



Percursos

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

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

Armandina Antunes

Alice Ruivo

Joaquim Lopes

Paula Leal

Sérgio Deodato

Colaboradores Permanentes

Ana Paula Gato

Cândida Ferrito

Fernanda G. Costa

Lurdes Martins

Mariana Pereira

Colaboradores neste Número

Sérgio Deodato

Lara Butes

Dulce Galhanas

Miguel Rodrigues

Andreia Silva

João David Martins

Lucília Nunes

Ana Raquel Alves

Fernando Carreto

Sandra Freitas

Fernanda Costa,

Ana Ramos

Regras de Publicação:
Revista N.º 5, 2007

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt

antonio.freitas@ess.ips.pt

Supervisão de cuidados: uma estratégia curricular em enfermagem

Sérgio Deodato 3

Informar, quando? – análise de caso. Princípios éticos, normas deontológicas e do direito

Lara Butes, Dulce Galhanas, Miguel
Rodrigues, Andreia Silva, Sérgio Deodato 9

Interrupção Voluntária de Gravidez e sua análise ética: Um olhar de enfermagem e perspectiva masculina

João D. Martins, Lucília Nunes, Sérgio Deodato 20

A representação do papel do pai no aleitamento materno

Ana Raquel Alves, Fernando Carreto,
Sandra Freitas, Fernanda Costa, Ana Ramos 32



Editorial

Neste número da Percursos, os quatro artigos dizem respeito a trabalho desenvolvido em sede de diferentes unidades curriculares de Curso de Pós-Graduação de Enfermagem e do Curso de Licenciatura em Enfermagem, entendidos como relevantes para reflexão e disseminação.

O artigo **Supervisão de cuidados: uma estratégia curricular de Enfermagem** sintetiza a conceptualização realizada para a implementação da Unidade Curricular Supervisão de Cuidados, experimentada na Pós-Graduação de Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Urgência/Emergência, realizada no ano lectivo 2007/2008 na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. E além da diferenciação dos conceitos de Supervisão Pedagógica e Supervisão Clínica, da fundamentação dos objectivos e metodologia, são apresentados os resultados da avaliação feita pelos estudantes.

Informar, quando? – análise de caso. Princípios éticos, normas deontológicas e do direito, reporta-se a uma situação-problema da prática clínica num contexto de cuidados, pela dificuldade em saber quando notificar os pais da morte do filho, que se encontrava em cuidados paliativos no serviço de neonatologia. A resolução deste problema passa por uma análise e reflexão dos princípios éticos, deontológicos e jurídicos.

Interrupção Voluntária de Gravidez e sua análise ética: Um olhar de enfermagem e perspectiva masculina aporta ao início da vida humana, em concreto, a interrupção voluntária da gravidez, um dos temas bioéticos mais debatidos dos últimos anos. A interrupção voluntária da gravidez remete inevitavelmente para questões polémicas, como: “Quando começa a vida humana?”, “O embrião/feto tem direito à vida?” ou “Qual a perspectiva e posição masculina?”. O artigo apresenta as diferentes perspectivas, problematizando e expressando argumentação própria com uma reflexão devidamente fundamentada.

A representação do papel do pai no aleitamento materno parte da evidência que o aleitamento materno é bastante benéfico para a saúde e desenvolvimento dos lactentes sendo que, neste contexto, o maior enfoque é dado à mãe e bebé, passando o pai para um papel secundário. Assim, o artigo visa identificar de forma objectiva o papel do pai durante o aleitamento materno e as acções que o enfermeiro pode desenvolver de modo a promover uma maior inclusão do pai neste período.

2010 chegado ao final, que 2011 seja um ano profícuo e enriquecedor, em termos da disciplina, da profissão e da existência pessoal e profissional.

Boas leituras!

SUPERVISÃO DE CUIDADOS: UMA ESTRATÉGIA CURRICULAR EM ENFERMAGEM.

Sérgio Deodato¹

Resumo

A aprendizagem em ambiente de prestação de cuidados de Enfermagem, em ensino clínico ou em estágio, implica a continuidade de uma prática reflexiva, a par do desenvolvimento de competências. A Supervisão de Cuidados, enquanto Unidade Curricular destinada a realizar a reflexão sobre a aprendizagem clínica pelo estudante, pode desempenhar esta finalidade na formação pré ou pós-graduada de Enfermagem.

Este artigo sintetiza a conceptualização que fizemos para a implementação da Unidade Curricular Supervisão de Cuidados, experimentada na Pós-Graduação de Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Urgência /Emergência, realizada no ano lectivo 2007/2008 na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Partimos dos conceitos de Supervisão Pedagógica e Supervisão Clínica, para fundamentar os objectivos e a metodologia desta Unidade Curricular, que se manteve em ligação ao estágio realizado pelos estudantes.

Neste artigo trazemos também os resultados da avaliação feita pelos estudantes, elucidativos do papel desta Unidade Curricular na Pós-Graduação.

Palavras-chave

Supervisão de Cuidados; Supervisão Clínica; Unidade Curricular.

Abstract

Learning in a nursing care setting, in Clinical Learning, requires a constant reflexive practice as well as competence development. Supervision Nursing Care is a curricular unit that aims to reflect over the students' clinical learning on a Nursing graduation and postgraduate level.

This article aims to integrate the conceptualization we did on the completion of this course, Supervising Nursing Care, undertaken for the first time on the Nursing Medical-Chirurgical Post graduation, on the specialty track Urgency/Emergency, carried out in 2007/2008 at Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

We started out from Pedagogical Supervision and Clinical Supervision concepts, to base learning goals and methodologies of this course, which was linked to students' period of training. In this article we brought the students evaluation outcomes, enlightening the importance of this course in this Postgraduate Program.

Keywords

Supervision of Care; Clinical Supervision; Curricular Unit.

Olhar a Enfermagem, na dupla perspectiva de área do conhecimento e de profissão da saúde, levamos, indubitavelmente, a um mesmo objecto: o cuidado.

Considerada na sua dimensão científica ou filosófica, a Enfermagem tem como foco central, o cuidado humano. Por um lado, seguindo Nightingale ou Watson, ou interpretando os resultados que a investigação tem revelado, concluímos que o cuidado ao Outro constitui o objecto do conhecimento de Enfermagem. De outro modo, analisada enquanto profissão, a Enfermagem dirige-se às pessoas, promovendo e protegendo a vida, concretizando-se através do cuidado.

Tendo por base o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros² (REPE), o Código Deontológico³ ou enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros⁴, acabamos igualmente por concluir pelo cuidado, como objecto do exercício profissional do enfermeiro.

Assim, a formação em Enfermagem, independentemente do nível académico ou do contexto em que é realizada, tem o *cuidado* como essencial e nuclear em cada *curriculum*. Todavia, as

² Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro.

³ Incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril: artigos 78º-92º.

⁴ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos.** Lisboa, 2001.

¹ Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde. Responsável da Unidade Curricular "Supervisão de Cuidados" do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

abordagens metodológicas podem ser diversas, conforme o ambiente pedagógico em que se desenvolve.

A par de uma formação teórica adequada ao estágio de aprendizagem do estudante (mesmo que profissional), a supervisão clínica em ambiente de ensino clínico ou estágio, constitui uma abordagem pedagógica comum na formação de enfermeiros. De outro modo, fora do ambiente clínico de aprendizagem, é também possível a adopção de abordagens semelhantes que concorram para o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de Enfermagem.

A *Supervisão de Cuidados*, enquanto Unidade Curricular de um curso de formação em Enfermagem, dirigida ao acompanhamento do estudante no desenrolar da sua experiência de aprendizagem clínica, revela-se como uma destas abordagens.

A denominação *Supervisão de Cuidados*, encerra, ela própria um conceito. Trata-se, em boa verdade, da junção de dois conceitos – *supervisão* e *cuidados* – na construção de uma expressão que pode ser considerada num determinado sentido interpretativo. De facto, *supervisão*, nas diversas acepções conhecidas, é tida como a concretização de orientações com vista a um determinado fim, assim como o desenvolvimento de uma prática reflexiva⁵. Sobre o conceito de cuidado, dispensamos aqui uma análise mais profunda, realçando, todavia, que nos interessa nesta sede, a sua dimensão de acto profissional do enfermeiro.

De todo o modo, na afirmação desta expressão como entidade própria, importa-nos, fundamentar a *Supervisão de Cuidados*, enquanto Unidade Curricular da formação em Enfermagem, em conceitos sedimentados.

Consideramos assim, que a *Supervisão Pedagógica*, entendida como um processo de orientação no sentido do desenvolvimento humano e profissional do orientado, como o referem Isabel

⁵ O estudo realizado por Soares e Sequeira (<http://www.esev.ipv.pt/cn/Actas/artigo45.htm>) demonstra que a supervisão pedagógica, permitiu o desenvolvimento de um novo entendimento do conceito de supervisão, pelos participantes submetidos a intervenção formativa nesse sentido.

Alarcão e José Tavares⁶, ou, como uma estratégia que “procura dar sentido ao vivido e ao conhecido compreendendo melhor para melhor agir”⁷, constitui um conceito essencial para esta fundamentação. Encontramos assim na *Supervisão Pedagógica*, um conceito essencial para esta fundamentação.

De facto, na clarificação deste conceito, encontramos a sua definição como, uma “Estratégia de formação reflexiva”⁸, que se adequa ao nosso propósito. Ou seja, se considerarmos que a essência deste conceito reside na promoção da reflexão ao longo de um processo de aprendizagem, podemos transferi-lo para um percurso formativo no âmbito da relação de cuidado. De resto, são os próprios autores da *Supervisão Pedagógica*, que prevêem a possibilidade de “transferência para outros campos profissionais”⁹.

No âmago do conceito situa-se esta ideia de acompanhamento, por um perito, de um processo de desenvolvimento de competências, que podem ser pedagógicas ou de cuidado. Deste modo, transportamos para a formação em Enfermagem, o conceito de *Supervisão Pedagógica*, considerando a similitude do objectivo de desenvolvimento.

Mais próximo da formação de enfermeiros, situa-se o conceito de *Supervisão Clínica*.

Em Portugal, o conceito foi trabalhado por Wilson de Abreu¹⁰, verificando-se a sua ligação ao processo de ensino-aprendizagem de Enfermagem, nomeadamente em ambientes de ensino clínico.

⁶ Em ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. 2ªed. Coimbra: Edições Almedina, 2003. 166 p. ISBN 978-972-40-1852-2. p. 16

⁷ CASEIRO, Maria dos Anjos Cohen - http://dre.madeira-edu.pt/dmdocuments/supervisao_pedagogica.pdf

⁸ Soares e Sequeira – A Supervisão como Estratégia de Formação Reflexiva no Contexto da Formação de Professores. <http://www.esev.ipv.pt/cn/Actas/artigo45.htm>

⁹ Como consideram ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. 2ªed. Coimbra: Edições Almedina, 2003. 166 p. ISBN 978-972-40-1852-2. p. 16

¹⁰ Nas obras: ABREU, Wilson Correia de – **Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias Para a Excelência em Saúde?** Coimbra: Formasau, 2003. 70p. ISBN 972-8485-35-2 e ABREU, Wilson Correia de – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico**. Coimbra: Formasau, 2007. 295p. ISBN 978-972-8485-87-0

Wilson de Abreu considera a *Supervisão Clínica* como um processo que tem como objectivo a “apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais)”¹¹, pelo estudante e pelo supervisor, no sentido da reflexão sobre as decisões tomadas e os actos praticados. É com este sentido que pretendemos utilizar este conceito, na fundamentação para a *Supervisão de Cuidados*.

O cuidado em Enfermagem, materializa-se em actos (ou omissões) que resultam de decisões com fundamentos de diversa natureza. Quer na procura dos princípios científicos ou das normas técnicas que justifiquem as opções, quer na identificação dos fundamentos éticos, deontológicos ou jurídicos que legitimam as escolhas, a reflexão sobre o realizado, revela-se essencial.

Se considerarmos que, em processo de aprendizagem, esta reflexão está na base do desenvolvimento, porquanto permite identificar e significar os resultados positivos e as dificuldades encontradas, somos levados a concluir que a supervisão contribuirá fortemente para este fim. A ajuda na identificação dos problemas encontrados e na análise sobre os processos de resolução utilizados, permite a revisão das decisões tomadas e dos actos materializados, possibilitando a clarificação de conteúdo e metodológica¹².

Assim, ancorados nesta fundamentação, consideramos a *Supervisão de Cuidados*, como uma Unidade Curricular destinada ao apoio à reflexão sobre o processo de aprendizagem, enquadrada no paradigma construtivista.

Pretende-se, essencialmente, a orientação na tomada de decisão, conducente aos cuidados de Enfermagem, em resultado da auto-reflexão sobre o vivido, com supervisão externa.

Para tal, uma metodologia baseada na resolução de problemas é aquela que se adequa aos objectivos

pretendidos. De resto, a utilização da supervisão para o acompanhamento na resolução de problemas é também considerada na *Supervisão Pedagógica*¹³.

Foi com este suporte científico que partimos para a construção de uma Unidade Curricular de *Supervisão de Cuidados*, destinada aos estudantes de uma Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Urgência/Emergência, que decorreu na Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no ano lectivo 2007/2008. Seguimos os objectivos da *Supervisão Pedagógica* e da *Supervisão Clínica*, adaptando-o a metodologia à especificidade do acompanhamento dos estudantes, através de sessões em grupo, após as vivências de prestação de cuidados em contexto clínico.

Assim, através da orientação em pequeno grupo (5 estudantes), o docente responsável pela supervisão, conduziu a reflexão seguindo as fases do Processo de Enfermagem.

Através da identificação de situações vividas em contexto de prestação de cuidados, foi possível fazer a discussão em grupo, no sentido da delimitação dos diagnósticos de Enfermagem.

Após esta identificação formularam-se os resultados esperados, comparando com o verificado efectivamente na situação real. As intervenções necessárias à resolução dos problemas identificados, foram igualmente discutidas em grupo, equacionando mais uma vez entre o agora planeado e os cuidados que foram efectivamente prestados.

Por fim discutiu-se a avaliação sobre os resultados alcançados, enunciando, sempre que necessário, novos critérios que podem ser utilizados em situações semelhantes. Desta forma, com esta metodologia, cumpriu-se o objectivo de reflectir sobre os cuidados prestados, resultando a supervisão, na orientação para situações futuras.

¹¹ ABREU, Wilson Correia de – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico**. Coimbra: Formasau, 2007. 295p. ISBN 978-972-8485-87-0, p. 194

¹² Como podemos verificar nas conclusões do estudo realizado por Soares e Sequeira, disponível em <http://www.esev.ipv.pt/cn/Actas/artigo45.htm>.

¹³ Como abordam Alarcão e Tavares em ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. 2ªed. Coimbra: Edições Almedina, 2003. 166 p. ISBN 978-972-40-1852-2. p. 27

A procura dos fundamentos para a tomada de decisão pelo estudante, contou, não apenas com os conhecimentos e a experiência do docente, mas também com as vivências e os conhecimentos dos restantes estudantes do grupo. Isto permitiu, não apenas a partilha de saberes e experiências, mas também a procura de consensos na aplicação dos princípios científicos e éticos, às situações concretas. Assim, pretendeu-se que o estudante desenvolvesse competências, no domínio da tomada de decisão em Enfermagem, no que concerne à formulação diagnóstica e de planeamento, bem como no domínio da avaliação dos resultados obtidos. Igualmente, pretendeu-se que o estudante desenvolvesse o raciocínio crítico e competências de auto-reflexão sobre o seu processo de aprendizagem.

A avaliação feita pelos estudantes e pelos docentes participantes, no final da Unidade Curricular e da Pós-Graduação, revelou que o objectivo de concretizar a ligação entre a prestação de cuidados em estágio e a prática reflexiva, foi conseguido, sendo consensual a mais-valia que esta Unidade Curricular conferiu ao processo de ensino-aprendizagem.

De facto, a avaliação realizada pelos estudantes, revelou que 71% considerou-a globalmente *muito boa*, enquanto que 29% a considerou *boa*, não havendo respostas de *razoável* ou *insuficiente*. Neste sentido, 7 estudantes (33,3%) propuseram em questão aberta do questionário de avaliação, que esta Unidade Curricular fosse alargada aos dois semestres da Pós-Graduação, em vez de preencher apenas um, como de resto, surgiu da proposta unânime na avaliação feita em plenário com toda a turma.

No que se refere à avaliação da relação entre esta Unidade Curricular (UC) e cada um dos resultados globais da Pós-Graduação, verificamos que 90 % considerou a UC esteve *totalmente relacionada* com o resultado de *identificação de recursos pessoais e de ajuste das necessidades de formação ao projecto pessoal/profissional*, havendo uma percentagem de 5 % que considerou *muito relacionado* e igualmente 5 % que considerou *pouco relacionado*.

A avaliação da relação entre a UC e o resultado *desenvolvimento autónomo das competências ao longo da vida, em complemento às adquiridas*, revela que 90 % dos estudantes considerou *totalmente relacionado*. Quanto ao resultado *selecção de meios e estratégias mais adequados à resolução de determinado problema*, verifica-se que 90 % dos respondentes considerou *totalmente relacionado*.

Relativamente ao resultado *tomar decisões e formular raciocínios conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos*, constata-se que, igualmente 90 % dos estudantes, considerou *totalmente relacionado*.

Quanto ao resultado *compreender conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com a ciência de Enfermagem e suas aplicações nos diferentes campos de intervenção*, verifica-se que 80 % considerou *totalmente relacionado*, enquanto que os restantes 20 %, considera *muito relacionado*. Relativamente ao resultado *analisar, conceber e implementar resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas*, a avaliação revela que 80 % dos estudantes consideraram a UC *totalmente relacionada*, 15 % considerou *muito relacionado* e 5 % *não relacionado*.

A UC foi avaliada como estando *totalmente relacionada* com o resultado *capacidade de integração em equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva*, por 90 % dos estudantes. Quanto à *capacidade de diagnosticar, planear, intervir, e avaliar na formação dos pares e colaboradores*, a UC foi avaliada por 90 % dos estudantes como *totalmente relacionada*.

Por fim, relativamente ao resultado de *evidência de competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem*, verifica-se que 80 % considerou *totalmente relacionado* e 20 % *muito relacionado*.

Constatamos assim, que a avaliação feitas pelos estudantes, quanto à relação da Unidade Curricular com os resultados gerais da Pós-Graduação, foi francamente positiva, considerando nomeadamente

que o trabalho desenvolvido concorreu fortemente para os resultados atingidos.

Consideramos que a *Supervisão de Cuidados*, em ligação à aprendizagem em ambiente clínico, pode desempenhar um papel complementar no desenvolvimento de competências do estudante. Permitindo a reflexão e a discussão em pequeno grupo, favorece a análise sobre o vivido, ao mesmo tempo que possibilita a mobilização de conhecimentos, constituindo assim uma experiência formativa significativa.

Num tempo de planeamento pela Ordem dos Enfermeiros, da implementação do Modelo de Desenvolvimento Profissional do enfermeiro, cujos fundamentos e princípios estruturantes se encontram definidos¹⁴, vemos a *Supervisão de Cuidados*, como uma estratégia possível de acompanhamento de competências clínicas, pelo enfermeiro em formação. Um espaço de reflexão sobre as decisões tomadas e os actos praticados ou omitidos, a par da supervisão clínica de acompanhamento contínuo, contribuirá certamente para o desenvolvimento de competências pretendido.

Tomando o cuidado como ponto de partida do conhecimento delimitado, ou como acto suportado em decisão fundamentada, a *Supervisão de Cuidados*, permite o convívio dialéctico destas duas dimensões, criando condições para a auto-regulação do processo de aprendizagem pelo formando. Desta forma, revela-se como uma estratégia de formação em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia de – *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias Para a Excelência em Saúde?* Coimbra: Formasau, 2003. 70p. ISBN 972-8485-35-2
- ABREU, Wilson Correia de – *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico.* Coimbra: Formasau, 2007. 295p. ISBN 978-972-8485-87-0

ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José – *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem.* 2ªed. Coimbra: Edições Almedina, 2003. 166 p. ISBN 978-972-40-1852-2

CASEIRO, Maria dos Anjos Cohen – *Supervisão Pedagógica.* (Em linha). Funchal, 2007. (Consult. 21.Março.2008) Disponível em: http://dre.madeira-edu.pt/dmdocuments/supervisao_pedagogica.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa, 2001.

SOARES, Ana Isabel; SEQUEIRA, Manuel – *A Supervisão Como Estratégia de Formação Reflexiva no Contexto da Formação Inicial de Professores.* (Em linha) (Consult. 20 Março.2008) Disponível em: <http://www.esev.ipv.pt/cn/Actas/artigo45.htm>

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril (Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que inclui o Código Deontológico do Enfermeiro), alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro



¹⁴ Analisados em detalhe no Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros Nº 26 (Junho.2007). ISSN 1646-2629

INFORMAR, QUANDO?

– ANÁLISE DE CASO

PRINCÍPIOS ÉTICOS, NORMAS DEONTOLÓGICAS E DO DIREITO

NOTIFY, WHEN? - CASE ANALYSIS: MORAL, ETHICAL AND LEGAL PRINCIPLES

BUTES, Lara¹⁵; GALHANAS, Dulce; RODRIGUES, Miguel, SILVA, Andreia; DEODATO, Sérgio¹⁶

Resumo

O artigo reporta-se a uma situação vivenciada em contexto de ensino clínico, que se demonstrou um dilema ético, devido à dificuldade sentida pelos profissionais na resolução de um problema. O problema em questão surge pela dificuldade em saber quando notificar os pais da morte do filho, que se encontrava em cuidados paliativos no serviço de neonatologia. A resolução deste problema passa por uma análise e reflexão dos princípios éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de encontrar uma prática em que os cuidados prestados dignifiquem o cliente e família e, conseqüentemente, suportar o desenvolvimento de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Palavras-Chave

Deontologia do enfermeiro; Ética; Normas jurídicas; Enfermagem.

ABSTRACT

The article refers to a situation experienced in the context of clinical education, which demonstrated itself as an ethical dilemma, due to the difficulty felt by professionals in solving a problem. The problem in question emerges from the difficulty in knowing when

to notify parents about their son's death, who was receiving palliative care, at the neonatology service. Addressing this problem requires an analysis and reflection of ethical, deontological and legal principles, in order to find a practice which dignify the customer care and family and, therefore, support the development of skills of general nurse.

Key Words: Nursing deontology; Ethics; Legal policys; Nursing.

INTRODUÇÃO

Na profissão de Enfermagem O presente artigo constitui um trabalho académico como elemento de avaliação da Unidade Curricular de Deontologia Profissional II. Foi-nos proposta a análise deontológica de um caso vivido ou narrado, em contexto de Experiência Clínica, pelo que, neste sentido, surge o presente documento com o intuito de relacionar as questões éticas, deontológicas e jurídicas com o processo de tomada de decisão em Enfermagem.

A tomada de decisão em enfermagem é um aspecto fulcral para a prestação de cuidados, isto porque é uma profissão referida pela Classificação Nacional de Profissões, como uma profissão pertencente ao grupo das profissões Intelectuais e Científicas¹⁷, isto é, que implica ser pensada e fundamentada.

Prestar cuidados de Enfermagem a alguém, implica sempre lidar com escalas de valores que se assumem como referências para a forma de estar e de viver, na relação com o Mundo e com os Outros. Nesse sentido, a tomada de decisão avoca-se de grande importância no lugar que ocupa no processo de cuidados, que afere não só o ajudar os saudáveis a manter a saúde, os doentes a recuperar a saúde, os que não podem ser curados a maximizar os seus potenciais e ainda os que estão a morrer a viver tão plenamente quanto possível até à sua morte.

A tomada de decisão caracteriza-se, desta forma, como um processo cognitivo complexo que é

¹⁵ Estudantes da Unidade Curricular Deontologia Profissional II do 8º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (4º Ano, 1º Semestre, Ano Lectivo 2010-2011) – Lara Butes, Dulce Galhanas, Miguel Rodrigues e Andreia Silva.

¹⁶ Responsável da UC de Deontologias Profissionais II, 7º semestre do CLE.

¹⁷ <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/CAP2.pdf>

necessário perante a evidência de se ter de resolver problemas, baseando-se quase sempre na escolha entre várias alternativas. Assim, enfatiza a qualidade da assistência de Enfermagem como um direito da pessoa e um dever moral do profissional de saúde através do suporte não só de valores éticos como “justiça, respeito, honestidade, veracidade, sigilo e beneficência”, mas também segundo os valores da profissão de Enfermagem.

Com a realização deste trabalho, pretende-se cumprir os seguintes objectivos: Aprofundar o Código Deontológico do Enfermeiro; Promover a aprendizagem do processo de decisão para o Cuidado em Enfermagem, desenvolvendo a prática reflexiva; Analisar problemáticas específicas à luz dos princípios éticos, normas deontológicas e do direito; compreendendo a sua importância na profissão de Enfermagem; Ter presente o saber teórico que possa servir de veículo para uma futura abordagem mais direccionada para a prática profissional.

O artigo encontra-se sequencialmente dividido em 5 partes. Inicialmente, encontra-se a apresentação do caso, seguindo-se a análise ética, com referência à tomada de decisão clínica com enfoque no processo de enfermagem, análise deontológica com base no código deontológico do enfermeiro e, por fim, análise jurídica. A conclusão na qual constará uma referência ao cumprimento dos objectivos do trabalho, bem como as dificuldades e ganhos relacionados com a sua realização, integra a última parte.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Num contexto de neonatologia, um recém-nascido encontrava-se em cuidados paliativos desde o seu primeiro dia, por motivo de asfixia, que o deixou com sequelas irreversíveis, sem possibilidade de recuperação. A família foi informada do sucedido, estando consciente do prognóstico da criança.

A criança faleceu com 1 mês de idade, por volta das 5h da manhã. O dilema que se colocou assentou na dúvida: Informar os pais àquela hora, ou esperar pela manhã?

A instituição hospitalar em questão tinha protocolos para este tipo de situação em serviços de adultos, no entanto, em parte alguma se referia a crianças, pelo que se notaram opiniões contraditórias entre médico e enfermeira. O médico era da opinião em que se telefonava aos pais apenas de manhã, tendo em conta os fundamentos de dar más notícias, enquanto a enfermeira entendia que se devia contactar os pais àquela hora, pois já lhe tinha ocorrido situação idêntica onde optou por telefonar de manhã, situação que não correu de forma esperada pela reacção negativa por parte dos pais. Em jeito de conclusão, médico e enfermeira dirigiram-se à pediatria e às urgências solicitando conselhos a outros profissionais de saúde. O grupo desconhece o desfecho da situação.

PERSPECTIVA ÉTICA

Na profissão de Enfermagem, as intervenções realizadas afectam significativamente aspectos da vida do Outro, pelo que os Enfermeiros devem ter conhecimentos sobre aspectos éticos na prestação de cuidados. Surge, nesse sentido, a tomada de decisão ética que relaciona valores, princípios, escolhas e acções (OPPERMAN e CASSANDRA, 1998:11-12).

Segundo Alfaro-Lefevre (1996) citado por Queirós (2001:52), estamos perante um dilema ético quando, por diversas razões, surge uma situação onde a opção a escolher é extremamente difícil. Nestas condições tomar a decisão consiste em escolher a melhor alternativa de acordo com um conjunto de critérios previamente estabelecidos, com base em diversas informações e com o propósito de atingir um objectivo (NUNES, 2009:98).

Este processo de tomada de decisão é um método de resolução de problemas, com ênfase em “fazer o que está certo” e reconhecer a importância de valores e princípios quando se considera “a medida certa a tomar”. Este é composto pelas seguintes fases: Identificar o problema; Reunir informação relevante; Identificar as pessoas envolvidas; Identificar os diferentes campos de acção; Estabelecer prioridades; Decidir qual a medida certa a tomar; Agir de acordo

com a decisão escolhida (Adaptado de OPPERMAN e CASSANDRA, 1998:12).

Quando nos reportamos para um contexto de saúde, um aspecto essencial para a tomada de decisão é a interdisciplinaridade, uma vez que directamente ligados a uma pessoa, os dilemas éticos subjacentes devem ser analisados e resolvidos em equipa.

Fazendo um elo de ligação do processo de tomada de decisão, também os profissionais de Enfermagem recorrem a um instrumento de resolução de problemas, nomeadamente, o Processo de Enfermagem.

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem revela-se fundamental *“pois integra e organiza o trabalho da equipa de Enfermagem diminuindo a fragmentação dos cuidados, garante a continuidade dos mesmos, permite avaliar a sua eficácia ou modificá-los de acordo com os resultados na recuperação do cliente e serve de fundamentação permanente para a educação, pesquisa e gerenciamento em Enfermagem”* (BARRA e SASSO, [s.d.]).

À semelhança das fases do processo de tomada de decisão acima referidas, a avaliação inicial de Enfermagem consiste na apreciação geral do estado físico e emocional da pessoa e, conseqüentemente, na qualidade de vida da mesma, através da reunião de informação relevante que irá permitir posteriormente proceder à identificação do problema (PHIPPS *et al.*, 2003). Nesta fase, os Enfermeiros devem recorrer a um instrumento básico da profissão designado de *entrevista* para promover a expressão de sentimentos acerca do significado de doença e de morte e estabelecer uma relação empática com a pessoa/família (OTTO, 2000).

Ainda de encontro à avaliação inicial realizada no âmbito do processo de enfermagem, esta inclui a identificação dos sentimentos e crenças, influência cultural e social, estilos e estratégias de *coping*. Particularizando para o caso, os Enfermeiros, ao identificarem a situação do recém-nascido e reconhecendo simultaneamente que os pais vivenciam

uma reacção de luto, têm o dever de assumir um papel de suporte de modo a prevenir a instalação de um luto patológico, que é sempre possível de existir em casos de morte, proporcionando, por exemplo, encontros semanais com os pais do Recém-nascido, de modo a ir de encontro às suas necessidades (TAMEZ e SILVA, 2002:172). No nosso caso específico, a vivência do processo de luto está integrada nas acções paliativas de enfermagem, dando-se grande importância ao *“momento presente”*, e a *“permanecer em cada momento em presença verdadeira”* (ALMEIDA, 2007:110).

Em suma, compete ao Enfermeiro avaliar o funcionamento da família e compreender a forma como está a lidar com a situação, uma vez que o suporte à família é uma das mais importantes e fundamentais intervenções de enfermagem, definindo-se como sendo: *“(...) o conjunto de intervenções do enfermeiro que visam levar apoio emotivo aos próximos da pessoa doente, ajudá-los a atravessar este momento penoso, compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente”* (PHANEUF, 2005: 417).

Nesta ordem de ideias, Tamez e Silva (2002:29,30) referem que ao integramos os pais nos cuidados ao recém-nascido, permitimos a diminuição da dor e aceitação mais rápida da situação por parte destes. Desta forma os pais devem actuar em parceria com os profissionais de saúde, em qualquer situação da vida dos seus filhos, sendo que a presença de uma doença grave reforça essa condição do ponto de vista ético e bioético (SOUSA e SILVA, 2009:337). Assim, nos serviços de neonatologia, os profissionais devem ser flexíveis no horário de visitas, proporcionando esse direito aos pais (TAMEZ e SILVA, 2002:172).

Tendo já conhecimento sobre os dados objectivos e subjectivos colhidos durante a avaliação inicial, procede-se à realização de Diagnósticos de Enfermagem. Direcção para o caso, deveria ser feito um acompanhamento aos pais do recém-nascido, no sentido de prever sinais e sintomas que pronunciam diagnósticos como **Coping Ineficaz, Medo, Culpa, Crise Familiar e Luto Familiar Actuais**.

Deste modo, a presença dos pais no Serviço de Neonatologia revela-se pertinente e essencial para suporte aos mesmos, resultando de uma aceitação da perda de forma menos traumática e contribuindo para a promoção do conhecimento da situação da criança e da sua evolução clínica. Uma maior compreensão do prognóstico por parte dos pais pode ainda alterar os objectivos do tratamento, bem como as expectativas, e pode direccionar para um cuidado mais eficaz (GIBBON, 1988:22, MOREIRA, 2004:90).

Contudo, a participação nos cuidados e a permanência dos pais junto da criança no momento da morte, constituem factores que poderão influenciar o grau de satisfação dos cuidados prestados e interferir na resposta ao sofrimento/dor (MOREIRA, 2004:96).

Neste sentido, importa fazer um elo de ligação com o nosso caso, referindo que, de acordo com estes dados, os pais deveriam permanecer junto da criança de modo a estarem presentes no momento da morte ou, tendo em linha de conta esta impossibilidade durante a noite, deveriam ser contactos imediatamente.

Esta afirmação é apoiada em estudos anteriormente realizados, que referenciam que 63% dos pais inquiridos, que não estiveram presentes no momento da morte mais tarde desejariam ter estado, pelo que torna de extrema importância compreender a vontade dos pais em estarem presentes (MOREIRA, 2004:91). Esta afirmação remete-nos para outro dado relevante, isto é, a *“importância em compreender a vontade dos pais”*. A compreensão passa por questioná-los, uma vez que lhes é restringido a possibilidade de permanecerem junto do filho durante a noite, sobre a vontade de serem contactados em caso de morte do seu filho, isto é, *“durante o processo de luto a equipa multidisciplinar deve preparar os pais da morte inevitável do filho, que significa incentivá-los a estar presentes, se assim o desejarem, e falar com os mesmos sobre aspectos relacionados com o pós-morte, como por exemplo, o funeral”* (MORGADO, 2000, cit por MOREIRA, 2004:90).

Deste modo, constitui uma competência do enfermeiro em cuidados neonatais, no momento da morte, questionarem os pais se querem ver, tocar ou segurar

o filho. O corpo do Recém-nascido deve também ser preparado com respeito de modo a dignificar o corpo, e para que esteja mais apresentável quando os pais chegarem ao serviço (TAMEZ e SILVA, 2002:178). Segundo Moreira (2004:96) é ainda fundamental a criação de uma real e adequada rede de suporte social e familiar durante a acção paliativa e após a morte. Nesta rede deve ser incluída a família, amigos, médicos, enfermeiras, psicólogos /psiquiatras, conhecidos, e suporte religioso. Contudo, apesar das afirmações anteriormente mencionadas que evidenciam as intervenções a desempenhar pelos enfermeiros, a situação em si invoca outras questões sugestivas de divergências por parte dos profissionais, que poderão ser discutidas à luz dos princípios éticos.

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

Quando reportamos a ética para o âmbito de enfermagem, e referenciamos a ética de enfermagem, traduz um pensar no agir de ser enfermeiro (NUNES, 2004:4).

Posto isto, quando falamos de ética é de extrema importância referenciar o artigo 8º do capítulo IV do REPE, onde define que os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos. Do mesmo modo, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (11/CNECV/95) afirma que existem aspectos éticos nos cuidados de saúde prestados no final de vida, os quais devem ser tidos em conta pelos enfermeiros. Neste sentido, existe uma ligação estreita entre a tomada de decisão clínica e decisão ética, sendo neste âmbito relevante descrever os fundamentos éticos subjacentes ao processo de tomada de decisão, face ao caso apresentado.

Sendo assim, de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança, que zela pela protecção das crianças vulneráveis e apresenta recomendações face aos seus direitos, o recém-nascido possui necessidade de uma protecção e cuidados especiais pela sua falta de maturidade física e intelectual (BISCAIA, 2006:294).

Renaud (2005:405) e Biscaia (2006:294) afirmam que o conceito de vulnerabilidade, conjuntamente com o conceito de fragilidade, pertence à condição humana, sendo características que abrangem a existência de cada ser humano na sua individualidade. Neste sentido, a vulnerabilidade da criança surge uma vez que esta se encontra dependente dos pais, dos serviços de saúde, de um contexto social e económico (SERRÃO, 2010:193).

Almeida (2006:292), refere que aquando a criança internada, existem leis que apoiam que os pais devem estar presentes durante o internamento dos filhos, contudo, pelo facto de os serviços não conseguirem dar resposta a todas as suas necessidades agravam a vulnerabilidade da criança internada, levando a um sentimento de angústia da separação, sentimento este mais visível durante o período nocturno, manifestado por vários períodos de choro (JORGE, 2004:211).

Por outro lado, a ligação entre recém-nascido e os pais desenvolve-se desde a gravidez, sendo que o contacto entre a tríade é fundamental para o processo de vinculação. Neste âmbito, a possível separação entre o recém-nascido e os pais pode causar efeitos transitórios ou sequelas definitivas na criança, independentemente da sua idade. No âmbito dos cuidados de saúde, a participação e presença dos pais junto da criança revela-se essencial, uma vez que os reconhece pelo tacto, audição e olfacto podendo proporcionar calma (TAMEZ e SILVA, 2002:28).

Neste sentido, o grupo considera que no caso apresentado, tendo presente o conceito de vulnerabilidade da criança e todos os pressupostos inerentes a este anteriormente enunciados, as condições do próprio serviço revelam-se a condicionante principal neste processo. O Hospital para contrariar este efeito, deveria apresentar as condições necessárias para que os pais pudessem permanecer as 24 horas junto das crianças, se assim o desejarem.

Nesta linha de pensamento, torna-se extremamente relevante interligar o processo de tomada de decisão nos cuidados de saúde com o modelo principalista que configura os princípios éticos subjacentes a esses

cuidados, isto é, a beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia.

O princípio da beneficência parte do pressuposto de as acções a tomar terem como finalidade o bem-estar da pessoa, relacionando-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005:90), onde se enquadra a melhoria do processo de morrer (MAIA, 2000:1), surgindo o princípio da não-maleficência directamente associado, que assenta no princípio de não fazer o mal (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005:91).

Tendo em conta o caso debatido ao longo do presente trabalho, estes princípios estão direccionados para os pais do recém-nascido, tendo em conta o princípio da vulnerabilidade que se lhe aplica, e neste sentido, devemos agir no sentido de ajudar os pais a atingirem o que é para seu benefício em oposição ao que lhes causa dano, partindo do pressuposto de que estas acções irão de encontro ao que é benéfico para o próprio recém-nascido.

Contudo, são estas situações de dilema ético, onde muitas vezes na tomada de decisão relativa a crianças se perde o conceito de “o seu bem” para o conceito de o “bem de quem as representa” (ALMEIDA, 2006:292).

Posto isto, assegurando-se que estes princípios implicam uma acção limitadora da liberdade do outro e uma ponderação complexa dos riscos e benefícios, e reconhecendo que esta ponderação dependerá dos valores e interesses das pessoas implicadas, surge o princípio da autonomia, que consagra o respeito à liberdade de escolha e acção (MAIA, 2000:1).

De acordo com este princípio, a primeira informação a reunir seria a expressão de vontade ou a autonomia do cliente, sem prejuízo dos seus limites (LOUREIRO, 2008:63). Neste sentido, Nunes, Amaral e Gonçalves (2005:91), referem que a informação deverá anteceder as escolhas, para que estas possam ser livres e esclarecidas e para que subsequentemente se devam respeitar estas mesmas decisões. Posto isto, e fazendo a ponte para o nosso caso, o princípio da autonomia vem, num dada óptica, contrapor o referido anteriormente, uma vez que, apesar de dados que apoiam a transmissão da notícia da morte no seu

momento, simultaneamente à importância dos pais permanecerem junto do filho em regime de internamento, isto só será realizado caso vá de encontro à escolha dos próprios pais, tal como definido por Moreira (2004:91) "*importa compreender (perguntando até) se os pais desejam estar presentes no momento da morte da criança, respeitando a escolha dos mesmos, seja ela qual for*". Contudo, afirma uma vez mais a necessidade de o enfermeiro actuar no sentido de esclarecer os pais sobre todos os factores inerentes ao filho, incidindo em aspectos decorrentes do próprio processo de morrer.

O facto de o filho se encontrar em cuidados paliativos desde o nascimento, é um factor importante de destacar visto que no espaço decorrente do nascimento até à morte, cabe aos enfermeiros reunir com a família, preparando-a para esta, questionando sobre os seus medos e desejos e, de encontro a estes, elaborar as intervenções mais adequadas. Destaque neste âmbito, uma vez mais, para o facto de nas unidades de cuidados neonatais, o acompanhamento e suporte aos pais e família se imporem como um imperativo, sendo que a aceitação da perda de uma forma menos traumática é factor dependente da qualidade desse acompanhamento. (SOUSA e SILVA, 2009:336)

Por fim, surge o princípio da justiça, o qual parte do pressuposto de que os cuidados prestados à pessoa devem ser equitativos e justos (MAIA, 2000:1), isto é, situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005:91). Este princípio da justiça, relaciona-se com o facto de a enfermeira afirmar a vivência de um caso semelhante com o decorrente. Consideramos que perante esta situação a enfermeira teria um ponto de partida para o seu processo de tomada de decisão, uma vez que poderia identificar os pontos comuns e divergentes dos pais em questão, e da situação do próprio filho, simultaneamente às suas reacções, e ter adoptado medidas consoante esses factores.

Após a apresentação da análise na perspectiva ética, segue-se a aplicação das normas deontológicas ao caso.

PERSPECTIVA DEONTOLÓGICA

O Código Deontológico do Enfermeiro surge como um pilar essencial para a prática dos enfermeiros portugueses, retratando um conjunto de regras com a preocupação da correcção da acção, apresentando indicações práticas e precisas de um modo imperativo, estabelecidas pelos próprios profissionais, depois de reflexão sobre a prática e tendo como base o que favorece e prejudica a profissão (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005:7)

Deste modo, a deontologia proporciona orientações para julgar a acção profissional, não podendo o caso ser discutido sem base nas directrizes do Código Deontológico do Enfermeiro. Para tal, o grupo propõe-se a discutir o caso ressaltando alguns artigos do código que considera directamente relacionados com a problemática em questão.

ARTIGO 78.º - 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 a liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça.*

A dignidade humana surge imperiosamente associada a todas as decisões e intervenções da qual está implicada o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os próprios planos da vida, isto é, a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afecta a vida de cada um (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005:61).

Daqui surge a necessidade, tal como já referido, de que sobre a estipulação do diagnóstico terminal do recém-nascido após o nascimento, seja imperioso ajudar, numa primeira fase, na aceitação, seguindo pela

capacitação de tomada de decisão por parte dos pais perante a notícia da eventual morte. Isto é, sabendo à partida que os pais não permanecem 24 horas no serviço de neonatologia, torna-se imprescindível questionar os mesmos sobre o desejo perante a comunicação da morte caso esta ocorresse num horário em que não estariam presentes, neste caso específico, durante a noite. Observamos também que os valores universais a ter presente na relação profissional, se ligam directamente com os princípios éticos já mencionados.

ARTIGO 79.º - DOS DEVERES DEONTOLÓGICOS EM GERAL

1 - O enfermeiro, ao inscrever-se na Ordem, assume o dever de:

b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica e delega.

A Responsabilidade surge perante a necessidade diária que o enfermeiro sente em tomar decisões, na qual está intrínseco o processo deliberativo. Neste processo, isto é, estar ciente dos factores positivos ou negativos de determinada acção, existe um objectivo primordial associado, que muitas das vezes não corresponde à escolha do acto. Por outras palavras, o enfermeiro deve estar consciente de que, por vezes, o que se alcança não corresponde ao que se pretendia (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005: 78).

Neste caso é evidente que o objectivo primordial é causar o menor sofrimento possível aos pais, evitando as consequências que poderão advir e, nesse sentido, a equipa multiprofissional, enfermeiro e médico, discutem as várias opções de dar a notícia da morte do filho em termos de prós e contras. Contudo, importa referir que as pessoas são um fim em si mesmo, únicas, e por esse motivo, o enfermeiro deverá não só orientar-se por legislação mas também pela vontade de cada pessoa, o que vai de encontro ao enunciado descrito.

Nesta ordem de ideias, embora os profissionais de

saúde tenham procurado a existência de protocolos da instituição hospitalar relativos à comunicação da morte, caso existissem não deveriam consistir por si só um motivo imperial de tomada de decisão.

ARTIGO 81.º - DOS VALORES HUMANOS

O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:

b) Salvar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso.

A alínea do artigo 81.º tem presente os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, justiça, respeito pela autonomia e vulnerabilidade (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005: 90), os quais foram analisados e reflectidos anteriormente.

Especificando o conceito de vulnerabilidade, este surge pelo facto de as crianças integrarem um grupo vulnerável, à semelhança dos idosos, a exemplo. Como tal, proteger esta vulnerabilidade faz parte das competências do enfermeiro do serviço de neonatologia, como já referido na análise ética.

ARTIGO 84.º - DO DEVER DE INFORMAÇÃO

No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.

A autodeterminação liga-se ao conceito de autonomia como um valor, algo que deve ser apoiado e promovido, uma vez que se relaciona com a liberdade individual e com o respeito pelas decisões que cada um toma sobre si mesmo quando livres e esclarecidas

(NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005: 109,110). Deste modo, o presente artigo, apoia o facto de, após existir a confirmação de que estamos perante um cuidado paliativo, uma morte anunciada, torna-se de extrema relevância preparar a família a todos os níveis, neste caso os pais, fazendo parte integrante colocar questões relativas aos desejos de cada um, especificando-nos para o momento da notícia da morte. Este facto implica uma boa aplicação do processo de enfermagem, nomeadamente em termos de planeamento atempado de intervenções, assim como é essencial que os enfermeiros apresentem a competência comunicação e relação de ajuda desenvolvida positivamente, sendo que consequentemente poderia facilitar a intervenção junto destes pais a esse nível.

ARTIGO 88.º - DA EXCELÊNCIA DO EXERCÍCIO

O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

- a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;*
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.*

A excelência do exercício relaciona-se com o facto de o enfermeiro dever adoptar uma conduta de desenvolvimento contínuo de conhecimentos e competências e, nesse sentido, inquietar-se com a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005: 134).

Pegando nestes pressupostos, e interligando com a alínea a), o enfermeiro deverá realizar uma análise regular do seu trabalho com o intuito de reconhecer eventuais falhas que mereçam uma mudança de atitude (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005: 135).

Nesta ordem de ideias, o grupo considera que, tendo a enfermeira do serviço vivenciado uma situação semelhante, a qual não terminou de acordo com a sua motivação, ao reflectir sobre a sua prática, decorrente dos aspectos positivos, e as dificuldades existentes, poderia perspectivar aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências que lhe permitissem numa outra situação semelhante ter bases para fundamentar a sua decisão e, talvez mais importante, actuar antes do problema em questão se revelar, ligando-nos mais uma vez à etapa de planeamento de intervenções de enfermagem e consequente implementação.

O artigo 88.º remete-nos ainda para a alínea b) que se relaciona com o caso em si, uma vez que surge por parte da equipa multiprofissional a necessidade de existir uma norma de qualidade relativa ao contacto com familiares em caso de morte de uma criança internada. Importa referir que, tal como apresentado no código deontológico, a existência de uma norma de qualidade deverá ser adaptada às necessidades de cada pessoa (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005: 136), subjugando-se uma vez mais o princípio da autonomia e liberdade de escolha.

PERSPECTIVA JURÍDICO-LEGISLATIVA

Segundo o Estatuto da Ordem dos enfermeiros (OE) art.º 76º n.º 1 e 2 republicado pela Lei n.º 111/2009, os membros efectivos da mesma estão obrigados a cumprir as obrigações emergentes do Estatuto, do código deontológico e demais legislação aplicável, da qual mencionamos aspectos relevantes para a compreensão, análise e reflexão da situação problemática apresentada.

Principiando pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), importa referir que este surge como um decreto-lei que define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros. Este documento define os objectivos da enfermagem em Portugal como:

REPE

CAPÍTULO II ART. 4º

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

Perante a presente alínea, o enfermeiro tem como objectivo a prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido, assim como à sua família, nomeadamente os pais, sendo um dos grupos sociais em que está incluído. Pelo facto do recém-nascido estar em fim de vida desde o seu nascimento, a melhoria e recuperação do seu estado de saúde estavam comprometidas.

No entanto, em relação à prestação de cuidados aos pais, o Enfermeiro tem o dever de ajudar no restabelecimento das suas condições de saúde, prevenindo situações como o aparecimento do Luto Patológico.

Visto que estamos perante uma criança, a sua vulnerabilidade levanta direitos especiais a nível mundial. Inscritos na Convenção dos Direitos da Criança, ressalvamos o seguinte artigo:

CONVENÇÃO SOBRE DIREITOS DAS CRIANÇAS

ART. 24 ALÍNEA 2

e) Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança.

Perante esta condição, aos pais deve ser transmitida toda a informação de saúde/doença¹⁸, com fim a serem apoiados no processo de fim de vida da criança e respectivo luto.

Percebemos assim que também as más notícias devam ser consideradas informações de saúde quer a pessoa esteja viva ou tenha falecido. No entanto, coloca-se a dúvida "a quem pertence esta informação?".

Na procura de respostas, fomos confrontados com o reforço da condição estabelecida na convenção dos direitos da criança por parte da Lei nº12/2005, no seu artigo 3º que afirma:

LEI N.º 12/2005 DO DR I SERIE A

ART. 3º

A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.

Através deste artigo é perceptível que a informação de saúde pertence à pessoa. Contudo, um recém-nascido não detém da capacidade de compreensão necessária e não consegue afirmar a sua posição, e nesse sentido, os pais são parte integrante dessa comunicação e consequente decisão terapêutica, relativas à sua sobrevivência (ALMEIDA, 2006:290)

Assim, foi necessária a inclusão dos seguintes artigos do Código Civil Português:

¹⁸ De acordo com a lei nº 12/2005 do DR I Serie Art. 2º Alinea 2, a informação de saúde abrange todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.

CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS

ARTIGO 1877º - DURAÇÃO DO PODER PATERNAL

Os filhos estão sujeitos ao poder paternal até à sua maioridade ou emancipação.

ARTIGO 1878º - CONTEÚDO DO PODER PATERNAL

1. Compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover o seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los, ainda que nascituros, e administrar os seus bens

ARTIGO 1881º - PODER DE REPRESENTAÇÃO

1. O poder de representação compreende o exercício de todos os direitos e o cumprimento de todas as obrigações do filho, (...)

De acordo com o Código Civil Português, o recém-nascido exposto no nosso caso, está sujeito ao poder paternal e à sua representatividade, pelo que todas as decisões a tomar relativas ao seu estado diz respeito aos pais e, nesse sentido, a informação de saúde de um recém-nascido pertence aos seus progenitores.

Sousa e Silva (2009:335) afirmam, concordantemente que sendo os pais representantes legais dos filhos, participam no processo de tomada de decisões que envolvam dilemas éticos, como iniciar o cuidado paliativo, em situação de prognóstico reservado, ou mesmo em decisões de suspensão do cuidado intensivo.

A lei de Bases da Saúde elucida-nos sobre a necessidade de se garantir nos serviços de saúde a existência de estruturas que permitam garantir o interesse, neste caso específico, dos pais e do recém-nascido. No caso dos pais, o serviço deveria dispor de uma estrutura e organização que lhes permitissem exercer do seu direito, poder de autonomia e liberdade de escolha face à vontade de desejarem permanecer junto do seu filho. No caso do recém-nascido,

consistindo um sujeito de maior risco como apresentado, a participação e presença dos pais junto deste revela-se essencial, principalmente à noite, uma vez que proporciona calma, o que reforça o previamente descrito.

LEI DE BASES DA SAÚDE

BASE II ART.1º ALÍNEAS C E D

c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes (...)

d) Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes

BASE V ART.2º

Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.

Desta forma, o serviço de neonatologia deve basear-se na directiva da lei, bem como accionar os mecanismos de acção paliativos, necessários neste caso, isto é, medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva (Decreto-Lei nº 101/2006 do DRI Série A, Art. 3ºAlinea B).

Nesta ordem de ideias, destacamos o presente artigo:

DECRETO-LEI Nº 101/2006 DO DRI SÉRIE A

ART. 5º ALÍNEA 2

A prestação de cuidados paliativos centra-se no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), do Plano Nacional de Saúde.

Apesar

de não serem considerados cuidados paliativos, pois a própria legislação obriga a formação especializada nesta área para os prestar, este artigo afirma a importância da equipa multidisciplinar prestar conforto e qualidade de vida, o que por sua vez implica a presença dos pais junto do recém-nascido e apoio à família. Relativamente aos níveis de diferenciação do PNCP, torna-se de extrema importância existir um espaço físico, no próprio hospital, para prestar o tratamento ao recém-nascido, bem como possibilite o acompanhamento da família durante o processo de fim de vida.

Assim, estaríamos a direccionar os cuidados para as directivas emitidas pelo decreto-lei anteriormente enunciado, assim como os direitos dos utentes, onde o artigo 3º defende:

**CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE
INTERNADO**

ART. 3º

O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais. Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e seu restabelecimento, assim como o acompanhamento digno e humano em situações terminais.

Desta forma, torna-se essencial para o acompanhamento digno e humano de situações terminais, a componente social, cultural e religiosa, incutida pelos pais durante os últimos momentos de vida do recém-nascido. Como afirma o mesmo artigo, é impreterível a prestação de cuidados técnicos e científicos em tempo útil para atingirmos este acompanhamento digno e humanizado, passando também a ser um cuidado de enfermagem holístico e culturalmente sensível.

CONCLUSÕES FINAIS

“*Informar quando?*”, título do presente trabalho, explicita o problema inicial a que nos propusemos resolver. Contudo, face à polémica em que este assunto está envolvido, não nos foi possível chegar a uma única conclusão mas sim a vários factores que podem influenciar o processo de decisão e consequentemente de resolução deste problema. Neste sentido, identificámos uma série de problemas parcelares que advieram do problema principal, os quais suscitaram algumas questões: Se os pais têm o direito de permanecer junto dos filhos em situação de doença, porque não foi esse facto verificado? Estando o filho em cuidados paliativos, não seria de esperar uma preparação prévia dos pais para o momento da morte anunciada?

Todas estas questões estão directamente relacionadas com os cuidados no fim de vida. Neste sentido, importa destacar o processo de luto, sendo que este se declara como um processo e não estado, que envolve diferentes fases: aceitar a realidade da perda, trabalhar essa realidade, adaptar-se á situação e recolocá-la emocionalmente. Por esta razão é necessário o seu desenvolvimento por parte das pessoas envolvidas, desde o conhecimento da situação, sendo neste momento fulcral a acção do enfermeiro.

Esta acção baseia-se em dois processos de tomada de decisão, o processo de enfermagem e processo de tomada de decisão ética, englobando ainda os princípios deontológicos e jurídicos. Todos os processos mencionados demonstraram-se eficazes, na medida em que nos permitiram verificar que para um determinado problema existem várias soluções, sendo que nenhuma delas se considera a mais correcta ou a mais errada, uma vez que a decisão perante o problema depende sempre dos indivíduos envolvidos.

Neste caso em particular, conclui-se que o enfermeiro tem diversas fases de acção direccionadas para os pais da criança, pela vulnerabilidade que está subjacente a esta e, nesse sentido, deve ir de encontro ao pilar dos princípios éticos, isto é, o que é

benéfico para estes e de acordo com a sua liberdade de escolha, assim como dos direitos e deveres deontológicos e jurídicos anteriormente descritos. Nesse sentido, importa o enfermeiro manter os pais informados, incentivá-los a prestar cuidados à criança e a expressar sentimentos intrínsecos à situação que vivenciam, bem como delinear estratégias de acção sobre o futuro, incidindo no processo final do luto, a morte do recém-nascido. Posto isto, consideram-se alcançados os objectivos inicialmente propostos, uma vez que, pela prática reflexiva, desenvolvemos conhecimentos sobre os princípios éticos, deontológicos e jurídicos inerentes a uma problemática que nos permitem tomar decisões fundamentadas e, conseqüentemente, melhorar o processo de decisão para o cuidado em Enfermagem. Em jeito de conclusão, assumimos que, no presente caso, é imprescindível ao enfermeiro ser conhecedor e perito em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde no final de vida.

REFERÊNCIAS

- BANDMAN, Elsie; BANDMAN, Bertram – *Nursing ethics: through the life Span*. New Jersey: Prentice Hall, 2002. ISBN 0-8385-6976-5
- BANKS, Sarah; NOHR, Kirsten – *Ética Prática para as Profissões do Trabalho Social*. Porto: Porto Editora, 2008. ISBN 978-972-0-34858-6
- BUTTS, Janie; RICH, Karen – *Nursing Ethics*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2005. ISBN 0-7637-4735-1
- BURKHARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita – *Ethics & Issues: in contemporary nursing*. 2º ed. –New York: Delmar, 2001. ISBN 0-7668-3629-0
- CARPENITO, Lynda – *Planos de cuidados de Enfermagem e Documentação: Diagnósticos de Enfermagem e Problemas Colaborativos*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999. ISBN 85-7307-500-7.
- DECRETO-LEI nº161/99. D.R. - *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*
- Decreto-Lei nº99/710. D.R. (21-10-1990) – *Convenção dos Direitos das Crianças*
- Decreto-Lei nº12/2005 D.R. I Série A (26-01-2005) 606-611 - *Informação genética pessoal e informação de saúde*
- Decreto-Lei nº59/99 D.R. – *Código Civil Português*
- Decreto-Lei nº 48/90 D.R. I Série (24-08-1990) 3452-3459 – *Lei de Bases da Saúde*
- Decreto-Lei nº101/2006 D.R. I Série A (06-06-2006) 3856-3865 – *Rede de Cuidados Continuados Integrados*.
- MAGALHÃES, Vasco – *O Olhar e o Ver*. 4ªedição. Coimbra: Edições Tenacitas, 2007. ISBN 978-972-8758-45-5
- MAIA, Paulo – *Ética em Medicina Intensiva: apresentado no CIMC 2000*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. (2000), 1-3
- MALAGUTTI, William – *Bioética e Enfermagem: Controvérsias, desafios e conquistas*. Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2007. ISBN 978-85-87600-95-0
- NEVES, Maria; PACHECO, Susana – *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8
- NUNES, Lucília – *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-17-8
- NUNES, Lucília – *Ética: Raízes e Fluorescências em Todos os Caminhos*. Loures: Lucociência, 2009. ISBN 978-972-8930-47-9
- NUNES, Lucília – *V Seminário de Ética de Enfermagem*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. ISSN. Volº1, nº15. (2004), 1-50
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2.
- OTTO, Shirley – *Enfermagem em Oncologia*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-12-6.
- PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- PHIPPS, Wilma *et al.* – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ªed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.
- QUEIRÓS, Ana Albuquerque. *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8717-07-5.
- REIS, Francisco; RODRIGUES, Vítor – *A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem*. 1º edição. Lisboa: CLIMEPSI editores, 2002. ISBN 972-796-040-5
- SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972-0-06033-6
- THOMPSON, Ian; MELIA, Kath; BOYD, Kenneth – *Ética em Enfermagem*. 4º ed. Loures: Lucociência, 2004. ISBN 972-8383-67-3

Interrupção Voluntária de Gravidez e sua análise ética: um olhar de enfermagem e perspectiva masculina¹⁹

MARTINS²⁰, João David;
NUNES, Lucília; DEODATO, Sérgio

O início da vida humana é um dos temas bioéticos “mais cruciais, controversos e desafiadores”, sendo que a interrupção voluntária da gravidez é um dos temas mais debatidos dos últimos anos.²¹

A interrupção voluntária da gravidez remete inevitavelmente para questões polémicas, como por exemplo: “Quando começa a vida humana?”, “O embrião/feto tem direito à vida?” ou “Qual a perspectiva e posição masculina?” Ao longo do trabalho procura-se responder a estas questões e outras, confrontando diferentes perspectivas.

Com a elaboração deste ensaio, pretende-se desenvolver conhecimentos no campo de acção da Ética; analisar adequadamente, profundamente, problematizando um tema bioético; reflectindo e confrontando com autores, diferentes perspectivas sobre o tema e expressando argumentação própria

¹⁹ O artigo reporta a um trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Ética II, leccionada pela Prof.ª Lucília Nunes e pelo Prof. Sérgio Deodato. Esta Unidade Curricular tem como finalidade, contribuir para uma visão básica e integradora da Bioética, em ligação às questões éticas da prática profissional, promovendo a sua identificação, discussão e resolução. E como resultados esperados: Desenvolver conhecimentos sobre a bioética; Treinar a reflexão e o debate dos problemas bioéticos; Analisar aprofundadamente uma temática que cruza bioética e enfermagem; Majorar a capacitação para a tomada racional de decisões em problemas surgidos da prática de enfermagem, sob um enfoque pluralista e transdisciplinar (Cf. INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL. Escola Superior de Saúde - *Guia Orientador de Ética II*, Departamento de Enfermagem, Novembro 2010. O artigo foi revisto por Lucília Nunes.

²⁰ Estudante do 3º ano, do 9.º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS).

²¹ GAFO, Javier – *10 Palavras-chave em Bioética*. Coimbra. Editorial Verbo Divino, 1996. ISBN: 972-603-105-2. MALAGUTTI, William – *Bioética e Enfermagem: Controvérsias, Desafios e Conquista*. Rio de Janeiro. Editora Rubio. 2007. ISBN: 978-85-87600-95-0.

com uma reflexão pessoal devidamente fundamentada.

ÉTICA E BIOÉTICA

Etimologicamente a palavra portuguesa *ética* deriva de dois termos gregos muito semelhantes no seu significado e pronúncia: *éthos* e *êthos*. Este primeiro termo significa hábito ou costume – entendidos, com uma certa superficialidade, como maneira exterior de comportamento. O segundo termo, *êthos*, tem um significado mais amplo e rico que o anterior, podendo significar o lugar ou a pátria onde se vive e o carácter habitual (ou maneira de ser ou até de pensar) da pessoa. Assim, o ético poderia interpretar-se como a forma de compreender a vida do homem onde se englobam as suas disposições para com a vida, o seu carácter, os seus hábitos e costumes.²²

O primeiro termo serviu de base para a tradução latina moral, enquanto o segundo orienta, de algum modo, a utilização actual que atribuíamos à palavra ética.²³ “este duplo sentido (ética-carácter e ética-hábito) veio a dar predominância ao sentido de hábito (moral)”.²⁴

As palavras ética e moral remetem habitualmente para o mesmo significado e são, por alguns, considerados sinónimos. Contudo, existe uma certa distinção. A ética refere-se à reflexão filosófica sobre o agir humano, os princípios e valores, a perspectiva individual dos actos, aquilo que é mais pessoal. Enquanto a moral remete para um conjunto de acções e normas concretas, é a aplicação dos hábitos, costumes e das regras do que foi objecto da ética.²⁵

²² OLIVEIRA, Maria de Fátima; CAMÕES, Cristina – *A ética na avaliação psicológica: uma perspectiva psico-filosófica*. 2002. http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0003&area=d1. 28 de Dezembro de 2010, pelas 11:25H.

²³ GOLDIM, José Roberto – *Ética*. 2000. <http://www.ufrgs.br/bioetica/etica.htm>. 28 de Dezembro de 2010 - 14:30H.

²⁴ NUNES, Lucília – *O que queremos dizer quando falamos de Ética?* Nursing, nº 88, Junho de 1995. Disponível em www.lnunes.no.sapo.pt. 28 de Dezembro de 2010 - 14:46H.

²⁵ FERREIRA, Manuela; DIAS, Maria Olívia – *Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures. Lusociência, 2005. ISBN: 972-8930-04-6.

De acordo com o mencionado é possível referir que a ética é o “estudo filosófico, explicativo dos factos morais, os quais são apreciações éticas, preceitos, normas, atitudes, manifestações da consciência”.²⁶ segundo o autor, o objecto da ética é o agir humano, não circunscrito apenas à sua descrição, mas integrando a explicação da sua valorização e comportamento.

Uma das principais características da ética é considerar sempre “no centro a pessoa humana, na sua dignidade e igualdade fundamentais, no seu direito à realização e à felicidade, na sua evocação comunitária”, atribuindo-lhe o direito e o dever de ser promotora no aperfeiçoamento da sociedade em que está inserida.²⁷ Assim, podemos compreender que a essência da ética é a pessoa humana.²⁸

Depois de definir ética, a questão que se coloca é “o que é a bioética?”.

O termo bioética é relativamente recente, tendo sido utilizado pela primeira vez por van rensselaer potter no artigo *bioethics the science of survival* publicado em 1970, e depois, em 1971, no livro *bioética: uma ponte para o futuro*.²⁹

A palavra bioética é um neologismo derivado dos termos gregos *bios* e *ethos*. O termo grego *bios* significa «vida», a vida em si mesma, o «existente vivo», aplicado inicialmente somente à vida humana. Contudo, a palavra *bios* *generalizou-se*, começando a significar a vida como fenómeno, isto é, o biológico como hoje é entendido, englobando todos os seres vivos. O termo *ethos* tem uma dupla interpretação cujos significados foram explicitados anteriormente na definição etimológica de ética. Assim, numa perspectiva etimológica-conceptual, bioética

significa uma “ética da vida”, uma «ética aplicada à vida», a «acção humana em relação à vida», a nível universal (bioesfera) ou mais especificamente a nível humano. A bioética pode orientar-se para o fundamento ou razão de ser da acção sobre a vida mas também para o estabelecimento de normais ou obrigações a que a acção se subordine.³⁰

É importante referir que, de acordo com os autores, a bioética ultrapassa em muito o significado resultante da aglutinação entre os termos *bios* e *ethos*. Perante o avanço da ciência e o próprio futuro da espécie humana, tornou-se necessário o contributo da bioética. É essencial realçar o facto de a bioética não abranger somente as questões éticas relacionadas com o exercício clínico (a ética em cuidados de saúde), mas igualmente tudo o que tem interferência no fenómeno vital.³¹

É consensual que as inovações da ciência têm permitido ao homem viver mais e melhor. Contudo, é igualmente indiscutível a necessidade de impor limites à sua acção.³² foi, então esta realidade que determinou o surgimento da bioética.³³ neste sentido potter definiu bioética como “a ciência da sobrevivência humana”, cujo objectivo consiste na identificação e promoção de uma mudança ideal do meio ambiente e uma adaptação humana ideal nesse mesmo meio, de forma a sustentar e melhorar o mundo civilizado.³⁴

A Bioética, tendo como objecto de estudo a vida, contempla os seus três grandes momentos: o nascer (desde a manipulação genética às questões de paternidade); o desenvolver (englobando temas como a doação de órgãos, experimentação, sexualidade e influências do ambiente) e o morrer

²⁶ FERREIRA, Manuela; DIAS, Maria Olívia – *Relacionamento Interpessoal em Enfermagem*. Loures. Lusociência. 2005. ISBN: 972-8930-04-6.

²⁷ Idem.

²⁸ NUNES, Lucília – *Enfermagem e Cidadania: uma relação de des-ocultar*. Revista Pensar Enfermagem. Nov. 2004. 8 (2), 31-37.

²⁹ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter – *Bioética Simples*. Lisboa: Editorial Verbo, 2007. ISBN: 978-972-22-2738-4.

³⁰ Idem

³¹ NOGUEIRA, João Rui Duarte Farias; LOUREIRO, Rui Pedro Cardoso; SILVA, Ernestina Mª V. Batoca – *O Homem, a Ciência e a Bioética*. [s.d.]. <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/2.pdf>. 28 de Dezembro de 2010 pelas 12:02H.

³² Idem

³³ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter – *Bioética Simples*. Lisboa: Editorial Verbo, 2007. ISBN: 978-972-22-2738-4.

³⁴ MALAGUTTI, Willian – *Bioética e Enfermagem: Controvérsias, Desafios e Conquista*. Rio de Janeiro. Editora Rubio. 2007. ISBN: 978-85-87600-95-0.

(abordando o direito à morte digna, o sentido da vida, o envelhecimento e o sofrer).³⁵

ABORTO

O aborto é a expulsão de um embrião ou feto antes de se encontrar suficientemente desenvolvido para sobreviver fora do útero.³⁶

Tanto na literatura moral como a nível legal, é habitual distinguir-se quatro tipos de aborto, comumente adoptados pelas legislações de muitos países. Os quatro tipos de aborto são

- o aborto terapêutico, que é realizado por indicação médica e quando a gravidez pode por em risco a vida da mulher grávida;
- o aborto ético/humanitário/criminologia, aquele que resulta de uma acção de delito, nomeadamente por violação ou por relações incestuosas;
- o aborto eugénico, aquele que se realiza quando existe o perigo evidente para o novo ser será afectado por anomalias ou malformações congénitas;
- por fim o aborto psicossocial, tipo de aborto que será abordado com maior profundidade no presente ensaio, uma vez que alberga a interrupção voluntária da gravidez, porque é praticado por razões pessoais, familiares, económicas e sociais da mulher, sendo este, o tipo de aborto mais praticado em todo o mundo.³⁷ Este tipo de aborto é induzido com o recurso deliberado a agentes farmacológicos, meios mecânicos, entre outros.³⁸

³⁵ MAGALHÃES, Vasco Pinto – *O Olhar e o Ver (À procura do lado construtivo da vida e do por dentro de todas as coisas)*. 4ª Edição. Coimbra. Edições Tenacitas. 2007. ISBN: 978-972-8758-45-5

³⁶ HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – *Dicionário da Bioética*. Lisboa: Instituto Piaget. 1993. ISBN: 972-8407-72-6.

³⁷ GAFO, Javier – *10 Palavras-chave em Bioética*. Coimbra. Editorial Verbo Divino, 1996. ISBN: 972-603-105-2.

³⁸ HOTTOIS, Gilbert; ob. cit

A INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ - PERSPECTIVA DE ENFERMAGEM, DEONTOLÓGICA E LEGISLATIVA

Com a contextualização de Ética e Bioética e da Aborto, é pertinente, esclarecer, como está legislado em Portugal, numa perspectiva de direitos, deveres e despenalização, para as cidadãs em Portugal, e numa perspectiva de deveres e direitos inerentes à profissão de Enfermagem.

A interrupção voluntária da gravidez, de certa forma, só se transforma num assunto de responsabilidade clínica e moral para os Enfermeiros com uma legislação que descriminalize a sua prática. Realmente, os Enfermeiros têm que enfrentar sempre a problemática da interrupção voluntária da gravidez, independentemente da legislação vigente, e formular opiniões sobre a sua moralidade ou imoralidade. Contudo, só com uma legislação “enfrentam as questões que constituem um desafio directo à Ética em Enfermagem”.³⁹

Quando se fala neste desafio ético pode-se argumentar que os Enfermeiros, nomeadamente os especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, confrontam-se com o dilema entre o dever de proteger, cuidar e salvar a vida do novo ser e o dever de cuidar da mulher para a qual a gravidez não desejada é uma tragédia.⁴⁰

A Ordem dos Enfermeiros, de acordo com o artigo 3º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tem como desígnio fundamental “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de Enfermeiro, assegurando a

³⁹ THOMPSON, Ian; MELIA, Kath; BOYD, Kenneth – *Ética em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures. Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-67-3.

⁴⁰ Idem

observância das regras de ética e deontologia profissional”.

Um dos deveres deontológicos a que os enfermeiros estão obrigados é o de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população” (Artigo 76.º, dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros)

e ainda:

“o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias” (Artigo 82º, dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros).

Desta forma, é afirmado o direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, independentemente do momento ou do estágio de desenvolvimento.⁴¹

O Enfermeiro, de acordo com o seu Código Deontológico e com as leis vigentes, tem o dever de respeitar, proteger e defender a vida humana, em todas as circunstâncias, sem fazer distinção da sua natureza intra ou extra-uterina.⁴²

A intervenção autónoma para a interrupção voluntária da gravidez não está incluída na esfera de competências do Enfermeiro, desempenhando este, intervenções interdependentes associadas ao método de IVG adoptado pelo médico.⁴³

De acordo com a Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril/ Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de Junho, foi aprovada por maioria após um referendo realizado a nível nacional sobre a despenalização das mulheres que procedam à IVG em instituições

legais, até às 10 semanas de gestação. A criação desta nova Lei, impôs a modificação do Código Penal.

A “exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez” considera a nau punibilidade da prática abortiva realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas da gravidez. Esta nova condição, juntou-se às 3 anteriormente reconhecidas (Lei n.º 6/84, Decreto-Lei n.º 48/95 e Lei n.º 90/97, com conseqüente redacção do Código Penal – Art. 142º), ou seja, a existência de risco para a saúde da mulher, a gravidez resultante de violação e a anomalia ou doença grave do embrião.⁴⁴

É importante esclarecer que despenalização do aborto não quer dizer a sua legalização nem liberalização. Legalização significa que a interrupção voluntária da gravidez deixa de ser vista como um crime, enquanto a liberalização significa que compete à mulher decidir, independentemente de prazos como actualmente existem quando, como e onde efectuar a interrupção da gravidez.⁴⁵

As legislações que despenalizam o aborto, não impõem uma pena ao que o pratica nas circunstâncias previstas, mas isso não equivale a um acto com validade jurídica.⁴⁶

No entanto, com a actual Lei, prevê que o abortamento ocorrerá a pedido, escrito, da mulher grávida, após um período de reflexão não inferior a 3 dias a contar da primeira consulta, que tem como objectivo facultar à grávida o acesso à “informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável”. Sendo uma jovem de 16 anos ou uma doente psiquiátrica, o consentimento será prestado por representante legal que poderá

⁴¹ NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

⁴² Idem

⁴³ Idem

⁴⁴ MEIRELES, Luís; (Outubro - Dezembro, 2008). *“Interrupção Voluntária da Gravidez: Considerações Gerais e Perspectiva Masculina”*. Revista Percursos. 10ª Edição. Pág. 3-12. ISSN: 1646-5067. (Artigo Revisto pelo Prof. Sérgio Deodato).

⁴⁵ <http://www.aborto.com/legisla%C3%A7ao.htm>, retirado a 29 de Dezembro de 2010 pelas 15.26H.

⁴⁶ GAFO, Javier – *10 Palavras-chave em Bioética*. Coimbra. Editorial Verbo Divino, 1996. ISBN: 972-603-105-2.

inclusivamente ser o médico se não for possível obter o consentimento ou em situações de urgência.⁴⁷

De acordo com o artigo 92º, do Código Deontológico do Enfermeiro, o Enfermeiro tem o direito à objecção de consciência.

Considera-se “objector de consciência o Enfermeiro que, por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que lhe não é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o código deontológico” (artigo 2º, do Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência).⁴⁸

O Enfermeiro, enquanto pessoa, deve agir de forma a preservar a sua liberdade e dignidade humana, como refere o ponto 1, do artigo 78ª, do Código Deontológico do Enfermeiro (NUNES *et al.*, 2003). Desta forma, não pode ser obrigado a realizar algo que contradiga os seus valores pessoais.⁴⁹

A expressão da dignidade humana passa pelo exercício dos direitos fundamentais, entre os quais o direito da liberdade de consciência, que é inviolável. De acordo com J.A. Soares “a dignidade da pessoa humana exige que a sua dimensão mais específica, a sua consciência, seja respeitada, mesmo se invencivelmente errónea. É este o fundamento da Objecção de Consciência.”⁵⁰

O artigo 92ª, do Código Deontológico do Enfermeiro, é o único que menciona os deveres do

Enfermeiro relativamente ao exercício de um direito, dado que é necessário assegurar alguns aspectos. Ao exercer o seu direito de objector, o Enfermeiro assume o dever de “proceder segundo os regulamentos internos da Ordem que regem os comportamentos do objector, de modo a não prejudicar os direitos das pessoas” (alínea a), do ponto 1, do artigo 92ª, do Código Deontológico do Enfermeiro).

De acordo com o mesmo artigo, a qualidade de objector de consciência deve ser declarada atempadamente, para que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar e que seja possível recorrer a outro profissional para a prestação dos cuidados.

O Enfermeiro deve igualmente “respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde” (alínea c), do ponto 1, do artigo 92ª, do Código Deontológico do Enfermeiro).⁵¹

O Enfermeiro deverá informar o seu superior hierárquico e a Ordem da sua qualidade de objector, e de acordo com a lei, “não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objecção de consciência.”⁵²

É importante referir que este direito não é absoluto, nos casos em que a prestação de cuidados não seja assegurada por outro Enfermeiro, confrontando valores antagónicos (como por exemplo a liberdade de consciência e o valor da vida), é necessário atender ao valor mais elevado e ao compromisso profissional assumido.⁵³ Assim, “o direito do

⁴⁷ MEIRELES, Luís; (Outubro - Dezembro, 2008). “Interrupção Voluntária da Gravidez: Considerações Gerais e Perspectiva Masculina”. Revista Percursos. 10ª Edição. Pág. 3-12. ISSN: 1646-5067. (Artigo Revisto pelo Prof. Sérgio Deodato).

⁴⁸ NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

⁴⁹ NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

⁵⁰ Idem

⁵¹ ORDEM dos Enfermeiros – *IVG e Objecção de Consciência em Enfermagem*. 2007. <http://www.ordemEnfermeiros.pt/index.php?page=29&view=news:Print&id=463&print=1>. 29 de Dezembro de 2010 pelas 11:05H.

⁵² NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

⁵³ Idem

cidadão a cuidados de Enfermagem prevalece sobre o direito à objecção de consciência.”⁵⁴

Os Enfermeiros que se declaram como objectores de consciência têm de assumir a mesma atitude quer no Sector Público quer no Privado. Caso se comprove a existência de contradição, a Ordem dos Enfermeiros encontrar-se no direito de desenvolver procedimentos disciplinares contra esses membros.⁵⁵

No plano constitucional a Constituição da República Portuguesa (CRP) dispõe, no seu artigo 24º/1, que “a vida humana é inviolável”.

Com este artigo questiono, o momento em que o embrião “ganha” direito à vida humana. Logo, sendo aceitável afirmar que o embrião não deveria ser somente protegido apenas enquanto bem jurídico ou se lhe reconhece a titularidade de direitos fundamentais. O estado tem por obrigação adoptar medidas de salvaguarda do embrião, sob pena de inconstitucionalidade por omissão.⁵⁶

No Código Civil está enunciado, no artigo 66º/1 que dispõe que “a personalidade jurídica adquiriu-se com o nascimento completo e com vida.” Apesar só se reconhecer a personalidade jurídica com o nascimento, tal preceito não implica a recusa a personalidade jurídica do embrião.⁵⁷

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, quer o artigo 1º, quer o artigo 3º revelam que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para os outros em espírito de fraternidade”, e que “todo o

individuo tem direito à vida.” Com tudo, a interpretação destes artigos revela-se inconclusiva em relação à vida intra-uterina, mas referencia ao indivíduo uma protecção à vida humana desde a individualização.

Segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV): “...a vida humana merece respeito, qualquer que seja o seu estágio ou fase, devido à sua dignidade essencial. O embrião é em qualquer fase e desde o início os suportes físicos e biológicos indispensável ao desenvolvimento da pessoa humana e nele antecipamos aquilo que há-de vir a ser: não há, pois, razões que nos levem a estabelecer uma escala de respeito.”⁵⁸

IVG E PERSPECTIVA MASCULINA: ASPECTOS ÉTICOS

As questões éticas relativas à interrupção voluntária da gravidez são especialmente complexas.

A sua discussão não se reduz somente ao confronto entre duas opiniões extremas, reflecte sim a grande diversidade de sentimentos, muitas vezes, matizados e baseados num profundo humanismo, existentes na sociedade.⁵⁹

Alguns estudiosos defendem que o direito à vida do novo ser inicia-se no momento da concepção, dado que o zigoto tem potencial para originar o ser humano.⁶⁰ Esta posição é a opinião oficial da Igreja Católica.⁶¹

⁵⁴ ORDEM dos Enfermeiros – *IVG e Objecção de Consciência em Enfermagem*. 2007. <http://www.ordemEnfermeiros.pt/index.php?page=29&view=news:Print&id=463&print=1>. 29 de Dezembro de 2010 pelas 11:05H.

⁵⁵ Idem

⁵⁶ ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge, e tal. – *Novos Desafios à Bioética*. Porto Editora. 2001. ISBN: 972-0-06036-0.

⁵⁷ Idem

⁵⁸ CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – *Relatório-Parecer 19/CNECV/97 sobre os Projectos de Lei Relativos à Interrupção Voluntária da Gravidez*. http://www.cnecv.gov.pt/NR/rdonlyres/3D733FE4-5BE0-4CCA-99E2-466211CE2D20/0/P019_IVG.pdf. 26 de Novembro de 2010 pelas 20:48H.

⁵⁹ HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – *Dicionário da Bioética*. Lisboa: Instituto Piaget. 1993. ISBN: 972-8407-72-6.

⁶⁰ MALAGUTTI, Willian – *Bioética e Enfermagem: Controvérsias, Desafios e Conquista*. Rio de Janeiro. Editora Rubio. 2007. ISBN: 978-85-87600-95-0.

⁶¹ GAFO, Javier – *10 Palavras-chave em Bioética*. Coimbra. Editorial Verbo Divino, 1996. ISBN: 972-603-105-2.

A finalização da organogénese corresponde para alguns autores ao início da vida dado que nesta altura inicia-se a actividade eléctrica cerebral. Esta posição assenta numa “tentativa de proceder à equivalência entre o nascimento do cérebro (brain birth) e a morte cerebral (brain death).”⁶² No entanto, de acordo com o autor, não considera que o desenvolvimento do embrião é regulado por um sistema anterior ao início da actividade cerebral, ou seja, remonta ao momento da concepção, e que a cessação da actividade cerebral significa o fim do sistema central de regulação. Esta teoria para além da ênfase atribuída ao início da actividade eléctrica cerebral destaca também a importância do cérebro como o órgão humano mais específico, dado que possibilita o desenvolvimento psíquico.⁶³

Segundo, outro grupo de estudiosos considera as restantes posições limitativas devido à tentativa de definir a realidade humana do novo ser recorrendo somente a critérios biológicos, como a fecundação e a nidadação. Defendem que “o ser humano é muito mais que as suas estruturas biológicas” e que desde o início existe um “ser humano” embora não se encontre “plenamente humanizado”. A plena humanização irá depender das relações que as pessoas que o rodeiam, principalmente os pais, estabelecem com ele. Recorrem então, para além de critérios biológicos, a critérios relacionais, como a aceitação e o reconhecimento do novo ser como humano, para definir a realidade humana do novo ser. Esta posição vai ao encontro da atitude de muitas pessoas relativamente ao aborto: “não se dá o direito à vida a um ser que não é aceite pela sua mãe, ao que se não reconhece um carácter humano, àquele que não foi e nem agora é desejado ou não foi gerado intencionalmente...”⁶⁴

⁶² ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge, e tal. – *Novos Desafios à Bioética*. Porto Editora. 2001. ISBN: 972-0-06036-0.

⁶³ GAFO, Javier – *10 Palavras-chave em Bioética*. Coimbra. Editorial Verbo Divino, 1996. ISBN: 972-603-105-2.

⁶⁴ Idem.

Como podemos constatar a resposta à questão “Quando começa a vida humana?” encontra-se claramente dependente do conteúdo incluído nos conceitos “vida”, “ser”, ou pessoa humana, variando de acordo com opiniões distintas. Não se pode negar que o zigoto é indiscutivelmente humano. Contudo, não significa automaticamente, como defendem alguns autores, que o feto seja um ser humano completo cuja vida tem de ser absolutamente respeitada.⁶⁵

O Comité Francês de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde, após prolongadas discussões, conclui que o embrião humano deve ser considerado como “pessoa humana potencial desde o momento da sua concepção.”⁶⁶

A maioria das posições defendidas anteriormente, excepto a relacionada com critérios relacionais, atribui ênfase exagerada ao fundamento biológico para definir o início da vida humana.⁶⁷ Contudo, é necessário reconhecer que primeiramente é essencial realizar a questão: “O que é uma pessoa?”⁶⁸

É importante referir, todavia, que “Pessoa” no sentido ontológico e antropológico é bem diferente de “pessoa jurídica” (...) No sentido profundo ser Pessoa é um processo nunca acabado próprio de “um sujeito autónomo de relação”. Logo, o feto é e até dá sinais.”⁶⁹

Como podemos perceber a questão “O que é uma pessoa?” é essencialmente moral e de juízo de valor, nomeadamente sobre o que deve ser especialmente valorizado na pessoa humana como tal.

⁶⁵ Idem

⁶⁶ SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui; SANTOS, Agostinho A. – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto. Porto Editora. 1999. Pág. 143-146. ISBN: 972-0-06033-6.

⁶⁷ Idem

⁶⁸ THOMPSON, Ian; MELIA, Kath; BOYD, Kenneth – *Ética em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures. Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-67-3.

⁶⁹ MAGALHÃES, Vasco Pinto – *O Olhar e o Ver (À procura do lado construtivo da vida e do por dentro de todas as coisas)*. 4ª Edição. Coimbra. Edições Tenacitas. 2007. ISBN: 978-972-8758-45-5

A definição de “pessoa humana” não é uma questão científica mas ética. As diferentes formas como as sociedades e religiões definem o ser pessoa, influencia directamente o significado concreto que atribuíamos ao conceito legal da pessoa enquanto “titular de direitos e deveres”⁷⁰

É relevante salientar que o conceito de dignidade humana é importante para defender o valor que é à pessoa. De acordo com Barchifontaine, a dignidade humana é um valor baseado nas capacidades originais da pessoa e ultrapassa a sua estrutura biológica. “A pessoa existe enquanto pessoa, somente quando é reconhecida por outras pessoas. Portanto, é a sociabilidade do ser humano que determina a sua dignidade.”⁷¹

Os defensores da IVG remetem, o princípio ético da autonomia (e direitos individuais, que estão implícitos, por exemplo, na Declaração Universal dos Direitos Humanos), que segundo Savater, prevê “a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afecta a vida de cada um.”⁷² Logo, o respeito pela autonomia da mãe é invocado e segundo esta perspectiva prevalece sobre o direito à vida do novo ser.

Outra perspectiva é a atribuição de direitos ao feto, existe o risco de um possível conflito entre os direitos do novo ser e da mulher grávida que não poderá ser resolvido pela anulação de um dos dois sujeitos de direitos.⁷³

A maioria das mulheres, quando se encontram determinadas em interromper a gravidez, não hesita em submeter-se aos perigos da interrupção

voluntária da gravidez clandestina, se a legislação as obrigar a isso e se a assistência médica lhes for recusada.⁷⁴

Outro argumento é o facto de os embriões poderem ser gerados por acidente ou irracionalidade dos seus pais, não correspondendo como tal a um projecto dos pais e como consequência não possui dignidade e não se atribui o direito à vida.⁷⁵

As condições não clínicas e precárias em que, geralmente, se realizam as interrupções voluntárias de gravidez de forma clandestina, acarretam consequências muito sérias para a vida e para a saúde da mulher. Embora não se possa garantir que a interrupção voluntária da gravidez realizada em clínicas ou hospitais especializados se encontre totalmente isenta de contra-indicações médicas e psicológicas, é indiscutível que os perigos para a vida e saúde da mãe se encontrariam diminuídos.⁷⁶ Contudo, é importante referir que quando as interrupções voluntárias da gravidez atingem certos números costumam estabilizar.⁷⁷

A experiência de países onde ocorreu a liberalização evidencia ainda que a IVG causa frequentemente sofrimentos à mulher, como depressões, culpabilidades complexas, infertilidade, promiscuidade, disfunção sexual que conduzem, muitas vezes, ao divórcio, toxicod dependência, alcoolismo, prostituição, crime e ao suicídio.⁷⁸

Segundo Malagutti, nenhuma mulher deseja realizar uma IVG, só recorrendo a este método quando não vê outra opção. Entre as causas para realizar uma

⁷⁰ THOMPSON, Ian; MELIA, Kath; BOYD, Kenneth – *Ética em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures. Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-67-3.

⁷¹ MALAGUTTI, Willian – *Bioética e Enfermagem: Controvérsias, Desafios e Conquista*. Rio de Janeiro. Editora Rubio. 2007. ISBN: 978-85-87600-95-0.

⁷² NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

⁷³ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter – *Bioética Simples*. Lisboa: Editorial Verbo, 2007. ISBN: 978-972-22-2738-4.

⁷⁴ HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – *Dicionário da Bioética*. Lisboa: Instituto Piaget. 1993. ISBN: 972-8407-72-6.

⁷⁵ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter – *Bioética Simples*. Lisboa: Editorial Verbo, 2007. ISBN: 978-972-22-2738-4.

⁷⁶ GAFO, Javier – *10 Palavras-chave em Bioética*. Coimbra. Editorial Verbo Divino, 1996. ISBN: 972-603-105-2; ARCHER, Luís; BISCAISA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. Lisboa. Editorial Verbo. 1996. ISBN 972-22-1719-4.

⁷⁷ GAFO, Javier – *10 Palavras-chave em Bioética*. Coimbra. Editorial Verbo Divino, 1996. ISBN: 972-603-105-2

⁷⁸ CORREIA, Luís Brito – *Aborto a Pedido Não*. 2006. <http://www.juntospelavida.org/noticias/Jan2007/Aborto%20a%20pedido%20NAOI.pdf>. 03 de Janeiro de 2011 pelas 20:38H.

IVG podem nomear-se as indicações médicas ou terapêuticas, indicações eugénicas, dificuldades socioeconómicas como a escassez de condições para criar uma família, habitação sem espaço, emprego instável e rendimentos baixos. Independentemente do motivo, ou de se ser contra ou a favor da IVG, é importante assegurar a dignidade da mulher, independente da sua classe social. É indiscutível que o preferível seria a gravidez somente quando desejada. Contudo, este facto depende, essencialmente, do planeamento familiar, e nem todos os casais têm, por diferentes motivos, acesso ou condições de realizá-lo.

Defende ainda que a despenalização da IVG assume um carácter *machista*, dado que os homens podem ter, mais facilmente, um papel cada vez menos activo, não tendo de se responsabilizar com a gravidez nem preocupar com a prevenção da mesma. Desta forma, remete a questão para as mulheres porque “elas podem resolver” e atribui ao homem “um quase direito” de “exigir”, de forma mais impositiva, que a mulher interrompa a gravidez. É importante referir que este facilitismo desmotiva, tanto o homem como a mulher, na prevenção da gravidez, conduzindo a uma atitude de descuido, porque “depois, ela pode abortar”. Conduz assim, à banalização da prática da IVG, acabando por ser utilizado como mais um método contraceptivo, o que é inaceitável.⁷⁹

No entanto, raramente se inclui parecer dos futuros pais das crianças relativamente a esta temática.

Será por desinteresse? Ou simplesmente porque não permitem que o homem tenha voz activa num assunto tão íntimo e delicado como a IVG?

Existe claramente uma tendência para reconhecer o direito à escolha por parte da mulher, visto que é ela que acarreta maiores riscos para a sua saúde, além de ser ela a responsável pela gestação do novo ser. Quanto maior o envolvimento do homem no processo reprodutivo em geral, nomeadamente

na paternidade, se for o caso, ou na escolha de métodos contraceptivos maior é a tendência para serem mais sensíveis para com os sentimentos da mulher. Podendo assim afirmar que o envolvimento masculino na questão do aborto depende do tipo e da qualidade da relação entre o casal. Se tratar-se de um relacionamento ocasional ou muito recente, a participação do homem na discussão acerca de um possível aborto e na sua concretização não existe.⁸⁰

A discussão quanto à participação, ou não, dos homens na decisão relativa à IVG, não pode deixar de ter em conta o que todo o processo significa para os homens e para as mulheres.

Possivelmente para as mulheres o aborto poderá significar a reafirmação da sua autonomia e disponibilidade para realizarem projectos de vida que seriam postos em causa com a futura maternidade. Para os homens, poderá eventualmente significar a liberdade de um vínculo que se formaria pela paternidade, o qual poderia ser não desejado, ou por outro lado, poderia significar a perda de um projecto familiar e a concretização de um sonho.⁸¹

No caso de o homem não desejar a criança, por variados motivos, seja por não se encontrar preparado psicologicamente para a parentalidade, uma vez que implica, por vezes, uma mudança súbita na sua conduta e estilo de vida, seja simplesmente por não querer assumir um vínculo de extrema importância como é a paternidade, juntando ao facto de ter de assumir uma relação com a mãe da criança de modo a preservar um ambiente familiar ideal para o futuro ser, nem sempre vai em conta as perspectivas e projectos de vida que o homem tem traçado para a sua vida, o homem tem que simplesmente de se submeter à

⁸⁰ DUARTE, Graciana A.; ALVARENGA, Augusta T.; OSIS, Maria J.; FAÚNDES, Aníbal; HARDY, Ellen – *Perspectiva masculina acerca do aborto provocado*. Revista Saúde Pública, vol. 36 n.º 3, Junho 2002. Pág. 271-277. ISSN: 0034-8910 in <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n3/10487.pdf>

⁸¹ IDEM

⁷⁹ IDEM

decisão da mulher grávida, mesmo que signifique que seja alterada ou até mesmo prejudicada, a sua vida ou os seus projectos, ou fazendo eventualmente com que a criança que irá nascer não tenha um núcleo familiar ideal, visto que o pai poderá ideologicamente renegar à paternidade.⁸² Podemos ainda juntar o facto de a legislação em vigor apoiar exclusivamente a decisão unilateral da mulher grávida, mas também de obrigar o futuro pai, às obrigações previstas pela lei no que diz respeito à paternidade, nomeadamente o pagamento de pensões.

Abordando este assunto, noutra perspectiva, isto é, supondo que o homem deseja o nascimento da criança, o facto de a mulher grávida tomar a decisão unilateral de praticar uma IVG, condiciona desde logo a possibilidade deste homem concretizar possíveis sonhos e planos de vida, como criar uma família, fazendo com que obtenham uma posição respeitável na vida em sociedade, legitimando o papel do homem como provedor e protector da família.⁸³

Sendo a mulher a investir uma maior energia no desenvolvimento do feto, e como o seu corpo é comparado a um objecto de controlo, será apropriado permitir à mulher grávida a escolha legalmente protegida. Contudo, a protecção contra os custos dos cuidados à criança como parte do contracto pré-nupcial ou similar, de modo a salvaguardar a decisão do homem em querer assumir ou não a paternidade, não obrigando a futuros encargos não desejados.⁸⁴

Em relação a um argumento, normalmente utilizado para atribuir o poder de decisão exclusivamente à mulher grávida, que o corpo é dela e como tal, tem

poder de decisão sobre o mesmo, esta ideia pode ser facilmente refutável não só pelo motivo já anunciado anteriormente que o embrião/feto é uma entidade separada da mulher grávida, pode-se por sua vez afirmar que a formação daquele novo ser, deve-se à junção do gâmeta feminino e masculino.⁸⁵ Logo, a decisão caberia a ambos e não somente à mulher, na decisão no cabo de possível IVG.

De acordo com o autor supracitado, e contrariamente ao autor William Malagutti, a IVG é a “solução” mais rápida, barata e menos solidária. Como já foi referido, é evidente que não podemos ignorar as dificuldades socioeconómicas para “educar um (ou mais) filho (s) “não desejado (s);” ameaças e chantagens de “maridos”, como o abandono e a difamação; pressões sociais de perda de emprego; e outras situações sociais e culturais precárias.”⁸⁶

Contudo, segundo o autor, estes problemas não se resolvem a matar pessoas mas sim com esforço para tentar encontrar apoios psicológicos e económicos, emprego, escolas especiais, habitação com as condições necessárias, mecanismos de adopção. Claro que estas soluções são mais complexas, caras e exigem um maior empenho do que a IVG que, para além da mãe e do hospital especializado ou clínica, ninguém mais tem de se incomodar.⁸⁷

REFLEXÃO PESSOAL & CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho foi bastante interessante e estimulante, revelando-se um desafio. Com a sua elaboração constatou-se que a interrupção voluntária da gravidez é uma problemática bastante controversa e actual, em que

⁸² Idem

⁸³ DUARTE, Graciana A.; ALVARENGA, Augusta T.; OSIS, Maria J.; FAÚNDES, Anibal; HARDY, Ellen – *Perspectiva masculina acerca do aborto provocado*. Revista Saúde Pública, vol. 36 n.º 3, Junho 2002. Pág. 271-277. ISSN: 0034-8910 in <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n3/10487.pdf>

⁸⁴ ENGELHARDT, H. T. – *The Foundations of bioethics*. 2.ª edição. Nova Iorque. Oxford University Press. 1996. ISBN: 0-19-505736-8

⁸⁵ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter – *Bioética Simples*. Lisboa: Editorial Verbo, 2007. ISBN: 978-972-22-2738-4.

⁸⁶ MAGALHÃES, Vasco Pinto – *O Olhar e o Ver (À procura do lado construtivo da vida e do por dentro de todas as coisas)*. 4.º Edição. Coimbra. Edições Tenacitas. 2007. ISBN: 978-972-8758-45-5

⁸⁷ MAGALHÃES, Vasco Pinto – *O Olhar e o Ver (À procura do lado construtivo da vida e do por dentro de todas as coisas)*. 4.º Edição. Coimbra. Edições Tenacitas. 2007. ISBN: 978-972-8758-45-5

raramente existem opiniões que a considerem como um mal absoluto ou absolutamente correcta. Geralmente não se considera que interromper uma gravidez é a melhor opção, as divergências surgem relativamente à sua aplicação em casos específicos. Para além disso, é uma questão complexa, sobre a qual muitas pessoas não têm a informação necessária.

Ao longo do trabalho também pode verificar-se que são diversos os critérios que influenciam as respostas às questões “Quando começa a vida humana?”; “O que é uma pessoa?”; “O embrião/feto tem direito à vida?”. Desta forma, não é possível chegar a um consenso e definir respostas objectivas e universais.

Do lado dos argumentos a favor, destaca-se a importância fundamental de assegurar os cuidados de saúde profissionais a todas as mulheres, como forma de reduzir desigualdades e discriminações sociais que infelizmente estão presentes em todas as sociedades, mas também como forma de reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade associadas a práticas clandestinas.

Outro argumento que se realça é o facto de se fazer respeitar o princípio da autonomia, é certo que é dos princípios com maior relevância ao nível dos cuidados de saúde, contudo nesta situação, em nossa opinião não deveria se sobrepor a eventuais direitos do embrião/feto, especialmente o direito à vida. Ou outro processo, o processo contrário, na minha perspectiva, e de acordo com o referido na posição contra a IVG, a partir da nidação o futuro ser encontra-se definido e com carga genética que o irá acompanhar até ao final de vida.

Na questão legal e jurídica da IVG, consideramos que a Lei nº 6/84, Decreto-Lei nº 48/95 e Lei nº 90/97, com consequente redacção do Código Penal – Art. 142º, eram adequadas e respondiam às necessidades sociais e éticas da questão do aborto. No entanto, a nova Lei nº 16/2007 de 17 de

Abril / Portaria nº 741-A/2007 de 21 de Junho, ao atribuir o poder de decisão à mulher, condiciona e não tem em consideração os pareceres de outras entidades, nomeadamente o parecer do Conselho Nacional de Ética e Ciências da Vida.

A eficácia desta medida é um pouco contestável, uma vez que, actualmente verifica-se que algumas mulheres utilizam o aborto como medida de contracepção. Mesmo respeitando o período imposto pela lei para a reflexão da mulher, nem sempre são cumpridos os objectivos pré estabelecidos para o mesmo.

A inserção do homem como um dos intervenientes do debate sobre o aborto é recente, e ainda não é uma prática generalizada pelo que não existem estudos suficientes para se tirarem conclusões. Mas, se estes dispusessem de apoio legal e civil possivelmente seriam mais intersubjectivos na matéria. Em suma, actualmente e na história das IVG, o homem tem um papel nulo ou mínimo, e depende claramente da mulher para poder ter alguma posição válida sobre a questão.

Como futuro enfermeiro, e ao abrigo do parecer emitido pela Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro deverá na sua prática proteger e defender a vida humana sem distinção da sua natureza, intra ou extra-uterina, contudo a lei em vigor deverá ser respeitada e no caso de esta prática for contra os valores pessoais do enfermeiro é-lhe reconhecido o direito à objecção de consciência. Seja qual for a decisão do enfermeiro, este assume um papel preponderante nesta temática. Consideramos ter aplicado e desenvolvido o pensamento crítico, assim como técnicas de pesquisa, síntese e resolução de problemas. Desenvolvemos conhecimentos no campo de acção da Ética, analisámos a problemática da interrupção voluntária da gravidez através do confronto de diferentes perspectivas, como a perspectiva masculina e posteriormente elaborámos uma reflexão pessoal devidamente fundamentada. Desta forma, os objectivos inicialmente propostos foram atingidos. Efectuamos um balanço positivo relativamente à

elaboração deste trabalho, pelas novas e diferentes experiências e pela aquisição de novos conhecimentos e aptidões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARCHER, Luís; BISCAISA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. Lisboa. Editorial Verbo. 1996. ISBN 972-22-1719-4.
- ARCHER, Luís; BISCAISA, Jorge; OSSWALD, Walter; RENAUD, Michel – *Novos Desafios à Bioética*. Porto. Porto Editora. 2001. ISBN 972-0-06036-0.
- ENGELHARDT, H. T. – *The Foundations of bioethics*. 2.^a edição. Nova Iorque. Oxford University Press. 1996. ISBN: 0-19-505736-8
- FERREIRA, Manuela; DIAS, Maria Olívia – *Relacionamentos Interpessoal em Enfermagem*. Loures. Lusociência. 2005. ISBN: 972-8930-04-6.
- GAFO, Javier – *10 Palavras-chave em Bioética*. Coimbra. Editorial Verbo Divino. 1996. ISBN. 972-603-105-2.
- HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – *Dicionário da Bioética*. Lisboa. Instituto Piaget. 1993. ISBN: 972-8407-72-6.
- MAGALHÃES, Vasco Pinto – *O Olhar e o Ver (À procura do lado construtivo da vida e do por dentro de todas as coisas)*. 4.^o Edição. Coimbra. Edições Tenacitas. 2007. ISBN: 978-972-8758-45-5
- MALAGUTTI, Willian – *Bioética e Enfermagem: Controvérsias, Desafios e Conquista*. Rio de Janeiro. Editora Rubio. 2007. ISBN: 978-85-87600-95-0.
- MEIRELES, Luís; (Outubro - Dezembro, 2008). “*Interrupção Voluntária da Gravidez: Considerações Gerais e Perspectiva Masculina*”. Revista Percursos. 10.^a Edição. Pág. 3-12. ISSN: 1646-5067. (Artigo Revisto pelo Prof. Sérgio Deodato).
- NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter – *Bioética Simples*. Lisboa. Editorial Verbo. 2007. ISBN: 978-972-22-2738-4.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.
- SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui; SANTOS, Agostinho A. – *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto. Porto Editora. 1999. Pág. 143-146. ISBN: 972-0-06033-6.
- THOMPSON, Ian; MELIA, Kath; BOYD, Kenneth – *Ética em Enfermagem*. 4.^o Edição. Loures. Lusociência. 2004. ISBN: 972-8383-67-3.

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

- Código Civil Português (Actualizado até à Lei 59/99, de 30/06). <http://www.confap.pt/docs/codcivil.PDF>. 8 de Janeiro de 2011 - 10:29H.
- CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – *Relatório-Parecer 19/CNECV/97 sobre os Projectos de Lei Relativos à Interrupção Voluntária da Gravidez*. [4CCA-99E2-466211CE2D20/0/P019_IVG.pdf. 26 de Novembro de 2010 - 20:48H.

CORREIA, Luís Brito – *Aborto a Pedido Não*. 2006. <http://www.juntospelavida.org/noticias/Jan2007/Aborto%20a%20pedido%20NAO!.pdf>. 03 de Janeiro de 2011 - 20:38H.

DUARTE, Graciana A.; ALVARENGA, Augusta T.; OSIS, Maria J.; FAÚNDES, Aníbal; HARDY, Ellen – *Perspectiva masculina acerca do aborto provocado*. Revista Saúde Pública, vol. 36 n.º 3, Junho 2002. Pág. 271-277. ISSN: 0034-8910 \[in http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n3/10487.pdf\]\(http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n3/10487.pdf\)

GOLDIM, José Roberto – *Ética*. 2000. <http://www.ufrgs.br/bioetica/etica.htm>. 28 de Dezembro de 2010 pelas 14:30H.

NOGUEIRA, João Rui Duarte Farias; LOUREIRO, Rui Pedro Cardoso; SILVA, Ernestina M^a V. Batoca – *O Homem, a Ciência e a Bioética*. \[s.d.\]. <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/2.pdf>. 28 de Dezembro de 2010 - 12:02H.

NUNES, Lucília – *Enfermagem e Cidadania: uma relação de des-ocultar*. \[s.d.\]. \[http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/enfermagem_cidadania.pdf\]\(http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/enfermagem_cidadania.pdf\). 28 de Dezembro de 2010 - 14:45H.

NUNES, Lucília – *O que queremos dizer quando falamos de Ética?* \[s.d.\]. \[http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/oquequeremosdizerquandofalamosdeetica.pdf\]\(http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/oquequeremosdizerquandofalamosdeetica.pdf\). 28 de Dezembro de 2010 pelas 14:46H.

OLIVEIRA, Maria de Fátima; CAMÕES, Cristina – *A ética na avaliação psicológica: uma perspectiva psico-filosófica*. 2002. \[http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0003&area=d1\]\(http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0003&area=d1\). 28 de Dezembro de 2010, pelas 11:25H.

ORDEM dos Enfermeiros – *IVG e Objecção de Consciência em Enfermagem*. 2007. <http://www.ordemEnfermeiros.pt/index.php?page=29&view=news:Print&id=463&print=1>. 29 de Dezembro de 2010 pelas 11:05H.

<http://www.aborto.com/legisla%C3%A7ao.htm>, retirado a 29 de Dezembro de 2010 pelas 15:26H.](http://www.cnecv.gov.pt/NR/rdonlyres/3D733FE4-5BE0-</p>
</div>
<div data-bbox=)



A REPRESENTAÇÃO DO PAPEL DO PAI NO ALEITAMENTO MATERNO⁸⁸

REPRESENTATION OF THE FATHER'S ROLE IN BREASTFEEDING

ALVES, Ana Raquel⁸⁹; CARRETO, Fernando⁹⁰; FREITAS, Sandra⁹¹ COSTA, Fernanda⁹²; RAMOS, Ana⁹³

Resumo

Tem-se evidenciado, cada vez mais, que o aleitamento materno é bastante benéfico para a saúde e desenvolvimento dos lactentes sendo que, neste contexto, o maior enfoque é dado à mãe e bebé, passando o pai para um papel secundário (COSTA, 2007). Deste modo, o presente trabalho visa identificar de forma objectiva o papel do pai durante o aleitamento materno e as acções que o enfermeiro pode desenvolver de modo a conseguir uma maior inclusão do pai neste período.

Palavras-chave

Aleitamento materno, Amamentação, Pai, Parentalidade, Paternidade.

Abstract

Has become evident, increasingly, that breastfeeding is very beneficial to health and development of infants. In this context the main

focus has been given to the mother and baby, assuming the father a minor role. Thus, this academic work as the main objective of identifying the role of the father during breastfeeding and the actions that nurses can develop in order to achieve greater inclusion of the father in this period.

Key-Words

Breastfeeding, Father, Paternity, Parenting.

INTRODUÇÃO

O grupo decidiu trabalhar a “*Representação do papel do pai no aleitamento materno*” sendo que as razões que suportam a escolha deste tema são diversas. Em primeiro lugar, o facto de ser um tema deveras interessante e em segundo por ser pouco explorado pela comunidade⁹⁴ (COSTA, 2007), porque, muitas das vezes o aleitamento materno é considerado responsabilidade (quase exclusiva) da mulher, colocando o pai numa posição pouco activa (Marques, 2007). Nessa linha de pensamento, pensamos que possa ser uma área de maior investimento por parte dos profissionais de saúde e, essencialmente dos Enfermeiros já que estes têm o privilégio de acompanhar o casal “grávido” desde a vigilância pré-natal, gravidez, parto, puerpério e, inclusive, nas consultas subsequentes de saúde infantil, o que lhes permite ter um vasto campo de actuação/ intervenção. Esta intervenção deve sobretudo capacitar o pai como elemento activo no período pré, intra e pós-parto, encorajando a participação e a colaboração dos pais orientando-os nesta nova fase das suas vidas.

Assim, como objectivo geral do trabalho definimos: compreender o papel do pai durante o aleitamento materno e identificar as intervenções do enfermeiro que podem levar a uma inclusão do pai durante

⁸⁸ No âmbito da unidade curricular de enfermagem VI, Mulher e Saúde Reprodutiva, do 1º semestre do 3º ano do 8º Curso de Licenciatura de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal foi proposta a realização de um artigo científico. O tema deste era opcional com o critério de estar inserido no conteúdo programático desta unidade curricular.

⁸⁹ Estudante do curso de Licenciatura em Enfermagem, 3º ano na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

⁹⁰ Idem

⁹¹ Ibidem

⁹² Professora Adjunta da ESS-IPS. Responsável da Unidade Curricular. Revisão Científica.

⁹³ Professora Adjunta da ESS-IPS. Tutora do grupo na construção do artigo. Revisão Científica.

⁹⁴ Para a realização do presente artigo foram utilizadas diversas bases de dados, tais como b-on, Scielo, Medline, Pubmed, bem como páginas de internet de determinadas organizações: OMS, UNICEF, American Academy of Pediatrics, Direcção Geral de Saúde, Sociedade Portuguesa de Pediatria, entre outras. As palavras-chave usadas foram principalmente: Aleitamento materno, maternidade, pai, paternidade e parentalidade.

este período. Para atingir estes objectivos, procuraremos reflectir sobre a problemática supracitada, pesquisar e analisar a evidência existente, para posteriormente compreender o contributo e importância/benefícios da participação do pai no aleitamento materno e, assim, poder aplicá-la durante a prática de enfermagem.

O ALEITAMENTO MATERNO

O Leite materno é a primeira prática alimentar a ser estimulada para a promoção da saúde, formação de hábitos alimentares e prevenção de muitas doenças (COSTA, 2007).

Segundo Loedermilk e Perry (2008), os benefícios do aleitamento materno são evidentes para o saudável desenvolvimento da criança afirmando que “(...) é bacteriologicamente seguro (...) os nutrientes do leite materno são equilibrados (...) sofre alterações ao longo do tempo para satisfazer as necessidades da criança (...) contém factores de crescimento (...) fornece factores de imunização (...)”.

Assim sendo, um aspecto importante no aleitamento, segundo as mesmas autoras, centram-se nos benefícios fisiológicos e psicológicos que advêm para a mãe, reforçando os laços entre mãe e filho, promovendo um sentimento de plenitude da mulher “reforçando o papel maternal”, promovendo a “diminuição da hemorragia pós-parto (...) diminuição do risco de cancro da mama útero e ovário (...)”.

Costa (2007) acrescenta ainda que o leite materno ajuda a proteger de nova gravidez, reduz a depressão pós-parto e contribui para a recuperação física no pós-parto.

Efectivamente, tudo o mencionado é descrito na “Declaração de Innocenti”⁹⁵, uma declaração conjunta entre a OMS e UNICEF.

As vantagens do aleitamento materno transcendem a esfera mãe-filho, englobando as famílias e sociedade. O aleitamento materno proporciona “redução dos custos anuais com os cuidados de saúde (...) menor absentismo por parte dos pais ao trabalho por doença dos filhos (...)” (LOEDERMILK E PERRY, 2008) e favorece o meio ambiente com a “redução do impacto ambiental relacionado com eliminação das latas das fórmulas lácteas” (Idem). Infelizmente, perante tantos benefícios e a recomendação da OMS de amamentação exclusiva até ao sexto mês de vida e continuidade do aleitamento materno até aos dois anos de idade, ou mais, está longe de ser cumprida⁹⁶ (COSTA, 2007).

O PAPEL DO PAI E A PARTICIPAÇÃO NO ALEITAMENTO MATERNO

Apesar da vasta evidência sobre os benefícios do aleitamento materno ou a vinculação mãe-filho são escassos os que ilustram a figura paterna como um agente activo.

Efectivamente, com o desenvolver de investigação e a própria abertura social a outras metodologias e abordagens nesta área, constata-se que o pai poderá ter um papel importante nesta fase do desenvolvimento do seu filho contribuindo para o seu desenvolvimento por via do reforço da vinculação filho-pai e filho-família, para além da habitual vinculação mãe-filho (PIAZZALUNGA, C, *et al*, 2009).

Assim sendo, o pai torna-se interveniente no processo e, conseqüentemente, verifica-se uma maior presença junto ao filho, afastando gradualmente o modelo anterior de rigidez e distanciamento do pai caracterizado por sociedades mais austeras, sendo a figura paterna apenas o pai

⁹⁵ [Http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm](http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm)

⁹⁶ Segundo Sandes *et al* (2007) o abandono do aleitamento materno relaciona-se com a insegurança das mães para amamentar e com a incapacidade de suprir eficazmente as necessidades nutricionais do bebé. Segundo os mesmos autores a taxa de aleitamento materno, à saída da maternidade é aproximadamente 91%, verificando-se uma acentuada taxa de abandono aos três e seis meses. Ao longo do presente artigo enumeram-se diversas intervenções do pai essenciais para o prolongamento do período de amamentação.

e chefe de família atribuindo-se a responsabilidade do parto e do cuidar da criança à mãe (COSTA, 2007).

O conceito de “pai participante” na gravidez é cada vez mais frequente, adoptando uma atitude mais participativa, deste modo, desenvolveu-se um conceito de parentalidade⁹⁷ mais assertivo e integrador do pai no processo que, até à data, era exclusivo da mãe.

Segundo Loedermilk e Perry (2008), *“historicamente a transição para a parentalidade era encarada como uma crise. A perspectiva actual considera que a parentalidade é uma transição desenvolvista (...)”* ancorada e fundamentada com os actuais padrões da sociedade.

As mesmas autoras referem que as estratégias de coping utilizadas pelos progenitores, na maioria das vezes, são ineficazes visto que *“alguns pais podem estar tão exaustos que são incapazes de se apoiarem mutuamente”* sendo que a transição pode ser mais difícil para os pais (homens), pois estes *“sentem-se carentes quando as mães, que também estão a passar por dificuldades, não lhes podem fornecer o nível de apoio habitual”*.

Efectivamente, a presença de um novo ser proporciona alterações do quotidiano. Actualmente tem-se verificado que nas sociedades mais desenvolvidas ambos os elementos do casal trabalham e levam uma vida profissional activa em sintonia com uma vida familiar igualmente partilhada, dividindo tarefas no lar, pelo que no nascimento de filhos essas partilhas tornam-se mais evidentes e justificadas, desenvolvendo-se progressivamente um novo pai participante e presente (PONTES, C, *et al.* 2008).

Costa (2007) afirma que a preparação *“do homem para a nova situação de pai é essencial para ele*

compreender as modificações que ocorrem na dinâmica familiar com a vinda do bebé e, a partir disso, melhorar a sua participação e ajuda à esposa no período da amamentação - atitudes importantes para o sucesso da prática do aleitamento materno. É necessário superar barreiras quando surgem sentimentos no pai de separação da companheira e sentimentos de omissão e inabilidade no período da amamentação”.

No entanto, após o nascimento de um filho o progenitor encontra-se numa fase de confusão e conflito de papéis, exigindo uma adaptação masculina à nova realidade iniciando-se assim o envolvimento⁹⁸ do pai com o bebé.

Para Loedermilk e Perry (2008), este envolvimento caracteriza-se pelo descobrir de um conjunto de reacções sensitivas tais como o toque e o contacto visual com o recém-nascido. Inúmeras vezes observamos os pais a dedicarem imenso tempo à interacção física com os seus filhos verificando-se *“um sentimento de aumento de auto-estima e um sentimento de orgulho”*, situação vivida mais intensamente quando se trata do primeiro filho.

O reconhecimento da limitação por parte do pai em função das suas expectativas acompanhada por sentimentos de frustração, tristeza, ambivalência, ciúme devido à incapacidade de participar na amamentação e um desejo de maior envolvimento pelos pais são descritos, segundo a mesma fonte bibliográfica, como emoções e reacções sentidas num processo de adaptação paterna. Estas deverão ser partilhadas com a sua companheira como método e forma de diminuição do seu sentimento de ciúme.

Segundo Marques (2007), a presença efectiva do actor masculino neste processo de aprendizagem de competências por parte da mãe reveste-se de uma importância vital, pois o mesmo poderá

⁹⁷ Período de tempo desde a decisão parental pré-concepção, até aos primeiros meses após o nascimento do bebé, durante o qual os pais definem os seus papeis e se adaptam à parentalidade. LOEDERMILK E PERRY 2008

⁹⁸ Uma absorção, preocupação e interesse parental pelo bebé; termo especialmente utilizado para descrever o intenso fascínio do pai pelo recém-nascido. LOEDERMILK E PERRY 2008

contribuir positivamente para esta aquisição de aptidões, justificando a *“possibilidade de convencer a sociedade das vantagens e da legitimidade da sua presença em todas as fases do exercício da paternidade, desde a contracepção à concepção, ao envolvimento em todas as fases da gravidez e do nascimento, ao acompanhamento na primeira infância, ... na educação e protecção dos seus filhos”*.

O autor, em jeito de conclusão do seu estudo, afirma a *“importância de aprofundar o conhecimento acerca das vivências e construções sócio-cognitivas masculinas quanto à reprodução, dada a saliência que ainda hoje é atribuída à óptica feminina”* encorajando toda a classe profissional de saúde a reforçar o papel que o homem poderá desenvolver nesta equação e dos benefícios daí resultantes para a mãe, filho e no seu todo, casal.

Tendo em conta as mudanças familiares das últimas décadas, bem como a importância crescente da presença e contribuição do pai na família, surgiu em Portugal um conjunto de legislação de protecção à paternidade, que tem vindo a ser alterada nos últimos anos de modo a conferir direitos aos progenitores, atribuindo-se algum enfoque ao progenitor masculino. Assim, o pai passa a ter direito a um subsídio parental inicial (exclusivo do pai) que reforça institucionalmente o papel participativo do pai no acompanhamento e educação do filho, conferindo-lhe direitos que até então não lhe eram atribuídos^{99,100}.

Politicamente, através de acções jurídicas e consequentemente sociais, tem vindo a crescer um conjunto de preocupações e motivações respeitante à posição paterna no processo de parentalidade.

Tendo em conta as mudanças familiares das últimas décadas, bem como a importância crescente da presença e contributo do pai na

família, surgiu em Portugal um conjunto de legislação de protecção à paternidade, que tem vindo a ser alterada nos últimos anos de modo a conferir direitos aos progenitores, atribuindo-se algum enfoque ao progenitor masculino, reforçando-se assim, institucionalmente, o papel participativo do pai no acompanhamento e educação do filho, conferindo-lhe direitos que até então não lhe eram atribuídos.

O PAI, O ENFERMEIRO E O ALEITAMENTO MATERNO

A literatura, de modo gradual, tem vindo a reconhecer a necessidade da inclusão e participação do homem (COSTA, 2007). Deste modo, é dever do profissional de saúde, mais concretamente do enfermeiro, inculcar a necessidade do pai estar presente durante o aleitamento. Na perspectiva da autora, o pré-natal e o puerpério são períodos importantes, onde toda a família deveria participar nas questões referentes ao aleitamento materno, dissipando mitos e dúvidas que envolvem essa prática. Mais uma vez enfatiza-se a importância do enfermeiro neste processo, que para além da competência de comunicação com os pais deve deter conhecimento sobre o aleitamento materno e os seus benefícios, não só para a criança, como para a mãe e família. Assim, durante a avaliação inicial, na entrevista, o enfermeiro poderá detectar por vezes um conhecimento diminuído¹⁰¹ por parte do pai acerca deste assunto encetando e dirigindo metodologias e intervenções dirigidas para pai. Deste modo, o enfermeiro tem como resultado esperado a integração do pai neste processo capacitando-o e atribuindo-lhe empowerment na interligação necessária com a mãe para um processo de amamentação que se quer eficaz. Apesar da pouca evidência que referencie, no período pré natal o enfermeiro, dotado de uma linguagem simples e objectiva, deve

⁹⁹ Decreto lei nº91/2009 – protecção na parentalidade no âmbito do sistema previdencial

¹⁰⁰ Decreto lei nº 89/2009 de 9 de Abril - regulamenta a protecção na parentalidade, no âmbito da eventualidade maternidade, paternidade e adopção, no regime de protecção social convergente.

¹⁰¹ De acordo com CIPE 1.0

encorajar o futuro pai a participar no momento da amamentação e na óptica de Kurinho, Boécio e Martins ([s.d.]) o Enfermeiro deve servir como elo de ligação entre o conceito teórico e o conceito prático *“desmistificando os anseios das gestantes sobre a amamentação, os seus benefícios, a sua importância e principalmente a relação de afecto”* entre mãe, filho e pai.

Assim concluí-se que durante o período pré-parto, o ensino sobre a participação do pai no aleitamento materno é fundamental, porque se considera muito forte a influência do pai sobre o início e a duração da amamentação (COSTA, 2007).

O melhor momento para inserir o pai no processo da amamentação é durante as consultas pré-natal como referido. Deste modo, o pai deve esclarecer as suas dúvidas, informar-se sobre os benefícios do leite materno, dispondo-se a apoiar a mãe, oferecendo-lhe suporte emocional e ajuda para superar as crises ou dificuldades que possam surgir durante a amamentação, o que fará o pai sentir-se integrado e participativo, a mãe terá apoio e auxílio necessários, o recém-nascido beneficiará das vantagens do leite materno e por fim a vinculação entre ambos fortalecerá.

Existem estudos (COSTA, 2007; LEAL e MARINHO, 2004; PONTE, ALEXANDRINO e OSÓRIO, 2008) que comprovam que a sensibilização do pai no que respeita aos benefícios do leite materno influencia o início e a duração do aleitamento materno, bem como a vontade da mulher em amamentar.

Uma vez iniciada a amamentação é importante o reforço do pai, assim como o apoio verbal e os elogios à mulher. De facto, essa atitude positiva por vezes é o suficiente para a mãe se sentir tranquila e facilitar o acto de mamar, visto que estimula o reflexo da oxitocina.

Existem, igualmente, alguns cuidados que poderão ser realizados pelo pai, promovendo o seu desenvolvimento, bem como melhorando a relação

do casal, tal com a massagem¹⁰² para estimular o reflexo da oxitocina. É uma massagem em ambos os lados da coluna com os polegares, com pequenos movimentos circulares no sentido do pescoço para as omoplatas. Esta pode ser realizada pelo pai, todavia há um outro número de actividades que podem ser concretizadas pela figura paternal, tais como *“o pai pode estar por perto ajudando a mãe e o bebé a posicionarem-se confortavelmente; O pai pode ficar juntinho se esta for a vontade ou o desejo da sua companheira, ajudando-a a sentir-se mais segura e confiante; O pai pode ajudar, ocupando-se de outro filho, caso exista, enquanto a mãe está ocupada com o bebé a dar-lhe de mamar; O pai pode trazer o cesto/caixa com os utensílios necessários, (fraldas, discos para o peito, cremes, etc.) de apoio à amamentação; O pai pode, no final, ajudar o bebé a arrotar”*¹⁰³;

Todavia, o pai somente irá ser uma figura activa se estiver motivado e tiver conhecimento das tarefas que estão ao seu alcance. Assim sendo, o enfermeiro deve encorajar o futuro pai a participar.

Segundo Marinho e Leal (2004) os estudos desenvolvidos na Europa e nos Estados Unidos da América *“acerca das atitudes dos profissionais de saúde face ao aleitamento materno têm demonstrado uma concordância sobre os benefícios do aleitamento materno e a uma assunção do papel dos técnicos na promoção do aleitamento, o que se reflecte, de uma forma geral, em atitudes muito positivas”*.

CONCLUSÃO

Consideramos que a temática escolhida é extremamente pertinente uma vez que a

¹⁰² Segundo as recomendações da OMS para um nascimento saudável deve-se evitar o uso de métodos invasivos ou farmacológicos usufruindo dos benefícios de métodos como massagem e técnicas de relaxamento (http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=373&id_subcategoria=1). Assim sendo, apesar de não haver evidência científica que o justifique sugerimos que estas mesma massagem seja realizada pelo pai de modo a aumentar a sua participação neste período.

¹⁰³<http://www.amamentar.net/MãesPais/Tomarsepai/Participaçãodopainoaleitamentomaterno/tabid/298/Default.aspx>

importância do pai durante o aleitamento é muitas vezes ignorada; mas, através da pesquisa de evidência científica efectuada, apercebemo-nos que este tem um papel fundamental, pois, pode actuar tanto como um apoio para a mãe, que está numa fase bastante vulnerável e mais debilitada, como também ajuda na construção de uma identidade familiar, com uma maior vinculação entre todos.

Para além do supracitado, este trabalho é uma peça essencial para a formação enquanto futuros enfermeiros, visto que ficou muito bem expresso que o enfermeiro não deve focar os ensinamentos somente à mãe mas também ao pai, pois a sua motivação e inclusão é imprescindível para vivenciar esta fase do melhor modo possível. Contudo, apesar de ser explícito a importância do papel do pai no aleitamento materno ainda existe muito trabalho a desenvolver, uma vez que a evidência científica a favor da participação do pai é reduzida e grande parte da existente limita-se a enumerar os benefícios da participação do pai e não as actividades que o mesmo pode realizar.

Na nossa óptica, esta temática deveria ser mais abordada e investigada por futuros estudos, o que, caso se verifique, alertará os enfermeiros para este assunto e, por conseguinte, poderão desenvolver intervenções dirigidas à figura paterna.

Por tudo isto, atingimos os objectivos propostos na introdução do trabalho dado que através da pesquisa e análise da mesma conseguimos reflectir e conhecer melhor esta temática, o que nos possibilitou, posteriormente, a compreensão do papel que o pai pode ter e a importância/benefícios da participação do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

– COSTA, C. – *Representação do papel do pai no aleitamento materno*. Porto [s.n.]. 2007. Tese de Mestrado em Nutrição Clínica entregue com vista à obtenção do grau de mestre no âmbito do mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Pt.

- LOWDERMILK, D; PERRY, S. – *Enfermagem na Maternidade*. 7º ed. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-989-8075-16-1.
- MARINHO, Carla; LEAL, Isabel – *Os profissionais de saúde e o aleitamento materno um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros*. Psicologia, saúde & doenças. ISSN 1645-0086. Vol. 5, nº1. (2004). 93-105.
- MARQUES, A; - *Gravidez na adolescência: A perspectiva da paternidade* – Offset Mais artes Gráficas. ISBN-978-972-597-294-6. (2007).
- PIAZZALUNGA, C; LAMOUNIER, J. - *A paternidade e sua influência no aleitamento materno*. Pediatria (São Paulo). ISSN: 0101-3858. 49-57. Vol.31, n.º 1. 49-57
- PONTES, C; ALEXANDRINO, A; OSÓRIO, M. - *Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos*. Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro). ISSN: 0021-7557. Vol.84 nº4. (2008). 357-364.
- SANDES, Ana Rita *et al* - *Aleitamento Materno: Prevalência e Factores Condicionantes*. Acta Med Port ISSN 1646 - 0758 . Vol.º 20 n.º1 (2007). 193-200.
- SANDRE-PEREIRA, G. – *Amamentação e Sexualidade*. Revista Estudos Feministas. ISSN: 0104-026X. Vol.º 11, nº2. (2003) 467-491.
- SANTOS, Vanessa; BÁRCIA, Sónia – *Contributo para a adaptação transcultural e validação da “Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form” – Versão Portuguesa*. Rev Port Clin Geral. ISSN 0870-7103 Vol. 25 N.º 1 (2009). 363-369

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

- Aleitamento
http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=373&id_subcategoria=1 10-12-09. 20:25
- KURINHO, E; BOÉCIO, M; MARTINS, R.I – *O papel do enfermeiro na orientação da amamentação*. [Http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revisita_enfermagem/oitavo_b_noite/artigo12.pdf](http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revisita_enfermagem/oitavo_b_noite/artigo12.pdf). 01-11-2009. 18:49.
- Decreto-lei Nº89/2009 de 9 Abril – Regulamenta a protecção na parentalidade, no âmbito da eventualidade maternidade, paternidade e adopção no regime de protecção social convergente.
<http://www.dgap.gov.pt/index.cfm?OBJID=91f17207-d63e-4f78-a525-4e8140f46f49&ID=897> 09-12-2009. 22:47
- Decreto-lei Nº91/2009 de 9 Abril – Protecção na parentalidade no âmbito do sistema previdencial.
[Http://bdjur.almedina.net/sinopse.php?field=node_id&value=1441177](http://bdjur.almedina.net/sinopse.php?field=node_id&value=1441177) 09-12-2009. 22:43
- UNICEF
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> 10-12-09. 18:34