% dos inquiridos esta em **parcial desacordo** e 28% em **parcial acordo** que “Considero como responsável pelo ensino da Bioética o Ministério da Educação” e a situação 21 em que 32% dos inquirido está em **parcial desacordo** com “Considero como responsável pelo ensino da Bioética nas profissões da saúde os especialistas na área da Bioética”, assumindo um valor de correlação de – 0.108. Também neste caso a situação 13 “Considero como

responsável pelo ensino da Bioética o Ministério da Educação” se removida elevaria o *Alpha de Cronbach* para a dimensão em causa.

Passamos a apresentar os valores obtidos relativos às maiores correlações entre as variáveis na dimensão 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética nas Profissões da Saúde” na tabela (Tab.3.11).

Tabela 3.11: Valores obtidos em relação às maiores correlações entre as variáveis na dimensão 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética nas Profissões da Saúde” do pré-teste (N=46).

Situação correlacionada A	Situação correlacionada B	% Da opinião dos alunos sobre A	% Da opinião dos alunos sobre B	Valor de Correlação A/B
A inter percepção nas relações pessoais, a preocupação e a solicitude em relação aos outros são competências fundamentais ao exercício do profissional de saúde Situação 53	A prudência, magnanimidade, justiça, coragem, equilíbrio, humildade, paciência, caridade, generosidade e integridade são virtudes fundamentais para o cabal exercício do profissional de saúde. Situação 55	22% Parcialmente em desacordo e 22% Em Acordo	32% Parcialmente em acordo	0.793
Descurar a preparação no domínio da Bioética nas profissões da saúde pode prejudicar os serviços de saúde prestados à comunidade Situação 25	Para o exercício como profissional de saúde são fundamentais as competências no domínio da Bioética Situação 46	30% Parcialmente em acordo	26% Parcialmente em desacordo	0.695
Para um cumprimento cabal do mandato social das profissões da saúde é indispensável a formação de competências em Bioética Situação 28	Bioética ajuda-me a sedimentar as competências essenciais ao meu (futuro) desempenho profissional. Situação 50	24% Parcialmente em acordo	30% Parcialmente em acordo	0.686
Bioética ajuda-me a sedimentar as competências essenciais ao meu (futuro) desempenho profissional. Situação 50	Considero como responsável pelo ensino da Bioética o Ministério da Saúde Situação 8	30% Parcialmente em acordo	26% Parcialmente em desacordo e 26% Parcialmente em Acordo	0.677
Considero importante o ensino da Bioética nas profissões da saúde para a aquisição de competências profissionais futuras Situação 18	Para o exercício como profissional de saúde são fundamentais as competências no domínio da Bioética Situação 46	28% Parcialmente em desacordo	26% Parcialmente em desacordo	0.646

De seguida apresentamos na tabela (Tab.3.12) abaixo os valores alcançados relativos às maiores correlações entre as variáveis na dimensão 3, “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura”.

Tabela 3.12: Valores obtidos em relação às maiores correlações entre as variáveis na dimensão 3, “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” do pré-teste (N=46).

Situação correlacionada A	Situação correlacionada B	% Da opinião dos alunos sobre A	% Da opinião dos alunos sobre B	Valor de Correlação A/B
No currículo formal da licenciatura, fomentar valores na consciência do (futuro) profissional de saúde é um objectivo imediato da formação Bioética Situação 31	O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	34% Parcialmente em acordo	34% Parcialmente em acordo	0.723
As competências em Bioética que aprendi no meu curso serão mobilizadas quando for necessário provar o que sou capaz de fazer, numa adaptação concreta a um posto de trabalho Situação 7	O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	32% Parcialmente em acordo	34% Parcialmente em acordo	0.696
Considero-me bem preparado para agir de acordo com os princípios éticos Situação 24	O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	30% Parcialmente em acordo	34% Parcialmente em acordo	0.680
Como futuro profissional de saúde, considero que os conteúdos leccionados na disciplina de Bioética foram os adequados à futura prática profissional Situação 12	O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	28% Parcialmente em acordo	34% Parcialmente em acordo	0.629
Considero-me bem preparado para agir de acordo com os princípios éticos Situação 24	As profissões da saúde vêm a ser a Bioética na sua expressão de cuidado com o semelhante Situação 51	30% Parcialmente em acordo	32% Parcialmente em acordo	0.625

Na dimensão 3, “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura”, os itens menos relacionados entre si são que se referem na tabela (Tab.3.13) que se segue.

Tabela 3.13: Valores obtidos em relação às menores correlações entre as variáveis na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” do pré-teste (N=46).

Situação correlacionada A	Situação correlacionada B	% Da opinião dos alunos sobre A	% Da opinião dos alunos sobre B	Valor de Correlação A/B
O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética Situação 41	34% Parcialmente em acordo	28% Parcialmente em desacordo e 28% Parcialmente em acordo	- 0.141
Considero-me bem preparado para agir de acordo com os princípios éticos Situação 24	Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética Situação 41	30% Parcialmente em acordo	28% Parcialmente em desacordo e 28% Parcialmente em acordo	- 0.139
As competências em Bioética que aprendi no meu curso serão mobilizadas quando for necessário provar o que sou capaz de fazer, numa adaptação concreta a um posto de trabalho Situação 7	Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética Situação 41	32% Parcialmente em acordo	28% Parcialmente em desacordo e 28% Parcialmente em acordo	- 0.116

Reforça-se que a situação 41 “Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética”, é denominador comum nas menores correlações além de que se removida elevaria o *Alpha de Cronbach* da referida dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura”.

3.1.3. Resultados relativos à análise das questões de resposta aberta e de reflexão falada do pré-teste QIF

Seguidamente, procedemos à exposição dos resultados obtidos às duas questões de resposta aberta e às duas questões de reflexão falada, que passamos a discriminar e que serão posteriormente discutidas no capítulo 4.

Na tabela (Tab.3.14) que se segue representa-se o número de vezes que determinada unidade curricular/disciplina que para os inquiridos mais contribuiu, directa ou indirectamente para a sua preparação Bioética como futuro profissional de saúde.

Tabela 3.14: Síntese da análise de conteúdo das respostas dos alunos da ESTSP dadas à Questão de resposta aberta 1: Qual(is) a(s) unidade(s) curricular(es) que mais contribuiu(iram), directa ou indirectamente, para a sua preparação Bioética como futuro profissional de saúde?

Bioética	23
Deontologia	23
Introdução às ciências sociais	9
Introdução às análises clínicas	1
Avaliação psicológica	1
Métodos e técnicas de intervenção	1
Ciências de Apoio à Investigação em Saúde	1
Bacteriologia	1

Na tabela (Tab.3.15) que se segue apresentamos, na opinião dos inquiridos, de que forma as disciplinas por eles mencionadas na pergunta anterior, contribuíram para a sua formação no domínio da Bioética.

Tabela 3.15: Síntese da análise de conteúdo das respostas dos alunos da ESTSP dadas à Questão de resposta aberta 2: Explique de que forma a(s) unidade(s) curricular(es) de _____ contribuiu(iram) para a sua formação no domínio da Bioética?

Códigos de ética	1
Lidar com problemas/ conflitos/ dilemas bioéticos	6
Direitos e deveres (doentes/ profissionais/ sociedade)	6
Princípios/ noções de Bioética	3
Debate / reflexão no domínio da Bioética	7
Relação técnico/ doente	1

No que diz respeito às duas questões que na literatura se classifica como reflexão falada, apuramos quais os itens que na opinião dos inquiridos suscitaram dúvidas e representamos na tabela (Tab.3.16).

Tabela 3.16: Síntese da análise de conteúdo das respostas dos alunos da ESTSP dadas à reflexão 1: Por favor indique quais os itens neste inquérito que não foram claros e que lhe suscitaram dúvidas na resposta.

Parte II	2
Termos dúbios (item 1; 9; 28;29; 30; 31; 35)	5
Quase todas	1

Seguidamente representamos na tabela (Tab.3.17) quais as alterações que os alunos introduziriam neste questionário (introduzir, retirar ou reformular itens).

Tabela 3.17: Síntese da análise de conteúdo das respostas dos alunos da ESTSP dadas à reflexão 2: Que alterações faria neste inquérito (introduzir itens, retirar itens, reformular itens...).

Redução do nº de situações	8
Reformulação de situações	6
Remoção de itens repetidos	5

Verificamos que os alunos referem a existência no questionário de demasiadas situações, falta de organização por itens similares e falta de acessibilidade da linguagem (itens dúbios) que discutiremos no capítulo 4.

3.2. Resultados obtidos da análise estatística do teste

3.2.1. Análise estatística geral

3.2.1.1. Taxa de resposta na testagem

A caracterização do universo de estudantes de Enfermagem das ESES.J e ESEIC, aos quais foi aplicado o teste QIF e desenvolvido o presente apresenta-se na tabela (Tab.3.18) abaixo.

Tabela 3.18: Distribuição dos alunos respondentes por escolas e anos académicos.

	TOTAL ALUNOS	RESPOSTAS	RESPOSTAS/ TOTAL ALUNOS	% RESPOSTAS/ TOTAL ALUNOS	ESCOLAS DE ENFERMEGEM
1º ANO	164	141	0.22	86%	ESESJ
1º ANO	76	73	0.11	96%	ESEIC
2º ANO	122	100	0.15	82%	ESESJ
2º ANO	83	71	0.11	86%	ESEIC
4º ANO	106	101	0.16	95%	ESESJ
4º ANO	95	79	0.12	83%	ESEIC
TOTAL	646	565	0.87	87%	

Da observação directa dos valores apresentados na tabela (Tab.3.18), constata-se a participação de 87% dos alunos existentes em ambas as Escolas revelando uma grande participação ao estudo em causa.

No que diz respeito à distribuição dos alunos respondentes pelos anos académicos em estudo, apresentamos os valores na tabela (Tab.3.19) que se segue.

Tabela 3.19: Distribuição dos alunos respondentes pelos três anos académicos.

	TOTAL ALUNOS POR ANO ACADÉMICO	RESPOSTAS	%RESPOSTAS/ TOTAL ALUNOS POR ANO ACADÉMICO	RESPOSTAS/ TOTAL DE RESPOSTAS
1º Ano	240	214	89%	38%
2º Ano	205	171	83%	30%
4º Ano	201	180	90%	32%
TOTAL	646	565	87%	100%

Destaca-se que a colaboração dos estudantes foi de 90% dos alunos do 4º ano, seguidos de 89% de alunos do 1ºano e por último de 83% de alunos do 2ºano.

De notar que das 565 respostas obtidas, 342 pertencem à ESES.J e 223 à ESEIC, pelo que aquilatamos que a adesão ao inquérito foi de 61% na ESES.J e de 39% na ESEIC.

3.2.1.2. Fiabilidade e consistência interna da testagem

O presente teste QIF apresenta, na análise geral de todos os itens em conjunto, um valor *Alpha de Cronbach* de 0,936, o que revela um nível muito bom de fiabilidade, no seguimento dos valores auferidos no pré-teste, atrás avaliados. No que concerne à consistência interna, é de destacar que encontramos um valor de *IntraClass Correlation Item* de 0,936 à semelhança do *Alpha de Cronbach*, com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,927-0,945.

A realçar que com a eliminação de determinadas variáveis a fiabilidade aumenta analogamente ao que aconteceu para o pré-teste, porém, tal não nos pareceu de relevante importância para o estudo que encetamos, como observamos pelos resultados expressos na tabela (Tab. 3.20) seguinte, pois não aumentam significativamente a fiabilidade.

Tabela 3.20: Valores auferidos de *Alpha de Cronbach* por eliminação de situações no teste (N=565).

Situação eliminada	<i>Alpha de Cronbach</i>
A Bioética fortalece a compreensão do conhecimento e da prática em Enfermagem Situação 48	0.937
A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	0.937
Considero o Ministério da Educação como responsável pelo ensino da Bioética Situação 13	0.937
Considero o Ministério da Saúde como responsável pelo ensino da Bioética Situação 8	0.937
Para um cumprimento cabal do mandato social da Enfermagem é indispensável a formação de competências em Bioética Situação 28	0.938
O que aprendi nas aulas de Bioética é uma mais valia para o saber-ser, saber-fazer e saber-estar na minha profissão Situação 43	0.942

3.2.1.3. Situações com nível de opinião limite mais ou menos elevado

No que diz respeito ao QIF utilizado para os estudantes de Enfermagem, as situações respondidas pelos alunos, em média, a um nível mais baixo da escala de *likert* aplicada foram as citadas na tabela (Tab.3.21) que se segue e que correspondem tendencialmente à opinião de ***parcialmente em desacordo***.

Tabela 3.21: Valores auferidos das Situações de teste com um nível de opinião mais baixo (N=565).

Descrição da Situação	% Alunos com x nível de opinião	Média do Nível de opinião
Considero o Ministério da Saúde como responsável pelo ensino da Bioética Situação 8	33.3% Parcialmente em desacordo	2.9450
A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	3.0842
Considero o Ministério da Educação como responsável pelo ensino da Bioética Situação 13	30.4% Parcialmente em desacordo	3.1459
No meu país considero existir uma preocupação notória com o ensino da Bioética Situação 15	37.3% Parcialmente em desacordo	3.2414
Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética Situação 41	21.9% Parcialmente em desacordo	3.4272

Ainda no teste aplicado as situações respondidas pelos alunos, em média, a um nível mais elevado da escala usada foram os indicados na tabela (Tab. 3.22) abaixo e que correspondem em média à opinião de **em acordo**.

Tabela 3.22: Valores auferidos das Situações de teste com um nível de opinião mais alto (N=565).

Descrição da situação	% Alunos com x nível de opinião	Nível de opinião
A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde Situação 54	47% Totalmente em acordo	5.1548
O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	41.8% Totalmente em acordo	5.1161
Se o suposto da Bioética é a pessoa, então a acção Bioética pressupõe o respeito integral pelo outro Situação 20	41.6% Totalmente em acordo	5.1034
O treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade Situação 39	45.5% Totalmente em acordo	5.0998

3.2.1.4. Correlação das variáveis

Para o teste procedemos do mesmo modo que no pré-teste, indicando na tabela (Tab. 3.23) que se segue os maiores valores obtidos para as correlações das situações seleccionadas a partir de um valor de correlação de **0.568**.

Tabela 3.23: Maiores correlações entre as variáveis no teste (N= 565).

Situação correlacionada A	% Alunos com x nível de opinião referente a situação A	Situação correlacionada B	% Alunos com x nível de opinião referente a situação B	Valor de correlação A/B
O treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade Situações 39	45.5% Totalmente em acordo	O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	39.6% Totalmente em acordo	0.666
A formação Bioética promove os princípios essenciais, molda as virtudes para uma conduta profissional adequada Situação 34	40.7% Em acordo	Ao longo da formação académica, o ensino da Bioética visa imprimir no profissional de saúde um acento de respeito incondicional pelos direitos fundamentais Situação 33	36.6% Em acordo	0.622
A formação Bioética oferece uma postura aprendida, estimulada, saudável e correcta na relação com o paciente, outros profissionais e sociedade em geral Situação 32	35.6% Em acordo	Ao longo da formação académica, o ensino da Bioética visa imprimir no profissional de saúde um acento de respeito incondicional pelos direitos fundamentais Situação 33	36.6% Em acordo	0.605
Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional Situação 44	34.7% Totalmente em acordo	A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida Situação 42	39.2% Totalmente em acordo	0.584
O suposto da Bioética é a pessoa, então a acção Bioética pressupõe o respeito integral pelo outro Situação 20	41.6% Totalmente em acordo	O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	41.8% Totalmente em acordo	0.584
Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na licenciatura em Enfermagem Situação 10	28.7% Parcialmente em acordo	Como futuro profissional de saúde considero que os conteúdos leccionados na disciplina de Bioética foram os adequados à futura prática profissional Situação 12	28.1% Parcialmente em acordo	0.583
A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde Situações 54	47% Totalmente em acordo	Ao longo da formação académica, o ensino da Bioética visa imprimir no profissional de saúde um acento de respeito incondicional pelos direitos fundamentais Situação 33	36.6% Em acordo	0.577
Ao longo da formação académica, o ensino da Bioética visa imprimir no profissional de saúde um acento de respeito incondicional pelos direitos fundamentais Situação 33	36.6% Em acordo	O suposto da Bioética é a pessoa, então a acção Bioética pressupõe o respeito integral pelo outro Situação 20	41.8% Totalmente em acordo	0.576
Ao longo do curso em Enfermagem foram promovidos espaços de reflexão e debate sobre a Bioética Situação 1	25.3% Parcialmente em acordo	Como futuro profissional de saúde considero que os conteúdos leccionados na disciplina de Bioética foram os adequados à futura prática profissional Situação 12	28.1% Parcialmente em acordo	0.573
A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde Situações 54	47% Totalmente em acordo	O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	39.6% Totalmente em acordo	0.568

Cabe-nos referir que no QIF utilizado com os estudantes de Enfermagem, nesta fase do nosso estudo, as situações menos correlacionadas entre si são as expressas na tabela (Tab. 3.24) seguinte.

Tabela 3.24: Menores correlações entre as variáveis no teste (N= 565).

Situação correlacionada A	% Alunos com x nível de opinião referente a situação A	Situação correlacionada B	% Alunos com x nível de opinião referente a situação B	Valor de correlação A/B
O treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade Situações 39	45.5% Totalmente em acordo	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	0.121
O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	39.6% Totalmente em acordo	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	0.114
A formação Bioética promove os princípios essenciais, molda as virtudes para uma conduta profissional adequada Situação 34	40.7% Em acordo	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	0.106
O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	41.8% Totalmente em acordo	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	0.103

Verificamos um denominador comum nas menores correlações entre as variáveis do presente questionário que corresponde à situação 16 “A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem”.

3.2.2. Análise estatística para as diferentes dimensões do teste

Analogamente ao estudo atrás efectuado para o pré-teste, procedemos do mesmo modo para analisarmos a par e passo, cada parâmetro de cada dimensão do teste.

3.2.2.1. Fiabilidade e consistência interna das diferentes dimensões

Apresentam-se na tabela (Tab. 3.25) seguinte os valores auferidos relativamente à fiabilidade e consistência interna obtidos para as três diferentes dimensões do teste.

Tabela 3.25: Valores auferidos e *Alpha de Cronbach* para as diferentes dimensões do teste (N= 565).

DIMENSÕES	DEFINIÇÃO	Nº DE ITENS	MÉDIA	VARIÂNCIA	ALPHA DE CRONBACH
Dimensão 1	Percepções em relação às temáticas da Bioética, Profissões da Saúde e da Bioética nas Profissões da Saúde	28	4.408	1.213	0.894
Dimensão 2	Importância e responsabilidade atribuída à Bioética nas Profissões da Saúde	16	4.410	2.042	0.741
Dimensão 3	Práticas educativas e abordagens às temáticas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura	16	4.268	1.388	0.873

Apresenta-se na tabela (Tab. 3.26) a variação da fiabilidade do instrumento de trabalho caso sejam eliminados determinados itens nas diferentes dimensões. Porém, como se poderá facilmente constatar, as alterações produzidas não nos pareceram suficientemente significativas para a remoção de itens.

Tabela 3.26: Valores auferidos de *Alpha de Cronbach* por eliminação de situações nas diferentes dimensões do teste (N=565).

Dimensão	Item eliminado	<i>Alpha de Cronbach</i>
1	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	0.897
2	Considero o Ministério da Saúde como responsável pelo ensino da Bioética Situação 8	0.743
2	Para um cumprimento cabal do mandato social da Enfermagem é indispensável a formação de competências em Bioética Situação 28	0.744
2	O que aprendi nas aulas de Bioética é uma mais valia para o saber-ser, saber-fazer e saber-estar na minha profissão Situação 43	0.792
3	Quando se procede ao planeamento do ensino da Bioética em Enfermagem deve ter-se em conta a motivação do público-alvo Situação 19	0.875

Ainda no decurso do nosso estudo constatou-se que na dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem”, no que concerne à consistência interna, o valor de *IntraClass Correlation Item* de 0,894 é semelhante ao *Alpha de Cronbach*, com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,880-0,907.

Verificou-se que na dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” quanto à consistência interna, se encontrou um valor de *IntraClass Correlation Item* de 0,741 à semelhança do *Alpha de Cronbach*, com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,706-0,774.

Para a dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura em Enfermagem” no que respeita á consistência interna, detectamos um valor de *IntraClass Correlation Item* de 0,875 semelhante ao *Alpha de Cronbach*, com um intervalo de confiança de 95% variando entre 0,855-0,889. Mencionamos que nesta dimensão qualquer outro item removido iria diminuir a fiabilidade.

3.2.2.2. Situações com nível de opinião limite mais ou menos elevado relativo às diferentes dimensões

Prosseguimos com o destaque das situações mais cotadas nas diferentes dimensões, na escala *likert* utilizada, referindo nas tabelas que se seguem os valores médios encontrados.

Assim, na dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” do teste verifica-se os valores descritos na tabela (Tab. 3.27) abaixo.

Tabela 3.27: Valores auferidos na dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” do teste das Situações com um nível de opinião mais elevada (N=565).

Descrição da situação	% Alunos com x nível de opinião	Média do Nível de opinião
A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde Situações 54	47% Totalmente em acordo	5.1718
O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	41,8% Totalmente em acordo	5.1366
O suposto da Bioética é a pessoa, então a acção Bioética pressupõe o respeito integral pelo outro Situação 20	41,6% Totalmente em acordo	5.1222
A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida Situação 42	39,2% Totalmente em acordo	4.9689
O Enfermeiro traduz a excelência da Bioética quando procura em todo o acto profissional a excelência do exercício Situação 59	32,2% Totalmente em acordo	4.8468

No que respeita à dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste aplicado os valores médios dos níveis mais elevados de opinião referentes a determinadas situações são os expressos na tabela (Tab. 3.28) seguinte.

Tabela 3.28: Valores auferidos na dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste das Situações com um nível de opinião mais elevada (N=565).

Descrição da situação	% Alunos com x nível de opinião	Média do Nível de opinião
Considero importante o ensino da Bioética em Enfermagem para a aquisição de competências profissionais futuras Situação 18	38,1% Em acordo	4.9424
Para o exercício como profissional de saúde são fundamentais as competências no domínio da Bioética Situação 46	38,4% Em acordo	4.9275
Na actividade do Enfermeiro a Bioética é crucial, no sentido de conduzir a favor do bem presumido do OUTRO Situação 5	37,2% Em acordo	4.8870
O exercício profissional dos Enfermeiros, contemplando os princípios da Bioética, conduz aos mais elevados níveis de satisfação dos doentes Situação 4	38,6% Em acordo	4.8230
É necessário orientar o ensino da Bioética para as reais necessidades da comunidade e exigências das organizações da saúde Situação 27	34% Em acordo	4.8209

Quanto às médias das situações com um nível de opinião mais elevada na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” do teste são as destacadas na tabela (Tab. 3.29) que a seguir se apresenta.

Tabela 3.29: Valores auferidos na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” do teste das Situações com um nível de opinião mais elevada (N=565).

Descrição da situação	% Alunos com x nível de opinião	Média do Nível de opinião
O treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade Situações 39	45,5% Totalmente em acordo	5.1407
O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	39,6% Totalmente em acordo	5.0130
Ao longo da formação académica, o ensino da Bioética visa imprimir no profissional de saúde um acento de respeito incondicional pelos direitos fundamentais Situação 33	36,6% Em acordo	4.7749
Quando se procede ao planeamento do ensino da Bioética em Enfermagem deve ter-se em conta a motivação do público-alvo Situação 19	34% Em acordo	4.6883

Em termos gerais, as situações mais cotadas pelos estudantes inquiridos no nosso estudo atribuem a posição 5 na escala *likert* usada, correspondendo à opinião de **em acordo**.

Passamos a representar o valor médio das opiniões dos inquiridos nas situações menos cotadas em cada uma das diferentes dimensões. Deste modo para a dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” destacamos os resultados na tabela (Tab. 3.30) seguinte.

Tabela 3.30: Valores auferidos na dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” do teste das Situações com um nível de opinião mais baixo (N=565).

Descrição da situação	% Alunos com x nível de opinião	Média do Nível de opinião
A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	3.0725
O estatuto consultivo da decisão Bioética limita-a a uma legitimidade moral Situação 60	35.6% Parcialmente em acordo	3.7164
O cenário do debate bioético é fundamentalmente íntimo, ou seja, do domínio da consciência de cada um Situação 56	36.3% Parcialmente em acordo	3.8509
A Bioética é um conjunto de princípios sob a forma de ideia, acção ou sentimento que traduz a necessidade de preservação ou aprimoramento da espécie Situação 30	39.8% Parcialmente em acordo	3.8530
A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno da Enfermagem Situação 6	27.8% Parcialmente em acordo	3.8737

Similarmente para a dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste verificamos pela tabela (Tab. 3.31) os valores obtidos nas situações com um nível de opinião mais baixo.

Tabela 3.31: Valores auferidos na dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste das Situações com um nível de opinião mais baixo (N=565).

Descrição da situação	% Alunos com x nível de opinião	Média do Nível de opinião
Considero o Ministério da Saúde como responsável pelo ensino da Bioética Situação 8	33.3% Parcialmente em desacordo	2.8977
Considero o Ministério da Educação como responsável pelo ensino da Bioética Situação 13	30.4% Parcialmente em desacordo	3.1258
No meu país considero existir uma preocupação notória com o ensino da Bioética Situação 15	37.3% Parcialmente em desacordo	3.2559

No que se refere à dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” do teste representa-se na tabela (Tab. 3.32) os valores auferidos relativamente às situações com um nível de resposta mais baixo.

Tabela 3.32: Valores auferidos na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” do teste das Situações com um nível de opinião mais baixo (N=565).

Descrição da situação	% Alunos com x nível de opinião	Média do Nível de opinião
Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética Situação 41	21.9% Parcialmente em desacordo	3.5216
Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na licenciatura em Enfermagem Situação 10	28.7% Parcialmente em acordo	3.7056
Ao longo das várias unidades curriculares as competências em Bioética foram trabalhadas em termos de saberes: das técnicas, das estratégias cognitivas, dos sociais, dos relacionais e dos conhecimentos de si Situação 9	31.3% Parcialmente em acordo	3.7879
Ao longo do curso em Enfermagem foram promovidos espaços de reflexão e debate sobre a Bioética Situação 1	25.3% Parcialmente em acordo	3.8615

Em termos gerais, as situações menos cotadas pelos inquiridos apresentam as posições 3 e 4 na escala *likert* usada, correspondendo a opiniões que variam do ***parcialmente em desacordo*** e ***parcialmente em acordo***.

3.2.2.3. Correlações entre as variáveis das diferentes dimensões do teste QIF

Nas tabelas seguintes apresentam-se as maiores correlações verificadas entre as variáveis nas distintas dimensões do teste QIF aplicado aos estudantes de Enfermagem, nas ESEIC e ESES.J com os respectivos valores de correlação.

Para a dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” do teste verificamos que as maiores correlações entre as situações do mesmo são os da tabela (Tab. 3.33) abaixo apresentada.

Tabela 3.33: Maiores correlações entre as variáveis na dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” do teste (N=565).

Situação correlacionada	% Alunos com x nível de opinião referente a situação A	Situação correlacionada B	% Alunos com x nível de opinião referente a situação B	Valor de correlação A/B
O suposto da Bioética é a pessoa, então a acção Bioética pressupõe o respeito integral pelo outro Situação 20	41.6% Totalmente em acordo	O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	41.8% Totalmente em acordo	0.573
Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional Situação 44	34.7% Totalmente em acordo	A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida Situação 42	39.2% Totalmente em acordo	0.549
O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	41.8% Totalmente em acordo	A Bioética em Enfermagem visa assegurar a competência no exercício da profissão e demarcar o carácter humano das relações entre as pessoas Situação 23	37.9% Em acordo	0.539
Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional Situação 44	34.7% Totalmente em acordo	A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde Situações 54	47% Totalmente em acordo	0.518
O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	41.8% Totalmente em acordo	Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional Situação 44	34.7% Totalmente em acordo	0.518

Para a dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste apresentamos na tabela (Tab. 3.34) as maiores correlações encontradas entre as diferentes situações do teste aplicado.

Tabela 3.34: Maiores correlações entre as variáveis na dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste (N=565).

Situação correlacionada A	% Alunos com este nível de opinião referente a situação A	Situação correlacionada B	% Alunos com este nível de opinião referente a situação B	Valor de correlação A/B
Considero o Ministério da Saúde como responsável pelo ensino da Bioética Situação 8	33.3% Parcialmente em desacordo	Considero o Ministério da Educação como responsável pelo ensino da Bioética Situação 13	30.4% Parcialmente em desacordo	0.542
A inter percepção nas relações pessoais, a preocupação e a solicitude em relação aos outros são competências fundamentais ao exercício do profissional de saúde Situação 53	34.5% Em acordo	A prudência, magnanimidade, justiça, coragem, equilíbrio, humildade, paciência, caridade, generosidade e integridade são virtudes fundamentais para o cabal exercício do profissional de saúde Situação 55	35.2% Em acordo	0.530
Para o exercício como profissional de saúde são fundamentais as competências no domínio da Bioética Situação 46	38.4% Em acordo	A Bioética ajuda-me a sedimentar as competências essenciais ao meu (futuro) desempenho profissional Situação 50	34.9% Parcialmente em acordo	0.521
Para o exercício como profissional de saúde são fundamentais as competências no domínio da Bioética Situação 46	38.4% Em acordo	Descurar a preparação no domínio da Bioética em Enfermagem pode prejudicar os serviços de saúde prestados à comunidade Situação 25	35.2% Em acordo	0.513
É necessário orientar o ensino da Bioética para as reais necessidades da comunidade e exigências das organizações da saúde Situação 27	34% Em acordo	Descurar a preparação no domínio da Bioética em Enfermagem pode prejudicar os serviços de saúde prestados à comunidade Situação 25	35.2% Em acordo	0.513

Na tabela (Tab. 3.35) que se segue apresentamos as maiores correlações auferidas entre as diversas situações da dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” do teste.

Tabela 3.35: Maiores correlações entre as variáveis na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” do teste (N=565).

Situação correlacionada A	% Alunos com este nível de opinião referente a situação A	Situação correlacionada B	% Alunos com este nível de opinião referente a situação B	Valor de correlação A/B
O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	39,6% Totalmente em acordo	O treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade Situações 39	45,5% Totalmente em acordo	0.659
Como futuro profissional de saúde considero que os conteúdos leccionados na disciplina de Bioética foram os adequados à futura prática profissional Situação 12	28.1% Parcialmente em acordo	Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na licenciatura em Enfermagem Situação 10	28.7% Parcialmente em acordo	0.592
Ao longo do meu percurso académico senti que o meu comportamento ético se foi aprimorando Situação 51	33.6% Em acordo	A capacitação para as minhas funções como (futuro) profissional de saúde ficou melhorada com a frequência nas unidades curriculares de Bioética Situação 47	29.4% Parcialmente em acordo	0.548
Como futuro profissional de saúde considero que os conteúdos leccionados na disciplina de Bioética foram os adequados à futura prática profissional Situação 12	28.1% Parcialmente em acordo	Ao longo do curso em Enfermagem foram promovidos espaços de reflexão e debate sobre a Bioética Situação 1	25.3% Parcialmente em acordo	0.546
Ao longo da minha formação académica contactei com unidades curriculares onde foram trabalhados os conteúdos relacionados com a Bioética Situação 11	27.3% Parcialmente em acordo	Como futuro profissional de saúde considero que os conteúdos leccionados na disciplina de Bioética foram os adequados à futura prática profissional Situação 12	28.1% Parcialmente em acordo	0.523

Na continuidade do estudo realizado, enumeramos nas tabelas que se seguem as situações menos correlacionadas nas distintas dimensões do teste com os respectivos valores de correlação encontrados.

Deste modo, para a dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” do teste expressamos na tabela (Tab.3.36) os valores das menores correlações obtidos.

Tabela 3.36: Menores correlações entre as variáveis na dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” do teste (N=565)

Situação correlacionada A	% Alunos com este nível de opinião referente a situação A	Situação correlacionada B	% Alunos com este nível de opinião referente a situação B	Valor de correlação A/B
A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde Situações 54	47% Totalmente em acordo	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	- 0.129
A formação Bioética promove os princípios essenciais, molda as virtudes para uma conduta profissional adequada Situação 34	40.7% Em acordo	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	- 0.122
Ao falar-se em Bioética em Enfermagem procura-se que os profissionais possam inserir as normas da Bioética em situações concretas Situação 14	40.4% Em acordo	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	- 0.111
O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	41.8% Totalmente em acordo	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	- 0.093
A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida Situação 42	39.2% Totalmente em acordo	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem Situação 16	29.2% Parcialmente em desacordo	- 0.081

Na tabela (Tab. 3.37) que se segue apresentamos os valores de menor correlação auferidos para as situações da dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste.

Tabela 3.37: Menores correlações entre as variáveis na dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” do teste (N=565).

Situação correlacionada A	% Alunos com este nível de opinião referente a situação A	Situação correlacionada B	% Alunos com este nível de opinião referente a situação B	Valor de correlação A/B
Descurar a preparação no domínio da Bioética em Enfermagem pode prejudicar os serviços de saúde prestados à comunidade Situação 25	35.2% Em acordo	Considero o Ministério da Saúde como responsável pelo ensino da Bioética Situação 8	33.3% Parcialmente em desacordo	- 0.027
Considero o Ministério da Educação como responsável pelo ensino da Bioética Situação 13	30.4% Parcialmente em desacordo	É necessário orientar o ensino da Bioética para as reais necessidades da comunidade e exigências das organizações da saúde Situação 27	34% Em acordo	- 0.010
Considero o Ministério da Educação como responsável pelo ensino da Bioética Situação 13	30.4% Parcialmente em desacordo	Para o exercício como profissional de saúde são fundamentais as competências no domínio da Bioética Situação 46	38.4% Em acordo	0.002
Para o exercício como profissional de saúde são fundamentais as competências no domínio da Bioética Situação 46	38.4% Em acordo	Considero o Ministério da Saúde como responsável pelo ensino da Bioética Situação 8	33.3% Parcialmente em desacordo	0.004
A prudência, magnanimidade, justiça, coragem, equilíbrio, humildade, paciência, caridade, generosidade e integridade são virtudes fundamentais para o cabal exercício do profissional de saúde Situação 55	35.2% Em acordo	Considero o Ministério da Saúde como responsável pelo ensino da Bioética Situação 8	33.3% Parcialmente em desacordo	0.010

As menores correlações verificadas entre as situações da dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” são as expressas na tabela (Tab. 3.38) seguinte.

Tabela 3.38: Menores correlações entre as variáveis na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” do teste (N=565).

Situação correlacionada A	% Alunos com este nível de opinião referente a situação A	Situação correlacionada B	% Alunos com este nível de opinião referente a situação B	Valor de correlação A/B
Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética Situação 41	21.9% Parcialmente em desacordo	Quando se procede ao planeamento do ensino da Bioética em Enfermagem deve ter-se em conta a motivação do público-alvo Situação 19	34% Em acordo	- 0.034
Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na licenciatura em Enfermagem Situação 10	28.7% Parcialmente em acordo	Quando se procede ao planeamento do ensino da Bioética em Enfermagem deve ter-se em conta a motivação do público-alvo Situação 19	34% Em acordo	- 0.063
O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação Situação 38	39,6% Totalmente em acordo	Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética Situação 41	21.9% Parcialmente em desacordo	- 0.065
Considero-me bem preparado para agir de acordo com os princípios éticos Situação 24	32.6% Parcialmente em acordo	Quando se procede ao planeamento do ensino da Bioética em Enfermagem deve ter-se em conta a motivação do público-alvo Situação 19	34% Em acordo	-0.088
Ao longo da minha formação académica contactei com unidades curriculares onde foram trabalhados os conteúdos relacionados com a Bioética Situação 11	27.3% Parcialmente em acordo	Quando se procede ao planeamento do ensino da Bioética em Enfermagem deve ter-se em conta a motivação do público-alvo Situação 19	34% Em acordo	-0.089

Em sequência dos dados obtidos, determinamos o coeficiente de correlação de cada uma das variáveis com as restantes, seleccionando o melhor valor do **corrected item-total correlation** que se considera bom se **superior a 0.6**¹⁷⁸, pelo que optamos por transcrever para cada situação seleccionada o valor real seguido do valor arredondado às décimas nas três distintas dimensões na tabela (Tab.3.39).

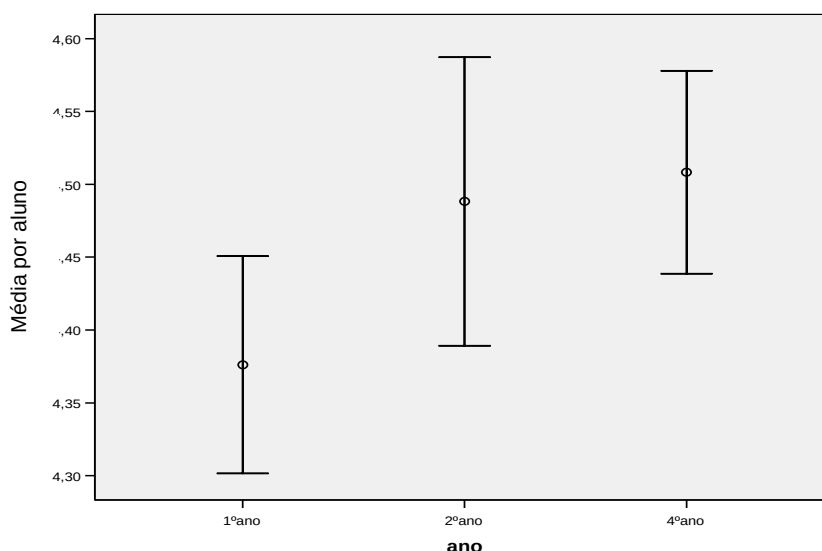
Tabela 3.39: Melhores valores de *corrected item-total correlation* nas diferentes dimensões do teste (N=565).

Dimensão	Situação	<i>Corrected item-total correlation</i> real	<i>Corrected item-total correlation</i> arredondado
1	A Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional Situação 44	0.624	0.6
1	A formação Bioética oferece uma postura aprendida, estimulada, saudável e correcta na relação com o paciente, outros profissionais e sociedade em geral Situação 32	0.601	0.6
1	A Bioética em Enfermagem visa assegurar a competência no exercício da profissão e demarcar o carácter humano das relações entre as pessoas Situação 23	0.590	0.6
1	O Enfermeiro traduz a excelência da Bioética quando procura em todo o acto profissional a excelência do exercício Situação 59	0.589	0.6
1	A Bioética medeia os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida Situação 36	0.577	0.6
1	O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade Situação 22	0.573	0.6
1	A formação Bioética promove os princípios essenciais, molda as virtudes para uma conduta profissional adequada Situação 34	0.571	0.6
1	A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde Situação 54	0.567	0.6
1	A Bioética oferece ao profissional de saúde a possibilidade de vencer os obstáculos convencionais sobre a própria natureza humana Situação 35	0.563	0.6
1	A Bioética desenvolve-se ao longo da vida, na medida em que se torna o próprio sentido da existência Situação 29	0.561	0.6
1	A área da Deontologia é a do conhecimento sobre o apropriado, o conveniente, o do dever Situação 57	0.556	0.6
2	A Bioética ajuda-me a sedimentar as competências essenciais ao meu (futuro) desempenho profissional Situação 50	0.559	0.6
2	Considero importante o ensino da Bioética em Enfermagem para a aquisição de competências profissionais futuras Situação 18	0.559	0.6
3	Como futuro profissional de saúde considero que os conteúdos leccionados na disciplina de Bioética foram os adequados à futura prática profissional Situação 12	0.635	0.6
3	A capacitação para as minhas funções como (futuro) profissional de saúde ficou melhorada com a frequência nas unidades curriculares de Bioética Situação 47	0.617	0.6
3	Ao longo da minha formação académica contactei com unidades curriculares onde foram trabalhados os conteúdos relacionados com a Bioética Situação 11	0.616	0.6
3	Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na licenciatura em Enfermagem Situação 10	0.580	0.6
3	Ao longo do meu percurso académico senti que o meu comportamento ético se foi aprimorando Situação 51	0.576	0.6
3	Ao longo do curso em Enfermagem foram promovidos espaços de reflexão e debate sobre a Bioética Situação 1	0.573	0.6

Repare-se que os valores de coeficiente de correlação determinados em cada uma das dimensões do teste, arredondados correspondem a **0.6** que é considerado pela literatura¹⁷⁸ como um bom coeficiente de correlação.

3.2.2.4. Caracterização estatística das diferentes dimensões

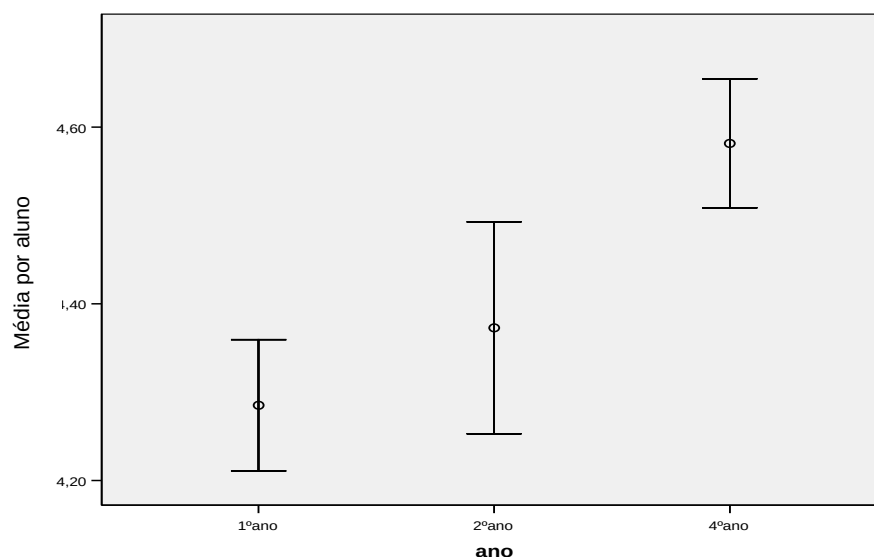
Para uma maior visibilidade acerca do comportamento das dimensões, procedemos à determinação e respectivo estudo de uma nova variável intitulada média (*score*) por cada aluno em cada dimensão. Posteriormente analisamos graficamente o comportamento da *score* de cada dimensão por ano académico e seguidamente por escola.



Graf.3.1: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 1 “Percepção em relação à temática da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” por ano académico em estudo.

De acordo com os resultados apresentados no gráfico (Gráf.3.1) acima, para a dimensão 1 que se refere à “Percepção em relação à temática da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” e com uma confiança de 95%, verificamos que a opinião evolui em crescendo do 1º para o 4º ano lectivo, passando de um **parcialmente em acordo** para se aproximar do **em acordo** ao longo dos anos de formação até uma aparente estabilização no nível de opinião. Salienta-se, conforme demonstrado pelo ponto médio em cada gráfico que no 2º ano lectivo a variabilidade nas respostas é maior.

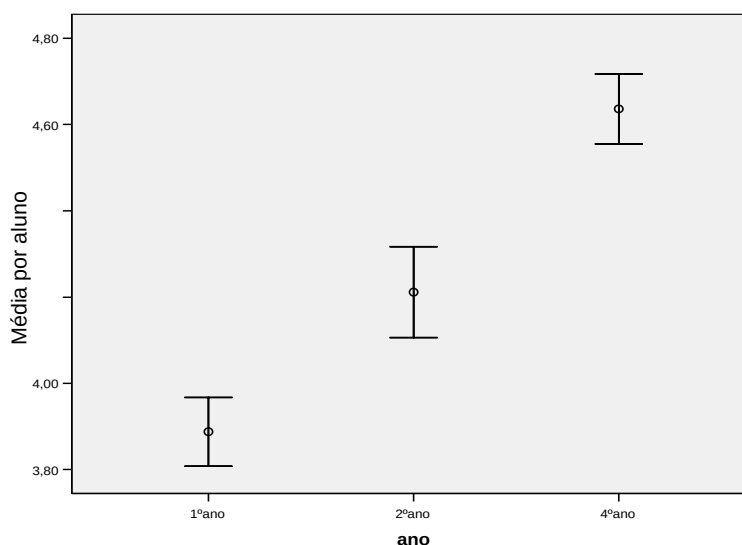
No que respeita à dimensão 2 que apela à “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem”, o comportamento estudado é mostrado no gráfico (Gráf.3.2) abaixo apresentado.



Graf.3.2: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” por ano académico em estudo.

Realça-se a menor amplitude no leque de respostas dadas pelos estudantes e salienta-se a progressiva evolução no nível médio de opinião dado que à semelhança do que aconteceu com a dimensão anterior, a opinião dos alunos aumenta paulatinamente aproximando do acordo e a maior variabilidade de respostas ocorre no 2º ano lectivo.

Exercício semelhante foi efectuado para a dimensão 3 que diz respeito às “Práticas educativas em foco no contexto formal da licenciatura”, que se apresenta no gráfico (Gráf.3.3) que se segue.



Graf.3.3: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto formal da licenciatura” por ano académico em estudo

Destaca-se o mesmo comportamento observado nas dimensões anteriores e salienta-se a semelhança da variabilidade das respostas conforme se pode ver pelos valores relativos ao desvio padrão de cada gráfico.

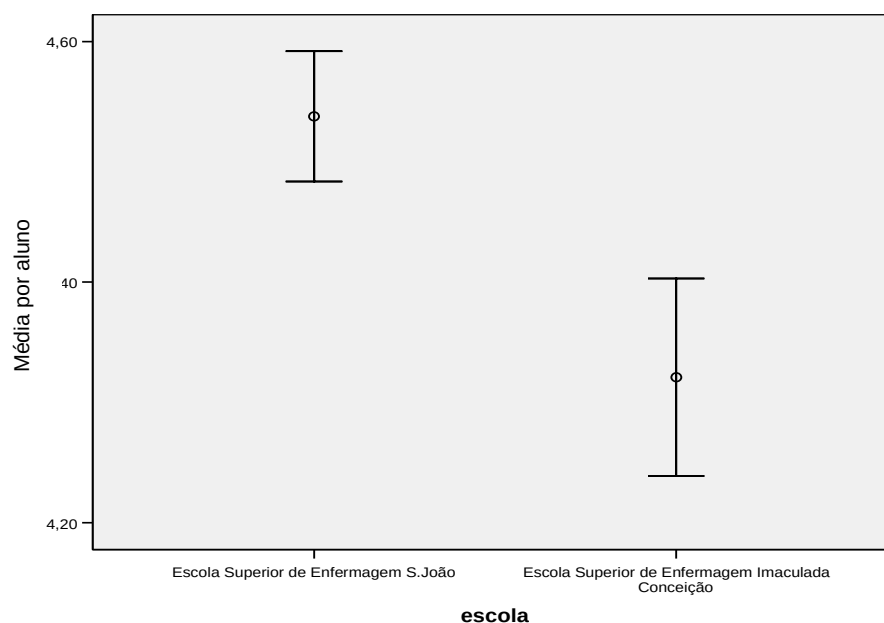
Representamos em síntese na tabela (Tab. 3.40) seguinte os resultados obtidos a partir dos gráficos acima expressos para uma visibilidade numérica mais esclarecedora.

Tabela 3.40: Valores auferidos das Médias e respectivos desvios padrão por aluno relativos às diferentes dimensões por ano académico

N=565

Dimensão	Ano académico	Score médio	Intervalo de respostas	Amplitude de respostas
1	1º	4.37	4.3 - 4.45	0.15
1	2º	4.48	4.38 – 4.59	0.21
1	4º	4.51	4.44 – 4.58	0.14
2	1º	4.3	4.22 – 4.38	0.16
2	2º	4.38	4.28 – 4.50	0.22
2	4º	4.59	4.52 – 4.70	0.18
3	1º	3.9	3.8 – 4.0	0.20
3	2º	4.2	4.1 – 4.3	0.20
3	4º	4.65	4.65 – 4.75	0.20

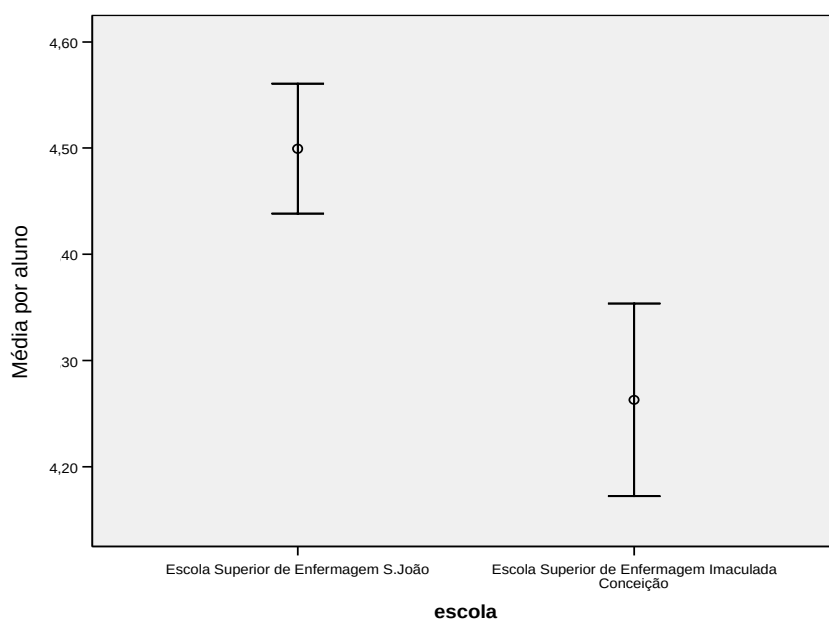
Segue-se o mesmo procedimento para o estudo dos scores das diferentes dimensões mas por escolas.



Graf.3.4: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 1 “Percepção em relação à temática da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” pelas escolas de Enfermagem em estudo

Com uma confiança de 95%, verifica-se na dimensão 1 “Percepção em relação à temática da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” que o valor médio das opções é superior na Escola Superior de Enfermagem de S. João. Conforme se pode ver pela posição superior no gráfico (Gráf. 3.4), o limite inferior das respostas na ESESJ aproxima-se do limite superior de respostas na ESEIC, comparando os respectivos limites dos gráficos. Note-se que embora o valor médio seja superior na ESESJ, a variabilidade de respostas é sensivelmente maior na ESEIC, de acordo com a distância detectada entre os valores limite do desvio padrão de cada gráfico.

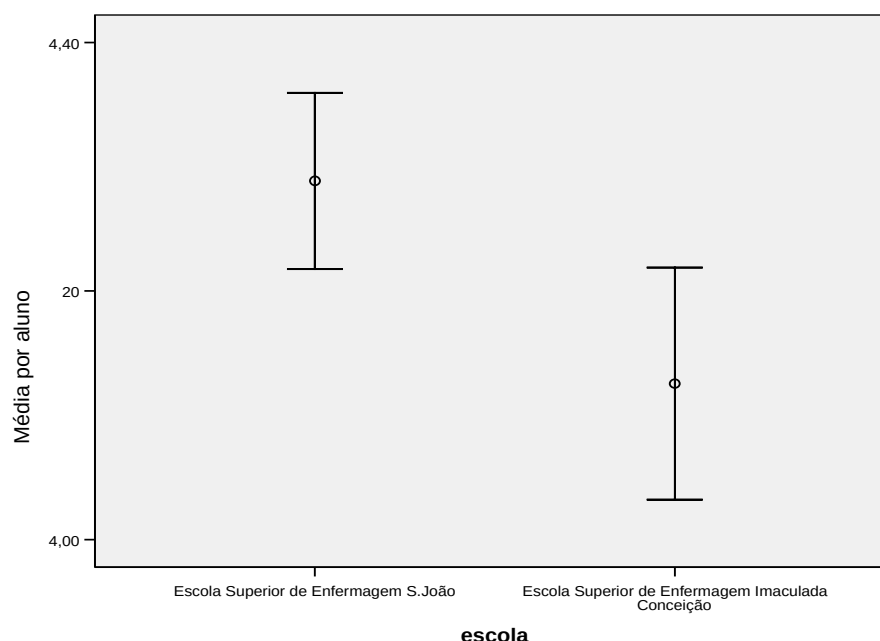
Para a dimensão 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem”, o comportamento verificado é o que se encontra representado no gráfico (Gráf.3.5) abaixo.



Graf.3.5: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” pelas escolas de Enfermagem em estudo

Neste caso detectamos que o valor médio das opções é superior na ESESJ, sendo que o seu limite inferior se aproxima vertiginosamente do limite superior das respostas na ESEIC, como se pode constatar pela observação dos limites dos gráficos e depreende-se uma maior variabilidade nas respostas obtidas pelos alunos da ESEIC em oposição à centralização das respostas pelos alunos da ESESJ.

Para a dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto formal da licenciatura” os resultados obtidos visualizam-se no gráfico (Gráf.3.6) seguinte.



Graf.3.6: Média e respectivo desvio padrão por aluno relativo à dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto formal da licenciatura” pelas escolas de Enfermagem em estudo

Do exposto no gráfico podemos inferir que o valor médio das opções é apenas ligeiramente superior na ESESJ sendo o seu limite inferior de respostas coincidente com o limite superior de respostas na ESEIC, de acordo com o demonstrado pelos limites respectivos dos gráficos. Destaca-se ainda, a semelhança na variabilidade de respostas entre as duas escolas de Enfermagem.

Na tabela seguinte apresentamos, em síntese o comportamento dos *scores* das diferentes dimensões pelas escolas de Enfermagem sobre as quais se debruçou o presente estudo com base nos gráficos anteriores.

Tabela 3.41: Valores auferidos das médias e respectivos desvios padrão por aluno relativo às diferentes dimensões pelas ESEIC e ESES.J em estudo (N=565).

Dimensão	ESE	Score médio	Intervalo de respostas	Amplitude de respostas
1	ESEIC	4.37	4.25-4.40	0.15
1	ESES.J	4.5	4.46-4.58	0.12
2	ESEIC	4.26	4.15-4.35	0.20
2	ESES.J	4.5	4.45-4.55	0.10
3	ESEIC	4.12	4.03-4.21	0.18
3	ESES.J	4.3	4.21-4.37	0.16

Quanto à normalidade o histograma dos *scores* das três dimensões apresenta uma distribuição aparentemente normal e as médias e os desvios padrão auferidos são os que se apresentam na tabela (Tab. 3.42) abaixo.

Tabela 3.42: Médias e desvios padrão auferidos dos histogramas dos scores de cada dimensão

Dimensão	Média	Desvio padrão
1	4.5	0.56
2	4.4	0.63
3	4.2	0.69

De seguida fomos testar se as médias dos scores por dimensão se assemelham ou não entre si e para tal, procedemos à realização do chamado teste *T* e do teste de *Mann-Witney-U* (*2-independent samples*) comparando os dois grupos de escolas de Enfermagem.

Tabela 3.43: Valores auferidos do Teste *T* e do Teste de *Mann-Witney-U* das diferentes dimensões

Dimensão	F	Sig. 2 tailed superior	Sig. 2 tailed inferior	Sig. Teste <i>T</i>	Asymp.sig (sig.2 tailed) Teste <i>Mann-Witney-U</i>
1	6.945	0.000	0.000	0.009	0.000
2	5.772	0.000	0.000	0.017	0.000
3	1.191	0.006	0.006	0.276	0.009

Conclui-se que as maiores diferenças entre as escolas de Enfermagem em estudo ocorrem para as dimensões 1 “Percepção em relação à temática da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” e 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem”, assemelhando-se as médias de opinião para a dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto formal da licenciatura” pois o valor de significância (*sig.*) é inferior a 0.05.

Para a comparação entre mais do que dois grupos, como sendo o caso dos três anos académicos em foco, procedeu-se a aplicação do teste *One Way Anova* e do teste de *Kruskal-Wallis* (*K-independent samples*) que esquematizamos na tabela (Tab.3.44) que se segue.

Tabela 3.44: Valores auferidos do Teste *One Way Anova* e do Teste *Kruskal-Wallis* das diferentes dimensões

Dimensão	Sig. Teste <i>Anova</i>	F Teste <i>Anova</i>	Asymp.sig Teste <i>Kruskal-Wallis</i>
1	0.042	3.191	0.024
2	0.000	11.5	0.000
3	0.000	72.784	0.000

Daqui se conclui, que como o nível de significância (*sig.*) é inferior a 0.05, há diferenças significativas nos grupos estudados¹⁷⁸, ou seja entre cada ano de escolaridade.

3.2.3. Resultados das duas questões de resposta aberta do teste QIF

No que diz respeito à segunda parte do teste QIF, efectuamos uma análise de conteúdo cuja discussão apresentaremos no capítulo 4. Neste enquadramento, direccionado para questões abertas, aferiu-se em primeira instância quais as disciplinas que os estudantes percebiam como tendo contribuído, directa ou indirectamente, para a sua preparação no domínio da Bioética. Para além de discriminar quais as disciplinas, também eram questionados sobre a forma como as mesmas constituiriam como mais valias. De seguida apresentamos os resultados das referidas reflexões na tabela (Tab. 3.45) que de seguida se apresenta.

Tabela 3.45: “QUESTÃO 1 – Qual(is) a(s) unidade(s) curricular(es) que mais contribuiu(ram), directa ou indirectamente, para a sua preparação Bioética como futuro profissional de saúde?”

RESPOSTA Disciplinas	ESES.J 1º	ESES.J 2º	ESES.J 4º	ESES.J Total	ESEIC 1º	ESEIC 2º	ESEIC 4º	ESEIC Total	Total
	N= 141	N= 100	N= 101	N= 342	N= 73	N= 71	N= 79	N= 224	565
Introdução à Enfermagem	87	7	7	101				0	202
Enfermagem 1 – Crescimento e desenvolvimento	34	7	2	43				0	86
Enfermagem 2 – Funções biológicas		12	4	16				0	32
Enfermagem 3 – Comportamento e relação		37	19	56				0	112
Enfermagem 4		10	1	11				0	22
Enfermagem 5 – Introdução à prática clínica		15	16	31				0	62
Enfermagem médica/cirúrgica				0		1		1	1
Gestão em Enfermagem		1		1				0	2
Socioantropologia	43	15	3	61		5		5	127
Psicologia da saúde	44	8	4	56	2	1		3	115
Ecologia e saúde	6	4		10				0	20
Formação em Enfermagem	3			3				0	6
Enfermagem e cidadania			10	10				0	20
Bioética	4	96	100	200	1	31	67	99	499
Ética				0	1	3	51	55	55
Deontologia profissional				0	1		40	41	41
Investigação	1		1	2			3	3	7
Direito da saúde				0			3	3	3
Estágios			28	28			6	6	62
Ensinos clínicos			14	14	11		2	13	41
Cuidados paliativos			1	1			1	1	3
Desenvolvimento e cidadania				0	37	14		51	51
Epistemologia				0	4			4	4
Todas as disciplinas	1	1		2	1	1		2	6
Não Sabe/Não Responde	26			26	30	35	11	76	128
Total	249	213	210	672	88	91	184	363	1707

A moda, que traduz a classe mais respondida, foi a disciplina de Bioética em ambas as escolas, verificando-se 200 respostas para a ESES.J e 99 para a ESEIC.

Na tabela (Tab. 3.46) que se segue apresentamos as três disciplinas mais referidas pelos alunos como contributos para a sua preparação Bioética como profissional de saúde e as três unidades curriculares que menos respostas obtiveram.

Tabela 3.46: As três disciplinas mais respondidas e as três menos respondidas por ano académico e por escolas de Enfermagem

Disciplinas/ ano académico/ escolas de Enfermagem	ESES.J 1º Ano	ESES.J 2º Ano	ESES.J 4º Ano	ESEIC 1º Ano	ESEIC 2º Ano	ESEIC 4º Ano
Disciplinas Mais Respondidas	Introdução à Enfermagem, Socioantropologia; Psicologia da saúde	Bioética; Enfermagem 3 – Comportamento e Relação; Socioantropologia; Enfermagem 5 – Introdução à Prática Clínica	Bioética; estágios; Enfermagem 3 – Comportamento e Relação	Desenvolvimento e Cidadania; Ensinos Clínicos; Epistemologia	Bioética; Desenvolvimento e Cidadania; Socioantropologia	Bioética; Ética; Deontologia Profissional
Disciplinas Menos Respondidas	Investigação em Enfermagem	Gestão em Enfermagem	Enfermagem 4; cuidados paliativos; investigação	Bioética, Ética e Deontologia Profissional	Enfermagem médico/cirúrgica e Psicologia	Cuidados Paliativos

Quanto às três disciplinas mais respondidas e as três menos respondidas, conclui-se que, entre as mais enunciadas constam: a introdução á Enfermagem (na ESES.J); Socioantropologia (nas duas escolas em estudo); Psicologia da Saúde (nas duas escolas em estudo) e Enfermagem 3 – Comportamento e Relação (na ESES.J) e entre as menos respondidas verificam-se: Enfermagem médico-cirúrgica (na ESEIC); Gestão em Enfermagem (na ESES.J); Direito da Saúde (na ESEIC); Cuidados Paliativos (nas duas escolas em estudo) e Epistemologia (na ESEIC).

Passando para a segunda questão, elaboramos a tabela (Tab.3.47) que se segue e que comporta as explicações dadas pelos estudantes quanto à forma como as unidades curriculares por eles consideradas, contribuem para a sua formação no domínio da Bioética.

Tabela 3.47: “QUESTÃO 2 – Explique de que forma a(s) unidade(s) curricular(es) de _____ contribuiu(ram) para a sua formação no domínio da Bioética?”

RESPOSTAS	CATEGORIA	ESES.J 1º Ano	ESES.J 2º Ano	ESES.J 4º Ano	ESEIC 1º Ano	ESEIC 2º Ano	ESEIC 4º Ano	Total
Esclarecer/ transmitir conhecimentos sobre a Bioética (fundamentos teóricos e práticos) complementar ao ensino geral;	DIMENSÃO 1	12	20	32	11	13	5	93
Inculcar no centro dos cuidados a pessoa/ o doente agindo no seu melhor interesse, valorizando-o na sua globalidade e respeitando os profissionais de saúde como fundamento dos cuidados;	DIMENSÃO 1	13	20	5				38
Impulsionar a caminhada que se vai construindo ao longo do tempo;	DIMENSÃO 1					1		1
Tomar conhecimento da importância dos saberes dos Enfermeiros na arte de cuidar e na relação de ajuda;	DIMENSÃO 1				2			2
Transmitir a importância da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos para sedimentar competências essenciais ao desempenho profissional/ saber ser Enfermeiro e auxiliando na tomada de decisões;	DIMENSÃO 2	4	7	6			10	27
Reflectir sobre casos práticos e debater questões/ decisões éticas/ dilemas éticos na prestação de cuidados de Enfermagem para um melhor desempenho;	DIMENSÃO 2	33	47	62		3	21	166
Abordar princípios éticos e deontológicos do exercício profissional para orientar/ melhorar a prática em Enfermagem;	DIMENSÃO 2	18	15	7	5	4	7	56
Contribuir como responsável pela formação de um pensamento bioético/ consciência crítica equilibrado com a moral/ opinião individual para uma melhor prestação nos cuidados;	DIMENSÃO 2	2	4	6	1			13
Melhorar a compreensão do ser humano e seus comportamentos, culturas e valores como ser único respeitando a sua dignidade humana para melhor lidarmos com elas;	DIMENSÃO 2	25	5			4		34
Explicar a importância da Bioética para a prática de Enfermagem;	DIMENSÃO 2	2	4		1			7
Estimular o sentido ético para agir com os outros/ desenvolver uma consciência moral mobilizando os conhecimentos adquiridos;	DIMENSÃO 3	1	2	5	1		2	11
Promover o sentido da ética no compromisso dos direitos e deveres (código) do profissional de saúde (moral, ético e deontológico) e dos doentes assimilados nas aulas e estágios	DIMENSÃO 3	16	3	10	1		3	33
Treinar situações para melhor agir na prática;	DIMENSÃO 3		1	5		2		8
Aplicar na prática os princípios bioéticos com casos reais;	DIMENSÃO 3			17				17
Melhorar o crescimento/ comportamento pessoal/ modo como nos relacionamos colocando-nos à prova com a realidade com que nos deparamos em formação;	DIMENSÃO 3	1			8			9
Insistir na disciplina;	DIMENSÃO 3				1			1
Não Sabe/Não Responde		36	3	2	45	48	32	166
Total		163	131	157	76	75	80	682

A análise que nos propusemos levar a cabo foi de conteúdo, categorizando as respostas obtidas pelas três dimensões traçadas no início do percurso do presente estudo. Procuramos, todavia, indagar a frequência com que determinados temas surgem no discurso dos alunos de Enfermagem dos 1º, 2º e 4º anos respectivamente tendo em conta a escola que frequentam. Advogamos que a forma mais adequada de apresentar os resultados foi formulando um quadro esquemático que os sintetize, de modo a facilitar a sua análise, que é sobretudo quantitativa, em que o que se pretende é aferir a frequência com que surgem as unidades de registo.

Para auxiliar o esclarecimento dos dados colhidos, esquematizou-se por dimensões as respostas dos alunos pelos anos correspondentes e escolas referentes, como se observa nos quadros abaixo apresentados.

Na tabela (Tab. 3.48) seguinte apresenta-se o número e a percentagem de respostas auferidas em cada dimensão tendo em conta as escolas de Enfermagem e os respectivos anos académicos em estudo.

Tabela 3.48: Número e percentagem de respostas obtidas em cada dimensão, por escolas e por anos académicos em estudo

CATEGORIAS	ESES.J 1ºano	%	ESES.J 2ºano	%	ESES.J 4ºano	%	ESEIC 1ºano	%	ESEIC 2ºano	%	ESEIC 4ºano	%	TOTAL	%
Dimensão 1	25	20%	40	32%	37	25%	13	43%	14	52%	5	11%	134	26%
Dimensão 2	84	67%	82	65%	81	54%	7	23%	11	41%	38	83%	303	59%
Dimensão 3	18	13%	6	3%	37	21%	11	33%	2	7%	5	7%	79	15%
TOTAL	127	100%	128	100%	155	100%	31	100%	27	100%	48	100%	516	100%

Na tabela (Tab.3.49) que se segue representamos o número e a percentagem de respostas de cada dimensão pelas escolas de Enfermagem do presente estudo.

Tabela 3.49: Número e percentagem de respostas obtidas em cada dimensão por escolas de Enfermagem em estudo.

Categorias	ESESJ	%	%/ Total de respostas	ESEIC	%	%/ Total de respostas	TOTAL	% total/ Total de respostas
Dimensão 1	102	25%	20%	32	30%	6%	134	26%
Dimensão 2	247	60%	48%	56	53%	11%	303	59%
Dimensão 3	61	15%	12%	18	17%	3%	79	15%
TOTAL	410	100%	80%	106	100%	20%	516	100%

Esmiuçando um pouco a tabela que traduz a frequências das respostas por anos académicos e por escolas de ensino de Enfermagem, procedemos a uma sucinta exposição

das respostas mais mencionadas pelos nossos inquiridos. Assim, expomos na tabela (Tab. 3.50) os dados encontrados.

Tabela 3.50: Respostas mais referidas pelos estudantes de Enfermagem por ano lectivo e por escola de Enfermagem

Escola de Enfermagem	Ano académico	Resposta	Dimensão
ESESJ	1º	Reflectir sobre casos práticos e debater questões/ decisões éticas/ dilemas éticos na prestação de cuidados de Enfermagem para um melhor desempenho	2
ESESJ	1º	Melhorar a compreensão do ser humano e seus comportamentos, culturas e valores como ser único respeitando a sua dignidade humana para melhor lidarmos com elas	2
ESESJ	2º	Reflectir sobre casos práticos e debater questões/ decisões éticas/ dilemas éticos na prestação de cuidados de Enfermagem para um melhor desempenho	2
ESESJ	2º	Esclarecer/ transmitir conhecimentos sobre a Bioética (fundamentos teóricos e práticos) complementar ao ensino geral	1
ESESJ	2º	Incute no centro dos cuidados a pessoa/ o doente agindo no seu melhor interesse, valorizando-o na sua globalidade e respeitando os profissionais de saúde como fundamento dos cuidados	1
ESESJ	4º	Reflectir sobre casos práticos e debater questões/ decisões éticas/ dilemas éticos na prestação de cuidados de Enfermagem para um melhor desempenho	2
ESESJ	4º	Esclarecer/ transmitir conhecimentos sobre a Bioética (fundamentos teóricos e práticos) complementar ao ensino geral	1
ESEIC	1º	Esclarecer/ transmitir conhecimentos sobre a Bioética (fundamentos teóricos e práticos) complementar ao ensino geral	1
ESEIC	1º	Melhorar o crescimento/ comportamento pessoal/ modo como nos relacionamos colocando-nos à prova com a realidade com que nos deparamos em formação	2
ESEIC	2º	Esclarecer/ transmitir conhecimentos sobre a Bioética (fundamentos teóricos e práticos) complementar ao ensino geral	1
ESEIC	2º	Abordar princípios éticos e deontológicos do exercício profissional para orientar/ melhorar a prática em Enfermagem	2
ESEIC	2º	Melhorar a compreensão do ser humano e seus comportamentos, culturas e valores como ser único respeitando a sua dignidade humana para melhor lidarmos com elas	2
ESEIC	4º	Reflectir sobre casos práticos e debater questões/ decisões éticas/ dilemas éticos na prestação de cuidados de Enfermagem para um melhor desempenho	2
ESEIC	4º	Transmitir a importância da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos para sedimentar competências essenciais ao desempenho profissional/ saber ser Enfermeiro e auxiliando na tomada de decisões	2

Repare-se que as respostas dos estudantes se enquadram mais na dimensão 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” que resulta a mais referida no cômputo geral mesmo analisada na perspectiva dos anos académicos.

Na sequência do supra citado, transcrevemos na tabela (Tab. 3.51) que se segue as opiniões proclamadas pelos alunos em reduzido número.

Tabela 3.51: Respostas menos referidas pelos estudantes de Enfermagem por ano lectivo e por escola de Enfermagem

Escola	Ano Escolar	Resposta	Dimensão
ESESJ	1º	Estimular o sentido ético para agir com os outros/ desenvolver uma consciência moral mobilizando os conhecimentos adquiridos	1
ESESJ	1º	Melhorar o crescimento/ comportamento pessoal/ modo como nos relacionamos colocando-nos à prova com a realidade com que nos deparamos em formação	3
ESESJ	2º	Treinar situações para melhor agir na prática	3
ESESJ	4º	Incute no centro dos cuidados a pessoa/ o doente agindo no seu melhor interesse, valorizando-o na sua globalidade e respeitando os profissionais de saúde como fundamento dos cuidados	1
ESESJ	4º	Estimular o sentido ético para agir com os outros/ desenvolver uma consciência moral mobilizando os conhecimentos adquiridos	3
ESESJ	4º	Treinar situações para melhor agir na prática	3
ESEIC	1º	Contribuir como responsável pela formação de um pensamento bioético/ consciência crítica equilibrado com a moral/ opinião individual para uma melhor prestação nos cuidados	2
ESEIC	1º	Explicar a importância da Bioética para a prática de Enfermagem	2
ESEIC	1º	Estimular o sentido ético para agir com os outros/ desenvolver uma consciência moral mobilizando os conhecimentos adquiridos	3
ESEIC	1º	Promover o sentido da ética no compromisso dos direitos e deveres (código) do profissional de saúde (moral, ético e deontológico) e dos doentes assimilados nas aulas e estágios	3
ESEIC	2º	Impulsionar a caminhada que se vai construindo ao longo do tempo	1
ESEIC	4º	Estimular o sentido ético para agir com os outros/ desenvolver uma consciência moral mobilizando os conhecimentos adquiridos	3

Daqui sobressai que a dimensão menos referida no âmbito global é a 3 “Práticas educativas em foco no contexto formal da licenciatura” que trespassa por todos os anos académicos em estudo em termos gerais.

Capítulo 4. Discussão

O bom não é nascer feito, é fazer-se

Miguel Torga

No presente trabalho, face aos objectivos traçados, foi desenvolvido um instrumento de modo a avaliar o ensino e aprendizagem da Bioética em Enfermagem, perspectivado pelos alunos. Este instrumento foi construído de novo, na forma de um pré-teste, validado e transformado numa ferramenta que poderá ser utilizada pela comunidade académica para avaliar esta temática ou outra no contexto de quaisquer outros Profissionais de Saúde.

O pré-teste efectuado apresentou uma total adesão e elevada fiabilidade e consistência interna quer na globalidade do instrumento quer por cada uma das três dimensões avaliadas.

Para além dos resultados relativos às questões de resposta fechada apresentados no capítulo 3 foram efectuadas no pré-teste, duas questões de resposta aberta, cujos resultados se discutem resumidamente de seguida.

Quando questionado aos alunos se determinada unidade curricular/disciplina mais teria contribuído, directa ou indirectamente para a sua preparação Bioética como futuro profissional de saúde, os resultados obtidos (Tab. 3.14) apontam, como era de esperar para as disciplinas de Bioética e Deontologia que integram os planos de estudos dos cursos dos alunos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP) que foram alvo deste pré-teste.

Seguidamente, quando a estes alunos, se questionou, de que forma as disciplinas por eles mencionadas na pergunta anterior, contribuíram para a sua formação no domínio da Bioética, os resultados obtidos (Tab.3.15) apontam para “Debate/reflexão no domínio da Bioética”, “Lidar com problemas/ conflitos/ dilemas bioéticos” e “Direitos e deveres (doentes/ profissionais/ sociedade)”. Estes resultados traduzem a noção clara, na opinião dos alunos, de que estratégias activas de aprendizagem, relacionados com problemas concretos e contextos reais que favorecem a aprendizagem e a aquisição de competências ^{46, 179}.

Finalmente foi efectuada uma reflexão falada, de acordo com o que foi descrito nos capítulos anteriores esta reflexão falada foi efectuada no pré-teste, através de duas questões, que pela sua natureza se destinaram a avaliar quais os itens que na opinião dos inquiridos suscitaram dúvidas ou quais as alterações que os alunos introduziriam neste questionário (introduzir, retirar ou reformular itens) e cujos resultados foram tomados em consideração na elaboração do instrumento final. Neste último ponto, no que se refere às duas primeiras alterações sugeridas pelos alunos, é de destacar que a extensão, a semelhança nos itens e a falta de organização por questões similares, decorrem das estratégias descritas na literatura para a fase de pré-testagem e validação de instrumentos desta natureza, que tentamos respeitar. Tal justifica-se, respectivamente pela necessidade de existir excesso de itens em relação à versão final (para, após validação estatística se

puderem eliminar os excedentes) e a ordem dos itens dever ser aleatória e não organizada por dimensões/ temas¹⁷⁷.

A segunda alteração apontada pelos alunos, que se reporta à reformulação de situações, talvez dificultada pela linguagem, foi revista cuidadosamente, e suportada pelos procedimentos estatísticos acima descritos, para realizar selecção e ajustamentos na versão final do questionário.

No que diz respeito à existência de itens repetidos, tal não se verifica, o que acontece é existirem situações semelhantes que nos permitiu aferir da sua fiabilidade posteriormente e certificarmo-nos da credibilidade obtida nas respostas dadas pelos inquiridos no estudo.

A discussão dos resultados obtidos após a aplicação do instrumento construído e validado (teste) será efectuada nesta secção organizada pelas considerações a efectuar em relação aos resultados globais e aos resultados obtidos por dimensão, por anos escolares, por escolas e finalmente será efectuada a discussão relativa às respostas obtidas nas questões abertas.

4.1. Análise dos Resultados globais

Registou-se elevada participação (87%) em ambas as escolas (n=565), dado o universo dos 646 alunos que pretendíamos inquirir, verifica-se uma taxa de ausência de resposta de 13%, que nos parece pouco significativa, neste contexto, mas justificável pelo momento do ano em questão (final de ano lectivo, com o avizinhar célere das férias escolares) e por ser época de exames e de avaliações finais, na maior parte das situações. De referir que alguns alunos, por exemplo, do 4º ano da Escola Superior de Enfermagem S. João (ESES.J) se encontravam ausentes, devido ao programa ERASMUS (programa de intercâmbio entre alunos de países diferentes).

Da análise global, ressalta que os itens menos respondidos pelos alunos (Tab. 3.21), na generalidade aludem à responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação pelo ensino da Bioética. Denota-se a fragilidade atribuída aos Ministérios da Educação e da Saúde quanto à responsabilização pelo ensino e pela aquisição de competências na área da Bioética que favoreçam, fortaleçam ou imprimam o apuramento de competências profissionais e motivem o aprimoramento de uma consciência ético-relacional.

Nesta análise é ainda salientado sobre o eventual papel da “Bioética ser da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem”. Destaca-se o claro desacordo manifestado em relação a estes itens, o que aponta para uma opinião generalizada de que os profissionais especializados na área da Bioética possuem uma aparente credibilidade junto destes estudantes para formá-los nesta competência que chamamos de comportamento bioético. Por outro lado o facto de não valorizarem o pensamento de Paul Ricoeur⁵², quanto ao possível papel da Bioética resultar na

administração que cada indivíduo faz da sua vida para benefício próprio, vem da permanente noção incutida nos alunos, que todos os seus cuidados e a própria missão da profissão que abraçam é voltada para o Outro, o seu semelhante, realçando o bem comum em detrimento do bem pessoal, sob a égide do preconizado pelo Conselho de Enfermagem¹¹¹.

Da análise dos itens mais respondidos na generalidade (Tab. 3.22) sobressai a ideia, de que na opinião dos alunos, os princípios orientadores da actividade do profissional de saúde devem assentar nos cinco pilares da Bioética⁶⁵ dos quais de destacam, a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e ainda o respeito pelo próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade, preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro.

Ainda é realçada a opinião de que o treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita, a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade. Estes resultados, consistentemente como aqueles que se obtiveram no pré-teste sendo a população alvo alunos de cursos de Tecnologias da Saúde, contribuem para a opinião generalizada da importância atribuída a estratégias activas de aprendizagem^{46, 108, 110, 179}.

Salienta-se que o desafio passa a ser o de preparar os estudantes para que tenham uma elevada capacidade de adaptação às diferentes situações profissionais, algumas dilemáticas, que acabarão por surgir ao longo da respectiva profissão. Este procedimento vai de encontro ao modelo entendido como articulação entre conceitos e linhas de pensamento que orientam a prática, devendo-se ter em conta a diversidade de contextos de formação e de práticas profissionais, bem como de vivências por parte dos formandos, dos formadores, dos utilizadores de cuidados e dos profissionais de saúde¹⁰⁴.

O pensamento anterior é acompanhado pela noção de que o cuidador não pode estar distanciado da teoria nem da prática. Não é mais do que o saber ser, estar e fazer, os três domínios inseparáveis pois “formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas”, segundo Freire⁸⁰.

Esta ideia é reforçada pelas correlações apresentadas nas tabelas (Tab. 3.23 e 3.24), sendo que destes resultados salienta-se ainda a existência denominador comum nas menores correlações entre as variáveis do presente questionário que corresponde à situação 16, que surge novamente “A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem”. Estes estudantes já têm a percepção que a Bioética é algo mais que uma administração individual para bem próprio, desvalorizando esta ideia em consonância com a opinião de Paul Ricoeur⁵², cada um procura caminhar no sentido de “uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas”, tal como referimos anteriormente, estes estudantes assumem como função primordial do seu futuro trabalho o Bem do Próximo, não numa vertente exclusivamente “samaritana”, cujas raízes da profissão

remontam mas, numa postura profissionalizante sob o escopo do Código Deontológico do Enfermeiro e do seu Regulamento do Exercício Profissional, inserido precocemente nos conteúdos formativos da licenciatura (Anexo V e anexo VI), pelo que os resultados obtidos são os esperados.

4.2. Análise dos Resultados obtidos por dimensão

As respostas mais cotadas por dimensão apontam para os resultados globais já discutidos.

Em concreto, analisando a Dimensão 1 *“Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem”* verifica-se que as situações mais cotadas referem os cinco pilares da Bioética como sustentação das percepções em relação a estas temáticas ao que é acrescentada a ideia de que “a formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida”, reportando para a prática, o exercício destas competências e reforçando o conceito de aprendizagem ao longo da vida, como paradigma da formação contínua de profissionais de saúde, indo ao encontro da consideração do ser humano um sujeito possuidor de um complexo sistema mental de elaboração das informações recebidas, advogando-se a tese que a aprendizagem é muito mais um processo activo de interacção docente, discente e realidade social¹⁰². Neste sentido não basta tomar conhecimento de normas morais e legais, o comportamento bioético do profissional de saúde exige tolerância, prudência e poder de discriminação, características da nova disciplina proposta que a experiência quotidiana ao longo do tempo nos vai ditando¹⁰³, ao longo dum percurso de vida que nos vai formando.

Adicionalmente, também surge a referência ao “Enfermeiro traduz a excelência da Bioética quando procura em todo o acto profissional a excelência do exercício”, sendo das mais valorizadas indo de encontro ao expresso no art.88 do Código Deontológico do Enfermeiro, da *Excelência do Exercício*, traduzindo deste modo a configuração de uma excelência ética donde “o Enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício”, conceito tal que demonstra um relevante espírito de compromisso profissional com base em preceitos bioéticos fundamentais.

No que respeita à dimensão 2 *“Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem”* os resultados obtidos (Tab. 3.28) apontam para a importância do ensino da Bioética em Enfermagem para a aquisição de competências profissionais e para o exercício, conduzindo aos mais elevados níveis de satisfação dos doentes e à satisfação das reais necessidades da comunidade e exigências das organizações da saúde. Uma possível explicação para estes resultados será suportada em Patricia Benner, ao propor o modelo de desenvolvimento de competências¹⁷⁰ baseado em autores como Hubert Dreyfus e Stuart Dreyfus e nas teorias do ensino experiencial, que foca a importância do sentido de responsabilidade que os Enfermeiros deverão desenvolver perante dimensões éticas e

relacionais próprias das perícias clínicas, em contextos de aprendizagem específicos e complexos, tratando-se de ambientes onde fervilham emoções, sofrimentos, vulnerabilidades, enfim onde se dá o encontro com o outro. Ressalta o facto do desafio da articulação da formação teórico-prática consistir em aproximar os conteúdos programáticos aos problemas identificados e sentidos na realidade situacional, beneficiando os envolvidos no processo ensino/aprendizagem. Realça-se os ganhos em saúde que as populações podem obter deste empreendimento sincronizado¹⁴³.

A este propósito, parece-nos relevante recorrer a Charles Boelen no sentido de explicitar a relação existente entre profissionais de saúde, instituições académicas e comunidades. Em projectos do tipo descrito em “Toward Unity for Health”¹⁸⁰ que pressupõem a interacção de cinco elementos (entre os quais destacamos os três acima mencionados) no sentido da criação de um sistema de saúde baseado nas reais necessidades das comunidades, conforme ilustra a figura seguinte.

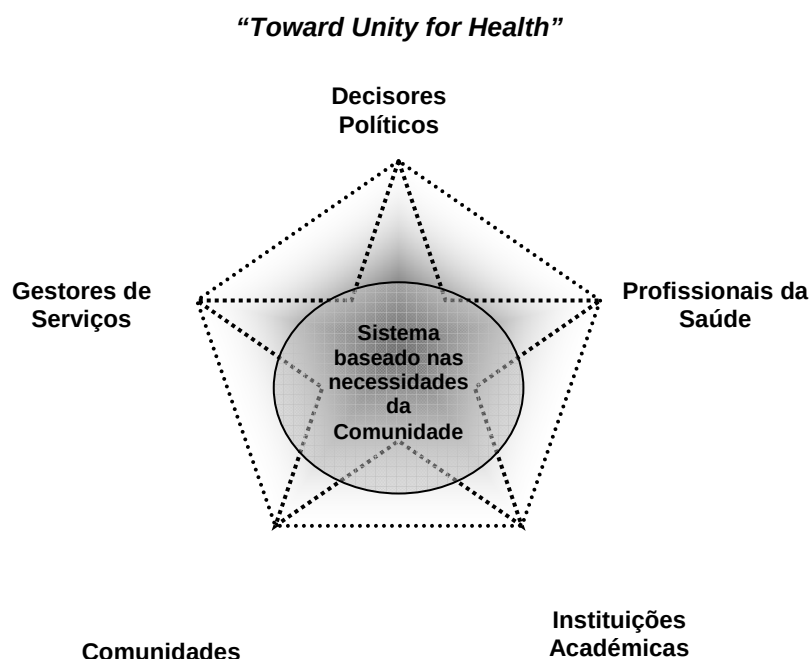


Figura 4.1: Agentes de parceria em projectos “Toward Unity for Health”¹⁸⁰

Os resultados obtidos eram os desejados e de certo modo esperados, fluindo ao encontro os dados fornecidos pela literatura recolhida.

Das médias das situações com um nível de opinião mais elevada (Tab. 3.29) na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura”, destaca-se, a ideia de que o treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade e de que o ensino da Bioética

deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação. Neste caso reforça-se a ideia de aprendizagem activa que ultrapassa a discussão desta dimensão e surge como já discutido ao nível dos resultados globais obtidos com o instrumento desenvolvido no presente trabalho. Estes resultados corroboram com o que nos enunciam Ribeiro [et al.]¹⁶⁵, quanto aos objectivos dos Enfermeiros docentes visarem os alunos e a sua aprendizagem e os objectivos dos Enfermeiros da prática direccionarem-se para os doentes e a gestão de recursos porém, apologizando Nóvoa e Finger¹⁶⁶ a formação como um todo, tem em vista incrementar nos alunos competências necessárias a serem mobilizadas em situações concretas da vida real socorrendo-se dos recursos técnicos fornecidos pelos Enfermeiros da prática e dos suporte teóricos adquiridos pelos Enfermeiros da teórica.

No que diz respeito às respostas menos cotadas pelos alunos, por dimensão são destacados os seguintes resultados.

Relativamente à dimensão 1 “Percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” a situação menos cotada (Tab. 3.30) que se destaca remete para a análise global anteriormente efectuada sendo claramente evidenciada de novo a situação 16 “A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem”.

Na análise das situações com um nível de opinião mais baixo de entre os resultados obtidos (Tab. 3.31) em relação à dimensão 2 “Importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem” surge novamente a atribuição da responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação pelo ensino da Bioética, como já referido aquando da análise dos resultados globais obtidos ao que é acrescentado o facto de não se considerar existir, na opinião dos alunos, uma preocupação notória com o ensino da Bioética em Portugal.

Uma possível explicação para estes resultados será como nos afiança Patrão Neves, aquando do surgimento duma nova área do saber ou da prática, como ocorre com a Bioética, sendo quase inevitavelmente assistida por várias personalidades de prestígio que, com sua competência académico/profissional e criatividade, lhe dão forma e conteúdo, as primeiras práticas na área começam por ter um leque bastante confinado, apresentando-se como reuniões restritas e conferências ou debates dirigidos a um número muito limitado de pessoas com interesse pela área da Bioética, alargando-se posteriormente, até se estenderem à organização de congressos nacionais e mesmo internacionais. Daí advém a aparente pouca divulgação da temática, incluída nos currículos dos cursos com menor carga horária em termos teóricos e mesmo teórico-práticos (anexo V e anexo VI), parecendo ser demonstrada também, pela visibilidade do assunto manifestado pelos inquiridos. Os resultados obtidos corroboram ainda, com as advertências de Michel Renaud¹⁰¹ para dificuldades que assolam os pensadores da Bioética, quanto à pludisciplinaridade dentro da

mesma tornando-a mais questionada que questionante, correndo o risco de se verificar auxiliar de outras disciplinas, perdendo a sua autonomia de raciocínio nas diferentes esferas de tomada de decisão social, sendo desta feita desvalorizada ou não tida em seu real valor.

Finalmente em relação à dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura” os valores auferidos relativamente às situações descritas (Tab. 3.32) remetem para o pouco contacto ao longo do percurso académico com situações de dilemas éticos em que se tenha de pôr à prova os conhecimentos adquiridos em Bioética, o que se reflecte no nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na licenciatura em Enfermagem que na opinião dos alunos se destacam com um nível de resposta mais baixo. Este resultado revela-se curioso no sentido de que os alunos têm presente a importância das estratégias de aprendizagem activa como observamos pelos resultados obtidos (Tab. 3.29) e apologizado pela literatura referida no capítulo 1, contudo não sentem que as mesmas se reflectem no seu contexto de formação, advindo daqui uma recomendação de reflexão quanto aos modelos utilizados por estas escolas no que diz respeito à Bioética. Sendo certo que a literatura aponta para melhores resultados de aprendizagem/ retenção mediante a mobilização de estratégias de aprendizagem activas e centradas no aluno¹⁷⁹.

Uma possível explicação para estes resultados por nós esperados será uma aparente desarticulação do ensino teórico-prático, sentido por estes estudantes, por parte das instituições formativas prevista por alguns autores^{144, 145, 146, 147}, revelando dificuldades em adequar a teoria à prática. Outros autores^{148, 149, 150, 151, 152} afixam motivos para este desfaseamento da teoria em relação à prática. Já Crotty¹⁵³ recomenda que as escolas destinem tempo, numa base anual, para que os professores trabalhem em áreas clínicas sem a responsabilidade de ensino, preparação esta também preconizada pela OMS⁴². Sobressai ainda, na sequência de reuniões levadas a cabo por entidades idóneas no âmbito da discussão de temáticas da Bioética, a saber, Conselho Jurisdicional de Enfermagem (CJE), docentes da Ética e Deontologia na formação em Enfermagem e os Enfermeiros das Comissões de Ética para a Saúde, decorridas em Fevereiro e Março de 2006, nas cinco secções Regionais, surgiu, fruto de aturada reflexão acerca da formação Ética e Deontológica nos cursos de Enfermagem, um documento pedagógico com o formato de recomendação.¹¹⁰

Ocorre dos resultados obtidos, propor uma franca reflexão acerca das estratégias de aprendizagem levadas a cabo actualmente pelas escolas em estudo, que se reflecte na preparação sentida e mais tarde expressa a nível profissional pelo estudante visado. De referir que os actuais conceitos acerca da educação em Enfermagem, possuem um cariz humanista e eclético, compreendido pelo cruzamento de conteúdos e estratégias, de metodologias e táticas que promovam o pensamento crítico, que mobilizem uma

aprendizagem catalizadora do desenvolvimento pessoal e do crescimento profissional, aludem para uma singular reflexão sobre o ensino da Ética na formação de Enfermagem¹¹².

Como resumo da análise efectuada quer em termos globais quer por dimensão apresenta-se na seguinte tabela (Tab. 4.1) as situações mais ou menos cotadas pelos alunos.

Tabela 4.1: Resumo das situações que se destacam com um nível de opinião mais elevado ou mais baixo na análise global ou pelas diferentes dimensões avaliadas. Salienta-se com a mesma cor as situações coincidentes

Nível de resposta	Na globalidade	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3
+ Elevado	Os princípios orientadores da actividade do profissional de saúde devem assentar nos cinco pilares da Bioética;	Cinco pilares da Bioética como sustentação das percepções em relação às temáticas da Bioética, Enfermagem e da Bioética em Enfermagem;	A importância do ensino da Bioética em Enfermagem para a aquisição de competências profissionais e para o exercício, conduzindo aos mais elevados níveis de satisfação dos doentes e à satisfação das reais necessidades da comunidade e exigências das organizações da saúde	O treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade e de que o ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação
	Treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade	A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida;		
		Enfermeiro traduz a excelência da Bioética quando procura em todo o acto profissional a excelência do exercício.		
+ Baixo	Responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação pelo ensino da Bioética;	A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem.	Responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação pelo ensino da Bioética;	Pouco contacto ao longo do percurso académico com situações de dilemas éticos em que se tenha de pôr à prova os conhecimentos adquiridos em Bioética, o que se reflecte no nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na licenciatura em Enfermagem.
	Bioética é da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem		Existe uma preocupação notória com o ensino da Bioética em Portugal.	

Da análise efectuada a partir dos resultados apresentados na tabela 4.1, realça-se a coerência entre os dados obtidos na análise global e da contribuição que as diferentes dimensões tiveram para estes mesmos resultados. Salienta-se ainda a consistência entre os níveis de opinião mais cotados e aqueles que foram menos cotados.

Assim, enquanto se atribui uma grande importância aos princípios orientadores da actividade do profissional de saúde que devem assentar nos cinco pilares da Bioética e à importância do ensino da Bioética em Enfermagem para a aquisição de competências profissionais e para o exercício, conduzindo aos mais elevados níveis de satisfação dos doentes e à satisfação das reais necessidades da comunidade e exigências das organizações da saúde, atribui-se uma menor cotação ao considerar que a Bioética é da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem. Este fenómeno coaduna-se com o conceito de cuidar em Enfermagem, transmitido ao longo de todo o curso realçando o bem do Outro e não o bem do próprio, relevância asseverada pela globalidade dos estudantes inquiridos.

Salienta-se que ao aceitarmos que o suposto da Bioética é a pessoa, a acção Bioética pressupõe o respeito integral pelo Outro, a protecção da sua autonomia e dignidade, da sua intimidade e da sua privacidade então, esse Outro espera de nós, que somos Enfermeiros, o exercício dos nossos saberes e competências no serviço que prestamos, traduzindo deste modo a configuração de uma excelência Ética em que "o Enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício", como expresso no Art.º 88 do Código Deontológico do Enfermeiro – "Da excelência do exercício" o que evidencia um relevante espírito de compromisso profissional com base em princípios bioéticos fundamentais. Assim, poder-se-á afirmar que, por um lado, a excelência é um princípio orientador, e por outro lado, a busca da excelência deve ser uma constante em cada acto profissional.

Mais uma vez estamos na presença de um denominador comum, situação 16 "A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem", que nos conduz à interpretação mais lógica, a de que, os alunos vislumbram algo mais da Bioética que, o governo próprio e para seu benefício individual. Parece-nos salutar esta discordância, na perspectiva holística da disciplina e do significado altruísta que encerra a sua sabedoria.

Por outro lado, considera-se muito importante o treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilitando, a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade, ressaltando o pouco contacto com situações reais como limitativo da preparação e das competências do Enfermeiro e a pouca importância que é ainda atribuída ao ensino da Bioética em Portugal, na opinião dos alunos.

Salientando a noção da eficácia das estratégias activas de aprendizagem na aquisição de competências ao que se acrescenta a importância atribuída à formação

contínua. Tal é perspectivado no documento lançado em 2006 pelo CJE¹¹⁰ defendendo que uma correcta tomada de decisão Bioética, acarreta a conjugação de competências cognitivas, de reflexão e análise na acção ou de experiências vividas, aprendizagem contínua e quotidiana, logo, o ensino da Bioética em Enfermagem requer uma explanação além unidade curricular teórica e do ensino clínico, abrindo os seus contornos ao exterior e mantendo-se ao longo de toda a formação.

Preconiza-se um equilíbrio entre a transversalidade das temáticas e dos princípios da Bioética pelas unidades curriculares e exploração dos casos concretos vivenciados por todos os intervenientes na formação, em contexto de sala de aula e em situações reais, potenciando deste modo uma eficaz aplicação da teoria à prática dos cuidados, perspectivando, assim, uma cabal aquisição das competências.

O referido documento apela para uma acrescida preocupação na conduta patenteada por parte de professores e Enfermeiros, tutores ou orientadores, dada a reconhecida importância dos modelos de identificação na formação de futuros profissionais, servindo como estratégia e meio de educação Bioética.

Finalmente, parece patente a noção da responsabilidade da formação e ensino a cargo dos agentes educativos através de estratégias activas e da aprendizagem ao longo da vida o que é consistente com a noção de que esta tarefa não parece competir aos Ministérios da Educação e da Saúde.

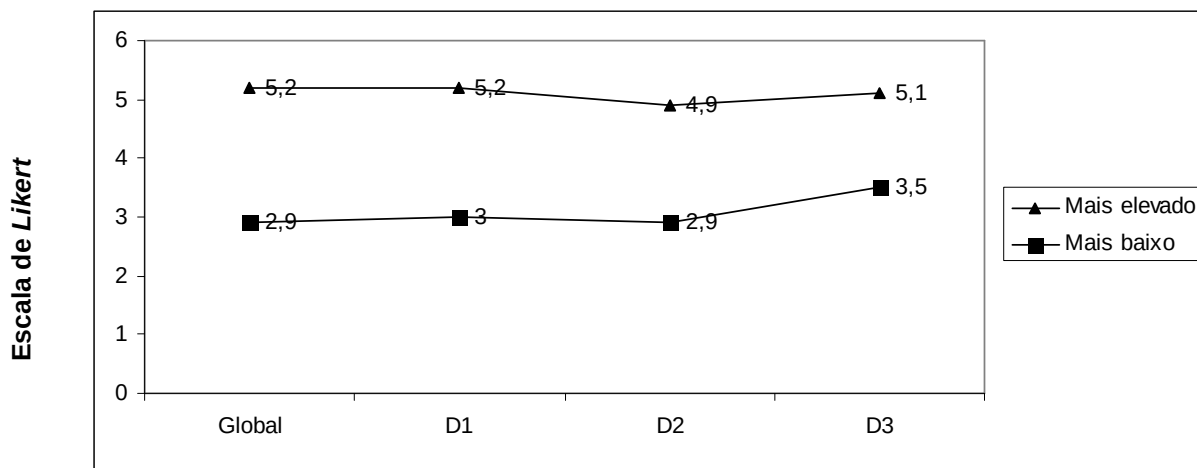


Gráfico 4.1: Valores obtidos na escala de *Likert* para os itens mais cotados (Mais elevado) ou menos cotados (Mais baixo) apresentados na Tabela 4.1, quer nos resultados globais (Global) quer por dimensões, respectivamente (D1- Dimensão 1, D2- Dimensão 2 e D3- Dimensão 3)

A análise do gráfico 4.1, permite visualizar a diferença de cotação atribuída aos itens mais cotados e menos cotados por dimensão e também na análise global a que se referem as situações apresentadas na Tabela 4.1.

Os resultados obtidos foram de encontro ao que era esperado, com pequena amplitude de respostas dado que as respostas “politicamente correctas” seriam as de opção mais centralizada na escala de *likert*, sendo esta a opção da maioria dos alunos.

Da correlação obtida entre as dimensões estudadas (Tab. 3.33, 3.34, 3.35, 3.36, 3.37 3.38) são reforçados com elevada correlação os aspectos que sobressaem da análise da Tab. 4.1 o que era esperado na sequência dos valores de consistência interna obtidos. Destaca-se da análise dos resultados apresentados nestas tabelas a elevada consistência entre os itens mais ou menos correlacionados o que sublinha a interpretação e discussão acima efectuada a propósito dos resultados apresentados na tabela resumo 4.1.

4.3. Análise dos resultados obtidos pelos anos escolares avaliados e por Escolas

A análise dos resultados obtidos por anos escolares e cujos resultados se apresentam nos gráficos 3.1, 3.2 e 3.3, apontam para uma evolução da opinião dos alunos à medida que se analisa os resultados do 1º ano ao 4º ano de escolaridade, verificando-se este comportamento globalmente em cada dimensão avaliada no presente estudo. Estes resultados são reforçados pela análise das tabelas 3.50 e 3.51 onde está patente as diferenças entre as respostas mais ou menos dadas pelos alunos dos diferentes anos lectivos, em ambas as Escolas, nas questões de resposta aberta.

Denotando-se uma crescente evolução no nível médio de opinião dos estudantes em todas as dimensões em estudo, o que coincide com o suposto de uma maior sedimentação de conhecimentos e tal fenómeno poderá ser considerado compatível com uma maior proximidade e contacto referentes à temática em estudo. Por outro lado, o facto de terem pouco contacto com a realidade profissional, poderá manifestar-se num escasso domínio prático dos dilemas Bioéticos em situações concretas, de modo a aplicarem os conhecimentos obtidos nas áreas afins. A este propósito Benner¹⁷³, advoga que a aquisição de competências baseadas na experiência é mais rápida e segura quando se produz a partir de uma base educativa, atribuindo um papel crucial à formação.

Outra possível explicação para estes resultados será, inspirando-nos no modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus, que os profissionais de Enfermagem evoluem nas suas competências escalando uma série de níveis desde o seu iniciado académico até se transformar num excelente profissional, preparado para qualquer situação.

Os patamares evolutivos considerados simbolizam os diferentes níveis de preparação, descritos por Stuart Dreyfus e Hubert Dreyfus e a autora Patrícia Benner¹⁷³ assumiu como o *modelo de Dreyfus*. Ao passar de um degrau para o seguinte, produzem-se uma série de mudanças nas competências e nos conhecimentos que as pessoas vão adquirindo ao longo do seu percurso, assim como vão sendo diferentes as suas actuações e a maneira de adoptar e resolver as situações. Tarefa esta facilmente transferível para a

evolução desejada para determinada competência nos estudantes ao longo da sua formação curricular, da qual determinamos e caracterizamos (Tab. 1.8) a convergência de saberes indispensáveis à aquisição da competência do comportamento bioético com o decurso dos diferentes níveis de proficiência (assumindo que o nível de proficiência de *iniciado/ principiante* corresponderá ao 1º ano lectivo, o nível de *principiante avançada* ao 2ª ano e o nível *competente* ao 4º ano da licenciatura em Enfermagem, sendo que os restantes níveis de proficiência são alcançados ao longo dum percurso de vida, na medida em que se transforma no sentido da própria existência). Transportando estes resultados práticos e reais para o proposto no presente estudo no plano teórico, acerca da aquisição de determinada competência ser alcançada pelo aluno de Enfermagem quando este finaliza o seu percurso académico da respectiva licenciatura, ao cumprir os quatro anos de formação, podendo ser considerado competente nessa área e posteriormente vai trabalhando essa competência pessoal e profissionalmente, de tal modo a tornar-se excelente no seu exercício podendo atribuir-se-lhe o título de *expert*.

Desta forma, seleccionamos três distintos grupos de alunos, de três anos de escolaridade diferentes, com contactos na área da Bioética que diferem entre si. Os alunos do 1º ano não possuem uma relação de evidência disciplinar concreta da Bioética, apenas contactando com a temática por outras vias de conhecimento, que fomos averiguar quais e das mais respondidas foram na ESES.J as disciplinas de Introdução à Enfermagem, a Socioantropologia e a Psicologia da Saúde e na ESEIC as disciplinas de Desenvolvimento e Cidadania, os Ensinos Clínicos e a Epistemologia, em suma disciplinas sem relação directa com a Bioética remetendo para a transversalidade do ensino proferido no documento lançado pelo CJE¹¹⁰. Os alunos do 2º ano iniciam o contacto com a disciplina de Bioética formalmente, com um programa específico do assunto. Finalmente quanto aos alunos do 4º ano foi nossa intenção apurar que resultados foram produzidos após o contacto teórico e provavelmente prático com a temática da Bioética.

Assim, acompanhamos uma evolução gradativa no tempo ao longo da formação em Enfermagem focalizando o contributo da Bioética e da aquisição das suas competências para alcançar outras fundamentais ao pleno exercício da profissão, perspectivado pelos estudantes e baseando-nos no estudo de três dimensões distintas.

De realçar que Phaneuf⁴⁶ no âmbito da Enfermagem, apologiza competência como um conjunto integrado de conhecimentos, adquiridos ao longo do processo de evolução pessoal que, quando são mobilizados em situação concreta da vida real, permitem aos Enfermeiros utilizar as suas habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas, de modo compatível com o seu papel e função.

Congruentemente, Mölsä¹³³ adiciona que as competências nos alunos de Enfermagem devem torná-los “peritos” para no futuro cumprirem com as funções impostas pela profissão,

e na óptica de Benner¹²⁶ a evolução de iniciado a perito torna-os em *experts*, ou seja competentes.

Os resultados obtidos foram os esperados sendo estes consistentes com a aplicação que efectuamos do modelo de aquisição de competências de Dreyfus assumido por Benner¹⁷³, no que refere ao comportamento bioético e que vão ao encontro do estudo levado a cabo por Queirós¹³² acerca da convergência das competências de Enfermagem com os níveis de proficiência.

Os resultados obtidos por Escola são curiosamente distintos, sendo que esta característica se mantém para as três dimensões estudadas (Gráf. 3.4, 3.5 e 3.6). Assim, os níveis de resposta obtidos na ESES.J são sempre superiores aos obtidos na Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição (ESEIC) sendo que o limite inferior das respostas na ESES.J se aproxima do limite superior de respostas na ESEIC.

Em concreto, no decorrer do estudo verificamos que, a ESES.J demonstra um nível de opinião mais elevado em cada dimensão do que a ESEIC. De salientar que, pelos testes efectuados (*T-test*), revelam que as maiores diferenças se observam nas dimensões 1 “Percepção em relação à temática da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” e 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem”, sendo a opinião média na dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto formal da licenciatura” muito semelhante nas duas Escolas.

Sobressai dos resultados que a amplitude de respostas na ESEIC é tendencialmente o dobro da amplitude detectada na ESES.J e o limiar mais elevado de respostas da ESEIC corresponde ao limiar mais baixo do nível de respostas da ESES.J. Tal facto poderá ser originado pelos métodos de ensino utilizados por ambas as escolas ou até pelo próprio plano de estudos e conteúdos programáticos. Para tal discussão, necessitaríamos de um estudo ainda mais aprofundado acerca do assunto mencionado.

Poderíamos deduzir, no entanto, pelos resultados obtidos das duas escolas de Enfermagem em estudo, uma aparente uma maior sensibilidade em relação às percepções das temáticas em discussão e uma maior valorização da importância e responsabilidade da Bioética no que se refere à Enfermagem por parte da ESES.J. Tal evento conjuga-se com o preconizado teoricamente, que nos sugere que a aquisição de uma competência, neste caso particular, o comportamento bioético em Enfermagem, pretende-se que seja enraizado e sedimentado desde tenra idade, de modo a evoluir até ao domínio do *expert*, sendo fundamental essa crescente sensibilidade e valorização para inculcar nos cuidados prestados diariamente, o comportamento bioético como o escopo da excelência do exercício profissional.

Uma possível explicação para estes resultados poderá ser, de acordo com os resultados apresentados nas tabelas 3.48 e 3.49, a grande diferença do número de alunos

respondentes nas duas Escolas sendo muito superior na ESES.J (80%). De facto, em termos de totalidade de respostas fornecidas pelos alunos, a ESES.J aparenta ser a mais participativa contando, transmitindo a noção de uma maior sensibilidade para trabalhos na área da investigação, louvando a sua colaboração. O número de ausências de resposta contribui para esta reflexão. Na ESES.J registaram-se 36 no 1º ano respostas incluídas no parâmetro do *não sabe/não responde*, sendo que nos restantes anos lectivos a ausência das respostas é pouco significativa (2 e 3, respectivamente no 2º e 3º ano). O mesmo raciocínio não pode ser feito para os alunos da ESEIC, que conta com 45, 48 e 32 respostas da menção *não sabe/não responde*, no 1º, 2º e 4º respectivamente, pelo que nos leva a conjecturar da fraca sensibilidade para este tipo de matéria em discussão respeitante à instituição referida.

Adicionalmente, de acordo com o já discutido para a evolução de opinião observada para os diferentes anos lectivos crescendo do 1º para o 4º ano, a existência na ESES.J, com excepção da Dimensão 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem”, de maior percentagem de alunos do 4º ano do que na ESEIC, poderá justificar a diferença de opinião observada entre as duas Escolas.

Finalmente, pela análise dos planos de estudos verificamos que a ESEIC intercala ensino teórico com ensino prático e a ESES.J procede de outro modo, desenvolve numa primeira fase a vertente teórica do currículo formal da licenciatura e posteriormente dedica-se à componente prática do curso.

Pelo que pesquisamos acerca dos programas postos em prática pelas escolas, parece-nos que podemos inferir, em primeiro lugar, que existe uma certa contradição entre o discurso de valorização da Ética e o tratamento dispensado a essa disciplina no cômputo total do currículo do curso de Enfermagem; em algumas escolas é exactamente aquela de menor carga horária. No estudo a que nos propusemos, na ESES. J a Bioética é leccionada no 2º ano, na vertente anual, com 30 horas de aulas teóricas e 44 horas de aulas teórico-práticas e na ESEIC na vertente semestral do 2º ano com 30 horas de aulas teóricas e no 3º ano com 30 horas de aulas teórico-práticas, de acordo com o plano de estudos publicado em Diário da Republica (anexo V e VI). Embora reconheçamos que nas diferentes disciplinas que constituem o currículo da licenciatura em Enfermagem, os professores também transmitem uma Ética que enforma a acção do estudante e se projecta posteriormente no exercício da profissão, podemos falar de uma transversalidade da Bioética a nível interdisciplinar, também preconizado pelo modelo de ensino da Bioética anglo-americano referido no capítulo 1.

4.4. Discussão relativa às respostas obtidas nas questões abertas

A análise efectuada às respostas relativas às perguntas abertas debruçou-se sobre as disciplinas que os estudantes percebem como tendo contribuído, directa ou indirectamente, para a sua preparação no domínio da Bioética, sendo que são claramente apontadas na ESES.J as disciplinas de Bioética e de Introdução à Enfermagem e na ESEIC se destacam as disciplinas de Bioética, Desenvolvimento e Cidadania e de Deontologia Profissional. Por outro lado regista-se com surpresa que disciplinas como Cuidados Paliativos, não são consideradas pelos alunos como relevantes neste contexto. Estes resultados suscitam algumas reservas pela sua própria essência no cuidar, pelo que requeria um estudo mais aprofundado acerca da sua não inclusão nas mais respondidas.

É relevante observar que as disciplinas menos referidas são a Bioética, Ética e Deontologia Profissional na ESEIC no 1º ano, que sugere que não ocorre contacto com as disciplinas mas, a noção da existência das mesmas no plano curricular da licenciatura e que por enquanto não as consideraram relevantes para a sua formação Bioética e o oposto verifica-se ao chegar ao 4º ano.

Na ESES.J a análise vai no sentido de estes alunos se focarem nos conteúdos programáticos do respectivo ano e extraírem de entre eles os contributos da Bioética, quando ainda que noutros contextos de ensino são abordados. É curioso que os alunos do 4º ano das duas escolas refiram a disciplina de Cuidados Paliativos como a que menos contribuiu para a sua formação Bioética. Dada a essência daquele cuidar tão peculiar e tão humano da faceta do agir do Enfermeiro, este resultado requer uma eventual reflexão cuidada.

Uma outra questão pertinente prende-se com a importância dada aos estágios (62 respostas) e ensino clínicos (41 respostas) por ambas as escolas, o que nos encaminha para a reflexão acerca da aplicação prática da Bioética, da sua aproximação ao quotidiano do ser humano, em especial em fase de aprendizagem e aquisição de competências profissionais e pessoais que o acompanhará e formará até ao fim dos seus dias.

Os resultados coadunam-se com o preconizado na literatura recolhida que remete para a necessidade do contacto com a realidade e da precoce preparação para enfrentar os dilemas da vida profissional, abrangendo os mais variados contextos da actividade profissional. Para Martin¹³⁹, o estágio resulta num *tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho* e rematando esta perspectiva, Vasconcelos¹⁴⁰ diz-nos que “os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias”. Assim, os espaços académicos e os de trabalho encetam a responsabilidade em proporcionar aos estudantes o desenvolvimento de capacidades, de

competências para o cabal exercício da prática de Enfermagem, perspectivando que o ensino clínico *“permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o Enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho”*, na perspectiva de Matos¹⁴¹.

O ensino clínico em Enfermagem é constituído por vários espaços de formação aos quais são acometidas sérias responsabilidades e atribuídos específicos papéis ao longo do percurso do estudante, Wong e Wong¹⁴² denominam-no “coração” da educação profissional, tendo em vista *“preparar os estudantes para a aplicação de conhecimentos adquiridos previamente, nos cuidados a prestar aos utentes; adquirir habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores, necessários à socialização profissional”*.

Em consonância com os autores anteriores, Martin¹³⁹ alega que *“o ensino clínico é um meio privilegiado na formação do aluno de Enfermagem... permite ao estagiário desenvolver a sua identidade profissional, apreender o seu próprio modo de aprendizagem ou a lançar as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais”*.

Sobressai desta reflexão a noção da transversalidade da temática da Bioética em termos de formação curricular o que vai de encontro ao postulado pelo Conselho Jurisdicional de Enfermagem nas recomendações relativas ao ensino da Ética e Deontologia do curso de Enfermagem¹¹⁰.

Para além de discriminar quais as disciplinas, os alunos também foram questionados sobre a forma como as mesmas se constituiriam como mais valias.

Propusemo-nos a analisar o conteúdo categorizando as respostas auferidas pelas três dimensões que determinamos no presente estudo.

Encontrámos um conjunto limitado de subcategorias que traduzem a explicação sobre as reflexões propostas aos alunos. Sabendo que a justificação das opções de categorização só pode ser enquadrada no plano teórico, julgamos relevante a apresentação esquemática da envolvimento das mesmas que descriminamos no capítulo 3 (Tab. 3.47).

Depois do processo de categorização, encetamos uma leitura do *corpus* documental que determinou a construção das unidades de registo. Na óptica de J. Vala, citado por João Veiga²⁷, “uma unidade de registo é o segmento determinado de conteúdo, que se caracteriza colocando-o numa dada categoria”, podendo referir-se a unidades formais, como palavras, ou unidades semânticas, como temas ou unidades de informação. No que se debruça o nosso estudo, corresponde a unidades de registo de natureza semântica, pois esboçam eventos de dimensão psicológica traduzindo uma relevante componente subjectiva em cada enunciado e não linguística¹⁸¹. Socorrendo-nos de L. Bardin, “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo a teoria que serve de guia à leitura”¹⁸²

Da indagação acerca da frequência com que determinados temas surgem no discurso dos alunos de Enfermagem do 1º, 2º e 4º anos respectivamente levando em consideração a escola que frequentam, leva-nos a assumir, porém, que esta metodologia originou dificuldades na delimitação das unidades de registo, que se traduz por alguma subjectividade na interpretação das respostas às reflexões sugeridas.

Nesta reflexão somamos um total de 516 respostas, distribuídas por 410 na ESES.J e 106 na ESEIC.

Numa avaliação imediata, apuramos que a dimensão da responsabilidade e da importância da Bioética (dimensão 2 “Importância e responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem”) é a mais classificada, totalizando 303 referências, ou seja 59% das respostas dadas. A dimensão menos cotada corresponde à das práticas educativas (dimensão 3 “Práticas educativas em foco no contexto formal da licenciatura”) reunindo 79 referências, correspondendo a 15% da totalidade das citações dos alunos de ambas as escolas.

Curiosamente detectamos uma coincidência nos alunos do 4º ano das duas escolas em estudo para as dimensões 1 “Percepção em relação à temática da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem” e 3 “Práticas educativas em foco no contexto formal da licenciatura” que são valorizadas com a mesma frequência de respostas (ESES.J 37/37 e ESEIC 5/5).

Assim, as explicações dadas pelos estudantes quanto à forma como as unidades curriculares por eles consideradas, contribuem para a sua formação no domínio da Bioética aponta claramente, em consonância com o já discutido anteriormente, para a reflexão sobre casos práticos e o debate de questões/ decisões éticas/ dilemas éticos na prestação de cuidados de Enfermagem para um melhor desempenho, no contexto de estratégias activas que melhor permitem a aquisição de competências pelos alunos.

Capítulo 5. Conclusão e perspectivas futuras

*Para ser grande, sê inteiro: nada/ Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és/ No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda/ Brilha, porque alta vive.*

Ricardo Reis

Faremos uma reflexão crítica sobre os aspectos mais específicos, concretamente acerca dos resultados obtidos perante os objectivos que traçamos e teceremos algumas considerações gerais de modo a sintetizar os momentos mais relevantes no contexto do trabalho que levamos a cabo. Gostaríamos de alguma forma justificar a sua relevância no âmbito das mudanças que ocorrem actualmente no domínio da formação e aquisição de competências em geral e em Ética e Bioética no contexto da Enfermagem em particular.

Ao contextualizar a temática em estudo, procuramos uma inserção histórica da profissão de Enfermagem e interligámo-la com as raízes que definiram a Bioética até aos nossos dias, salientando o cuidado em Enfermagem como um acto verdadeiramente ético que requer aprendizagem, prática e que progride à medida que o aprendiz iniciado passa a profissional perito e se enriquece como pessoa, como ser humano que o distingue dos restantes seres.

Consideramos importante estabelecer uma estreita ligação entre a evolução histórico-temporal da formação em Enfermagem e em Bioética acompanhando o seu precoce cruzamento que em simbiose se enriqueceram e continuam a enriquecer mutuamente.

Aquilatamos da importância, do contributo da Bioética para a aquisição de competências profissionais, perspectivado pelos alunos, focando em especial o comportamento bioético como uma competência fundamental ao exercício cabal da profissão. Nesta medida, utilizamos o modelo de aquisição de competências o de Dreyfus e Dreyfus e baseando-nos na evolução gradativa de aquisição de competências definida por Benner e ousamos proceder ao mesmo exercício para o comportamento bioético como uma competência que se desenvolve, que cresce, que muda ao longo de vários estádios da formação inicial e contínua. Foi nossa intenção recorrer à realidade do nosso país, das nossas escolas, dos nossos alunos, da nossa formação para testemunhar a veracidade dos nossos pensamentos ou contestá-los, se assim se verificasse pelo recurso aos dados obtidos.

O primeiro resultado obtido a partir do presente trabalho foi o desenvolvimento de um instrumento de que permite avaliar o ensino e aprendizagem da Bioética no contexto da formação de Profissionais de saúde, perspectivado pelos alunos. Este instrumento foi construído de novo, na forma de um pré-teste, validado, apresentando elevada fiabilidade e

consistência interna. A ferramenta desenvolvida passará a estar disponível para ser utilizada pela comunidade académica para avaliar esta temática ou outra no contexto de quaisquer outros Profissionais de Saúde.

O instrumento, agora criado, foi aplicado a uma população alvo constituída por alunos de Enfermagem de duas Escolas, uma pública e outra privada, de modo a avaliar a importância atribuída ao ensino da Bioética na aquisição de competências profissionais em Enfermagem, na perspectiva dos alunos (n=565).

Os resultados globais obtidos apontam para uma grande valorização dos princípios orientadores da actividade do profissional de saúde assentando nos cinco pilares da Bioética e na necessidade de treino de casos concretos, em aulas de Bioética, de modo a facilitar, a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade. Ao que acresce a clara noção de que a formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida. Adicionalmente, na opinião dos alunos, o Enfermeiro traduz a excelência da Bioética quando procura em todo o acto profissional a excelência do exercício. Finalmente é dado grande relevo à importância do ensino da Bioética em Enfermagem para a aquisição de competências profissionais e para o exercício, conduzindo aos mais elevados níveis de satisfação dos doentes e à satisfação das reais necessidades da comunidade e exigências das organizações da saúde.

Estes resultados são indicadores da importância atribuída pelos alunos a estratégias activas de aprendizagem, à necessidade de formação prática, com discussão de casos concretos de modo dinâmico, para o exercício destas competências e para a excelência do exercício.

É ainda reforçando o conceito de aprendizagem ao longo da vida de profissionais de saúde em constante formação e aprendizagem contínua.

Por outro lado, em relação aos itens menos respondidos pelos alunos, estes realçam um forte desacordo com papel da “Bioética ser da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem”. Para os alunos a Bioética parece ser mais que uma administração individual para bem próprio ou governo próprio ou para seu benefício individual.

Na opinião dos alunos parece muito clara a noção da responsabilidade da formação e ensino a cargo dos agentes educativos através de estratégias activas e da aprendizagem ao longo da vida o que é consistente com a noção de que esta tarefa não parece competir directamente aos Ministérios da Educação e da Saúde.

Para além disso ressalta a opinião de que existirá pouca preocupação com o ensino da Bioética em Portugal e também que o pouco contacto ao longo do percurso académico com situações de dilemas éticos em que se tenha de pôr à prova os conhecimentos adquiridos em Bioética, se reflecte no nível de preparação, no que concerne ao domínio da

Bioética ministrado na licenciatura em Enfermagem, consistentemente com a valorização anteriormente referida das estratégias activas de aprendizagem e de aprendizagem ao longo da vida.

A discussão dos resultados obtidos faz sobressair a coerência entre os dados obtidos na análise global e nas diferentes dimensões e ainda a consistência entre os níveis de opinião mais cotados e aqueles que foram menos cotados.

A análise dos resultados obtidos por anos escolares apontam para uma evolução da opinião dos alunos à medida que se analisa os resultados do 1º ano ao 4º ano de escolaridade, verificando-se este comportamento globalmente em cada dimensão avaliada no presente estudo, em ambas as Escolas e quer nas questões de resposta aberta ou fechada. Esta crescente evolução no nível médio de opinião dos estudantes, poderá ser devida a vários factores, como é discutido no capítulo anterior, mas é de realçar, no entanto, que é consistente com o modelo de Dreyfus, apresentado no capítulo 1.

Os resultados distintos obtidos por Escola poderão ser devidos a diferentes factores, anteriormente elencados, mas para melhor compreensão exige um estudo mais aprofundado, que pretendemos levar a cabo em trabalhos futuros.

As disciplinas que os estudantes percepcionam como tendo claramente contribuído, directa ou indirectamente, para a sua preparação no domínio da Bioética, são na ESES as disciplinas de Bioética e de Introdução à Enfermagem e na ESEIC as disciplinas de Bioética, Desenvolvimento e Cidadania e de Deontologia Profissional.

Deste modo, as explicações dadas pelos estudantes quanto à forma como as unidades curriculares por eles consideradas, contribuem para a sua formação no domínio da Bioética aponta claramente, em consonância com o já discutido anteriormente, para a reflexão sobre casos práticos e o debate de questões/ decisões éticas/ dilemas éticos na prestação de cuidados de Enfermagem para um melhor desempenho, no contexto de estratégias activas que melhor permitem a aquisição de competências pelos alunos.

Assim, em jeito de conclusão, verificamos que existe uma clara evolução, referente aos anos de escolaridade, no sentido de um aumento do nível de opinião dos alunos que visa a valorização da importância e da responsabilidade atribuída à Bioética na aquisição de competências profissionais na área da Enfermagem, em particular no presente estudo salientamos a competência do comportamento Bioético, assim como a percepção das temáticas em foco também vai sendo progressivamente maior ao longo do percurso académico. Daí aquilatamos que os estudantes ainda que precocemente já consideram a Bioética fundamental para uma aprendizagem que os encaminhe num futuro profissional próximo, uma consciência, uma postura que lhes permita tomar decisões em perfeita liberdade e responsabilidade que só através de um comportamento Bioético é possível.

Tal fenómeno parece-nos compatível, como já referido, com o postulado por Benner no *modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus*, passando de iniciado a competente de acordo com uma permanente sedimentação de conhecimentos, que tem início com o contacto da disciplina, passando pela sua articulação teórico-prática em contextos concretos e culminando com a interiorização dos conceitos aplicando-os eficazmente em situações reais, contribuindo para uma aprendizagem congruente com a prática.

Não obstante a importância deste estudo no âmbito da reformulação curricular do ensino impulsionado pelo actual Processo de Bolonha, promotor de acalorada discussão, parece-nos pertinente a necessidade sistemática de associar equilibradamente o formador da teoria com o formador da prática no intuito de partilhar experiências e conhecimentos que permitam ao alvo desta comunhão, usufruir de um maior ganho no seu percurso de ensino e aprendizagem que se estende ao longo da vida. Parece-nos neste contexto que a relação permanente da aprendizagem teórico-prática é facilitadora de uma integração no mundo profissional mais suave e equilibrada com reduzidos sobressaltos e inevitáveis receios.

Dos planos de estudo das duas escolas de Enfermagem analisados no presente trabalho, conseguimos perceber que estes contêm elementos cruciais para uma formação e educação ética que permite na relação formador-formando uma dinâmica fomentadora de um desenvolvimento holístico de todos os intervenientes nesse processo educativo.

Fica em aberto, em jeito de perspectivas futuras, saber qual o melhor método de ensino que permita que o contributo da Bioética seja mais determinante na aquisição de competências profissionais. Fica em aberto saber qual a opinião dos profissionais do ensino e dos profissionais da prática no que concerne à importância da Bioética na sua prestação de serviços ao seu semelhante. Fica em aberto saber qual será a opinião dos alunos inquiridos no estudo levado a cabo quando forem profissionais na prática, acerca da mesma temática, utilizando o mesmo instrumento de recolha de dados....

Tanto fica em aberto que, as portas do saber nunca se poderão fechar pois, a sua abertura ao mundo em constante mutação é perene e será sempre inconstante.

Nada fica como absolutamente adquirido, mas o certo é que o nosso crescimento pessoal e profissional se engrandeceu e amadureceu com este estudo, que desejamos que ao partilhá-lo com os Outros o mesmo aconteça com eles.

Bibliografia citada

1. LAMA, D. *Ética Para um Novo Milénio*. Camarate: Círculo de Leitores. Sociedade Industrial Gráfica Lda. 2000
2. PELLEGRINO, E; THOMSMA, D. *For the Patient's Good: the Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press. 1988
3. MAYERHOFF, M. *On Caring*. U.S.A. Harper & Row, Publishers. 1971. Disponível em: <http://www.amazon.com/caring-Miton-Mayerhoff/dp/0060920246-173k>
4. GILLIGAN, C. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press. 1982
5. CURTIN, L. "The Nurse-patient relationship: Foundations, Purposes, Responsibilities and Rights", in Leah Curtin, M. Josephine Flaherty, *Nursing Ethics: Theories and Pragmatics*. Maryland: Prentice-Hall. 1982
6. GILLIGAN, C. *Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1997
7. *Apontamentos tirados nas aulas de Ciências de Enfermagem: evolução do conhecimento*, dadas pela Senhora Professora Ana Leonor, ao Curso Superior de Enfermagem de Out./96, na Escola Superior de Enfermagem. 1999
8. *Apontamentos tirados nas aulas de Fundamentos de Enfermagem dadas pela Senhora Professora Ana Guedes Lameiras*, ao Curso Superior de Enfermagem de Out./96, na Escola Superior de Enfermagem de S. João. 1996
9. BOXER, M. "Women: Historical and Cross-Cultural Perspectives", in Warren T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*. Nova Iorque: Macmillan. 1995
10. KUNG, H. *O Cristianismo*. Lisboa: Círculo de Leitores. 2002
11. ANJOS, L. *Cuidar é Amar*. Dissertação de Mestrado. 1996
12. DONAHUE, M. *Nursing: The Finest Art*. St. Louis: Mosby. 1996
13. COUTINHO, L. "Enfermagem que Futuro? Que Contributos do Passado e do Presente". *Enfermagem em Foco*. n.º 2. 1991
14. NADELSON, C.; NOTMAN, M. "Women: as Health Professionals", in Warren T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*. Nova Iorque: Macmillan. 1995
15. CHAPTAL, L. *Le livre de l'infirmière*. Paris: Masson et Cie. 1992
16. CARVALHO, M. *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociência. 1996

17. HESBEEN. *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Lisboa: Lusociência. 2000
18. HERNÁNDEZ CONESA, J. *Historia de la Enfermería: Un Análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill. 1995
19. CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento. 1993
20. COLLIÈRE, M. *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989
21. KÈROUAC; S. e col. *La Pensée Infirmière*. Laval: Éditions Études Vivantes. 1994
22. WATSON, J. "Reflections: Florence Nightingale and Enduring Legacy of Transpersonal Human Caring". *Journal of Holistic Nursing*. vol.16. nº 2. 1998
23. WATSON, J. *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing. 1988
24. WINSLOW, G. "From Loyalty to Advocacy: a New Metaphor for Nursing". *The Hastings Center Report*. vol.14. Nº 3. 1984
25. SOARES, M. *Da Blusa de Brim à Touca Branca: Contributo para a História do Ensino da Enfermagem em Portugal (1880- 1950)*. Lisboa: Educa. 1997
26. HENDERSON, V. *The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research and Education*. New York: The Macmillan Company. 1969
27. VEIGA, J. *Ética em Enfermagem: Análise, Problematização e (Re)Construção*. Lisboa: CLIMEPSI editores. 2006
28. FERNANDES, J. "A Construção do Currículo em Enfermagem: Concepções Educacionais e Pedagógicas: da Normatividade à Autonomia". *Referência*. Nº0. Coimbra: ESEAF. 1998
29. WATSON, J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: Boulder University Press. 1985
30. SMELTZER, S.; BARE, B. *Brunner/ Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. vol. I. 1994
31. NIETZSCHE, F. *A Gaia Ciência*. São Paulo. 1983. (in "Ética e Educação Médica". *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro: vol.24. Nº 1. 2000
32. KÉROUAC, S. et al. *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson S.A. 1996
33. ALLAN, J.; HALL, B. "Challenging the Focus on Technology: a Critique of the Medical Model in a Changing Health Care System". *Advances in Nursing Science*. 1988.

34. RIBEIRO, L. *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.1995.
35. RIBEIRO, L. "Valores e Desenvolvimento em Enfermagem ou de como dar Lugar à Ética". *Pensar Enfermagem*. 1998
36. NEWMAN, M. "Prevailing Paradigm in Nursing". *Nursing Outlook*.1992
37. ROGERS, M. "Creating a Climate for the Implementation of a Nursing Conceptual Framework". *Journal of Continuing Education in Nursing*. 1989
38. ROGERS, M. "Nursing Science and the Space Age". *Nursing Science. Quarterly*. 1992
39. PARSE, R. "Human Becoming: Parse's Theory of Nursing". *Nursing Science Quarterly*. 1992
40. LOURENÇO, O. "Enfermagem, Valores e Desenvolvimento: que Enfermagem, que Valores, que Desenvolvimento?". *Nursing*. Ano 9. Nº107.1997
41. COMTE-SPONVILLE, A. *O Pequeno Tratado das Grandes Virtudes*. Presença. 1995
42. OMS. "La Pratique Infirmière". *Série de Rapports Techniques*. Genève. 1996.
43. CORDEIRO, R. " Uma Visão ou Visões? Do Futuro: da Prática do Exercício e da Formação em Enfermagem". *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Nº16. 2005
44. CONSELHO DIRECTIVO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. "Workshop". *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Nº5. 2002
45. QUEIRÓS, A. "Bolonha: Oportunidade de se Reflectir sobre a Educação em Enfermagem" *Fórum Enfermagem*. 2006
46. PHANEUF, M. *Tendência Actuais da Formação em Enfermagem*. in GADBOIS, C. et al. "Gestão, Formação e Investigação em Enfermagem: Partilha de Experiências". *Colectânea de Comunicações do 6º Simpósio e 1º Fórum Internacional do Serviço de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Coimbra: Direcção do Serviço de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra. 2003
47. NÓVOA, A. *A Formação Tem de Passar por Aqui: as Histórias de Vida no Projecto PROSALUS*. Lisboa. 1998
48. SINGER, P. *Ética Prática*. Lisboa: Gradiva. 2002
49. ARISTÓTELES. "Ethique à Nicomaque". In GAUTHIER, R.; JOLIF, J-Y. *Introdução, Tradução e Comentário*. Paris: Éditions Béatrice-Nauwelaerts. 1958
50. ARANGUREN, J. *Ética*. Madrid: Editorial Revista de Ocidente.1968

51. *Apontamentos tirados nas aulas de Filosofia e Bioética* pelo Sr. Professor Silveira de Brito, ao V Mestrado em Bioética de Out./ 2004 na FMUP. 2004
52. RICOUER, P. *O Si- Mesmo como um Outro*. S. Paulo. Brasil: Papirus Editora. 1991
53. RICOUER, P. "Ethique et Morale". *Revista Portuguesa de Filosofia*. Braga: Tomo XLVI. 1990
54. REICH, W. *Encyclopedia of Bioethics*. Introdução. vol. I. 1995
55. REICH, W. "The Birth of Bioethics". *Hastings Center Report*, vol. 23. Nº6 (suplemento especial). 1993
56. SOARES, A.; PIÑEIRO, W. *Bioética e Biodireito: uma Introdução*. São Paulo: Loyola/ São Camilo. 2002.
57. POTTER, V. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall, inc. 1972
58. COMES, J. "O Actual Ensino da Ética para os Profissionais de Saúde e seus Reflexos no Quotidiano do Povo Brasileiro". Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v4/atualens.html>
59. TAVARES DE SOUSA, A. *Cursos de História da Medicina: das Origens aos Fins do Século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1996
60. SIQUEIRA, J.; EISELE, R. "O Ensino da Ética no Curso de Medicina". *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro: vol.24. nº 1. 2000
61. JONAS, H. *The Imperative of Responsibility: in Search of an Ethics for the Technological Age*. Londres: The University of Chicago Press. 1984
62. POTTER, V. "Getting to the Year 3000: Can Global Bioethics Overcome Evolution's Fatal Flaw?" *Perspectives in Biology and Medicine*. n.º 34. 1990
63. BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. *Principles of Biomedical Ethics*. New York. Oxford University Press. 1994. Tradução espanhola: *Princípios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson. 1999
64. RELATÓRIO BELMONT. "Direito à Dignidade e Código Deontológico em Medicina". *Cadernos da FML*. Lisboa: Faculdade de Medicina. Nº 9. 2001
65. SERRÃO, D.; NUNES, R. *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora. 1998
66. BARRETTO, V. *Bioética, Biodireito e Direitos Humanos*. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitosglobais/paradigmas_textos/#6
67. ENGELHARDT, Jr. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola. 1998

68. GARCIA, D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema. 1989
69. GARCIA, D. *Procedimientos de Decisión en Ética Clínica*. Madrid: Eudema. 1991
70. WITTGENSTEIN, L. *Leçons et Conversations*. Paris: Gallimard. 1971
71. SOARES, A. "Os Reflexos da Axiologia Moderna no Debate da Ética Contemporânea". *Revista Camiliana da Saúde*. Rio de Janeiro: Ano 1. Vol.1. Nº2. 2002
72. ETXEBERRIA, X. *Ética de las Profissões*. Bilbao: Desclée De Brouwer AS. 2002
73. CABRAL, R. *Temas de Ética*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa. 2000
74. FINNIS, J. *Natural Law and Natural Rights*. Oxford: Clarendon Press. 1980
75. THIEBAUT, C. *Concepciones de la Ética: Virtud*. Madrid: Editorial Trotta. 1992
76. QUEIRÓS, A. *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. 2001
77. CORTINA, A. *Dez Palavras-Chave em Bioética*. Navarra: Editorial Verbo Divino. 1994
78. VIEIRA, M. "Para uma Ética de Enfermagem". *Servir*. Lisboa: vol.41. Nº 6. 1993
79. FREINET, C. *As Técnicas de Freinet na Escola Moderna*. Lisboa: Editorial Estampa. 1975
80. FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Editora Paz e Terra. 1996
81. FIGUEIREDO, A. *Ética e Formação em Enfermagem*. Lisboa: CLIMEPSI editores. 2004
82. JONSEN, A. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press. 1998
83. CÓDIGO DE NUREMBERGA. In "Direito à Dignidade e Código Deontológico em Medicina". *Cadernos da FML*. Lisboa: Faculdade de Medicina. nº 9. 2001
84. ROTHMAN, D. "Research, Human: Historical Aspects". In REICH, W. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan Reference. 1995
85. NEVES, M. "Teorização da Bioética". In NEVES, M. (Coord.) *Comissões de Ética: das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002
86. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM. In "Direito à Dignidade e Código Deontológico em Medicina". *Cadernos da FML*. Lisboa: Faculdade de Medicina. Nº9. 2001
87. DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA I. In "Direito à Dignidade e Código Deontológico em Medicina". *Cadernos da FML*. Lisboa: Faculdade de Medicina. Nº9. 2001
88. DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA II. In. "Direito à Dignidade e Código Deontológico em Medicina". *Cadernos da FML*. Lisboa: Faculdade de Medicina. Nº 9. 2001

89. DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA V. In "Direito à Dignidade e Código Deontológico em Medicina". *Cadernos da FML*. Lisboa: Faculdade de Medicina. Nº9. 2001
90. JONAS, H. "Philosophical Reflections on Experimenting With Human Subjects". In JECKER, N.; JONSEN, A.; PEARLMAN, R. *Bioethics: An Introduction to the History, Methods and Practice*. London: Jones and Bartlett Publishers. 1997
91. MEDEIROS, M. *As Três Faces da Pedagogia*. Lisboa: Livros Horizonte. 1975
92. RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 1/2001: "Aprova, para Ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina". *Diário da República I Série A*. 2003
93. DIRECTIVA COMUNITÁRIA 2001/20/CE. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*. 2001
94. NEVES, M. *O que é a Bioética*. Cadernos de Bioética. Coimbra. 1999
95. HESSEN. Filosofia de Valores. (in *Ética e Educação Médica*". Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: Colecção Studium. vol. 24. nº 1. 2000)
96. NEVES, M. *Fundamentación Antropológica de la Bioética: Expresión de un nuevo Humanismo Contemporáneo*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1996
97. MACINTYRE, A. *After Virtud: A Study in Moral Theory*. Notre Dame (Indiana): University of Notre-Dame Rress. 1981 (Trad. Span. *Tras la virtud*. Barcelona: Editorial Crítica. 1987)
98. MACINTYRE, A. *Virtue Ethics*. New York and London: Garland Publishing, inc. 1992
99. JONSEN, A.; TOULMIN S. *The Abuse of Casuistry: a History of Moral Reasoning*. Berkeley: University Press. 1988.
100. SCHOISMANS, P. *Personalist Morals*. Leuven: University Press. 1988
101. RENAUD, M. *A Educação em Bioética: Problemas e Perspectivas*. Cadernos de Bioética. Ano XII. Nº 28. 2002
102. SALGUEIRO, N. "As Enfermarias/ Escola: Laboratórios de Enfermagem e Serviços Piloto". *Referência*. Nº 2. 1999
103. OLIVEIRA, I.; NEVES, L. "Fosso Teoria/ Prática na Formação de Enfermagem: Mito ou Realidade?". *Informar*. Nº 1.1995
104. NEGRÃO, P. et al. "A Colaboração Escola – Serviços: Descrição de uma Experiência". *Nursing*. Ano 6. Nº 68. 1993

105. HINCHLIFF, S. *Enseñanza de Enfermería Clínica*. México: Nueva Editorial Interamericana. 1982.
106. CORREIA, J. *A Escola Enquanto Organização Qualificante: Conferência Apresentada no 2º Workshop Sobre o Tema "Actores, Contextos e Práticas da Formação em Enfermagem: que Problemas?"*. Organização do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto. 1995
107. AMADOR, M. *Educação em Enfermagem: uma Análise Etnográfica de Colaboração Serviços: Escolas nos Estágios Clínicos*. São Paulo: ed. Autor. 1991.
108. KIM, S. "Putting Theory into Practice: Problems and Prospects". *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 18. Nº 10. 1994
109. WALTER, B. *Le Savoir- Infirmier : Construction, Evolution, Revolution de la Pensée Infirmière*. Paris: Lamarre- Poinat. 1989
110. CONSELHO JURISDICIONAL. "Recomendações Relativas ao Ensino da Ética e Deontologia no Curso de Enfermagem". *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Nº 23. 2006
111. CONSELHO DE ENFERMAGEM. *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. 2003
112. ESTRELA, A. et al. *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho*. vol. I. VI Colóquio Nacional de 16, 17 e 18 de Novembro de 1995. 1996.
113. HUFFSTUTLER, S. et al. "The Public Image of Nursing as Described to Baccalaureate Prenursing Students". *Journal of Professional Nursing*. vol 14. Nº1. 1998
114. DAMÁSIO, A. *Ao Encontro de Espinosa: as Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Círculo de Leitores. Tilgráfica SA. 2004
115. CONSELHO DE ENFERMAGEM. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Nº2. 2001
116. DAVIES, C. *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Open University Press. 1998
117. LOURENÇO, O. *Psicologia do Desenvolvimento Moral: Teorias, Dados e Implicações*. Coimbra: Livraria Almedina. 1992
118. CORREIA, J. «A Identidade Narrativa e o Problema da Identidade Pessoal. Tradução comentada de "L'Identité Narrative" de Paul Ricoeur». *Aquipélago/ Série Filosofia*. Nº7. 2000
119. NEVES, M. *Da Institucionalização da Bioética*. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Nº10. 2003

120. NEVES, M. "A Institucionalização da Bioética". (M. Céu Patrão Neves e Daniel Serrão) *in Comissões de Ética das bases teóricas à actividade quotidiana*. Ponta Delgada. Centro de Estudos de Bioética / Pólo dos Açores. 1996
121. BANDAM, E.; BERTRAND. *Nursing Ethics Trough the Life Span*. New Jersey: Prentice Hall. 2002
122. FRIED, C. *Right and Wrong*. Cambridge: Harvard University Press. 1978
123. COHEN, C.; SEGRE, M. "Breve Discurso Sobre Valores, Moral, Eticidade e Ética". *Bioética Simpósio: Aborto*. Vol.2. nº1. Brasília: Universidade Federal do Piani. 1994
124. OSSWALD, W. *Progresso da Ciência* in ARCHER, L. *Novos Desafios da Bioética*. 2001
125. PESSINI, L. "Bioética: das Origens Prospectando Alguns Desafios Contemporâneos". *Cadernos de Bioética*. Ano XVI. Nº37. 2005.
126. BENNER, P. *From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison- Wesley Publishing Company. 1984
127. World Health Organization (WHO) European Strategy for Nursing and Midwifery Education- Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e72922.pdf>
128. Basic Nursing and Midwifery Education Programmes in Europe- Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e86582.pdf>
129. Declaração de Munique – Disponível em:
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_4 ou
http://www.who.int/healthservicesdelivery/nursing/gagnm/who_eip_osd_2001.4enfull/annex05.htm
130. Position Statement do International Council of Nurses (ICN)- Scope of Nursing Practice- Disponível em: <http://www.icn.ch/psscope.htm>
131. PIRES, A. "As Novas Competências Profissionais". *Formar*. Nº 10. 1994
132. QUEIRÓS, A. "As Competências dos Profissionais de Enfermagem: como as Afirmar e as Desenvolver". In *Fórum de Enfermagem*. 2007
133. MÖLSÄ, A. "Formação em Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários". *Enfermagem*. Lisboa. 1996
134. COURTOIS, B. "La Formation en Situation de Travail: une Formation Expérientielle Ambiguë". *Education Permanent*. Nº. 112. 1992
135. SÁ-CHAVES, I.; ALARCÃO, I. "Supervisão de Professores e Desenvolvimento Humano: uma Perspectiva Ecológica". In: SÁ-CHAVES, I. (org.) *Formação, Conhecimento e*

Supervisão: Contributos nas Áreas da Formação de Professores e de outros Profissionais. Estudos Temáticos. Aveiro: Universidade de Aveiro. 2000

136. NUNES, L. "Que Saberes para o Novo Milénio?" In *Enfermagem em Foco*. Nº40. 2000

137. GOLEMAN, D. *Trabalhar com a Inteligência Emocional*. Mem Martins: Circulo de Leitores. 1999

138. FERNANDES, E. *Novo Estado Sócio- Industrial, Impactos no Século XXI*. Santa Maria da Feira: Edipanta. 2001

139. MARTIN, C. *Soigner pour Apprendre-Acquérir un Savoir Infirmier*. Paris: LEP. 1991.

140. VASCONCELOS, E. "Receba Bem o Estagiário". *Formar*. Nº 7. 1992

141. MATOS, E. "A Colaboração Escola- Serviços". *Nursing*. Ano 10. Nº114. 1997

142. WONG, J.; WONG, S. "Towards Effective Clinical Teaching in Nursing". *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 12. nº 4. 1987

143. ROYER-RASTOLL, P. "Pour une Nouvelle Formation par Alternance". *Soins Formation-Pédagogie- Encadrement*. 2º trimestre. Nº6. 1993

144. MILLER, A. "The Relationship Between Nursing Theory and Nursing Practice". *Journal of Advanced Nursing*. Nº 10. 1985

145. SANTOS, M. "A Investigação como um Meio para Desenvolver a Relação Docência-Exercício de Enfermagem". *Enfermagem*. Nº 5/6. 1986

146. MARQUES, M. *O Partenariado na Escola*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional. Ministério da Educação. 1996.

147. JESUS, S. "Promoção de Competências Cognitivo- Motivacionais e de Investigação nos Professores". *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Vol. XXVII. Nº 3. 1993

148. FIGUEIREDO, M. "Do Ensino à Prática". *Enfermagem em Foco*. Ano V (n.º especial). 1995

149. ESPADINHA, A; REIS, M. "A Colaboração Escola- Serviços". *Nursing*. Ano 10. Nº114 1997

150. FRANCO, J. "Orientação dos Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem: Problemáticas Específicas e Perspectivas de Actuação". *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº1. 2000

151. SPENCE, D. "The Curriculum Revolution: Can Education Reform Take Place Without a Revolution in Practice?" *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 19. Nº1. 1994

152. McCARTHY, M. *Mudanças nos Cuidados de Saúde e Formação dos Enfermeiros no Século XXI*. Luxemburgo: Comissão das Comunidades Europeias, Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem. 1987.
153. CROTTY, M. "The Changing Role of the Nurse Teacher". *Nursing Education Today*. Vol.13. Nº6.1993
154. FIGUEIREDO, M. "Enfermagem que Futuro". *Revista Sinais Vitais*. Nº20. 1998
155. MESTRINHO, M. "Teoria e Prática, uma Relação Possível". *Revista Sinais Vitais*. Nº11. 1997
156. JARVIS, P. "Theory and Practice and the Preparation of Teachers of Nurse". *Nurse Education Today*. Vol.12. Nº4. 1992
157. REBELO, M. "Os Discursos nas Práticas de Cuidados de Enfermagem: Contributo para Análise das Representações Sociais". *Revista Sinais Vitais*. Nº9. 1996
158. GUERRISH, K. "The Nurse Teachers' Role in the Practice Setting". *Nurse Education Today*. Vol. 12. Nº3. 1992
159. MENDONÇA, M. "Docentes de Enfermagem: como Articular Teoria e Prática?" *Informar*. Ano II. Nº6. 1996
160. BRITO e COSTA, M. "A Procura da Identidade". *Enfermagem*. (2ª série). Nº12. 1998
161. GONÇALVES, M. et al. "Contributos para a Articulação Ensino- Exercício: uma Abordagem Teórica". *Enfermagem em Foco*. Nº 20. 1995
162. NEVES, A.; PEDROSO, P. "A Formação em Alternância e a Participação Empresarial: Algumas Reflexões Centradas no Sistema de Aprendizagem". *Formar*. Nº10. 1994
163. MERINI, C. "Le Partenariat en Formation: Espace d' Interculturalité". In PINCOFFS, Edmund L. *Virtues*. New York and London: Garland Publishing, Inc. 1992. *Encyclopedia of Ethics*- Laurence C. Becker, editor. Charlotte B. Becker, anociate editor. Vol II – ∞ – Indix
164. CORREIA, M. "Formar para Cuidar". *Informar*. Ano II. Nº4. 1996
165. RIBEIRO, L. et al. "O Texto e o Contexto nas Tendências de Enfermagem". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.14. Nº4. 1996
166. NÓVOA, A.; FINGER, M. *O Método (Auto)Biográfico e a Formação*. Lisboa: MS/DRHS, 1988.
167. COSTA, M. "Formação Prática dos Enfermeiros". *Enfermagem*. Nº6. 1995
168. TOMÉ, C. "Formação Inicial dos Jovens em Regime de Alternância". *Revista Educação*. Nº5. 1992

169. LESNE, M. *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos: Elementos de Análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1984.
170. DREYFUS, H.; DREYFUS, Stuart, E.; BENNER, P. "Implications of the Phenomenology of Expertise for Teaching and Learning Everyday Skilful Ethical Comportment". In: BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. *Expertise in Nursing practise, Caring, Clinical Judgement and Ethics*. New York: Springer Publishing Company. 1996
171. VARELA, Francisco J. *Sobre a Competência Ética*. Lisboa: Edições 70. 1992
172. Disponível em: www.enfermeria21.com/pfw/cma/archivos/apuntos2005_2006/3r_portfoli_pernas.doc (página 86)
173. BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. *Expertise in Nursing practise, Caring, Clinical Judgement and Ethics*. New York: Springer Publishing Company. 1996
174. PHANEUF, M. *O Acompanhamento Sistemático das Clientelas: um Sistema de Prestação de Cuidados para o Ano 2000*. Coimbra: AEEEMC. 1999.
175. HAGUETTE, T. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Vozes. 1990
176. STACY, R. & SPENCER, J. "Assessing the Evidence in Qualitative Medical Education Research". *Medical Education*. 2000.
177. ALMEIDA, L. & FREIRE, T. *Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação*. Braga: APPOINT (Associação dos Psicólogos Portugueses). 2003.
178. GAGEIRO, J. N.; PESTANA, M. H. *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo Lda. 2005
179. PRUDENCIO, C.; FERRAZ, R.; FONTE, R. "Relação entre os conhecimentos adquiridos pelos alunos e as metodologias e estratégias por eles utilizadas para o estudo da Bioquímica em Ciências da Saúde". *Avances en Educación Médica: retos presentes para futuros profesionales de las ciencias de la salud*. Bilbao: Sociedade de Educación Médica de Euskadi. 2005.
180. BOELEN, C. *Actuando Unidos Para la Salud. Desafíos y Oportunidades de las Asociaciones en el Desarrollo de la Salud*. Genebra: O.M.S. 2001.
181. AMADO, J. S. "A técnica da análise de conteúdo". *Referência*. Nº5. 2000
182. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1995.

Bibliografia consultada

BENNER, P.; WRUBEL, J. *The primacy of caring, stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison- Wesley Publishing Company. 1989

BENNER, P. (editor). *Interpretative phenomenology, embodiment, caring and ethics in health and illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.1994

CABRITO, B. *Formação em alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: Educa. 1994.

CORREIA, M. *Contributos da Bioética na evolução da Ciência e da Enfermagem*. Cadernos de Bioética. Ano XVI. Nº 37. 2005

CSIKSZENTMIHALYI, M. *Novas atitudes mentais: uma psicologia para o terceiro milénio*. Círculo de Leitores. Sociedade Industrial Gráfica Lda.1998

DARRAS, E. "A investigação em Enfermagem: reflexões epistemológicas e metodológicas". *Enfermagem*. N.º 7 (2ª série). 1997

EVERS, G. "O papel futuro da Enfermagem e das enfermeiras na União Europeia". *Enfermagem*. Nº 5 (2ª série). 1997

FERRER, J.; ÁVAREZ, J. *Para fundamentar la Bioética. Teorías e paradigmas teóricos en la Bioética contemporánea*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas/ Desclée De Brouwer. 2003

GUISÁN, E. *Introducción a la ética*. Madrid: Catedra Teorema. 1995

NEVES, M. "A Bioética como expressão de um novo saber". *In comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana*. Ponta Delgada: Centro de Estudos de Bioética / Pólo dos Açores. 1996

NEVES, M. *Ética em saúde*. Cadernos de Bioética. Coimbra. Nº5. 1993

THOMPSON, I.; MELIA, K.; BOYD, K. *Nursing ethics*. Edimburgo: Churchill Livingstone. 1996

ANEXOS

ANEXO I

Pré-Teste

Questionário Indicadores Formativos (QIF)
em Bioética nas Profissões da Saúde

Indicadores Formativos em Bioética em Profissões da Saúde: Inquérito

Este inquérito apresenta várias afirmações/ situações que pretendem analisar 3 dimensões: a) percepções em relação às temáticas da Bioética, das profissões da Saúde, da Bioética nas profissões da Saúde; b) importância/ responsabilidade atribuída à Bioética nas profissões da Saúde; c) práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da licenciatura. Com esta análise pretendemos compreender a importância do ensino da Bioética na aquisição de competências profissionais nas profissões da Saúde.

É importante que responda com sinceridade, expressando as suas percepções pessoais e não da forma como julga que deveria responder. A confidencialidade das suas respostas está assegurada.

Esta investigação enquadra-se num projecto de Mestrado a realizar no âmbito da Bioética.

| Agradecemos a colaboração

Ano de escolaridade: ____ Idade: ____ Escola Superior de: _____

Género: M ____ F ____

PARTE I

INSTRUÇÃO: Assinale com uma cruz, em cada opção, o número que corresponde ao seu grau de acordo ou desacordo com a afirmação. A sua resposta pode ir de 1= **totalmente em desacordo** até 6= **totalmente em acordo**.

1. Ao longo do curso que estou a frequentar foram promovidos espaços de reflexão e debate sobre a Bioética.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
2. A Bioética nas profissões da Saúde tem evoluído ao longo dos tempos, acompanhando a história da profissão.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
3. A defesa dos doentes fundamenta toda a deontologia profissional das profissões da Saúde.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
4. O exercício profissional dos profissionais da saúde, contemplando os princípios da Bioética conduz aos mais elevados níveis de satisfação dos doentes.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
5. Na actividade dos profissionais da saúde a Bioética é crucial, no sentido de conduzir a favor do bem presumido do OUTRO.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
6. A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno das profissões da saúde.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
7. As competências em Bioética que aprendi no meu curso serão mobilizadas quando for necessário provar o que sou capaz de fazer, numa adaptação concreta a um posto de trabalho.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
8. Considero como responsável pelo ensino da Bioética o Ministério da Saúde.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max

9. Ao longo das várias unidades curriculares as competências em Bioética foram trabalhadas em termos de saberes: das técnicas , das estratégias cognitivas, dos sociais, do relacionais e dos conhecimentos de si.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
10. Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na minha licenciatura.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
11. Ao longo da minha formação académica contactei com unidades curriculares onde foram trabalhados os conteúdos relacionados com a Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
12. Como futuro profissional de saúde, considero que os conteúdos leccionados na disciplina de Bioética foram os adequados à futura prática profissional.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
13. Considero como responsável pelo ensino da Bioética o Ministério da Educação.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
14. Ao falar-se em Bioética nas profissões da saúde procura-se que os profissionais possam inserir as normas da Bioética em situações concretas.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
15. No meu país considero existir uma preocupação notória com o ensino da Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
16. A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
17. A Bioética nas profissões da saúde pode ser vista como uma reflexão sobre o agir humano, entendendo que cada um procura uma vida boa.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
18. Considero importante o ensino da Bioética na profissões da saúde para a aquisição de competências profissionais futuras.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
19. Quando se procede ao planeamento do ensino da Bioética nas profissões da saúde deve ter-se em conta a motivação do público alvo.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
20. Se o suposto da Ética é a pessoa, então a acção ética pressupõe o respeito integral pelo outro.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
21. Considero como responsável pelo ensino da Bioética nas profissões da saúde os especialistas na área da Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
22. O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
23. A Bioética nas profissões da saúde visa assegurar a competência no exercício da profissão e demarcar o carácter humano das relações entre as pessoas.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

24. Considero-me bem preparado para agir de acordo com os princípios éticos.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
25. Descurar a preparação no domínio da Bioética nas profissões da saúde pode prejudicar os serviços de saúde prestados à comunidade.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
26. Considero como responsável pelo ensino da Bioética os profissionais da saúde com formação em Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
27. É necessário orientar o ensino da Bioética para as reais necessidades da comunidade e as exigências das organizações da saúde.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
28. Para um cumprimento cabal do mandato social das profissões da saúde é indispensável a formação de competências em Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
29. A Bioética constitui-se ao longo da vida, na medida em que se torna o próprio sentido da existência.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
30. A Bioética é um conjunto de princípios sob a forma de ideia, acção ou sentimento que traduz a necessidade de preservação ou aprimoramento da espécie.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
31. No currículo formal da licenciatura, fomentar valores na consciência do (futuro) profissional de saúde é um objectivo imediato da formação Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
32. A formação Bioética oferece uma postura aprendida, estimulada, saudável e correcta na relação com o paciente, outros profissionais e sociedade em geral.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
33. Ao longo da formação académica, o ensino da Bioética visa imprimir no profissional de saúde um acento de respeito incondicional pelos direitos fundamentais.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
34. A formação Bioética promove os princípios essenciais, molda as virtudes para uma conduta profissional adequada.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
35. A Bioética impõe limites ao progresso da ciência e das descobertas notáveis, que oferece ao profissional de saúde a possibilidade de vencer os obstáculos convencionais sobre a própria natureza humana.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
36. A Bioética medeia os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
37. A Bioética vem a ser o selo de qualidade do profissional de saúde que age com escopo humanitário.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
38. O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

39. O treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
40. A preparação em contexto académico do comportamento bioético, influencia o estado de saúde da comunidade.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
41. Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
42. A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
43. O que aprendi nas aulas de Bioética é uma mais valia para o saber-ser, saber- fazer e saber- estar na minha profissão.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
44. A Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
45. Na vida profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos / de decisão Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
46. Para o exercício como profissional de saúde são fundamentais as competências no domínio da Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
47. A capacitação para as minhas funções como (futuro) profissional de saúde ficou melhorada com a frequência nas unidades curriculares de Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
48. A Bioética fortalece a compreensão do conhecimento e da prática nas profissões da saúde.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
49. As competências em Bioética são adquiridas ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada e manifestam-se em situações concretas de trabalho.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
50. A Bioética ajuda-me a sedimentar as competências essenciais ao meu (futuro) desempenho profissional.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
51. Ao longo do meu percurso académico senti que o meu comportamento ético se foi aprimorando.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
52. As profissões da saúde vêm a ser a Bioética na sua expressão de cuidado com o semelhante.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
53. A interpercepção nas relações pessoais, a preocupação e a solicitude em relação aos outros são competências fundamentais ao exercício do profissional de saúde.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
54. A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

55. A prudência, magnanimidade, justiça, coragem, equilíbrio, humildade, paciência, caridade, generosidade e integridade são virtudes fundamentais para o cabal exercício do profissional de saúde.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
56. O cenário do debate bioético é fundamentalmente íntimo, ou seja, do domínio da consciência de cada um.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
57. A área da Deontologia é a do conhecimento sobre o apropriado, o conveniente, o do dever.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
58. A Bioética preocupa-se em conseguir boas pessoas e a deontologia em garantir bons profissionais.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
59. Os profissionais da saúde traduzem a excelência da Bioética quando procuram em todo o acto profissional a excelência do exercício.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
60. O estatuto consultivo da decisão Bioética limita-a a uma legitimidade moral.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

PARTE II

Qual(is) a(s) unidade(s) curricular(es) que mais contribuiu(ram), directa ou indirectamente, para a sua preparação Bioética como futuro profissional de saúde?

Explique de que forma a(s) unidade(s) curricular(es) de _____ contribuiu(ram) para a sua formação no domínio da Bioética?

Por favor indique quais os itens neste inquérito que não foram claros e que lhe suscitaram dúvidas na resposta.

Que alterações faria neste inquérito (introduzir itens, retirar itens, reformular itens...)?

Muito Obrigada

ANEXO II

Teste

Questionário Indicadores Formativos
(QIF) em Bioética em Enfermagem

Indicadores Formativos em Bioética em Enfermagem: Inquérito

Este inquérito apresenta várias afirmações/ situações que pretendem analisar 3 dimensões: a) percepções em relação às temáticas da Bioética, da Enfermagem e da Bioética em Enfermagem; b) importância/ responsabilidade atribuída à Bioética em Enfermagem; c) práticas educativas em foco no contexto do currículo formal da Licenciatura em Enfermagem. Com esta análise pretendemos compreender a importância do ensino da Bioética na aquisição de competências profissionais em Enfermagem.

É importante que responda com sinceridade, expressando as suas percepções pessoais e não da forma como julga que deveria responder. A confidencialidade das suas respostas está assegurada.

Esta investigação enquadra-se num projecto de Mestrado a realizar no âmbito da Bioética.

| Agradecemos a colaboração

Ano de escolaridade: ____ Idade: ____ Escola Superior de Enfermagem de: _____

Género: M ____ F ____

PARTE I

INSTRUÇÃO: Assinale com uma cruz, em cada opção, o número que corresponde ao seu grau de acordo ou desacordo com a afirmação. A sua resposta pode ir de 1= **totalmente em desacordo** até 6= **totalmente em acordo**.

1. Ao longo do curso em Enfermagem foram promovidos espaços de reflexão e debate sobre a Bioética.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
2. A Bioética em Enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos, acompanhando a história da profissão.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
3. A defesa dos doentes fundamenta toda a deontologia profissional da Enfermagem.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
4. O exercício profissional dos Enfermeiros, contemplando os princípios da Bioética, conduz aos mais elevados níveis de satisfação dos doentes.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
5. Na actividade do Enfermeiro a Bioética é crucial, no sentido de conduzir a favor do bem presumido do OUTRO.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
6. A experiência profissional não satisfaz o exercício pleno da Enfermagem.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
7. As competências em Bioética que aprendi no meu percurso académico serão mobilizadas quando for necessário provar o que sou capaz de fazer, numa adaptação concreta a um posto de trabalho.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
8. Considero o Ministério da Saúde como responsável pelo ensino da Bioética.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max
9. Ao longo das várias unidades curriculares as competências em Bioética foram trabalhadas em termos de saberes: das técnicas, das estratégias cognitivas, dos sociais, dos relacionais e dos conhecimentos de si.	min ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ Max

10. Sinto-me satisfeito com o meu nível de preparação, no que concerne ao domínio da Bioética ministrado na licenciatura em Enfermagem.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
11. Ao longo da minha formação académica contactei com unidades curriculares onde foram trabalhados os conteúdos relacionados com a Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
12. Como futuro profissional de saúde considero que os conteúdos leccionados na disciplina de Bioética foram os adequados à futura prática profissional.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
13. Considero o Ministério da Educação como responsável pelo ensino da Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
14. Ao falar-se em Bioética em Enfermagem procura-se que os profissionais possam inserir as normas da Bioética em situações concretas.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
15. No meu país considero existir uma preocupação notória com o ensino da Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
16. A Bioética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para seu próprio bem.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
17. A Bioética em Enfermagem é vista como uma reflexão sobre o agir humano, entendendo que cada um procura uma vida boa.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
18. Considero importante o ensino da Bioética em Enfermagem para a aquisição de competências profissionais futuras.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
19. Quando se procede ao planeamento do ensino da Bioética em Enfermagem deve ter-se em conta a motivação do público alvo.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
20. Se o suposto da Bioética é a pessoa, então a acção Bioética pressupõe o respeito integral pelo outro.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
21. Considero os especialistas na área da Bioética como responsáveis pelo ensino da Bioética em Enfermagem.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
22. O contacto com a Bioética permite-me respeitar o próximo, protegendo a sua autonomia, dignidade, intimidade e privacidade.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
23. A Bioética em Enfermagem visa assegurar a competência no exercício da profissão e demarcar o carácter humano das relações entre as pessoas.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
24. Considero-me bem preparado para agir de acordo com os princípios éticos.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
25. Descurar a preparação no domínio da Bioética em Enfermagem pode prejudicar os serviços de saúde prestados à comunidade.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

26. Considero os profissionais de saúde com formação em Bioética como responsáveis pelo ensino da Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
27. É necessário orientar o ensino da Bioética para as reais necessidades da comunidade e exigências das organizações da saúde.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
28. Para um cumprimento cabal do mandato social da Enfermagem é indispensável a formação de competências em Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
29. A Bioética desenvolve-se ao longo da vida, na medida em que se torna o próprio sentido da existência.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
30. A Bioética é um conjunto de princípios sob a forma de ideia, acção ou sentimento que traduz a necessidade de preservação ou aprimoramento da espécie.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
31. No currículo formal da licenciatura, fomentar valores na consciência do (futuro) profissional de saúde é um objectivo imediato da formação Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
32. A formação Bioética oferece uma postura aprendida, estimulada, saudável e correcta na relação com o paciente, outros profissionais e sociedade em geral.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
33. Ao longo da formação académica, o ensino da Bioética visa imprimir no profissional de saúde um acento de respeito incondicional pelos direitos fundamentais.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
34. A formação Bioética promove os princípios essenciais, molda as virtudes para uma conduta profissional adequada.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
35. A Bioética oferece ao profissional de saúde a possibilidade de vencer os obstáculos convencionais sobre a própria natureza humana.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
36. A Bioética medeia os conflitos provocados pelas inovações entre a competência técnica e a ordem legalmente estabelecida.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
37. A Bioética vem a ser o selo de qualidade do profissional de saúde que age com escopo humanitário.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
38. O ensino da Bioética deve conduzir-se de modo dinâmico, com discussão de casos concretos e participação activa de todos os intervenientes na formação.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
39. O treino de casos concretos, em aulas de Bioética, facilita a actuação do profissional de saúde quando em contacto com a realidade.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
40. A preparação em contexto académico do comportamento bioético, influencia o estado de saúde da comunidade.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

41. Ao longo do meu percurso académico já experienciei situações de dilemas éticos em que tive de pôr à prova os meus conhecimentos adquiridos em Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
42. A formação em Bioética é um processo inacabado que se estende ao longo de toda a vida.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
43. O que aprendi nas aulas de Bioética é uma mais valia para o saber-ser, saber- fazer e saber- estar na minha profissão.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
44. A Bioética é um processo contínuo e dinâmico através do qual o indivíduo vai construindo a sua actuação profissional.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
45. Na vida profissional posso vir a ter dificuldade em lidar com dilemas bioéticos / de decisão Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
46. Para o exercício como profissional de saúde são fundamentais as competências no domínio da Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
47. A capacitação para as minhas funções como (futuro) profissional de saúde ficou melhorada com a frequência nas unidades curriculares de Bioética.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
48. A Bioética fortalece a compreensão do conhecimento e da prática em Enfermagem.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
49. As competências em Bioética são adquiridas ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada e manifestam-se em situações concretas de trabalho.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
50. A Bioética ajuda-me a sedimentar as competências essenciais ao meu (futuro) desempenho profissional.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
51. Ao longo do meu percurso académico senti que o meu comportamento ético se foi aprimorando.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
52. A Enfermagem vem a ser a Bioética na sua expressão de cuidado com o semelhante.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
53. A interpercepção nas relações pessoais, a preocupação e a solicitude em relação aos outros são competências fundamentais ao exercício do profissional de saúde.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
54. A autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça são princípios orientadores da actividade do profissional de saúde.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
55. A prudência, magnanimidade, justiça, coragem, equilíbrio, humildade, paciência, caridade, generosidade e integridade são virtudes fundamentais para o cabal exercício do profissional de saúde.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

56. O cenário do debate bioético é fundamentalmente íntimo, ou seja, do domínio da consciência de cada um.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
57. A área da Deontologia é a do conhecimento sobre o apropriado, o conveniente, o do dever.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
58. A Bioética preocupa-se em conseguir boas pessoas e a deontologia em garantir bons profissionais.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
59. O Enfermeiro traduz a excelência da Bioética quando procura em todo o acto profissional a excelência do exercício.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
60. O estatuto consultivo da decisão Bioética limita-a a uma legitimidade moral.	min Max ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

PARTE II

Qual(is) a(s) unidade(s) curricular(es) que mais contribuiu(ram), directa ou indirectamente, para a sua preparação Bioética como futuro profissional de saúde?

Explique de que forma a(s) unidade(s) curricular(es) de _____
contribuiu(ram) para a sua formação no domínio da Bioética?

Muito Obrigada

ANEXO III

Pedido de aplicação do QIF à Escola
Superior de Enfermagem de S. João

ANEXO IV

Pedido de aplicação do QIF à Escola
Superior de Enfermagem Imaculada
Conceição e respectiva autorização

ANEXO V

Plano de estudos da ESES.J
publicado em Diário da República

ANEXO VI

Plano de estudos da ESEIC
publicado em Diário da República