

PERCURSOS



julho-dezembro 2025

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
Semestral
Ano 2025, Nº 58
ISSN 1646-5067

Editor
António Martins de Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Comissão Editorial
Edgar Canais
Fernanda G. da Costa Marques
Hugo Miguel Franco
Lucília Nunes

Os artigos aprovados para esta edição são da exclusiva
responsabilidade dos autores.

ÍNDICE

Editorial	4
O peso da balança. Ensaio sobre a equidade e o seu impacto nas sociedades Ângela Batista	5 - 10
O cuidado: entre o íntimo e o político Rita Garcia	11 - 16
Implicações éticas e deontológicas da adoção do modelo de preparação e administração de terapêutica “à tarefa” João Natário	17 - 23
A Rotunda de Enfermagem: Ética, Deontologia e Colaboração Interprofissional Pedro Ricardo Pais Domingos	24 - 31
A contenção mecânica de doentes nos serviços de Urgência e observação José Rodrigues	32 - 36
Quando pode o enfermeiro dizer não? Um ensaio sobre a fundamentação ética e deontológica da recusa de cuidados Raquel Paz	37 - 46
O Cuidar que Escuta o Silêncio: Reflexão Ético-Deontológica da Prática em Neonatologia Judite Luís	47 - 57
Autonomia da Criança com Doença Terminal na Emergência Pré-Hospitalar: Desafios Éticos e Deontológicos Diante de Recusa de Tratamento Vitor Martins da Silva	58 - 65
Coragem e Angústia Moral no Desenvolvimento Profissional de Enfermagem Isabel Maria Esteves Leocádio	66 - 72

Editorial

Este número 58 de revista *Percursos* apresenta abordagens éticas e deontológicas, com ensaios realizados no Curso de Licenciatura em Enfermagem e no Mestrado em Enfermagem.

O peso da balança. Ensaio sobre a equidade e o seu impacto nas sociedades propõe a utilização de um pensamento crítico sobre o valor equidade, pretendendo arranjar resposta para a questão “Como é que a utilização adequada da equidade pode modificar a construção de relações humanas e de sociedades mais justas?”.

O cuidado: entre o íntimo e o político foca-se na questão: “Será o cuidado um valor ético universal ou estará inevitavelmente condicionado pela experiência pessoal e relacional?”, e leva a compreender que o cuidado pode ter uma natureza dual, do cuidado como sendo universal na sua essência e relacional na sua concretização.

Os ensaios de estudantes do mestrado, enfermeiros, têm o propósito de apresentar uma revisão e análise aprofundada e crítica, acerca de um tema ou caso relevante que integre a dimensão ética e deontológica. Portanto, ligadas às experiências profissionais, quer em contexto de prestação direta de cuidados, quer na vivência enquanto estudante e enfermeiro/a.

Por isso, os desafios que se apresentam são relativos a implicações éticas e deontológicas da adoção do modelo de preparação e administração de terapêutica “à tarefa”, a metáfora da Rotunda de Enfermagem para a bordagem da Ética, Deontologia e Colaboração Interprofissional.

Refletimos sobre a contenção mecânica de doentes nos serviços de Urgência e observação assim como o questionamento de quando pode o enfermeiro dizer não. O cuidar que escuta o silêncio reflete sobre prática em Neonatologia. Também a autonomia da criança com doença terminal na emergência pré-hospitalar e os desafios éticos e deontológicos diante de recusa de tratamento. E a coragem e angústia moral no desenvolvimento profissional de Enfermagem.

O que liga estes artigos é, especialmente, a noção premente da necessidade incontornável da reflexão ética e do conhecimento deontológico, que suportem melhores decisões.

Boas leituras!

O peso da balança.

Ensaio sobre a equidade e o seu impacto nas sociedades

Ângela Batista¹

A equidade é um dos valores mais importantes para a nossa sociedade, sendo central para o bom desenvolvimento do pensamento ético e político. Apesar do seu peso na nossa sociedade, a equidade é frequentemente confundida com igualdade. A equidade tem como objetivo final a promoção de uma justiça racional e humana, visto que, esta, implica reconhecer e ajustar medidas ou regras às diferenças encontradas no grupo a que estas se aplicam, algo que a igualdade não faz. Atualmente, a nossa sociedade está repleta de desigualdades que, se formos analisar mais de perto, não se vão dar por extintas assim tão rapidamente. Deste modo, seria bastante significativo se a equidade surgisse não apenas como um ideal para a sociedade, mas como norma da mesma, fornecendo diretrizes para políticas públicas, decisões morais e talvez até relações interpessoais. Ao decorrer deste ensaio, poderemos constatar que, a equidade está constantemente associada a virtudes como a justiça e a igualdade, podendo complementá-las ou “criticá-las”.

Este ensaio propõe a utilização de um pensamento crítico sobre o valor equidade, explorando da melhor forma possível o seu significado e implicações práticas a partir de pontos de vista de diversas perspetivas

filosóficas. Para além disso, ao longo deste ensaio, é pretendido conseguir arranjar resposta para a questão “Como é que a utilização adequada da equidade pode modificar a construção de relações humanas e de sociedades mais justas?”.

Equidade deriva do latim *aequitas*, significando “justiça natural” ou “proporcionalidade”. Aristóteles (Ética a Nicómaco, Livro V) distinguiu equidade de igualdade. Deste modo, é possível afirmar que, para Aristóteles, igualdade é o tratamento de todos da mesma forma, desprezando as diferenças de cada indivíduo e as suas necessidades específicas. Por outro lado, equidade pretende atender às individualidades de cada pessoa, permitindo a execução da justiça considerando as diferenças de cada constituinte da sociedade e corrigindo o que ele considera a rigidez da lei.

“Ora, igualdade implica pelo menos duas coisas. O justo, por conseguinte, deve ser ao mesmo tempo intermediário, igual e relativo (isto é, para certas pessoas). E, como intermediário, deve encontrar-se entre certas coisas (as quais são, respetivamente, maiores e menores); como igual, envolve duas coisas; e, como justo, o é para certas pessoas. O justo, pois, envolve pelo menos quatro termos, porquanto duas são as pessoas para quem ele é de facto justo, e duas são as coisas em que se manifesta — os objetos distribuídos. E a mesma igualdade se observará entre as pessoas e entre as coisas envolvidas; pois a mesma relação que existe entre as segundas (as coisas envolvidas)

¹ Estudante Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
Ensaio realizado no âmbito da Unidade Curricular Ética, Direito e Deontologia Profissional I.

também existe entre as primeiras. Se não são iguais, não receberão coisas iguais; mas isso é origem de disputas e queixas: ou quando iguais tem e recebem partes desiguais, ou quando desiguais recebem partes iguais. Isso, aliás, é evidente pelo fato de que as distribuições devem ser feitas "de acordo com o mérito"; pois todos admitem que a distribuição justa deve recordar com o mérito num sentido qualquer, se bem que nem todos especifiquem a mesma espécie de mérito, [...]”¹

“E esse ponto é a equidade, pois em toda a espécie de ação em que há o mais e o menos também há o igual. Se, pois, o injusto é iníquo, o justo é equitativo, como, aliás, pensam todos mesmo sem discussão. E, como o igual é um ponto intermediário, o justo será um meio-termo”¹.

Imaginemos duas crianças, uma delas perfeitamente saudável e outra com uma deficiência motora. Ambas receberam o mesmo brinquedo. De relance, podemos aferir que ao receberem exatamente o mesmo brinquedo estas crianças se encontram em igualdade. No entanto, apenas se os brinquedos forem adaptados às necessidades de cada uma delas elas terão equidade. Mostro e reforço, com este exemplo que, a equidade não se trata de uniformidade, mas de um ajuste ambos moral e prático às condições singulares apresentadas por cada ser humano.

John Rawls (1971) na obra “*A Theory of Justice*”, com base na ideia de justiça como equidade (“*justice as fairness*”), sugere uma teoria moral e política. Com esta, Rawls propões que imaginemos o que ele chama de véu da ignorância. Neste, é estabelecida uma situação hipotética na qual ninguém sabe qual será o seu lugar na sociedade, podendo ser doente ou saudável, rico ou pobre, homem ou mulher. Com

isto, Rawls argumenta que as pessoas iriam escolher os princípios de justiça que fossem capazes de oferecer o mesmo nível de proteção a todos, favorecendo particularmente desfavorecidos. Isto, pois, ninguém posto nesta situação iria arriscar colocar-se numa situação de desvantagem extrema.

Através deste pensamento ergueram-se dois princípios fundamentais de Rawls:

- 1) Princípio da liberdade – cada um deve ter acesso ao maior espectro de liberdade disponível desde que essa liberdade não interfira com a liberdade de outrem.
- 2) Princípio da diferença – as desigualdades devem ser aceites desde que os mais desfavorecidos sejam beneficiados.

“The first case is that in which the expectations of the least advantaged are indeed maximized (subject, of course, to the mentioned constraints).[...] The second case is that in which the expectations of all those better off at least contribute to the welfare of the more unfortunate. That is, if their expectations were decreased, the prospects of the least advantaged would likewise fall. Yet the maximum is not yet achieved. Even higher expectations for the more advantaged would raise the expectations of those in the lowest position. Such a scheme is, I shall say, just throughout, but not the best just arrangement. A scheme is unjust when the higher expectations, one or more of them, are excessive. If these expectations were decreased, the situation of the least favored would be improved.”²

Idealizemos uma situação hipotética em que existe um governo que tem necessidade de distribuir recursos monetários entre dois hospitais de diferentes regiões. Aplicando o conceito de igualdade na sua literalidade teríamos de dar o

¹ Aristóteles. (2009). *Ética a Nicómaco* (A. Caeiro, Trad.). Fundação Calouste Gulbenkian, p.100.

² Rawls, J. (1999). *A theory of justice*. Revised edition. Belknap Press of Harvard University Press; p.68.

mesmo valor aos dois hospitais. Porém, um dos hospitais é localizado numa zona rural onde há maior falta de enfermeiros e recursos. Logicamente, perante a teoria de Rawls, para que houvesse equidade, este hospital iria receber maior ajuda do governo de forma que fosse possível compensar as desvantagens e dar a ambos os hospitais uma oportunidade real e semelhante. Assim, a justiça teria de transcender a imparcialidade com a finalidade de conseguir recolher as condições necessárias para que houvesse igualdade de oportunidades garantidas equitativamente.

“But the principle of open positions forbids this. It expresses the conviction that if some places were not open on a basis fair to all, those kept out would be right in feeling unjustly treated even though they benefited from the greater efforts of those who were allowed to hold them.”¹

Na obra “*Justice: What’s the Right Thing to do?*” (2009), Michael Sandel critica Rawls refutando o modelo de equidade por ele apresentado. Sandel argumenta que não é possível conceber a justiça isolada dos princípios éticos e culturais partilhados por uma sociedade.

Em Sandel, a equidade recai sobre o reconhecimento da moralidade e culturalidade presente nas relações humanas.

“A just society can’t be achieved simply by maximizing utility or by securing freedom of choice. To achieve a just society we have to reason together about the meaning of the good life, and to create a public culture hospitable to the disagreements that will inevitably arise.”²

Deste modo, é argumentado por Sandel que a nossa identidade e as nossas

responsabilidades mútuas enquanto sociedade são inseparáveis do sentido de justiça. Por exemplo, existe uma empresa que anda a poluir um rio de uma determinada região. Esse rio é utilizado regularmente por essa comunidade. Equidade, neste caso e para Sandel, passaria por muito mais do que apenas a aplicação de multas à empresa em questão. Equidade seria a restauração da confiança e a reparação dos danos causados à sociedade, podendo estes ser morais ou sociais. Deste modo, seria requerido uma ética do bem comum e da solidariedade cívica.

Com esta análise, é possível observar que a perspectiva de Sandel introduziu uma dimensão relacional na equidade. Nesta, ser justo trata-se também da participação na construção de uma comunidade ética, onde cada indivíduo se consegue reconhecer como interdependente.

Ao refletir sobre este tema veio-me também à cabeça a pergunta “Sendo que nem sempre há equidade, será que tudo o que vem da falta deste valor é negativo?”. Debatendo ligeiramente esta ideia com a professora foi-me aconselhada pesquisa na obra de Viktor Frankl “*Em busca de sentido*” (1946).

Viktor Frankl foi um dos sobreviventes do holocausto. Este era psiquiatra e, durante a época em que esteve aprisionado por parte dos nazis, apercebeu-se que o ser humano tem tendência de preservar a sua liberdade interior de escolha de reação perante o sofrimento, mesmo quando apresentado às situações mais extremas.

“A única coisa que sobrou é “a última liberdade humana” - a capacidade de escolher a

¹ Idem, p. 73.

² Sandel, M. (2009). *Justice: What’s the right thing to do?* Farrar, Straus and Giroux. p.261.

atitude pessoal que se assume diante de determinado conjunto de circunstâncias”¹.

Lendo muito superficialmente pedaços desta obra, retirei que foi acrescentada uma dimensão existencial à equidade por parte de Frankl. Deste ponto de vista, a equidade tem como suporte a dignidade intrínseca de cada indivíduo, descartando as circunstâncias em que este se encontra. Assim, para este autor, tratar alguém com equidade é reconhecer que a pessoa tem o seu próprio valor incondicional enquanto ser humano. Esta noção torna a equidade racional e compassiva pois desta perspectiva pretendemos ver no outro um ser humano com dignidade e não apenas um beneficiário das regras aclamadas justas.

Suponhamos o seguinte cenário: um sem abrigo e um empresário estão à espera de serem atendidos no mesmo hospital. No sentido de equidade seria exigido que o valor da vida de cada um fosse respeitado igualmente sem haver discriminação de acordo com o estatuto social apresentado pelos dois. Todavia, a equidade também deveria reconhecer que o homem sem abrigo se encontra numa condição mais vulnerável devido ao seu estilo de vida, requerendo apoio adicional.

Contudo, esta leitura não respondeu na totalidade à minha pergunta. Consequentemente, passo a tentar explicar o meu próprio ponto de vista antes de continuar a analisar outras perspetivas que muito provavelmente são melhor fundadas e exploradas do que a que vou desenvolver agora.

Quando há falta de equidade podemos escolher entre duas formas de ação, ou nos conformamos com o que temos ou tentamos superar as barreiras postas no nosso caminho. Certamente que muita gente se conforma, pois, enfrentar barreiras é algo trabalhoso que requer não só coragem, mas humildade (para que consigamos aceitar o poder que impedirá o nosso avanço, seja este a nível mental, físico ou social) e resiliência (para termos em nós alguma substância que nos deixe voltar a tentar enquanto não alcançarmos o que desejamos).

Contudo, quando alguém decide fazer face à falta de equidade sentida pelo próprio, resultados notáveis poderão ser alcançados. Felizmente, temos ainda alguma quantidade de pessoas que decidiram “lutar por si mesmos”.

Vejamos alguns exemplos:

Stephen Hawking poderia deixar-se consumir pela sua doença, não prosseguindo com a realização das suas pesquisas e consequentes descobertas visto que não haveria forma, na altura, de o tratar com equidade na sua área de trabalho altamente competitiva em que a sua desvantagem era um grande ganho para outros cientistas com desejo de ascensão na carreira. No entanto este conseguiu arranjar maneira de superar as suas barreiras chegando mais tarde, como podemos verificar com algumas pesquisas e leituras, a descobertas maravilhosas e extremamente interessantes.

Outro exemplo a considerar concentra-se na produção musical. Se todos os músicos tivessem o mesmo ponto de partida, as mesmas oportunidades e razões pela qual compõem, toda

¹ Frankl, V. E. (2019). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Vozes. p. 5.

a música sofreria negativamente visto que não haveria necessidade de superação por parte dos artistas pois todos seriam igualmente bons ou igualmente maus.

Disto quero reforçar que, não é necessária a falta de equidade para coisas brilhantes acontecerem, mas que, a forma como as pessoas lidam com a falta da mesma determina o seu percurso.

De seguida tomemos noção da perspetiva de Amartya Sen, em “*Development as Freedom*” (1999). Sen aumenta o leque da noção de equidade ao mencionar que para que haja equidade é necessário levar em consideração as condições concretas que permitem a cada indivíduo realizar uma vida alinhada com os seus próprios valores. Na lógica de Sen, para que uma sociedade possa ser considerada equitativa, esta tem de conseguir garantir não simplesmente recursos, mas também o acesso à saúde, participação política, educação e oportunidades de escolha- o que ela chama liberdades efetivas.

“Development consists of the removal of various types of unfreedoms that leave people with little choice and little opportunity of exercising their reasoned agency.”¹

Por exemplo, mesmo se conseguirmos oferecer bolsas de estudo iguais a todos os estudantes de Portugal, esta ação continuaria a não garantir equidade se, por alguma razão, os alunos não puderem frequentar as aulas ou comprar o material necessário.

Assim, para Amartya Sen, ser equitativo implica a remoção de obstáculos reais de forma que qualquer um consiga desenvolver sem

qualquer problema o seu potencial. Para Sen, o espaço onde a liberdade e a justiça se encontram é equivalente a equidade. Ao falarmos de equidade é comum pensar que esta se manifesta apenas em política públicas ou teorias filosóficas, mas isso não é verdade. Nós demonstramos equidade até na mais pequena decisão diária que possamos fazer. Exemplificando:

- 1) Um grupo de amigos vai de férias, se estes decidirem dividir as despesas da mesma considerando as diferentes capacidades económicas de cada elemento do grupo estarão a agir com equidade.
- 2) Numa empresa, se um gestor adaptar o horário de trabalho de uma mãe solteira, reconhecendo as suas circunstâncias individuais, estará a agir com equidade.
- 3) Durante um julgamento, se o juiz decidir diminuir a pena a uma pessoa que apenas cometeu furto por estar a passar fome e outras dificuldades económicas extremas estará a aplicar a lei com humanidade e, portanto, agindo com equidade.

Revemos nestes exemplos que ser equitativo é, acima de tudo, agir com justiça inteligente e compaixão. Isto, pois, a equidade, como valor prático, exige a presença de empatia e sensibilidade ao contexto da situação e juízo moral visto que todos somos diferentes.

Apesar das perspetivas de Rawls, Sandel e Frankl serem distintas, estas convergem de certo modo num ponto comum, sendo este que a equidade obriga a mais do que regras, requer humanidade. Sandel lembra-nos que os princípios

¹ Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press. p.13.

racionais de justiça que devem estruturar a sociedade, segundo Rawls, devem ser fixados em valores partilhados. Para além disso, Frankl fundamenta a importância da individualidade e do sentido de dignidade do próprio visto que estas têm a capacidade de transcender qualquer norma.

Penso, portanto, que a equidade se trata do equilíbrio entre razão e compaixão sendo necessário realizar a difícil tarefa de balançar imparcialidade e sensibilidade para que ambas estejam presentes numa decisão sem que nenhuma saia mais valorizada. Nas relações humanas, para que se consiga ser equitativo tem de se conseguir ouvir antes de julgar, compreendendo o outro antes da tomada de decisões posto que se reconhecermos a justiça com ausência do sentimento humano esta torna-se fria e mecânica, com valor de igualdade pois seria aplicada da mesma forma a todos, mas não equitativa.

Concluindo, na vida social, a equidade pode manifestar-se em vários contextos desde a educação à economia. Tratar alguém com equidade é reconhecer as diferenças presentes em cada indivíduo e que apenas haverá justiça na sua plenitude quando estas divergências entrarem em consideração aquando da tomada de decisões.

É certo que a equidade é um valor há muito presente na história do pensamento moral, sendo relevante deste do tempo de Aristóteles até às teorias da atualidade sobre justiça e liberdade. Este valor pode ter várias descrições e perspetivas, como se viu ao longo deste ensaio. Pode assumir uma perspetiva de oportunidade real e liberdade efetiva, como defendido por Sen ou até mesmo apenas assumir uma forma de justiça distributiva como em Rawls, por exemplo.

Quando aplicamos equidade estamos a confessar que a igualdade, apesar de importante, não basta para que uma sociedade possa ser considerada justa. Nas nossas sociedades atuais, fragmentadas e desiguais, ter a possibilidade de usufruir de equidade é raro. Ainda assim, esta é um imperativo ético e civilizacional dado que, fornece-nos orientação chave para a construção de relações interpessoais e instituições que respeitem a dignidade e individualidade do ser humano. Conseguimos ser equitativos, em última análise, se agirmos com justiça sem perder a humanidade.

Referencias bibliográficas

- Aristóteles. (2009). *Ética a Nicómaco* (A. Caeiro, Trad.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Frankl, V. E. (2019). *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Vozes.
- Rawls, J. (1999). *A theory of justice: Revised edition*. Belknap Press of Harvard University Press.
- Sandel, M. (2009). *Justice: What's the right thing to do?* Farrar, Straus and Giroux.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Freeman, S. (2009). *Original position*. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopaedia of Philosophy* (Spring 2009 Edition). Stanford University.
- Bem Comum. (2025, março 12). *Equidade: o caminho para uma sociedade mais justa*. Democracia do Bem Comum.
- Silva, M. A. da. (2018). *Algumas contribuições de Amartya Sen aos conceitos de eficiência e equidade*. ResearchGate .
- Aristotle. (n.d.). *10. Of equity*. In J. A. Kelsey (Ed.), *Nicomachean ethics*. Toronto Metropolitan University Press.

O cuidado: entre o íntimo e o político

Rita Garcia¹

Cuidar é reconhecer no outro a fragilidade que também habita em cada um de nós. O ato de cuidar vai para além de agir, pois requer uma responsabilidade e compromisso sobre o bem-estar e fragilidade do próximo. O cuidado pode ser visto apenas como algo normal do dia a dia, uma simples prática comum, um comportamento social esperado, mas será que também tem um peso ético e moral por detrás?

A dimensão ética presente no cuidado e na responsabilidade presente no ato de cuidar, é pouco valorizada pela população em geral. A palavra “cuidar” é definida, em termos gerais, como o ato de tratar ou tomar conta de alguém tomando responsabilidade pela mesma. Esta definição, presente nos dicionários da língua portuguesa, remete para um ato de responsabilidade e atenção, no entanto em termos éticos o cuidado é uma resposta moral à vulnerabilidade do outro.

A arte do cuidar acompanha-nos desde o início das nossas vidas. Na infância somos cuidados por quem nos alimenta, protege e ensina; na juventude aprendemos a cuidar dos outros e de nós próprios; na idade adulta o cuidado assume diversos papeis em diferentes contextos, tais como: cuidar dos filhos, de familiares, de amigos e da comunidade em si.

Este ato é ainda mais notório na escolha de certas profissões (área da saúde, da educação...), mas em todas essas fases e escolhas é evidente a importância do cuidado não só como elemento estruturante, mas também como valor ético que orienta a ação moral.

Neste contexto de reflexão sobre o papel do cuidado na vida humana, são postas em causa diferentes perspetivas sobre a natureza do cuidado e a sua importância.

Com esta problemática, surge uma questão central que orienta este ensaio: será o cuidado um valor ético universal ou estará inevitavelmente condicionado pela experiência pessoal e relacional?

Esta pergunta resulta numa análise profunda sobre a essência do cuidado, pois será que pode ser aplicado a todos os indivíduos independentemente da proximidade e empatia envolvidas?

Esta dúvida torna-se ainda mais evidente quando observamos situações reais do quotidiano, como no contexto hospitalar, onde os profissionais de saúde têm a obrigação ética de tratar todos os pacientes de forma igual, mas onde a relação estabelecida com cada pessoa influencia frequentemente o modo como o cuidado é efetivamente prestado. Esta realidade mostra que

¹ Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Ensaio realizado

no âmbito da Unidade Curricular Ética, Direito e Deontologia Profissional I.

existe um conflito permanente entre o ideal de um cuidado universal e a forma como o mesmo se realiza nas relações humanas. A questão central será explorada para se compreender o seu valor ético e a sua capacidade de orientar escolhas morais, políticas e sociais numa sociedade marcada pela interdependência e pela vulnerabilidade comum.

As diferentes perspetivas e opiniões de diferentes autores vão contribuir para a fundamentação deste ensaio.

A meio caminho, comecei a escutar uma diferença nessas vozes, sentia duas formas diferentes de falar sobre problemas morais, duas maneiras de descrever a relação entre o “eu” e o “outro”.¹

Para se entender a importância do cuidado na dimensão ética enquanto valor, é preciso definir o que é a ética. A ética, enquanto ramo da filosofia, procura compreender o sentido da ação humana através dos princípios, valores e virtudes que a orientam, a mesma pode ser considerada como sendo “uma disciplina da Filosofia e pode ser sintetizada como “reflexão filosófica sobre o agir humano”” (Nunes, 2009, p.6). Não se limita a estabelecer normas, mas sim a analisar critica e filosoficamente o que é justo, bom e responsável. Como afirmava Aristóteles, “Toda arte e toda investigação, assim como toda ação e toda escolha, têm em mira um bem qualquer; e por isso foi dito, com muito acerto, que o bem é aquilo a que todas as coisas tendem.” (Aristóteles, 1991, p. 1). Esta perspetiva clássica afirma que a ética é um meio essencial que orienta a vida para alcançar o “bem” e o “justo”.

Com o objetivo de se perceber o significado da palavra “Ética” é preciso conferir a etimologia da palavra. A palavra em questão tem origem no grego “ethiké”, derivado de “éthos”, que tem como significados mais relevantes: “carácter” ou “modo de ser”. Assim, é possível verificar que a ética está dependente de uma consciência moral orientada por valores próprios de cada pessoa, “Todo ser humano é dotado de uma consciência moral, que o faz distinguir entre certo ou errado, justo ou injusto, bom ou ruim, com isso é capaz de avaliar suas ações; sendo, portanto, capaz de ética.” (Campos, Greik, & Do Vale, 2009, p.1), o que reflete o nosso modo de ser e como nos posicionamos perante os outros e o mundo.

A análise ética requer uma reflexão sobre os valores que fundamentam as escolhas morais. Os valores ocupam um lugar importante na ética e na filosofia, pois são eles que definem os critérios pelos quais julgamos as ações humanas como boas ou más, justas ou injustas. Como afirma Fernando Savater, “Esse saber viver, ou *arte de viver*, se preferires, é aquilo a que se chama *ética*.” (Savater, 1993, p. 8), ou seja, para Savater a ética não é apenas um conjunto de regras, mas sim uma prática viva que orienta as escolhas humanas.

Na reflexão filosófica, os valores e virtudes têm definições diferentes, embora interligados na estrutura ética. Os valores são ideais normativas que guiam o comportamento humano que ajudam a definir o que uma sociedade ou individuo considera desejável “Os valores são critérios que orientam a ação humana, permitindo distinguir

¹ Gilligan, 1997, p. 9

entre o que é bom e o que é mau, justo e injusto, desejável e indesejável.” (Cortina, 1995, p. 19). Segundo Aristóteles, uma virtude é uma disposição estável do carácter que torna um indivíduo moralmente bom e capaz de cumprir adequadamente a sua função enquanto ser racional. “A virtude do homem também será a disposição de carácter que o torna bom e que o faz desempenhar bem a sua função.” (Aristóteles, 1991, p. 34). Pode-se então concluir que os valores apontam os ideais a serem alcançados, já as virtudes traduzem esses ideais em ações concretas na vida pessoal.

A ética, enquanto reflexão sobre o comportamento humano, estrutura-se a partir de valores que orientam o que pode ser considerado bom e desejável. Como refere a Professora Doutora Lucília Nunes “a ética visa o projeto e o dinamismo do agir humano” (Nunes, 2009, p.21), o que sublinha a importância do papel estruturador da ética na vida humana. No entanto, os valores só ganham forma quando se traduzem em atitudes concretas, e é nesse ponto que o cuidado se torna essencial. A ética do cuidado, segundo Fabienne Brugère “A ética do cuidado surge como a descoberta de uma nova moral [...] estruturada pela atenção com os outros.” (Brugère, 2023, p. 13), ou seja, o cuidado enquanto valor representa uma orientação fundamental da ética, pois expressa o compromisso com o bem-estar do outro e a responsabilidade nas relações humanas.

Apesar do cuidado estar muitas vezes ligado a valores como empatia, compaixão, solidariedade ou até a simpatia, o cuidado destaca-se por integrar esses elementos numa prática ética contínua. A empatia permite

compreender o outro; a compaixão leva-nos a querer aliviar o sofrimento; a solidariedade envolve-nos em causas comuns; e a simpatia expressa uma afinidade emocional. No entanto, o cuidado vai além de cada um desses valores isoladamente: ele exige presença, responsabilidade e compromisso constante com o bem-estar do outro, como afirma a Professora Doutora Lucília Nunes “É-se responsável pelo que se escolhe ao escolher, tem de ser ‘capaz de responder’ [...] por Si e a Si, ao Outro e perante o Outro.” (Nunes, 2009, p. 18). Mais do que uma reação emocional ou uma postura pontual, o cuidado é uma atitude ética que se manifesta na atenção constante, não é só sentir ou querer ajudar, é estar presente, assumir responsabilidade e agir de forma contínua

A reflexão filosófica sobre o cuidado é composta por diferentes perspetivas de diferentes autores e filósofos. A maioria dessas divergências são causadas por uma dualidade entre a sua universalidade ética e a sua inserção na experiência pessoal e relacional. Com estas reflexões coloca-se a questão que centraliza este ensaio: será o cuidado um valor ético universal, aplicável a todos os contextos humanos, ou estará inevitavelmente condicionado pela experiência vivida, relações afetivas e pelas estruturas sociais que o moldam?

Existem duas perspetivas centrais, que abordam o cuidado de maneiras diferentes: a “perspetiva relacional” e a “perspetiva política”. Por um lado, a “perspetiva relacional” defendida por Carol Gilligan baseia-se nas relações, ou seja, defende que o cuidado é uma forma legítima de orientação ética, centrada na empatia, na responsabilidade e na preservação das relações

humanas. Por outro lado, a “perspetiva política” defendida por Joan Tronto argumenta a favor do cuidado como uma prática ética e política fundamental, que deve ser reconhecida como responsabilidade coletiva e princípio orientador de sociedades mais justas.

A perspetiva relacional do cuidado, tal como formulada por Carol Gilligan, representa uma crítica incisiva às teorias éticas tradicionais que privilegiam a imparcialidade, a abstração racional e a universalidade dos princípios morais.

Segundo Gilligan, “o indivíduo tem que decidir e depois seguir a sua consciência”, o que reforça a necessidade e a importância da responsabilidade de cada um para com as suas ações. Gilligan observa que “a deferência das mulheres está enraizada não apenas na sua subordinação social, mas também na substância da sua preocupação moral. A sensibilidade às necessidades dos outros e a assunção da responsabilidade pelo cuidado levam as mulheres a atender a vozes que não são as suas e a incluir no seu julgamento outros pontos de vista”. Esta afirmação revela o núcleo da ética do cuidado: uma moralidade que não se constrói a partir de regras abstratas, mas sim da atenção ao contexto, à vulnerabilidade e à interdependência entre os sujeitos.

Embora Carol Gilligan tenha sido pioneira na formulação da ética do cuidado como uma alternativa à ética da justiça, Joan Tronto propõe uma crítica significativa à sua abordagem, questiona os limites da sua fundamentação teórica e o seu alcance social. Gilligan, ao destacar a “voz diferente” das mulheres, constrói uma ética centrada na empatia, na responsabilidade e na manutenção das relações,

associando o cuidado a uma moralidade feminina. No entanto, Tronto considera esta associação problemática, por tender a generalizar o cuidado como uma característica natural das mulheres, o que pode reforçar estereótipos de género.

A crítica de Gilligan à teoria de Lawrence Kohlberg é particularmente relevante. Kohlberg desenvolveu uma escala de desenvolvimento moral baseada em sujeitos masculinos, o que levou à generalização de uma moralidade centrada na autonomia e nos direitos individuais. Gilligan, ao contrário, sustenta que as mulheres tendem a construir a sua moralidade em torno do cuidado e das relações, o que não representa uma forma inferior de raciocínio moral, mas sim uma alternativa epistemológica válida.

Joan Tronto propõe uma perspetiva que é desassociada da ideia do cuidado como sendo parte do género feminino. Para Tronto, cuidar não é apenas uma atitude pessoal ou doméstica, é “uma atividade genérica que compreende tudo o que fazemos para manter, perpetuar e reparar o nosso mundo, de modo a podermos viver nele tão bem quanto possível”. Esta definição expande significativamente o conceito, pois integra dimensões sociais e políticas que são frequentemente ignoradas. Tronto identifica cinco fases do cuidado: “preocupar-se”, “assumir responsabilidade”, “prestar cuidado”, “receber cuidado” e “cuidar com justiça e equidade”. Cada uma delas revela a complexidade ética e política da prática do cuidar. Ao contrário de Carol Gilligan, que associa o cuidado à “voz diferente” das mulheres, Tronto argumenta que o cuidado não é uma característica de género, mas sim uma prática que provem de situações de dependência e exposição vividas por grupos que não têm

poder. Esta perspectiva implica o reconhecimento das responsabilidades de cuidado, o que é crucial para a construção de uma sociedade verdadeiramente democrata: sem enfrentar o déficit do cuidado, não é possível superar o déficit democrático. Assim, Tronto desloca o cuidado do domínio individual para o domínio social, propondo que o mesmo se torne um princípio estruturante das instituições sociais e políticas.

Neste ensaio é assumida uma posição moderada relativamente às duas perspectivas de Carol Gilligan e Joan Tronto. É reconhecido o valor da dimensão relacional e afetiva do cuidado, tal como formula Gilligan, sem ignorar a crítica “política e social” proposta por Tronto. Considero que o cuidado deve ser simultaneamente sensível às experiências e aos sentimentos das relações interpessoais, mas também consciente das estruturas sociais que moldam essas mesmas experiências.

Gilligan oferece uma contribuição fundamental ao destacar que o cuidado é uma forma legítima de raciocínio moral, baseada em relações interpessoais. A sua valorização da empatia e da responsabilidade pessoal revela uma ética situada, que desafia os modelos clássicos da filosofia moral. No entanto, reconheço com Tronto que esta abordagem, ao associar o cuidado predominantemente à experiência feminina, corre o risco de generalizar o género e de ignorar as condições sociais determinantes de quem cuida e de quem é cuidado.

A perspectiva de Tronto foi crucial para o debate no campo da ética do cuidado ao introduzir uma dimensão política que problematiza as desigualdades na distribuição do trabalho de cuidado. A sua proposta de pensar “o

cuidado” como uma prática social e democrática permite compreender que o cuidado não é apenas uma virtude individual, mas sim uma responsabilidade coletiva que exige justiça e reconhecimento. Assim, defendo uma ética do cuidado que articule a profundidade relacional e afetiva destacada por Gilligan com a consciência crítica e política proposta por Tronto. Esta posição moderada permite preservar a riqueza moral das relações humanas sem perder de vista os contextos sociais e históricos que as atravessam.

O cuidado, nesta perspectiva moderada, representa tanto uma prática ética como também uma exigência social, que desafia não só a responsabilidade individual, mas também as estruturas coletivas e sociais, que organizam a vida em comunidade. Neste sentido, o cuidado não pode ser visto apenas como uma atitude pessoal ou emocional, como também sendo um princípio orientador da convivência humana.

Numa sociedade marcada pela pressa, pela competitividade e pela indiferença, o cuidado torna-se um ato de resistência ética. Cuidar implica reconhecer no outro uma vulnerabilidade que também é nossa e que nos leva a agir de forma a respeitar e preservar a dignidade comum. Ao cuidar, a pessoa afirma a sua humanidade ao reconhecer que o valor do agir não se encontra apenas nas intenções, como também nas consequências que as suas ações têm sobre os outros.

A ética do cuidado, revela assim uma forma de pensar e viver que coloca a relação como centro da ação moral. Gilligan demonstrou que o cuidado expressa uma maturidade moral “A essência da decisão moral é a prática da escolha e

a vontade de aceitar a responsabilidade por essa escolha.” (Gilligan, 1997, p.110), pois implica a compreensão das decisões éticas como resultado de um contexto onde se evidencie relações e responsabilidades partilhadas. Já Tronto, ao defender a dimensão política do cuidado, lembra a necessidade de condições sociais que permitam a existência do mesmo de forma justa e equilibrada.

Desta forma, cuidar torna-se um gesto que ultrapassa a simplicidade de “fazer o bem”. Este gesto é um compromisso para com a justiça e a dignidade humana. Uma sociedade ética é aquela que reconhece o valor do cuidado como princípio orientador da convivência, o que garante um acesso à atenção, ao apoio e ao reconhecimento de modo equitativo. Portanto, o cuidado não deve ser visto como sinal de fraqueza ou dependência, mas sim como uma força moral de consciência coletiva.

A questão central deste ensaio: “Será o cuidado um valor ético universal ou estará inevitavelmente condicionado pela experiência pessoal e relacional?”, leva a compreender que o cuidado pode ter uma natureza dupla. Esta dualidade manifesta-se no cuidado como sendo universal na sua essência, mas relacional na sua concretização. Enquanto valor ético, este tema tem como condição comum a vulnerabilidade e interdependência que caracteriza todos os seres humanos. No entanto, pode-se manifestar de maneira diferente em cada contexto, relação ou experiência pessoal.

Gilligan mostrou que o cuidado só ganha sentido na relação com o outro, sendo assim uma resposta concreta e sensível às necessidades reais de quem nos rodeia. Por sua vez, Tronto relembra

que esse mesmo cuidado deve ultrapassar a dimensão privada e afetiva, tornando-se também um princípio social que garanta justiça e igualdade.

Assim, pode-se concluir que o cuidado é um valor ético universal no seu fundamento, pois reconhece a dignidade e a responsabilidade que partilhamos enquanto seres humanos sendo expresso de maneira individual em cada situação. A ética do cuidado une o que é pessoal e coletivo ao mostrar que cuidar é mais do que um ato individual: é a forma de construir uma sociedade mais humana, justa e solidária.

Referências Bibliográficas

- Mulheres na Filosofia. (2020). *Ética do cuidado*. <https://www.blogs.unicamp.br/mulheresnafilosofia/wpcontent/uploads/sites/178/2020/03/PDF-Ética-do-cuidado.pdf>
- Figueiredo, Luís Cláudio (2007). *A metapsicologia do cuidado*. Universidade São Paulo Brasil.
- Aristóteles. (1991). *Ética a Nicômaco* (L. Vallandro & G. Bornheim, Trans.). Nova Cultural.
- Brugère, F. (2023). *A ética do cuidado* (E. Vita, Trad.). São Paulo: Editora Contracorrente.
- Campos, M., Greik, M., & Do Vale, T. (2002). *História da ética*. CienteFico, Ano II(1).
- Cortina, A. (1995). *Ética mínima: Introdução à filosofia prática* (Á. Lorencini, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Gilligan, C. (1997). *Teoria psicológica e desenvolvimento da mulher* (N. Rocha, Trad.). Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1982)
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e florescências em todos os caminhos*. Lusociência.
- Savater, F. (1993). *Ética para um jovem* (Miguel Serras Pereira, Trad.). Editorial Presença. (Obra original publicada em 1991 como *Ética para Amador*)
- Parra Jounou, I., Tronto, J.C. Care ethics in theory and practice: Joan C. Tronto in conversation with Iris Parra Jounou. *Contemp Polit Theory* **23**, 269–283 (2024). <https://doi.org/10.1057/s41296-024-00680-6>

Implicações éticas e deontológicas da adoção do modelo de preparação e administração de terapêutica “à tarefa”

João Natário¹

De acordo com o Decreto-lei n.º161/96, de 4 de setembro, que define o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o enfermeiro é um profissional habilitado que presta cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital. No exercício das minhas funções, devo adotar uma conduta responsável, ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos. Deste modo, compete-me apoiar todas as medidas que visam melhorar a qualidade dos cuidados e dos serviços de enfermagem que presto e é neste compromisso de defesa das pessoas ao meu cuidado que surge o caso em análise.

A preparação e administração de terapêutica integra um processo de medicação que envolve validação da prescrição médica, identificação do utente correto, preparação segura, avaliação do estado clínico, administração adequada, monitorização posterior à administração e registo adequado. É uma das intervenções mais complexas na prática de enfermagem que exige responsabilidade, conhecimento técnico-científico, capacidade de tomada de decisão e consciencialização de que

erros ou omissões podem colocar a pessoa em risco clínico.

Em diversos contextos clínicos, verifica-se que esta intervenção, acima mencionada, é executada “à tarefa”, isto é, rege-se por um modelo operacional pelo qual alguns ou todos os enfermeiros preparam e administram a medicação de todos os utentes da unidade. De acordo com este modelo, há possibilidade de preparar medicação e não a administrar, de administrar e não a preparar ou até de nem preparar nem administrar. Cada profissional executa uma tarefa variável e intervêm em momentos distintos neste processo, apesar de cada um ser responsável por um conjunto delimitado de utentes.

Este modelo segmentado é uma adaptação organizacional dos cuidados para dar resposta a constrangimentos como escassez de profissionais de saúde, falta de recursos, limitações físicas e de elevada carga de trabalho, com o intuito de garantir a continuidade dos cuidados. Porém, evidencia implicações de natureza ética, deontológica e de responsabilidade profissional do enfermeiro.

¹ Enfermeiro, estudante do 10º Mestrado em Enfermagem, em associação, ano letivo 2025/2026. No âmbito da Unidade Curricular Ética e Deontologia foi elaborada uma revisão e

análise aprofundada e crítica, em formato de ensaio, acerca de um tema ou caso relevante que integre a dimensão ética e deontológica.

A questão central deste ensaio é: Que implicações éticas e deontológicas decorrem da adoção do modelo “à tarefa” na preparação e administração de terapêutica pelo enfermeiro?

Assim, a pertinência deste ensaio reside em analisar crítica e reflexivamente os riscos específicos para a segurança do utente, os princípios éticos e deontológicos potencialmente violados e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Neste contexto, entende-se por modelo “à tarefa” a organização e segmentação do processo terapêutico, que inclui a preparação e administração da medicação, monitorização do utente e registo fidedigno, por vários enfermeiros no mesmo turno, de acordo com as especificidades, necessidades e disponibilidade do serviço. Ao invés, no modelo centrado no enfermeiro responsável, cada profissional executa e assume individualmente o processo medicamentoso em todas as suas vertentes, mantendo a responsabilidade claramente identificada.

A análise ética deste modelo exige consideração por princípios biomédicos éticos fundamentais, definidos por Beauchamp & Childress (2019), que permanecem como uma referência na tomada de decisão. Estes autores enunciam os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia.

O princípio da beneficência promove o bem da pessoa, a qualidade do cuidado e o benefício clínico. No processo da medicação, implica a validação e adequação da prescrição clínica, o ajuste seja da dosagem, via de administração ou horário dependendo do estado clínico da pessoa e

monitorizar o efeito da administração. No modelo “à tarefa”, verifica-se um menor controlo e conhecimento da pessoa, a redução da capacidade do enfermeiro avaliar clinicamente e uma monitorização dispersa, que dificulta ajustes terapêuticos oportunos.

O princípio da não maleficência defende “primeiro não causar dano”, requerendo avaliação custo-benefício. Na prática, traduz-se em criar condições seguras para preparar e administrar, antecipar contra-indicações ou alergias e interromper ou recusar administração quando o risco supera o benefício. O modelo segmentado promove as interrupções e a falta de informação, que aumentam o risco de erro e de falhas na rastreabilidade de incidentes, podendo surgir e nem serem percecionados.

O princípio da justiça assegura equidade nos cuidados de saúde e exige que o padrão de qualidade e segurança seja baseado em critérios clínicos definidos, transparentes e que priorizam a distribuição justa de recursos disponíveis. Assim, um modelo com lógica de “linha de montagem” prioriza eficiência organizacional em detrimento de segurança e equidade clínica.

O princípio do respeito pela autonomia define-se como o respeito pela pessoa e pelo seu envolvimento nas decisões clínicas, tendo o direito à informação acerca da terapêutica implementada, respeito pelos seus valores e preferências. O modelo de múltiplos executores da intervenção medicamentosa gera inconsistências e segmentação de informação que debilita o vínculo entre enfermeiro e utente.

A adoção do modelo “à tarefa” não deve ser entendida apenas como uma resposta

organizacional, é uma opção que acarreta compromissos éticos identificáveis, na fragmentação do processo terapêutico, na responsabilidade do enfermeiro e no compromisso dos princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia. É, deste modo, um modelo eticamente inviável.

Em Portugal, a profissão de enfermagem é regulada por um quadro legal em que se destacam os seguintes diplomas: o Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, que criou a Ordem dos Enfermeiros (OE) e aprovou o seu Estatuto; a Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, que definiu a primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros; a Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro, que procedeu a nova alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros; e o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, que aprovou o REPE. Estes diplomas reconhecem a enfermagem como profissão sujeita a regulamentação e cumprimento de deveres legais e deontológicos e com responsabilidades científicas, técnicas e humanas.

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros define os direitos e deveres dos enfermeiros, decorrentes do Estatuto e legislação em vigor, estabelecendo um enquadramento normativo que permite analisar o modelo segmentado de preparação e administração de terapêutica.

O Artigo 99.º estabelece os princípios gerais da atuação do enfermeiro, entre os quais se destacam a defesa da dignidade da pessoa, a igualdade, a verdade, a justiça, a competência, o aperfeiçoamento profissional e a responsabilidade inerente ao papel assumido

perante a sociedade. Qualquer intervenção que contrarie estes princípios e valores deve ser recusada, corrigida ou sinalizada, por representar um risco para a pessoa e para a qualidade dos cuidados assistenciais.

O enfermeiro assume o dever de “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (Artigo 100.º, alínea b)). Assim, quando as diferentes etapas do processo terapêutico são realizadas por profissionais distintos, verifica-se a diluição indevida da responsabilidade. Esta diluição decorre de conveniência organizacional e não de juízos clínicos, o que deontologicamente constitui um problema, ou seja, não se consegue garantir a atribuição da autoria nem responsabilização por um eventual erro ou evento adverso, não sendo também possível assegurar rastreabilidade.

O cumprimento das normas deontológicas, das leis que regem a profissão e a adoção de medidas que melhorem a qualidade dos cuidados (Artigo 100.º, alínea a) e Artigo 97.º, alínea a)) implicam uma organização de trabalho que defenda a segurança dos utentes. Se o modelo favorece as falhas na passagem de informação e não garante condições de segurança dos cuidados, então a qualidade assistencial é comprometida.

Os registos das intervenções de enfermagem (Artigo 104.º, alínea d) e Artigo 97.º, alínea c)), neste *modus operandi*, são fragmentados, incompletos e/ou descontextualizados, reduzindo-se a uma ação técnica, pois quem administra a medicação não avalia previamente o utente e não monitoriza o pós-administração, a rastreabilidade fica novamente comprometida.

A continuidade dos cuidados, também prevista no Artigo 104º, alínea d) e e), não é assegurada no modelo “à tarefa”, uma vez que há uma quebra no processo medicamentoso entre decisão, ato e resposta, devido à execução por parte de vários enfermeiros e não individualizada. O enfermeiro deve conhecer o estado atual do utente, o plano terapêutico e a resposta prévia e posterior, deve acompanhar o utente ao longo do processo para efetivar o acompanhamento clínico.

O enfermeiro tem o dever de analisar o trabalho efetuado, de reconhecer as eventuais falhas, de atualizar os seus conhecimentos e de comunicar deficiências ou condições que prejudiquem a qualidade dos cuidados – Artigo 109.º, alínea a), c) e d). Assim, quando o modelo organizacional impede práticas seguras caso do modelo segmentado, assume-se o dever de sinalização, de procurar melhoria e de recusar procedimentos que contrariem as boas práticas.

O modelo de distribuição segmentada de medicação encontra-se desalinhado, em inconformidade e compromete diversos deveres previstos no Código Deontológico, nomeadamente os referentes à responsabilização individual, à qualidade e segurança dos cuidados, ao rigor dos registos, à continuidade assistencial e à melhoria contínua.

Para além do enquadramento legal, ético e deontológico, este modelo de prática segmentada adotado em algumas instituições e serviços de saúde é, também, uma temática estudada empiricamente.

Hayes C. *et al.* (2015) e Wondmienieh, A. *et al.* (2020) identificam as interrupções durante o ato de preparação, mas sobretudo na

administração de terapêutica, bem como a realização de tarefas partilhadas ou em regime de multitarefa, como alguns dos fatores que mais contribuem para os erros de medicação em enfermagem. No contexto do modelo “à tarefa”, estes fatores não são casuais, decorrem do constante alternar de tarefas, aumentando substancialmente o risco de erros, seja de caráter procedimental (por exemplo, falha na identificação do utente) ou de natureza clínica (por exemplo, dose ou fármaco errado). Em termos éticos, a organização do processo terapêutico interfere nos princípios da beneficência e não maleficência, através da sua fragmentação e constante interrupção.

Esta correspondência é confirmada por Schroers *et al.* (2025), que, numa recente scoping review, identificaram que 73% dos estudos analisados, verificam uma associação estatisticamente significativa entre interrupções e erros de administração de medicação, deduzindo que a quebra na sequência de trabalho aumenta a probabilidade de lapsos e omissões.

A acumulação de tarefas extra e/ou partilhadas durante o processo terapêutico aumenta a carga cognitiva e o risco de ocorrerem inadvertidamente erros especialmente em tarefas distintas e mal coordenadas (Hayes C. *et al.*, 2015).

Wondmienieh, A. *et al.* (2020), além das interrupções, aponta outros fatores que contribuem para o erro: a sobrecarga de trabalho principalmente relacionado com fadiga (durante os turnos noturnos), ausência de formação específica, inexperiência ou falta de formação dos enfermeiros e falhas no sistema seja em termos de materiais, inexistência de orientações

(guidelines) no serviço ou incumprimento de dotações seguras. Torna-se claro que a segurança do processo terapêutico é indissociável de fatores organizacionais.

Em contrapartida, Jaam M. *et al.* (2021) evidenciam a existência de intervenções de enfermagem que reduzem, evitam e/ou mitigam erros associados à administração de medicação. Destacam-se os programas de formação e atualização acerca da segurança no processo terapêutico e o recurso à simulação clínica aliada ao treino baseado em cenários reais. Em termos deontológicos, estas estratégias permitem educar os profissionais de enfermagem, de forma regular e dirigida, de modo a desenvolverem competências, reforçando a prática segura e padronizada, isto é, a concretização do dever de atualização e melhoria contínua.

A evidência científica recente é explícita a demonstrar os principais fatores que contribuem para os erros no processo de administração de medicação – interrupções, multitarefa e fragmentação do processo. Estes fatores são precisamente os que o modelo “à tarefa” tende a potenciar, ao envolver vários enfermeiros no processo, aumentando o número de interfaces e de momentos propícios ao erro. Paralelamente, a evidência também descreve as intervenções essenciais para mitigar estes riscos – formação dirigida e simulação clínica.

Assim, este modelo organizacional e, de acordo com a literatura, aumenta efetivamente os erros cometidos na preparação, mas, principalmente, na administração de medicação, não sendo justificável da perspetiva de segurança do utente.

A análise efetuada até ao momento demonstra que o modelo de distribuição segmentada da terapêutica interfere diretamente com deveres profissionais consagrados no Código Deontológico e com o conhecimento científico atual referente à segurança no processo medicamentoso. Se, por um lado, o quadro ético e deontológico exige ao enfermeiro responsabilidade individual, continuidade de cuidados e registos fidedignos, por outro lado, a evidência demonstra que as características do modelo “à tarefa” são comuns aos fatores que contribuem para os erros na preparação e administração de medicação (interrupções, multitarefa e fragmentação do processo). A convergência demonstrada, permite questionar qual é e se há legitimidade ética neste modelo segmentado, se é aceitável manter um modelo que aumenta o risco clínico e se o paradigma organizacional se sobrepõe à segurança da pessoa que está em situação vulnerável.

Primeiramente, é importante reconhecer que a execução fragmentada da terapêutica por múltiplos profissionais surge como resposta operacional a constrangimentos existentes nos serviços clínicos, constrangimentos relacionados com incumprimento de dotações seguras, espaços físicos limitados e tensão associada ao tempo de prestação de cuidados e horários terapêuticos. No entanto, e de acordo com o princípio da não maleficência que sugere evitar modelos de trabalho que aumentem o risco, e com o princípio da beneficência, que defende as intervenções de enfermagem de qualidade enquanto potenciadoras do bem da pessoa, um paradigma que promove momentos de interrupção e reduz o

conhecimento clínico não é viável do ponto de vista ético.

Em segundo lugar, o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros determina que o enfermeiro se responsabiliza pelos atos que pratica ou delega – Artigo 100.º, alínea b), exige continuidade de cuidados e registo rigoroso – Artigo 104.º – preconiza os deveres do reconhecimento de falhas, e da comunicação de deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados. Assim, o modelo segmentado contraria todos estes pontos principais, verificando-se diluição da responsabilidade, os registos são incompletos e a continuidade assistencial é interrompida, tudo associado à discrepância de execução de preparação e administração de medicação por vários profissionais. Também o dever deontológico é comprometido neste modelo “à tarefa” por impedir o cumprimento integral das obrigações profissionais.

A terceira dimensão desta problemática refere-se à evidencia científica que, como demonstrado anteriormente, o modelo “à tarefa” tende a potenciar, ao envolver vários enfermeiros no processo, o aumento do número de interfaces, mais interrupções e momentos propícios ao erro. A principal conclusão retirada é que o risco clínico associado à prática advém da sua organização deficitária, que não promove a qualidade dos cuidados e coloca em causa a segurança dos utentes.

A manutenção de um modelo cuja estrutura favorece o erro, além de responsabilizar o enfermeiro também deve responsabilizar a instituição que permite e incentiva a prática. Trata-se de uma responsabilidade partilhada.

Persistir num modelo inseguro equivale a aceitar uma margem de dano evitável sobre pessoas em situação de vulnerabilidade clínica.

Os serviços e a direção de enfermagem têm o dever de fomentar um processo terapêutico de acordo com os padrões de segurança e os deveres já identificados. Compete-lhes assegurar condições para a prática de um modelo terapêutico seguro, que deve assentar em dotações seguras, espaços fisicamente protegidos para a preparação de medicação, checklists que previnam erros e, em geral, recursos e circuitos alinhados com as exigências do processo medicamentoso.

Além da insegurança associada a este *modus operandi*, ele é também ineficiente, do ponto de vista organizacional, a médio/longo prazo, pois a ocorrência de erros e a persistência de falhas geram consumo adicional de recursos e tempo para retificar os equívocos, já para não falar dos efeitos e incidentes adversos não previstos. Desta forma, o ganho operativo imediato é anulado posteriormente, o que significa que nem sequer constitui uma solução organizacional aceitável.

As medidas para mitigar este modelo “à tarefa” centram-se no progressivo desuso do mesmo, na adoção do modelo centrado no enfermeiro responsável, na obrigatoriedade de um espaço físico adequado à preparação da medicação com a regra expressa de não interrupção, na formação dirigida e simulação clínica regulares focadas na segurança do medicamento como descrito na evidência científica, na dupla verificação de fármacos de

alto risco, em auditorias aos registos clínicos e circuitos de informação seguros e estáveis.

Em suma, o presente ensaio teve como principal objetivo analisar, da perspectiva ética e deontológica, a preparação e administração de terapêutica segundo o modelo “à tarefa”, modelo adotado em alguns contextos clínicos como resposta a constrangimentos organizacionais.

Após reflexão acerca do enquadramento legal, do Código Deontológico e de literatura científica recente, foi possível identificar que o modelo vai contra princípios fundamentais da prática de enfermagem. O erro não é apenas um desvio individual, é um produto previsível de um desenho organizacional que privilegia a tarefa sobre o cuidado.

O processo de administração e preparação de medicação deve ser feita de forma individualizada com enfermeiros identificados como responsáveis por cada pessoa, seguindo um processo íntegro e com registos completos que permitam rastreabilidade e continuidade de cuidados de qualidade. O modelo segmentado é inequivocamente inadequado e só pode ser justificado em situações excepcionais, explicitamente reconhecidas como tais e temporárias, acompanhadas de medidas de mitigação específicas. Fora desse quadro restrito, permanece vulnerável e clinicamente arriscado.

A segurança do utente, a integridade do exercício da profissão e a centralidade no utente devem constituir prioridades permanentes na prestação de cuidados diferenciados e de qualidade.

Referências Bibliográficas

- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American Journal of Bioethics*, 19 (11), 9-12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Hayes, C., Jackson, D., Davidson, P., & Power, T. (2015). Medication errors in hospitals: a literature review of disruptions to nursing practice during medication administration. *Journal of clinical nursing*, 24 21-22, 3063-76. <https://doi.org/10.1111/jocn.12944>.
- Jaam, M., Naseralallah, L., Hussain, T., & Pawluk, S. (2021). Pharmacist-led educational interventions provided to healthcare providers to reduce medication errors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253588>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf
- Regulamento do exercício profissional do enfermeiro* (Decreto – Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril).
- Schroers, G., Huggins, E., Sasangohar, F., & O'Rourke, J. Associations Between Interruptions and Medication Administration Errors Among Nurses in Hospital Settings: A Scoping Review of Quantitative Studies. *Journal of advanced nursing*. 2025 <https://doi.org/10.1111/jan.70032>.
- Wondmieni, A., Alemu, W., Tadele, N., & Demis, A. (2020). Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross-sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nursing*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0397-0>.

A Rotunda de Enfermagem: Ética, Deontologia e Colaboração Interprofissional

Pedro Ricardo Pais Domingos¹

Não raras vezes, quando reflito na Enfermagem e na profissão de Enfermeiro e no que elas representam, penso nelas como uma rotunda [1]. Numa rotunda, diversos veículos provenientes de diferentes direções encontram-se, circulam de forma organizada e seguem para os seus destinos específicos. Tal como uma rotunda funciona como ponto de convergência de múltiplas vias, facilitando a circulação viária, a Enfermagem e a profissão de Enfermeiro constituem o eixo central de convergência de cuidados de saúde. Ao contrário de uma rotunda viária, esta rotunda tem múltiplas camadas, podendo dar como exemplo uma rotunda em que confluem múltiplos profissionais de saúde (estabelecendo contacto com médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, etc), uma rotunda em que confluem as várias necessidades dos utentes (sejam doentes/pessoas/famílias/grupos), ou até mesmo uma rotunda em que confluem diversos níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares, etc).

Deste modo, esta posição privilegiada na rotunda permite ao enfermeiro ter uma visão holística [2], compreendendo não apenas as necessidades clínicas, mas também as dimensões psicossociais, familiares e comunitárias, gerindo a informação e estabelecendo contacto com

médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais de saúde, coordenando essas múltiplas interações para garantir que a pessoa receba cuidados integrados.

Tal como uma rotunda possui regras de circulação gerindo múltiplas entradas e saídas de forma eficiente para evitar congestionamentos, também a enfermagem necessita de regras e normas para garantir a qualidade, segurança e ética dos cuidados prestados aos utentes, além de estabelecer o modo como se relaciona com as outras profissões de saúde.

Assim, encontramos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [3] o artigo 112º, que regulamenta os deveres do Enfermeiro para com outras profissões.

Reza o artigo 112º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros o seguinte:

“Dos deveres para com outras profissões

O enfermeiro assume, como membro da equipa de saúde, o dever de:

- a) Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;*
- b) Trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde;*
- c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da*

¹ Enfermeiro, estudante do 10º Mestrado Enfermagem em associação, ano letivo 2025/2026.

doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.”

Logo na frase inicial, que fundamenta os deveres, fica patente que os enfermeiros se integram numa equipa de saúde, desempenhando um papel fundamental no cuidado dos doentes/pessoas/famílias/grupos, estando constantemente presentes junto dos clientes e acompanhando as suas necessidades. Assim, no seu dia a dia, colaboram com diferentes profissionais da área da saúde, integrando uma equipa multidisciplinar, garantindo que o cuidado prestado seja completo e integrado [4].

Sendo a enfermagem a profissão com responsabilidade direta nos cuidados que mais tempo passa junto dos clientes, consegue identificar precocemente situações que exigem a intervenção de outros profissionais, contribuindo assim para uma resposta mais eficaz.

Esta integração numa equipa multidisciplinar traz responsabilidades e deveres. O primeiro dever do artigo 112º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na sua alínea a), demonstra que a Enfermagem deve reconhecer a sua própria especificidade, atuando dentro do seu domínio de atuação, tal como deve reconhecer a especificidade e campos de atuação próprias de outras profissões de saúde. O enfermeiro compromete-se também a respeitar e reconhecer as fronteiras da esfera de responsabilidade das outras profissões de saúde. Assim, a identidade do enfermeiro como profissional autónomo só se consolida plenamente quando este reconhece a autonomia e especificidade dos outros profissionais de saúde.

As intervenções de Enfermagem podem ser interdependentes (quando iniciadas por outros técnicos/profissionais de saúde) e/ou autónomas (quando iniciadas ou prescritas pelo enfermeiro) [5]. Esta autonomia não significa isolamento ou autossuficiência, mas sim capacidade de autodeterminação dentro de um sistema de interdependências, ou seja, é autónomo não porque prescindia dos outros profissionais, mas porque conhece e assume plenamente o seu lugar específico na rede de cuidados.

No entanto, esta autonomia nem sempre está bem definida, existindo áreas do exercício profissional que são zonas cinzentas, em que não é totalmente claro quem deve assumir determinadas responsabilidades. Nestes casos, a solução deve ser alicerçada na colaboração e na solidariedade entre os diferentes profissionais.

Assim, surge logo a seguir a alínea b), *“Trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde”*. Se no artigo 111º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alínea a), se refere que o Enfermeiro tem o dever de *“Manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão”*, a inserção e dever de articulação para com as restantes profissões de saúde patentes nesta alínea b) eleva a colaboração interprofissional de mera recomendação pragmática a dever deontológico [16]. A articulação pressupõe comunicação, não sendo uma mera troca de informações, mas sim um esforço genuíno de compreensão das perspetivas, competências e limites dos outros profissionais.

O trabalho em equipa baseia-se num conjunto de valores e princípios que orientam o

comportamento e as relações entre os profissionais. Entre eles destacam-se a corresponsabilidade, a honestidade, a lealdade, a reciprocidade, a cooperação, a sustentabilidade e a partilha, todos essenciais para garantir um ambiente de respeito e harmonia. As equipas de saúde funcionam melhor quando os profissionais abandonam estratégias de maximização do poder individual em favor de práticas orientadas para o entendimento e o bem comum do utente.

A alínea c) do artigo 112º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros constata que o Enfermeiro deve sempre integrar a equipa de saúde, seja qual for o contexto laboral em que exerça a sua profissão, mais uma vez dentro do seu quadro de competências, com vista a servir os cidadãos. O enfermeiro deve participar ativamente na definição dos objetivos dos serviços que presta, contribuindo para o delineamento de estratégias eficazes, envolvendo-se na concretização e avaliação das ações implementadas.

Esta postura fortalece não só a qualidade dos cuidados oferecidos, mas também a construção coletiva de soluções ajustadas às necessidades da comunidade no geral, sendo o Enfermeiro o principal protagonista em todas as dimensões do processo terapêutico.

Numa rotunda, tal com na Enfermagem, os deveres dos vários atores estão muitas vezes alicerçados numa dimensão ética. Prova disso será uma ambulância, que na sua marcha de emergência tem sempre prioridade para circular numa rotunda. Podem, no entanto, surgir conflitos éticos, as chamadas zonas cinzentas. Se duas ambulâncias, ambas em marcha de urgência,

chegarem à rotunda vindas de diferentes confluências, qual terá prioridade? Assim, encontramos também na Enfermagem, e na leitura deste artigo 112º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros conflitos ético-deontológicos, sendo a sua execução muitas vezes ambígua na sua aplicação prática.

O respeito pela especificidade de outras profissões constitui uma dimensão ética indispensável para manter a confiança e a colaboração efetiva entre membros de diferentes categorias profissionais [16] [17]. Quando um enfermeiro reconhece genuinamente a contribuição única de um psicólogo, farmacêutico ou assistente social, está a reafirmar um princípio deontológico fundamental: o de que nenhuma profissão possui a totalidade do conhecimento necessário para responder aos desafios complexos da saúde moderna. Porém, este reconhecimento teórico não se traduz automaticamente numa prática colaborativa respeitosa.

Um dos principais desafios é a falta de diálogo estruturado sobre questões éticas entre membros de diferentes profissões. Enquanto as equipas multidisciplinares se reúnem regularmente para discutir protocolos e procedimentos clínicos, raramente criam espaços dedicados à reflexão ética partilhada. Isto significa que profissionais podem estar alinhados tecnicamente enquanto permanecem desarticulados eticamente. Esta articulação também exige clareza nos papéis e nas responsabilidades de cada profissional. Quando estas linhas são imprecisas, surge o risco de dispersão de responsabilidades: nenhum profissional assume claramente a sua parte,

resultando em lacunas potencialmente prejudiciais ao doente. Ora, o enfermeiro não pode estar presente em todas as decisões da equipa, nem pode certificar-se pessoalmente de que o tratamento integrado é adequado, o que levanta uma questão ética central: até onde se estende a corresponsabilidade do enfermeiro? O código estabelece que o enfermeiro deve trabalhar em articulação, mas não responde satisfatoriamente a esta pergunta de culpabilidade partilhada. Em situações onde a colaboração é deficiente e resultam danos ao doente, é injusto responsabilizar-se individualmente um profissional por falhas do sistema ou de outrem.

Frequentemente, emergem tensões relacionadas com a hierarquização das profissões, a supressão de vozes minoritárias e a dificuldade em comunicar preocupações éticas de forma segura e eficaz. O desafio deontológico reside, portanto, em transformar o reconhecimento intelectual da especificidade profissional em ações concretas de respeito mútuo e reconhecimento de competências distintas. Para isso muito contribui o contexto histórico e sociológico em que a Enfermagem se encontra. Tradicionalmente, as profissões de saúde organizaram-se segundo uma hierarquia implícita, com a medicina no topo. O artigo 112.º representa, neste contexto, uma afirmação de autonomia profissional da enfermagem, sendo um primeiro passo nesta direção, mas ainda tímido ou, se preferirmos, unilateral. Uma verdadeira interprofissionalidade [17] exigiria que todas as profissões se repensassem à luz das outras, num processo de transformação mútua.

Para responder a estes desafios, é imprescindível que as instituições de saúde e a academia fortaleçam a educação ética interprofissional [6][17]. Isto inclui não apenas o ensino de princípios éticos abstratos, mas também simulações práticas de dilemas colaborativos, desenvolvimento de competências de comunicação assertiva e criação de espaços seguros para diálogo ético entre disciplinas. Adicionalmente, é fundamental que as organizações de saúde reconheçam que a responsabilidade pela qualidade dos cuidados é coletiva, e que as estruturas organizacionais reflitam este princípio, reduzindo hierarquias não essenciais e criando canais para que a voz de cada profissional seja verdadeiramente ouvida.

Na rotunda que é a Enfermagem, os vários atores que a ela confluem também têm responsabilidades e deveres éticos que devem respeitar. Importa, pois, analisar o que as outras profissões de saúde referem como sendo os seus deveres para com outras profissões. Acontecendo que existem múltiplas profissões de saúde, muitas das quais sem código deontológico próprio definido, foi estudado o Código Deontológico daquelas que se organizaram em Ordens Profissionais. Para as demais profissões de saúde seria importante fomentar a criação de códigos deontológicos próprios, visto que estas apenas se regem eticamente por normas internas de cada instituição onde exercem o seu trabalho.

Assim, foram analisados os Códigos Deontológicos da Ordem dos Assistentes Sociais [7], da Ordem dos Biólogos [8], da Ordem dos Farmacêuticos [9], da Ordem dos Fisioterapeutas [10], da Ordem dos Médicos [11], da Ordem dos

Médicos Dentistas [12], da Ordem dos Médicos Veterinários [13], da Ordem dos Nutricionistas [14] e da Ordem dos Psicólogos Portugueses [15].

A Ordem dos Assistentes Sociais, no seu artigo 108º do Código Deontológico, refere que:

Deveres para com outros profissionais

Quando, no âmbito da sua atividade profissional, os assistentes sociais tenham de relacionar-se com outros profissionais devem:

- a) Manter-se fiéis ao rigor técnico-científico inerente à sua atividade profissional;*
- b) Reconhecer as suas competências técnicas e profissionais e procurar apoio multidisciplinar quando necessário, preservando a autonomia da profissão e respeitando os limites de atuação de cada profissional;*
- c) Colaborar com outros profissionais, respeitando os deveres e responsabilidades que decorram das normas deontológicas aplicáveis à profissão e das normas de conduta profissional dos outros profissionais;*
- d) Colaborar com outros profissionais na partilha de informação, sempre que esta seja relevante para garantir a prestação dos melhores serviços.*

Os assistentes sociais, no seu exercício profissional, devem colaborar com outros profissionais com base em princípios éticos e normas deontológicas rigorosas. Devem manter o rigor técnico-científico na sua atuação, reconhecendo as próprias competências e procurando apoio multidisciplinar sempre que necessário, sem pôr em causa a autonomia profissional. Esta colaboração implica respeito mútuo pelos deveres e responsabilidades de cada profissão e uma partilha de informações relevante, respeitando sempre o sigilo e a confidencialidade, para promover práticas centradas na dignidade e no bem-estar dos cidadãos.

A Ordem dos Biólogos, no seu Código Deontológico, não refere qualquer dever para com outras profissões, o que se compreende visto que esta é uma profissão que não está presente no dia-a-dia dos doentes/pessoas/famílias/grupos, não lhes prestando cuidados diretos nem lidando com outras profissões de saúde.

A Ordem dos Farmacêuticos tem, no seu artigo 82º do seu Código Deontológico, como se relacionar com os colegas e outros profissionais de saúde. Assim:

Relação com os colegas e outros profissionais da saúde

- 1 - O farmacêutico deve tratar com urbanidade todos os que consigo trabalhem a qualquer nível.*
- 2 - O farmacêutico deve colaborar na preparação científica e técnica dos seus colegas, facultando-lhes todas as informações necessárias à sua atividade e ao seu aperfeiçoamento.*
- 3 - Os farmacêuticos devem manter entre si um correto relacionamento profissional, evitando atitudes contrárias ao espírito de solidariedade, lealdade e auxílio mútuo e aos valores éticos da sua profissão.*
- 4 - No exercício da sua atividade, o farmacêutico deve, sem prejuízo da sua independência, manter as mais corretas relações com os outros profissionais de saúde.*

Deste modo, o Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos refere em primeiro lugar como o farmacêutico deve tratar todos os seus colegas, colaborando para o seu desenvolvimento científico e técnico, fornecendo informações essenciais para o seu aperfeiçoamento e mantendo entre si um relacionamento baseado na solidariedade, lealdade e ética. Só depois se refere as outras profissões de saúde, garantindo relações corretas e independentes com outros profissionais, sempre pautadas pelos valores da profissão.

A Ordem dos Fisioterapeutas no seu artigo 108º do Código Deontológico constata:

Deveres para com outros profissionais

Quando, no âmbito da sua atividade profissional, os fisioterapeutas tenham de relacionar-se com outros profissionais, designadamente da área da saúde, devem:

- a) Manter-se fiéis ao rigor técnico-científico inerente à sua atividade profissional;*
- b) Reconhecer as suas competências técnicas e profissionais e procurar apoio multidisciplinar quando necessário, preservando a autonomia da profissão e respeitando os limites de atuação de cada profissional;*
- c) Colaborar com outros profissionais, respeitando os deveres e responsabilidades que decorram das normas deontológicas aplicáveis à profissão e das normas de conduta profissional dos outros profissionais;*
- d) Colaborar com outros profissionais na partilha de informação, sempre que esta seja relevante para garantir a prestação dos melhores cuidados de saúde ao utente.*

Resumidamente, o que este artigo nos narra é que os fisioterapeutas devem agir com rigor técnico-científico e reconhecer suas competências, buscando apoio multidisciplinar quando necessário, sem comprometer a autonomia da profissão. Devem colaborar com outros profissionais, respeitando normas deontológicas e responsabilidades, e partilhar informações relevantes para garantir os melhores cuidados aos utentes.

A Ordem dos Médicos, no respetivo Código Deontológico, remete no seu artigo 142º para o seguinte:

Relações com outros profissionais de saúde

O médico, nas suas relações com os outros profissionais de saúde, deve respeitar a sua independência e dignidade.

Assim, o médico deve cultivar relações profissionais baseadas no respeito mútuo, sendo a independência e a dignidade pilares da colaboração ética.

O Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas, no seu artigo 104º, apenas alude nos seus Princípios gerais de conduta profissional como os membros da referida ordem se hão-de relacionar entre si, não referindo nada acerca de como se relacionar com outros profissionais de saúde.

A Ordem dos Médicos Veterinários, tal como a Ordem dos Biólogos não refere qualquer dever para com outras profissões, o que também se compreende visto que esta é uma profissão que não presta cuidados a doentes/ pessoas/ famílias/ grupos, mas sim a animais.

A Ordem dos Nutricionistas enuncia no seu artigo 13º:

Deveres para com outros profissionais

Quando, no âmbito da sua atividade profissional, os nutricionistas tenham de relacionar-se com outros profissionais, designadamente da área da saúde, devem:

- a) Manter -se fiéis ao rigor técnico científico inerente à sua atividade profissional;*
- b) Reconhecer as suas competências técnicas e profissionais procurando apoio multidisciplinar quando necessário, preservando a autonomia da profissão e respeitando os limites de atuação de cada profissional;*
- c) Colaborar com outros profissionais, respeitando os deveres e responsabilidades que decorram deste Código e das normas de conduta profissional dos outros profissionais;*
- d) Colaborar com outros profissionais na partilha de informação sempre que esta seja relevante para garantir o melhor cuidado nutricional ao cliente;*
- e) Garantir a sua identidade profissional não assumindo responsabilidade por trabalhos*

realizados por outros profissionais, nem permitir que outros assumam a responsabilidade por trabalhos realizados por si;

f) Respeitar a hierarquia administrativa na sua área de atuação.

Deste modo, os nutricionistas devem manter o rigor técnico-científico e reconhecer os limites da sua atuação, colaborando com outros profissionais de forma ética e multidisciplinar. Devem partilhar informações relevantes para assegurar o melhor cuidado nutricional ao cliente. Devem ainda preservar a sua identidade profissional e respeitar a hierarquia administrativa.

Já a Ordem dos Psicólogos Portugueses apresenta, na norma 3 do seu Código Deontológico, uma visão muito completa de como estes profissionais de saúde se devem relacionar entre si e com os outros profissionais de saúde, dividindo esta norma em 5 itens:

3.1 — Promover a boa prática da Psicologia.

3.2 — Encaminhamento de Clientes

3.3 — Autonomia profissional

3.4 — Cooperação institucional.

3.5 — Integridade profissional.

Este grupo profissional defende também que em muitas situações é útil — e até indispensável — colaborar com outros profissionais, garantindo sempre o respeito pelas competências e conhecimentos próprios de cada área. Assim, os psicólogos valorizam e reconhecem as relações profissionais, as especializações, os deveres e as responsabilidades dos colegas e demais profissionais.

Fica, deste modo, patente que nem todas as Ordens profissionais de saúde se regem pelos

mesmos princípios. Enquanto umas (Enfermagem, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Psicólogos) encaram as suas competências profissionais como interdependentes e autónomas, outros (Farmacêuticos e Médicos) apenas relatam que se devem relacionar com as outras profissões de saúde com urbanidade e respeito. Há ainda três Ordens profissionais de saúde que não fazem referência a interações com outros profissionais, sendo elas a dos Biólogos, a dos Médicos Veterinários e a dos Médicos Dentistas.

O trabalho multidisciplinar em saúde assenta no princípio de que todos os profissionais partilham um mesmo objetivo: prestar o melhor cuidado possível à pessoa que necessita de assistência. Essa pessoa, que está no centro do processo de cuidados, não pertence a nenhum profissional ou grupo em particular, mas é um ser humano pleno de direitos, que deposita confiança nos serviços de saúde e espera deles rapidez, eficácia e qualidade no atendimento. Este melhor cuidado possível prestado ao doente/pessoa/família/grupos poderia ser melhorado se em vez de trabalho multidisciplinar houvesse trabalho interdisciplinar, em que haveria **interação e diálogo** entre as disciplinas, e os profissionais **compartilhassem informações**, ajustassem seus planos em conjunto, aprendessem juntos, e refletissem juntos sobre a sua prática.

O facto de haver ordens que apenas relatam que se devem relacionar com as outras profissões de saúde com urbanidade e respeito, não evidenciando as competências dos vários grupos profissionais como interdependentes e autónomas

apenas cria assimetria de reconhecimento entre ordens e a persistência de estruturas hierárquicas que obstaculizam a colaboração genuína.

Assim, o artigo 112º do Código Deontológico do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aponta para um horizonte utópico de uma verdadeira comunidade de cuidadores, onde as fronteiras profissionais, sem se dissolverem, se tornam permeáveis e dialogantes, e onde cada profissional, mantendo a sua especificidade, se abre genuinamente à sabedoria dos outros.

Só assim a rotunda que é a Enfermagem evoluirá e permitirá que os vários atores que interagem com ela circulem de forma verdadeiramente organizada.

Referências bibliográficas

- Portugal. (1994). *Código da Estrada*, Decreto-Lei n.º 114/94, Diário da República, 1.ª série — N.º 246 (30 de setembro de 1994).
- Castro, G. R. (2024). *O olhar holístico numa enfermagem mais significativa à pessoa em situação crítica* [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/45720>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses (Revised 2021)*. International Council of Nurses. Disponível em [ICN Code-of-Ethics_EN_Web.pdf](http://www.icn-nurses.org/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [livrocej_deontologia_2015_web.pdf](http://www.ordemdosenfermeiros.pt/livrocej_deontologia_2015_web.pdf)
- Park, E.-J. (2012). An integrated ethical decision-making model for nurses. *Nursing Ethics*, 19(1), 139–159. DOI 10.1177/0969733011413491
- Lei n.º 121/2019, de 25 de setembro: Cria a Ordem dos Assistentes Sociais e aprova o respetivo estatuto. (Consolidada à data de 7 de dezembro de 2023, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 66/2023).
- Ordem dos Biólogos. (s.d.). *Código deontológico*. Ordem dos Biólogos
- Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de novembro (*Estatuto Ordem dos Farmacêuticos*), com a redação dada pela Lei n.º 74/2023, de 18 de dezembro.
- Lei n.º 122/2019, de 30 de setembro: Cria a Ordem dos Fisioterapeutas e aprova o respetivo Estatuto. (Versão consolidada que incorpora as alterações, nomeadamente as introduzidas pela Lei n.º 12/2023, de 28 de março).
- Decreto-Lei n.º 282/77, de 05 de julho: *Estatuto da Ordem dos Médicos*. (Versão consolidada com as alterações introduzidas, nomeadamente, pela Lei n.º 9/2024, de 19 de janeiro).
- Lei n.º 110/91, de 29 de agosto: *Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas*. (Consolidada com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 82/98, de 10 de dezembro, 44/2003, de 22 de agosto, 124/2015, de 2 de setembro e 73/2023, de 12 de dezembro).
- Ordem dos Médicos Veterinários. (2021, 5 de agosto). Regulamento n.º 730/2021: *Código Deontológico Médico-Veterinário*. Diário da República, 2.ª Série, N.º 151, Pág. 204.
- Ordem dos Nutricionistas. (2016, 14 de junho). Regulamento n.º 587/2016: *Código Deontológico da Ordem dos Nutricionistas*. Diário da República, 2.ª série, N.º 112.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). *Código Deontológico* (2.ª Série N.º 157, publicado em Diário da República, 14 de agosto de 2024).
- Macedo, A. P. (2022). Colaboração interprofissional nas profissões da saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e22ED3. <https://doi.org/10.12707/RVI22ED3>
- Toledo, B. R., Kerber, N. V., Sarturi, F., Fontana, D., & Colomé, I. (2023). Educação interprofissional e trabalho colaborativo em saúde: Compreensões e vivências de docentes e preceptores. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e31042. <https://doi.org/10.12707/RVI23.57.31042>

A CONTENÇÃO MECÂNICA DE DOENTES NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E OBSERVAÇÃO

José Rodrigues¹

“A ética, tal como Aristóteles o expressou há mais de 2000 anos, é uma ciência prática. Ela é prática em dois sentidos: primeiro deve ser baseada na ação efetiva e segundo, deve ajudar-nos a tomar decisões mais fundamentadas relativamente aos problemas reais.”²

Será que, enquanto enfermeiro de um serviço de urgência médico-cirúrgica, estarei a proceder de forma correta na abordagem ao doente agitado e desorientado?

Após a primeira aula de Ética e Deontologia de Enfermagem do X Mestrado em Enfermagem, voltei ao meu local de trabalho e deparei-me com uma situação frequente no serviço, mas, após aquela aula, fez-me pensar de forma diferente. Será normal aquele comportamento, abordagem e intervenção de enfermagem do ponto de vista ético e deontológico do enfermeiro? O caso em análise prende-se com a imobilização de doentes através de contenção mecânica, aplicada sobretudo a pessoas agitadas, desorientadas e, em muitos casos, de idade avançada. Este procedimento tem impacto não apenas na pessoa sujeita à contenção, mas também nos restantes doentes que partilham o mesmo espaço e nos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados.

O caso em questão envolvia uma pessoa idosa, com mais de 90 anos, que vivia sozinha até ao dia em que foi encontrada caída em casa e transportada para o hospital mais próximo. Após avaliação clínica, foi internada no Serviço de Observação (SO) do Serviço de Urgência, com hipótese diagnóstica de “AVC”, sem défices neurológicos evidentes. Retirada do seu ambiente habitual sem compreender o motivo, encontrava-se visivelmente agitada, recusando-se a aceitar a nova realidade. Foi então sujeita a contenção mecânica nos quatro membros, conectada a diversos dispositivos: monitorização cardíaca, sistemas de perfusão periférica e cateterização vesical. Gritava e lutava com todas as forças.

O espaço era partilhado por mais nove doentes, alguns orientados, outros não. Era o turno da noite, das 00h às 08h, e nenhum dos presentes conseguiu descansar. A primeira abordagem junto do doente consistiu em avaliar a sua orientação no tempo, espaço e pessoa. Apenas reconhecia adequadamente a dimensão pessoal — sabia quem era, mas não o local onde se encontrava nem que dia era.

As prescrições terapêuticas não ofereciam soluções adequadas ao estado do doente. Foi então chamado o médico assistente, que, perante

¹ Enfermeiro, estudante 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, em associação, ano letivo de 2025/2026. Ensaio para a Unidade Curricular de Ética e Deontologia de Enfermagem.

² Thompson et al., 2004, p. 16

a situação, limitou-se a encolher os ombros, demonstrando total indiferença não só em relação ao doente contido, mas também aos restantes utentes que partilhavam aquele ambiente.

E assim permaneceu o doente, a gritar durante toda a noite, sem descanso para si nem para os outros. Este episódio levanta profundas questões éticas sobre contenção mecânica, respeito pela dignidade humana e sobre a responsabilidade dos enfermeiros perante o sofrimento evitável.

Como refere Queirós, “Um dilema ético é uma situação em que a dificuldade de escolha da opção a realizar é por diversas razões difícil.” (Queirós, 2001, p. 52).

Na mesma linha de pensamento, a mesma autora, refere que, a identificação de dilemas éticos e a forma de refletir sobre os mesmos, é variadíssimas vezes, em tempo muito limitado, pelo que é de extrema importância, o enfermeiro possuir competências e experiência suficiente que permita uma tomada de decisão á luz de referenciais éticos. (Queirós, 2001)

De forma a contextualizar o termo contenção, penso ser pertinente analisar os diferentes tipos, segundo a descrição da Orientação n.º 021/2011 da Direção Geral da Saúde (2011):

- ⇒ Contenção terapêutica: utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa, ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, com o objetivo de melhorar a sua condição de saúde e a prevenir de complicações. A finalidade da contenção terapêutica é premiar a

segurança da pessoa e de quem o rodeia, mantendo concomitantemente, e dentro do possível, o seu conforto e dignidade;

- ⇒ Contenção ambiental: são mudanças que concedem a mobilidade da pessoa, como por exemplo, uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado ao qual a pessoa pode deambular em segurança e, claro está, sempre com supervisão clínica;
- ⇒ Contenção física: situação que uma ou mais pessoas de uma equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco;
- ⇒ Contenção mecânica: quando se utiliza instrumentos ou equipamentos que limitam os movimentos da pessoa;
- ⇒ Contenção química ou farmacológica: administração de terapêutica psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento. (Orientação n.º 021/2011 da Direção Geral da Saúde, 2011)

Neste ensaio a contenção que mereceu a minha maior atenção foi a mecânica, que segundo a Hamers e Huizong, é direcionada para prevenção e manutenção da segurança do doente internado e para a gestão e controlo de comportamentos. (Hamers e Huizong, 2005, citado em Parecer n.º 37/2025 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2025) Naquela primeira aula, escrutinou-se o artigo 99º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, referente à Deontologia Profissional, Princípios Gerais:

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

2- São valores universais a observar na relação profissional: (...) b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; (...) d) O altruísmo e a solidariedade; (...) 3- São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados”. (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)

Surgiu, então, o dilema entre a abordagem à situação anteriormente descrita e o que define este artigo. Qual será a intervenção, assertiva, do enfermeiro nestas situações?

A contenção mecânica aplicada neste doente, sem o seu consentimento, viola de forma muito clara a liberdade física e a dignidade pessoal. O respeito pela pessoa humana foi altamente contrariado. Da mesma forma, o doente também não teve a oportunidade de exercer nenhum tipo de escolha, a sua liberdade foi simplesmente anulada. Os restantes doentes, também viram privado o seu descanso e bem-estar. O altruísmo e a solidariedade, foram completamente anulados, quando o médico assistente apresenta uma atitude ausente de empatia e humanização.

Os enfermeiros devem agir sempre em prol dos direitos dos doentes, a passividade perante uma situação de sofrimento pode ser interpretada como omissão de responsabilidade ética?

A contenção mecânica, quando aplicada, sem consentimento e sem critérios pode ser sinónimo de violação dos direitos humanos, especialmente, o direito à liberdade e aos

cuidados que privilegiem o respeito e a dignidade.

A liberdade fundamental da pessoa humana vem descrita na constituição da república portuguesa e na declaração universal dos direitos humanos. Segundo a Constituição da República Portuguesa (2005, p.17) o artigo 27º “Direito à liberdade e à segurança” e segundo as Nações Unidas (2017, p. 7), o artigo 3º “Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” e o artigo 5º “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.”

A liberdade deste doente foi colocada em causa, quando foi sujeito a contenção mecânica sem consentimento informado. Este doente foi submetido a um ato físico, sem apresentar défices neurológicos e sem compreender o motivo do seu internamento, violando assim direitos fundamentais plasmados na Constituição da República Portuguesa.

A contenção mecânica de forma prolongada neste doente, compromete a liberdade, a dignidade e a proteção contra tratamentos cruéis, infringe claramente os princípios em cima citados da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Voltando de novo à deontologia profissional, mais concretamente ao código deontológico, torna-se pertinente dar ênfase, também aos artigos 100º, 102º, 103º, 109º e 110º. O artigo 100º determina a responsabilidade do enfermeiro proteger e defender a dignidade humana de todos os que presta cuidados, pelo que a aplicação da contenção deve ser criteriosa. O artigo 102º enfatiza a obrigação do enfermeiro

salvaguardar os direitos humanos, prevenindo sempre maus-tratos a pessoas idosas assim como a sua independência física. O artigo 103º determina que o enfermeiro deve realizar esforços de forma a valorizar a qualidade de vida dos que cuida assim como recusar participar em qualquer forma de tortura ou tratamento cruel. O artigo 109º incumbe o enfermeiro de prestar cuidados de excelência e por sua vez analisar e reconhecer falhas que gerem mudanças de atitude a nível institucional. Por fim o artigo 110º evidencia a necessidade de humanizar os cuidados de enfermagem, prestando cuidados centrados na pessoa. (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)

É dever primordial do enfermeiro garantir na sua prática clínica, a liberdade, a segurança, a dignidade e a humanização a todos os que presta cuidados, baseado em princípios éticos e deontológicos.

A contenção mecânica de um doente idoso, como neste caso prático, eleva questões éticas, para as quais me encontro a procurar respostas.

Os quatro princípios da teoria de Beauchamp e Childress, também foram, neste caso colocados totalmente em causa. O princípio do respeito pela autonomia é comprometido, na medida em que, o doente foi imobilizado sem consentimento e sem compreender tão pouco, o motivo pelo qual se encontrava internado e sem liberdade. A beneficência, que defende a promoção do bem do doente, é violada, pois a contenção, apenas promove sofrimento. O princípio da não maleficência, que visa não causar o dano, não é aplicado, pois esta pessoa foi sujeita de forma prolongada a um ato cruel, causador de ira e opressão. Por fim, o princípio da

justiça, não vingou, pois para além da perspetiva do doente, também os restantes doentes, se viram privados do sono e do seu bem-estar. (Queirós, 2001)

O ato do enfermeiro, consagrado no Regulamento n.º 613/2022, esclarece o conteúdo e âmbito da profissão, legitimando autonomia e interdependência nas intervenções de enfermagem.

“O ato do enfermeiro consiste na avaliação diagnóstica e prognóstica, na prescrição e avaliação de resultados das intervenções, técnicas e medidas terapêuticas de enfermagem, relativas à prevenção, promoção, manutenção, reabilitação, palição e recuperação das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão.” (Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros, 2022, p. 181)

A contenção mecânica, enquanto ato decorrente de uma decisão clínica, exige uma atitude ética por parte dos enfermeiros, especialmente no que concerne às suas intervenções autónomas e interdependentes. Deve ser sempre realizada de forma excecional, transitória e monitorizada. É possível analisar no REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) o seguinte, “consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais.” Por sua vez, “consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum.” (Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

Com base no artigo 9º do regulamento sobre o ato do enfermeiro, e focado nas intervenções autônomas, é obrigação do enfermeiro avaliar de forma contínua o estado geral do doente, identificar sinais de sofrimento e alvitrar alternativas, de forma a promover a dignidade da pessoa. Não é digno assistir de forma passiva ao sofrimento de uma pessoa que se encontra imobilizada nos quatro membros, sem tão pouco saber onde se encontra e como chegou àquele local. Por sua vez, e quando se fala em intervenções interdependentes, o enfermeiro deve agir em articulação com os restantes membros da equipa interdisciplinar, levando consigo todo o conhecimento técnico e ético para a tomada de decisão. Neste caso, o médico assistente ao banalizar a situação, elimina logo qualquer tipo de decisão multidisciplinar, deixando o doente, durante uma noite, exposto sem que ninguém o amparasse e sem proteção dos seus direitos humanos.

A intervenção do enfermeiro neste contexto deve ser crítica, fundamentada e acima de tudo humanizada. “Nesta senda, os Enfermeiros intervêm, baseados na evidência, nos processos de Saúde e de doença das Pessoas (...) e pelas orientações referências de boa pratica, dotados em todas as circunstâncias de dignidade, de autonomia e de deontologia.” (Parecer n.º 37/2025 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2025, p. 1). No contexto da enfermagem médico-cirúrgica, mais concretamente na pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista apresenta competências ímpares, é capaz de tomar decisões clínicas complexas e avaliar

riscos. Perante uma situação de contenção mecânica, o enfermeiro deve agir de forma cautelosa e sempre salientando a proteção da dignidade e respeito da pessoa. A Ordem dos Enfermeiros, através do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista, define que este, deve ser capaz de cuidar da pessoa e família em situações de doença complexa, garantindo intervenções eficazes e humanizadas. Perante uma situação de contenção mecânica, é dever do profissional, assegurar da forma mais cautelosa que for capaz, o bem-estar da pessoa e a sua estabilidade emocional. (Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018)

“Deixemos claro que os cuidados de enfermagem surgem como ato humano de cuidado intencional, profissional, em que o desempenho das atividades tem maior amplitude que a simples execução das tarefas ou o volume dos atos. (...) O cuidado profissional, que configura a ação do enfermeiro, afeta o contexto em que a pessoa vive, isto é, a sua qualidade de vida.” (Lucília Nunes, 2018, p. 18)

Em consonância com a Direção Geral da Saúde (DGS), a contenção mecânica deve ser apenas ponderada em última hipótese, antes, devem ser esgotadas todas as alternativas que sejam promotoras de dignidade. Entre as alternativas, destacam-se a promoção de um ambiente livre de estímulos e iluminação adequada, a presença junto do doente, de profissionais que proporcionem serenidade, usando um discurso assertivo, firme, mas acima de tudo tranquilo. Recorrer à inclusão, se possível, de pessoas significativas para o doente e, por fim, recorrer a contenção química, através

de fármacos. (Orientação n.º 021/2011 da Direção Geral da Saúde, 2011)

““Cuidar do doente com a menor restrição possível”, priorizando o uso de intervenções menos restritivas e mais humanizadas. Isso reforça a necessidade de uma reflexão ética contínua (...) para que a restrição seja aplicada de forma proporcional e justificada, sempre com foco no bem-estar do doente.” (Parecer n.º 37/2025 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2025, p. 4)

No entanto, há que ressaltar de acordo com a orientação n.º 021/2011 da DGS, existem situações específicas, em que um enfermeiro pode recorrer à contenção mecânica, sendo elas a recusa de tratamento compulsivo, comportamentos de risco, que coloquem o doente em risco assim como as pessoas ao seu redor e a recusa de tratamento vital e urgente. (Orientação n.º 021/2011 da Direção Geral da Saúde, 2011).

Segundo Thompson et al. (2004) perante dilemas éticos complexos, como a contenção mecânica, o modelo DECIDE surge como ferramenta essencial e orientadora para a tomada de decisão que orienta a ação.

A definição do problema, surge como a primeira etapa e reconhece o dilema ético subjacente à contenção mecânica. Seguidamente, analisam-se os princípios éticos presentes, como a dignidade e a autonomia. Posteriormente, consideram-se as opções disponíveis, ou seja, aplicam-se todas as alternativas adequadas à pessoa, evitando sempre a contenção mecânica. A quarta etapa, da investigação dos resultados, o enfermeiro deve avaliar todos os riscos e benefícios inerentes a cada alternativa, e de que forma esta é sinónimo de dignidade para o doente. A penúltima etapa, decide sobre a ação, depois de

escrutinar todas as alternativas, é escolhida a intervenção mais adequada ao estado geral do doente. Por fim, a etapa da avaliação, onde se monitoriza e avalia se a ação escolhida foi a correta, refletindo sobre resultados obtidos, sendo que estes podem e devem ser modificados sempre que o doente altere o seu estado (Ian E Thompson et al., 2004, pp. 324-331).

Desta forma, o modelo DECIDE, admite transformar a decisão ética num processo criterioso, fundamentado e acima de tudo centrado na pessoa, garantindo assim que a contenção mecânica, apenas e só, quando inevitável, seja sempre aplicada o menor tempo possível e de forma digna. (Ian E Thompson et al., 2004)

Como relatou Nunes no seu livro, *Para uma Epistemologia de Enfermagem*, as decisões que os enfermeiros tomam, são baseadas em conhecimento e nas respostas dos doentes ao seu processo de saúde-doença, assim como, os juízos clínicos e as ações que executam são a base dos cuidados que prestam. (Lucília Nunes, 2018)

Ao longo da minha carreira profissional, reconheço que já recorri, diversas vezes, à contenção mecânica de forma incorreta, compactuando com procedimentos que não respeitavam de forma integral a dignidade e os direitos humanos do doente. Inúmeras vezes, principalmente no início da minha atividade profissional, aceitei este tipo de procedimentos, sem interrogar nem refletir sobre o impacto que causariam nos doentes, que me tinham sido distribuídos naquele turno. Visto exercer a minha atividade profissional num serviço de urgência geral, onde existe elevada pressão clínica, senti-

me muitas vezes fragilizado ao realizar contenções desmedidas, que não proporcionavam bem-estar aos doentes e consequentemente, cuidados pobres em dignidade e ética.

Ao longo deste ensaio, e nas várias fases de planeamento do mesmo, mais concretamente, desde a primeira aula de EDE, e após leitura de diferentes bibliografias, compreendi que a minha conduta não está correta. Não são estes cuidados que quero de todo prestar, a contenção mecânica deverá ser sempre o meu último recurso. Até chegar aqui, irei esgotar todas as alternativas, com o objetivo de prestar cuidados de excelência, vendo assim a minha prática profissional alinhada com todos os princípios e normas que regulam a profissão de enfermagem.

Pretendo desde então avaliar criteriosamente cada caso, propor em equipa interdisciplinar diferentes alternativas à contenção, registar todas as intervenções associadas e monitorizar continuamente o doente. Em consonância com esta conduta, pretendo também defender em todas as situações a dignidade humana, a justiça e os direitos humanos de cada doente. Com esta mudança pretendo não só crescer como profissional, mas também como pessoa, na defesa de quem mais precisa de cuidados.

“Knowing is not enough; we must apply. Willing is not enough; we must do.” (Goethe ob cit Nunes, 2018, p. 95)

Referências Bibliográficas

- [Constituição da República Portuguesa](#). Diário da República: I Série, n.º 86 I (2005).
- [Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro](#) com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.
- [Lei n.º 156/2015](#) de 16 de setembro. Diário da República, I Série, n.º181.
- Nações Unidas. (2017). [Declaração Universal dos Direitos Humanos](#) - Nações Unidas - ONU Portugal.
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2ª). Lusodidacta.
- [Orientação n.º 021/2011](#) da Direção Geral da Saúde. Direção Geral da Saúde (2011).
- [Parecer n.º 37/2025](#) do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Contenção mecânica do doente. Ordem dos Enfermeiros (2025).
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Quarteto.
- [Regulamento n.º 429/2018](#) da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, n.º 135 (2018).
- [Regulamento n.º 613/2022](#) da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 131 (2022).
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em enfermagem* (4ª). Lusociência.
- UNESCO. (2006). [Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos](#). UNESCO Digital Library.

QUANDO PODE O ENFERMEIRO DIZER NÃO?

Um ensaio sobre a fundamentação ética e deontológica da recusa de cuidados

Raquel Paz ¹

“May your choices reflect your hopes,
not your fears”

Nelson Mandela

O terror nos seus olhos ficou comigo até hoje. Se fechar os meus, consigo visualizar as suas íris de um azul quase transparente, a fitarem-me num pedido de socorro, enquanto o ar era empurrado para dentro da sua boca e do seu nariz, por um dispositivo médico. Faleceu assim, com medo, desconforto e sozinha (apesar de estar rodeada de pessoas). Quem foi mais impotente nesta situação? Eu? Ou a senhora que deixei falecer sem dignidade, enquanto talvez um “Não” bastasse para a ajudar. Podia apresentar esta situação de forma mais formal e torná-la num caso para apreciação. Mas escolho não o fazer. Porque como esta, experienciei dezenas de outras tão diferentes, mas tão iguais, que me parece injusto para as pessoas que estavam do outro lado não as referir a todas.

No decorrer do seu exercício profissional, os enfermeiros estão vinculados a agir de forma ética, de acordo com as suas competências técnicas e científicas, cumprindo normas institucionais, mas também os deveres dispostos no Código Deontológico dos Enfermeiros e na

restante legislação que rege a sua prática. Estes pressupostos devem ser tidos em conta no seu processo de tomada de decisão, que é também influenciado pelas suas crenças e pelos seus valores, assim como as particularidades de cada situação e da pessoa alvo dos seus cuidados (Nunes, 2016).

O que acontece quando existe um conflito entre dois ou mais elementos que suportam a tomada de decisão? O que prevalece?

Gândara (2004) define dilema ético como a existência de um conflito entre as normas morais que suportam duas ou mais ações, criando uma exclusividade no agir. Nos cuidados de saúde, este tipo de dilema surge quando falamos em ações que possam ter como consequência malefícios para a pessoa alvo dos cuidados, sendo que o obstáculo no processo de decisão para agir, passa em escolher a ação certa, identificando o benefício ou o malefício que dela decorre (Husted, 2001). Aquilo que se procura, é que através dos seus conhecimentos e competências, o enfermeiro seja capaz de se posicionar e decidir qual o seu curso de ação, com o menor dano possível para a pessoa alvo de cuidados, mas também todos os envolventes no processo.

¹ Ensaio para a Unidade Curricular (UC) de Ética e Deontologia em Enfermagem, no 10º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em

Situação Paliativa, no 1º semestre do 1º ano, ano letivo de 2025/2026.

A pressão que pode ser sentida, principalmente, se o enfermeiro tiver de agir contra os seus valores morais, pode desencadear o fenómeno definido por Jameton (1984), como *moral distress*, ou sofrimento moral, aquilo que se sente quando por restrições institucionais não se consegue agir da forma que se considera eticamente correta. O mesmo autor voltou a este conceito em 2017, num artigo em que procurou evidenciar como o mesmo evoluiu ao longo do tempo, e evidenciou o desenvolvimento exponencial da literatura relacionada com Ética em Enfermagem.

Neste artigo, Jameton levanta três dimensões em que o sofrimento moral está atualmente mais evidente: nos cuidados à pessoa em fim de vida, nas limitações institucionais de diferente carácter, e nas perspetivas sobre as tecnologia terapêuticas devido aos desafios ambientais globais moralmente problemáticos, que se têm levantado nos últimos anos.

O problema ético de enfermagem é definido por Deodato (2010), como a circunstância em que existe incerteza no processo de tomada de decisão, por estar em causa o desrespeito pelos direitos, vontade ou dignidade das pessoas, ou quando a sua saúde e o seu bem-estar se encontram em risco, surgindo “(..) dúvidas ou conflitos sobre os direitos, os valores, os princípios ou as normas a adoptar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto” (p.160). Por vezes, a carência de conhecimento ou competência, está associada à incapacidade de fundamentar as escolhas que se acredita serem as corretas, procurando nos pares um apoio para esta justificação, ou para “afagar”

o ego quando as circunstâncias não se desenvolvem como seria esperado. Os enfermeiros encontram-se muitas vezes presos a crenças limitadoras, incorrendo no desrespeito pelos princípios éticos que deviam adotar nos seus cuidados. Como consequência, carregam nos seus ombros o peso de sentimentos como a culpa e o remorso, associados à responsabilidade das suas ações e decisões.

O mesmo autor caracteriza os cuidados de enfermagem como as intervenções enquanto ações humanas que alteram o meio externo, que se concretizam numa e com uma pessoa, materializando-se duplamente no ser humano, onde se verifica a produção de resultados, e é desenvolvida uma relação pessoa-enfermeiro. Tendo em conta que esta intervenção ocorre no domínio profissional, a sua manifestação acontece concomitantemente no mundo social e material, que se funde numa ação voluntária, e que tem por base uma decisão que a antecede.

O enfermeiro deve assumir o seu dever profissional de agir para resolver os problemas éticos que ocorrem na sua atividade, procurando a ação mais adequada para a resolução do problema identificado, decidindo pela que se revele eticamente melhor para a pessoa em causa (Deodato, 2010). Só este parágrafo seria justificação e fundamentação suficiente para qualquer profissional sentir que reúne as condições para decidir sobre o seu curso de ação. Estando desprovido, ou esquecido, da legislação que o protege, o enfermeiro encara que poderá ser alvo de consequências legais, pessoais ou profissionais, se a sua decisão for uma recusa de cuidados propostos por outro profissional.

Tendo em conta Nunes (2016), “No pensamento ético de Enfermagem e no desenvolvimento da atividade profissional, o Outro é o destinatário dos cuidados, o objeto da atenção.”(p.11), pode sustentar-se, de forma possivelmente irrealista, sentimentos de abnegação, devem elevar-se ao medo das consequências, invocando a alínea d) do ponto 2 do artigo 99º do Código Deontológico, que define o altruísmo e a solidariedade, com valores universais da atividade profissional do enfermeiro.

Para este ensaio, assume-se uma definição “mais simples” de Gândara (2004), em que os dilemas éticos podem constituir-se como um conflito entre deveres. A autora explora a ideia como: “(...) uma conflituosidade entre princípios éticos e bioéticos presente num quadro situacional caracterizado por quatro elementos fundamentais – o agente, o ato, as circunstâncias e as consequências, necessitando para a sua compreensão de um conjunto de teorias e abordagens que se interligam numa lógica explicativa.” (p. 2).

É na deontologia que são estudados os deveres de uma profissão particular, em que para garantir o bom exercício da mesma, e regular a atividade profissional, se pressupõem uma teoria geral da ação humana. Nas deontologias dos profissionais de saúde, especificamente na dos enfermeiros, para além da definição destes deveres, da determinação da liberdade no exercício da profissão, da responsabilidade pelos atos e da delimitação do agir consoante as suas qualificações e competências, são também estabelecidos os limites da ação dos profissionais, tendo como alicerce a proteção do público e da

segurança das pessoas, ideias que fundamentam de igual forma as normas de orientação clínica e de boas práticas (Nunes, 2016).

Aquilo que se evidencia na prática (mas que não devia, arriscando a redundância por falarmos de deveres) é que estas normas, na maior parte das instituições, não são consultadas por constrangimentos relacionados com falta de recursos, sejam humanos ou temporais, criando-se na maior parte dos serviços, cuidados “rotineiros” que desrespeitam a individualidade das pessoas alvo dos cuidados, mas também dos profissionais de saúde. Estes adotam esta falácia para tranquilizar a sua consciência, esquecendo também, que a deontologia profissional, apela à competência e ao aperfeiçoamento profissional, e à justiça, princípio ético que neste caso é desrespeitado na sua vertente de regra jurídica de “dar a cada um o que lhe é devido”, ou seja, de acordo com as suas necessidades, que variam de pessoa para pessoa, em cada momento no tempo (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 42).

Estas circunstâncias estão sintetizadas numa revisão da literatura, que demonstra as características individuais dos profissionais como falta de responsabilidade, confiança e compromisso, assim como, dificuldade na comunicação, e desconhecimento de qual é realmente o rumo correto de ação, como questões éticas que levam ao sofrimento moral (Schaefer & Vieira, 2015).

Em 2024, através da lei nº 8 publicada a 19 de janeiro, foi realizado um aditamento aos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, e no artigo 6º-D são definidos os atos da profissão de enfermeiro:

“Os atos da profissão de enfermeiro consistem na avaliação diagnóstica e prognóstica, na prescrição de atos de enfermagem, na execução e avaliação dos resultados das intervenções, técnicas e medidas terapêuticas de enfermagem, relativas à prevenção, promoção, manutenção, reabilitação, palição e recuperação das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão.” (p. 71).

As intervenções dos enfermeiros podem ser autónomas ou interdependentes (REPE, 1996). As primeiras dependem única e exclusivamente da responsabilidade e da decisão destes profissionais, enquanto as segundas decorrem de um plano de ação definido à priori pela equipa multiprofissional em que se inserem, com vista à prossecução de um objetivo comum. Ainda assim, mesmo nas intervenções interdependentes, a responsabilidade pela decisão relativa à sua implementação permanece alocada ao enfermeiro, salvaguardando-se a sua autonomia profissional. Todas as intervenções dos enfermeiros devem ser realizadas de acordo com as suas qualificações profissionais, assegurando a continuidade dos cuidados e a avaliação dos resultados (Lei nº 8/2024 de 19 janeiro).

Assumindo a autonomia profissional associada à responsabilidade, mesmo em intervenções interdependentes, Jameton (2017) reflete que na sua obra anterior *Nursing Practice*, o desenvolvimento do conceito de sofrimento moral é sustentado pela autoridade dos enfermeiros nas organizações onde prestam

cuidados. Sendo a profissão de enfermagem, tradicionalmente feminina, houve necessidade de suportar no princípio da ética feminista, da igualdade moral entre mulheres e homens, a luta para estabelecer a enfermagem como profissão plenamente autónoma com controlo sobre o seu trabalho. Esta “sede” de igualdade, estimulou a afirmação dos seus juízos no confronto de outros profissionais quando tinham objeções, questionando ordens e/ou decisões clínicas, levando à existência de tensões hierárquicas e resistência institucional, com a possibilidade de agravar o sofrimento moral e limitar a coragem ética que lhes permite dizer “não”.

Na prática de enfermagem, persiste entre muitos profissionais a crença de que se deve responder hierarquicamente a outros profissionais de saúde que não pertencem à mesma categoria profissional. Do ponto de vista legal, esta hierarquia encontra-se circunscrita ao exercício da enfermagem. Apesar disso, o respeito pelos deveres deontológicos e pelos princípios éticos inerentes ao cuidar devem sobrepor-se a quaisquer outros constrangimentos. Neste contexto torna-se impossível não citar, que: “À luz da justiça, o cuidado profissional não pode ter outros limites senão os decorrentes dos princípios éticos, das normas deontológicas e legais enquadradas nas situações concretas (...)” (Nunes, 2016, p.11).

Nunes (2016) afirma que os enfermeiros são mais do que capazes de agir, são agentes. Os seus atos devem ser intencionais, ter um objetivo condutor, sido alvo da sua deliberação, manifestando a sua liberdade e decorrendo da sua responsabilidade, estando sujeitos a avaliação

moral, demonstrando clareza racional e sendo passíveis de justificar.

Existe a possibilidade que após essa deliberação, a tomada de decisão culmine numa recusa de cuidados. O parecer CJ – 225/2014, dado pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros em 2014, analisa um conjunto de situações hipotéticas de recusa, com o objetivo de as avaliar e enquadrar para que os enfermeiros não se comprometam disciplinar e criminalmente. No final do documento é feita a seguinte síntese:

“A recusa de qualquer ato ou intervenção de enfermagem só terá legitimidade quando se fundamenta: na recusa do próprio cliente, na falta de condições mínimas para uma prática segura (por exemplo, no domínio das competências próprias para a realização de uma determinada intervenção ou por existir ameaça à integridade do enfermeiro por parte de um utente que não corre risco de vida) e na objeção de consciência.” (p. 7).

À luz deste parecer, os trâmites legais em que a objeção de consciência pode ser aplicada, deixariam de fora as situações em que se baseiam a maioria dos problemas éticos em enfermagem, relacionados com a recusa de cuidados. Nesse mesmo documento, é referido que as responsabilidades que estão inerentes à deontologia profissional de enfermagem, vão “beber” aos direitos humanos em geral e das pessoas em particular, contudo, segundo o artigo 99º, nº1 do Código Deontológico do Enfermeiro, os enfermeiros têm o dever de agir preservando também a sua liberdade e dignidade humana. Tendo em conta que a dignidade se baseia na capacidade de autodeterminação do ser humano,

e que autonomia, justifica a vontade, apenas existe se este agir de acordo com princípios morais que estejam em concordância com os imperativos éticos em que acredita (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Como tal seria de esperar, que a conclusão do parecer, fundamentasse todas as circunstâncias (como está descrito) em que o enfermeiro considere que existe uma contradição dos seus valores pessoais, e à luz do artigo referido anteriormente, dos objetivos e da essência da profissão. Contudo, apenas conclui, que não existirá prejuízo pessoal ou profissional, se o enfermeiro exercer o seu direito à objeção de consciência, seguindo as obrigações legais do mesmo: declarar atempadamente, de forma a não prejudicar os direitos das pessoas.

Ao referir anteriormente a definição de dilema ético de Gândara, pretendia-se fundamentar este argumento, através do carácter circunstancial e único de cada um. Numa situação em que a pessoa alvo de cuidados apresente uma panóplia de comorbilidades que comprometem gravemente a qualidade de vida, não comunique, se encontre nos momentos finais de vida e não foi tomada qualquer decisão que fundamente esta fase do ciclo vital, pode ainda ser solicitada a realização de intervenções potencialmente geradoras de sofrimento, como a inserção de um cateter venoso periférico para administração de terapêutica ou a colocação de uma sonda nasogástrica.

Perante este cenário, como pode o enfermeiro recusar-se a agir? A deontologia profissional e a ética de enfermagem são suficientes para proteger este profissional de represálias?

“A Deontologia de Enfermagem constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção de Enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país. A sua utilização revela-se, deste modo, como essencial na procura do melhor agir profissional de todos os dias, orientando e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.9).

Em termos teóricos, e seguindo a linha de pensamento descrita no parágrafo anterior, a resposta é afirmativa. Em situações como a relatada, o enfermeiro pode fundamentar a sua ação — ou a recusa de agir — em diversos artigos do Código Deontológico e nos princípios da Ética de Enfermagem.

O Artigo 99.º do Código Deontológico do Enfermeiro, relativo aos princípios gerais, estabelece, no seu n.º 1, que as intervenções de enfermagem devem ter a preocupação da defesa, salvaguardar a liberdade e a dignidade da pessoa e do enfermeiro, reconhecendo a este último a capacidade de agir de acordo com o seu quadro de valores. A alínea b) do n.º 2 do mesmo artigo refere ainda que essa capacidade de escolha deve ser exercida de forma livre e responsável, tendo em atenção o bem comum, que, no contexto dos cuidados de enfermagem, se concretiza no bem da pessoa alvo de cuidados.

Como princípio orientador da sua atividade, o respeito pelos direitos humanos na

relação com os destinatários dos cuidados, explanado na alínea b) do ponto 3 do artigo já referido antes, habilita o enfermeiro a recusar as intervenções que desrespeitem esses direitos. Se o próprio Código Deontológico tem um artigo (100º) em que se ressalva o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, pode ser interpretado que agir em contrário ao que foi descrito anteriormente, não é uma opção. Ainda que o Artigo 104.º, relativo ao direito ao cuidado, possa ser lido como a imposição do dever de agir, à luz do que foi exposto anteriormente esse direito pode ser interpretado como a adequação das intervenções à situação específica e às necessidades concretas da pessoa alvo de cuidados.

Antes das leituras realizadas para a redação deste ensaio, sentia-me desprovida de fundamentos éticos consistentes. A escolha do tema, embora sugerida em contexto académico, foi motivada por uma implicação pessoal decorrente da necessidade de compreender e dar sentido a experiências profissionais marcadas por dilemas éticos.

Ao longo do tempo, torna-se fácil incorrer nas falácias anteriormente descritas, associadas à pressão dos pares e às dinâmicas organizacionais. O sofrimento moral tem acompanhado a minha prática profissional, assumindo impacto significativo no bem-estar, experiência que se reconhece também em muitos outros enfermeiros no exercício quotidiano da profissão.

Mais do que constituir uma resposta a inquietações pessoais, esta fundamentação deve ser adotada em benefício das pessoas a quem são prestados cuidados, e que, à luz dos princípios

éticos anteriormente descritos, merecem intervenções adequadas às suas necessidades e à sua dignidade. Cuidar nem sempre significa agir. Neste sentido, para além de capacitar e empoderar os enfermeiros na sua tomada de decisão à luz da deontologia e da ética profissional, torna-se imperativo promover espaços de reflexão e discussão entre as diferentes classes profissionais, de modo que os cuidados prestados sejam efetivamente holísticos e interdisciplinares, e não meramente multidisciplinares.

À luz da minha experiência profissional, persiste a crença retrógrada de que o enfermeiro deve responder hierarquicamente ao médico. Em determinadas circunstâncias, o enfermeiro pode ser detentor de maior conhecimento sobre determinado tema, pelo que esta crença não só limita a sua intervenção, como também condiciona a atuação médica e compromete a pessoa alvo de cuidados. Na maioria das situações, é escolhido o silêncio, esquecendo o seu papel de “advogado” da pessoa alvo de cuidados.

A forma paternalista como muitas vezes são abordadas as tentativas de fundamentação ética, e/ou científica, por parte dos enfermeiros, que têm coragem moral para efetivamente dizer “não”, ou simplesmente, questionar determinado plano de cuidados ou intervenção, limita qualquer profissional. E espelha, o desgaste associado a estes problemas éticos, a forma como as pessoas são efetivamente cuidadas, e as lideranças pouco empáticas, que falham em proteger e apoiar os seus profissionais. Nunes (2016), ressalva a relação que temos com os nossos limites, por

serem estes que nos definem e configuram, apesar de sermos nós que os escolhemos e determinamos. Assumindo este imperativo, não deve ser admissível que as ações de terceiros condicionem a atuação profissional, sobretudo quando esta se orienta para o bem das pessoas e se encontra eticamente fundamentada, como tem vindo a ser reiteradamente argumentado. A autora também defende que:

“E nada deveria poder obrigar uma pessoa a aceitar contra sua vontade nem a agir contra a sua consciência. Por isso, a recusa livre e esclarecida e a objeção de consciência constituem-se como alternativas de escolha, após deliberação e procurando acautelar as consequências. É neste raciocínio que identificamos a clara relação entre o exercício da enfermagem e a cidadania e direitos humanos (...) Ao mesmo tempo que se inscreve num cenário de “defesa da liberdade e dignidade humana, da pessoa e do enfermeiro” (Nunes, 2016, p.12).

A angústia desencadeada pelo processo de decidir, é impossível de escapar. Mesmo quando as convicções e certezas pessoais fundamentam as posições que cada um escolhe e ajudam a diferenciar. É especialmente nestas escolhas difíceis que a integridade pessoal se coloca face a face com a angústia do conflito (Nunes, 2016, p.14).

Parece-me que já que estamos perante uma situação, que de alguma forma nos causa desconforto, mais vale que as suas consequências, sejam benéficas para alguém. Neste sentido, a coragem — não apenas moral, mas também literal — assume-se como condição necessária para o exercício profissional

responsável. A prática da assertividade revela-se essencial para a defesa dos direitos das pessoas alvo de cuidados e, conseqüentemente, para a afirmação da própria profissão de enfermagem.

Um finca pé alegórico, poderá auxiliar a abertura de espaço para as reflexões e conversas, que deviam ser responsabilidade das instituições iniciar. Fala-se muitas vezes sobre o ajuste das expectativas das pessoas, relativamente aos resultados dos seus cuidados, contudo também os profissionais de saúde deveriam fazer esta reflexão.

Partindo da convicção de que a mudança começa em nós e de que somos agentes no contexto em que atuamos, assumo o compromisso de integrar na minha prática profissional os fundamentos éticos que emergiram deste trabalho.

Reconhecendo o caráter necessariamente situado e inacabado desta reflexão, importa encará-la como um ponto de partida para um aprofundamento contínuo, mais do que como um exercício conclusivo. A consciência dos limites do presente ensaio constitui, assim, não um obstáculo, mas um espaço de possibilidade para o desenvolvimento ético e profissional.

Neste sentido, a recusa ética de cuidados, longe de constituir uma falha profissional, pode configurar a expressão mais elevada de responsabilidade moral do enfermeiro quando o agir técnico ameaça a dignidade da pessoa.

Referências Bibliográficas

Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro. REPE Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislaca>

[o-consolidada/decreto-lei/1996-221642391-221641010](https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1996-221642391-221641010)

Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos do agir* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.

Gândara, M. (2004). Dilemas éticos e processo de decisão. In M. C. P. Neves & S. Pacheco (Eds.), *Para uma ética da enfermagem* (pp. 403–416). Gráfica de Coimbra.

Husted, G. L. (2001). The feelings nurses and patients' families experience when faced with the need to make bioethical decisions. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 46–54. <https://doi.org/10.1097/00006216-200104000-00008>

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Prentice-Hall.

Jameton, A. (2017). What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. *AMA Journal of Ethics*, 19(6), 617–628. <https://journalofethics.ama-assn.org/article/what-moral-distress-nursing-history-could-suggest-about-future-health-care/2017-06>

Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro. (2024). Diário da República, 1.ª série, n.º 14. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). Diário da República, 1.ª série, n.º 181. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7–17. <https://doi.org/10.48492/servir022.23674>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Enunciado de posição sobre a recusa de cuidados (Parecer CJ-225/2014). Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Schaefer, R., & Vieira, M. (2015). Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 24(2), 563–573. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001032014>

O Cuidar que Escuta o Silêncio: Reflexão Ético-Deontológica da Prática em Neonatologia

Judite Luís ¹

A escolha do tema deste ensaio revelou-se um desafio. Quando se tem um percurso profissional longo e vivido de forma intensa, refletir sobre o próprio cuidar torna-se uma tarefa exigente e profundamente pessoal. Com o passar dos anos, aprendi que o cuidar não se esgota no fazer técnico: envolve pensar, sentir e decidir em cada gesto. Só fazia sentido desenvolver uma reflexão sobre a prática profissional e deontológica se esta partisse da minha realidade diária enquanto enfermeira, do modo como ajo, decido e me posiciono perante o outro. Cuidar em Neonatologia é, acima de tudo, aprender a escutar o silêncio, esse espaço onde o recém-nascido se comunica sem palavras e onde o enfermeiro encontra o verdadeiro sentido do cuidar.

Assim, o Mestrado em Enfermagem é, para mim, mais do que uma etapa académica: é um espaço de transformação. Representa a oportunidade de reencontrar o sentido do cuidar, esse ponto de encontro entre o

conhecimento técnico e a sensibilidade humana. Neste percurso, cada reflexão é também uma tomada de consciência sobre o meu modo de estar na profissão, sobre o que me move e sobre aquilo que considero essencial quando cuido.

É nesta linha de reflexão que a prática em Neonatologia me desafia diariamente a escutar para além das palavras. Cuidar de quem não fala exige atenção constante: um franzir de testa, uma variação quase impercetível nos sinais vitais, um gesto mínimo pode revelar desconforto, dor ou necessidade. O silêncio que envolve o recém-nascido convoca uma postura profissional que une ética e deontologia, o respeito pela vida, a prudência na decisão e a presença plena no momento do cuidar.

Mais do que procurar respostas, este ensaio procura compreender o que é necessário para que o cuidar em Neonatologia escute verdadeiramente o silêncio. Parte da experiência e da

¹ Enfermeira, estudante 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, Unidade Curricular: Ética e Deontologia em Enfermagem

consciência de que, em cada gesto, se decide o sentido da profissão. Entre a vulnerabilidade, a humanização, a responsabilidade e a excelência do cuidar, procuro compreender o que faz do ato de cuidar um encontro verdadeiramente humano, porque cuidar é permanecer no silêncio, escutando a vida que ainda aprende a respirar. É nesse espaço, entre o som e a pausa, entre a ação e a espera, que nasce a essência do cuidar em Neonatologia.

É a partir desta essência do cuidar que se abre o caminho deste ensaio. Assim, este ensaio pretende refletir sobre a articulação entre ética e deontologia no contexto da Neonatologia e compreender como o silêncio do recém-nascido, e a escuta do enfermeiro, se transformam em cuidado. Refletir sobre ética e deontologia exige começar pelo próprio contexto onde o cuidar acontece.

Falar de vida em Neonatologia é falar de fronteiras. Cuidar de bebês que nascem antes do limiar da viabilidade, por vezes antes das 24 semanas, é confrontar-se diariamente com os limites da ciência e com o peso das decisões. Cada gesto tem um significado: manter o calor, vigiar um batimento, proteger o silêncio. Não há espaço para automatismos; há espaço para a presença e para a responsabilidade. Mas, entre os limites da vida, habita também a morte, discreta, silenciosa, mas sempre presente. Cuidar, nesses momentos, é continuar a ser presença

e garantir dignidade, mesmo quando a vida se despede. É precisamente esta dignidade que fundamenta todo o quadro ético e legal que orienta a prática.

O ponto de partida é sempre a dignidade humana, princípio consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que afirma que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos (artigo 1º). A Constituição da República Portuguesa reforça este fundamento ao consagrar, no artigo 1.º, a dignidade da pessoa humana, e no artigo 64.º, o direito à proteção da saúde. No contexto neonatal, estes princípios ganham corpo: o valor de uma vida não se mede pelo peso, pela idade gestacional ou pelo prognóstico, mas pelo reconhecimento de que aquele ser é pessoa desde o primeiro instante.

Para compreender a essência do cuidar em enfermagem, é fundamental reconhecer a diferença e, ao mesmo tempo, a relação entre ética e deontologia. Cada uma oferece um olhar próprio sobre o ato de cuidar, mas é da articulação entre ambas que nasce uma prática sustentada, consciente e responsável, uma prática que molda não só o profissional, mas também a pessoa que o enfermeiro se torna.

Neste sentido, a ética traduz-se na capacidade de discernir o que é bom e adequado para a pessoa em cada situação

concreta. Aristóteles, na *Ética a Nicómaco*, afirma que agir eticamente é escolher o bem através da prudência, a virtude que evita o excesso e a falta. Na prática, esta prudência expressa-se na capacidade de ajustar o gesto ao ritmo do recém-nascido, respeitando a sua fragilidade e evitando estímulos desnecessários.

A deontologia, por sua vez, assenta no dever moral de agir de acordo com princípios universais, independentemente das circunstâncias. Se a ética procura o bem adequado a cada situação, a deontologia define o dever que orienta a ação. Segundo Immanuel Kant (1785, p 31), o valor moral das ações reside no cumprimento do dever por respeito à lei moral, e não por conveniência ou interesse. Na enfermagem, este dever traduz-se em responsabilidade profissional concreta: não se trata de fazer “o que me parece melhor”, mas de agir de acordo com princípios e normas que protegem a pessoa cuidada.

Este compromisso ético e deontológico encontra sustentação explícita no Código Deontológico do Enfermeiro, que orienta a prática não apenas no plano técnico, mas no plano moral. O artigo 99.º recorda que o exercício profissional se fundamenta no respeito pela liberdade e dignidade humana, estabelecendo os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, entre os quais, o respeito pelos direitos da pessoa. Estes

princípios não são formalidades legais: são referências vivas que orientam o modo como o enfermeiro decide, se posiciona e se responsabiliza pelo outro em cada gesto.

Depois de compreender estes princípios éticos e deontológicos, é na prática quotidiana que eles ganham forma real. Na prática, ética e deontologia revelam-se no equilíbrio entre intervir e abster-me. Hannah Arendt (1958, p 132) lembra que a responsabilidade ética não está apenas no que fazemos, mas também no que conscientemente escolhemos não fazer. Em Neonatologia, esta ideia é evidente: por vezes, o gesto mais ético é o que se contém, não tocar, não estimular, não interromper o descanso do bebé.

É neste ponto que ética e deontologia se encontram no gesto concreto: a ética abre-me ao silêncio do recém-nascido, permitindo-me perceber o sentido do que faço; a deontologia orienta o modo como transformo essa escuta em ação responsável. A ética responde ao porquê do cuidar; a deontologia organiza o como. Sem ética, o cuidar reduz-se à execução de tarefas; sem deontologia, a intenção perde forma e consequência. É da articulação entre ambas que nasce um cuidar coerente, justo e profundamente humano.

A obrigação ética de proteger a vida encontra também sustentação no quadro legal que orienta a profissão. A Declaração

Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) afirma que toda a pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança, e a Constituição da República Portuguesa reforça este princípio ao consagrar, no artigo 64.º, o direito à proteção da saúde como garantia fundamental. No contexto da enfermagem, estes princípios ganham expressão concreta no Código Deontológico: o artigo 103.º estabelece que o enfermeiro atribui à vida de qualquer pessoa o mesmo valor, independentemente da condição clínica ou contexto. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro) reforça esta responsabilidade ao definir que a prática deve promover, manter e recuperar a saúde com respeito pela dignidade humana, e o Regulamento do Ato do Enfermeiro (Reg. 613/2022) lembra que cada intervenção deve ser centrada na pessoa, fundamentada na evidência e realizada com responsabilidade profissional. Assim, a dimensão ética do cuidar não existe isolada: encontra nestes documentos o suporte que transforma o dever moral em prática concreta e responsável.

Cuidar em Neonatologia exige reconhecer que cada recém-nascido é único e está ligado a uma teia de afetos que o antecede. O cuidar não se limita ao corpo biológico: abrange a história, a família e o vínculo que dão sentido àquele início de vida. É nesse reconhecimento da singularidade que

se inscreve a visão de Madeleine Leininger (1991), para quem o cuidar autêntico começa quando o profissional valoriza a individualidade e o contexto emocional e cultural da pessoa.

Do mesmo modo, Winnicott (1960) lembra que o bebé necessita de um “ambiente suficientemente bom” para crescer de forma saudável — um ambiente construído por gestos consistentes, sensíveis e ajustados às suas necessidades. Quando o enfermeiro acolhe os pais, os envolve no cuidado e lhes devolve o papel central na relação com o bebé, está a fortalecer esse ambiente e a contribuir para o desenvolvimento da criança e para a confiança da família. Cuidar é, assim, também criar condições para que a relação floresça, mesmo no espaço frágil da Neonatologia.

Reconhecer a singularidade do recém-nascido implica também assumir o papel de defensor dos seus direitos. O Código Deontológico do Enfermeiro reforça esta responsabilidade quando estabelece, no artigo 102.º, que o enfermeiro “salvaguarda os direitos das crianças e protege-as de qualquer forma de abuso”. O artigo 101.º complementa esta visão ao afirmar que o enfermeiro é defensor dos direitos e interesses da pessoa cuidada, mesmo quando esta não os pode expressar, um princípio que, em Neonatologia, adquire especial significado: o recém-nascido depende

totalmente da presença, discernimento e advocacia do enfermeiro. Ser defensor implica sensibilidade e atenção ao detalhe — reconhecer pequenas alterações que indicam desconforto, necessidade ou instabilidade — mas também saber quando respeitar o ritmo do bebê e permitir que encontre o seu equilíbrio.

Esta responsabilidade está igualmente inscrita no quadro legal que orienta a profissão. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros define o enfermeiro como o profissional responsável por “promover, manter e recuperar a saúde, prevenindo a doença e respeitando os direitos e a dignidade da pessoa humana”. O Regulamento do Ato do Enfermeiro (Regulamento n.º 613/2022) reforça estes princípios ao estabelecer que toda a intervenção deve ser centrada na pessoa, fundamentada na evidência e realizada com responsabilidade profissional. Estes documentos não são apenas normas: traduzem a identidade da profissão e sustentam a prática numa ética de competência, consciência e humanidade.

Assim, cuidar em Neonatologia é simultaneamente um ato técnico, clínico e relacional. É proteger quem ainda está a começar e compreender que cada gesto é comunicação. A relação entre o enfermeiro e o recém-nascido, ainda que silenciosa, constitui uma verdadeira relação de ajuda:

um encontro humano construído no toque, na presença e na escuta sensível. Ao escutar o silêncio, o enfermeiro escuta também a pessoa, a família e o vínculo que os une. É nesse espaço de relação que o cuidar ganha sentido, porque é ali que o humano se revela na sua forma mais pura: na vulnerabilidade partilhada e no compromisso de estar com o outro.

Humanizar o cuidado em Neonatologia é reconhecer o recém-nascido como pessoa. Antes de qualquer técnica, há uma vida que sente, reage e comunica de forma subtil. Humanizar é cuidar como quem vê, escuta e respeita o outro — mesmo quando esse outro ainda não tem voz.

A humanização exige presença. E estar presente não é apenas permanecer fisicamente ao lado do recém-nascido; é estar verdadeiramente disponível para o compreender. Simone Weil (1999) descreve a atenção como “a forma mais rara e pura de generosidade”. Na Neonatologia, essa atenção revela-se no olhar atento ao detalhe, no toque consciente e na capacidade de ajustar o cuidado ao mínimo sinal de desconforto. Muitas vezes, o recém-nascido não chora, não protesta e não pede ajuda; comunica com o corpo — uma respiração que muda, uma expressão que se contrai, uma saturação que oscila. Humanizar começa aqui: quando o enfermeiro aprende a ver, interpretar e responder a estes sinais.

Dar atenção a estes sinais é também compreender que o cuidar ultrapassa a técnica. Jean Watson (2008) defende que o cuidar é o núcleo da enfermagem e que envolve uma relação transpessoal, uma ligação que vai além do gesto técnico. Cuidar implica presença consciente: o enfermeiro suspende o ritmo exterior e entra no tempo do recém-nascido. Não é apenas tocar; é estar com. Nesta presença silenciosa tornam-se visíveis detalhes que, de outro modo, passariam despercebidos — uma alteração subtil da respiração, um movimento quase impercetível, um franzir de testa. Só quando o profissional se coloca verdadeiramente com o recém-nascido consegue discernir o que é comunicado no silêncio.

A humanização não é um ideal abstrato; é uma exigência profissional. O artigo 110.º do Código Deontológico do Enfermeiro estabelece que o enfermeiro deve atender à pessoa como uma totalidade única, respeitando a sua singularidade e promovendo um ambiente favorável ao desenvolvimento das suas potencialidades. Em Neonatologia, isto significa cuidar do recém-nascido como um todo: corpo, conforto, segurança e vínculo — reconhecendo que cada gesto tem impacto e que cada detalhe contribui para o seu bem-estar.

Esta presença consciente permite também reconhecer que cada recém-nascido

é único. Na Neonatologia, a individualidade revela-se em pequenas diferenças fisiológicas e comportamentais que exigem atenção constante. É neste ponto que a visão de Madeleine Leininger (1991) se torna evidente: o cuidado autêntico começa quando o enfermeiro valoriza a singularidade da pessoa e ajusta o gesto às suas necessidades específicas. Cuidar não é aplicar procedimentos iguais para todos; é adaptar-se ao que o recém-nascido comunica no silêncio.

Este modo de cuidar traduz aquilo que verdadeiramente chamamos humanização. Humanizar implica presença consciente, respeito pelo silêncio e capacidade de escutar o que não é dito por palavras. Quando o profissional se coloca verdadeiramente com o recém-nascido, o cuidado deixa de ser apenas execução técnica e transforma-se em relação. Em Neonatologia, a humanização não é um acrescento ao cuidar: é o que dá sentido ao que fazemos.

Compreender a dimensão humana do cuidar não se faz apenas de gestos de conforto e vida, mas também de presenças silenciosas diante da perda. A Neonatologia não se constrói apenas de nascimentos e alegrias: é também feita de partidas discretas, de despedidas vividas entre monitores e mãos entrelaçadas. O enfermeiro aprende que, mesmo quando já não há cura, permanece o dever de cuidar. O artigo 107.º do Código

Deontológico recorda que o enfermeiro deve respeitar o direito da pessoa a viver e a morrer com dignidade, e é nesse princípio que o cuidar se prolonga para além da vida. Cuidar, nesses momentos, é sustentar o silêncio e transformar a dor em presença — é estar, mesmo quando o silêncio pesa mais do que as palavras.

Como lembra Manuel Lopes (2018), “cuidar é estar, mesmo quando nada há a fazer.” Essa presença, que ultrapassa o gesto técnico, é o que dá sentido ao cuidar, mesmo quando o silêncio já não é escutado, mas apenas sentido. O enfermeiro continua a cuidar porque reconhece que, mesmo quando o corpo cessa, a dignidade permanece. O silêncio da morte não apaga o sentido do cuidar; confirma-o.

Depois destes momentos de fragilidade extrema, cuidar em Neonatologia implica também agir por alguém que não pode pedir, reclamar ou escolher. Cada decisão toca o conforto, a estabilidade e o bem-estar do recém-nascido. Esta responsabilidade exige que o enfermeiro exerça a sua advocacia, defendendo os interesses da criança, como orienta o artigo 101.º do Código Deontológico ao afirmar o dever de proteger os direitos da pessoa cuidada.

A ideia de que somos responsáveis não só pelo que fazemos, mas também pelo que conscientemente escolhemos não fazer,

traduz-se na prática diária da Neonatologia. Intervir cedo demais pode desorganizar o recém-nascido; intervir tarde pode comprometer a sua estabilidade. Às vezes, a decisão mais segura é observar, escutar e aguardar o momento certo.

Este amadurecimento do discernimento reflete-se também na forma como o enfermeiro passa a olhar o recém-nascido. Platão, na Alegoria da Caverna, mostra como a luz revela aquilo que antes era apenas sombra. Em Neonatologia, esta passagem acontece quando o profissional deixa de ver apenas monitores e protocolos e passa a reconhecer a pessoa que ali está. Tal como o prisioneiro que descobre a luz, o enfermeiro amadurece quando ultrapassa a técnica e encontra o sentido mais profundo do seu gesto. O conhecimento técnico é indispensável, mas é a luz da consciência que dá sentido à ação. Unir competência e sensibilidade, ciência e consciência, é o que confere profundidade ao cuidar.

O tempo em Neonatologia adquire um significado diferente. Cada gesto exige pausa, cada decisão requer espera. O tempo do cuidar não é o do relógio, é o do recém-nascido: lento, frágil, quase suspenso. Aprender a cuidar é, também, aprender a respeitar esse tempo: o tempo de adaptação, o tempo do corpo, o tempo da relação. Quando o enfermeiro abrandar o seu ritmo e entra no compasso do outro, o cuidado torna-

se mais humano. A ética do tempo traduz-se, assim, em paciência, prudência e presença. É no tempo certo que o toque conforta, que o silêncio fala e que o cuidado se transforma em encontro.

O tempo do recém-nascido ensina que o cuidar é sempre um exercício de responsabilidade. O Código Deontológico do Enfermeiro traduz essa responsabilidade em princípios concretos. O artigo 99.º afirma que o exercício profissional se funda no respeito pela vida e na dignidade humana. O artigo 100.º lembra que agir exige competência, honestidade e lealdade. E o artigo 110.º reconhece a pessoa como totalidade, integrando corpo, emoção e relação. Cuidar bem é unir técnica, consciência e humanidade.

Aristóteles (2009) recorda que a excelência não é um ato, mas um hábito. Em Neonatologia, este hábito revela-se no modo como o enfermeiro regula a luz, ajusta o toque, protege o silêncio ou decide esperar. A excelência está nestes gestos pequenos, consistentes e intencionais.

A responsabilidade também passa pelo modo como o enfermeiro chega ao cuidado. Antes de entrar na unidade, há um ritual silencioso: deixar a vida lá fora. Os problemas, o cansaço, as preocupações ficam suspensas à porta, porque ali dentro há alguém que precisa de presença inteira. Estar

com um recém-nascido exige disponibilidade emocional. Exige saber estar, saber sentir, e saber quando é preciso respirar fundo para proteger o recém-nascido do nosso próprio ruído interno. Cuidar de alguém tão vulnerável começa pela capacidade de nos recentrar.

Esta forma de estar aproxima-se da visão de Ricoeur (1990, p 187), que descreve a ética como o desejo de “uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas”. No contexto da Neonatologia, este compromisso traduz-se em decisões ponderadas, tomadas com consciência e intenção. O cuidado não acontece por automatismo: acontece quando o enfermeiro escolhe estar presente.

Quando esta ética da presença se transforma em prática, surgem modelos de cuidado que acolhem a singularidade do recém-nascido. O NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) representa a materialização do cuidar que escuta o silêncio: um cuidado que observa, interpreta e responde ao que o recém-nascido comunica de forma subtil. Como refere Ingrid Nyqvist (NIDCAP Federation International), “o cuidado centrado no desenvolvimento é, acima de tudo, um cuidado centrado na relação, na escuta atenta do recém-nascido, na colaboração com a família e na reflexão do profissional sobre o seu próprio modo de estar.

Este modelo baseia-se na observação individualizada do recém-nascido, respeitando o seu ritmo, as suas respostas e a sua capacidade de autorregulação. Cada gesto, cada toque e cada intervenção são guiados pela leitura dos sinais que o recém-nascido expressa — movimentos, expressões, variações de postura ou de intensidade respiratória — uma linguagem silenciosa que revela desconforto, fadiga ou serenidade. O NIDCAP convida o enfermeiro a abrandar, observar e adaptar o cuidado ao momento certo, reconhecendo que ali existe uma pessoa em desenvolvimento.

Esta abordagem está em consonância com os *Standards Europeus de Cuidados ao Recém-Nascido* (*European Standards of Care for Newborn Health*), que defendem um modelo de cuidados centrado na família, assente na individualização, na participação parental e na criação de ambientes sensoriais que apoiem o desenvolvimento neurológico. Estes standards sublinham, ainda, a necessidade de equipas especializadas e continuamente atualizadas, incentivando uma cultura de melhoria permanente e de reflexão crítica sobre a prática clínica.

Este modo de cuidar concretiza o princípio da vulnerabilidade e o respeito integral pela pessoa. O artigo 110.º do Código Deontológico afirma que o enfermeiro deve atender à pessoa como totalidade, e o artigo 99.º reforça que a sua ação deve ser

consciente e responsável. Mas é o artigo 101.º que torna este dever inadiável: o enfermeiro é defensor dos direitos e interesses da pessoa cuidada. No NIDCAP, essa defesa deixa de ser apenas princípio e torna-se gesto — o recém-nascido deixa de ser objeto de rotina e passa a ser sujeito de decisão clínica. É o enfermeiro quem lhe dá voz, interpretando o que ele comunica no silêncio.

Mas o NIDCAP não transforma apenas o modo de cuidar — transforma também quem cuida. Reforça aquilo que Jean Watson descreve como a essência do cuidar: uma relação que, ao tocar o outro, transforma também quem toca. Ao exigir atenção plena, paciência e humildade, este modelo desafia o enfermeiro a repensar o seu ritmo, a reconhecer limites e a aceitar que, muitas vezes, é o recém-nascido quem conduz o cuidado através dos seus sinais. Cada recém-nascido torna-se um mestre silencioso, mostrando que a verdadeira competência nasce da presença e da escuta.

Como defendia Winnicott (1960), o objetivo é criar um “ambiente suficientemente bom”, capaz de promover a organização neurológica e o bem-estar do recém-nascido e, ao mesmo tempo, o crescimento interior do enfermeiro. Por isso, o NIDCAP é mais do que um modelo assistencial: é uma forma de estar, uma atitude que transforma o gesto em relação. É o cuidar que escuta o silêncio.

Este ensaio foi mais do que um exercício acadêmico — foi um encontro comigo mesma e com o sentido mais profundo do cuidar.

A prática em Neonatologia mostrou-me que o conhecimento técnico só tem valor quando caminha com a reflexão e a sensibilidade. Cuidar não é repetir gestos: é estar presente, pensar, escutar e, muitas vezes, escolher o silêncio. Com o tempo, percebi que o cuidar não evolui apenas com a experiência; exige formação contínua, confronto com novas perspectivas e, sobretudo, abertura para mudar. E aceitar a mudança é, também, uma forma de crescer.

Responder à questão que orientou este trabalho — o que é necessário para que o cuidar em Neonatologia escute o silêncio? — tornou-se claro ao longo deste percurso. É necessário tempo e presença, para estar verdadeiramente com o recém-nascido. É necessária escuta, para compreender o que se transmite sem palavras. É necessária reflexão, para decidir com prudência. E é necessária formação, porque o cuidar exige reaprendizagem constante e a coragem de questionar o que parecia adquirido.

As respostas passam, antes de tudo, pela transformação das equipas e das mentalidades. Criar espaços de reflexão, partilha e supervisão permite ao enfermeiro pensar o seu próprio modo de cuidar, reconhecer limites e reconstruir práticas. O

Código Deontológico recorda que o enfermeiro deve agir com responsabilidade, competência e humanidade — e é nesse equilíbrio que nasce um cuidar de excelência. Humanizar o cuidado é reconhecer a vulnerabilidade do outro e responder-lhe com respeito, presença e prudência.

A adoção do NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) representa um passo essencial nesse caminho. Este programa, descrito por Santos (2024) como uma verdadeira filosofia de cuidados, traduz um modo de estar centrado no desenvolvimento e na individualidade do recém-nascido. A sua aplicação convida o enfermeiro a abrandar, observar e intervir de forma mais consciente e personalizada. Integrar esta filosofia — articulada com formação contínua em centros de treino especializados — constitui uma via concreta para elevar a qualidade dos cuidados e reforçar a coerência entre ética, deontologia e prática clínica.

Como escreveu José Saramago (1995), “a pior cegueira é a do olhar que não vê o outro.” Júlio Dinis (1868) lembrava que “é nos pequenos gestos que se reconhece a grandeza do coração humano.” Entre estas duas ideias encontra-se o sentido deste trabalho: cuidar é ver, é sentir e é agir com bondade. Cuidar é, verdadeiramente, escutar o silêncio.

Concluir este ensaio é reconhecer que o cuidar em Neonatologia não cabe apenas na técnica nem na teoria. Nasce da atenção, da responsabilidade e da capacidade de estar com o outro no seu tempo e na sua fragilidade. Escutar o silêncio é, afinal, o gesto que sustenta todo o resto: é o que transforma conhecimento em cuidado, presença em relação e prática em humanidade.

Este ensaio deu-me um prazer genuíno de escrever. Apesar do esforço e das voltas que tive de dar, gostei verdadeiramente de refletir sobre este tema. Ao longo do processo, senti que foi possível dar forma, em palavras, a aquilo que vivo e sinto na prática. De alguma forma, consegui colocar uma parte de mim nestas páginas, e isso deixa-me tranquila: estou a construir o meu caminho com sentido.

Referências Bibliográficas

- Arendt, H. (1958). *The human condition*. University of Chicago Press.
- Aristóteles. (2009). *Ética a Nicómaco* (M. H. da Rocha Pereira, Trad.). Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada ca. 350 a.C.)
- Assembleia da República. (1976). [*Constituição da República Portuguesa*](#). Diário da República.
- Abrunhosa, P. (1996). *Tudo o que eu te dou* [Música]. EMI-Valentim de Carvalho.
- Decreto-Lei n.º 161/96). Diário da República. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-412845>
- Kant, I. (2002). *Fundamentação da metafísica dos costumes* (Trad.). Edições 70. (Obra original publicada em 1785)
- Dinis, J. (2022). *As pupilas do senhor reitor*. Guerra e Paz Editores. (Obra original publicada em 1866)
- Leininger, M. M. (1991). *The theory of culture care diversity and universality*. Em M. M. Leininger (Ed.), *Culture Care Diversity and Universality: Theory of Nursing* (pp. 5–68). New York, NY: National League for Nursing.
- Lévinas, E. (1961). *Totalité et infini: Essai sur l'extériorité*. Martinus Nijhoff.
- Lopes, M. (2018). *Pensas que só acontece aos outros?! Narrativa e análise crítica de um percurso de doença oncológica*. FIU Editores.
- NIDCAP Federation International. (s.d.). *Guidelines*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Regulamento do Ato do Enfermeiro* (Regulamento n.º 613/2022). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/613-2022-190708289>
- Organização das Nações Unidas. (1948). [*Declaração Universal dos Direitos Humanos*](#). ONU.
- Santos, A. A. C. (2024). *Capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita* [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/58798>
- Saramago, J. (1995). *Ensaio sobre a cegueira*. Editorial Caminho.
- Tavares, S. (1999). *Balance* [Música]. Sony Music.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- Weil, S. (1999). *Waiting for God*. Harper Perennial.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585–595.

Autonomia da Criança com Doença Terminal na Emergência Pré-Hospitalar: Desafios Éticos e Deontológicos Diante de Recusa de Tratamento

Vítor Martins da Silva¹

As emergências pediátricas representam um dos cenários de maior exigência ética na prática de enfermagem, sobretudo em emergência pré-hospitalar, quando envolvem crianças em fase terminal e situações de recusa de tratamento.

Este contexto convoca uma análise aprofundada dos princípios de respeito pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, articulados com a legislação portuguesa e as normas deontológicas da profissão de enfermagem.

Autonomia, enquanto princípio ético fundamental, corresponde ao direito do indivíduo de tomar decisões informadas relativamente à sua saúde (Beauchamp, 2019). Nos cuidados à criança é um tema central na ética dos cuidados de saúde, exigindo do profissional o reconhecimento da alteridade da pessoa, ou seja, assumir a diferença essencial entre Eu e o Outro, conforme expõe Lévinas: “afirmar a sua alteridade, como essencialmente... Outro diferente de mim [...] Eu e Tu somos seres de relação” (Lévinas, 1980, p. 192, citado em Nunes & Amaral, 2022, p. 54). Este reconhecimento fundamenta o respeito pela dignidade humana, valor que deve pautar todo o cuidado, especialmente em momentos de fragilidade, como no fim de vida (Nunes & Amaral, 2022).

O respeito pela autonomia é fundamental na ética e deontologia em enfermagem, refletindo-se na relação entre profissional, doente e família. Este princípio assegura que cada pessoa possa decidir sobre os próprios cuidados, mesmo em situações de doença terminal.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro e a legislação portuguesa, o consentimento informado deve ser obtido de quem demonstra maturidade e discernimento. Para crianças, a lei prevê este direito, por regra, a partir dos 16 anos, cabendo avaliar a competência individual para consentir ou recusar tratamentos.

Notemos que o Código Civil nada estabelece acerca da capacidade de uma criança para consentir num ato de saúde mas encontramos no n.º 3 do artigo 38º do Código Penal, que “o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta”. Resulta, assim, que os jovens com menos de 16 anos (ou com 16 ou mais, mas sem capacidade de discernimento) são incapazes para consentir, por não gozarem da capacidade necessária para o efeito, sendo que, em consequência, a titularidade do consentimento pertence aos seus representantes legais.

¹ Enfermeiro, estudante do 10º Mestrado em Enfermagem em associação, inscrito ano letivo 2025/2026

A proteção da autonomia da criança em situação de doença grave ou terminal impõe estratégias profissionais que facilitem escolhas e valorizem os seus valores fundamentais, promovendo o empoderamento e a participação da criança no processo decisório. Embora a legislação determine que o representante legal consinta em nome do menor incapaz, não se deve nunca prescindir do respeito pelas preferências manifestadas pela criança, sempre que haja capacidade de entendimento e expressão de vontade. O Código Deontológico salienta, por isso, a necessidade do enfermeiro garantir o direito ao cuidado sem descurar a vontade do doente, ponderando o melhor interesse do menor vulnerável e garantindo que qualquer decisão substitutiva respeite os limites da autonomia que a situação permite (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No contexto da doença terminal, a atuação do enfermeiro deve responder de forma ética aos desafios impostos pela vulnerabilidade, pela dor, pelo sofrimento e pela proximidade da morte. Cabe ao profissional contribuir para o reconhecimento da autonomia da criança, informar adequadamente, envolver a família no processo e proteger, acima de tudo, a dignidade e os direitos fundamentais do menor. A articulação entre legislação, regulamentos profissionais e princípios deontológicos, nomeadamente os artigos 105.º e 106.º do Código Deontológico do Enfermeiro, o artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e normas internacionais como a Convenção sobre os Direitos da Criança, serve de suporte jurídico e ético para fundamentar as práticas de respeito e

promoção da autonomia da criança com doença terminal (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O desenvolvimento da autonomia na criança é um processo dinâmico e progressivo, acompanhado de mudanças físicas, cognitivas e sociais. No contexto dos cuidados de saúde, especialmente em enfermagem pediátrica, é essencial compreender que essa autonomia deve ser promovida gradualmente, respeitando o ritmo individual e o grau de maturidade psicossocial e moral de cada criança ou jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2008). As orientações internacionais e nacionais, como as recomendações da OMS, UNICEF e o enquadramento legal português, defendem que a opinião do menor deve ser considerada proporcionalmente à sua idade e maturidade, favorecendo a sua participação informada nas decisões relativas à saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2008; UNICEF, 2019).

Neste sentido, o respeito pela autonomia da criança doente terminal não se limita ao consentimento formal, mas inclui o compromisso ativo do enfermeiro em reconhecer, proteger e promover o direito da criança à autodeterminação, à expressão da sua vontade e à participação genuína nas decisões que lhe dizem respeito. Trata-se de um desafio que exige sensibilidade, rigor ético e competência profissional, sendo indispensável para garantir cuidados humanizados e responsivos às necessidades da criança e da sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2015). “A autonomia e a íntima convivência podem colocar-nos face à peculiar questão da objeção de consciência ... devemos respeitar a escolha da criança, mesmo que ela discorde de nós ou de seus

cuidadores, considerando sua idade e maturidade” (Nunes & Amaral, 2022, pp. 56-57).

A legislação e a deontologia de enfermagem em Portugal orientam a conduta dos profissionais, salientando o respeito pela manifestação da vontade da pessoa, mesmo em contexto pediátrico terminal: “Em situação de fim de vida, artigo 108, o Enfermeiro assume o dever de defender e promover o direito da Pessoa à liberdade de escolha no acompanhamento; respeitar as manifestações expressas pela Pessoa” (Nunes & Amaral, 2022, p. 130). Cabe ainda ao profissional resguardar a privacidade, a intimidade e o consentimento informado do utente, promovendo a humanização dos cuidados e a responsabilidade profissional: “A autonomia na conduta profissional está aqui elencada, uma vez que agir autonomamente é agir eticamente. O Enfermeiro é responsável pelas decisões—agir ou não agir, pelas suas intervenções—agir ou omitir e pelas consequências das suas intervenções” (Nunes & Amaral, 2022, p. 140).

No contexto dos cuidados a crianças com doenças terminais, os princípios de beneficência, não maleficência e justiça ganham relevância especial, sendo orientadores na garantia do melhor interesse da criança, da proteção à sua dignidade e de uma resposta ética às complexas necessidades clínicas, emocionais e sociais presentes nestas situações.

O princípio da beneficência implica fazer o bem, promovendo o desenvolvimento físico, psicológico e emocional da criança mesmo em trajetórias de fim de vida, enfatizando o valor das relações afetivas e a individualização dos cuidados, com atenção à vinculação familiar e às

oportunidades de bem-estar, apesar do prognóstico adverso (Ordem dos Enfermeiros, 2008; UNICEF, 2019).

O princípio da não maleficência orienta para a prevenção de danos físicos e emocionais, devendo ser evitadas práticas desumanas, negligência afetiva ou qualquer forma de violência, inclusive nos momentos de tomada de decisão clínica e na comunicação do prognóstico terminal (UNICEF, 2019). O respeito pela intimidade e privacidade torna-se um imperativo ético, assim como o papel do profissional em salvaguardar a confidencialidade, para evitar que intervenções possam aumentar o sofrimento: “Os enfermeiros devem recusar-se a participar em tratamentos desumanos ou em qualquer forma de tortura” (Nunes & Amaral, 2022, p. 130). Tal postura está em consonância com o artigo 19 da Convenção sobre os Direitos da Criança, que reforça a obrigação estatal de proteger contra todo o tipo de maus-tratos ou negligência (UNICEF, 2019).

Por fim, o princípio da justiça exige a distribuição equitativa dos recursos, cuidados especializados e acesso à informação, sem recusar às crianças com doenças terminais, por sua vulnerabilidade, os direitos fundamentais à autonomia, à participação nas decisões e ao máximo desenvolvimento possível (UNICEF, 2019; Beauchamp, 2019). Segundo os Guias de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, “A atuação ética deve sempre envolver a criança, na medida da sua capacidade de discernimento, em conformidade com o artigo 12 da Convenção sobre os Direitos da Criança, que garante o direito de a criança ser ouvida nas decisões que lhe dizem respeito (UNICEF, 2019).

Independentemente das limitações inerentes ao diagnóstico, importa assegurar que nenhum cuidado seja negado, e que todos os esforços sejam realizados guardando o respeito pela dignidade da criança: “Todas as decisões relativas a crianças ... terão primordialmente em conta o interesse superior da criança” (UNICEF, 2019, p. 8).

No contexto pré-hospitalar, o cumprimento dos artigos do Código Deontológico representa um dever inalienável do enfermeiro, mesmo sob pressão temporal e diante da vulnerabilidade da criança. A mediação ética e a comunicação clara, com registo pormenorizado das decisões, garantem a proteção dos direitos fundamentais da criança e a legitimidade da ação profissional do enfermeiro.

No que concerne à tomada de decisão em ambiente pré-hospitalar, a mesma, também sofre condicionamentos, seja pelo tempo de intervenção, seja pela vulnerabilidade da criança e pela complexidade das situações clínicas. Quando estamos perante uma situação em que atuamos com o consentimento da criança e dos pais, quase que se trata de uma situação “normal” ... agora quando estamos perante uma recusa de tratamento? E se tratar de uma criança com uma doença em fase terminal em que os desejos da criança vão contra os desejos dos pais?

O processo de tomada de decisão ética requer deliberação fundamentada, análise das consequências e envolvimento multiprofissional, especialmente no acompanhamento da criança em fim de vida, pautando-se pelo “princípio do interesse superior, promoção da qualidade de vida e apoio aos familiares” (Tanner, 2006, citado em Nunes & Amaral, 2022, p. 81-82). O enfermeiro

deve, nessas situações, garantir que todas as opções clínicas sejam deliberadas, registadas e justificadas, respeitando a dignidade, liberdade e autonomia do doente: “O artigo 103 reforça o dever do Enfermeiro de respeitar o direito à vida ao longo do ciclo vital da Pessoa, protegendo e defendendo a vida em qualquer circunstância [...] e recusando-se a participar em tratamentos desumanos” (Nunes & Amaral, 2022, p. 130).

Perante a recusa de tratamento por uma criança em estado terminal, emergem dilemas éticos que exigem de nós, enfermeiros, uma ponderação criteriosa entre o respeito pela autonomia, o dever de proteger a vida e acima de tudo, na minha opinião, a necessidade imperiosa de evitar o sofrimento daquela criança, seguindo os princípios de beneficência e não maleficência, conforme Gomes (2014) e Nunes & Amaral, 2022. Simultaneamente, o princípio da justiça e equidade exige que todas as crianças sejam tratadas de forma igual e com respeito pelos seus contextos culturais e familiares.

No exercício da sua função, o enfermeiro é responsável não apenas pela salvaguarda da vida, mas também pelo respeito da dignidade e conforto do utente, especialmente em situações de fim de vida. O enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), atua segundo protocolos específicos e competência regulamentar, cabendo-lhe a estabilização, transporte e gestão do doente crítico, num quadro de rigor normativo e ético, segundo o Despacho nº 5561/2014. A mediação de conflitos entre a criança e os pais constitui uma atribuição central do enfermeiro, exigindo competências

comunicacionais, ética aplicada e registo rigoroso das decisões, conforme Rodrigues, et al., (2013). Quando existe conflito entre autonomia e beneficência, no caso particular, em que a recusa de tratamento pode impactar negativamente no conforto ou prolongamento da vida, deve ser ponderado à luz da maturidade e irreversibilidade do quadro clínico e dos valores familiares, sendo que o enfermeiro deverá privilegiar sempre o interesse superior da criança, evitando abordagens paternalistas excessivas, mas protegendo do abandono terapêutico.

A legislação e a deontologia de enfermagem em Portugal orientam a conduta dos profissionais, salientando o respeito pela manifestação da vontade do paciente, mesmo em contexto pediátrico terminal: “Em situação de fim de vida, artigo 108, o Enfermeiro assume o dever de defender e promover o direito da Pessoa à liberdade de escolha no acompanhamento; respeitar as manifestações expressas pela Pessoa” (Nunes & Amaral, 2022, p. 130). Cabe ainda ao profissional resguardar a privacidade, a intimidade e o consentimento informado do utente, promovendo a humanização dos cuidados e a responsabilidade profissional: “A autonomia na conduta profissional está aqui elencada, uma vez que agir autonomamente é agir eticamente. O Enfermeiro é responsável pelas decisões—agir ou não agir, pelas suas intervenções—agir ou omitir e pelas consequências das suas intervenções” (Nunes & Amaral, 2022, p. 140).

A recusa de tratamento por parte da criança ou de seus representantes impõe ao profissional o desafio ético da ponderação entre a obrigação de promover a vida e o respeito pela liberdade de

escolha, destacando-se que “a existência do consentimento implica o direito de expressar o dissentimento” (Nunes & Amaral, 2022, p. 76). A objeção de consciência, seja do utente ou do profissional, representa um dos marcos fundamentais de salvaguarda da autonomia, legitimada tanto pela legislação nacional quanto pela deontologia profissional, conforme se lê: “a autonomia e a íntima convicção podem colocar-nos face à peculiar questão da objeção de consciência—em cada situação concreta, a decisão de cada um pode ser [...] obedecer ou não obedecer” (Nunes & Amaral, 2022, p. 77). Portanto, diante da recusa de tratamento, o profissional de saúde deve proceder com rigor ético, legitimando e fundamentando as decisões à luz dos valores universais, legislativos e deontológicos, individualizando o cuidado e centrando a prática no respeito pela pessoa, sua dignidade e direitos (Nunes & Amaral, 2022).

A humanização dos cuidados em pediatria, sobretudo em situações de doenças terminais, reveste-se de particular importância dada a vulnerabilidade da criança e o impacto multidimensional que tal patologia exerce sobre toda a família. Como é destacado, “a humanização dos cuidados é um conceito central e essencial para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e excelência, onde o enfermeiro possui um papel de destaque” (Lopes, 2021, p. 23).

O Código Deontológico dos Enfermeiros reforça que “o enfermeiro assume o dever de [...] dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Ordem dos Enfermeiros,

2015, p. 97). Neste sentido, a humanização implica reconhecer não apenas as necessidades clínicas, mas também “as dimensões emocionais, sociais e espirituais que envolvem a criança e a sua família” (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No que concerne à humanização, desafios adicionais impõem-se às equipas pré-hospitalares, como escassez de recursos, imprevisibilidade de situações agudas e pressão temporal. É fundamental que a formação específica em ética pediátrica, gestão de conflitos e comunicação eficaz integrem os planos de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, reforçando boas práticas e normas claras de atuação em casos de recusas de tratamento.

Em síntese, o equilíbrio entre o respeito pela autonomia da criança e o dever de proteção representa um dos desafios éticos mais complexos na emergência pré-hospitalar. A decisão clínica exige ponderação constante entre o quadro legal, a maturidade da criança, as especificidades do contexto e as recomendações das melhores práticas, com o objetivo primordial de garantir o conforto e a dignidade até ao fim de vida.

No seguimento do enquadramento teórico, torna-se importante refletir sobre a prática do dia-a-dia e perante uma situação, como devo eu proceder?

O Pedro, um adolescente de 15 anos diagnosticado com neuroblastoma desde os 5 anos de idade, em cuidados paliativos, por agravamento dos sintomas, recusa tratamento e transporte à unidade hospitalar por se encontrar...” farto de lutar” ... em conflito com os pais, ilustrou um enorme desafio para mim. Quando se compara com uma situação em que estamos perante uma

vítima adulta ou com uma idade já avançada, a forma como se aborda a situação é vista de com outros “olhos”, porque a experiência e a casuística na área pediátrica não é de longe a mesma com utentes adultos. Na minha opinião é fundamental respeitar a sua autonomia progressiva e o direito de participar nas decisões relativas à sua saúde, contudo, tal respeito deve ser equilibrado com a obrigação de garantir o bem-estar da criança, assegurando cuidados de conforto adequados e protegendo-o do abandono terapêutico.

Ser capaz de mediar o conflito entre a vontade do adolescente e a dos seus pais, promovendo uma comunicação clara e empática, valorizando sempre a dignidade e a humanização do cuidado. A situação exemplificou, na minha opinião, a necessidade de uma prática ética equilibrada entre autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, reconhecendo a singularidade do caso e a importância do respeito pelas decisões da criança.

A entrevista com crianças e adolescentes em situação de doença terminal constitui um momento delicado e fundamental da prática clínica em enfermagem pediátrica, permitindo a recolha de informações essenciais e a construção de uma relação terapêutica que respeite a dignidade e o protagonismo do menor. Conforme recomendado nos Guias Orientadores de Boas Práticas, “a entrevista constitui uma parte essencial no atendimento de Enfermagem ao adolescente, pois permite recolher informação e estabelecer canais de comunicação para o futuro” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 21).

A operacionalização da entrevista deve ser estruturada em fases, começando pelo acolhimento, onde “fundamental conhecer as

expectativas do adolescente e pais face à entrevista” e garantir que “o enfermeiro esclarece as etapas que constituem a entrevista”, incluindo a validação dos assuntos que podem ser partilhados com a família, sempre com salvaguarda da confidencialidade e privacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 31). Esta abordagem permite compreender os antecedentes pessoais, familiares, o contexto emocional e os papéis adotados pela família, facilitando diagnósticos e intervenções centradas no bem-estar do adolescente.

Os documentos alertam que “a confidencialidade garante que as informações conhecidas pelos profissionais de saúde não são reveladas aos pais ou responsáveis, sem a autorização do adolescente”, sendo indispensável em temas sensíveis como sofrimento, medos ou desejos relacionados ao fim de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 20). Deve-se criar ambientes acolhedores, privados e confortáveis, pois “os adolescentes valorizam mais a relação estabelecida com o profissional do que as características do ambiente físico” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 25). A escuta ativa e o respeito pela autonomia são essenciais: “Evitar julgamentos de valor; é mais adequado aguardar que o jovem emita os seus próprios juízos, estimulando a expressão de sentimentos” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 26).

O acompanhamento à família também é destacado: “A recolha da informação foi possível pela demonstração de disponibilidade e da escuta ativa — é necessário que os profissionais da saúde se mostrem disponíveis, executando uma escuta atenta” (Lopes, 2021, p. 141). Em situações de

terminalidade, tais como o internamento prolongado, o acolhimento dos pais e irmãos, a partilha de decisões e o suporte emocional voltam-se para a promoção do conforto e da compreensão familiar, reduzindo sentimentos de culpa e ansiedade (Lopes, 2021, p. 139).

As técnicas de apoio narrativo, como “respostas em espelho”, “clareza diante de respostas imprecisas” e o uso de exemplos em terceira pessoa, facilitam o diálogo e a expressão emocional, promovendo “um clima de empatia e potenciando a capacidade de expressão do adolescente” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 64). Estas ferramentas são consideradas centrais na entrevista clínica, especialmente ao abordar sofrimento, medos e expectativas em situações terminais.

Em ambiente pré-hospitalar, enfrentamos limitações significativas de tempo e espaço para a aplicação completa da entrevista de enfermagem, devido à urgência e dinâmica inerentes à resposta às situações críticas. Nessas circunstâncias, o foco prioritário é a estabilização da criança e garantir intervenções de emergência eficazes, tornando-se um constrangimento para o desenvolvimento aprofundado do diálogo e acolhimento próprios da entrevista. Por isso é fundamental que o acompanhamento do jovem em termos de avaliação biopsicossocial e a promoção da autonomia seja realizado em momentos complementares, ou seja, a montante da ocorrência e em contexto de planeamento assistencial ou consultas programadas e posteriormente, numa fase pós-ocorrência, em ambiente hospitalar ou comunitário, com o objetivo de garantir a continuidade e integralidade do cuidado, respeitando as limitações do pré-

hospitalar, sem negligenciar a importância da entrevista para o desenvolvimento da relação terapêutica e do autocuidado.

Em termos de síntese e no meu entendimento, as emergências pré-hospitalares pediátricas, representam um dos contextos de maior exigência ética e clínica na prática de enfermagem, sobretudo quando envolve situações de doença terminal e recusa de tratamento. O respeito pela autonomia progressiva da criança, articulados com os princípios da beneficência, não maleficência e justiça, constitui um desafio que exige ponderação prudente entre o dever de proteger a vida e o direito à autodeterminação. A atuação do enfermeiro, sustentada por um sólido enquadramento legal e deontológico, requer uma postura ética e reflexiva, competência técnica e sensibilidade humana para promover cuidados dignos, seguros e humanizados. A deliberação ética deve integrar sempre a avaliação da maturidade, do contexto familiar e do melhor interesse da criança, privilegiando a comunicação transparente e o registo rigoroso das decisões. Este equilíbrio entre autonomia e proteção, mediado pela empatia e pela escuta ativa, traduz a essência do cuidado ético em enfermagem. Assim, o cuidar ético em emergência pré-hospitalar transcende a dimensão técnica da intervenção, afirmando-se como expressão de uma prática moral, científica e humanista, centrada na pessoa e orientada pela defesa incondicional da vida, da autonomia e da dignidade humana.

Referências bibliográficas

- Beauchamp, T. L. (2019). Principles of biomedical ethics. 8ª ed. Oxford University Press.
- Gomes, A. P. (2014). [Significado da ética e bioética ao cuidar da criança e sua família no contexto ambulatorial : perspectiva do enfermeiro](#). Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Rio de Janeiro.
- Gracia, D. (2019). “[A deliberação como método da Ética](#)”. Obtido de Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). [Carta da Criança Hospitalizada](#). 5ª edição.
- Lopes, I. R. (2021). Humanização dos cuidados de enfermagem em pediatria: atuação do enfermeiro especialista. Relatório de Estágio especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, Mestrado em Enfermagem Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/36829>
- Ministério da Saúde. (2014). [Despacho n.º 5561/2014](#), de 23 de abril.
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). Sobre Fundamentos do Agir Profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/41867>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). [Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica](#). Volume I.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). [Deontologia Profissional de Enfermagem](#). Ordem dos Enfermeiros:
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 [Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica](#).
- Rodrigues, B., Pacheco, S., Dias, M., Cabral, J., Luz, G., & Silva, T. (2013). [Perspectiva ética no cuidar em enfermagem pediátrica: visão dos enfermeiros](#). Rev. enferm. UERJ 21 (6): 743-747.
- UNESCO. (2006). [Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos](#).
- UNICEF. (2019). [Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos](#).

Coragem e Angústia Moral no Desenvolvimento Profissional de Enfermagem

Isabel Maria Estevens Leocádio¹

A escolha do tema deste ensaio nasce simultaneamente de uma motivação académica e de uma necessidade profundamente pessoal. Este ensaio não surge apenas como exercício reflexivo, emerge da minha própria vivência atual, enquanto Enfermeira em contexto de Estudante que iniciou o seu percurso no Mestrado em Enfermagem.

A decisão de integrar o Mestrado em Enfermagem constituiu um investimento significativo no meu desenvolvimento académico, científico e profissional. Este percurso representa não apenas um desejo pessoal de evolução, mas também a assunção de princípio e valor ético enquanto profissional que procura aprofundar as suas competências e melhorar a qualidade dos cuidados que presta, conforme previsto na alínea e) do 2 do Artigo 99.º da Deontologia Profissional do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015).

Contudo, esta escolha tem-se confrontado com obstáculos organizacionais que condicionam a sua concretização plena. Apesar da aprovação do regime de horário flexível, previsto no Estatuto de trabalhador-estudante (no ponto 1, do Artigo 90.º, Assembleia da República, 2009), tenho vivenciado dificuldades na sua implementação prática. A discrepância entre o direito formalmente reconhecido e a realidade

organizacional tem originado tensões éticas, questões profissionais e sentimentos de conflito interior. É neste ponto que os conceitos de coragem moral e angústia moral me fizeram todo o sentido abordar neste ensaio.

Torna-se evidente que, quando o Enfermeiro reconhece o que é justo, legítimo e moralmente adequado, mas se vê impedido de exercer esses direitos por pressões organizacionais, emerge a angústia moral; e quando se decide agir em defesa da justiça, da integridade e do seu próprio desenvolvimento profissional, manifesta coragem moral.

Assim, neste ensaio pretendo explorar estes conceitos a partir da literatura, mas também iluminá-los à luz da minha experiência pessoal. A análise não se limita à teoria, pretende compreender como estes fenómenos se articulam com as condições reais de trabalho enquanto Enfermeira, com a cultura das instituições de saúde e com os desafios contemporâneos da progressão académica e profissional. Refletir sobre coragem moral e angústia moral é, por isso, refletir sobre a ética do cuidado, sobre o dever de nos desenvolvermos enquanto profissionais e sobre a emergência de estruturas organizacionais que respeitem e promovam a justiça, a dignidade e o bem-estar dos Enfermeiros.

¹ Enfermeira, estudante 10º Curso de Mestrado em Enfermagem. No contexto da disciplina de Ética e Deontologia em Enfermagem, elaboração de um ensaio sobre um tema ou caso à escolha do estudante, que reflita as dimensões ética e deontológica em Enfermagem.

Angústia moral: entre o dever reconhecido e a ação impedida

O conceito de angústia moral reconhecido por ter sido Jameton (1984) primeiramente a identificá-lo (Jameton, 1984 cit Gallagher, 2011), descreve o como um desequilíbrio psicológico que envolve sentimentos dolorosos que ocorre quando os profissionais, especificando os Enfermeiros, vivenciam situações em que sentem que não conseguem fazer o que é eticamente correto, ou seja, são impossibilitados de concretizar essa ação devido a constrangimentos organizacionais. Esta vivência distingue-se de emoções como a culpa ou a vergonha, uma vez que não resulta de um erro moral cometido, mas sim da frustração originada por uma consciência ética que não pode ser transformada em ação.

Corley (2002) aborda o fenómeno da angústia moral na profissão de Enfermagem como um problema significativo e persistente que afeta os Enfermeiros em diversos contextos de cuidados de saúde, que resulta muito frequentemente de rácios de profissionais desadequados, insuficiente formação, políticas e procedimentos organizacionais, que impedem o Enfermeiro de agir segundo a sua consciência moral.

Gallagher (2011), aprofunda esta noção, argumentando que a angústia moral emerge precisamente quando o profissional reconhece, de forma inequívoca, aquilo que deveria ser feito em termos morais, mas se confronta com barreiras organizacionais que limitam ou anulam essa possibilidade. Destacando que a tensão ética nasce da impossibilidade prática de agir em conformidade com aquilo que se sabe ser moralmente exigível, sendo esta impossibilidade

imposta por elementos estruturais alheios ao controlo do profissional.

A literatura evidencia que este fenómeno possui um carácter cumulativo, a que Corley (2002) enfatiza que estes impedimentos conduzem a um estado de sofrimento psicológico, deixando frequentemente um “resíduo moral”, isto é, marcas duradouras de compromissos éticos não concretizados. Estudos de síntese, como os conduzidos por Schluter et al. (2008), descritos por Gallagher (2011), demonstram que a persistência de obstáculos organizacionais conduz ao agravamento do sofrimento ético, com impacto progressivo no bem-estar emocional, na satisfação profissional e na qualidade dos cuidados prestados.

A angústia moral na Enfermagem tem sido amplamente documentada em diversas revisões sistemáticas e estudos qualitativos recentes que confirmam que a angústia moral resulta de um conjunto complexo de fatores clínicos, organizacionais, relacionais e individuais. Um dos fatores mais consistentes na literatura diz respeito às decisões de fim de vida e ao envolvimento em tratamentos considerados fúteis. Estudos em contextos de cuidados intensivos demonstram que a manutenção de intervenções invasivas sem benefício percebido para a Pessoa é uma das causas mais frequentes de angústia moral (Scott *et al.*, 2023; Ahmad *et al.*, 2024). Situações em que a equipa se vê obrigada a prolongar suporte de vida devido à pressão familiar ou a decisões médicas com as quais o Enfermeiro discorda reforçam este fenómeno, como salientado por Salari *et al.* (2022).

Paralelamente, fatores organizacionais desempenham um papel central. Revisões de literatura mostram que a falta de recursos humanos, a elevada carga de trabalho, a insuficiência de recursos e políticas institucionais rígidas são gatilhos recorrentes de angústia moral (Ramos *et al.*, 2016; Dalmolin *et al.*, 2012; Morley *et al.*, 2021). Estes constrangimentos impedem muitas vezes o Enfermeiro de prestar cuidados de qualidade, obrigando-o a priorizar tarefas de forma que sente como eticamente inadequada.

Outro eixo amplamente discutido envolve a hierarquia rígida e um clima ético pobre, que limitam a capacidade do Enfermeiro participar ativamente na tomada de decisão. Ahmad *et al.* (2024) identificam a impotência perante decisões médicas controversas como uma das principais fontes de sofrimento moral, enquanto Xue *et al.* (2025) demonstram empiricamente a associação entre clima ético desfavorável e níveis mais elevados de angústia moral. A ausência de espaços formais de reflexão ética, como rounds de ética ou supervisão clínica, agrava este sentimento (Morley *et al.*, 2021).

As dinâmicas de equipa constituem igualmente um fator relevante. A literatura aponta que conflitos interprofissionais, comunicação deficiente e comportamentos inadequados de colegas, incluindo práticas percebidas como desrespeitosas ou violadoras da dignidade da Pessoa aumentam significativamente a angústia moral (Lamoureux *et al.*, 2024; Salari *et al.*, 2022). Em contextos de saúde mental e cuidados continuados, a exposição a episódios de agressão, bem como o uso de contenção física ou química

contra a vontade do Enfermeiro, reforçam este quadro (Lamoureux *et al.*, 2024).

Adicionalmente, fatores ético-legais e institucionais contribuem para este fenómeno, em particular, conflitos entre valores pessoais e exigências legais ou organizacionais, como políticas de triagem, protocolos rígidos ou limitações impostas durante a pandemia são fontes frequentes de angústia moral (Morley *et al.*, 2021; Dalmolin *et al.*, 2012).

Os fatores individuais influenciam a intensidade da angústia moral, em que profissionais menos experientes ou que percecionam falta de competência para lidar com conflitos éticos complexos relatam maior sofrimento moral (Ahmad *et al.*, 2024). Estudos recentes reforçam ainda a relação entre angústia moral, burnout e intenção de abandonar a profissão (Alimoradi *et al.*, 2023; Salari *et al.*, 2022).

Em síntese, a angústia moral na Enfermagem emerge de um conjunto interligado de fatores relacionados com a complexidade da prática clínica, constrangimentos organizacionais, relações profissionais e valores pessoais. A literatura aponta que a sua mitigação depende não apenas do desenvolvimento individual de competências éticas, mas sobretudo de mudanças estruturais que promovam ambientes de trabalho seguros, colaborativos e eticamente sustentáveis.

A angústia moral no contexto do desenvolvimento profissional

Esta concetualização teórica sobre a angústia moral permitiu conhecer este fenómeno tão presente na Enfermagem e revelou-se

particularmente pertinente como reflexão em torno da situação por mim vivenciada. Enquanto Enfermeira reconheço o desenvolvimento profissional, com a concretização na integração no Mestrado em Enfermagem como um dever assente na Deontologia Profissional e um valor ético orientado para a melhoria contínua dos cuidados, assente num percurso contínuo da excelência do exercício. E simultaneamente um direito legalmente reconhecido, pelo Estatuto Trabalhador-Estudante, que se tem revelado uma experiência de angústia moral, traduzida na impossibilidade prática de compatibilizar horários resultantes de constrangimentos organizacionais, o que cria um desfasamento claro entre o que é eticamente exigível e o que é efetivamente permitido.

Esta divergência configura no meu espaço de reflexão uma situação de vivência de angústia moral:

- o profissional sabe qual seria a conduta moral adequada — investir no seu desenvolvimento académico e profissional;
- contudo, a estrutura organizacional impede a realização dessa ação, gerando um sentimento de impotência, frustração e sofrimento ético continuado.

O sofrimento moral na Enfermagem e em outros contextos de saúde reforçam que obstáculos institucionais repetidos estão na origem de desgaste emocional, aumento da intenção de saída e impacto negativo no exercício profissional (Alimoradi *et al.*, 2023; Salari *et al.*, 2022).

Recorrendo à minha vivência pessoal e profissional, saliento que já no passado teria

integrado no Mestrado em Enfermagem, mas por constrangimentos organizacionais e fatores individuais sobre os quais reflito, nomeadamente a intensidade do sofrimento moral me levou a não agir, e não dar continuidade à ação, ou seja, ter continuado o meu percurso de desenvolvimento profissional. Neste sentido, a angústia moral não deve ser entendida como uma incapacidade individual, mas como um sinal de alarme ético que revela falhas estruturais e a necessidade de reorganização institucional para permitir que os profissionais atuem em coerência com os valores e deveres da profissão, nomeadamente a excelência do exercício esplanada no Artigo 109.º da Deontologia Profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Coragem moral: a força ética de agir apesar do risco

Nunes & Amaral (2022) enunciam a coragem como virtude, sendo que “a virtude é o justo meio entre o excesso e o defeito, como, por exemplo a coragem representa o justo meio entre a temeridade e a cobardia”.

A coragem moral é a virtude que permite ao Enfermeiro enfrentar medos e resistências para agir em conformidade com princípios éticos fundamentais. Gallagher (2011) descreve esta coragem como a capacidade de defender o bem, mesmo quando tal ação implica expor injustiças ou contrariar a cultura dominante do serviço. A autora realça ainda que até os profissionais com elevada coragem moral poderão ter medo de a manifestar quando inseridos em ambientes punitivos ou defensivos.

A coragem moral tem sido reconhecida como uma componente essencial da prática de

Enfermagem, especialmente em situações que exigem decisões éticas complexas. Segundo Pajakoski et al. (2021), a coragem moral corresponde à força interior que permite ao Enfermeiro agir de acordo com princípios éticos e valores pessoais, mesmo quando isso implica assumir riscos ou enfrentar possíveis consequências negativas. Os autores identificam três dimensões centrais desse conceito: a definição e natureza da coragem moral, as características do Enfermeiro moralmente corajoso e as habilidades e ações que expressam tal coragem.

As evidências demonstram que Enfermeiros moralmente corajosos tendem a defender os direitos das Pessoas cuidadas, confrontar práticas inadequadas e manter a integridade ética mesmo diante de ambientes hierárquicos ou hostis. Pajakoski et al. (2021) também destacam que fatores como apoio organizacional, ambientes colaborativos, reflexão ética e formação continuada podem fortalecer a coragem moral, enquanto o medo, a insegurança e a rigidez hierárquica podem inibi-la. Assim, promover espaços de diálogo ético e fortalecer a cultura organizacional torna-se fundamental para que os Enfermeiros possam exercer plenamente essa competência indispensável ao cuidado de excelência.

No contexto da minha continuidade no Mestrado em Enfermagem, esta coragem traduz-se na reivindicação dos direitos previstos na lei, na defesa do dever de desenvolvimento profissional e na resistência ética ao desrespeito institucional. Requer não apenas convicção moral, mas também maturidade, assertividade e consciência da importância que a formação

continua tem para a qualidade dos cuidados e para a dignidade da Profissão.

Angústia e Coragem Moral: continuum ético no desenvolvimento profissional

A angústia moral e a coragem moral não são conceitos opostos, mas interligados. A angústia moral pode ser o gatilho que desperta a necessidade de coragem, que por sua vez, é frequentemente o único meio eficaz de interromper o ciclo de sofrimento moral.

Este dinamismo consegui o identificar particularmente quando o Enfermeiro é confrontado com decisões que envolvem direitos laborais, desenvolvimento acadêmico ou justiça organizacional, sendo que este contexto situacional não consegui encontrar na pesquisa que realizei abordagens acerca da angústia e coragem moral no âmbito do desenvolvimento profissional de Enfermagem, mas que me parecem serem necessários, pois poderão influenciar profundamente a prática clínica, o bem-estar profissional e a identidade ética do Enfermeiro.

O Código Deontológico do Enfermeiro estabelece de forma clara que o profissional tem o dever de manter e desenvolver continuamente as suas competências. A decisão de integrar o Mestrado em Enfermagem e dar continuidade no seu percurso, não é apenas motivada por ambições pessoais, corresponde a uma obrigação ética de assegurar cuidados de excelência, atualizados, cientificamente fundamentados e especializados.

No plano individual, esta decisão representa uma aposta no futuro, um investimento

exigente e simultaneamente uma expressão de compromisso para com a Profissão.

O Código do Trabalho (Lei n.º 7/2009) explicita que o trabalhador-estudante tem direito a: horário flexível; dispensas adequadas; reorganização de turnos e proteção contra penalizações. No entanto, a experiência vivenciada, na qual a aprovação do regime não se traduz numa flexibilidade efetiva, evidencia que o hiato entre norma e prática é eticamente problemático. Aqui surge a angústia moral: reconhecer um direito e dever, mas sentir-se impedida de o exercer.

Cada dia em que a conciliação entre os horários profissionais e académicos se revela impossível constitui uma situação de angústia moral. Pois sei que deveria poder frequentar as aulas e investir na minha formação, e percebo que a estrutura institucional impede ou desvaloriza esta aspiração. Tal conflito não é abstrato, manifesta-se como tensão emocional, frustração, sensação de desrespeito e, por vezes, desânimo. Esta angústia materializa exatamente o que Gallagher (2011) descreve ao afirmar que o sofrimento moral surge quando o profissional sabe o que é correto, mas é bloqueado por condições externas

A decisão de insistir na aplicação real do horário flexível, de requerer ajustamentos formais, de invocar o estatuto legalmente previsto e de defender o próprio percurso académico constitui um ato de coragem moral. Requer enfrentar pressões hierárquicas, resistir a críticas implícitas e sustentar a convicção de que o desenvolvimento profissional não é apenas um direito, mas um dever. É precisamente neste ponto que a teoria se encontra com a experiência

pessoal, reivindicar condições que permitam estudar é, simultaneamente, proteger o exercício ético da Enfermagem e afirmar a autonomia moral do profissional.

A reflexão sobre os conceitos de coragem moral e angústia moral revela que estes fenómenos são inseparáveis do modo como os profissionais vivem as suas condições de trabalho. A experiência pessoal de tentar conciliar o Mestrado com um horário supostamente flexível demonstra que a ética não se esgota nas grandes decisões, está igualmente presente nos processos organizacionais, administrativos e laborais que moldam a vida dos Enfermeiros.

O caso vivenciado ilustra como a falta de coerência entre os discursos institucionais e as práticas concretas podem gerar sofrimento moral. Quando o dever do aperfeiçoamento profissional, previsto tanto na lei como no Código Deontológico se torna difícil ou quase impossível devido a barreiras organizacionais, a angústia moral emerge como sinal de que algo não está eticamente alinhado.

Ao mesmo tempo, a coragem moral que se manifesta ao reivindicar direitos e ao exigir respeito pelos deveres éticos do Enfermeiro reforça a convicção de que a ética profissional não é apenas teoria, mas ação. Esta coragem não tem apenas impacto individual, contribui para a transformação das práticas, para o reforço da cultura institucional e para a valorização da Enfermagem enquanto profissão científica e moralmente orientada.

A reflexão realizada ao longo deste ensaio permitiu aprofundar o significado e a relevância dos conceitos de angústia moral e coragem moral, não apenas como construções teóricas, mas como

experiências vividas na prática da Enfermagem. A escolha deste tema foi motivada pela necessidade de compreender melhor a tensão entre o que é moralmente correto e o que, na realidade institucional, é possível concretizar. Uma tensão que se tornou particularmente evidente no meu próprio percurso enquanto Enfermeira que integrou o Mestrado em Enfermagem.

A coragem não é apenas uma virtude individual, mas uma afirmação da dignidade profissional e da importância da formação contínua como componente essencial da identidade do Enfermeiro. Concluo, portanto, que a reflexão sobre coragem moral e angústia moral não é apenas um exercício académico, é um instrumento de crescimento pessoal, profissional e ético. Permite compreender, enfrentar e transformar as condições que moldam o exercício da enfermagem. Acredito que este ensaio, ancorada tanto na literatura como na experiência vivida, reforça a importância de promover culturas organizacionais éticas, justas e verdadeiramente comprometidas com o desenvolvimento dos seus profissionais. E reforça, sobretudo, a convicção de que a Enfermagem é uma profissão que exige coragem, não apenas no cuidado ao outro, mas também na defesa dos próprios direitos, valores e percursos de crescimento.

Referências bibliográficas

- Ahmad, A. M., Bani-Issa, W., & Refaat, F. (2024). [Factors contributing to moral distress among intensive care nurses: A scoping review](#). *F1000Research*, 11, 1574.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9 (6), 636–650.

- Dalmolin, G. L., Lunardi, V. L., Barlem, E. L. D., & Silveira, R. S. (2012). [Implicações do sofrimento moral para os\(as\) enfermeiros\(as\) e aproximações com o burnout](#). *Texto & Contexto – Enfermagem*, 21(1), 200–208.
- Gallagher, A. (2011). [Moral distress and moral courage in everyday nursing practice](#). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2).
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice-Hall.
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. [Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros](#). Diário da República, 1.ª série, n.º 181.
- Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro ([Código do Trabalho](#), arts. 89.º–96.º Trabalhador-estudante).
- Morley, G., Field, R., Horsburgh, C. C., & Burchill, C. (2021). [Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature](#). *International Journal of Nursing Studies*, 121, 103984.
- Nunes, L. & Amaral, G. (2022). Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem: Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I (Vol. I – Ética). ESS-IPS. <http://hdl.handle.net/10400.26/41867>
- Pajakoski, E., Rannikko, S., Leino-Kilpi, H., & Numminen, O. (2021). [Moral courage in nursing: An integrative literature review](#). *Nursing & Health Sciences*, 23(3), 570–585.
- Ramos, F. R. S., Barth, P. O., Schneider, A. M. M., Cabral, A. S., & Reinaldo, J. da S. (2016). [Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: Revisão integrativa](#). *Cogitare Enfermagem*, 21(2), 01–13.
- Salari, N., Shohaimi, S., Khaledi-Paveh, B., Kazeminia, M., Bazrafshan, M.-R., & Mohammadi, M. (2022). [The severity of moral distress in nurses: A systematic review and meta-analysis](#). *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 17, 13.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and moral distress in the workplace. *Nursing Ethics*, 15(3), 304–315.
- Scott, M., Wade, R., Tucker, G., & Unsworth, J. (2023). Identifying Sources of Moral Distress Amongst Critical Care Staff During the Covid-19 Pandemic Using a Naturalistic Inquiry. *SAGE Open Nurs.* 2023 Apr 4;9:23779608231167814.