



Percursos

Publicação do Departamento de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

Armandina Antunes

Alice Ruivo

Joaquim Lopes

Paula Leal

Colaboradores

Permanentes

Ana Paula Gato

Cândida Ferrito

Fernanda G. Costa

Lurdes Martins

Mariana Pereira

Colaboradores neste Número

Célia Vaz

Elsa Rosário

Isabel Silva

Lucília Nunes

Regras de Publicação:
Revista N.º 5, 2007

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt

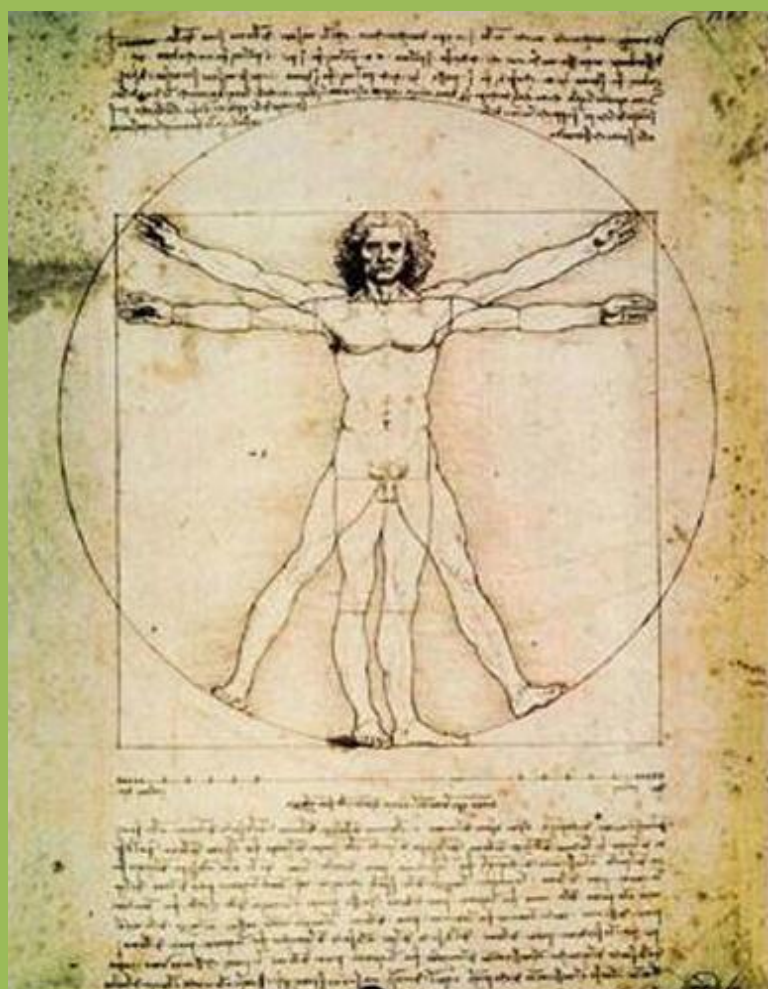
antonio.freitas@ess.ips.pt

PARECERES – REFLECTIR O AGIR.

Análise complexa de um caso.

Célia Vaz, Elsa Rosário, Isabel Silva

Rev. Lucília Nunes



Editorial

Neste número da *Percursos*, de forma inaugural, apresentamos um trabalho prismático de análise de caso, considerando diversas vertentes.

Esta tarefa foi solicitada aos estudantes do 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na unidade curricular de Filosofia, Bioética e Direito da Enfermagem, no 1º semestre do Curso.

Notemos que deve dar resposta a cinco módulos: Epistemologia e Conhecimento, Ética de Enfermagem, Direito da Saúde e da Enfermagem, Análise do Código Deontológico do Enfermeiro e Humanidades e Culturas.

O trabalho foi revisto e ligeiramente alterado na estrutura, para ser publicado como texto de análise de caso.

“Perante a complexidade de situações que emerge da prática de cuidados de enfermagem, os direitos e os deveres dos doentes surgem como questões centrais. Quando o alvo da prestação é o doente crítico a situação reveste-se de especial complexidade, não só pela especificidade inerente a este doente / família mas sobretudo pelo significado social, familiar e afectivo que uma situação de doença crítica acresce.

Mas o que fazer quando o doente crítico diz “Não”? No caso de doentes com alteração do estado de consciência, quem toma a decisão? Como se pronuncia a legislação nesta matéria? “

A temática emerge da prática das discentes, enfermeiras na prestação de cuidados num Centro Hospitalar do distrito.

“Diariamente, os enfermeiros tomam decisões sobre o seu desempenho, de acordo com a sua área de competência, em intervenções independentes ou interdependentes.

A tomada de decisão do enfermeiro, adequada a cada situação concreta, deve ser feita no sentido da excelência do seu exercício profissional e para que tal aconteça o enfermeiro tem que considerar os valores da profissão e os princípios éticos, assim como os deveres inscritos no Código Deontológico e as normas legais existentes.

Cada caso deve ser analisado de acordo com o conhecimento e a experiência do enfermeiro, englobando também uma perspectiva científica, mas não só, uma vez que a fundamentação da tomada de decisão deve englobar sempre uma perspectiva ética, deontológica e jurídica, pois só assim estará garantida a excelência dos cuidados.”

Apesar de cada situação requerer uma abordagem específica, tendo em conta a individualidade da pessoa e dos envolvidos, é necessário ao enfermeiro, um corpo de conhecimentos referentes a legislação e deontologia, como também um desenvolvimento da sensibilidade ética e moral para que a sua actuação seja adequada.

Boas leituras!

PARECERES – REFLECTIR O AGIR.

ANÁLISE COMPLEXA DE UM CASO.

Célia Vaz, Elsa Rosário, Isabel F. Silva
Rev. Lucília Nunes

INTRODUÇÃO

Perante a complexidade de situações que emerge da prática de cuidados de enfermagem, os direitos e os deveres dos doentes surgem como questões centrais. Quando o alvo da prestação é o doente crítico a situação reveste-se de especial complexidade, não só pela especificidade inerente a este doente / família mas sobretudo pelo significado social, familiar e afectivo que uma situação de doença crítica acresce. Mas o que fazer quando o doente crítico diz “Não”? No caso de doentes com alteração do estado de consciência, quem toma a decisão? Como se pronuncia a legislação nesta matéria?

Os enfermeiros, profissionais do Cuidar, têm, ou devem ter, uma visão e concepção do Outro como Pessoa, qualquer que seja a situação de prestação de cuidados. Em unidades de cuidados intensivos, os doentes, que são pessoas e cidadãos para além da sua situação de doença, estão perante um meio desconhecido, muitas vezes hostil e que não dominam, numa situação sentida como de inferioridade. Na maioria das situações estão ventilados e sedados, não podendo, na verdadeira asserção da palavra, agir em seu próprio benefício, estando dependentes de terceiros. Nestes serviços, a presença do enfermeiro junto dos doentes é constante, a relação é contínua e através do cuidar,

para nós essência da enfermagem, contribuindo para preservar a dignidade humana.

No caso que seleccionámos para analisar, referente a um doente crítico, internado em unidade de cuidados intensivos, aborda-se a questão do direito à recusa por parte do doente, e de quem é o direito de decidir, procurando encontrar fundamento jurídico para a actuação do enfermeiro nestas situações, à luz das dimensões científica, ética, epistemológica e deontológica, perspectivando também a dimensão humanística e cultural da profissão de enfermagem.

O enfermeiro toma sistematicamente decisões, em situação de prestação de cuidados. No caso do doente crítico em especial, pela sua situação de vulnerabilidade e *inferioridade* circunstancial, a tomada de decisão deve fundamentar-se no respeito pelo outro e na sua dignidade como pessoa. Acreditamos, ao realizar este trabalho, que as decisões dos enfermeiros devem ser suportadas pelas leis e direitos do doente, e por uma forte componente de preocupação ética na defesa da sua dignidade como pessoa.

APRESENTAÇÃO DO CASO

O Sr. *Manuel* [nome fictício] de 58 anos, casado, com três filhos maiores, encontra-se internado num serviço de cuidados intensivos. Está internado há 16 dias, ventilado, sedado, sem evolução favorável do quadro clínico. Tem como diagnóstico clínico pneumonia grave, com dificuldade de adaptação à ventilação mecânica. Adaptado ao ventilador mas dependente do mesmo, não tendo havido sucesso nas várias tentativas de desmame ventilatório. No momento da admissão encontrava-se consciente, tendo durante o

internamento, passado por vários níveis de consciência, consoante a dose de sedação e analgesia instituída. Actualmente mantém analgesia em doses mais baixas, apresentando abertura ocular ao chamamento, dirigindo o olhar e respondendo a perguntas simples por mímica gestual, através de códigos combinados com os profissionais do serviço; no entanto só consegue mobilizar ligeiramente a cabeça, para responder *sim* ou *não*, e efectuar abertura ou encerramento dos olhos para o mesmo efeito.

O Sr. *Manuel* tem tido sempre a visita da esposa e dos três filhos. Refere-se que no dia da admissão mostrou preocupação pelo facto de estar internado, o que nunca tinha ocorrido, e de não poder trabalhar, mencionando ser o “chefe da família”, pois a esposa não trabalhava, e era ele quem habitualmente coordenava a maioria dos aspectos relativos à dinâmica familiar.

Independente em todas as actividades de vida e autónomo em todas as suas decisões, ao aperceber-se das situações de doença dos outros doentes internados, refere a dependência como o seu maior receio e a sua principal angústia, e verbaliza desde o primeiro dia de internamento que recusará qualquer técnica invasiva que comprometa a sua integridade física, altere a auto imagem e lhe limite a “liberdade”.

A evolução desfavorável da situação clínica determinou a necessidade de ventilação invasiva com tubo orotraqueal (TOT), com a qual o doente acabou por concordar, após explicação exaustiva pela equipa de saúde, sobre a necessidade da mesma e o seu carácter provisório até à esperada melhoria do quadro. Para melhorar a adaptação ao ventilador, foi necessário iniciar sedação e analgesia. Não existindo evolução favorável do

quadro clínico, foi decidido em reunião da equipa médica, a realização de traqueostomia. O doente foi informado pelo médico sobre o procedimento na presença do enfermeiro. O Sr. Manuel após a explicação demonstrou um fâcies apreensivo, e movimentou lateralmente a cabeça, para dizer que não. O médico reforçou a necessidade da intervenção, como medida terapêutica, explicando que seria uma situação transitória para conseguir melhorar a situação clínica, e sem esperar pela reacção do doente abandonou o local. Para a realização da cirurgia é necessária autorização do doente, concretizada através de um documento de consentimento informado, onde se declara que o doente foi informado do procedimento cirúrgico e o consente, assinando a autorização. No caso do Sr. Manuel, não sendo possível obter a sua assinatura, a equipa médica solicitou à esposa a autorização escrita para a realização da traqueostomia, após a explicação do que era e qual era o objectivo. A esposa não assinou imediatamente a autorização referindo que ia pensar e falar com os filhos.

O Sr. Manuel apercebendo-se da situação de conflito entre a sua vontade e a decisão médica, inicia um processo de desadaptação do ventilador, sem causa evidente relacionável com agravamento da situação clínica, e que se atribuiu a ansiedade, havendo necessidade de reiniciar sedação para facilitar adaptação ao ventilador. Perante a insistência da equipa médica, a esposa acabou por assinar a autorização, e o Sr. Manuel realizou a traqueostomia.

ANÁLISE DO CASO

O caso será analisado na perspetiva científica, ética, epistemológica, cultural e humanista, jurídica e deontológica.

PERSPECTIVA CIENTÍFICA

Nos últimos anos têm sido muitos os avanços tecnológicos para a manutenção da via aérea, aumentando a esperança de vida dos doentes internados em cuidados intensivos (Marcelino et al, 2009).

Perante estes avanços, foram surgindo protocolos de actuação que permitissem responder à complexidade das situações e à diversidade de técnicas e métodos, tendo em conta a gravidade dos doentes, as complicações e as sequelas.

Em unidades de cuidados intensivos o acesso à via aérea é efectuado através de tubo endotraqueal ou traqueostomia. Pritchard (1994) refere que a traqueostomia está indicada quando se prevê uma ventilação mecânica prolongada, facilitando o desmame ventilatório, ao reduzir o espaço morto anatómico até 50%. Segundo o mesmo autor apresenta também como vantagens, facilitar a toilette brônquica, melhorar o conforto do doente, a higiene oral e a liberdade de comunicação gestual (mímica labial), evitando complicações como as erosões e ulcerações da mucosa traqueal, resultantes de intubação endotraqueal prolongada.

No serviço onde está internado o Sr. Manuel, por norma, os doentes realizam traqueostomia quando existe necessidade de ventilação mecânica por um período superior a 15 dias. A traqueostomia é uma técnica cirúrgica realizada com o objectivo de permitir a passagem de uma cânula através da parede anterior da traqueia, desde o exterior para dentro do lúmen (Marcelino et al, 2009).

A traqueostomia apresenta vantagens em relação à entubação endotraqueal, como se pode observar no quadro seguinte (Marcelino et al, 2009, pág. 193).

QUADRO 1. Traqueostomia vs Intubação endotraqueal

	Traqueostomia	Intubação endotraqueal
Vantagens	• Facilidade de substituição • Maior mobilidade do doente • Falar, deglutir • Facilita eliminação de secreções • Conforto do doente	• Técnica rápida em mãos experientes • Ausência de procedimento cirúrgico • Ausência de complicações do estoma
Desvantagens	• Complicações no local do cuff • Complicações do estoma • Aumento da incidência de infecções respiratórias • Aumento da mortalidade por descanulação inadvertida antes da formação do trajecto	• Complicações no local do cuff • Complicações laringeas • Substituição requer sempre experiência • Supervisão na UCI • Lesão da naso-faringe

Também podemos considerar vantagens em relação às necessidades de suporte ventilatório. O trabalho respiratório, resistência das vias aéreas e o auto-PEEP, diminuem após a traqueostomia, melhora o sincronismo com o ventilador, a toilette brônquica é mais eficaz, assim como o desmame ventilatório, além de melhorar o conforto do doente (Ambesh et al., 2002; Ault et al., 2003; Marcelino et al., 2009).

Em relação ao risco de aspiração e pneumonia associada aos cuidados de saúde, não existe evidência de redução (Marcelino et al., 2009).

O *timing* ideal para a realização da traqueostomia não é consensual e depende sobretudo de cada doente; deve considerar-se a sua realização quando o período de ventilação mecânica se prolonga para além dos 15 dias, no máximo três semanas (Marcelino et al., 2009).

No caso do Sr. Manuel foi proposta ao doente e à família a realização de traqueostomia ao fim de 16 dias de internamento.

Rana et al. (2005) citado por Marcelino et al. (2009:194), refere que “ A pneumonia nosocomial, a administração de aerossóis, aspiração presenciada e a reintubação, têm sido independentemente associados com a ventilação mecânica prolongada e a necessidade de traqueostomia”. O Sr. Manuel tinha diagnóstico de pneumonia associada à ventilação mecânica e administração de aerossóis.

Para muitos doentes esta situação é reversível, desde que se consiga um desmame ventilatório eficaz, para o que é necessário não existir obstrução das vias aéreas superiores, o doente ter capacidade para eliminar secreções e reflexo de tosse eficaz (Marcelino et al., 2009).

O doente entubado com tubo ou cânula traqueal, sofre uma alteração da comunicação verbal que se manifesta pela não emissão de sons. Quando o tubo ou cânula traqueal é introduzido fica posicionado ao nível das cordas vocais, impedindo o ar de passar, o que não permite a formação de sons, visto que o som é produzido pela vibração das cordas vocais. O doente fica então privado de comunicar oralmente, uma vez que as estruturas fisiológicas necessárias à comunicação verbal não podem desempenhar adequadamente as suas funções. Embora todas as formas de acesso endotraqueal produzam afasia de expressão, ou seja, impedem o doente de se expressar oralmente, o acesso endotraqueal através de uma traqueostomia tem algumas vantagens neste campo, relativamente ao tubo endotraqueal oral pois existem cânulas de traqueostomia com cuff que permitem a fala, caso a condição clínica do doente o permita.

Steffen et al (2009), refere que a comunicação constitui uma parte integrante da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo determinante para a satisfação dos doentes e dos enfermeiros, particularmente nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), onde os doentes apresentam compromisso dos seus processos comunicacionais.

Estudo qualitativo realizado por Alasar e Ahmad (2005), sobre as experiências de comunicação enfermeiro – doente crítico conclui que, inconscientemente, os doentes impedidos de comunicar verbalmente por estarem ventilados são alvo de menos interações e episódios comunicacionais por parte dos enfermeiros, comparativamente com os doentes que não estão ventilados e podem comunicar verbalmente. Sugerem que é necessário encontrar formas alternativas para comunicar com estes doentes, possibilitando fornecer-lhes a informação a que têm direito e promover a satisfação das suas necessidades.

Hafsteindóttir (1996) efectuou um estudo com doentes que tinham sido sujeitos a ventilação mecânica que revelou que todos referiram lembrar-se da sua experiência de comunicação como um dos aspectos mais negativos que tinham enfrentado nessa situação, o que era concordante com resultados de outros estudos de investigação realizados com o mesmo tipo de doentes (Ashurst, 1998; Hudak *et al*, 1997). Hafsteindóttir (1996), salienta que a comunicação com os doentes em UCI é limitada e as conversas tendem a ser curtas e não focadas nos problemas emocionais dos doentes. Segundo este autor essa é uma das razões pela qual, e de um modo geral, os doentes em UCI, descrevem como negativas as experiências de comunicação enquanto estão ventilados (Rosário,

2009). Há uma tendência dos profissionais de saúde para utilizarem comportamentos bloqueantes e desencorajadores durante a comunicação com os doentes, como por exemplo o “*virar as costas*” quando não percebem o que o doente lhes tenta transmitir (Rosário, 2009).

Ashworth (1987) considera que os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos devem orientar e ajudar os doentes ventilados a encontrar alternativas para comunicar, fazendo algumas sugestões: o uso da escrita através de um marcador ou através de um “*quadro mágico*”, palavras indicadoras, alfabetos ou imagens onde o doente pode indicar o que quer dizer. O enfermeiro pode também ensinar o doente a soletrar, de forma a conseguir ler nos seus lábios o que quer dizer, ou combinar códigos de comunicação através de pequenos gestos corporais.

Neste contexto Ramos (2008:101) refere-nos, que “Uma parte dos problemas, disfuncionamentos e insatisfação ao nível relacional e organizacional no âmbito da saúde, está relacionada com problemas de comunicação, nomeadamente, ao nível da informação e dos desempenhos comunicacionais dos profissionais de saúde, e algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver com a falta de conhecimentos e de respeito dos profissionais de saúde sobre as representações e crenças de saúde e doença do utente/doente e sobre as relações deste com o seu mundo social, cultural e comunitário.”

A comunicação e a informação adaptadas às necessidades individuais, sociais e culturais dos doentes internados em unidade de cuidados intensivos, nomeadamente nos doentes ventilados impossibilitados de comunicar verbalmente,

facilitarão a sua adaptação ao tratamento, favorecendo um sentimento de segurança que contribui para reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress provocados por esta situação de crise. Uma comunicação eficaz, adaptada ao doente ventilado, promoverá o seu bem-estar psicológico e a satisfação com os cuidados de saúde, contribuindo eficazmente para o estabelecimento de uma relação de ajuda (Rosário, 2009).

PERSPECTIVA ÉTICA

*Entre o bom e o mau
nunca é importuno pensar e actuar com inteligência
...numa arte feliz e um compromisso racional.*
George Santayana

A prestação de cuidados de enfermagem constitui um processo complexo que requer a articulação de várias áreas do saber e exige um vasto campo de conhecimentos que engloba as dimensões técnica, científica, relacional e ética.

Durante muitos anos, o compromisso de melhores cuidados ao doente, apenas conhecia restrições decorrentes dos conhecimentos científicos existentes e da sabedoria prática dos profissionais. Contudo a notável evolução dos conhecimentos científicos dos últimos anos, tem proporcionado uma prática de cuidados com profundo e rigoroso fundamento científico mas que conduziu a novas questões, perplexidades e desafios que exigem decisões de contornos éticos da maior relevância.

Conforme refere Fry (1994) as grandes alterações que se têm verificado nos cuidados de saúde, as novas tecnologias e o crescente papel desempenhado pelas enfermeiras sugerem que se questione se estarão as enfermeiras, hoje em dia, preparadas para tomar decisões éticas nos novos contextos dos cuidados de saúde.

Actualmente, os enfermeiros confrontam-se, em qualquer área do exercício, com problemas éticos e com a consequente necessidade de tomar decisões complexas que exigem conformidade com os princípios e valores éticos, em geral, e da profissão, em particular. Neste contexto parece-nos oportuno apresentar uma sumária definição de ética, em particular de ética de enfermagem, como ponto de partida para esta análise.

A ética, tal como Aristóteles a descreveu, é prática em dois sentidos: primeiro deve ser baseada na acção efectiva e segundo, deve ajudar-nos a tomar decisões mais fundamentadas relativamente aos problemas reais". (Thompson et al, 2004)

Originalmente ética e moral eram termos sinónimos, que se referiam aos costumes sociais que dizem respeito ao certo e ao errado, na teoria e na prática do comportamento humano, levando a que na sua utilização quotidiana sejam ainda empregues quase indiscriminadamente. Há contudo, segundo Renaud (1996), uma distinção entre os dois termos que é importante fazer, dado não serem termos unívocos. A palavra moral deriva do termo latim *mos moris* e refere-se à obrigação, ao dever ser, sendo que o dever moral é do tipo deontológico. A moral pertence ao domínio da normalidade, da Lei, reporta-se à instituição e à vida pública.

A ética provém do termo grego "*ethos*", o qual tinha duas grafias diferentes, "*êthos*" e "*éthos*". O primeiro designa o lugar de onde brotam os actos, a interioridade da pessoa, o carácter; o segundo designa o hábito, referindo-se ao agir habitual. Refere-se por isso à Pessoa e ao mundo privado, visando o projecto e o dinamismo do agir humano e permitindo uma justificação do agir.

O fundamento da ética é a Pessoa Humana.

A ética acolhe princípios e valores que fundamentam as decisões tomadas, relativamente à prática daquilo que é bom e correcto para os seres humanos, que têm impacto moral.

A função da ética guiar a acção a favor do bem presumido do Outro. Implica uma reflexão sobre o agir, reportada a valores e a princípios, promovendo ou apelando a comportamentos que respeitem sempre a pessoa humana, sem discriminações.

Os valores dizem respeito, segundo Hawkins (1996), às crenças que habitualmente se partilham com os outros, em relação às quais se está empenhado de uma forma pessoal e a partir das quais se está preparado para agir, para sustentar as decisões tomadas e as acções futuras. Os valores individuais não podem, por isso, ser considerados isoladamente daqueles que vigoram na sociedade e na cultura onde o indivíduo se insere. Segundo Thompson (2004) quer os valores individuais, quer os valores partilhados são de importância óbvia na reflexão das questões éticas.

Um princípio é por definição uma verdade fundamental ou doutrina que constitui o início de inspiração ou direcção para uma acção moral, ou um ponto de partida para o raciocínio moral. Os princípios referem-se às questões básicas que se devem colocar, servem de orientação, indicam caminhos mas não indicam o fim nem o que acontecerá durante o percurso.

Neste contexto, e apesar da global diversidade cultural, existem princípios que Kant (1785) designou como pressupostos e necessários à ética, princípios constitutivos da ética, segundo Paton (1969) referido por Thompson (2004), como o **conceito de "pessoa"** definida como um indivíduo

que é detentor de direitos e de responsabilidades e sem o qual não faria sentido falar de ética.

As pessoas são sempre um fim em si próprias e não um meio instrumental para alcançar um fim, o que define **o respeito pela pessoa** como um princípio regulador do agir ético exigindo respeito pelos direitos dos outros.

Para o mesmo autor, **a autonomia** é outro pressuposto teórico e prático necessário para qualquer sistema de funcionamento ético. Refere-se à capacidade e possibilidade de um indivíduo ser capaz de exercer determinado grau de auto-determinação, ser livre e capaz de agir de forma a usar os seus direitos e a reconhecer os seus deveres para com os outros.

O conceito de pessoa e os direitos descritos daí decorrentes só estabelecem um sistema de ética coerente se tiverem uma aplicabilidade universal e sem discriminação, o que faz surgir um outro princípio constitutivo, o **princípio ou critério de universalidade**. Esse princípio procura garantir que os direitos do indivíduo, enquanto pessoa, sejam aplicados a toda a gente sem discriminação, ou seja, procura garantir a equidade ou justiça universal.

Há ainda um último princípio construtivo, decorrente das evidentes desigualdades e profundas discrepâncias entre os homens, que se designa por **princípio da reciprocidade**, baseado no reconhecimento do dever recíproco de cuidar uns dos outros e na capacidade de fazer aos outros o que gostaríamos que nos fizessem.

Estes princípios fundamentam os comportamentos definidos para alguns grupos profissionais, mas sendo a ética a ciência dos comportamentos, exige uma atenção particular de todos os que pela sua

actividade profissional têm responsabilidades sobre a vida humana.

A enfermagem é disto um singular exemplo.

Cada enfermeiro, enquanto profissional, tem um compromisso de cuidado e de responsabilidade pelo Outro que se entrega e confia ao seu cuidado, podendo ser uma pessoa, uma família, um grupo ou comunidade. Sendo uma profissão centrada no cuidado à pessoa, onde cada acto profissional exige escolhas e decisões tendo sempre como referência a pessoa a quem é dirigida a acção, deve, segundo Surribas (1995:4), "basear-se num discurso ético que encaminha a sua actividade para a sociedade como um bem para a mesma".

Segundo Pedrero (1998:22) "a ética de enfermagem estuda as razões dos comportamentos na prática da profissão, os princípios que regulam essas condutas, as motivações, os valores do exercício profissional, as alterações e as transformações através do tempo".

A função da **ética de enfermagem** é conduzir a actividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro, sabendo que as decisões de enfermagem afectam significativa e continuamente a vida das pessoas.

O Código Deontológico do Enfermeiro (DL nº 104/98 de 21 de Abril) baseia-se em princípios jurídicos e éticos fundamentais, como a dignidade humana, o respeito pela pessoa, a responsabilidade, a autonomia, a justiça, a beneficência (não maleficência), que elencam um conjunto de princípios e deveres de acordo com os quais se rege a relação do enfermeiro com o Outro, enquanto receptor de cuidados.

O **princípio da dignidade humana**, constitui o pilar estruturante sobre o qual assentam todos os

outros princípios e valores, bem como os direitos fundamentais de todos os seres humanos, sem excepção. Implica o reconhecimento do ser humano, enquanto sujeito moral, com uma dignidade absoluta. É uma exigência ética que inscrita na prática diária dos cuidados garante a centralização desses mesmos cuidados em cada pessoa como o fim dos cuidados e impedindo a sua utilização como um meio.

O **princípio do respeito pela pessoa**, inclui respeitar a vida, a dignidade e os direitos do homem em todas as suas vertentes. Envolve ainda alguns requisitos indispensáveis como sejam: a privacidade, a veracidade e a autonomia. Também a **responsabilidade** é uma noção ética fundamental, pois é correlativa da liberdade, uma vez que só é possível ser responsável pelas acções voluntariamente escolhidas, e ao enfermeiro é acometida a responsabilidade da adequada prestação de cuidados de enfermagem, sob a premissa de que a pessoa é o centro do universo bioético.

Segundo Thompson et al (2004:20) “os enfermeiros, tanto pela lei como pela ética, têm uma responsabilidade fiduciária não só para cuidar e aconselhar os pacientes, mas também para agirem ou advogarem em nome daqueles que estão menos bem informados ou que são incompetentes”. O enfermeiro tem então uma responsabilidade que associa uma visão retrospectiva da capacidade de imputação pelo acto realizado e as suas consequências, ao sentido projectivo por antecipação, acautelando prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício (Nunes, 2008).

Decorrente dos princípios anteriores, surge a **autonomia**, que implica o reconhecimento de que cada pessoa é autónoma nas decisões relativas a si próprio e à sua vida, isto é, capacidade de agir e exercer os seus direitos nas condições que a ordem jurídica prevê, ou seja, possuir capacidades intelectuais e emocionais para assumir uma decisão. Para Kant (1999), só sendo autónoma a pessoa pode agir como ser moral, escolhendo e respeitando a lei moral.

Do ponto de vista ético, a autonomia refere-se ao respeito pela autodeterminação humana do doente ou representante legal, e fundamenta a relação terapêutica entre os profissionais de saúde e o doente, e o consentimento nos diversos tratamentos disponíveis.

A autonomia requer respeito pelos direitos individuais do doente para que este possa tomar decisões por si próprio baseado nos seus valores, isentas de qualquer paternalismo, coacção ou manipulação (Cabral, 1996). É a liberdade para tomar uma decisão baseada no que é moralmente correcto segundo o senso comum, em vez de preocupações com interesses pessoais.

A tomada de decisão é definida pelo Dicionário da Língua Portuguesa (2001) como “a fase conclusiva do acto voluntário que sucede à deliberação e que corresponde ao momento de escolher e resolver”.

Para os cuidados de enfermagem, a **tomada de decisão** é da maior relevância, pois a relação terapêutica promovida durante o exercício profissional “caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2001).

A tomada de decisão é basicamente uma escolha presente no quotidiano pessoal ou profissional dos enfermeiros, é empregue de forma inconsciente sem reflexão crítica e assente no conhecimento científico, experiência prática e princípios organizacionais e morais, num processo extremamente complexo que vulgarmente não é explicado. Quando numa situação específica esta decisão exige uma reflexão e uma explicação dos motivos, das razões e dos critérios que orientaram e determinaram a decidir ou a agir de determinada forma, sendo a escolha entre alternativas ambas indesejáveis ou envolvendo um choque de princípios ou deveres, real ou aparentemente irresolúvel, onde não há regras ou precedentes a seguir, poder-se-á falar de dilema.

Nunes (2011) refere que a angústia das escolhas referenciada em Antígona, é o que hoje designamos por dilema.

Um **dilema** é uma escolha de qualquer tipo, entre duas alternativas não satisfatórias, mas nem todos os dilemas são dilemas morais. O que faz da escolha um dilema moral é o facto de ele implicar conflito entre princípios morais opostos ou valores aplicáveis às situações – aquilo que acreditamos dever fazer, ou aquilo que acreditamos ser fundamentalmente bom ou importante. O dilema traduz sempre uma conjuntura que implica uma escolha difícil entre duas possibilidades de acção, e que no contexto dos cuidados de saúde se traduz em situações onde as alternativas de acção envolvem a possibilidade de causar malefícios, havendo dificuldade em escolher a acção certa e identificar o benefício ou malefício daí decorrentes.

O conceito de dilema, de acordo com Sletteboe citado por Gândara (2004), possui cinco atributos ou características. O primeiro é o *envolvimento*,

compromisso ou cometimento das pessoas envolvidas na situação, sem o qual o dilema não é reconhecido. O segundo é a *escolha de entre (duas) alternativas igualmente indesejáveis* ou a escolha de uma solução satisfatória mas com resultado indesejado. O terceiro é a *consciencialização das alternativas pelas pessoas envolvidas*, face às diferentes hipóteses de solução. O quarto é a *necessidade de escolher* uma entre as alternativas existentes e por último a *incerteza da acção*, que traduz quer o desconhecimento das reais consequências da alternativa escolhida, quer a atitude certa a tomar face à inevitabilidade de consequências indesejáveis.

No âmbito concreto da prestação de cuidados de enfermagem, o dilema ético surge quando existe uma conflituosidade entre princípios éticos e bioéticos presentes num quadro situacional caracterizado por quatro elementos fundamentais - o agente, o acto, as circunstâncias e as consequências – e exige para a sua compreensão teorias e abordagens que se interligam numa lógica explicativa (Gândara, 2004).

Esta temática assente no respeito pelos direitos humanos tem constituído um desafio para a reflexão filosófica, no sentido do estabelecimento de condições de legitimidade ética da decisão tomada e como referido anteriormente, feito surgir algumas teorias sobre o processo de tomada de decisão (Neves, Pacheco, 2004):

- A teoria teleológica que considera as consequências das diferentes alternativas possíveis na tomada de decisão para o agir.
- A teoria deontológica que privilegia os princípios morais para a tomada de decisão, orientando a acção pelo que é reconhecido como uma obrigação moral.

- A ética das virtudes que destaca as virtudes na determinação do percurso a seguir.
- A ética do cuidado que realça a relação empática estabelecida entre o doente e o profissional de saúde e o suporte de cuidados disponíveis, como os aspectos a considerar na tomada de decisão acerca do modo de agir. As decisões individuais, enquanto autónomas, reforçam a dignidade da pessoa e são o corolário da sua autonomia.

Contudo, a decisão ética não está padronizada, protocolada ou normalizada pois cada problema deve ser olhado e analisado segundo as circunstâncias que o tornam particular, único e singular.

Não existem soluções iguais pois os problemas serão sempre diferentes, dadas as circunstâncias de tempo, modo e lugar serem inevitavelmente distintas. Isto não faz porém, da decisão ética um processo oculto, mas antes um processo de resolução de problemas que tem em consideração a complexidade das situações, os papéis dos vários actores, que exige uma apreciação cuidadosa de todos os aspectos relevantes, permitindo aprendizagens e aportes úteis na melhoria de futuros desempenhos.

Com o objectivo de facilitar o encontro de uma resposta adequada e justa para os problemas éticos, isto é, de definir um método prático para orientar a análise e reflexão crítica essenciais à tomada de decisão, foram desenvolvidos diversos modelos.

Embora nenhum dos modelos para a tomada de decisão, que de uma forma geral apresentam aspectos comuns, garanta a obtenção de respostas definitivas e seguras, permitem ao profissional de saúde em geral, ao enfermeiro em particular,

considerar as alternativas à luz dos princípios e valores em conflito, escolher conscientemente uma alternativa e assumir a responsabilidade dessa decisão, ou seja, tomar decisões éticas prudentes.

Segundo Thompson et al (2004:324) isto está de acordo com Aristóteles que define prudência como *“a capacidade para aplicar os princípios gerais às situações específicas, através da aquisição de conhecimentos e capacidades, de forma a escolhermos os melhores meios disponíveis para alcançarmos um bom fim”*.

Ainda de acordo com o mesmo autor, todos os actos intencionais e deliberados possuem reconhecida uma estrutura – causas /meios/fins - que deverá estar presente em todos os processos de tomada de decisão.

As *causas* referem-se aos antecedentes que determinam o contexto específico em que é necessário actuar ou decidir.

Os *meios* envolvem os agentes responsáveis pela implementação da decisão ou do plano de acção, e também a escolha dos meios e métodos necessários para atingir os objectivos.

Os *fins* reportam-se ao objectivo ou meta da acção e às consequências ou resultados pretendidos.

Estamos conscientes de que os vários modelos, encontrados na literatura, apresentam vantagens e limitações, e embora explicitem de forma semelhante o processo de tomada de decisão, diferem globalmente no modo como cada uma das etapas é designada e pormenorizada. Todavia, optamos por analisar o nosso caso segundo o modelo DECIDE (Thompson et al, 2004).

Este é um modelo para a resolução de problemas éticos, baseado na análise da estrutura *“causas/meios/metapas”* dos actos intencionais, que

inclui seis passos, apresentados no quadro seguinte.

QUADRO II – MODELO DECIDE

Modelo DECIDE		
D	Definir os problemas (identifica os factos mais importantes do caso, quem está envolvido, quais os seus direitos e os nossos deveres e ainda qual o principal problema ético abordado).	Estes dois primeiros passos analisam as causas e os princípios antecedentes que são aplicáveis ao caso.
E	Estudo ético (identifica os princípios éticos relevantes e prioritários no caso).	
C	Considerar opções (identifica o que pode ser feito, que opções e procedimentos existem e ainda as ajudas, meios e métodos que é necessário empregar).	Estes passos compreendem uma análise das opções, meios e métodos existentes.
I	Investigar os resultados (identifica os resultados éticos, custos e benefícios, isto é, face a cada opção antevê as consequências prováveis dos vários procedimentos).	
D	Decidir sobre a acção (determina, após ter optado pela melhor opção, um plano específico com definição de objectivos claros e desencadeia a acção decisiva).	Estes últimos passos envolvem a acção intencional e a avaliação dos resultados relativamente aos objectivos definidos.
E	Estimar/avaliar os resultados (monitoriza o progresso dos acontecimentos e avalia cuidadosamente se os objectivos foram ou não atingidos).	

Adaptado de Thompson et al, 2004

Aplicamos agora este modelo, ao caso relatado com a noção de que este é apenas um guia orientador da decisão ética, pois a incerteza e complexidade da vida e os contextos específicos e únicos de cada situação não permitem respostas simples e imediatas, mas impulsionam a procura de soluções racionais possíveis para os problemas. Como alerta Nietzsche: *“Cuidado com aqueles que simplificam”*.

Reportando-nos ao caso em análise, pareceu-nos evidente que o Sr. Manuel valoriza de modo significativo a sua independência, integridade física

e auto-imagem, a liberdade para decidir e o seu papel de orientador da dinâmica familiar.

A evolução desfavorável da situação clínica determinou a necessidade de ventilação invasiva por um período prolongado, fazendo emergir a necessidade de decidir sobre aspectos que o Sr. Manuel assumia como inquestionáveis. Embora apresentando variações do nível de consciência, no momento de decidir a intervenção, o doente encontrava-se consciente e com capacidade para comunicar, fazendo-se entender por mímica labial e gestual. Apresenta também défice motor que se traduz por diminuição da força muscular que o impossibilita de escrever.

Apesar destas limitações o doente consegue expressar a sua vontade, pois continua consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa, aparentemente na posse das capacidades previstas para poder exercer os seus direitos, nomeadamente para poder decidir se autoriza ou não a realização da referida técnica. O doente, é por isso o decisor deste processo e há que assegurar que tenha acesso a toda a informação conducente a uma tomada de decisão livre e esclarecida. Após lhe ter sido fornecida toda a informação pertinente relacionada com a situação, este toma a decisão de não autorizar que lhe seja feita traqueostomia.

Estamos face a um problema onde existe um claro e real conflito de deveres, direitos e princípios, do doente e da equipa de saúde, e que exige uma escolha difícil; estamos perante um dilema ético.

É importante identificar os princípios éticos relevantes e prioritários deste caso.

O doente, é detentor de direitos e de responsabilidades conferidas pela dignidade absoluta que possui enquanto ser humano e que

lhe garantem todos os direitos fundamentais daí decorrentes, em particular o seu direito de autonomia que pressupõe a sua capacidade de agir, ou seja, a capacidade para o exercício dos seus direitos, nas condições que a ordem jurídica prevê e que este doente auferir.

O doente é, por outro lado, uma pessoa singular, dotada de inteligência e vontade idónea para avaliar os seus critérios de acção e hierarquizar as suas opções, pelo que tem o direito de decidir o que vai ser feito com o seu corpo, isto é, de recusar a intervenção proposta. Enquanto pessoa este doente age intencionalmente e exige ser tratado com justiça, verdade e respeito, em função da sua dignidade humana.

A equipa de saúde, nomeadamente o enfermeiro, analisa a decisão do doente considerando os aspectos idiossincráticos do mesmo enquanto ser multidimensional, reconhecendo a situação de vulnerabilidade em que se encontra, o meio ambiente onde se insere e os seus contextos vivenciais como aspectos relevantes a ter em conta face à proposta de traqueostomia. Esta compreensão implica garantir a observância dos direitos e deveres para com este doente, assentes nos princípios éticos que servem de fio condutor à actuação do enfermeiro.

Numa perspectiva ética, o cuidado prestado pelo enfermeiro inclui a responsabilidade pelo Outro, materializado com o acto de tomar conta em resultado do encargo confiado (Nunes, 2006). Ser responsável pelo outro significa, no sentido amplo da enfermagem, a assunção de um compromisso de cuidar das pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados.

Neste caso concreto, o enfermeiro crê, baseado em conhecimentos científicos e na relação que estabeleceu com o doente, que a realização da traqueostomia é o melhor cuidado possível para ele. Está aqui bem presente o princípio da beneficência que se traduz na obrigação de fazer o bem e actuar para prevenir o mal, cuja finalidade é por excelência o bem do doente. O princípio da beneficência constitui um farol orientador dos enfermeiros para agir cuidando da pessoa humana nas suas diferentes dimensões e de acordo com as necessidades que possam apresentar, permitindo a integração de saberes interdisciplinares contribuindo para o melhor cuidado àquela pessoa, isto é, fazer o maior bem à luz daqueles princípios. Contudo, na perspectiva do doente a realização da traqueostomia não é o melhor cuidado para si e por isto esta é uma decisão que opõe claramente dois princípios relevantes e prioritários: o princípio da autonomia (doente) e o princípio da beneficência (equipa de saúde/enfermeiro).

O passo seguinte identifica as opções e procedimentos possíveis de resolução deste dilema, com base no anteriormente descrito e pretende antever as prováveis consequências de cada uma das opções, considerando alguns eventuais meios e métodos que sejam necessários utilizar.

A primeira opção será a realização da traqueostomia no sentido de otimizar a ventilação, prevenir complicações e agir segundo os conhecimentos científicos. É aqui exaltado o princípio da beneficência e o não respeito pela decisão do doente, agindo contra o seu direito de autonomia.

A segunda opção será não realizar a traqueostomia e manter o doente ventilado por TOT, com as

possíveis consequências orgânicas, nomeadamente o risco aumentado de infecção respiratória, a maior dificuldade no desmame ventilatório, o tempo aumentado de internamento e todas as eventuais complicações resultantes da intubação endotraqueal prolongada, mas sem colocar em risco a vida do doente. Assume-se o respeito pela decisão do doente traduzido no garante do seu direito de autonomia relativamente ao princípio da beneficência.

Após análise detalhada das duas opções, foi decidido pela equipa médica realizar traqueostomia ao doente, contra a sua vontade expressa, mas com o consentimento por escrito (declaração de consentimento informado) da sua esposa.

Conforme Neves e Pacheco (2004:407) “o processo de decisão ética situa-nos num campo em que a natureza ética dos problemas suscita uma ambivalência na escolha da hipótese alternativa que se afigura como a de eleição, ou seja, a decisão justa e certa”.

Porém, e de acordo com toda a exposição anterior, parece-nos poder concluir que a opção escolhida, que envolveu a acção intencional de realizar a traqueostomia ao doente, não foi a decisão mais correcta sob o ponto de vista ético.

De acordo com o princípio da autonomia, o doente terá direito a decidir de livre vontade se pretende ou não submeter-se à intervenção proposta (traqueostomia), devendo respeitar-se a sua vontade.

A recusa do doente em realizar a traqueostomia fundamenta-se no âmbito dos seus direitos individuais, nomeadamente a autodeterminação, que lhe permite decidir rejeitar a referida técnica.

Neste caso não foi assegurado o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e autonomia que este doente tem de decidir sobre si próprio.

A transferência do poder decisivo para a esposa, não está de acordo com os princípios ético-legais vigentes e implicados neste caso. Na dúvida em relação à capacidade de decisão deste doente, os profissionais devem considerar o melhor interesse do doente e reger-se pelo princípio da beneficência.

A expressão formal da vontade actual de terceiros (esposa), autorizando os actos médicos, deverá ser tida em conta e é válida se estivermos perante o representante legal do doente, o que não se verifica neste caso. Embora esta seja uma decisão da equipa médica, o enfermeiro enquanto elemento da equipa de saúde, tem um papel activo no processo, pela responsabilidade que lhe é cometida na adequada prestação de cuidados de enfermagem, em especial o cumprimento de leis e normas ético deontológico que regem a profissão.

Os enfermeiros têm as suas competências definidas (OE, 2003) e agrupadas em três domínios, onde se destaca a prática profissional, ética e legal com especial relevo neste contexto, e que salienta na *prática segundo a ética*, o exercício segundo o código deontológico, o envolvimento de forma efectiva nas tomadas de decisão ética, a actuação na defesa dos direitos humanos e o respeito pelo direito do doente à escolha e autodeterminação, referente aos cuidados de enfermagem e de saúde que os co-responsabilizam pelo envolvimento nestes processos.

Não tendo o poder de alterar a decisão, pois esta reporta a outra esfera de actuação, o enfermeiro deve agir traduzindo a preocupação da defesa da

liberdade e da dignidade da pessoa humana, no respeito pelo seu Código Deontológico e na concretização dos princípios que consagram os direitos dos doentes.

PERSPECTIVA EPISTEMOLÓGICA

O sistema de ideias

das quais o tempo vive.

Ortega y Gasset

A epistemologia é o ramo da filosofia que estuda a origem, a estrutura, os métodos e a validade do conhecimento nas diferentes áreas de saber. Assume um particular interesse pela atitude de questionar e reflectir sobre a natureza do conhecimento (*o quê?*), a sua fundamentação (*por quê? ; para quê?*) e a validade do processo de questionar (*como?*).

Sob o ponto de vista epistemológico toda a ciência ou disciplina necessita de identificar e definir o seu domínio próprio de investigação e de prática, o seu objecto de estudo e as metodologias a que recorre, assim como os seus conceitos basilares. Esse processo de conceptualização deverá alicerçar-se na perspectiva única, ou na forma distinta, de examinar os fenómenos de uma dada área do conhecimento, disciplina ou ciência (Kérouac et al., 1994). Mas a forma de analisar os fenómenos, mesmo existindo consenso entre os conceitos fundamentais de uma disciplina, é marcada pelo modo de ver e compreender o mundo em cada momento temporal, ou seja pelo paradigma vigente e pela orientação teórica que se adopta num dado momento (Kérouac et al., 1994; Lopes, 2001).

Assim, um paradigma poderá ser entendido como um conjunto organizado de crenças, leis e princípios, e de metodologias e suas formas de aplicação, para o qual as disciplinas devem

convergir, sendo essa convergência para um paradigma essencial à definição de uma ciência, assim como a aceitação pela comunidade científica que se move nessa área de conhecimento (Kuhn, 1972).

Uma ciência deverá questionar filosoficamente qual o seu domínio para identificar e circunscrever o seu objecto de estudo (Colaizzi cit por Apóstolo & Gameiro, 2005), e adequar a metodologia à natureza do objecto de pesquisa. A enfermagem devido à pluralidade do seu objecto de pesquisa, a pessoa humana entendida como um ser-no-mundo-com-os-outros, recorre-se de múltiplas orientações metodológicas (métodos e processos) (Apóstolo & Gameiro, 2005). A pessoa poderá ser entendida como “ser activo que tem percepções decorrentes do processo de saúde/doença e às quais atribui significados que estão relacionados com factores pessoais” (Meleis et al., 1997), englobando a pessoa-sujeito, a pessoal-alter e a pessoa-corpo mas tendo também em conta os elementos ambientais e circunstanciais (Apóstolo & Gameiro, 2005).

De acordo com o paradigma científico, uma teoria é a “articulação organizada, coerente e sistemática de um jogo de afirmações relacionadas com questões significantes numa disciplina, que são comunicadas num conjunto também significativo” permitindo compreender, descrever, explicar, prever ou prescrever (Apóstolo & Gameiro, 2005). Mas a multi-dimensionalidade do objecto de estudo da enfermagem condiciona grande complexidade dos fenómenos em estudo e determina necessidade de recorrer a diferentes e várias metodologias de pesquisa, sendo impossível o espartilhamento imposto pelo método científico “puro”. Categorizar e normalizar a abrangência do

humano será sempre diminuí-lo e não ser verdadeiro e completo na sua interpretação.

Assim, a enfermagem tem-se suportado em teorias de longo alcance, constructos sistemáticos da missão, natureza e objectivos, e em teorias de médio alcance que possibilitam descrever, compreender, interpretar ou explicar fenómenos, não sendo nenhuma prescritora de prática. Estas teorias permitem traçar linhas orientadoras da prática, campo de acção profundamente caracterizador da enfermagem (Im & Meleis, 1999). Este aspecto tem condicionado o reconhecimento científico do conhecimento de enfermagem, não tanto devido à estrutura do conhecimento, mas devido ao valor do conhecimento profissional (experiência) e prático (Apóstolo & Gameiro, 2005).

Boaventura Sousa Santos (1987) trouxe algum caminho para este problema da ciência Enfermagem com a sua proposta de conceptualização de um novo paradigma emergente em “Um Discurso sobre as Ciências”. Defende que “a separação da dicotomia ciências naturais/ciências sociais tende a revalorizar os estudos humanísticos” e “a concepção humanística das ciências sociais enquanto agente catalisador da progressiva fusão das ciências naturais e das ciências sociais, coloca a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo, no centro do conhecimento, mas, ao contrário das humanidades tradicionais, coloca o que hoje designamos por natureza no centro da pessoa” (1987, p.16).

Quanto à dicotomia sujeito/objecto Santos, parafraseando Clausewitz, afirma que o objecto poderá ser entendido como a continuação do sujeito, pelo que todo o conhecimento é auto-conhecimento. Defende que os pressupostos

metafísicos não estão antes da análise fenomenológica porque fazem parte da explicação dos fenómenos, e que as trajectórias de vida pessoal e colectiva de uma comunidade científica transportam a prova do seu conhecimento. Assim pelo conhecimento da ciência moderna o homem “sabe viver” e isso é um conhecimento funcional do mundo, um saber prático (1987, p.16). Partilha a convicção que a reflexão epistemológica é muito mais avançada e sofisticada do que a prática científica sendo prudente dar espaço à incerteza, pelo que a ciência pós-moderna deverá perspectivar a valorização do senso comum e simultaneamente aceitar o conhecimento que produz tecnologia, dado que ambos se traduzem em auto-conhecimento enriquecendo a sabedoria de vida (Santos, 1987, p.21).

Reportemo-nos agora a uma análise menos abstracta do conhecimento da enfermagem e do agir enfermeiro, dado que a proposta de análise de um caso implica evidenciar-se o processo mental e cognitivo que conduz à tomada de decisão, ao **“nessa situação ajo assim ...”** caso seja possível esta clarividência.

Kérouac et al. (1994) estudaram as escolas de pensamento em enfermagem e com base no paradigma que adoptavam sugeriram, à data, a existências de três correntes de pensamento corporizadas nos paradigmas da categorização, da integração e da transformação.

Segundo o **paradigma da categorização**, enquadrado cronologicamente entre o século XVII e XIX, analisam-se os fenómenos em si, isolados do seu contexto, atribuindo-se-lhes propriedades definíveis e mensuráveis. É o paradigma cartesiano e positivista, em que a pessoa é um todo composto por partes que podem ser analisadas isoladamente,

aceitando-se a disjunção corpo-mente. A enfermagem orienta-se para a doença, procurando um factor causal a que associa uma plêiade de sintomas. O ambiente é considerado exterior à pessoa, englobando as dimensões física, cultural e social, sendo encarado como algo hostil à pessoa. A saúde é entendida como um estado de equilíbrio que corresponde à ausência de doença e algo desejável (Kérouac et al., 1994).

O **paradigma da integração**, de que se assume o início nos anos 50, dá continuidade ao anterior mas encara os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, valorizando já dados objectivos e subjectivos. Segundo este paradigma os fenómenos já são analisados tendo em conta a especificidade do contexto em que se inserem (Kérouac et al., 1994). Com este paradigma o foco de atenção da enfermagem dirige-se para a pessoa, olhando-a integrada no seu ambiente, passando o objectivo da enfermagem a ser a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões. Contemporâneo desta mudança de paradigma foi o desenvolvimento das ciências sociais e humanas, com os estudos de Adler sobre a psicologia individual, de Rogers sobre a terapia centrada no cliente e de Maslow sobre motivação humana, todos salientando a importância do ser humano na sociedade (Lopes, 2001). A pessoa passa a ser entendida como um todo constituído por partes em inter-relação e as suas necessidades determinadas pela sua percepção tendo em conta a sua globalidade, sendo com ela validado o averiguado. Intervir passa a ser “agir com” (Kérouac et al., 1994). A saúde e a doença passam a ser encaradas como distintas mas coexistindo em interacção dinâmica. O ambiente é assumido como compreendendo diferentes contextos, como o

histórico, social e político, estando a pessoa inserida neles, e verificando-se estímulos negativos e positivos entre pessoa e ambiente que determinam reacções de adaptação que são circulares (Kérouac et al., 1994).

Segundo Meleis (1997) é em meados da década de 50 que surge a sensibilização para a necessidade de desenvolver uma concepção teórica para a enfermagem, assumindo-se definitivamente a necessidade de afastamento do modelo biomédico, por este se revelar insuficiente para traduzir o ser e agir enfermeiro, dado que não abarcava a multiplicidade de focos de atenção do enfermeiro nem a variedade de áreas de intervenção. Surgem os primeiros quadros e modelos teóricos, inicialmente oriundos de outras disciplinas como a Antropologia, a Psicologia e a Epidemiologia, a linguagem e a atitude do enfermeiro começa progressivamente a alterar-se, surgem os primeiros estudos de investigação em enfermagem e a primeira publicação periódica dedicada à investigação (Nursing Research, 1952), e percebe-se a necessidade de alterar os *curricula*, não dirigindo a formação quase exclusivamente à prática (Meleis, 1991; Lopes, 2001).

O **paradigma da transformação** surge em meados dos anos 70 e perspectiva os fenómenos como únicos mas em interacção com o mundo onde ocorrem, tendo o mundo a multi-valência que lhe conhecemos. As mudanças ocorrem em ciclos de organização e desorganização, mas sempre em direcção a níveis de organização superiores (Kérouac et al., 1994). A pessoa é concebida como um ser único em que as suas múltiplas dimensões constituem a sua unicidade, em que o todo é mais que a soma das partes, assumindo-se que se encontra em relação com o ambiente, englobando

este uma vertente interna e externa. A saúde é conceptualizada como uma experiência dinâmica da unidade pessoa-ambiente, com as características particulares que cada membro desta unidade transporta (Kérouac et al., 1994), sendo a doença encarada como uma experiência de saúde no *continuum* de vida da pessoa. Com o surgimento da teoria dos sistemas de Bartalanffy, o ser humano passa a ser encarado como um sistema composto por vários sistemas em interacção permanente e sistemática, podendo estes sistemas ser interiores ou exteriores à pessoa (Lopes, 2001). Os cuidados de enfermagem visam o bem-estar tal como a pessoa o perspectiva e, sendo a pessoa um ser no mundo, os cuidados de enfermagem abrem-se ao mundo. O enfermeiro coloca ao dispor da pessoa os seus conhecimentos e acompanha-a nas suas experiências de saúde seguindo o percurso que escolheu. Intervir é “ser com” a pessoa nesse percurso de vida, sendo parceiros na procura do bem-estar que a pessoa definiu de acordo com as suas potencialidades e prioridades (Kérouac et al., 1994).

Presentemente reconhece-se também o **paradigma da transição** enunciado por Chick & Meleis (1986) que assenta no conceito de transição, entendida como mudança, processo, resultado, direcção dos padrões vitais fundamentais do ser humano - mudança de papéis. Definem transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” o que tem implícito atributos temporais e de movimento. Diferenciam as transições de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida e as transições situacionais, onde englobam as transições de saúde-doença. Assume-se que os processos de transição cursam por mudança de

papéis, que têm associados efeitos que deixam marcas na pessoa, e que para as autoras são essencialmente positivas, porque a pessoa ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade. Nas transições de saúde-doença consideram-se mudança súbita da saúde para doença, as mudanças graduais de bem-estar para doente, as mudanças de doente para ausência de bem-estar e a mudança súbita ou gradual de ausência de bem-estar para doença crónica. Segundo este paradigma, e no âmbito da saúde-doença, o factor tempo é de primordial porque permite incorporar as alterações de comportamento e emocionais inerentes à mudança de papel.

Em consonância com os paradigmas surgiram diferentes escolas de pensamento em enfermagem que diferiam no modo como conceptualizavam o agir e pensar enfermagem, e como definiam e relacionavam os conceitos pessoa, saúde (doença), ambiente e cuidados de enfermagem. Citam-se a escola das necessidades, a escola da interacção, a escola dos efeitos desejados, a escola da promoção da saúde, a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar (Kérouac et al., 1994).

Num tempo em que os cuidados de saúde se centram nos utentes e na satisfação das suas necessidades, em que os conceitos de saúde e doença evoluíram sendo assumidos como coexistentes em equilíbrio dinâmico, em que a saúde é mais do que a ausência de doença aproximando-se do conceito de bem-estar, e o utente é encarado como um ser único, holístico, aberto ao mundo e parceiro na decisão do processo terapêutico, assume-se o paradigma da transformação, e também alguns pressupostos do paradigma da integração que têm continuidade no

da transformação, e a escola do cuidar, como definidores da pessoa enfermeiro que se encontra perante o Outro num momento de decisão de enfermagem.

Reve-se a bagagem pessoal e profissional com que a pessoa enfermeiro se encontra perante o Outro, pessoa como ele, que o procurou com um pedido de ajuda num momento particularmente difícil do seu percurso de vida, dado que um problema grave de saúde alterou de modo significativo e transversal todos os âmbitos do que é e do seu estar no mundo. Este encontro entre duas pessoas e uma profissionalidade, ambos com passado, presente e vontade de ter futuro, com crenças, valores e desejos, com direitos e deveres, gera no profissional uma necessidade de reflexão para decidir se o comportamento assumido perante a situação em análise se suporta no conhecimento da ciência enfermagem, e se esse conhecimento é coerente e válido. Por outras palavras revê-se a teoria que fundamenta a praxis do enfermeiro, assumindo-se a teoria de Jean Watson, Enfermagem-ciência humana [do] cuidar, embora com algumas alterações inerentes ao desenvolvimento no tempo, não contraditórias com os princípios fundadores, e que nos parecem estar em consonância com o eu enfermeiro, mas também com os suportes conceptuais assumidos pela Ordem dos Enfermeiros, como o Código Deontológico dos Enfermeiros, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

A **Enfermagem**, ciência social e humana do cuidar, é um conceito com dimensões objectiva e subjectiva, assente no paradigma da transformação, que assume que um fenómeno é

único, jamais se assemelhará na sua totalidade a outro, condicionando que a enfermagem deva ser percebida como um conceito dinâmico, temporal e em evolução (Watson, 2002).

O **Cuidar** é simultaneamente humanista e científico, “está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde (doença) e implica um conhecimento de saúde (doença), das interacções ambiente-pessoa e do processo de cuidar, mas também um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar”. Poderá ser entendido como a “ajuda dada ao indivíduo na aquisição de maior conhecimento próprio, auto-controlo e preparação para o auto-cuidado, independentemente da condição externa de saúde” (Watson, 2002, p. 55, 66). Esta autora prioriza a vertente moral e ética do Cuidar, que considera o ideal moral da enfermagem, e destaca como central o conceito de *human care*, entendido como um processo interpessoal, uma relação transpessoal, que implica um compromisso moral de protecção da dignidade e preservação da própria humanidade.

A palavra anglo-saxónica *care* também pode ser traduzida por “importar-se com” e nesta perspectiva Heidegger (cit. por Magão, 1992. P. 26) refere numa das suas análises sobre a existência humana que “este importar estrutura o meu mundo e determina o meu interesse pelas coisas e as minhas relações com os outros; é a base de toda a motivação... à verdade de que a minha existência é fundamentalmente minha, deve ser acrescentada a verdade de que fundamentalmente eu Cuido. Isto é, eu tenho sentimentos em relação a tudo... sobre coisas, pessoas e, mais significativamente sobre mim próprio”.

As situações de cuidados implicam ajudar a viver e essa ajuda processa-se pela relação, que poderá ser encarada como a essência do cuidar, a relação de ajuda, que Brammer citado por Lazure (1994) define como a relação na qual o enfermeiro fornece ao cliente as condições que este último necessita para satisfazer as suas necessidades, e terá sempre como objectivo a promoção do bem-estar do cliente. Segundo Rogers (1985, p.43) a relação de ajuda são as “relações nas quais pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para enfrentar a vida”. Esta relação será não-directiva, co-construída, assente em princípios de valorização do Outro e de crença nas suas potencialidades para resolver, de uma forma autónoma, os seus problemas (Simões et al, 2006).

Os conceitos estruturantes da praxis de enfermagem são saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem.

Os **Cuidados de Enfermagem** poderão ser entendidos como um processo transpessoal alicerçado num ideal moral, que associado a conhecimentos consistentes, visam a promoção da harmonia entre “corpo-alma-espírito”, que hoje se aceita como bem-estar (Watson, 2002).

Os cuidados de enfermagem que têm como objectivo o bem-estar da pessoa como esta o percebe, poderão ser entendidos como “*ser com*”, “*caminhar com*” a pessoa, estar com ela no caminho que decidiu percorrer, facultando-lhe os conhecimentos e competências próprias do enfermeiro (Watson, 2002; Hesbeen, 2001). Demonstrando que se preocupa, acredita e respeita a pessoa que tem perante si, reforça as suas competências, maximiza as suas potencialidades e

facilita que tome consciência das suas decisões de saúde e assuma comportamentos coerentes com essas decisões (Benner, 1984; Collière, 1989).

Segundo Collière a finalidade dos cuidados de enfermagem “consiste em permitir aos utilizadores, desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afectiva ou social que acarreta” (1989, p. 241).

A **Pessoa** poderá ser encarada como um ser social integrado no seu ambiente, agente intencional de comportamentos baseados em valores, crenças e desejos individuais, mas também centro de processos fisiológicos, não intencionais, mas que poderão ser influenciados pela condição psicológica e o bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2001), que evolui na procura da qualidade de vida de acordo com as suas potencialidades e prioridades, não podendo ser dissociado do seu enquadramento cultural (Leininger, 1988, citada por Kérouac et al., 1994, p.43-45).

A **Saúde** é concebida como um estado subjectivo que diz respeito ao bem-estar físico, emocional e espiritual. Emerge da experiência que engloba a unidade pessoa-ambiente, não sendo um estado estável equivalente à ausência de doença, mas um equilíbrio dinâmico entre saúde e doença, entre organização e desorganização. A saúde faz parte da dinâmica da experiência humana, da vida do indivíduo, das famílias e dos grupos sociais em interacção com o ambiente (Watson, 2002; Leininger, 1988; Kérouac et al., 1994).

O **Ambiente** engloba elementos humanos, físicos, emocionais, morais, espirituais políticos, económicos, culturais e organizacionais que determinam o estilo de vida da pessoa e o próprio

conceito de saúde (Watson, 2002; Leininger, 1988; Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Analizando a teoria de Watson, a própria autora refere que visou elaborar uma teoria que se preocupasse mais com o significado dos fenómenos, as inter-relações, os contextos e os padrões, para “desenvolver novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença, e em fazer novas descobertas como estar numa relação profissional de cuidar, para servir a sociedade” (2002, p. 8).

A enfermagem tem tido dificuldade em afirmar-se como ciência porque, entre outros aspectos, não se desenvolveu de acordo com as suas teorias, e por coexistirem paradigmas contraditórios em diferentes perspectivas de uma mesma teoria, nomeadamente entre a prática e a pesquisa, embora esses desajustes possam decorrer das dificuldades do contexto, dos processos e conceitos envolvidos (Watson, 2002, p.29,19).

Watson define teoria como “um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representadas simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno”, recusando o espantimento do método científico assente na verificação-aceitação, e abrindo a porta ao método científico assente na descoberta-procura, adequado a uma ciência como processo contínuo, progressivo e inacabado, pelo que assume o conceito de enfermagem nos continuums concreto/abstracto e estático/dinâmico, pressupostos que lhe permitem suportar:

- uma filosofia de liberdade humana, escolha e responsabilidade;
- uma biologia e psicologia holísticas com não-reducibilidade de pessoas interligadas com outras e com a Natureza;

- uma epistemologia que permite não apenas o empirismo, mas avanços da estética, valores éticos, intuição e processo de descoberta;
- uma ontologia de tempo e de espaço;
- um contexto de acontecimentos inter-humanos, processos e relações;
- uma visão científica aberta

(Watson, 2002, p.32-33).

Watson conceptualiza a enfermagem como uma “ciência humana com outra epistemologia,...que possa incluir a metafísica, a fenomenologia, a estética, as humanidades, a arte e o empírico” (2002, p. 33, 35). Santos refere que no emergir das ciências sociais se distinguiu duas vertentes, uma delas “anti-positivista, caldeada numa tradição filosófica complexa, fenomenológica, interaccionista, mito-simbólica, hermenêutica, existencialista, pragmática” que se manifesta significativamente na ciência da era pós-moderna (1987, p.15).

A sua teoria é congruente com uma metodologia fenomenológica-existencial que utilizou nos seus estudos, mas salienta que se deverá procurar sempre elevados padrões de rigor e credibilidade garantindo a consistência entre a metodologia e o tipo de estudo a desenvolver, dado não haver consenso em relação ao valor científico dos métodos.

Percebe-se que entende que o modo como o enfermeiro interioriza o cuidar determina a metodologia que transporta para a praxis pelo que deixa em aberto a reflexão sobre as questões: Que condições facilitarão e sustentarão a pessoa como um fim e não como um meio para fins científicos ou médicos?; Que condições sustentarão o cuidar em ocasiões de humanidade ameaçada? (2002, p.39).

Neste cruzamento de constatações e reflexões o enfermeiro reconhecerá o saber teórico que o orienta mas procura também se a sua experiência o capacita para a tomada de decisão da situação em análise, já que a enfermagem se encontra profundamente vinculada à praxis.

Apesar de teóricas como Collière e Benner assumirem que a prática e o saber prático têm um papel central na enfermagem, durante muito tempo soube-se pouco sobre os conhecimentos implícitos na verdadeira prática de enfermagem, porque esse conhecimento acumulado ao longo do tempo e inerente a uma disciplina aplicada, não era estudado nem explicitado. As diferenças entre conhecimento prático e teórico têm sido incompreendidas, levando frequentemente à secundarização do primeiro (Carper cit por Benner, 2001). Embora a complexidade do objecto de estudo, dos conceitos, dos processos e dos contextos levantasse algumas dificuldades à construção de conhecimento em enfermagem, reconhece-se que o facto de ser uma ciência humana aplicada, e portanto com uma vertente prática marcada, entorpeceu os impulsos teorizantes.

Mas toda a ciência necessita de explicitação do conhecimento tácito, preferencialmente pela escrita, distanciando o sujeito do conhecimento e da sua articulação através da linguagem e dos símbolos, possibilitando a sua distribuição, a sua crítica e o seu desenvolvimento (Polanyi, 1958). Na aprendizagem em contexto de prática o indivíduo entra em contacto directo com situações que propiciam novas experiências e estas são assimiladas a partir dos conceitos que o indivíduo já dispõe, por natureza tácitos, herdados dos utilizadores prévios da mesma linguagem. A

experiência individual permite adaptar esses conceitos e reinterpretar a linguagem, correspondendo ao “emergir de conhecimento a partir dos agidos” (Nunes, 2010, p.5).

Estes novos conceitos ou saberes são inseridos no conhecimento já existente enriquecendo-o (Polanyi, 1958).

O hiato entre prática e teoria contribuiu para a falta de teorização em enfermagem porque privou a ciência de enfermagem daquilo que é a especificidade e a riqueza do conhecimento contido na prática clínica (Benner, 2001). Mas terá que se reconhecer que se a teorização é essencial para o reconhecimento de uma ciência pois permite explicar e predizer fenómenos estabelecendo ligações de causa e efeito, alguns filósofos como Kuhn (1970) e Polanyi (1958) salientam que “saber o quê” e “saber como” constituem dois tipos diferentes de conhecimento e que por vezes é difícil explicar teoricamente alguns “saber fazer”, assim como alguns conhecimentos práticos fazem balançar algumas formulações científicas do “saber”. Efectivamente a prática é sempre mais complexa e tem mais realidades do que as que ficam explicitadas numa teoria, sendo o conhecimento explícito (teórico) mais primário e fundamental, dado que todo o conhecimento é tácito ou nele fundado (Polanyi, 1958; Benner, 2001).

Os estudos de Benner (2001), alicerçados no modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus (1980; 1981) que estabelece que um profissional terá de passar por **cinco níveis** sucessivos de proficiência, evidenciam que a excelência dos cuidados se baseia na experiência e na educação, e defende que pela experiência se focaliza de imediato o que é relevante numa

situação e se apreende o seu significado. A autora define os conceitos de principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito, inerentes à progressão crescente de competência.

O principiante age de acordo com regras, não estando ainda capacitado para ponderar os elementos em confronto numa dada situação, por não possuir suficientes experiências que possam funcionar como paradigmas. O principiante avançado, já tem alguma experiência, é capaz de identificar em contexto, alguns elementos que lhe permitem formular princípios que lhe guiam a acção. Mas ainda se rege essencialmente por regras, por falta de segurança. O competente, com uma experiência de 2-3 anos num mesmo contexto ou similar, tem capacidade de pensamento abstracto e analítico sobre um fenómeno, o que lhe permite planear a acção. O proficiente percebe as situações globalmente e integradas num todo, e assenta a decisão de enfermagem na compreensão holística e já baseada na sua experiência. Finalmente, o perito deixa de se guiar por princípios analíticos e suporta a acção na experiência e na percepção intuitiva das situações como um todo, prestando cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação (Benner, 2001; Lopes, 2001; Nunes, 2010)

Nesta progressão de estádios de competência verifica-se que se passou do alicerçar a acção em princípios abstractos para o alicerçar na experiência passada concreta (paradigma), que a situação inicialmente vista como fragmentada em partes passa a ser analisada como um todo em que se identificam os componentes relevantes, e que se passa de observador desligado a executante envolvido (Benner, 2001; Nunes, 2010). Por outro lado emerge que a passagem de principiante a

competente se suporta num enfermeiro de referência, mais experiente, e que os estádios de proficiente e perito se suportam na auto-formação (Nunes, 2010). A progressão é sempre feita cumprindo a sequência de níveis referida já que é a experiência e a reflexividade critica na e em acção que os suporta (Schon, 1998, cit por Pires, 2005).

O conhecimento prático desenvolve-se em contexto e com o tempo, e as competências adquiridas são resultado de muitas horas de cuidados e de observação directa dos clientes. Refere Polanyi que a experiência permite desenvolver a percepção, que com recurso ao anteriormente vivido e à imaginação, possibilita conhecimento. Heidegger (1962) e Gadamer (1975) definem experiência como “o melhoramento das ideias preconcebidas que não são confirmadas pela situação actual, e que a experiência é condição prévia para a percepção de uma situação ou de um comportamento tipo, podendo ter força suficiente para constituir um modelo ou paradigma” (Benner, 2001, p. 37).

Benner identifica como domínios do conhecimento prático a hierarquização das diferenças qualitativas, os significados comuns, as suposições, as expectativas e os comportamentos tipo, os casos padrão e os conhecimentos pessoais, as máximas e as práticas não planeadas (2001, p. 33), e refere que cada domínio pode ser estudado recorrendo a estratégias etnográficas e interpretativas que permitem identificar e desenvolver o conhecimento prático, validando-o para ser aceite em situações futuras.

Percebe-se que o perito será aquele que “detém conhecimento profundo acerca de um dado domínio e sabe quando, como, onde e porquê deve usar esse conhecimento”, já que detém perícia,

conhecimentos e habilidades dirigidas a um fim (Nunes, 2010, p. 3).

Se os estudos de Benner valorizam a experiência e o saber tácito, Barbara Carper (1978) identifica quatro tipos de conhecimento da enfermagem:

- o conhecimento empírico que se reporta ao conhecimento objectivo e verificável, baseado na investigação, que permite generalização e que permite o desenvolvimento de teorias;
- o conhecimento ético que se refere aos princípios e valores, ao bom e desejável, aos princípios da prestação de cuidados como o respeito dos direitos humanos, e que versa sobre assuntos da ética de enfermagem e da ética em investigação, tendo sempre uma lógica filosófica subjacente;
- o conhecimento estético que contempla a arte da enfermagem, o conhecimento tácito e a exploração qualitativa;
- o conhecimento pessoal que diz respeito à auto-consciência, ao saber pessoal sobre as experiências vividas, contribuindo para um *self* consciente, que sendo subjectivo tem uma vertente ligada ao existencialismo, e que capacita para a relação com o Outro.

(Nunes, 2010, p. 7)

Posteriormente aceitaram-se também os conhecimentos reflexivo e sócio-político reportando-se o primeiro à reflexão sobre a experiência, à reflexão sobre e na acção e à praxis, e o segundo relaciona-se com o contexto e o poder (Nunes, 2010, p. 7). Poderá estabelecer-se uma ligação entre o conhecimento pessoal definido por Carper e o factor de competência – experiência, definido por Benner.

Independentemente das abordagens aos diferentes tipos de conhecimento que entroncam na ciência de enfermagem, interessa perceber que esse conhecimento possibilita competência, entendida como a capacidade de mobilizar para a accção conhecimentos diversos e heterogéneos, seleccionando-os, integrando-os e combinando-os (Boterf, 1995). Ainda segundo este autor a competência processar-se-á por um saber agir, responsável e validado, que se baseia em “saber mobilizar”, “saber integrar” e “saber transferir” recursos do sujeito, como conhecimentos, capacidades e atitudes.

Profissionalmente a competência veicula-se por um desempenho que faça evidência da aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades sobre as quais se tem vindo a reflectir, incluindo a de decidir e ajuizar (Ordem dos Enfermeiros, Competências Gerais do Enfermeiro de Cuidados Gerais, 2003; Nunes, 2010). O resultado desses conhecimentos será uma profissional com “competência, autonomia e responsabilidade de realizar actividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa” (Nunes, 2010, p. 7).

É neste enquadramento epistémico que o enfermeiro terá que decidir o seu agir na situação exposta no caso em análise. Percebe-se que sendo o alicerce uma teoria humanista, em que se valorizam os princípios da autonomia, da dignidade humana e da liberdade da pessoa, evidenciando esta capacidade cognitiva para decidir sobre o problema em análise após informação e esclarecimento sobre a intervenção terapêutica que lhe é prescrita, e à luz do conhecimento empírico o seu *continuum* de vida não é posto em causa pelo não consentimento do

acto terapêutico proposto, o poder decisório não deveria ser transferido para a família. Epistemologicamente o enfermeiro deverá ter auto-consciência que a vontade do Outro deverá ser respeitada e, como elemento da equipa de saúde, expressar ao médico a convicção de que o Outro deve poder decidir. Em situação de grande conflito poderá solicitar parecer (assessoria clínica) junto de peritos ou de comissões ou organizações, mantendo o sigilo profissional. Mas a fundamentação para a decisão perspectiva-se de modo mais estruturado nas análises ética, deontológica e jurídica, sendo a estas duas últimas vertentes que cabe a emissão de parecer.

PERSPECTIVA CULTURAL E HUMANISTA

*O problema da
escolha, o problema da vida inteira.*

Georges Perec, *Je suis né*

Na procura de um caminho para o desafio lançado no contexto académico em que este trabalho se insere, cruzámo-nos com a obra de Fernando Savater, *A Coragem de Escolher* (2003), e não mais conseguimos afastar-nos da estrutura reflexiva que o autor assume nessa obra. Nela postula que o homem é um ser *práxico* e que a arte de viver consiste em discernir entre as diferentes formas de actuar, avaliá-las, escolher (decidir) e agir.

Pensamos que a situação problemática em análise no caso a que se reporta este trabalho passa por aí, para todos os seres humanos envolvidos e para todas as profissionalidades presentes. Isto vem concretizar o que Savater assume, com a sua reflexão assente num pensamento mais abstracto, que **o viver humano é decidir o agir**.

Pensámos muito como conciliar o que desejávamos com o que teríamos de abordar neste processo criativo não esquecendo que ele cursa numa avaliação académica. Mas, decidimos não fugir ao texto de Savater porque nos pareceu que a dificuldade que sentíamos tinha significado e, por não nos fazer sentido a vinculação determinista, aceitámos que o exposto na obra dava corpo ao nosso estar no mundo, mais do que como enfermeiras como pessoas, e que melhorou a nossa auto-consciência, pelo que não recusámos a aprendizagem que a obra possibilitou. Decidimos abordar os princípios do ser e agir aí referidos e o seu encadeamento e, analisando também os conteúdos focados no contexto académico, incorporá-los na sequência expositiva estabelecendo pontes de significado entre o reflectido. Gehlen (cit por Savater, 2003) refere que o Homem é um ser *práxico*, um ser que actua, que quer fazer coisas e faz coisas que quer. Mas entende que actuar não é só pôr-se em movimento para satisfazer o instinto no suprimento de necessidades, como havia referido Aristóteles na *Ética a Nicómaco*.

O agir está vinculado a situações virtuais que não ocorrem no presente, a um registo simbólico de possibilidades que se suporta nos paradigmas estabelecidos, mas que igualmente se abre ao futuro. Agir é tentar prever jogando com o imprevisível e contando com a sua incerteza. Como humanos devemos propor-nos estilos e planos de vida para viver, decidir o nosso agir, a nossa praxis.

Reflectir sobre a natureza humana, implica tentar saber quem somos, de onde viemos, porque somos de uma certa maneira e não de outras, que significa ser-se humano, se possuímos capacidade de mudar

a nossa maneira de ser e a sociedade sendo capazes de nos adaptar às mudanças. Sagan (1992) refere que o grande mistério da existência é o da natureza humana. Sempre se tentou definir a natureza humana identificando o que nos distingue dos não humanos, explicitando se porventura existe alguma coisa que seja exclusivamente humana. Ao longo dos tempos a diferença do humano foi sendo atribuída a variados aspectos ou atributos: ser bípede e sem penas, tendência para realizar trocas e negociar, possuir noção de propriedade privada, ser social, ter coragem, ser racional, ter capacidade de escolher, ter práticas sexuais definidoras, ter capacidade de brincar, ter noção de higiene pessoal, capacidade de rir, sentir dor, proibição ao incesto, ter consciência, possuir linguagem/fala, ter capacidade de criar uma cultura...; mas todos estes aspectos foram sendo refutados, uns de modo mais fundamentado do que outros, por existirem espécies ou seres não humanos que também evidenciavam essas capacidades (Sagan, 1992).

Talvez a capacidade de pensar o pensado, a capacidade de experimentar prazer a um nível meramente psicológico, a necessidade de tornar o mundo exterior inteligível segundo esquemas internos e a capacidade para desenvolver uma cultura sejam os atributos ou características que mais diferenciam a natureza humana. Mas a paixão pela verdade, a necessidade de entender os fenómenos (o real) e o gosto pelo conhecimento e pela comunicação também marcam de modo especial o humano.

A capacidade de pensamento, que sustenta a racionalidade e a inteligência, parece ser o atributo mais diferenciador, embora Savater (2003) alerte para comportamentos do ser humano que pouco

têm de humano, e Sagan advogue que devemos aprender a usar melhor a inteligência e a entender as suas limitações e deficiências (1992). Mas reconhece-se que o Homem tem a capacidade de se distanciar de si próprio para analisar o que num momento anterior se passou dentro de si, tanto ao nível da razão como dos sentimentos, para poder formular uma crítica que lhe possibilita criar conhecimento de si, do mundo e de si no mundo. Esta vivência de si alicerçada no questionamento permanente do ser humano face a si próprio, face aos outros e face ao mundo é sem dúvida um traço de humanidade.

O pensar decorre de o Homem possuir um órgão extremamente desenvolvido, o cérebro, com capacidades múltiplas e sofisticadas. O cérebro cuja camada externa, o córtex, que em latim significa “casca”, abriga mais de quarenta áreas funcionalmente distintas, a maioria situadas no neocórtex, e assume o controlo de funções como o pensamento, o movimento voluntário, a linguagem, o julgamento e a percepção. Se do córtex parietal depende a percepção corporal e espacial, o córtex occipital controla a visão e o córtex temporal aloja os centros de controlo da memória e audição. Mas ao córtex frontal cabe a responsabilidade pelo planeamento consciente, a tomada de decisão, e o controlo motor. No entanto salienta-se que as neurociências, e nomeadamente o estudo dos centros de controlo das funções humanas, encontram-se em franca evolução e longe de oferecer um conhecimento que traduza a complexidade das actividades e capacidades cerebrais.

Sendo o pensamento e a realidade processo e fenómeno complexos, perceber-se-á que expressar o real com clareza, sentido e de modo simples

constitui um desafio nem sempre fácil, essencialmente quando se aceita uma realidade aberta e que deve ser encarada na sua totalidade, em que os fenómenos deverão ser analisados à luz de uma interdisciplinaridade dinâmica, rejeitando uma visão reducionista e simplista do Homem e do Mundo (Morin, 2008). Os sistemas vivos dão ao termo complexo um sentido pleno por serem um tecido extremamente unido embora os fios que o constituem sejam extremamente diversos. A complexidade viva é a diversidade organizada (Morin, 1980). Morin defende que só estudos de carácter inter-poli-transdisciplinar poderão contribuir para a interpretação do real, do ser e do ser no mundo, assentando a sua reflexão na teoria dos sistemas, assumindo que tudo está em relação com tudo. (Morin, 2008). Também Gardner (1983) refere que o pensamento é complexo ao suportar-se em várias inteligências, umas relacionadas com o sujeito, outras isentas de sujeito e outras relacionadas com as pessoas (Gardner, 1983).

Pelo exposto se percebe que o córtex cerebral é o centro nevrálgico de captação e processamento de informação, pelo que se aceita que o cérebro é um órgão da acção, que conhece, delibera, avalia e decide. Efectivamente, o córtex abriga em si tudo o que aprendemos e todas as formas de pensar que vamos estruturando ao longo da vida. Quando uma situação ou uma emoção fazem surgir um pensamento, as imagens do aprendido vêm à memória e capacitam-nos para pensar “melhor”, ver com um olhar mais rico, agir mais adequadamente. A memória, entendida como a capacidade de lembrar, constitui um poder do sujeito, como o de falar, de agir, de narrar, de ter-se por autor dos seus actos, e possibilita o pensamento recorrendo à “imagem ou objecto do

pensamento, em ausência do objecto sensível”. A memória atribui sentido ao passado e permite perspectivar o futuro, sendo diferente de ambos, porque o ausente lembrado emerge com mediação da imaginação (Nunes, 2007, p. 2,3).

Damásio (1994) defende que em larga medida o pensamento é feito de imagens, e que existem aspectos do processo da emoção e do sentimento que, conjuntamente com aspectos de regulação biológica, são essenciais à racionalidade porque, argumenta, a razão depende de sistemas cerebrais específicos, alguns dos quais processam sentimentos. Assume que o traço afectivo-emocional determina o guardar memória, assim como o lembrar uma memória. O mesmo será assumir que a tomada de decisão se pode processar por sentimentos ou influenciada por aspectos não conscientes, aceitando-se que a razão “não será pura”. Este aspecto difícil de aceitar por alguns cientistas e em algumas épocas, não significa inferiorizar hierarquicamente a razão face às emoções, nem deixa a razão desprotegida e à mercê das emoções, pois o ser humano protege a razão das emoções anormais ou da manipulação das emoções normais. Damásio defende uma concepção do organismo humano em que o fortalecimento da racionalidade emerge de uma maior atenção dada à vulnerabilidade do mundo interior, às relações emoção-razão. (Damásio, 1994, p.253).

O conhecimento adquirido e guardado constitui a bagagem da história de vida de cada ser humano, conceito entendido por Arendt (cit por Nunes, 2007, p.2) “como uma espécie de compromisso de reencontro entre os acontecimentos iniciados pelo homem enquanto agente da acção, e o jogo das circunstâncias induzido pela rede de relações humanas”, aceitando-se que a história de vida será

a expressão da individualidade de cada um na pluralidade dos humanos.

O agir terá sempre que ser decidido nesta malha multidimensional. Na acção humana intervém “o conhecimento do estado das coisas de que o indivíduo parte, o conjunto de iniciativas compatíveis com esse estado de coisas e, por último, o acto de vontade com que decidimos escolher uma” (Geymonat cit por Savater, 2002, p. 31). Em relação ao primeiro aspecto quanto melhor conhecermos a estado efectivo do universo num dado momento, melhor poderemos aproveitar esse conhecimento para o acto de decidir. O segundo aspecto confronta-nos com o que poderemos fazer/agir se quisermos, e por último o acto de vontade expresso por uma das alternativas possíveis. Percebe-se que o agir requer conhecimento e imaginação mas, essencialmente é decisão: actuar “é em essência escolher e escolher consiste em conjugar adequadamente conhecimento, imaginação e decisão no campo do possível” (Savater, 2002, p. 31). Estes três aspectos são essenciais para que a acção seja voluntária, mas deveremos contudo assumir que existe sempre algum grau de incerteza, pelo que, mesmo sendo a escolha voluntária transporta em si alguma involuntariedade. A decisão voluntária inclui o risco parcial da involuntariedade por ignorância, por restrição de alternativas ou por coacção, podendo na última situação ser questionado se será um acto humano voluntário (Aristóteles cit por Savater, 2003).

O ser activo não opera apenas por causa da realidade, mas também activa a própria realidade. Nas palavras de Morin (2008) nós construímos a realidade que nos constrói.

A cultura poderá ser entendida como um todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, leis, moral, costumes e qualquer outro tipo de capacidades ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade. Engloba as normas de conduta e de pensamento aprendidas e partilhadas que são características de uma sociedade. As representações sociais são um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com objectivo prático de contribuir para a percepção de uma realidade comum a um determinado grupo (Cabecinhas, 2006). Jodelet (cit por Cabecinhas, 2006, p.4) refere as representações sociais como “as formas como os indivíduos se apropriam do mundo que os rodeia, ajudando-os a compreender e a agir”. Mas Des Chene (cit por Abreu, 2009) salienta que a forma de compreender e interpretar o mundo é condicionada pela cultura.

Para compreender os quadros colectivos da memória os atributos tempo e espaço são essenciais (Halbwachs 1950/1997, cit por Cabecinhas, 2006), pelo que o enquadramento é fundamental à memória, em especial pela história (Pollak, 1989). Cabecinhas conceptualiza a memória como um processo social, uma reconstrução selectiva e parcial, com aspectos objectivos e subjectivos, muito mais do que o acto individual de relembrar e reproduzir factos (2006, p.5). A dimensão narrativa da memória recorre-se da linguagem para tornar exterior pensamentos, sentimentos, intenções e fenómenos internos ao indivíduo, reflectindo as pertenças e as identidades sociais dos indivíduos e as suas histórias pessoais (Gergen, 1994 e Connerton, 1993 cit por Cabecinhas, 2006). A história de vida será sempre uma memória enquadrada na realidade do sujeito,

que traduz o produto de experiências individuais e colectivas que são incorporadas, que objectivada por recordação, constitui a matriz do agir (Linke, 2001 cit por Sobral, 2006).

Numa sociedade multicultural a sensibilidade para a diversidade deverá ser valorizada evidenciando o respeito pelas especificidades numa postura de cidadania inclusiva, exercendo protecção externa da comunidade minoritária mas também restrição interna no que possa pôr em risco as liberdades fundamentais (Nunes, 2009, p.49).

Percebe-se que a acção humana contempla uma dimensão objectiva que traduz a sua intenção, o “para quê?”, que poderá ser testemunhada por outrem e processada pela linguagem, e uma dimensão subjectiva, só conhecida pelo sujeito e que corresponde ao motivo, o “por quê?”. Defende Savater que o porquê, a causa de um agir será sempre a vontade, embora refira que existe um *gap* entre as intenções possíveis e a escolha por que se opta, designando essa brecha por traço de intencionalidade consciente, as razões para actuar (p.43). As razões para agir suportam-se no eu-sujeito e na racionalidade que transporta, entendendo-se a racionalidade como “o processo de avaliação do real, busca de alternativas e tomada de decisões que configura a proairesis, o livre-arbítrio, do eu-sujeito” (p.44). O processo racional procura no simbólico, vividos e agidos, as razões/motivos para agir confrontando-os e hierarquizando-os. As razões para agir poderão estar vinculadas à razão e ao desejo, em doses variáveis, dando resposta a “para quê?” que poderão ser necessidades, deleites, compromissos, projectos e experimentações. Refere que “a racionalidade na acção é o traço que capacita os organismos, com cérebros suficientemente

grandes para ter eus conscientes, para coordenar os seus conteúdos intencionais, de modo que produzam melhores acções do que as que se produziriam pela conduta guiada pelo puro acaso” (Savater, 2003, p. 44). Salienta que o pensamento racional depende do auto-conhecimento do que somos e da realidade em que vivemos, e que a escolha vai imbuída desses atributos. O homem está programado no que respeita à sua estrutura orgânica mas não na sua capacidade simbólica, ou seja, está programado no “ser” mas não no “humano” (Savater, 2003). Porque impreciso, comete erros, mas tem a capacidade de aprender com o vivido corrigindo os rumos vitais, porque o cérebro armazena a informação adquirida a partir da experiência, codifica-a em símbolos abstractos e comunica-a pela linguagem, processo que nos confere a capacidade de mudar a nossa maneira de ser e a sociedade (Sagan, 1992).

O julgamento racional deverá partir de factos correctos e recorrer a um raciocínio correcto evitando erros, sofismas, falácias e paradoxos que poderão conduzir a um agir não adequado, e em casos extremos, a um agir com pouco do que vimos evidenciando como a marca da natureza humana.

O agir pode traduzir um fazer as coisas bem, medianamente ou mal; pode ponderar-se se devem ser feitas, o que também é passível de um juízo de valor. Movemo-nos nos campos da ética, campo da vida que versa sobre “exigências e compromissos que implica reconhecimento da humanidade dos nossos semelhantes para que eles, na devida reciprocidade simbólica, confirmem por sua vez a nossa” e da deontologia, que reconhece valores e configura normas (Savater, 2003, p. 53). Mas, se tanto na ética como na deontologia se poderão conceber esquemáticas de orientação que ajudem a

decidir, o livre arbítrio deverá prevalecer, porque haverá sempre um toque pessoal com que cada um vive de forma irrepetível uma singularidade da sua existência. O decidir é sempre um decidir situacional, pelo que nos deveremos focar não no que é bom ou mau em abstracto, mas no que é “bom para” ou “mau para”.

Viver é um devir de símbolos que se entrecruzam em forma de memória, de comunidade, de códigos, de visões do futuro, de procura para encontrar o sentido de cada gesto e de cada tropeção. Viver entre e mediante os símbolos é tentar permanentemente estabelecer uma singularidade partilhada (Savater, 2003). Ser racionalmente activo é procurar tornar-se independente dos vãos da natureza, reforçando a nossa dependência dos vínculos sociais, porque na sociedade o homem importa (p.76). Gehlen (cit por Savater, 2003) evidencia a importância das instituições humanas e da cultura no desenvolvimento da liberdade da personalidade racional.

Finalizando o processo reflexivo refere-se que a pessoa humana transporta consigo uma bagagem que escolheu pela vontade, composta por conhecimento, valores, crenças, costumes, desejos e medos. A esta escolha subjaz um estilo, uma filosofia que suporte um plano de vida que nos faça sentido para podermos e querermos viver. A postura humanista em que nos revemos assenta numa filosofia ética e moral assumida por uma atitude geral de pensamento e acção centrada na pessoa humana, atribuindo-lhe dignidade, autonomia, liberdade, desejos e capacidades, perspectivando que dos humanos se poderá esperar contributo para um mundo melhor, por introspecção, livre exercício das suas capacidades e envolvimento politico-social.

Pensamos que se o conhecimento, valores, crenças, costumes, desejos e medos direccionam o agir, a reflexão continuada sobre o agir também clarifica e adequa o conhecimento, os valores, as crenças, os costumes, os desejos e os medos de que partimos. Estar no mundo por acaso não nos seduz.

Quando perante o Sr. Manuel, o enfermeiro deverá ter auto-conhecimento dos traços de *ser humano* que transporta para o acto de decidir o agir, não esquecendo que ele, Sr. Manuel, também terá os seus, diferentes ou semelhantes, e que do jogo entre ambos os seres emergirá a tomada de decisão, mas que na circunstância em análise, deverão prevalecer os do Outro.

PERSPECTIVA JURÍDICA E DEONTOLÓGICA

Age de tal forma que os efeitos da tua acção sejam compatíveis com a permanência de uma vida autenticamente humana na Terra.

Hans Jonas

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, adoptada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, na sua resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948, refere no seu Artigo 1º que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” e no seu Artigo 3º que “todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. Esta Declaração comporta um ideal comum a atingir por todos os povos e nações, alertando nomeadamente para o esforço necessário para desenvolver o respeito pelos direitos e liberdades de todos os indivíduos da sociedade, contemplados no documento. A Declaração refere também no seu Artigo 7º que “todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual protecção da lei”.

Na Constituição da República Portuguesa, de 2 de Abril de 1976, revista pelas Leis Constitucionais nº 1/82, nº1/89, nº 1/92 e nº 1/97, está consagrado no Artigo 64º, no seu nº 1, o direito à protecção de saúde e o dever de a defender e promover efectivada pelo Estado através da garantia de acesso a todos os cidadãos e uma racional e eficiente cobertura de todo o país (n.º3 do mesmo artigo e diploma). Em 1990, a Lei de Bases da Saúde, Lei n. 48/90 de 24 de Agosto, estabelece na base I, no seu n.º1, que “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei.”

No que concerne ao grupo profissional de Enfermagem o **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros** publicado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril alterado pela Lei n.111/2009, de 16 Setembro refere no **Artigo 83º** que o enfermeiro deve respeitar o direito ao cuidado na saúde ou doença. Na profissão de enfermagem o direito ao cuidado é garantido com a prescrição de deveres deontológicos no **Artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro** (CDE), que contém deveres que visam a protecção da saúde das pessoas, respeitando os seus direitos e necessidades. A Deontologia profissional integra direitos, deveres e incompatibilidades da profissão e relaciona-se com o papel social desempenhado pela profissão, ou seja, indica-nos como nos devemos comportar na qualidade de enfermeiros. O CDE tem função normativa e vinculativa e diz respeito a todos os enfermeiros (Nunes et al., 2005).

A Deontologia de Enfermagem, inclui também um conjunto de direitos, fundamentados por um lado

na dignidade profissional do enfermeiro, e por outro na excelência do exercício, como garantia dos clientes a cuidados de qualidade (Nunes et al., 2005).

Em Portugal a Deontologia de Enfermagem está inscrita numa lei, pelo que se interliga com o Direito. O Direito é segundo Mendes (1976) um sistema de normas de conduta social. A **Constituição da República Portuguesa**, no seu **Artigo 1º**, refere que Portugal é uma república soberana, baseada na dignidade da pessoa humana. Assim, podemos dizer que a dignidade humana constitui um princípio estruturante da nossa ordem jurídica; no entanto o Direito não explicita em termos rigorosos o conceito de dignidade humana (Cerdeira, 2008).

No âmbito dos cuidados de saúde, devemos basear-nos no princípio do respeito pela pessoa, o que significa que devemos respeitar a sua dignidade, direitos e autonomia, como referido no **Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78º**, no seu nº1, garantindo que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana”.

Nesta perspectiva, a análise deste caso reporta-nos para algumas questões principais:

- Qual o valor da decisão do Sr. Manuel, estando este impossibilitado de comunicar verbalmente ou através da escrita, embora consciente?
- Sendo a opinião do médico de que a realização da traqueostomia é benéfica para melhorar a sua situação clínica, pode o Sr. Manuel, recusar a cirurgia?
- E pode a família / esposa autorizar a intervenção?

Perante a realização de uma traqueostomia, a actuação do enfermeiro faz-se em complementaridade com outros profissionais, estando enquadrada ao nível das intervenções interdependentes, para “atingir um objectivo comum”, de acordo com o que define o nº 3 do **Artigo 9º do REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros** (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril). Para além de agir em complementaridade, o enfermeiro tem que tomar decisões relativas ao seu desempenho, na área da sua competência. Ou seja, embora não realize directamente o acto cirúrgico, o enfermeiro faz parte daquela equipa, cuidando do doente no pré, intra e pós-operatório, e como tal terá que tomar decisões.

No nosso caso, em que o doente está ventilado, e por alguns períodos, consciente, quem deverá dar o consentimento para a realização da traqueostomia? O doente? A família?

A traqueostomia não passa por ser simplesmente um procedimento médico, uma vez que provoca alteração no corpo, na auto-imagem do doente. Na legislação portuguesa ofender a integridade física de uma pessoa constitui crime, nos termos do capítulo III do **Código Penal** (CP), com o título “Dos crimes contra a integridade física”, aprovado pelo Decreto-Lei nº 48/95, de 15 de Março, com as alterações introduzidas pela Lei nº 90/97 de 30 de Julho e pela Lei nº 65/98 de 2 de Setembro. Por outro lado, o Código Penal refere também, no seu **Artigo 149º**, que “a integridade física considera-se livremente disponível”, para casos em que a pessoa consinta a ofensa, não sendo então considerado crime. O CP também nos diz no **Artigo 150º** que, uma intervenção cirúrgica, para “diagnosticar,

debelar ou minorar a doença, o sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental”, desde que realizada por um médico habilitado, não é crime contra a integridade física. Estando então prevista esta situação particular de ofensa à integridade física, a Lei tem que garantir, por outro lado a liberdade da pessoa, para decidir sobre o seu próprio corpo. Encontramos essa garantia prevista no **Artigo 156º** do CP, onde se considera crime contra a liberdade da pessoa, qualquer intervenção sem o seu consentimento, mesmo que o médico considere ser o melhor para ela. O **Artigo 157º** do CP acrescenta ainda que o consentimento dado pela pessoa tem de resultar de um esclarecimento adequado.

A **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina** (ratificada pelo Decreto do PR n.º1/2001 de 3 de Janeiro e Resolução da AR n.º1/2001 de 3 de Janeiro) estabelece, no seu Artigo 5º, que qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos, podendo em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento. Em relação aos menores e adultos incapazes diz-nos a Convenção, no seu **Artigo 6º**, que o menor ou o adulto incapaz deve ser chamado a intervir na medida das suas capacidades, e para além do seu representante legal. Este artigo realça o princípio da autonomia da pessoa humana e deve ser considerado em situações em que o autogoverno da pessoa possa estar limitado.

Na perspectiva do direito civil, uma intervenção cirúrgica sem consentimento, pode ser

considerada violação do direito da pessoa à integridade física, enunciado no **Artigo 25º da Constituição da República Portuguesa**, e como tal originar responsabilidade civil por parte de quem operou e auxiliou na intervenção cirúrgica sem consentimento (**Código Civil - Artigos 483º e 490º**, aprovado pelo Decreto-Lei nº 47 344 de 25 de Novembro de 1966).

Considerando ainda a legislação portuguesa, a **Lei de Bases da Saúde**, Lei n. 48/90 de 24 de Agosto, estabelece, na base XIV, n.º1 alínea b), que o utente tem direito a, decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei.

Assim, numa perspectiva legal e reportando-nos ao Sr. Manuel, podemos afirmar que, considerando que o mesmo estava consciente, embora impossibilitado de comunicar verbalmente, podendo no entanto fazê-lo por mímica gestual, no momento em que foi informado da intenção do médico de realizar a traqueostomia, seria apenas ele que poderia decidir se queria ou não realizar a intervenção cirúrgica. Como já referimos o Sr. Manuel *respondeu* que não, embora utilizando em vez da comunicação verbal ou escrita, a mímica gestual, que não foi considerada como válida pelo médico, que posteriormente pede a autorização da família para a realização da traqueostomia.

O enfermeiro assiste a este episódio. Questionemo-nos então sobre qual deve ser a sua intervenção.

Ao analisarmos o caso do Sr. Manuel, de acordo com o **CDE, Artigo 78º**, no seu nº1, devemos garantir, como já referimos, que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Isto quer dizer que devemos respeitar e reconhecer as opções de cada

pessoa quanto às suas crenças e valores. A situação de internamento em que o Sr. Manuel se encontra, não deve por si só diminuir ou extinguir os seus direitos como pessoa e como cidadão, pelo que importa suportar e promover a sua capacidade para decidir e agir.

A intervenção do enfermeiro, deve seguir princípios orientadores, inscritos no **CDE**, nomeadamente no **Artigo 78º**, no seu nº3, alínea b), que refere “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” e na alínea c), “a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com os outros profissionais”.

No âmbito do seu exercício profissional o enfermeiro estabelece com o cliente uma relação terapêutica, inscrita no **Quadro Conceptual da Ordem dos Enfermeiros**, como uma relação que se deve caracterizar “pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde”.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), explicita no **Artigo 8º**, no nº 1, que no “exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética, e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”

Será que no caso do Sr. Manuel, a sua vontade livremente expressa, embora de forma diferente dos contextos habituais, se pode considerar válida? Poderá nalguma circunstância ser contrariada?

Analisemos então as questões relativas ao consentimento informado, melhor dizendo, o **consentimento livre e esclarecido**.

O consentimento é um dos aspectos fundamentais da relação entre os profissionais de saúde e os clientes, uma vez que salvaguarda o respeito pela autonomia e autodeterminação da pessoa e promove o seu bem, no exercício da liberdade responsável (Nunes et al, 2005). No respeito pela pessoa, reconhece-se a sua capacidade para pensar, decidir e agir, como ser autónomo e independente.

Assim parece óbvio que qualquer intervenção realizada por um profissional de saúde só deverá concretizar-se se a pessoa em causa o permitir, através do seu consentimento livre e esclarecido.

Segundo Nunes et al. (2005:212), o consentimento do cliente surge, “submetido a várias condições: 1) deve ser voluntário, livre de qualquer manipulação ou coacção externa; 2) deve ser baseado em informação correcta que o doente compreenda; 3) deve ser o acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo.”

No caso do Sr. Manuel, este foi informado pelo médico da necessidade de realização da traqueostomia, como forma de diminuir a sua dependência da prótese ventilatória e promover um desmame mais rápido. O doente foi também informado de que esta situação seria transitória, embora se desconhecasse por quanto tempo, mas não foi informado sobre outras vantagens da traqueostomia, como a possibilidade de poder eventualmente alimentar-se e falar. O Sr. Manuel ouviu e parece ter percebido a informação, demonstrando estar atento durante a explicação. O médico após transmitir a informação não

perguntou explicitamente ao Sr. Manuel se aceitava realizar a intervenção, e perante a recusa manifestada pelo doente através de mímica gestual, não a valorizou, e deu por encerrada a conversa, referindo que era necessário realizar a traqueostomia, “para seu bem”.

Assim e no que concerne à primeira condição, ou seja, que a decisão seja voluntária, livre de qualquer manipulação ou coacção externa e baseada em informação correcta, não foi respeitada na totalidade, pois apesar de a informação ter sido correcta, as circunstâncias em que o doente se encontrava (ventilado, impossibilitado de comunicar verbalmente), funcionaram como um impedimento à verbalização da sua decisão, não tendo a mesma sido valorizada. A segunda condição relativa à informação foi cumprida tendo o doente sido informado, mas ao estar impossibilitado de colocar questões e esclarecer as suas dúvidas poderá ter comprometida a compreensão da informação, contribuindo para a sua decisão. Assim, ao Sr. Manuel, dotado de autonomia individual, não lhe foi permitido exercer a sua autodeterminação, ou seja, a liberdade de escolha relativamente às opções que lhe eram colocadas.

O direito e o dever de consentir ou não consentir, protegidos eticamente, deontologicamente e juridicamente, foram neste caso prejudicados pela existência de barreiras à comunicação, uma vez que é através da comunicação que se pode dar e receber informação. Entramos assim na área do **direito a receber informação e dever de dar informação**, uma vez que é através da informação que o doente deve ficar capacitado para poder decidir consentir a intervenção proposta, ou recusá-la.

Os doentes divergem muito entre si quanto à atitude que têm face à acessibilidade à informação. Uns preferem saber toda a informação de forma a ponderarem e a tomarem as suas decisões. Assim a informação de que dispõem permite-lhes um maior controlo e uma maior capacidade para gerirem a situação. Outros preferem receber a informação gradualmente para não entrarem em desequilíbrio. Desta forma desenvolvem as suas capacidades gradualmente de acordo com a informação que vão recebendo. Existem ainda doentes que recusam qualquer informação não ultrapassando a fase da negação.

Cerdeira (2008:14) refere que “relativamente à informação, segundo a legislação, esta deve incidir sobre o diagnóstico e a índole, o alcance, a envergadura e as possíveis consequências da intervenção ou do tratamento”.

A **Lei de Bases da Saúde**, na sua base XIV, nº 1, alínea c), salienta que os doentes têm direito a “ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado”.

No caso do Sr. Manuel não nos é possível saber se este obteve a informação que necessitava, ou se, simplesmente, não queria informação, não estando a sua decisão dependente desta.

O **Código Deontológico dos Enfermeiros**, consagra no seu **Artigo 84º**, o “respeito pelo direito à autodeterminação”, devendo o enfermeiro assumir o dever de “a) informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de Enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de

Enfermagem”. Aqui são realçados o dever de informar e de garantir o direito da pessoa ao consentimento informado, sendo claro, o teor da informação – os cuidados de Enfermagem.

Relativamente a quem informar Cerdeira (2008:14) refere: “informar o indivíduo ou não informar por opção do próprio cliente. Informar a família se ela for o alvo dos cuidados, ou, não sendo alvo de cuidados, deve o enfermeiro assegurar-se de que a informação à família é facultada ou não, de acordo com a vontade expressa do indivíduo, salvaguardando-se as situações em que o princípio da beneficência se põe”.

A informação é tudo o que diminui ou elimina a incerteza e só é possível obter informação das coisas sobre as quais temos algum nível de desconhecimento.

Assim concluímos que em relação à informação a dar ao Sr. Manuel, o enfermeiro só o poderia fazer, em matéria de cuidados de Enfermagem, e aqui poderia acrescentar à informação do médico aspectos relacionados com as vantagens da traqueostomia no que concerne à possibilidade de se alimentar e de comunicar verbalmente, caso, como vimos, o doente o solicitasse. Para isso o enfermeiro deveria utilizar estratégias que lhe permitissem ultrapassar os obstáculos à comunicação, de forma a facilitar ao doente o esclarecimento de dúvidas, no âmbito de uma relação terapêutica caracterizada por uma parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

O **dever de informar** baseia-se em princípios como a autonomia, a dignidade e a liberdade da pessoa, mas mais do que isso e tal como refere Kant (1995:180) “o dever é a necessidade de uma acção por respeito pela lei”.

A salientar ainda algumas excepções à informação a prestar, como as situações de emergência, quando o doente está em perigo ou incapaz de se exprimir ou de avaliar a situação, também as situações em que a pessoa recusa de forma voluntária receber informação e ainda situações em que possa ser exercido o chamado “privilégio terapêutico” previsto no **Artigo 157º do Código Penal**, que refere existir o dever de esclarecer “salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que a, serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar dano à saúde, física ou psíquica” (Cerdeira, 2008:14). O caso do Sr. Manuel não se enquadra em nenhuma destas excepções.

Portanto em relação à segunda condição pressuposta pelo consentimento informado, referida anteriormente, podemos considerar que ao Sr. Manuel foi fornecida a informação relativa à traqueostomia e este, após ser esclarecido, expressou a sua vontade, de não querer realizar a intervenção.

A última condição que promove um consentimento ou dissentimento livre e esclarecido diz-nos, como referimos, que o consentimento deve ser o acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo.

Relativamente à capacidade, a lei em vigor considera a pessoa capaz para prestar consentimento, quando é maior de dezasseis anos e possui o discernimento necessário para avaliar o seu sentido no momento em que o presta (Cerdeira, 2008), ou seja, para que as decisões sejam uma expressão fiel da sua autodeterminação, importa que sejam tomadas com consciência.

Galan Cortés (2001), define competência ou capacidade para consentir nos cuidados de saúde

como “a aptidão cognitiva, volitiva e emocional de uma pessoa para entender a informação sobre cuidados de saúde que lhe é transmitida, de forma a que possa eleger, autónoma e racionalmente, o que mais convém aos seus interesses – aceitar ou recusar a prestação destes cuidados, com base na informação que lhe foi transmitida” (Lampreia, 2008:18).

Segundo Pereira (2004), a competência deve ser aferida caso a caso e a incompetência para decidir poderá ser meramente pontual, pelo que se impõe que o profissional de saúde afira sempre da competência para decidir a quem é proposta a prestação de cuidados de saúde (Lampreia, 2008).

Para Lampreia (2008:19), sendo a competência para decidir autónoma, a pessoa a quem são propostos cuidados de saúde deve ter capacidades intelectuais e emocionais para assumir uma decisão, referindo que “o facto de uma pessoa não reunir as condições cognitivas, volitivas e emocionais necessárias para se autodeterminar em relação aos cuidados de saúde que lhe são propostos, impõe a obrigação ao profissional de saúde de declarar a incompetência dessa pessoa para consentir ou dissentir sobre os cuidados propostos”.

No caso de se verificar situação de incompetência ou incapacidade para consentir, deverá ser designado judicialmente um representante legal.

Lampreia (2008) refere ainda três situações em que o regime legal, diminui ou restringe a capacidade da pessoa para consentir, e que são os casos dos interditos (todos os que sofram de anomalia psíquica grave, surdez-mudez e cegueira e que se mostrem incapazes de governar as suas pessoas e os respectivos bens, nos termos do nº 1 do **Artigo 138º do Código Civil**), dos inabilitados

(indivíduos cuja anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, não seja de tal modo grave que justifique a interdição e indivíduos em que exista abuso de bebidas alcoólicas ou de estupefacientes, que se mostrem incapazes de reger o seu património, nos termos do disposto no **Artigo 152º** do Código Civil – nestes casos a capacidade para consentir na prestação de cuidados de saúde só poderá ser posta em causa quando na sentença que decretou a inabilitação esteja mencionada essa incapacidade) e dos menores de dezasseis anos (conforme nº 3 do **Artigo 38º** do Código Penal). Também aqui, verificamos que o Sr. Manuel não se enquadra em nenhum destes grupos.

Podemos concluir que o julgamento sobre a competência de uma pessoa permitirá determinar entre aquelas cuja decisão será respeitada e as que terão que ser substituídas na decisão por um representante legal.

Reportando-nos novamente ao nosso caso, parece-nos que o Sr. Manuel estava na posse de todas as suas capacidades para tomar a decisão, com excepção da capacidade de a comunicar verbalmente. De qualquer forma o julgamento sobre a sua capacidade para decidir por parte do médico não lhe foi favorável. Poderia o médico nalguma circunstância decidir pelo doente ou substituí-lo pela esposa na sua decisão?

Como já referimos anteriormente, as intervenções cirúrgicas não constituem ofensa à integridade física, desde que sigam a *leges artis* e tenham o consentimento do doente, nos termos do **Artigo 150º** do Código Penal.

Acresce ainda que o consentimento é referido na legislação portuguesa, no nº 2, do **Artigo 38º** do Código Penal, nos seguintes termos: “ 2- O consentimento pode ser expresso por qualquer

meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido e pode ser livremente revogado até à execução do facto”.

Para qualquer acto deve então obter-se o consentimento do doente, que pode ser oral ou escrito não existindo distinção do ponto de vista ético, pelo que o formulário de consentimento é apenas uma formalidade com utilidade jurídica, que pode ser usado como prova documental (Nunes et al, 2005).

Como vimos, no nosso caso o médico pede consentimento escrito à família, através de um documento de consentimento informado o que é incorrecto do ponto de vista ético e jurídico, uma vez que o doente é o único que pode ou não consentir a realização da traqueostomia.

Se o Sr. Manuel estivesse inconsciente, e não se tivesse manifestado, poder-se-ia presumir o seu consentimento. O consentimento pode ser presumido, equiparando-se na lei ao consentimento efectivo, nos termos do **Artigo 39º**, nº 2 do Código Penal, “quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no acto se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”(Nunes et al, 2005). Neste caso quando a situação do doente se agravasse, exigindo a realização da traqueostomia, procedimento sobre o qual o doente não se tinha manifestado, poder-se-ia presumir legitimamente o consentimento. Mas na verdade e apesar de no momento em que a esposa assinou a autorização, o Sr. Manuel se encontrar num estado de coma induzido, inconsciente, não invalida a recusa do doente presenciada pelo médico e enfermeiro, numa altura em que

eventualmente mantinha as suas capacidades para decidir.

Quando não é possível obter consentimento do próprio, e na ausência de representantes legais, é dever de todos os profissionais de saúde, “agir no melhor interesse do doente, se possível atendendo às preferências, crenças e valores que tiver manifestado. Por melhor interesse do doente, entende-se a restauração ou preservação das funções vitais, o alívio do sofrimento e a manutenção da qualidade de vida” (Nunes et al, 2005: 215).

De acordo com o princípio da autonomia, o doente terá direito a decidir de livre vontade submeter-se ou não a um tratamento ou intervenção, devendo respeitar-se a sua vontade, mesmo que essa recusa seja prejudicial à sua saúde.

No cumprimento do **Código Deontológico**, o enfermeiro deve no exercício da profissão, conforme o **Artigo 81º**, alíneas e) e f), “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”, “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” e conforme o **Artigo 84º** do CDE, alínea b), assumir o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”.

De acordo com o **REPE**, os cuidados de Enfermagem podem ser intervenções autónomas ou interdependentes (nº 4, **Artigo 4º**, REPE). O **Artigo 9º** do REPE, define intervenções interdependentes, como as “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.”

No nosso caso como já vimos, em relação à realização da traqueostomia, situamo-nos no âmbito das intervenções interdependentes. Como devemos actuar?

Cerdeira (2008:16) em relação a esta questão refere que “o enfermeiro que, na sua intervenção interdependente, se apercebe que o doente não prestou o consentimento escrito, quando a lei exija a forma escrita ou mesmo verbal, quando a lei não exija a forma escrita, deve abster-se de intervir, providenciando o cumprimento do processo de obtenção do consentimento informado (ou dissentimento), em respeito pelo direito à autodeterminação do doente e / ou seus representantes legais. Ou seja, o enfermeiro deve garantir que o cliente e / ou cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados”.

Uma intervenção sem consentimento pode ter consequências jurídicas.

No nosso caso concreto, não podemos avaliar se médico e enfermeiro colocaram em dúvida a competência e liberdade do Sr. Manuel, quando este expressou a sua decisão de recusar a traqueostomia. Não está também totalmente esclarecido se o Sr. Manuel percebeu na totalidade a informação que lhe foi transmitida, nomeadamente sobre as consequências da não realização da traqueostomia, e vantagens de que poderia beneficiar com a realização da mesma. Mesmo que tivesse tido dúvidas não poderia

esclarecê-las facilmente, uma vez que estava impossibilitado de comunicar verbalmente.

Nunes et al (2005:216) refere que “não havendo conhecimento da vontade, livre e esclarecida, do doente na situação actual, a decisão dos profissionais deve considerar o melhor interesse do doente e reger-se pelo princípio da beneficência”.

Assim, tanto o médico como o enfermeiro estão salvaguardados na sua tomada de decisão.

No entanto o médico pediu o consentimento para a realização da traqueostomia à esposa. A expressão formal da vontade de terceiros, autorizando actos médicos, só é válida se estivermos perante o representante legal do doente, que não era o caso. No âmbito jurídico, a autorização de um familiar não iliba o profissional de ter agido, contra a vontade expressa do doente (Nunes et al., 2005).

Nestas situações complicadas e perante a necessidade de tomar uma decisão, “o enfermeiro deve agir de acordo com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, no respeito pelo Código Deontológico e na concretização dos princípios que consagram os direitos dos doentes” (Nunes et al., 2005:216).

RESOLUÇÃO DO CASO

O que tem valor é a expressão da vontade actual e concreta da pessoa que se encontra capaz, e é competente para decidir se quer ou não realizar a traqueostomia.

O facto de não poder comunicar verbalmente ou por escrita não constitui critério para que o Sr. Manuel seja substituído na sua autonomia. A vontade do doente expressamente manifestada, por mímica gestual e com competência, deverá ser

respeitada. O enfermeiro estabelece com o doente uma relação terapêutica caracterizada pela parceria que estabelece com o cliente, no âmbito do seu exercício profissional, devendo promover o respeito pelas suas capacidades e pela sua vontade, que embora expressa por mímica gestual, deve ser respeitada.

A família, neste caso a esposa, não tem autoridade para decidir pelo doente, se considerarmos que o doente estava consciente. Nesse caso, se a vontade do doente foi manifestada, embora através de comunicação gestual, em perfeito estado de consciência, e se correspondia à recusa da realização da traqueostomia, nenhuma outra pessoa poderia posteriormente decidir por ele. Se era essa a vontade actual do doente, se considerarmos que é competente e esclarecida, deveria ser respeitada. Não sendo este caso vivenciado por nós, não sabemos se foi colocada em dúvida a competência e liberdade do Sr. Manuel para decidir a recusa à intervenção. Poderá ainda questionar-se se o doente estaria na posse de toda a informação necessária, nomeadamente em relação aos riscos inerentes à recusa, uma vez que estando ventilado não podia questionar verbalmente e esclarecer as suas dúvidas.

Se, por outro lado, os profissionais de saúde consideraram que o doente não estava em condições para decidir, podendo questionar-se qual seria o seu estado de consciência (já tinha estado sedado, embora na altura em que recebeu a informação não estivesse), ou subsistindo a dúvida, se a vontade do doente foi totalmente esclarecida, então é dever do médico e enfermeiro, considerar o melhor interesse do doente e reger-se pelo princípio da beneficência.

Como vimos não foi isso que aconteceu...o médico solicitou a autorização da esposa. Juridicamente, como vimos, a expressão formal da vontade de terceiros, autorizando actos médicos, só é válida e tida em conta, se estivermos perante o representante legal do doente, e no caso estávamos perante um familiar directo, que ética e legalmente não deve decidir pelo doente.

Em relação ao enfermeiro colocado perante a necessidade de tomar uma decisão, deverá fazê-lo de acordo com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana no respeito do seu Código Deontológico e concretização dos direitos do doente, onde deve respeitar os princípios éticos que suportam esses direitos. Em última instância, se o enfermeiro considerou que o médico estava a agir contra a vontade do doente, é-lhe reconhecido o direito de recusar praticar ou participar em actos, que atentem contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana, ou contra o Código Deontológico, conforme descrito, no **Artigo 75º**, alínea e) e **Artigo 92º** do Estatuto e Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência (Nunes et al, 2005).

De salientar que juridicamente, a autorização de um familiar só por si, não iliba o profissional de ter agido, contra a vontade expressa do doente. As intervenções de enfermagem interdependentes, que como vimos, derivam da prescrição de outros profissionais, quando o paciente as não consentir podem ser punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.

CONCLUSÃO

Diariamente, os enfermeiros tomam decisões sobre o seu desempenho, de acordo com a sua área de competência, em intervenções independentes ou

interdependentes. A tomada de decisão do enfermeiro, adequada a cada situação concreta, deve ser feita no sentido da excelência do seu exercício profissional e para que tal aconteça o enfermeiro tem que considerar os valores da profissão e os princípios éticos, assim como os deveres inscritos no Código Deontológico e as normas legais existentes. Cada caso deve ser analisado de acordo com o conhecimento e a experiência do enfermeiro, englobando também uma perspectiva científica, mas não só, uma vez que a fundamentação da tomada de decisão deve englobar sempre uma perspectiva ética, deontológica e jurídica, pois só assim estará garantida a excelência dos cuidados.

Sendo o consentimento livre e esclarecido durante muito tempo da única e exclusiva responsabilidade dos médicos, o seu propósito na área da enfermagem foi evoluindo gradualmente em consonância com a autonomia da profissão.

Porque a promoção da liberdade e da dignidade da pessoa é hoje um valor intrínseco na perspectiva do novo paradigma do cuidar, os enfermeiros têm o dever moral de reconhecer, respeitar e defender a autonomia da pessoa de quem cuidam.

Reflectir sobre esta problemática visando a discussão e partilha de preocupações/inquietações, a análise de sentimentos vivenciados e de valores e princípios individuais e de grupo, capacitar-nos-á melhor para encontrar consensos nas perspectiva ética, deontológica e jurídica, para os momentos de tomada de decisão.

Apesar de cada situação requerer uma abordagem específica, tendo em conta a individualidade do doente, é necessário ao enfermeiro, um corpo de conhecimentos referentes a legislação e deontologia, como também um desenvolvimento

da sensibilidade ética e moral para que a sua actuação seja adequada.

Este percurso de reflexão e concepção possibilitou que revíssemos a nossa memória sobre o que somos e quem somos, tentando perceber os conhecimentos que nos orientam, para nos perspectivarmos para o bem agir nas tomadas de decisão do amanhã.

REFERÊNCIAS

ABREU, W. – A Anamenese em Contextos Multiculturais: avaliação inicial e recurso aos cuidadores informais. In *Multiculturalidade. Perspectivas da Enfermagem. Contributos para melhorar o cuidar*. Lopes, J.; Santos, M.; Matos, M.; Ribeiro, O. – Loures: Lusociência, 2009.

AMBESH – Percutaneous tracheostomy with single dilation technique: Aprospective, randomized comparasion of Ciaglia Blue Rhino versus Grigg's guidewirw Dilating Forceps. *Anesth Analg.* 95 (2002), p. 1739-1745.

ANDRADE, B.; BELLINI, E.; SANTOS, M.; WAIDMAN, P. – Ontologia e Epistemologia do Cuidado de Enfermagem (2008) – Arq. Ciências da Saúde Unipar, Umuarama, Vol. 12, nº 1, p. 77-82.

APÓSTOLO, J.; GAMEIRO, M. – Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica. *Referência*. Coimbra. II.2ª Série-nº 1 Dezenbro 2005.

ASHURST, S. - Cuidados de Enfermagem de clientes ventilados mecanicamente em UCI:1. *Nursing*. Lisboa: 119 (1998), p. 20-27.

ASHURST, S. - Cuidados de Enfermagem de clientes ventilados mecanicamente em UCI: 2. *Nursing*. Lisboa: 120(1998), p. 10-17.

ASHWORTH, P. - In Communication. *Nursing Care*. Great Britain. Anchor Brendon Limited (1987), p. 63-82.

ASHWORTH, P. - *Care to communicate*. London: The Royal College of Nursing of the United Kingdom, 1988.

AULT – Percutaneous dilational tracheostomy for emergent airway acess. *Journal of Intensive Care Medicine*. 18: 222-6 (2003).

BENNER, P. – *De Iniciado a Perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2001.Coimbra. Quarteto Editora.

CABECINHAS, R. – *Identidade e Memória Social: Estudos comparativos em Portugal e em Timor-Leste* in Martins, M.; Sousa, H.& Cabecinhas, R. Comunicação e Lusofonia: Para uma abordagem crítica da cultura e dos media.

Porto: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade e Campo das Letras, 2006.

CABRAL, R. - Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. In Archer, I; Biscaia, J. Lisboa.1996.

CERDEIRA, A. – Informação e consentimento. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. 29 (2008),p.12-17.

CORTÉS, G.; CÉSAR, J. - *Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado*. Madrid: Civitas, 2001.

DAMÁSIO, A. – *O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa-América, 25ª ed, 2009.

DEODATO, S. – *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: valoração da sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.

FRY, S. - *La Ética en la Prática de la Enfermera*. Genebra: ICN,1994.

HAWKINS, M. - *Oxford Reference Dictionary*. Oxford: Clarendon Press, 1996.

HUDAK, C.; GALLO, B. - *Cuidados Intensivos de Enfermagem*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KUHN, T. – *The Structure of Scientific Revolutions*. 2nd ed. Chicago: Chicago University Press, 1970.

LAMPREIA, N. – Das incompetências e inabilidades para decidir. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. 29 (2008), p. 18-23.

LAZURE, H. – *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidata, 1994.

LE BOTERF, G. – *De La Compétence. Essai sur un attracteur étrange*. 3ª ed. Paris: Les Éditions D'Organizations, 1995.

MAGÃO, M. – *Cuidar, significado e expressão na formação em enfermagem*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, no âmbito do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem. Lisboa [s.n.], 1992.

MARCELINO, P. – *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao doente crítico*. Camarate: Lusociência, 2009.

MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3th ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

MENDES, C. – *Introdução ao estudo do direito*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 1976.

MORIN, E. – *O Método II. A Vida da Vida*. Lisboa: Publicações Europa América, 1980.

MORIN, E. – *Introdução ao Pensamento Complexo*. 4ª ed. Lisboa: Instituto Piaget. 2008.

NEVES, M.; PACHECO, S. - *Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

NUNES, L. – Pela mão de Ricoeur e Arendt: história da identidade. A propósito da memória Histórica.

Temperamentvm, 6. 2007. Em [http:// www. Índex-f.com/temperamentvm/tn6/t3807p.php](http://www.index-f.com/temperamentvm/tn6/t3807p.php)> Consultado a 21 de Fevereiro de 2011.

NUNES, L. - Palavras de apresentação: Dos símbolos e contextos do VIII seminário. *Revista da OE*. Lisboa. Maio 2008.

NUNES, L. - Multiculturalidade – a Perspectiva da Ordem dos Enfermeiros. In *Multiculturalidade. Perspectivas da Enfermagem. Contributos para melhorar o cuidar*. Loures: Lusociência, 2009.

NUNES, L. - Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*. Nº 17 Setúbal. 2010.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. - *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

POLANYI, M. - *Personal Knowledge: Towards a post-critical philosophy*. London: Routledge & Kegan Paul, 1958.

POLLAK, M. - *Memória, Esquecimento, Silêncio* – Estudos Históricos, vol.2, nº 3, 1989. P.3-15.

PRITCHARD, A. - *Care Critically*. Vol.III, 1994.

RAMOS, N. - *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa, Editora Universitária UFPB.

RANA - Tracheostomy in Critically Ill Patients. *Mayo Clin Proc*. 80:12, (2005), p. 1632-1638.

RENAUD, I. - *A pessoa humana e o direito à saúde*. Lisboa: Brotéria, 1996.

ROGERS, C. - *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin, 1961.

ROSÁRIO, E. - Comunicação e cuidados de saúde - comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa. Universidade Aberta. 2009.

SAGAN, C.; DRYAN, A. - *Sombras de Antepassados Esquecidos*. Lisboa: Gradiva, 1992.

SANTOS, B. - *Um Discurso sobre as Ciências*. Edições Afrontamento. Porto, 1988.

SAVATER, F. - *A Coragem de escolher*. Lisboa: Dom Quixote, 2003.

SERRÃO, D.; NUNES, R. - *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998.

SOBRAL, J. - Memória e Identidade nacional: considerações de carácter geral e o caso português. Comunicação apresentada no Colóquio “Nação e Estado: entre o local e o global”-Núcleo de Estudos em Sociologia da Universidade do Minho inserido nas actas e a publicar pelas Edições Afrontamento.

STEFFEN, F. - Nurse-Patient interaction and communication: a systematic literature review. *Journal Public Health*. [s.l.]. 17 (2009).

THELAN, Lynne A. Et al - *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. 2ª ed. Loures: Lusodidacta, 1996.

THOMPSON, I.; MELIA, K.; BOYD, K. - *Ética em Enfermagem*. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2004.

WATSON, J. - *Enfermagem: ciência humana do cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002.

WIENER, Norbert. *Cibernética e Sociedade: O Uso Humano dos Seres Humanos*. São Paulo: Cultrix, 1970.

SILVA, D.; BATOCA, E. O Conhecimento Científico e a Enfermagem in <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/13.htm> em 10-04-2011.

CÓDIGO CIVIL, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47344 de Novembro de 1966.

CÓDIGO PENAL, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 Março (Alterado pela Lei n. 59/2007 de 4 Setembro).

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E DA BIOMEDICINA Ratificada pelo Decreto do Presidente da República, n.º1/2001, de 20 de Fevereiro, de 3 de Janeiro, publicado no Diário da República, I Série-A, n.º2/2001).

ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, publicado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril alterado pela Lei n. 111/2009, de 16 Setembro.

LEI N.º 48/90, DE 24 DE AGOSTO (Lei de Bases da Saúde), alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

