



BIOÉTICA

CLARA ELISA DIAS DE CARVALHO PEREIRA RIBEIRO

**APLICABILIDADE DO CONCEITO DE DIGNIDADE HUMANA
AO UNIVERSO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: A
ÓPTICA DO ENFERMEIRO**

**Trabalho de Projecto apresentado para a
obtenção do grau de Mestre em Bioética, sob
a orientação da Professora Doutora
Guilhermina Rêgo**

**IV CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2010**

AGRADECIMENTOS

À mentora desta Tese, Prof. Doutora Guilhermina Rêgo, pela competência científica que pautou a orientação prestada e pela segurança com que confiou nesta investigação, expresso o meu sincero agradecimento.

Às pessoas que constituíram a amostra desta investigação, pela boa-vontade, paciência e afincos com que participaram neste estudo. Pela empatia que criaram comigo e pelas palavras de alento que expressaram, a todas manifesto a minha gratidão.

Aos meus Pais, e ao meu irmão, por tudo! Pelo apoio incondicional, pela disponibilidade para me ouvirem, pelo afecto, por acreditarem neste projecto, por confiarem na minha capacidade agradeço-lhes profundamente.

RESUMO

Somos de parecer que existe uma ausência bastante notória de uma reflexão bioética específica no âmbito da Enfermagem em geral, e da Enfermagem no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários em particular. A Enfermagem só tem a ganhar apostando numa reflexão própria, com a sua visão específica: identificando as questões bioéticas emergentes do exercício da sua actividade profissional.

A principal questão emergente, a nosso ver, é a falta de atenção dada à Dignidade Humana dos destinatários de cuidados, com consequências para a relação terapêutica a estabelecer.

A Dignidade Humana é algo intrínseco ao Homem e que lhe corresponde precisamente pela sua condição de Pessoa. O Homem deve ser respeitado pelo que ele é, não por aquilo que ele tem. Há algo no Homem que lhe confere a sua dignidade própria, algo que provoca essa ruptura de nível na escala dos seres, nomeadamente diante dos animais. Ele é Pessoa.

Tanto a Bioética como a Enfermagem encontram o seu fundamento na defesa da Dignidade Humana. Assim sendo, importa compreender quais os contributos que a Bioética pode fornecer à prática profissional do enfermeiro, para que este restitua ou mantenha a dignidade daqueles que são os seus destinatários de cuidados.

A Bioética pretende pois conciliar o cuidado solidário e humanista (atento à valorização da Dignidade Humana de quem é cuidado) com a competência técnico-científica exigida ao Enfermeiro.

Desde o início da história da Enfermagem moderna, os parâmetros éticos constituem uma questão muito relevante para a sua prática. A vocacional foi cedendo espaço à profissional, o que conferiu importância à qualificação técnica e levou à incorporação de reflexões éticas. Atualmente, a Bioética, com as suas diferentes abordagens, agrega-

se à construção histórico-social da Enfermagem, trazendo-lhe novas perspectivas no sentido de dar conta dos desafios decorrentes da junção da Ética e da técnica.

Para conseguir-mos ter enfermeiros capazes de estabelecer relações profissionais competentes, é fundamental promover o debate e a reflexão sobre as questões (bioéticas) emergentes.

Compreendemos que a Enfermagem deve ter bem firme a coerência e conhecimento sobre as implicações éticas na busca do desenvolvimento tecnocientífico da área, envidando esforços para promover a formação e educação em Bioética.

Todo o acto de Enfermagem deverá ser pautado pelos direitos humanos, pelas liberdades fundamentais e pela Dignidade Humana.

O presente Trabalho de Projecto tem como objetivo apresentar a Bioética como uma ponte, que pode levar à interligação da técnica com a Ética, na Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários, integrando princípios éticos e competências técnicas, numa atmosfera de cuidado e responsabilização pelo outro.

ABSTRACT

We consider that exist a notorious gap of a specifically bioethical reflection in the context of Nursing in general, and in Primary Care Nursing in particular. Nursing has only to gain by choosing a reflexion of its own: identifying emergent bioethical questions, in the context of her professional activity.

The main question here is the lack of attention given to the issue of Human Dignity of those who receive care, with obvious consequences to the therapeutically relation between care givers and care receivers.

The Human Dignity is something that belongs to the human being, given to him by his condition of person. The human being must be respected by what he is, not by what he has. There is something in the human being that gives is own dignity, something that he owns (that living creatures, in general, and in animals in particular don't have): he is a Person.

Both Bioethics and Nursing are based on the defence of Human Dignity. So, is important to meet what contributes Bioethics may give to the professional practice of Nurses, in order to rescue or maintain the care receivers dignity.

Bioethics intends to conciliate solidary and humanist care (in order to the valorisation of the care receivers human dignity) with technocientificall competence of Nurses.

Since the beginning of Modern History Nursing, the ethical references arise many relevant issues to the practise.

In our days, Bioethics (with her different approaches), brings new perspectives to Nursing (by creating a bridge between Ethics and Science).

Is very important to create a new approach of emergent bioethical questions, in order to have nurses capable of create competent professional relationships.

Nurses understand that they must have both a firm sense of knowledge of ethics and technocientifical competence. They will do that if they have education and formation on Bioethics

All the nursing acts must be based on human-rights, fundamental liberties and Human Dignity.

The following presentation intends to present Bioethics as a bridge, hat can lead to create a connection of tecnicos and ethics, in the context of Primary Care Nursing (concealing ethical principlas and technical competence, in an atmosphere that includes both care and responsabilization for other).

ÍNDICE DE TABELAS

**TABELA I- PROBLEMAS ÉTICOS NAS RELAÇÕES COM A ORGANIZAÇÃO
E O SISTEMA DE SAÚDE-P 53**

SUMÁRIO

	P.
<u>INTRODUÇÃO</u>	12
<u>PARTE I</u>	
<u>ÉTICA E BIOÉTICA: UMA PERSPECTIVA FILOSÓFICA</u>	15
<u>1-ÉTICA, DEONTOLOGIA PROFISSIONAL E BIOÉTICA</u>	17
1.1-NOÇÃO DE ÉTICA	19
1.1.1-TEORIAS ÉTICAS	23
1.2-NOÇÃO DE DEONTOLOGIA PROFISSIONAL	30
1.3 NOÇÃO DE BIOÉTICA	35
<u>2-PESSOA A DIGNIDADE HUMANA</u>	39
2.1-NOÇÃO DE PESSOA	40
2.2- NOÇÃO DE DIGNIDADE HUMANA	43
<u>3-O UNIVERSO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</u>	50
3.1-A REALIDADE PORTUGUESA	54
3.2-O CASO DA ENFERMAGEM	61
<u>PARTE II</u>	
<u>ESTUDO EMPÍRICO-TRABALHO DE PROJECTO</u>	67
<u>4-METODOLOGIA</u>	68
4.1- ASPECTOS ÉTICOS	69

4.2- QUADRO DE REFERÊNCIA	70
4.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA	72
4.4 - TIPO DE ESTUDO	76
4.6- MATERIAL, MÉTODOS E PROCEDIMENTO NA RECOLHA DE DADOS	77
	??
<u>5-APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	78
<u>6-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	79
<u>7-CONCLUSÃO</u>	82
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	
<u>ANEXOS</u>	
<u>ANEXO I- QUESTIONÁRIO</u>	
<u>ANEXO II- RESENHA HISTÓRICA</u>	
<u>ANEXO III- MATRIZ RESULTANTE DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</u>	
<u>ANEXO IV DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO IDADE E SEGUNDO SEXO</u>	
QUADRO III- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO IDADE	

QUADRO IV- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO SEXO

ANEXO V -DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO TEMPO DE TRABALHO (NO TOTAL) E TEMPO DE TRABALHO (NO LOCAL ACTUAL DE TRABALHO)

QUADRO V- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO TEMPO DE TRABALHO (NO TOTAL)

QUADRO VI- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO TEMPO DE TRABALHO (NO LOCAL ACTUAL DE TRABALHO)

ANEXO VI- DIATRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL E SEGUNDO O GRAU DE RELEVÂNCIA DO CONCEITO EM ESTUDO

QUADRO VII- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO A CATEGORIA PROFISSIONAL

QUADRO VIII- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO O GRAU DE RELEVÂNCIA DO CONCEITO EM ESTUDO

ANEXO VII- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO A FREQUÊNCIA DAS SITUAÇÕES E SEGUNDO BIOÉTICA COMO CRITÉRIO ORIENTADOR DA PRÁTICA

QUADRO IX- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO A FREQUÊNCIA DAS SITUAÇÕES

**QUADRO X- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO
BIOÉTICA COMO CRITÉRIO ORIENTADOR DA PRÁTICA**

**ANEXO VIII- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO
METODOLOGIA UTILIZADA E SEGUNDO A VERTENTE PREVALECENTE
DO CONCEITO EM ESTUDO**

**QUADRO XI- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO
METODOLOGIA UTILIZADA**

**QUADRO XII- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO A
VERTENTE PREVALECENTE DO CONCEITO EM ESTUDO**

**ANEXO IX DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO OS
FACTORES QUE FACILITAM A APLICAÇÃO DO CONCEITO EM ESTUDO,
SEGUNDO OS FACTORES QUE DIFICULTAM A APLICAÇÃO DO
CONCEITO EM ESTUDO E SEGUNDO O GRAU DE RESPEITO PELO
CONCEITO EM ESTUDO NA PRÁTICA CLÍNICA**

**QUADRO XIII- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO OS
FACTORES QUE FACILITAM A APLICAÇÃO DO CONCEITO EM ESTUDO**

**QUADRO XIV- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO OS
FACTORES QUE DIFICULTAM A APLICAÇÃO DO CONCEITO EM
ESTUDO**

**QUADRO XV- DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL SEGUNDO O
GRAU DE RESPEITO PELO CONCEITO EM ESTUDO NA PRÁTICA
CLÍNICA**

INTRODUÇÃO

O século XX foi marcado por enormes progressos no domínio das Ciências da Saúde, que permitiram curar muitas doenças consideradas incuráveis e sobretudo prolongar a vida humana. Entre os avanços científicos que o permitiram destacam-se os seguintes:

- a introdução das sulfamidas e dos antibióticos que permitiram controlar as infecções;
- a substituição dos órgãos em falência (diálise, ventilação mecânica, transplantes de órgãos, etc);
- a identificação do código genético e das leis que presidem à formação da vida (inseminação artificial, engenharia genética, etc);
- o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico (radiografias, ecografias, diagnóstico pré-natal), *et coetera*.

Estes extraordinários progressos alteraram por completo a prática profissional em Saúde (que passou a contar com muitos mais agentes), assim como a própria relação do Homem com a Ciência.

O problema dos limites da Ciência e das experiências médicas, assim como os interesses nelas envolvidas, passou a estar na ordem do dia.

Em muitas áreas tornou-se cada vez mais difícil compatibilizar o progresso científico com o respeito pela vida humana e os valores culturais assumidos como estruturantes das nossas sociedades.

A Bioética é uma Ética aplicada, cujo objecto de estudo são os conflitos e controvérsias morais implicados pelas práticas no âmbito das Ciências da Vida e da Saúde.

Visa essencialmente a resolução de conflitos éticos concretos (decorrentes das interações humanas em sociedades plurais e seculares) e actua através da negociação entre agentes morais (que devem, por princípio, ser considerados cognitivamente e eticamente competentes).

A vida é caracterizada tanto pela continuidade como pela mudança e se, por um lado, devemos abordar os desafios do presente e do futuro, por outro lado, acreditamos que existem alguns aspectos (bioéticos) da vida e da condição humana que não mudam.

Na verdade, as questões sobre o sentido da vida, a dor e o sofrimento, a morte e a perda, bem como a felicidade, permanecerão, independentemente dos progressos da Ciência.

A Bioética ocupa-se do estudo destas questões, e, procura encontrar, entre todos os interesses do indivíduo, do grupo, da nação e da humanidade, o critério de justa escolha (valorizando mais recentemente o critério da auto-determinação individual, em matéria de cuidados de saúde e outros).

A Enfermagem tem como missão o Cuidar da Pessoa (doente ou não), ao longo do seu ciclo vital, em vários contextos (família, comunidade *et coetera*).

Desde sempre, a missão da Enfermagem tem sido esta. Porém, nos nossos dias, assistimos a novas particularidades:

- uma mudança dos contextos da prática profissional;
- grau maior, por parte da Pessoa que é cuidada, de exigências relacionadas com a qualidade dos cuidados;
- uma necessidade de priorizar os recursos existentes (humanos ou materiais).

Somos de parecer que a Bioética se pode constituir, tanto como matriz da prática profissional do enfermeiro em geral, como critério para aferir a Dignidade Humana dos seus destinatários de cuidados, sejam eles doentes ou não.

Tanto a Bioética como a Enfermagem encontram o seu fundamento na defesa da Dignidade Humana. Assim sendo, importa compreender quais os contributos que a Bioética pode fornecer à prática profissional do enfermeiro, para que este restitua ou mantenha a dignidade daqueles que são os seus destinatários de cuidados.

O enfermeiro, enquanto ser ético, deverá ser capaz de reflectir sobre si, bem como sobre o mundo que o rodeia, e agir em conformidade com tal reflexão (criando para si próprio a lei moral, do ponto de vista pessoal e do ponto de vista profissional).

Este procurará fundamentar o agir no respectivo código deontológico, mas não somente nele. Terá de cultivar um espírito reflexivo apurado, para responder aos dilemas da prática (necessariamente plural, de acordo com a pluralidade dos seus sujeitos).

O presente trabalho tem como objectivo geral identificar a relação existente entre a prática profissional de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários e a respectiva aplicabilidade do conceito de Dignidade Humana.

Encontra-se organizado em duas partes:

-na primeira parte, intitulada *Ética e Bioética: Uma Perspectiva Filosófica* serão abordados os aspectos relativos à *Ética e Deontologia Profissional*, bem como será realizada uma reflexão bioética sobre o universo da prestação de Cuidados de Saúde Primários.

-na segunda parte irá ser apresentado e discutido o estudo efectuado.

PARTE I

ÉTICA E BIOÉTICA: UMA PERSPECTIVA FILOSÓFICA

Ao enfermeiro, enquanto pessoa e enquanto profissional, sempre o acompanham dúvidas na maneira de agir para consigo e com os seus utentes. Não existem verdades absolutas no mundo da prestação de cuidados de saúde, sendo que este está sempre em mudança, quer devido à alteração do tipo de cuidados a prestar, quer devido à alteração dos recursos materiais e humanos para tal.

Existe no citado universo uma diversidade de opiniões acerca do que é prioritário fazer-se em matéria de prestação de cuidados, bem como uma diversidade de necessidades, nem sempre expressas ou nem sempre reias pelos utilizadores de cuidados.

Parece-nos mesmo, no estado actual da prática profissional diária em contexto da prestação de cuidados de saúde, esta é mais influenciada pela autonomia e vontade do utente do que pela beneficência do profissional, sendo que nem sempre o utente está verdadeiramente consciente daquilo que necessita em matéria de cuidados, fruto talvez das distorções culturais quanto ao papel dos técnicos ou da sua ansiedade ou incerteza quanto ao rumo do processo de saúde/doença.

Os problemas de natureza ética acompanharam desde sempre a prática profissional do enfermeiro. Este procura desenvolver o seu trabalho pela ajuda ao outro, na sua circunstância.

Ora a circunstância de prestação de cuidados corresponde precisamente à diversidade de situações que o enfermeiro encontra, quer em matéria de dependência dos seus destinatários de cuidados, quer em aceitação dos cuidados prestados aos mesmos, sendo que estes podem considerar os cuidados relevantes ou não.

Actualmente, a Pessoa alvo de cuidados de Enfermagem, é confirmada na sua importância e dignidade de ser humano, dado que, hoje, prestar cuidados de Enfermagem é ser-se empático com a Pessoa na sua experiência de saúde/doença, de acordo com a perspectiva desta.

Actualmente, a Pessoa alvo de cuidados exige-nos a prestação de cuidados em contextos de maior proximidade, seja em Centro de Saúde, no domicílio, ou noutros locais da comunidade á qual pertence (escola ou local de trabalho, por exemplo); tal proximidade implicará necessariamente um maior envolvimento na dimensão real dos seus problemas.

Torna-se necessário, para uma maior compreensão do tema em estudo, descrever os principais conceitos nele envolvidos, a saber: Ética e Bioética, demonstrando a importância de ambas no agir profissional.

Da Bioética faz parte a Ética médica, porém a Bioética não se limita a esta.

A Ética médica ocupa-se essencialmente da relação médico/doente, enquanto que a Bioética se ocupa de:

problemas ligados a todas as profissões de saúde;

problemas sociais;

problemas relativos à vida de outros seres vivos para além dos humanos

problemas relativos à investigação em saúde, quer esta influencie a terapêutica ou não.

Em face do exposto, facilmente se compreende a necessidade de reflectir sobre estes conceitos; tal reflexão será feita no capítulo a seguir.

1-ÉTICA, DEONTOLOGIA PROFISSIONAL E BIOÉTICA

Neste capítulo serão lembradas as noções de Ética e de Deontologia Profissional, nelas englobando as teorias éticas e o caso particular da Enfermagem.

A fim de viabilizar a convivência, a sociedade e/ou os grupos têm traçado, ao longo da história da humanidade, diferentes balizamentos. A Ética é um deles.

A palavra Ética, do grego *éthos*, refere-se aos costumes, à conduta de vida e às regras de comportamento. Circunscreve-se ao agir humano, aos comportamentos quotidianos e às opções existenciais.

Consideramos que os princípios éticos subjacentes a uma prática profissional de qualidade em contexto da Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários devem provir do respectivo código deontológico, mas não exclusivamente deste.

Os códigos deontológicos são bem-vindos quando incluem normas morais defensáveis, mas em alguns casos, pela simplificação exagerada das exigências morais podem desmascarar a compreensão dos profissionais, levando-os a supor que apenas o cumprimento de todas as regras do código será suficiente para os eximirem das suas obrigações morais.

Uma cultura profissional comum é aquilo que define um conjunto de pessoas como membros de um grupo que tem em comum a mesma profissão. Torna-se necessário reforçar a cultura profissional, na medida em que só com uma cultura profissional sólida se consegue obter maturidade e reconhecimento social da profissão.

Existem várias maneiras de organizar a cultura profissional. Pensamos que a mais rentável seria a de adoptar a Bioética como matriz para a elaboração da mesma, na medida em que aquela fornece contributos para uma gestão responsável da pessoa humana, num mundo em que os progressos técnicos permitem uma intervenção cada

vez maior no biológico, surgindo como uma nova expressão do Humanismo, que é tão caro à Enfermagem.

Esperamos que esta breve revisão das noções acima citadas contribua para uma real sustentação e contextualização do tema em estudo.

1.1-NOÇÃO DE ÉTICA

A Ética visa a reflexão sobre o agir, promovendo uma maior expressão da noção de cultura, mediante o debate necessariamente plural na sociedade.

Considere-se a este respeito a afirmação de Machado (1998)¹:

“ (...) a Ética é um domínio puramente reflexivo do conhecimento que se desenvolve (se realiza e se aprofunda) pelo debate sumamente plural: plural, pelas ciências, tecnologias e quotidianos que o desencadeiam, plural, pelas diversas mundividências que o estimulam, alimentam e vivificam. O objectivo de um tal debate é compreender –mais modestamente, tentar compreender- o que é bem e o que é mal no comportamento humano: o que, no agir de cada um para consigo e para com os outros (e o “cada um” é também cada instituição e o Estado), respeita ou viola a dignidade da Pessoa, estimula ou prejudica o seu desenvolvimento.”

O debate ético contemporâneo vai ter de se debruçar sobre os fundamentos das normas existentes nos códigos deontológicos, tal como nos revelam Nunes e Serrão (1998)²:

“É bem evidente que, para intervir neste debate e ajudar na busca das melhores decisões, não bastam, hoje, as antigas normas dos códigos deontológicos; é preciso avançar para a reflexão plural e interdisciplinar sobre os fundamentos éticos das normas codificadas.”

Podemos dizer que a Ética também engloba:

- o conjunto de valores morais e princípios que norteiam a conduta humana na sociedade;
- conjunto de regras de comportamento próprias de uma cultura;
- o conjunto de normas de comportamento e formas de vida através dos quais o Homem tende a realizar o valor do bem;
- a ciência do comportamento moral dos Homens em sociedade.

O nascimento desta disciplina na Grécia teve como exponentes Sócrates, Platão e Aristóteles, que consideravam que o Homem decide soberanamente, de acordo com o seu critério pessoal, todas as questões de conhecimento ou de comportamento.

¹ MACHADO, J. P. . Ética em Cuidados de Saúde.Porto. Porto Editora, 1998, p. 7

² NUNES, R E SERRÃO, D. Ética em Cuidados de Saúde.Porto. Porto Editora, 1998, p. 9

Ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Ou seja, é a ciência de uma forma específica de comportamento humano, que visa definir uma classificação de valores gerais e dos meios práticos para assegurar a saúde e a felicidade das pessoas.

A nossa definição sublinha, em primeiro lugar, o carácter científico desta disciplina. Isto é, corresponde à necessidade de uma abordagem científica dos problemas morais. De acordo com esta abordagem, a Ética ocupa-se de um objecto de estudo próprio: uma parte da realidade humana à qual chamamos moral, constituída pelos actos humanos conscientes e voluntários dos indivíduos que afectam outros indivíduos, outros seres vivos, ou os ecossistemas.

Como ciência, a Ética visa a objectividade e a previsibilidade do comportamento moral, proporcionando conhecimentos sistemáticos, metódicos e no limite, comprováveis sobre o seu objecto de estudo.

*Engelhardt*³ (1998) refere a este respeito que :

“existem inúmeras ambiguidades na própria raiz da ética. Não encontramos um sentido de ética, mas toda uma família deles. Para responder a questões de aspecto moral, é preciso primeiro ter certeza do significado da moralidade e sobre o tipo de moralidade que está em jogo. É necessário considerar a ética como uma explicação do modo como os agentes devem intervir para serem dignos de elogios e não de críticas. Em tais explicações, os agentes morais estarão no centro do palco, porque não são apenas eles que podem ser sujeitos da justificada crítica ou elogio. Ou seria a ética uma explicação de como maximizar a felicidade ou a satisfação ?(...)

A palavra ética é ambígua em si mesma. Primeiro, como sugere sua etimologia, pode significar o que é costumeiro. Como aquilo que é habitual para as pessoas, a ética é semelhante em significado à raiz da palavra *moral*, *mo* (plural *mores*), os costumes de um povo. Na ética médica, esses sentidos são encontrados em muitas obras do médico grego Hipócrates. Nesses casos, estamos tratando com valores e expectativas morais considerados certos, que constituem o carácter do dia-a-dia da prática da medicina. É em termos da ética como *ethos* que muitos vivem a maior parte da sua vida(...)

³ ENGELHARDT, H.T., JR. Fundamentos Da Bioética. São Paulo: Loyola, 1998, p. 52-56

A ética também é usada para identificar as regras de comportamento usadas por grupos profissionais: advogados, contadores, médicos e enfermeiros, por exemplo.”

A Ética visa a reflexão sobre o agir, promovendo uma maior expressão da noção de cultura, mediante o debate necessariamente plural na sociedade.

Podemos dizer que a Ética também engloba:

- o conjunto de valores morais e princípios que norteiam a conduta humana na sociedade;
- conjunto de regras de comportamento próprias de uma cultura;
- o conjunto de normas de comportamento e formas de vida através dos quais o Homem tende a realizar o valor do bem;
- a ciência do comportamento moral dos Homens em sociedade (ciência de uma forma específica de comportamento humano, que visa definir uma classificação de valores gerais e dos meios práticos para assegurar a saúde e a felicidade das pessoas).

A nossa definição sublinha, em primeiro lugar, o carácter científico desta disciplina. Isto é, corresponde à necessidade de uma abordagem científica dos problemas morais. De acordo com esta abordagem, a Ética ocupa-se de um objecto de estudo próprio: uma parte da realidade humana à qual chamamos moral, constituída pelos actos humanos conscientes e voluntários dos indivíduos que afectam outros indivíduos, outros seres vivos, ou os ecossistemas.

Como ciência, a Ética visa a objectividade e a previsibilidade do comportamento moral, proporcionando conhecimentos sistemáticos, metódicos e no limite, comprováveis sobre o seu objecto de estudo.

*Engelhardt*⁴(1998) refere a este respeito que :

⁴ Idem

“existem inúmeras ambiguidades na própria raiz da ética. Não encontramos um sentido de ética, mas toda uma família deles. Para responder a questões de aspecto moral, é preciso primeiro ter certeza do significado da moralidade e sobre o tipo de moralidade que está em jogo. É necessário considerar a ética como uma explicação do modo como os agentes devem intervir para serem dignos de elogios e não de críticas. Em tais explicações, os agentes morais estarão no centro do palco, porque não são apenas eles que podem ser sujeitos da justificada crítica ou elogio. Ou seria a ética uma explicação de como maximizar a felicidade ou a satisfação ?(...)

A palavra ética é ambígua em si mesma. Primeiro, como sugere sua etimologia, pode significar o que é costumeiro. Como aquilo que é habitual para as pessoas, a ética é semelhante em significado à raiz da palavra *moral*, *mos* (plural *mores*), os costumes de um povo. Na ética médica, esses sentidos são encontrados em muitas obras do médico grego Hipócrates. Nesses casos, estamos tratando com valores e expectativas morais considerados certos, que constituem o carácter do dia-a-dia da prática da medicina. É em termos da ética como ethos que muitos vivem a maior parte da sua vida(...)

A ética também é usada para identificar as regras de comportamento usadas por grupos profissionais: advogados, contadores, médicos e enfermeiros, por exemplo.”

A Ética Médica assenta em 4 grandes princípios:

- o princípio do respeito pela autonomia do paciente, que deve ser encarado como uma pessoa responsável, mesmo quando se denota o enfraquecimento das suas capacidades;
- o princípio do benefício ou beneficência, segundo o qual o prestador de cuidados deve servir o melhor possível os interesses do paciente;
- o princípio de não prejudicar, isto é, de não empreender nada que seja contrário ao bem do paciente. Destes dois princípios decorre a avaliação risco - benefício;
- o princípio da justiça, que torna obrigatório que se reconheçam as necessidades de outrem sem distinção de idade, raça, classe ou religião.

A Ética possui várias teorias, que serão descritas a seguir.

1.1.1-TEORIAS ÉTICAS

Uma teoria corresponde a uma visão particular da realidade em estudo. Sendo o universo ético plural, necessariamente as teorias éticas seriam de vários tipos.

Uma das classificações das teorias éticas é que irá ser descrita a seguir.

Nunes (2004)⁵ considera que:

“As teorias éticas dividem-se fundamentalmente em dois tipos diferentes: as teorias éticas baseadas sobre a finalidade e as teorias éticas baseadas no dever. Às primeiras convém o termo de “teleológicas”; *telos* em grego significa “fim” e a teoria do fim será a teleológica. As teorias baseadas no dever costumam receber, no quadro da ética, a denominação “deontológico”.

Thompson (et alii) (2004)⁶ dividem as teorias éticas em três grandes grupos:

“-teorias éticas deontológicas (...),
-teorias éticas pragmáticas (...);
-teorias éticas teleológicas (...).”

Dentro das teorias éticas deontológicas, que enfatizam os princípios, direitos e deveres;

Thompson (et alii) (2004)⁷ apresentam três tipos:

“as teorias da autoridade divina (...);
a teoria da lei natural (...);
as teorias baseadas nos deveres ou nos direitos(...).”

As teorias da autoridade divina, procuram, segundo as teorias éticas deontológicas enfatizam os princípios, direitos e deveres;

Thompson (et alii) (2004)⁸ fundamentar a autoridade divina:

“em algo mais do que um capricho pessoal ou em ordens arbitrárias de reis ou tiranos”, defendendo assim uma explicação divina para o agir ético.

⁵ NUNES, C. B. . A Ética Empresarial e os Fundos Socialmente Responsáveis. 1ª edição. Vida Económica, 2004, p.40

⁶ THOMPSON, Ian (et alii). Ética Em Enfermagem. (4ª edição).Loures: Lusociência, 2000, p.342-350

⁷ Idem, p. 342-343

⁸ Idem, p. 342-343

Para *Thompson (et alii)* (2004)⁹ a teoria da lei natural defende que :

“a lei moral é, em certo sentido, parte integrante da constituição das coisas. Tal como as leis da física governam o funcionamento do mundo natural e constituem a base da ordem no universo, a ordem moral é fundamental nas leis inerentes à natureza humana.”

Dentro das teorias éticas pragmáticas, que sublinham a importância dos meios e dos métodos, *Thompson (et alii)* (2004)¹⁰ apresentam 3 tipos:

-“a ética da virtude(...);
-a ética da prudência ou da casuística(...);
-a ética do amor-dedicação ou uma ética do cuidar(...).”

A ética de virtude, para *Thompson (et alii)* (2004)¹¹

“realça que a qualidade da acção produzida é afectada pela integridade e competência do agente moral, o que significa que, se o agente é corrupto, é provável que a acção seja corrupta; se o agente é incompetente, tanto em sentido prático como moral, é provável que a acção não seja de forma alguma satisfatória(...) se nos faltarem as virtudes intelectuais ou morais básicas, a qualidade da nossa acção será, muito provavelmente, comprometida”

A ética da prudência ou da casuística, para *Thompson (et alii)* (2004)¹², visa:

“a resolução dos problemas éticos, dada a sua realidade particular e concreta, não é possível fazer-se por dedução nem aplicando directamente os princípios universais às situações. O processo de resolução dos problemas éticos é complexo, tanto do p experiencial adquirido através da repetição de casos semelhantes do ponto de vista lógico como do ponto de vista prático, pelo facto de requerer aptidão, conhecimento e experiência (...) as decisões estão sempre relacionadas com as pessoas que lidam com as situações específicas. Além disso, como nenhuma situação é exactamente igual a outra, a capacidade de distinção e de discernimento é absolutamente necessária para que se tomem as decisões adequadas.(...).”

Beauchamp e Childress (1994) citados por *Thompson (et alii)* (2004)¹³, entendem a este respeito que:

“na base de uma atitude crítica, mais do que procurar a verificação dos seus princípios morais, deve o casuísta questionar o valor dos mesmos e reavaliá-los

⁹ Idem, p 343-346

¹⁰ Idem, p.350-368

¹¹ Idem, p.350-351

¹² Idem, p.353-357

¹³ Idem, p.353-357

na sequência do conhecimento experiencial adquirido através da repetição de casos semelhantes”.

Dentro das teorias éticas teleológicas, que valorizam os fins, metas e consequências, *Thompson (et alii)* (2004)¹⁴, enumeram dois tipos:

“-eudemonismo teleológico(...);
-hedonismo ético e psicológico(...).”

No eudemonismo teleológico, *Thompson et (et alii)* (2004)¹⁵, consideram que:

“Aristóteles(...), cuja ética é descrita como uma forma de eudemonismo teleológico-“teleológico” devido á sua crença num *télos* inato ou propósito intrínseco aos seres humanos; e “eudemonista” porque ele considerava que a motivação suprema da vida humana era a busca da felicidade e do bem-estar”

No hedonismo ético e psicológico, *Thompson (et alii)* (2004)¹⁶, englobam :

“as teorias que defendem que, ao fazermos as nossas escolhas morais, procuramos o prazer e evitamos a dor (...)”

Jeremy Benthan, citado por *Thompson (et alii)* (2004)¹⁷, complementam esta afirmação do seguinte modo:

“A natureza pôs a humanidade sob a governação de dois grandes senhores, a dor e o prazer, cabendo-lhes somente dizer o que devemos fazer assim como determinar o que vamos fazer. O modelo do que é certo ou errado, de um lado e a cadeia causa/efeito, do outro, estão presos ao trono desses senhores.”

A Ética pode ser considerada como o tratado do dever, ou o conjunto de deveres , princípios ou normas adaptadas com um fim determinado (regular ou orientar determinado grupo de indivíduos no âmbito de uma actividade laboral, para o exercício de uma profissão).

A par desta ideia de tratado, associado à regulamentação de uma profissão está implícito uma certa Ética, aquilo a que posteriormente viria a ser entendido como a ciência do comportamento moral dos homens em sociedade.

¹⁴ Idem, p. 361-368

¹⁵ Idem, p. 361-368

¹⁶ Idem, p. 361-368

¹⁷ Idem, p. 361-369

A Ética elabora os princípios morais, subjacentes a todo o comportamento humano em sociedade, e a Deontologia constitui-se como dimensão ética de uma profissão ou de uma actividade profissional.

A profissão tem como finalidade o bem comum e o interesse público, e tem uma dimensão social, de serviço à comunidade, que se antecipa à dimensão individual (na forma de benefício particular que se retira dela).

Torna-se necessário entender o conjunto de deveres exigidos aos profissionais, uma Ética de obrigações para consigo próprio, com os outros e com a comunidade.

Parece-nos evidente que todas as profissões implicam uma Ética, pois todas se relacionam directa ou indirectamente com os outros seres humanos.

Para *Moore* (1903), citado por *Solomon* (1995), citado por *Ricou* (2004)¹⁸ outra classificação possível para as teorias éticas :

“baseia-se em três questões centrais. Quais são as coisas boas; quais são as categorias de coisas boas; e qual o significado de bom. A resposta à primeira pergunta seria dada pela ética casuística, a segunda pela normativa e, finalmente, a terceira pela metaética ou ética analítica”

Dentro das teoria ética normativa podemos encontrar várias dimensões, conforme nos diz *Ricou* (2004)¹⁹.

“Serão então estas as três dimensões da ética normativa, no sentido em que, se esta pretende guiar a acção humana deverá apoiar-se numa ou em todas elas. Temos, pois, que as teorias da virtude se centram nas qualidades do agente, as teorias deontológicas se debruçam nas normas que regem as acções, enquanto as teorias consequencialistas se preocupam com as possíveis consequências dessas mesmas acções.”

Sendo a Enfermagem uma área do saber de marcada influência humanista, importa aqui desenvolver um pouco mais as teorias éticas que colocam o ênfase na pessoa, como

¹⁸ RICOU, M. Ética e Psicologia: uma prática integrada. Gráfica de Coimbra, 2004, p.45-46

¹⁹ Idem, p.47

responsável pelos seus comportamentos, como por exemplo as teorias éticas baseadas na virtude. As teorias éticas baseadas na virtude procuram explicar o conjunto de características que um indivíduo deverá possuir ou demonstrar para que o seu comportamento seja considerado ético. O indivíduo determina a sua linha de acção de acordo com aquilo que é esperado dele e do seu estatuto; perante determinado conflito, este indivíduo irá escolher o caminho que lhe possibilite o maior número de características consideradas morais pela sociedade. Assim, a acção baseia-se naquilo que o agente observa como virtuoso. Saliente-se, a este propósito a afirmação de Ricou (2004)²⁰:

“As teorias éticas baseadas na virtude consideram que o papel central da definição do bom e do mau está centrado na pessoa como agente promotor dos seus comportamentos (...) as virtudes na ética serão as características que alguém deve possuir para conseguir levar a cabo uma tarefa de uma forma positiva, boa (...)”

A preocupação com a questão das virtudes é uma questão que desde sempre acompanhou a nossa tradição cultural, de marcada influência helénica. Recorde-se, a este propósito a afirmação de *Frattallone* (2001), citado por Ricou (2004)²¹

“Foi já na Antiga Grécia que foram definidas aquelas que se tornaram conhecidas pelas quatro virtudes cardeais, a saber: a justiça, a prudência, a fortaleza e a temperança”

Ricou (2004)²² complementa esta afirmação, definindo cada uma das quatro virtudes acima citadas, ao afirmar que:

“A justiça contém a medida de proporcionalidade, sendo que a sua completa realização corresponde ao bem comum, dado que a sua própria definição terá que incluir os outros, pois se vivêssemos sozinhos a questão da justiça não se colocava. (...)”

A prudência diz respeito ao agir em si, uma vez que, para o fazermos, devemos reflectir, decidir racionalmente para escolhermos a opção mais válida (...) devemos pois agir prudentemente através do reconhecimento da realidade, agindo de uma forma informada (...)

²⁰ Idem, p. 47

²¹ Idem, p. 48

²² Idem, p. 48

A fortaleza assume-se como uma (...) virtude no sentido de levar o homem a enfrentar o perigo sem se deixar levar pela cobardia ou, em sentido contrário, por actuações temerárias. (...)

A temperança, como (...) virtude, tem como fundamento básico a questão do equilíbrio. Nenhuma das outras três virtudes o seria se fosse empregue de uma forma desequilibrada. A temperança revela-se então fundamental para equilibrar os nossos comportamentos, proporcionando todas as virtudes.”

Ao contrário dos kantianos e dos utilitaristas, que se concentram tipicamente na rectidão ou não de acções particulares, os teóricos da virtude concentram-se no carácter e estão interessados na vida da pessoa como um todo. A questão central para os teóricos da virtude é «Como devo viver?”. A resposta por eles dada a esta questão é: cultive as virtudes. Só cultivando as virtudes poderemos prosperar como seres humanos.

Mas o que é uma virtude? É: uma tendência para agir de certa maneira e desejar e sentir certas coisas em certas situações. Uma virtude não é um hábito irreflectido; ao invés, implica um juízo inteligente sobre a resposta apropriada à situação em que nos encontramos.

Estas teorias “consideram que o papel central da definição do bom e do mau está centrado na pessoa como agente promotor dos seus comportamentos”²³.

Thompson e Boyd, M (2000)²⁴ afirmam que a ética da virtude é uma:

“ teoria ética cujo foco inside na posse, por parte do agente moral, de qualidades morais sólidas, necessárias a um comportamento ético consistente. Esta teoria rejeita a dicotomia aparente entre teorias deontológicas(baseadas no dever) e utilitaristas(consequencialistas), em favor da ênfase no agente, que deve ter a responsabilidade principal de implementar os princípios”. Surgem, em face deste enunciado, algumas questões:

- .exactamente de que princípios estamos a falar?
- .aonde é que está o “padrão” que nos permite inferir da solidez da moral?
- .consistente será equivalente de congruente?
- .e o conflito diário e desgastante entre agentes?

²³RICOU, M. *Ética e Psicologia: uma prática integrada*. Gráfica de Coimbra, 2004, p. xx

²⁴THOMPSON, *Ian(et alii)*. *-Ética Em Enfermagem*. (4ª edição).Loures: Lusociência, 2000, p. 432

.não será que este excessiva ênfase na responsabilidade do agente vai colidir com a autonomia do sujeito da “ relação de agência imperfeita” ?
.o grupo profissional aonde o agente está inserido não deverá ter algo a dizer?

Para Ricou :²⁵“ as teorias éticas baseadas na virtude consideram que o papel central da definição do bom e do mau está centrado na pessoa como agente promotor dos seus comportamentos ” ..

²⁵: RICOU, M. Ética e Psicologia: Uma Prática Integrada. Coimbra Gráfica de Coimbra, 2004, p. 47

1.2-NOÇÃO DE DEONTOLOGIA PROFISSIONAL

Por Deontologia entendemos uma ética profissional das obrigações práticas, baseada na livre acção da Pessoa e no seu carácter moral.

Trata-se duma disciplina normativa, mas também descritiva e empírica que tem como finalidade a determinação dos deveres que devem ser cumpridos em determinadas circunstâncias sociais, dentro de uma determinada profissão.

Em Enfermagem, o agir profissional, responsável e ético, terá que conciliar o que está enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro com a diversidade cultural dos enfermeiros e com a dos sujeitos receptores de cuidados. Assim sendo, torna-se necessário mobilizar saberes e adquirir competências, no sentido de padronizar a actuação profissional dos enfermeiros numa mesma organização, a fim de reduzir a incerteza e de garantir aos seus utentes cuidados humanos e humanizadores.

No contexto dos cuidados de saúde, os princípios normativos da Ética decorrerão necessariamente do princípio do respeito pelas pessoas. Estas têm direitos humanos básicos como o direito à verdade, o direito à privacidade, o direito a receber ou a recusar cuidados e ainda o direito a serem cuidadas por outro profissional, no limite dos recursos disponíveis.

A tomada de decisão ética é um processo que requer bastante prática. Trata-se dum processo destinado a resolver problemas específicos, que envolvem o profissional e outras pessoas, num determinado contexto (é necessário lembrar que a subjectividade de cada Pessoa também conta no processo de tomada de decisão ética).

Neste sentido, a deontologia indica o conjunto de deveres inerentes ao exercício de uma profissão, isto é, conforma o conjunto codificado das obrigações impostas ao exercício profissional. Define como alguém se deve comportar na qualidade de membro de um

corpo sócio-profissional determinado, apontando os comportamentos oportunos ou os que devem ser evitados a fim de que a imagem social da profissão seja favorecida ou, ao menos, não se veja ofuscada ou prejudicada. Fica claro, então, que a deontologia não pretende guiar a consciência ética individual dos que conformam uma categoria profissional, residindo sua preocupação na justeza da acção, considerando a profissão, a sociedade e a relação entre ambas.

Convém lembrar que a adopção de um código não supre a responsabilidade da decisão pessoal, pois a noção de Ética não se resume a uma obrigação por efeito de coacção externa, mas supõe o livre consentimento e a adesão espontânea do indivíduo. O sujeito ético não é o que se submete a regras simplesmente por obrigação ou temor à determinada punição, mas sim porque nelas acredita e está convencido de seu valor e de sua legitimidade. Daí a essencialidade do conteúdo dos códigos ser aceite pelos integrantes de uma categoria profissional. Na verdade, os autores destes códigos deveriam ser os próprios profissionais que refletem e analisam, de maneira crítica, a prática quotidiana do exercício da sua profissão.

Na saúde, a ética profissional encontra-se ligada à deontologia pelo seu carácter ético-jurídico e administrativo, mas não só. Também está ligada também à acção no âmbito do relacionamento inter-pessoal entre profissionais de saúde e cidadãos envolvendo e responsabilizando todos os intervenientes

Torna-se necessário reflectir mais pormenorizadamente sobre os aspectos deontológicos relativos à Enfermagem.

Em Enfermagem, o agir profissional, responsável e ético, terá que conciliar o que está enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro com a diversidade cultural dos enfermeiros e com a dos sujeitos receptores de cuidados. Assim, torna-se necessário mobilizar saberes e adquirir competências, no sentido de padronizar a actuação profissional dos enfermeiros numa mesma organização, a fim de reduzir a incerteza,

garantindo aos destinatários de cuidados cuidados de enfermagem humanos e humanizadores.

A natureza da interacção entre o enfermeiro e o utente é complexa, por isso, a tomada de decisão moral em Enfermagem deve incluir:

- a necessidade de ser sensível ao encontro pessoal inicial;
- o considerar das opções disponíveis;
- a atenção ao contexto social e familiar do utente (este último aspecto é particularmente importante no contexto dos Cuidados de Saúde Primários).

A relação profissional Enfermeiro /utente e família deve fundamentar-se:

- na solidariedade ontológica entre seres humanos;
- no respeito pela dignidade intrínseca de cada pessoa;
- na defesa do seu melhor interesse e no respeito pelas “normas da boa prática”, respeitando assim o princípio da beneficência;
- num nível de excelência, a fim de permitir uma correcta afectação de recursos;
- no respeito pela autodeterminação individual e de cuidados de saúde;
- na padronização de cuidados, a fim de minimizar o erro, contribuindo para uma efectivação do princípio da não maleficiência (*Primum non nocere*);
- na (re)valorização da dimensão humanista do cuidar (Homem como valor supremo);
- na (re)valorização da filosofia dos valores(constituindo uma base essencial da acção humana);
- numa consciência moral (“Pátria dos valores éticos”-*Kant*) esclarecida por parte de quem cuida, respeitando o estadio de desenvolvimento da moralidade de quem é cuidado;
- na valorização da partilha entre os vários intervenientes no processo de cuidar,
- no respeito absoluto pelas escolhas e pelo projecto de vida de cada um, assistindo-o quando necessário, fazendo por ele às vezes, subestimando-o nunca;
- reconhecendo o carácter único da pessoa(s)cuidada(s);
- a excelência de cuidados, que constitui uma obrigação decorrente da deontologia profissional, fundamentada no mandato social da Enfermagem, sendo que o critério

principal para a excelência é a capacidade de adaptação permanente face às pessoas e nunca o contrário.

Poderíamos enumerar alguns aspectos deontológicos próprios da Enfermagem:

- respeito pela dignidade da Pessoa Humana idosa ou em situação de dependência, designadamente pelo direito à privacidade, à identidade, à informação;
- incentivo ao exercício da cidadania, traduzido na capacidade da Pessoa para participar na vida de relação e na vida colectiva (fomentar as relações interpessoais e evitar o isolamento);
- participação das pessoas ou do seu representante legal, na elaboração do plano de cuidados
- respeito pela integridade física e moral da Pessoa, assegurando o seu consentimento após informação dela ou do respectivo representante legal nas intervenções ou prestação de cuidados;
- promoção, recuperação ou manutenção contínua da autonomia, que consiste na prestação de cuidados aptos a melhorar os níveis daquela e de bem-estar dos destinatários de cuidados;
- identificação das necessidades não satisfeitas no que concerne aos cuidados de saúde aplicação de regras e princípios de segurança e higiene no trabalho;
- valorização do trabalho em equipa, nomeadamente com a população da comunidade, em geral, com os colegas e com os outros sectores profissionais, em especial.

Pode ler-se no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 78, ponto 1, que:

“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.²⁶

Este ponto vem explicitar as preocupações de fundo da Enfermagem, enquanto profissão (designadamente aquelas relacionados com a liberdade e a dignidade), e vem também criar uma estrutura conceptual de suporte à prática.

²⁶ORDEM DOS ENFERMEIROS. Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários, xx, p.21

O referido documento, no seu artigo 78, ponto 2, refere que:

“São valores universais a observar na relação profissional:

- a) a igualdade;
- b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- c) a verdade e a justiça;
- d) o altruísmo e a solidariedade;
- e) a competência e o aperfeiçoamento profissional”²⁷

Este ponto vem lembrar que a realidade humana actual é uma realidade cultural multifacetada, sendo que em cada época possui uma expressão da cultura, através de valores que lhe são próprios.

Ainda de acordo com o referido documento, no seu artigo 78, ponto 3, refere que:

“São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros:

- a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;
- c) a excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com outros profissionais.”²⁸

Este último ponto procura fornecer os princípios que irão orientar a prática profissional do enfermeiro, versando essencialmente responsabilidade, direitos humanos e excelência no desempenho profissional e no relacionamento com outros sectores profissionais.

²⁷ Idem, p. 24

²⁸ Idem, p. 29

1.3 NOÇÃO DE BIOÉTICA

Por seu turno, a Bioética é um termo que tem a sua origem em dois vocábulos gregos- *bios* e *ethos*, que nos remetem de imediato ao significado de Bioética como sendo correspondente ao de ética da vida. De facto, a Bioética constitui-se como espaço alargado de discussão sobre as questões que envolvem a vida, num sentido lato da palavra, mobilizando saberes da Medicina, mas também de outras áreas, como o Direito, a Biologia, a Enfermagem, a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, a Filosofia, *et coetera*; este diálogo interdisciplinar irá dar resposta aos problemas da prática profissional em saúde, que são afectados pelo pluralismo social actual.

Esta disciplina tem a função de estudar e analisar as decisões a ter no mundo da ciência, da técnica e na defesa da vida, abordando aspectos morais, agregando reflexões e discussões das diferentes áreas do saber (como, por exemplo, das Ciências Biológicas, da Filosofia e do Direito).

A Bioética ocupa um lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas (pois compreende questões relacionadas com a manutenção e a qualidade de vida das pessoas), e está profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos (pois a vida é o primeiro dos direitos).

A Bioética é, pois, uma nova disciplina de carácter pluridisciplinar que procura tomar decisões à luz dos valores morais, para uma gestão responsável da Pessoa Humana, da sua vida e da sua morte, no mundo em que os progressos técnicos permitem uma intervenção cada vez maior no sector biológico, surgindo como uma nova expressão do Humanismo, isto é, como uma nova modalidade de valorização e protecção do humano.

O estudo desta nova disciplina do pensamento científico é justificado pelos crescentes avanços técnico-científicos ao nível das ciências biomédicas, que nos colocam inúmeras questões e desafios. O código hipocrático tornou-se muito paternalista e pouco virado

para novos valores emergentes (a autonomia do doente e a justiça na afectação de recursos) e insuficiente em muitas questões da prática profissional em contexto de Cuidados de Saúde Primários ou cuidados de saúde diferenciados.

A Bioética possui um enquadramento conceptual de longa tradição no pensamento ocidental. Dos gregos até nossos dias, passando por escolas, credos e programas, o agir humano não apenas é percebido, constatado e descrito, mas também comparado, apreciado e avaliado, positiva ou negativamente, pelo respectivo agente e seus pares.

Hottois (et alii) (1993)²⁹ entendem que a Bioética provém :

“dessa corrente de ideias e de sensibilidade segundo a qual os progressos tecnico-científicos não constituem automaticamente progressos para a humanidade em geral, de tal modo que o que é tecno cientificamente possível não é *ipso facto* sempre bom nem necessariamente permissível. Essa corrente, decerto contrária ao cientismo e à tecnocracia, nem sempre é, no entanto, cientófoba e tecnófoba. É crítica no sentido em que acha que a articulação e a integração da investigação e desenvolvimento tecno científicos na sociedade global não ocorrem naturalmente, são complexas e exigem negociação(...) A sensibilização da consciência ocidental para a ambivalência das ciências e das técnicas constitui um primeiro aspecto do plano de fundo geral. O segundo aspecto é a afirmação dos direitos do Homem (“Declaração Universal dos Direitos do Homem” de 1948), concebidos como direitos do indivíduo ou da pessoa. Esses direitos sublinham a dignidade da pessoa humana, a sua liberdade imprescritível de dispor de si próprio(da sua existência, do seu corpo). Consagram o princípio da autonomia individual no seio de sociedades democráticas contra todas as tutelas e poderes abusivos. A filosofia dos direitos do Homem virá a tornar-se progressivamente uma fonte de inspiração múltipla para uma parte importante da reflexão bioética”

Os mesmos autores³⁰ referem que a palavra Bioética possui o seguinte significado:

“conjunto de investigações, de discursos e de práticas, geralmente pluridisciplinares, tendo como objecto clarificar ou resolver questões de alcance ético suscitadas pelo avanço e a aplicação de tecnociências biomédicas(...) não é (...) nem uma disciplina, nem uma ciência, nem uma ética novas. A sua prática e o seu discurso situam-se na intersecção de várias tecnociências(principalmente a medicina e a biologia, com as suas múltiplas especializações), de ciências

²⁹ *HOTTOIS, G. (et alii)* - Dicionário Da Bioética. Colecção Atlas e Dicionários.Lisboa. Instituto *Piaget*, 1993, p.62

³⁰ *Idem*, p.58-64

humanas(sociologia, psicologia, ciência política, psicanálise) e de disciplinas que não são exactamente ciências: em primeiro lugar a ética e o direito e, de uma maneira geral, a filosofia e a teologia.”

Inúmeros factos e datas concorreram para o nascimento da Bioética; os autores já referidos³¹ apresentam os seguintes:

“Da guerra, foram as experiências realizadas por médicos nazis em pessoas que não deram o seu consentimento, em condições pouco ou nada científicas e absolutamente desumanas, experiências relatadas pelo Tribunal de Nuremberga, que tiveram o impacte mais importante (Código de Nuremberga, 1947). A partir dos anos 50, alguns teólogos, nomeadamente *J. Fletcher* (...) refletem sobre a ética médica do ponto de vista do doente, cujo direito à informação e à autonomia é sublinhado(...)

Nos anos 60 e 70, multiplicam-se as denúncias e as condenações da experimentação no Homem: ou porque foi insuficiente (caso da talidomida) ou, mais frequentemente, porque foi realizada em cobaias escolhidas em grupos sociais vulneráveis ou marginais (injecção de células cancerosas em doentes senis, de vírus de hepatite em crianças com atraso, experiências em negros, em reclusos, etc.).

Em 1964, a Associação Médica Mundial proclama a Declaração de Helsínquia, que se inspira nos valores defendidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, e define as condições éticas da experimentação no Homem. É dentro do mesmo espírito que irá ser revista em Tóquio, em 1975.

A partir de meados dos anos 60, começaram a instituir-se nos Estados Unidos as comissões de avaliação, que anunciam as actuais comissões éticas de investigação. São os *IRB (Institutional Review Board)* que apreciam a aceitabilidade científica e ética de projectos de investigação.

Cerca de 1970, foram fundados nos Estados Unidos dois grandes centros de investigação que continuam a ser, ainda hoje, pólos essenciais para os estudos bioéticos: o *Hastings Center* (Nova Iorque) é fundado em 1969 por *D. Callahan e W. Gaylin*, e o *Kennedy Institute of Ethics* (Georgetown), em 1971, por *A.E. Hellegers*. Em 1970, é publicada a importante obra *Patient as a Person*, de *P. Ramsey*.

É nessa altura que se forja o termo “Bioética”, que figura pela primeira vez num artigo da autoria de *Van Renssealer Potter*, intitulado “*Bioethics, the science of survival*”. É retomado pelo mesmo autor, no ano seguinte, num livro: *Bioethics, Bridge to the Futur (Englewood Cliffs, em 1971).*(...)”

Pessini (et alii) (2002)³², referem que a Bioética não abrange só a ética médica, ao afirmarem que::

³¹ Idem, p.58.64

“A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados com valores surgidos da relação entre médico e paciente. A bioética constitui um conceito mais amplo, com quatro aspectos importantes:

-Compreende os problemas relacionados com valores que surgem em todas as profissões de saúde, inclusive nas profissões “afins” e nas vinculadas à saúde mental.

-Aplica-se às investigações biomédicas e às do comportamento independentemente de influírem ou não de forma direta na terapêutica.

-Aborda uma ampla gama de questões sociais, as quais se relacionam com a saúde ocupacional e internacional e com a ética de controlo de natalidade, entre outras.

-Vai além da vida e da saúde humanas, pois compreende questões relativas à vida dos animais e das plantas, por exemplo no que concerne às experimentações com animais e a demandas ambientais conflitivas.”

A Bioética ocupa-se de várias áreas do saber.

*Pessini (et alii) (2002)*³³:enumeram as seguintes:

“-relacionamento profissional-paciente;

-saúde pública;

-questões sociopolíticas em bioética;

-campo da saúde;

-fertilidade e reprodução humana;

-pesquisa biomédica e comportamental;

-saúde mental e questões comportamentais;

-sexualidade e género;

-morte e morrer;genética;

-ética da população;

-doacção e transplante de órgãos;

-bem-estar e tratamento de animais;

-meio ambiente;

-códigos, juramento e outras directrizes”.

Terminado este capítulo, importa aqui relembrar que não existe Ética, Deontologia, ou Bioética sem pessoas ou sujeitos que lhe sirvam de base e objecto de estudo.

Assim sendo, o próximo capítulo deste trabalho será dedicado a uma reflexão sobre o conceito de Pessoa, bem sobre o seu principal aspecto aqui em discussão, a Dignidade Humana.

³² PESSINI et (al.) - Problemas atuais de Bioética, 6ª edição.Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2002, p. 32

³³ Idem, p. 32-33

2-NOCÕES DE PESSOA E DE DIGNIDADE HUMANA

No centro da discussão bioética encontram-se dois conceitos importantes, a saber, o conceito de Pessoa e o conceito de Dignidade Humana.

Não faz sentido falar de Bioética sem falar do seu objecto de estudo, a Pessoa.

O respeito pela Pessoa, passa, a nosso ver, obrigatoriamente pela atenção adequada às questões relacionadas com a Dignidade Humana, base de todo o agir ético numa sociedade civilizada.

O uso do conceito de Dignidade Humana é suficientemente conhecido na literatura em Bioética. Evocando os sentimentos de respeito à Pessoa, este conceito torna-se referência para quem cultiva perspectivas humanistas.

O respeito pela Dignidade Humana, pressupõe, a nosso ver, a promoção das condições para um exercício pessoal mais autónomo, valorizando as capacidades reflexivas e para a acção de cada Pessoa.

No universo dos Cuidados de Saúde, o conceito de Dignidade Humana também deve servir de orientação à intervenção dos profissionais; estes procurarão, no seu agir:

-considerar o valor intrínseco e não instrumentalizável da Pessoa, que se constitui como ser autónomo e independente (o exercício da liberdade ética individual constitui-se como o critério mais importante para aferir isto mesmo);

-pautar o relacionamento entre todos os intervenientes no processo terapêutico (técnicos de saúde, utentes e seus familiares) pelo respeito pela Dignidade da Pessoa Humana (que se constitui como referencial de toda a ordem jurídica portuguesa).

2.1-NOÇÃO DE PESSOA

Não se pode falar de Bioética sem falar daquele que é o seu centro: a Pessoa.

A noção de Pessoa é condição prévia e essencial à noção de Bioética. A Bioética baseia-se na relação existente entre as Pessoas, num contexto da aplicação das ciências da vida.

Boécio, S., citado por *Pessini (et alii)* (2002)³⁴, refere-nos que:

“a pessoa é um invívduo subsistente numa natureza racional”.

Pessini (et alii) (2002)³⁵ complementam o que foi enunciado, ao afirmar que:

“Em toda a tradição cristã medieval, a racionalidade define a especificidade do ser humano, ou seja, é a alma racional que nos diferencia de todos os seres vivos.(...) a alma, como realidade puramente espiritual, não pode ser produto de forças biológicas, não pode ser transmitida pelo acto sexual, mas por uma intervenção directa de Deus. Essa intervenção se daria após um certo desenvolvimento orgânico do embrião, 40 a 80 dias após a concepção.”

No século XX, surgiram novos contributos para a caracterização da noção de Pessoa, oriundos da fenomenologia. *Pessini (et alii)* (2002)³⁶ referem-nos a este respeito que:

“a fenomenologia criou um conceito mais dinâmico da pessoa, tendo como ideia central a relação. O ser humano não é uma essência definida desde o início, mas ele se caracteriza como ser relacional (...) a pessoa, como relação, constrói-se toda inteira, corpo e espírito, no processo relacional e temporal.”

As teorias evolucionistas vieram trazer mais um dado para a caracterização da noção de Pessoa; *Pessini (et alii)* (2002) afirmam a este respeito que:

“para as teorias evolucionistas, as qualidades superiores³⁷ não são um dom divino, mas produtos de um longo processo; nem são qualidades exclusivamente reservadas ao ser humano e a seus projectos; pelo contrário, como são produto da evolução, é toda a natureza que, no ser humano, alcança o nível de reflexão.”

³⁴ *PESSINI, L. (et alii)l. Problemas atuais de Bioética, 6ª edição. Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2002, p. 67*

³⁵ *Idem, p.68*

³⁶ *Idem, p.68*

³⁷ *Que são a consciência e a liberdade. Idem, p.69*

Pinto, V.F (2004) ³⁸relativamente à pergunta quem é a Pessoa Humana propõe a seguinte resposta:

- “1. Em ética torna-se necessário fazer a distinção entre ser humano e pessoa humana e definir os contornos da identidade e da diferença de uma e outra. Os direitos humanos referem-se sempre ao ser humano, os instrumentos jurídicos falam da pessoa humana.
2. Há várias formas de ver o humano. Podem analisar-se quatro concepções: monista, dualista, triádica ou global. Numa visão integral, ultrapassa-se em muito a simples ideia de uma relação entre o corpo e o espírito. Exige-se olhar para “o Eu e a sua Circunstância” (...)
3. O ser humano tem características específicas e diferenciadoras. É um ser em projecto, um ser decididor, um ser simbolizador, um ser em relação, um ser em crescimento, um ser em necessidade. O ser humano distingue-se a vários níveis dos outros seres. Ele não é apenas “um animal racional”, o que daria dele uma visão reductora, é muito mais.
4. O ser humano, assumido como pessoa, tem direitos e deveres. Conhecer uns e outros é indispensável para definir as dimensões da cidadania e da responsabilidade da vida comum, no meio da cidade.”

Torna-se necessária a clarificação da diferença entre o conceito de ser humano e o conceito de Pessoa.

O conceito de ser humano é um conceito que encontra explicação na biologia da espécie, mais recentemente no genoma humano, e aparece como inequívoco e não susceptível de dúvidas.

A noção de Pessoa é um conceito de discussão da filosofia.

No contexto meramente temporal, a noção de ser humano e a noção de pessoa humana não coincidem. Um começa a existir sem o outro. Um acaba e o outro permanece. Na primeira afirmação está implícito que o ser humano começa a existir antes da Pessoa Humana; na segunda afirmação está implícito que a noção de Pessoa Humana acaba antes da noção de ser humano.

³⁸ PINTO, V. F. Comunicação A Formação Da Pessoa E o Dever De Cidadania, apresentada no Congresso de Bioética Desafios á Sexualidade Humana, que decorreu no Porto, nos dias 21 e 22 de Maio de 2004.

Ainda ,existindo a noção de ser humano, a noção de pessoa às vezes não encontra condições para existir em plenitude (o caso da doença, da vulnerabilidade, da dependência extrema de cuidados, ou da falta extrema de recursos para a subsistência, ou de paz no território onde a pessoa vive).

Uma questão interessante é a de analisar se o contexto cultural onde a pessoa se insere facilita ou dificulta o exercício do ser-se Pessoa (sendo que pessoa neste contexto atinge um segundo nível de discussão).

O meio cultural onde nos movemos influencia de forma inequívoca a nossa noção de Pessoa; o termo Pessoa não tem exactamente o mesmo significado e consequentes exigências em todos os lugares da “aldeia global”.

A consideração da Pessoa como um fim em si mesma, digna de todo o respeito em razão de si mesma deve presidir a toda a Bioética; caso contrário, ficam abertas as portas às diversas saídas de molde funcional e utilitarista, que deixam o indivíduo à mercê da manipulação que o converte em objecto ou meio a ser usado por outros, não importando por quem nem para que fins.

A Dignidade Humana é algo intrínseco ao Homem e que lhe corresponde precisamente pela sua condição de Pessoa. O Homem deve ser respeitado pelo que ele é, não por aquilo que ele tem, por aquilo que ele sabe, por aquilo que ele faz e produz. Há algo no Homem que lhe confere a sua dignidade própria, algo que provoca essa ruptura de nível na escala dos seres, nomeadamente diante dos animais: ele é Pessoa.

2.2- NOÇÃO DE DIGNIDADE HUMANA

A reflexão sobre a Dignidade Humana *lato sensu* envolve as áreas da Psicologia, da Filosofia, da Teologia, da Biologia, do Direito (*et alii*).

Podem assinalar-se no pensamento filosófico concepções várias sobre a Dignidade Humana, de que foram paradigmas *Kant*, *Pico della Mirandola* e S. Tomás de Aquino (este último afirmando a origem e a grandeza dessa dignidade no facto de o homem ter sido criado à imagem e semelhança do próprio Deus). Embora partindo de perspectivas diferentes, todos coincidem na relação entre a Dignidade Humana e a liberdade.

A proteção e promoção da dignidade do ser humano passa a ser uma necessidade material e uma condição para a construção e para o desenvolvimento da humanidade. Negar a validade desse ideal é negar a própria validade da existência das instituições humanas e, por isso, assumir uma posição auto-destrutiva .

A Dignidade Humana decorre, em grande parte, daquilo que separa o Homem dos restantes seres vivos, sobretudo na sua capacidade de abstracção e de auto-conhecimento, de consciência de si, de que a cultura é uma das suas manifestações privilegiadas. É, pois, no campo cognitivo e relacional que melhor se afirma a diferença de ser humano.

Pode-se, então, negar a dignidade da Pessoa, se tais capacidades de abstracção e de consciência não se verificarem? Ora, tais capacidades surgem progressivamente no ser humano, sem hiatos, num processo que se continua muito para além do nascimento, o que torna artificioso, para não dizer inadmissível, estabelecer nessa base um critério capaz de reconhecer ou recusar a dignidade ao ser humano. Por outro lado, não é impossível no adulto em coma e, portanto, sem dispor daquelas capacidades, que as mesmas venham a ser recuperadas, por vezes após muitos anos de inconsciência. Estes dados biológicos tornam assim aparente que a dignidade que atribuímos à Pessoa não decorre exclusivamente da sua função cerebral, antes radica nela independentemente da situação em que se encontra.

A Dignidade Humana tem uma dimensão ética individual e também uma dimensão ética social que pedem harmonização entre si.

Consagrado como valor jurídico universal, principalmente após a Declaração da Organização das Nações Unidas de 1948, o conceito de Dignidade Humana passou a ter amparo como um objectivo e uma necessidade de toda humanidade, vinculando governos, instituições e indivíduos .

Entendemos que a Dignidade Humana é um valor máximo, supremo, que se manifesta de modo moral, ético e espiritual intangível, e que encontra a sua melhor expressão no sentimento de solidariedade para com os outros. A dignidade é um valor inerente ao ser humano que se manifesta no poder de autodeterminação responsável da própria vida.

Kant diferenciou pessoas e coisas, ao afirmar que as coisas têm valor e as pessoas dignidade.

O conceito de Dignidade Humana é portanto um conceito muito actual e pertinente em Bioética.

Segundo Neto, I. G. (2004)³⁹:

“o conceito de dignidade é igualmente vasto e difícil de especificar. Contém em si mesmo aspectos objectivos, mas também outros largamente subjectivos (...)”.

Chochinov (2002), citado por Neto, I.G.(2004)⁴⁰ , enuncia o que deve ser tido em conta neste conceito:

“três domínios a serem tidos em conta no construto de dignidade:
-preocupações relacionadas com a doença;
-preocupações relacionadas com o eu-*dignity conserving repertoire*;
-preocupações relacionadas com o meio social-*social dignity inventory*”.

³⁹ NETO, I. G. A Dignidade e o Sentido da Vida. Pergaminho, 2004, p.26

⁴⁰ Idem, p.27-28

O conceito de Dignidade Humana poderia seguir vertentes diversas, como as vertente filosófica, biológica, psicológica e ética. Todas encontram a sua justificação na Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Numa reflexão filosófica, o conceito de Dignidade Humana tem fundamentos no mundo ocidental. Porém a história informa-nos que nem sempre a Dignidade Humana foi respeitada, nem mesmo serviu de objecto de normas éticas ou legais de proteção. Mas, para que aquela viesse a obter visibilidade foi necessário um conflito mundial para uma tomada de consciência que levou à proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Numa reflexão biológica essa só é uma característica de cada ser humano na medida em que é passa a ser considerada como característica fundamental de toda a humanidade, de onde cada ser emerge com a sua própria dignidade dessa totalidade tendo consciência de sua humanidade. Daí a importância fundamental do processo de individualização do ser com capacidade de exprimir uma representação simbólica de tudo o que vê, conhece ou faz, que se foi estruturando ao longo das várias etapas e que trouxeram a humanidade até à etapa biogenética actual.

Numa perspectiva psicológica, sabemos que a Psicologia tem por objetivo o estudo da atividade psíquica do ser humano. E está, poderá contribuir com suas reflexões para nos aproximarmos de uma melhor compreensão da Dignidade Humana, de acordo com a visão própria que o ser humano tem de si como Pessoa e em relação aos outros. A dignidade é uma qualidade humana, que pode ser demonstrada pela conduta, discurso e procedimento. É desenvolvida através das experiências de vida individuais.

Ao Enfermeiro compete a obrigação de exercer comportamentos de promoção da dignidade da Pessoa, fundamentados na metafísica Kantiana, que podem ser expressos da seguinte forma: devemos ter boa vontade para nós e para os outros e nunca agir vendo a pessoa como um meio mas sempre como um fim.

De seguida, iremos proceder a uma breve análise do Documento do Conselho Nacional de ÉTICA para as Ciências da Vida sobre Dignidade Humana⁴¹.

O uso das tecnologias ao serviço da saúde não tem que ser necessariamente incompatível com falta de qualidade de vida, ou com falta de princípios morais; nem tudo o que pode ser feito deve ser feito, ou dito de outra forma “nem tudo o que é tecnicamente correcto é eticamente aceitável.”

Não se pode deixar de comentar a aplicabilidade do documento a todas as pessoas, sem distinção, e lembrar algumas, que por se encontrarem em situação de maior vulnerabilidade, mais afirmam pela negativa a imperiosidade deste princípio, a saber as vítimas de guerra, os sem abrigo, e os incompetentes. É caso para dizer que desiguais devem ser tratados de forma desigual, e que os Estados deveriam adoptar medidas para salvaguardar os interesses de todos os seus cidadãos, efectivando o princípio da repartição adequada dos recursos, bem como da discriminação positiva.

O primado do ser humano parece posto em causa pela lógica libertária que estamos a importar dos países anglo saxónicos. O ser humano parece mais um destinatário de alguma coisa do que uma criatura dotada de valor intrínseco.

O acesso equitativo aos cuidados de saúde não parece que esteja assegurado só pela jurisdição interna de um Estado: é que alguns estados podem estar a ser dominados por líderes totalitários, que só se preocupam com o alimentar da guerra, e não das necessidades dos seus membros. Às vezes torna-se imperativo que a sociedade internacional, pelo menos a sua componente civil, intervenha.

Os incompetentes e os doentes mentais estão salvaguardados no presente documento.

⁴¹ CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. Documento de Trabalho nº 26/CNECV/99- Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana. <http://www.cnecv.gov.pt>

Carecem de maior desenvolvimento legislativo os testamentos vitais, precisamente porque em situação de urgência a pessoa pode não estar em condições de decidir segundo o seu melhor interesse.

A defesa da vida privada e do acesso à informação encontram a sua fundamentação no princípio da autonomia. Como resolver a questão das situações que colocam em causa a Dignidade Humana que ocorrem no próprio domicílio, como por exemplo a violência doméstica? E como encarar os indivíduos que dispõem da própria vida?

A questão da Dignidade Humana assume hoje novas dimensões, mesmo que só consideremos as resultantes da história ou do desenvolvimento civilizacional recente; refiro-me ao reconhecimento de que os direitos das mulheres são direitos humanos (tal facto só foi reconhecido em 1993).

No referido documento está implícita uma noção de dignidade humana que varia “consoante as épocas e os locais”; não deveria ser assim; quando muito poder-se-ia dizer que o modo de reconhecer essa dignidade é que tem sofrido alterações, infelizmente nem sempre no desenvolvimento de uma consciência moral bem formada. A consciência moral é muito importante, quando se dá a primazia ao agente na tomada de decisão em matéria de ética. A noção de dignidade não pode variar, pelo simples facto de que a ideia base que a sustenta encontra-se no que é inequivocamente humano: o uso da razão, mediada pela noção de cultura).

No referido documento pode ler-se que: ”a abordagem actual da Dignidade Humana se faz sobretudo pela negativa” Ai está uma tarefa para o bioeticista: ser proactivo, a de falar dos bons exemplos que ainda existem de como se respeita a dignidade humana. É como se o facto de ser bioeticista se tornasse num acesso a um patamar superior de consciencialização pelo que o nosso semelhante passa, constituindo-se o bioeticista como o garante do respeito pela dignidade de todos os seus semelhantes.

No referido documento lê-se que: “o corpo não é portador de dimensão ética, mas é a pessoa no seu corpo que é portadora desta dimensão. Para o corpo humano isolado, não há ética”. Ou seja, passa a ideia de que a noção de pessoa é que serve de alicerce à noção de Ética; não concordamos com tal pressuposto; o que serve de alicerce à Ética é o ser vivo, mais especificamente o ser humano. É que não são sinónimos o ser humano e o ser (ou ser-se) Pessoa; contudo temos que fazer incidir a noção de ética no ser humano, em vez de exclusivamente na pessoa, para não se correr o risco de legitimar toda uma série de práticas que se fazem valer da vulnerabilidade dos humanos não pessoas, a saber, a exclusão do pedido de consentimento, o desrespeito pelos direitos fundamentais, a comercialização do corpo ou parte dele.

O conceito de Dignidade Humana tem múltiplos componentes: filosóficos, biológicos e psicológicos, o que levanta a questão complexa de como garantir a sua efectivação, bem como de constituir uma base comumente aceite para um nível escrito.

O facto de o conceito de Dignidade Humana ser um conceito evolutivo, dinâmico e abrangente não é necessariamente um defeito; só que coloca a discussão ética num patamar mais elevado, logo mais difícil, por isso talvez mais gratificante, mais não seja pelo confronto entre pontos de vista simétricos, complementares ou opostos dos vários intervenientes na discussão .

No alargar do conceito surge a questão do acesso equitativo aos cuidados de saúde, no respeito pela sua dignidade (da Pessoa). Sendo as pessoas iguais em dignidade, logo são iguais em direitos.

O problema começa aqui: nem todos os Estados reconhecem como um direito a protecção da saúde. Depois, surgiu a noção de que os recursos são escassos. Logo tornou-se imperativo priorizar as necessidades. O problema é sob que critério isso é feito. mais tarde veio a noção de que uns são mais iguais do que outros e da discriminação positiva- será que no actual estado da arte da prestação de cuidados isso é feito?

Se é verdade que “a ética taceia uma escolha”, como nos diz o já referido documento, também é verdade que o ser humano é um ser dotado de capacidade crítica para o seu agir diário. Quem quiser ser verdadeiramente responsável tem de pesar os prós e os contras, não abusar de uma posição dogmática extrema, nem tão pouco ter nada por garantido. A Pessoa responsável deve antes ponderar constantemente as situações.

O respeito pela Dignidade Humana pressupõe uma atenção e análise particulares à importância dos Cuidados de Saúde Primários. Todos reconhecemos a sua importância na consecução de um nível óptimo de saúde, que é uma das expressões do respeito pela Dignidade Humana dos indivíduos/famílias/comunidades.

Esse nível óptimo de saúde envolve cuidados de natureza preventiva, curativa e de reabilitação, mediante as necessidades dos indivíduos/famílias/comunidades. É esta tríade que se constitui como utente dos Cuidados de Saúde Primários.

Desde já podemos antever inúmeras questões decorrentes da prática profissional neste contexto, particularmente quando no seu decorrer, as “ agressões “ à Dignidade Humana são uma constante, e as exigências crescentes dos cuidados de proximidade também.

3-O UNIVERSO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Constitui-se hoje um sinal do avanço civilizacional o desenvolvimento de uma rede de cuidados efectivamente próxima dos destinatários de cuidados e das suas necessidades.

Os sistemas de saúde com uma forte orientação para os Cuidados de Saúde Primários possuem melhores e mais equitativos resultados em saúde, são mais eficientes, têm custos mais baixos e atingem maiores graus de satisfação dos utentes/ doentes.

Os Cuidados de Saúde Primários são concretizados pelas equipas multidisciplinares de saúde; estas terão como funções a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação, e como actividades o diagnóstico da situação de saúde da comunidade, a atenção a grupos de risco, a aplicação de medidas preventivas, as visitas domiciliárias e o diagnóstico precoce/ tratamento/ controle da doença. Deste modo, contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

São considerados como o factor fundamental para o adequado desenvolvimento de uma política de saúde centrada nos cidadãos e nas suas elementares necessidades nesta área, na medida em que estão efectivamente próximos dos destinatários de cuidados e das suas necessidades.

Constituindo-se a promoção da saúde e a prevenção da doença como a missão principal dos Cuidados de Saúde Primários, importa aqui referir que tal desiderato só será conseguido mediante a colaboração entre os vários profissionais responsáveis, bem como através de parcerias desenvolvidas entre eles e outros sectores significativos da comunidade onde se inserem.

Neste contexto, encontramos o destinatário de cuidados inserido no seu grupo, seja este a família ou a comunidade envolvente. Tal facto pode criar dificuldades ao profissional desta área, na medida em que as solicitações dos seus destinatários de cuidados revelam cada vez mais uma influência crescente da autonomia progressiva destes, bem como

revelam influência das contingências do meio no que à distribuição dos recursos diz respeito, sejam estes materiais ou humanos.

De facto, hoje assiste-se a uma mudança de paradigma na área dos cuidados de saúde, que, a nosso ver, na maior parte das vezes, não é acompanhada dos recursos necessários e suficientes para o que a sociedade espera dos profissionais.

Dois dos documentos mais importantes para o nascimento e implementação do conceito de Cuidados de Saúde Primários, a nível internacional, foram a Declaração de *Alma-Ata* e a Carta de *Ottawa*.

Estes documentos fornecem, de modo muito explícito, os conceitos de Cuidados de Saúde Primários (Declaração de *Alma-Ata*) e de Promoção da Saúde (Carta de *Ottawa*).

Na Declaração de *Alma-Ata*⁴² pode ler-se que:

“ (...) Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são definidos na DAA como os cuidados essenciais de saúde, prestados mediante o uso de métodos e técnicas práticos, cientificamente fundamentados e aceitáveis socialmente. Correspondem ao primeiro nível de contacto com o sistema de saúde do país, e devem estar associados a sistemas de referência integrados e funcionais por forma a garantirem o acesso a cuidados de saúde por todos os cidadãos, principalmente aos mais necessitados. Com efeito, os CSP dever-se-ão pautar pela acessibilidade universal, equidade e justiça social”. (...)

Na Carta de *Ottawa*⁴³ pode ler-se que:

“o conceito de “promoção” surgiu como algo “de novo” no léxico e na prática da Saúde Pública: é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.”

⁴² http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm

⁴³ Idem

A missão principal da Bioética, no contexto da prestação de Cuidados de Saúde Primários será a promoção da exigência de um cuidado humanizado e humanizante aos utentes e suas famílias.

A tabela seguinte mostra-nos, de modo simples, quais os principais problemas éticos que as equipas médicas e de Enfermagem enfrentam, em contexto de contacto com as famílias pertencentes à comunidade onde o profissional de saúde exerce a sua

Tabela I-Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde⁴⁴

Tabela 3

Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde.

Aspectos relativos à

Unidade de Saúde da Família	Dificuldades para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotinas da Unidade de Saúde da Família. Falta de estrutura na Unidade de Saúde da Família para a realização das visitas domiciliárias. Falta de condições na Unidade de Saúde da Família para atendimentos de urgência. Falta de apoio estrutural para discutir e resolver os problemas éticos. Falta de transparência da direção da Unidade de Saúde da Família na resolução de problemas com os profissionais.
Rede de serviços de saúde	Excesso de famílias adscritas para cada equipe. Restrição do acesso dos usuários aos serviços. Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do Programa Saúde da Família. Dificuldades no acesso a exames complementares. Dificuldades quanto ao retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais.

⁴⁴http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600028&script=sci_arttext&tlng=es

Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil

Neste contexto, o problema dominante, é, a nosso ver, o da desumanização da relação entre o enfermeiro e o utente/ família, principalmente no que concerne ao respeito integral pela Dignidade Humana do destinatário de cuidados.

Nos dias de hoje, o enfermeiro, se quer prestar cuidados de excelência (cuidados humanos e humanizadores), deve ter algum tipo de referência de natureza ética que norteie o seu trabalho.

Aqui é que entra a disciplina de Bioética, como matriz da prática profissional, na medida em que clarifica as questões desta, tornando-as de resolução mais sólida e consistente.

3.1.-A REALIDADE PORTUGUESA

Torna-se pertinente lembrar que cada país tem uma realidade própria, à qual corresponde uma aplicabilidade diferente dos princípios emanados dos documentos internacionais.

Não nos podemos esquecer dos enormes progressos na redução das mortalidades infantil e materna que os Cuidados de Saúde Primários conseguira, designadamente através da vacinação e das consultas específicas a estes grupos de utentes.

Em Portugal ocorreram sucessivas mudanças na área, pelo que descreveremos uma pequena resenha histórica acerca da evolução da mesma (ANEXO II⁴⁵)

Nos nossos dias, o Centro de Saúde (de 3^a Geração), corresponde à realidade dominante. Neste, existe um diploma legal⁴⁶ que assume particular relevância, na medida em que enuncia o que é a rede de prestação de Cuidados de Saúde Primários e seus objectivos, bem como quais devem ser os objectivos dos Centros de Saúde e como estes se estruturam:

“2-A rede de prestação de cuidados de saúde primários é constituída pelos centros de saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação.

3-A rede de cuidados de Saúde primários promove, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão físicos, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere “

O artigo 6º refere serem objectivos dos centros de saúde, “ dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância de saúde, a prevenção , o diagnóstico e o tratamento da doença,

45

www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm

⁴⁶ Decreto-Lei nº60/2003, de 1 de Abril

através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde “. O artigo 10º estrutura que “ cada centro de saúde pode dispor ds seguintes unidades funcionalmente integradas:

- a-Unidade de cuidados médicos;
- b-Unidade de apoio à comunidade e de enfermagem;
- c-Unidade de Saúde pública;
- d-Unidade de gestão administrativa. “

Os cuidados de Saúde Primários possuem uma estrutura em rede, constituída por vários elementos⁴⁷:

“A rede de prestação de cuidados de saúde primários é constituída pelos centros de saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação.”

Os Centro de Saúde possuem os seguintes objectivos⁴⁸:

“dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância de saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e á comunidade, bem como o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde.”

Para cumprirem os seus objectivo , os Centros de Saúde possuem as seguintes unidades⁴⁹:

- “a-Unidade de cuidados médicos;
- b-Unidade de apoio à comunidade e de enfermagem;
- c-Unidade de Saúde Pública;
- d-Unidade de gestão administrativa.”

Actualmente, existe uma Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em curso⁵⁰:

⁴⁷ Decreto Lei nº 60/2003, de 1 de Abril. Artigo I.

⁴⁸ Decreto Lei nº 60/2003, de 1 de Abril. Artigo VI

⁴⁹ Decreto Lei nº 60/2003, de 1 de Abril. Artigo X

⁵⁰ MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Janeiro de 2006. P 4-5

“Os centros de saúde (CS) são a base institucional dos cuidados de saúde primários (CSP) e o pilar central de todo o sistema de saúde. Constituem um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e desenvolver, porque continuam a ser um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população.

A concretização técnica do Programa do XVII Governo Constitucional para os CSP abrange um conjunto de áreas e medidas, tais como: reconfiguração organizacional dos CS, com ênfase em pequenas unidades de saúde familiar, autonomia progressiva dos CS e o desenvolvimento da gestão pela qualidade nos CSP; reestruturação e reforço dos serviços de saúde pública; criação e/ou reforço das equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados; melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares; modernização de instalações e apetrechamento tecnológico dos CS; política adequada de recursos humanos, incluindo atracção de profissionais para os CSP e sistemas retributivos incentivadores; sistemas adequados de informação clínica e para a gestão, integração dos sectores cooperativo, social e privado/convencionado numa mesma linha coerente de assistência de saúde à população; sintonização de todas as acções com o Plano Nacional de Saúde.

O Grupo Técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários, criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº86/2005, de 7 de Abril, assume que a reforma dos cuidados de saúde primários tem como finalidade contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde-acessíveis, adequados, efectivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais; melhores cuidados e melhor saúde.

Esta reorganização deve respeitar os princípios e valores da boa governação:

- .centrada nas pessoas; orientada para o cidadão, inclusiva de vontades e saberes;
- .transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível;
- .observando um quadro ético de responsabilidade social.

Foram identificados como critérios de sucesso:

- .existência de uma liderança técnica reconhecida;
- .poder político com efectiva capacidade executiva nos seus diferentes órgãos (centrais, regionais e locais):
- .investimento adequado e integrado aos principais objectivos estratégicos;
- .informatização do sistema de informação, garantindo a monitorização do processo.”

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A RNCCI, que se constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

São objectivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias. A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. A coordenação da rede aos níveis regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais permitindo, desta forma, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem.

A nível regional a coordenação da Rede é assegurada por cinco equipas constituídas de modo multidisciplinar, por representantes das administrações regionais de saúde e dos centros distritais de segurança social, nos termos definidos no despacho conjunto n.º 19 040/2006 dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. A equipa coordenadora regional é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes e constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. Estão sedeadas nas Administrações Regionais de Saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve

A nível local a coordenação é assegurada, por equipas, em princípio de âmbito concelhio. As equipas coordenadoras locais são também constituídas de modo multidisciplinar por representantes da administração regional de saúde e da segurança

social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que necessário, um representante da autarquia local, designado pelo respectivo presidente da câmara municipal. As especificidades da coordenação local encontram-se igualmente definidas no despacho conjunto n.º 19 040/2006 dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Esta oferta de cuidados de saúde prevê a sua coordenação em três níveis distintos de operacionalização, designadamente:

- Coordenação Nacional;
- Equipas de Coordenação Regional (ECR);
- Equipas de Coordenação Local (ECL).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é constituída pelas seguintes unidades:

a) a nível hospitalar:

Equipas de Gestão de Altas (Equipas Multidisciplinares da Rede sediadas nos hospitais, com o objectivo de preparar e gerir as altas dos doentes articulando os recursos intra e extra hospitalares, de modo a que seja assegurada a continuidade de cuidados ao longo do processo de reabilitação);

Equipas Intra –hospitalares de suporte em cuidados Paliativos (promovem a articulação com os diferentes recursos disponíveis na Rede de Cuidados Continuado, garantem a consultoria, no âmbito dos cuidados paliativos, aos profissionais dos serviços hospitalares e asseguram a continuidade dos cuidados aos doentes dos serviços hospitalares em tratamentos paliativos complexos.);

b) unidades de internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados:

1. Unidade de Convalescença:

Sempre que o doente necessite de procedimentos de reabilitação e de cuidados de enfermagem e apoio médico que devam ser prestados durante as 24h, mas sem indicação para internamento em hospital de agudos; o período de internamento previsto é até 30 dias;

2. Unidade de Internamento Média Duração:

Sempre que o doente esteja estável, mas com indicação para reabilitação e cuidados de enfermagem que devam ser prestados durante as 24h, mas sem indicação para acompanhamento médico permanente; o período de internamento previsto é entre 30 e 90 dias;

3. Unidade de Internamento Longa Duração:

Sempre que o doente necessite de ajuda para realização das actividades de vida diária e de cuidados médicos e de enfermagem planeados, mas não diários, e não existam condições que permitam a permanência no domicílio; o período de internamento previsto é indeterminado e superior a 90 dias;

4. Unidades de Cuidados Paliativos:

Cuidados holísticos para indivíduos com doença progressiva prolongada, incluindo a dor, com suporte psicológico, social e espiritual

c) Equipas Domiciliárias

1. Equipas comunitárias de Suporte em cuidados Paliativos:

Equipas multidisciplinares que tem por finalidade prestar assessoria diferenciada em cuidados paliativos às Equipas prestadoras de cuidados no domicílio dos Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar, unidades de internamento de Média e de Longa Duração;

2. Equipas de Cuidados Continuados Integrados:

Equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se do domicílio;

d) Ambulatório

Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia:

Unidades para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio.

De facto, hoje assiste-se a uma mudança de paradigma na área dos cuidados de saúde, que, a nosso ver, na maior parte das vezes não é acompanhada dos recursos necessários e suficientes para o que a sociedade espera dos profissionais.

Frequentemente, as instituições têm carência de recursos humanos, e mais frequentemente carência de uma filosofia orientadora da prática; pensamos que a aplicação dos princípios bioéticos poderia contribuir decisivamente para uma melhor fundamentação e orientação da prática profissional.

3.2-O CASO DA ENFERMAGEM

Desde que surgiu a vida, é necessário mantê-la e preservá-la.

O Cuidar, principal missão da Enfermagem, aparece como instrumento único para alcançar esse objectivo.

A proximidade com os utentes possibilita a compreensão dos seus anseios em relação aos cuidados. Sob esta perspectiva, a Enfermagem pode contribuir para aumentar a autonomia do utente, já que é uma área que se tem voltado também para as relações humanas e para uma visão integral do Homem. Esta formação de carácter humanístico pressupõe o fornecimento de subsídios para lidar com valores humanos.

A missão principal da Enfermagem é a de capacitar as pessoas a lidar com os seus problemas de saúde, traduzidos em incapacidade ou doença. Ou seja, o mais importante no trabalho do enfermeiro é a ajuda à pessoa ou à família na resolução adequada das transições que todos enfrentam, no sentido da obtenção de uma renovada qualidade de vida.

Por Enfermagem entende-se a⁵¹:

“profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Os cuidados de enfermagem são caracterizados por⁵²:

- 1)Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família e comunidade;
- 2)Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- 3)Utilizarem metodologia científica, que inclui:
 - a)A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;

51

52

- b)A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
 - c)A formulação do diagnóstico de enfermagem;
 - d)A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
 - e)A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
 - f)A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;
- 4)Englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de actuação:
- a)Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
 - b)Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
 - c)Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias;
 - d)Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
 - e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.”

Constituem intervenções dos enfermeiros⁵³:

- “1-As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.
- 2-Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.
- 3-Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.
- 4-Para efeitos dos números anteriores e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais:

⁵³Idem, ponto 9

- a) Organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção;
- b) Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade,
- c) Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade;
- d) Participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário;
- e) Procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;
- f) Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos;
- g) Procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.

5- Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.

6- Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente:

- a) Organizam, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros;
- c) Avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros;
- d) Dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem;
- e) Colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos;
- f) Participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem;
- g) Promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.

A proximidade com os utentes possibilita a compreensão dos seus anseios em relação aos cuidados. Sob esta perspectiva, a enfermagem pode contribuir para aumentar a autonomia do utente, já que é uma área que se tem voltado também para as relações humanas e para uma visão integral do Homem. Esta formação de carácter humanístico pressupõe o fornecimento de subsídios para lidar com valores humanos.

Em Cuidados de Saúde Primários, a Enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.

A Enfermagem Comunitária é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade. Poder-se-à dizer que é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde, até onde forem capazes de o fazerem.

A sua prática é de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, responsabilizando-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias.

Esta prática assenta em características tais como :

- foco em populações que vivem em comunidade;
- uso de estratégias para a promoção e manutenção de estilos/comportamentos saudáveis e prevenção da doença da população, investindo na sua informação sobre a saúde em larga escala e sua utilização na melhoria da qualidade de vida;
- uso de estratégias que têm, necessariamente, em conta o contexto sócio-político em que se inserem;
- participação em estudos de carácter epidemiológico e outros que visem a resolução de problemas de saúde da comunidade “

Em Cuidados de Saúde Primários, a Enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.

Enfermagem Comunitária é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade. Poder-se-à dizer que é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazerem.

Esta prática assenta em características tais como :

- Foco em populações que vivem em comunidade;
- Uso de estratégias para a promoção e manutenção de estilos/comportamentos prevenção da doença da população, investindo na sua informação em saúde em larga escala e sua utilização na melhoria da qualidade de vida.

A Enfermagem desenvolvida nos Cuidados de Saúde Primários frequentemente levanta questões bioéticas a nível das seguintes áreas.

- a)sexualidade;
- educação sexual;
- planeamento familiar;
- procriação medicamente assistida;
- doenças sexualmente transmissíveis.
- b) Investigação - Estudos epidemiológicos;
- c)Intervenção comunitária;
- d)Partilha de informação na equipe;
- f)Responsabilidade;
- g)Infecção e tratamento em saúde familiar ;.
- h)Cuidados domiciliários;

- i) Invasão da privacidade ;
- j) Intimidade;
- k) Distribuição de recursos.

Particularmente no caso dos cuidados de Enfermagem prestados às famílias surgem inevitavelmente questões a nível de:

- Autonomia;
- Liberdade;
- Privacidade;
- Consulta com vários elementos;
- Aconselhamento para influenciar comportamentos e tomada de decisão de outro elemento;
- Pedido expresso para influenciar na tomada de decisões de outro elemento;
- Vida sexual e contraceção do casal;
- Vida sexual e contraceção dos adolescentes;
- Informação sobre o estado de saúde de um dos elementos;
- Discussão sobre problemas causados pelo comportamento de outros elementos;
- Informações obtidas através de familiar;
- Inscrição automática de todos os elementos de um agregado familiar no mesmo médico;
- Atitude e comportamento do profissional, quando em consulta ou visita;
- As interações entre a família e os seus elementos são bidireccionais.
- A família é um recurso de saúde para o indivíduo e o indivíduo um recurso de saúde para a família.

PARTE II

TRABALHO DE PROJECTO

A investigação em Bioética compreende três momentos diferentes:

- a) Identificação do problema;
- b) Análise em termos de valores;
- c) Propostas de soluções.

Pode ser realizada, mediante:

- Dissertação Original;
- Trabalho de Projecto.

A metodologia escolhida pelo investigador foi a de Trabalho de Projecto.

Este não deverá ser considerado como um produto acabado, mas antes como a fase inicial de um projecto de investigação que se irá desenvolver ao longo do percurso académico.

Nomeadamente, poderá ser, em fase posterior, desenvolvido numa Tese de Doutoramento.

Com este Trabalho de Projecto pretende-se dar resposta ao primeiro e segundo momentos da investigação em Bioética, descrevendo a realidade do enunciado, no contexto profissional do investigador.

4-METODOLOGIA

O Homem procura, através das suas potencialidades, conhecer o mundo em que vive, tendo desenvolvido ao longo dos tempos métodos mais ou menos elaborados que lhe permitem perceber a natureza e o comportamento das pessoas.

No entanto, constatamos que estas formas de conhecimento não satisfazem os espíritos mais exigentes, surgindo assim a necessidade de adquirir premissas que lhe possibilitem adquirir uma maior segurança, para além daquelas que o meio oferece, desenvolvendo-se deste modo a ciência. Esta surge como uma forma de conhecimento que pretende construir normas que regem determinados fenómenos, através da utilização de uma linguagem clara, rigorosa e coerente. É racional, apoia-se na razão e não em sensações. Tenta obter resultados que lhe permitam dar respostas às questões inicialmente formuladas.

A ciência tem como principal objectivo chegar à verdade dos factos. O conhecimento científico torna-se diferente de qualquer outro, pela razão de só o ser se fundamentarmos a sua verificabilidade, ou seja, determinarmos qual o método que lhe permitiu chegar ao conhecimento adquirido. Este método passa assim a ser definido como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos que permitirão a aquisição do novo conhecimento, desenvolvendo um processo de produção que dará origem a um determinado product. É um elemento dinâmico e determinante na produção teórica, transformando então a matéria prima (objecto sobre o qual o trabalho incide) em conceitos especificados, ou seja, em conceitos científicos novos.

Neste capítulo destinado à metodologia é apresentado o quadro de referência, o tipo de estudo utilizado, a população e a amostra, o modelo de investigação, os critérios de inclusão e exclusão, o material utilizado, o pré-teste, o procedimento de recolha de dados e os aspectos éticos.

4.1-ASPECTOS ÉTICOS

Qualquer trabalho de investigação que inclua pessoas levanta questões de natureza ética, e estas estão presentes desde que se determina o problema até à conclusão do estudo.

Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem contribuir, quer para o avanço dos conhecimentos científicos, quer para lesar os direitos fundamentais das pessoas. Na persecução da aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: o respeito pela pessoa e a protecção do seu direito de viver dignamente como ser humano.

Neste estudo são tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam no processo de investigação.

Foi solicitado um pedido de autorização para a realização do estudo ao Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto 1 (Centros de Saúde de Santo Tirso/Trofa/Negrelos).

Esse pedido não foi atendido em tempo útil.

Às pessoas que aceitam participar no estudo é entregue um formulário de consentimento, onde está discriminado, em linguagem concisa o seguinte:

- o objectivos e finalidade do estudo;
- o desenho de investigação;
- as vantagens na sua participação (avanço no conhecimento, provável melhoria dos cuidados prestados);
- carácter voluntário da sua participação;
- carácter confidencial das informações.

4.2-QUADRO DE REFERÊNCIA

De entre as diferentes formas de sistematizar e tratar a análise em Bioética, foram selecionadas para compor o referencial de análise dos dados empíricos: o Princípioalismo, a Casuística, a Ética das Virtudes e a Ética do Cuidado. A estes, acrescentou-se a Ética Profissional, dado que não raramente, os enfermeiros entenderem por agir ético na profissão a mera observância do código deontológico aprovado pelo conselho de pares

Para melhor resumir o que foi enunciado, foi elaborado o quadro I.

QUADRO I- QUADRO DE REFERÊNCIA

Princípioalismo:

- a) não maleficência
- não ofender;
- não causar dor ou sofrimento;
- não incapacitar.
- b) beneficência
- proteger e defender os direitos dos outros;
- ajudar pessoas com incapacidades
- eliminar condições que causarão dano aos outros.
- c) autonomia
- respeitar a privacidade;
- consentimento livre e esclarecido;
- ajudar na tomada de decisão terapêutica.
- d) justiça
- acesso igual aos cuidados
- utilização dos recursos disponíveis baseada em normas justificadas.

Casuística

- análise das circunstâncias;
- reflexão baseada em analogia com situações idênticas anteriores;

-probabilidade
<p>Ética das Virtudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -honestidade na relação com os outros intervenientes no processo terapêutico; -confiança na relação com os outros intervenientes no processo terapêutico; -justiça na relação com os outros intervenientes no processo terapêutico;
<p>Ética do Cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> -reconhecimento da importância do vínculo mútuo; -fortalecimento do vínculo mútuo; -procura da solução não violenta dos conflitos pela comunicação; -não agressividade.
<p>Ética Profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -código deontológico é o principal instrumento para resolver problemas éticos; -recurso às comissões de ética para resolver os problemas; -recurso à respectiva Ordem Profissional; -receio de penalizações.

4.3-POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população é⁵⁴:

“uma colecção de elementos que partilham características comuns”.

A população sobre a qual incide este trabalho inclui os enfermeiros que exercem funções nos Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte.

Uma amostra é um sub-grupo da população em estudo seleccionado de tal forma que as observações que dele fizermos possam ser aplicáveis e generalizáveis à totalidade desta população. O processo de constituição da amostra designa-se por amostragem.

A amostragem é⁵⁵:

“o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população inteira esteja representada”

Uma amostra é dita representativa se⁵⁶:

“as suas características se assemelham o mais possível às da população”

Uma vez que⁵⁷:

“se ignora se todas as características da população estão presentes na amostra, admite-se que existe sempre um grau de erro: é o que se chama de erro amostral”

O autor⁵⁸ encontra duas soluções para reduzir ao mínimo o erro amostral:

“retirar de forma aleatória os sujeitos que farão parte da amostra e (...) tentar reproduzir o mais fielmente possível a população. A primeira solução advém dos métodos de amostragem probabilística e a segunda dos métodos não probabilísticos”

O autor⁵⁹ considera, pois, que:

⁵⁴ FORTIN, M.F.O Processo de Investigação. P-202

⁵⁵ FORTIN, M.F.O Processo de Investigação. P-213

⁵⁶ FORTIN, M.F.O Processo de Investigação. P-203

⁵⁷ FORTIN, M.F.O Processo de Investigação. P-204

⁵⁸ FORTIN, M.F.O Processo de Investigação. P-203-204

⁵⁹ FORTIN, M.F.O Processo de Investigação. P-204-209

“ existem duas grandes categorias de amostras, ou seja, as amostras probabilísticas e as não probabilísticas.

Os métodos de amostragem probabilística servem para assegurar uma certa precisão na estimação dos parâmetros da população, reduzindo o erro amostral. A principal característica dos métodos de amostragem probabilística reside no facto de que cada elemento da população tem uma probabilidade conhecida e diferente de zero, de ser escolhida, aquando da tiragem ao acaso para fazer parte da amostra. O objectivo desta abordagem é obter a melhor representatividade possível. É esta característica que permite utilizar análises estatísticas inferenciais com vista a generalizar à população alvo os resultados obtidos com a amostra.(...) O método de amostragem probabilística é o único que oferece ao investigador, graças às leis do cálculo das probabilidades, a possibilidade de precisar os riscos tomados quando ele generaliza ao conjunto da população ou a outros contextos os resultados da investigação. Distinguem-se quatro tipos de amostragem probabilística: 1) a amostragem aleatória simples; 2) a amostragem aleatória estratificada; 3) a amostragem em cachos e 4) a amostragem sistemática (...)

A amostragem aleatória simples consiste em elaborar uma lista numérica de elementos de onde se tira, com a ajuda de uma tabela de números aleatórios, uma série de números para constituir a amostra. (...)

O método de amostra aleatória estratificada consiste em dividir a população em subgrupos homogéneos chamados “estratos”, depois em tirar de forma aleatória uma amostra em cada estrato.

Para obterem uma amostra em cachos, tiram-se aleatoriamente grupos de elementos de uma população, em vez de escolher os elementos individualmente. (...)

A amostragem sistemática é uma técnica pela qual a escolha do primeiro elemento da amostra determina a amostra completa. (...) há o risco de se introduzirem enviesamentos sistemáticos no decurso da operação, porque os elementos são colocados numa certa ordem. (...)

A amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. A amostragem não probabilística tem o risco de ser menos representativa do que a amostragem probabilística. No entanto, nem sempre é fácil construir amostras probabilísticas em certas disciplinas profissionais, porque o investigador raramente tem acesso a toda a população.

Os principais métodos de amostragem não probabilística são: 1) a amostragem acidental; 2) a amostragem por quotas; 3) a amostragem por selecção racional e 4) a amostragem por redes. (...)

Segundo o método de amostragem accidental os sujeitos são incluídos no estudo á medida que estes se apresentam num local preciso. (...)

Na amostragem por quotas são definidos estratos em função de certas características para serem representadas na amostra nas mesmas proporções com que elas aparecem na população. (...)

A amostragem por selecção racional é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico, como no estudo de casos extremos ou desviantes ou de casos típicos, (...)

A amostragem por redes é uma técnica que consiste em escolher sujeitos que seriam difíceis de encontrar de outra forma, segundo critérios determinados. Toma-se por base as redes sociais, as amizades e o facto de que os amigos têm tendência a possuir características comuns.”

A técnica de amostragem escolhida pelo investigador foi de carácter não probabilístico, mais concretamente a amostragem por redes.

Entre os factores que contribuíram para a escolha da técnica da amostragem destacam-se aqueles relacionados com a não existência de resposta de autorização, em tempo útil, para a aplicação do questionário à amostra inicialmente prevista (não probabilística, mais concretamente amostragem accidental-formada por enfermeiros que estavam facilmente acessíveis e presentes num local determinado e num momento preciso. Os enfermeiros seriam incluídos no estudo á medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado- n de 30 enfermeiros. As grandes vantagens desta técnica seriam a simplicidade da sua organização e o facto de ser pouco onerosa.

Existe, contudo, uma limitação metodológica na amostragem não probabilística em geral, a saber, a produção de enviesamentos que nem sempre é possível ter em conta. Sendo assente que é a representatividade que está em causa, os resultados dos estudos efectuados com a ajuda de amostras não probabilísticas dificilmente são generalizáveis à população em estudo.

Para se considerarem participantes no estudo, foram definidos critérios de inclusão e exclusão:

a)Inclusão:

-todos os sujeitos que aceitem participar no estudo, através do consentimento informado.

b)Exclusão:

-todos os sujeitos participantes no estudo, através do consentimento informado , que não respondam á totalidade das questões.

Um total de 15 enfermeiros aceitou participar no estudo, sendo todos incluídos no mesmo.

4.4- TIPO DE ESTUDO

A investigação pode ser realizada recorrendo à metodologia qualitativa (utilizando a técnica de análise de conteúdo) ou à metodologia quantitativa (utilizando técnicas provenientes da estatística).

A escolha do tipo de metodologia depende, essencialmente do tipo de problema a investigar e do estado da arte do mesmo.

No caso do presente trabalho, o investigador, dado não conhecer a realidade do estado da arte do problema no seu contexto de trabalho, optou pela metodologia quantitativa (que possibilita um grau de maior objectividade).

Os estudos quantitativos podem ser de três tipos:

- a) descritivos;
- b) correlacionais;
- c) experimentais.

No presente trabalho, o investigador optou pelo estudo quantitativo de tipo descritivo, dada a sua intenção de conhecer e caracterizar o problema em estudo.

Num estudo descritivo⁶⁰:

“são procuradas as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno, mas o exame dos tipos e dos graus de relações não é o objectivo deste nível de investigação”.

⁶⁰ FORTIN, M.F.O Processo de Investigação. P-162

4.5- MATERIAL, MÉTODOS E PROCEDIMENTO NA RECOLHA DE DADOS

Existem vários métodos de colheita de dados que os investigadores podem utilizar.

Os métodos de observação, a entrevista e o questionário são métodos de colheita de dados mais frequentemente utilizados.

A escolha do método de colheita de dados por aplicação de um questionário (que consta em anexo) pareceu-nos a melhor alternativa para efectuar este tipo de estudo, dado que aquele possibilita respostas em pouco tempo, facilidade na análise dos dados e impossibilidade dos respondedores mudarem as questões.

Com a finalidade de validar a clareza, compreensão e pertinência das questões e prever o tempo médio de preenchimento do questionário, é aplicado um pré-teste a quatro enfermeiros da população alvo.

5-APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Podemos constatar que a amostra apresenta o seguinte perfil dominante:

- grupo etário: 25 a 30 anos- 42.9 %
- sexo: feminino-80 %
- o tempo de serviço no total: mais de 13 anos- 53.5 %
- o tempo de serviço no actual local de trabalho: 1 a 3 anos-59.7 %
- a categoria profissional: enfermeiro graduado- 80.2 %
- o grau de relevância do conceito em estudo: muito relevante-
- a frequência das situações: frequentes- 73.4 %
- metodologia utilizada: ética profissional- 73.6 %
- factores que facilitam a aplicação do conceito em estudo: cultura profissional ética existente- 86.8
- factores que dificultam a aplicação do conceito em estudo: diversidade de opinião das pessoas envolvidas- 99.85 %
- grau de respeito pelo conceito em estudo na prática clínica: parcialmente respeitado- 99.85%.

Quanto ao item bioética como matriz orientadora da prática profissional, pudemos constatar que a totalidade dos inquiridos respondeu sim.

6-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para uma maior facilidade de exposição teórica, optamos por dividir a discussão dos resultados nos aspectos principais do questionário

a) Grau de relevância do conceito em estudo

A maioria dos questionados considera o conceito em estudo muito relevante, o que está de acordo com as bases humanistas de uma profissão que tem como missão o cuidar.

b) Frequência de situações onde o conceito em estudo é questionado

A maioria dos questionados considera que o conceito em estudo é questionado frequentemente, o que corresponde às manifestações de não satisfação por parte dos destinatários de cuidados, no que ao respeito da sua dignidade humana diz respeito.

c) Bioética como critério orientador da prática

A totalidade dos questionados respondeu sim, o que demonstra que existe uma abertura dentro da profissão de enfermagem para a valorização das questões bioéticas.

d) Metodologia utilizada na resolução de situações onde o conceito em estudo é questionado

A maior parte dos questionados escolheu a Ética Profissional; tal está de acordo com o mandato social da profissão. Não devemos esquecer-mo-nos, porém, que na resolução de situações onde o conceito em estudo temos de considerar também outros aspectos, designadamente os da Ética do Cuidar e os da Ética das virtudes, bem como os da Princiologia.

e) Factores que facilitam a aplicação do conceito na prática clínica

A escolha da maioria dos questionados pelo item Cultura profissional ética existente revela-nos que a cultura profissional dominante de um grupo de profissionais influencia, de forma directa, a aplicação dos conceitos bioéticos em geral, e o da Dignidade Humana, em particular

f) Factores que dificultam a aplicação do conceito na prática clínica

A maioria dos questionados entende que o principal factor que dificulta a aplicação do conceito na prática clínica é a diversidade de opinião das pessoas envolvidas. Tal está de acordo com o pluralismo actual da nossa civilização, e com a existência de diferentes percepções e expectativas sobre a aplicação do conceito em estudo na prática clínica.

g) Respeito pelo conceito em estudo na prática clínica

A maior parte dos questionados escolheu como opção de resposta Parcialmente respeitado. Ora tal justifica ainda mais a realização deste trabalho, dado que numa prática profissional competente não se admitiria outra opção que não fosse senão a de totalmente respeitado. Temos aqui um problema de melhoria da competência profissional, que passa por um respeito integral da Pessoa que se constitui como destinatária de cuidados. Tal consideração cria um problema: o que será preciso modificar nas práticas profissionais para que a dignidade dos destinatários seja sempre respeitada? A formação dos profissionais? O paradigma da prestação de cuidados? Uma atenção maior à figura do enfermeiro de família? Maior dotação de recursos (materiais ou humanos) nos locais de prestação de cuidados? Ou ainda, uma modificação das representações sociais das práticas de enfermagem?

Algumas incongruências, que levantam sérias questões:

-como é que a maioria dos questionados considera o conceito em estudo muito relevante e não considera que este é totalmente respeitado na sua prática clínica?

-como é que os profissionais questionados explicam o carácter frequente das situações, e ao mesmo tempo afirmam que o respeito pelo conceito em estudo na prática clínica é parcial?

-qual é o estadio de desenvolvimento profissional dos questionados que escolhe a Ética profissional para fundamentar a sua prática clínica ?

CONCLUSÃO

Podemos considerar, retroactivamente, quanto ao presente trabalho de projecto, que:

- a) a problemática do estudo- perfeitamente actual e pertinente para uma prática profissional de excelência;
- b) os objectivos- atingidos;
- c) a metodologia- a possível;
- d) as principais conclusões- o tema em estudo carece de uma maior atenção, tanto da parte da Bioética, como da parte da Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários.

A posição do investigador relativamente aos dados obtidos é a de que correspondem às suas expectativas sobre a realidade do problema da aplicação do conceito em estudo

Os dados obtidos pelo investigador podem ser aplicados á melhoria dos cuidados prestados, na medida em que contextualizaram o problema da aplicação do conceito da Dignidade Humana na Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários.