



FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

Armandina Antunes

Alice Ruivo

Joaquim Lopes

Paula Leal

Colaboradores Permanentes

Ana Paula Gato

Cândida Ferrito

Fernanda G. Costa

Lurdes Martins

Mariana Pereira

Colaboradores no Número

Sérgio Deodato

Ana Filipa Cândido

Ana Macedo

Ana Paula Santos

Ana Patrícia Marques

Ana Pereira

Ana Sofia Loureiro

Bruno Mendes

Cátia Vicente

Catarina Martins

Daniela Mariano

Diana Costa

Inês Galego

Joana Sezões

João Banza

João Martins

Julieta Máximo

Miriam Cardoso

Nádia Guerra

Nélia Cardoso

Nuno Gouveia

Nuno Oliveira

Rosana Silva.

Raquel Martins

Soraia Lobo

Susana Esteves

Telma Machado

Regras de Publicação:
Revista N.º 5, 2007

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt

antonio.freitas@ess.ips.pt

Janeiro-Março 2012, nº 23

Percurso

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

Número temático

De Deontologia Profissional



Sigilo Profissional

Ana Pereira; Ana Macedo; Bruno Mendes; Joana Sezões;
Telma Machado. Rev Sérgio Deodato

3

Delegação em enfermagem

Ana Sofia Loureiro; Inês Galego; João Banza;
Raquel Martins; Soraia Lobo. Rev Sérgio Deodato

9

Autonomia profissional e complementaridade funcional em enfermagem

Ana Paula Santos; Catarina Martins, Daniela Mariano;
João Martins; Susana Esteves. Rev. Sérgio Deodato

12

Deveres para com a comunidade

Ana Filipa Cândido; Julieta Máximo; Miriam Cardoso;
Nélia Cardoso; Nuno Gouveia; Nuno Oliveira.
Rev. Sérgio Deodato

16

Objeção de consciência em enfermagem

Ana Patrícia Marques; Cátia Vicente; Diana Costa; Nádia
Guerra; Rosana Silva. Rev. Sérgio Deodato

19

Editorial

Neste número da *Percursos*, os artigos dizem respeito a trabalho desenvolvido em sede da unidade curricular de Deontologia Profissional II, no primeiro semestre do quarto ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, entendidos como relevantes para reflexão e disseminação. Daí, a designação de número temático *De Deontologia Profissional*.

Sigilo Profissional

“Historicamente tem-se considerado que os profissionais de saúde têm a obrigação ética de sigilo profissional de todas as informações no exercício da sua profissão, sendo que as bases morais que sustentam este dever se apoiam em três argumentos: o respeito pela autonomia da pessoa, a existência de uma relação terapêutica e a confiança social nos profissionais de saúde”. Hoje, tempo de novas e muitas tecnologias, a protecção da informação e o sigilo tornam-se efetivamente temas candentes.

Delegação em enfermagem

“O enfermeiro delega componentes dos cuidados - *tarefas* - que são atos necessários para a concretização do cuidado, mas não são o cuidado em si. Como foi referido anteriormente, as pessoas a quem são delegadas as tarefas de enfermagem têm de ter preparação para as poder executar o que implica a possibilidade de delegação quando exista pessoal funcionalmente dependente, que tenha preparação necessária e que a natureza das tarefas se conjugue com o grau de dependência dos cuidados de enfermagem o que pressupõe que seja realizada a “*apreciação da natureza da tarefa a delegar*”, o “*juízo diagnóstico do enfermeiro*”, a “*avaliação do grau de dependência em cuidados de Enfermagem*” e a “*relação da tarefa com a dependência em cuidados de Enfermagem*”.¹

Distinguível de *task-shifting* (transferência de tarefas), a delegação precisa de ser bem conhecida para ser devidamente implementada.

Autonomia profissional e complementaridade funcional em enfermagem

“, é importante entender que todo o processo relativo à prestação de cuidados pressupõe uma intervenção multidisciplinar e conseqüentemente trabalho de equipa. É na simbiose entre o reconhecimento das competências de

cada profissional de saúde e no cumprimento dos deveres para com as outras profissões, os quais estão previstos na alínea a) e alínea b) do artigo 91º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), que o enfermeiro exerce a complementaridade funcional.”

Importa estudar o assunto, particularmente nestes tempos em que a inter e a multiprofissionalidade se impõem no campo da saúde.

Deveres para com a comunidade

“Porque se vivem e preveem tempos difíceis na disponibilização de meios para dar resposta às necessidades das pessoas/clientes, deve ter-se em atenção situações que coloquem em causa o acesso aos cuidados de saúde. Reforçar a intervenção dos enfermeiros na comunidade é assumir a responsabilidade que decorre do mandato social da profissão. Portanto, devido às dificuldades que hoje em dia a população vive relativamente aos cuidados de saúde é essencial que os profissionais de saúde apliquem em pleno os seus conhecimentos e competências ao nível da comunidade.”

Objeção de consciência em enfermagem

sim apenas invocado em situações limite e em casos extremos, após uma reflexão consciente e de “*uma tomada de posição com base em valores morais e éticos, em princípios racionalmente justificáveis, em conhecimentos sólidos e em convicções profundas*” (PACHECO, Susana, 2004 p. 174). Além disso, esta tomada de decisão “*é profundamente responsabilizadora pela exigência de congruência inequívoca entre pensamento e acção.*”

A unidade curricular foi regida pelo Professor Sérgio Deodato, que reviu os artigos dos estudantes para esta publicação. A todos, um agradecimento especial, até considerando que todos os intervenientes finalizaram a sua relação com o Departamento de Enfermagem – o docente saiu da ESS/IPS e os estudantes do 9º CLE concluíram a Licenciatura.

Boas leituras!

¹ Idem. p. 5

SIGILO PROFISSIONAL

PROFESSIONAL SECRECY

Ana Pereira; Ana Macedo; Bruno Mendes; Joana Sezões;
Telma Machado.

Revisão Sérgio Deodato

Trabalho realizado na unidade curricular de “Deontologia Profissional II”
7º Semestre do CLE, 2011/2012

INTRODUÇÃO

O sigilo profissional é o dever por parte dos profissionais de saúde em respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais. Só assim se consegue garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde, com o enfermeiro a estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas de quem cuida, solidificada na confiança.

Os objetivos que pretendemos atingir neste artigo, são: aprofundar os conhecimentos acerca da deontologia profissional; compreender a importância do “Código Deontológico do Enfermeiro” (CDE) para a enfermagem; refletir sobre o artigo 85º do CDE; analisar o sigilo profissional em enfermagem numa perspectiva ética, jurídica e deontológica.

O método utilizado para alcançar tais objetivos foi a pesquisa bibliográfica - na qual, de entre todos os autores encontrados, selecionamos os mais pertinentes tendo em conta a temática do trabalho - e a análise interpretativa de documentos oficiais como o CDE², o REPE³, os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e o Código Penal.

PERSPECTIVA ÉTICA

As questões relacionadas com a intimidade, a privacidade ou sigilo profissional são de elevada sensibilidade (PINHEIRO, 2009) e estão fundamentadas segundo princípios éticos, embora

seja igualmente importante abordar o plano deontológico e jurídico.

Segundo PINHEIRO (2009), a confidencialidade é encarada como sigilo ou segredo profissional dependendo das várias profissões sendo que “*segredo é a coisa ou circunstância que se oculta aos outros, facto sobre o qual se guarda rigoroso silêncio, não o comunicando a terceira pessoa e corresponde ao silêncio sobre algo que nos foi confiado*”. O sigilo profissional define-se como um caso especial de segredo confiado (PINHEIRO, 2009).

Historicamente tem-se considerado que os profissionais de saúde têm a obrigação ética de sigilo profissional de todas as informações no exercício da sua profissão, sendo que as bases morais que sustentam este dever se apoiam em três argumentos: o respeito pela autonomia da pessoa, a existência de uma relação terapêutica e a confiança social nos profissionais de saúde (MARROQUÍN, [s.d.]).

Relativamente ao respeito pela autonomia da pessoa, existem autores que consideram ser esta a principal premissa da obrigação ética de sigilo profissional. Sem confidencialidade não há privacidade, e sem esta perde-se o controlo da própria vida pois existe uma correlação entre o direito da pessoa em preservar a sua intimidade e o dever de sigilo profissional (MARROQUÍN, [s.d.]).

A pessoa, ao perder a sua privacidade, perde o controlo de si mesma e pode sentir-se devassada, insegura, tornar-se agressiva e claro, perde a confiança nos profissionais de saúde, pois o desrespeito pela sua intimidade pode provocar danos que ameaçam o seu equilíbrio interno e gerar situações de *stress* (NUNES, 2006 *in* PINHEIRO, 2009).

Em complemento às ideias anteriormente defendidas, o CDE no seu artigo 78º consagra que “*as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*”. A dignidade humana constitui-se como uma base ética através da qual decorrem os outros princípios, que devem constar em todas as decisões e intervenções de enfermagem. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005).

² CDE – “Código Deontológico do Enfermeiro”, incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

³ REPE – “Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros”, aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.

PINHEIRO (2009) refere ainda que o “*sigilo profissional não é um direito dos profissionais, um seu privilégio: é antes, uma necessidade inalienável do paciente, um dos seus direitos fundamentais*”.

O segundo argumento ético que apoia o sigilo profissional é a existência de um contrato terapêutico na relação clínica. Neste contrato são trocadas informações que são “*propriedade*” do cliente com a condição de que esta é usada única e exclusivamente para a prestação de cuidados de saúde (MARROQUÍN, [s.d.]). Entre os intervenientes deste contrato, estabelece-se uma relação de respeito, veracidade e fidelidade aumentando o clima de confiança que dinamiza a relação com o cliente (PINHEIRO, 2009). Este argumento é corroborado por VIEIRA (2010) que refere que “*a veracidade e a confidencialidade nas relações são exigências desta relação e sem elas colocamos em perigo tudo aquilo que é ser enfermeiro na perspectiva da nossa obrigação e do nosso compromisso para com as pessoas*”, pois a pessoa deve ser agente ativo no ato da prestação de cuidados (VIEIRA, 2010).

A terceira razão que justifica a necessidade de sigilo profissional na enfermagem é a confiança social nos profissionais de saúde, pois se não houvesse o compromisso de sigilo das informações dadas, os clientes não aderiam aos cuidados de uma forma tão confiante, sendo que as consequências de não confidencialidade seriam muito graves para a sociedade (MARROQUÍN, [s.d.]).

PINHEIRO (2009) refere ainda que se os clientes não confiassem que os profissionais de saúde mantêm o sigilo, negariam o acesso à sua privacidade e não revelariam aspetos necessários à própria prestação de cuidados.

PERSPECTIVA JURÍDICA

A base legal do dever de sigilo na legislação portuguesa encontra-se na Constituição da República Portuguesa, no número 1 do seu artigo 26º, que consagra o direito “*à reserva da privada e familiar*” das pessoas.

Constituição da República Portuguesa

Artigo 26.º

Outros direitos pessoais

1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à **reserva da intimidade da vida privada e familiar** e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.

2. A lei estabelecerá garantias efectivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.

A densificação do regime jurídico do dever de sigilo encontra-se na Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

O número 2 da Base XIII estabelece a confidencialidade da informação, mesmo na articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde e alínea d) do nº 1 do Base XIV consagra o direito dos utentes do sistema de saúde à reserva da sua privacidade.

Lei de Bases da Saúde

Base XIII

Níveis de cuidados de saúde

2 - Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.

Lei de Bases da Saúde

Base XIV

Estatuto dos utentes

1 - Os utentes têm direito a:

d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;

O segredo profissional encontra-se também consagrado pelo Código de Processo Penal, no número 1 do artigo 135º, bem como se determinam as condições em que esse segredo poderá ser quebrado. Em concreto, estabelece-se que os profissionais de saúde podem abster-se de revelar informação de saúde em tribunal, no respeito pelo dever de sigilo perante as pessoas ao seu cuidado.

A quebra do sigilo implica consequências legais para quem a pratica, que constam no Código Penal, nomeadamente nos artigos 192º, 195º e 383º.

Código Penal

Artigo 192.º Devassa da vida privada

1 - Quem, sem consentimento e com intenção de devassar a vida privada das pessoas, designadamente a intimidade da vida familiar ou sexual:

- a) ...
- b)...
- c)...

d) Divulgar factos relativos à vida privada ou a doença grave de outra pessoa;

É punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias.

Artigo 195.º Violação de segredo

Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias. “

A Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro, referente à informação genética pessoal e informação de saúde, também contempla o sigilo no seu artigo 3º, que consagra a “propriedade” da informação em saúde, no artigo 4º sobre o tratamento da informação em saúde e no artigo 5º.

E por último, mas não menos importante, a “Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da biologia e da medicina: Convenção sobre os direitos do Homem e da Biomedicina”, ratificado para o direito português pela Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de Janeiro, também consagra nos números 1, 2 e 3 do artigo 10º, o direito ao respeito pela vida privada e à informação.

PERSPECTIVA DEONTOLÓGICA

Depois de analisar o sigilo profissional numa perspectiva ética e jurídica, passaremos à sua análise segundo a vertente deontológica. Antes de mais, torna-se importante definir *informação* e *informação em saúde* para haver uma melhor compreensão sobre a gestão dessa informação, em termos da sua guarda e partilha. Segundo ZHANG (1988) cit. por TRINDADE (2010) a informação não é apenas um enunciado de dados, mas trata-se de um resultado do processamento de um conjunto de elementos já

organizados que vão contribuir para o conhecimento sobre algo, e em que está implícito um processo de comunicação.

No ramo da saúde, pelo tipo de conteúdo da informação, pela responsabilidade inerente à sua guarda e partilha, a *informação de saúde* tem particularidades devido ao impacto que tem sobre a vida das pessoas. Naturalmente que as pessoas a quem a informação diz respeito são os seus titulares, logo os profissionais de saúde, inclusivamente os enfermeiros, guardam para si uma grande responsabilidade na gestão desta informação (TRINDADE, 2010). O cliente irá partilhar informação com o enfermeiro tendo como base a confiança estabelecida na sua relação, tendo este o dever de sigilo emergente do direito daquele à confidencialidade (CERDEIRA, 2010). Deste modo, a segurança da informação de enfermagem encontra protecção na deontologia profissional de enfermagem, mais especificamente no dever de sigilo (DEODATO, 2010). É no âmbito do artigo 85º do CDE que se consagra este dever de sigilo (CERDEIRA, 2010).

Código Deontológico do Enfermeiro

(Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)

Artigo 85º

Sigilo profissional

O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:

a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;

b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;

c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;

d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.

À luz da alínea a) do artigo 85º do CDE, o enfermeiro vê-se obrigado a “considerar confidencial toda a

informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte". Durante a sua prática profissional, o enfermeiro recolhe informação junto do cliente ou família, utilizando diversos instrumentos. Apesar da recolha de dados ter o propósito de beneficiar o cliente na prestação de cuidados conhecendo o seu histórico de saúde e outros dados relevantes, esta recolha não deixa de ser uma invasão na intimidade do cliente, na sua vida privada e sentimentos. Logo, é fundamental assegurar a confidencialidade dos dados colhidos, sendo a informação recolhida com carácter pertinente e útil para a personalização dos cuidados (NUNES *et al*, 2005: 116-117).

Por sua vez, a alínea b) do artigo 85º do CDE consagra o dever de *"partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos"*. Daqui decorre que não se deve partilhar toda a informação, mas "só" a *"informação pertinente"*. Esta informação não é partilhada com todos os profissionais de saúde, *"só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico"* (CERDEIRA, 2010).

Indo ao encontro da ideia de CERDEIRA (2010), TRINDADE (2010) afirma que a partilha de informação encontra-se assente nos princípios da *autonomia profissional* e da *complementaridade funcional*, pelo que toda a informação de saúde dos clientes deve estar disponível àqueles que dela necessitem para que as tomadas de decisão sejam garantidas da segurança no cuidar, e que estejam envolvidos no plano terapêutico.

Também o direito do cliente à confidencialidade reforça a ideia de ser o próprio a decidir sobre a informação que deve ser partilhada. Quando o próprio não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse como critério orientador, ou seja, deve ser considerado o *"bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos"* (NUNES *et al*, 2005: 118).

No que respeita à partilha de informação com a família do cliente, só poderá ser transmitida a informação que o cliente autorizar partilhar ou a que for adequada na

medida das suas necessidades de cuidados, visto ser o cliente o titular da informação de saúde (CERDEIRA, 2010).

Contudo, o enfermeiro poderá ver-se confrontado com situações em que poderá ter que *"divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico"*, tal como prevê a alínea c) do artigo 85º do CDE. É sabido que todos temos o dever de colaborar com a Justiça, nos termos da lei. Contudo, este dever de colaborar com a Justiça não se sobrepõe ao dever de sigilo do enfermeiro, encontrando-se previsto no nº 1 do artigo 135º do Código de Processo Penal a possibilidade do enfermeiro se escusar a depor, em processos-crime (DEODATO, 2010).

Como vimos, o sigilo pode ser abordado de dois pontos de vista: da privacidade e da confidencialidade. Ou seja, o sigilo pode ser visto na perspectiva da garantia da limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, do acesso à própria pessoa, à sua intimidade e preservação do anonimato, ou poderá ser visto enquanto garantia do resguardo das informações dadas em confiança e proteção contra a sua revelação não autorizada (NUNES *et al*, 2005: 118).

Deste modo, admite-se que a confidencialidade é um dever com limites e que esses limites só poderão ser ultrapassados e divulgado o objeto de sigilo com *"aconselhamento deontológico e jurídico"*, tal como prevê o artigo 85º do CDE. Depois de recorrer a esse aconselhamento⁴, cabe ao próprio a decisão final de quebrar o sigilo ou não, tendo este que ponderar sobre as consequências do seu ato (NUNES *et al*, 2005: 118).

Por fim, na alínea d) do artigo 85º do CDE o enfermeiro tem o dever de *"manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados"*.

É certo que o anonimato do cliente deve ser mantido, garantido a proteção da sua identidade quer numa

⁴ Consultar Regulamento do Aconselhamento Ético e Deontológico no âmbito do dever de Sigilo. Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentao_DeveSigilo_AG%2029Maio2010_VCorrecta_21Jun2010.pdf

situação de aprendizagem, de desenvolvimento do saber ou de promoção da qualidade, uma vez que estas vertentes não estão isentas dos princípios orientadores gerais da confidencialidade. Sendo importante que se aprendam, investiguem e analisem as práticas, os princípios do respeito pela confidencialidade e guarda de segredo, deverão ser sempre princípios orientadores (CERDEIRA, 2010; NUNES *et al*, 2005: 119).

Em suma:

(1) os enfermeiros asseguram a segurança da informação assumindo o dever de sigilo contemplado no artigo 85º do CDE;

(2) a informação de saúde (incluindo a informação produzida pelos enfermeiros) é “*propriedade*” da pessoa a quem diz respeito;

(3) o tipo e quantidade de informação a ser divulgada está sujeita ao consentimento do cliente;

(4) todos os profissionais de saúde implicados no plano terapêutico do cliente têm acesso à informação de saúde do mesmo;

(5) a quebra de sigilo de informação que seja indispensável, por exemplo para apresentar em tribunal, está sujeita a aconselhamento ético, deontológico e jurídico, e só é decidida após consulta pelos tribunais à Ordem dos Enfermeiros;

(6) a deontologia de enfermagem, garante aos clientes a segurança da informação de saúde (MALHA *et al*, 2010; TRINDADE, 2010).

PADRÕES DE QUALIDADE E SIGILO

No decorrer deste trabalho acerca do sigilo profissional, mencionamos um documento essencial para a prática do exercício profissional de Enfermagem, o “Código Deontológico do Enfermeiro”⁵. Decidimos portanto completar este trabalho também com a análise dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, documento constitutivo do quadro de referência da enfermagem portuguesa, pois o contexto atual da prática de cuidados de

enfermagem exige cada vez mais, que os profissionais utilizem os instrumentos próprios da profissão e com eles norteiem a sua prática⁶.

Em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros através do documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” define seis categorias de enunciados que estabelecem uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão: 1) satisfação do cliente; 2) prevenção de complicações; 3) bem-estar e o auto cuidado; 4) readaptação funcional; 5) organização dos cuidados de enfermagem e 6) promoção da saúde⁷.

Num olhar transversal pelos seis enunciados descritivos, é possível estabelecer ligações com o assunto deste trabalho: o sigilo profissional. Eles salientam a importância da pessoa enquanto elemento essencial nos cuidados, no respeito pelos seus desejos individuais e pela sua capacidade de decidir informada e autonomamente, o que se interliga com o sigilo profissional, na medida que a decisão de cada um de fornecer informação sobre si é uma decisão individual, livre, em resultado do princípio da autonomia consagrado na saúde⁸. É essa base ética essencial à recolha de dados de saúde em geral e de enfermagem em particular, que entendemos que a relação terapêutica assenta na confiança como garantia do que foi partilhado pela pessoa ao profissional de saúde⁹.

Os enunciados também referem que o enfermeiro deve ter em atenção a prevenção das complicações na referenciação das situações problemáticas identificadas, a outros profissionais, tendo em conta a esfera profissional de cada um. Ora, como já foi aqui referido neste trabalho, o enfermeiro mantém a informação da pessoa ao seu cuidado em segurança, assumindo o dever de “*partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores*

⁶ Adaptado de: PEREIRA, Mónica. **A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente**, 2010.

⁷ Publicado em ANEXO I do Regulamento nº 167/2011 da Ordem dos Enfermeiros, de 8 de março. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentacao%20167-2011_IdoneidadeFormContPratCli.pdf

⁸ Adaptado de: PEREIRA, Mónica. **A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente**, 2010.

⁹ Adaptado de: CONSELHO JURISDICIONAL. **Parecer CJ 194 / 2010**.

⁵ Adaptado de: CONSELHO DE ENFERMAGEM. **Parecer nº18/2011**.

o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos". Ou seja, apenas partilha a informação junto dos profissionais de saúde que estiverem implicados no plano terapêutico da pessoa, mas sempre com o propósito de proporcionar bem-estar ou proteger os direitos da pessoa cuidada¹⁰.

Importa ainda fazer um último paralelismo no que toca à organização dos cuidados de enfermagem. Como os Padrões referem, é importante existir um sistema de registos de enfermagem, que incorporem *"sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente"*. A segurança da referida informação de enfermagem encontra-se em plena proteção no dever de sigilo, prescrito no Artigo 85.º do CDE.

CONCLUSÃO

Nesta nota conclusiva torna-se pertinente realizar algumas considerações finais de forma a resumir os pontos fulcrais que foram referidos no corpo do artigo.

O sigilo profissional encontra-se diretamente ligado à segurança da informação. Por sua vez, o direito à segurança da informação é assegurado pelo dever de sigilo inerente às obrigações dos enfermeiros. Este dever de sigilo encontra-se prescrito no artigo 85º do "Código Deontológico do Enfermeiro".

Neste sentido, o enfermeiro tem como dever considerar confidencial toda a informação respeitante à pessoa ou família alvo dos cuidados de enfermagem, podendo apenas partilhá-la com os profissionais de saúde intervenientes no plano terapêutico da pessoa. Contudo, o enfermeiro pode quebrar o sigilo de acordo com o artigo 135º do Código de Processo Penal, sendo a decisão final do próprio após aconselhamento deontológico e jurídico. Deve também o enfermeiro manter o anonimato da pessoa alvo de cuidados, quando referencia o seu caso em contexto de ensino, de investigação ou de controlo da qualidade de cuidados, tal como se encontra prescrito no artigo 85º do CDE.

Assim, o enfermeiro tem a obrigação ética de manter o sigilo profissional de forma a respeitar a autonomia da pessoa e da família, manter a aliança terapêutica e nutrir a relação de confiança, bem como manter a confiança social nos profissionais de saúde respeitando o compromisso de sigilo.

Em termos jurídicos, desde a CRP em que consagra a *"reserva da intimidade e da vida privada e familiar"* até à Base XIII da Lei de Bases da Saúde que prevê a confidencialidade da informação, passando pelas leis e decretos-leis mais específicos, todos asseguram a segurança da informação, e o sigilo profissional.

Neste sentido, foram cumpridos os objetivos propostos para este trabalho, pois foram adquiridos novos conhecimentos sobre deontologia profissional com a pesquisa realizada para a sua execução; compreendeu-se a importância da deontologia para a enfermagem, especificamente para a segurança da informação; refletiu-se sobre o dever de sigilo previsto no artigo 85º do CDE e analisou-se o sigilo profissional sobre uma perspectiva ética, jurídica e deontológica.

A elaboração deste trabalho foi bastante enriquecedora pois permitiu-nos aprofundar conhecimentos sobre o sigilo profissional em enfermagem, e a segurança da informação, e em que circunstâncias pode esse sigilo ser quebrado. Foi também gratificante verificar a facilidade que sentimos na elaboração deste trabalho, na pesquisa de autores reconhecidos na área, e na realização de uma análise numa perspectiva ética, jurídica e deontológica, decorrente da elaboração de outros trabalhos em "Deontologia Profissional I" e de quatro anos de Licenciatura, pelo que é satisfatório notarmos essa evolução.

FONTES DE INFORMAÇÃO

Constituição da República Portuguesa.

Decreto do Presidente da República nº 1/2001; Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de janeiro

Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90 de 24 de agosto, alterada pela Lei nº 27/2002 de 8 de novembro

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN 972-99646-0-2

PINHEIRO, Joaquim – Privacidade, segredo profissional e saúde nas instituições. **Cadernos de Bioética**. nº 48. 2009

¹⁰ Adaptado de: CONSELHO JURISDICCIONAL. **Parecer CJ 194 / 2010**.

CERDEIRA, Ana Berta – Sigilo profissional em Enfermagem: perspectiva deontológica. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. 2010. [Consult. 15 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/OE_34_net.pdf>. ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. [Em linha]. 2001. [Consult. 14 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesQualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem. **Parecer nº18/2001**. [Em linha]. 2001. [Consult. 14 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional – **Parecer CJ 194/2010: Segurança da Informação em Saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem**. [Em linha]. 2001. [Consult. 21 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%20%20194%20-%20seguran%C3%A7a%20da%20informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf>

DEODATO, Sérgio; MALHA, António; – Conclusões: Garantir aos cidadãos a segurança da informação. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. 2010. [Consult. 15 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/OE_34_net.pdf> ISSN 1646-2629.

MARROQUÍN, Maria Teresa - **Confidencialidad y secreto profesional**. [Em linha]. Zaragoza: Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, [s.d.]. [Consult. 8 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.institutodebioetica.org/cursoeticagratis/modulo4/Unidad%204%20Confidencialidad%20y%20Secreto%20Profesional.pdf>>

PEREIRA, Mónica. **A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente**. [Em linha]. 2010. [Consult. 20 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>>

TRINDADE, Ângela – Informação em Saúde: perspectiva deontológica. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. 2010. [Consult. 15 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/OE_34_net.pdf> ISSN 1646-2629.

DELEGAÇÃO EM ENFERMAGEM

DELEGATION IN NURSING

Ana Sofia Loureiro; Inês Galego; João Banza; Raquel Martins; Soraia Lobo

Revisão Sérgio Deodato

Trabalho realizado na unidade curricular de “Deontologia Profissional II”
7º Semestre do CLE, 2011/2012

INTRODUÇÃO

Consideramos que esta é uma área de grande importância, não apenas em termos jurídicos, éticos e deontológicos como também na prestação de cuidados. Ou seja, o artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) consagra que os enfermeiros devem garantir a qualidade e a continuidade das atividades que delega e, como tal, consideramos que esta área deve ser alvo de reflexão e ponderação, não só em benefício dos profissionais mas também das pessoas a quem se prestam os cuidados. O objetivo principal do presente artigo será o de realizar uma análise comparada de fontes de modo a obter informação que nos permita assimilar os conceitos da temática específica. Como tal, temos como objetivos específicos os de analisar e interpretar as fontes e o que já foi escrito e estudado acerca da delegação.

DELEGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Tendo em conta o tema analisado – delegação em enfermagem - entendemos ser importante ter em conta a definição de enfermeiro, sendo este “o *profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.*”¹¹. Isto significa que, através de

¹¹“Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros”, aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, artigo 4º, nº 2

intervenções realizadas pelo enfermeiro, este presta cuidados a pessoas. Estas intervenções podem ser inseridas em uma das duas categorias: intervenções autónomas ou intervenções interdependentes. As intervenções interdependentes são *“acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.”*¹² Já as intervenções autónomas são *“acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.”*¹³

Como referido anteriormente, o enfermeiro tem conhecimento científico, por conseguinte, tem a capacidade de tomar decisões, bem como a capacidade de delegar tarefas aquando da realização dos cuidados.

Este facto encontra-se explicitado “Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros” (REPE), no artigo 10º, com a epígrafe de “Delegação de Tarefas”, onde se enuncia que **“os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal dele funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem”**.

Para além do que se encontra contemplado no REPE, existe também uma tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros (OE) onde é possível ler que o objetivo geral a *“é orientação para o exercício profissional dos enfermeiros o que decorre do enunciado de posição (...)”*¹⁴.

Falar de delegação em enfermagem é dizer que existiu *“a transferência, para um indivíduo competente, da autoridade para realizar uma determinada tarefa de Enfermagem, escolhida numa situação concreta, e por supervisão, a provisão de orientação, avaliação e acompanhamento, pelo enfermeiro, do desempenho da tarefa delegada”*¹⁵, sendo essa pessoa funcionalmente dependente do enfermeiro. O enfermeiro delega componentes dos cuidados - tarefas - que são atos necessários para a concretização do cuidado, mas não são o cuidado em si. Como foi referido anteriormente, as pessoas a quem são delegadas as tarefas de enfermagem têm de ter preparação para as poder executar o que implica a possibilidade de delegação quando exista pessoal funcionalmente dependente, que tenha preparação necessária e que a natureza das tarefas se conjugue com o grau de dependência dos cuidados de enfermagem o que pressupõe que seja realizada a *“apreciação da natureza da tarefa a delegar”*, o *“juízo diagnóstico do enfermeiro”*, a *“avaliação do grau de dependência em cuidados de Enfermagem”* e a *“relação da tarefa com a dependência em cuidados de Enfermagem”*.¹⁶ Quando alguma destas condições não é cumprida, isto é, quando não se sabe se existe preparação da pessoa a quem vai ser delegada a tarefa, quando as tarefas não são apropriadas a serem delegadas e quando a delegação não se adequa ao grau de dependência dos cuidados a delegação torna-se inaceitável e não deve ser promovida uma vez que coloca em risco a prestação de cuidados. Para tal o enfermeiro deve ser responsável pela avaliação de todos estes critérios antes da delegação de qualquer tarefa.

Encontra-se contemplado na lei nº 111/2009 de 16 Setembro, no seu artigo 79º alínea b), que o enfermeiro tem o dever de *“responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”*. Por outras palavras o enfermeiro assume a responsabilidade de todos os seus atos enquanto profissional, esses atos são antecidos pelo processo de tomada de decisão, que pode também ser interpretado como um processos que leva a intenção à ação.

¹² Idem

¹³ Idem

¹⁴ ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Delegação. Tomada de Posição.** [Em linha]. 2007. [Consult. 23.Out.2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao23Abr2007.pdf>

¹⁵ Idem. p. 1

¹⁶ Idem. p. 5

É importante realçar o que também se encontra referido na mesma lei no artigo 88º alínea e), que afirma que o enfermeiro tem o dever de “*garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos*” sendo “*responsável pela avaliação individualizada do cliente e das circunstâncias situacionais e por ajuizar da competência daquele a quem vai delegar, antes de delegar qualquer tarefa*”¹⁷.

A qualidade dos cuidados delegados tem assim de ser mantida, pelo que o enfermeiro deve utilizar a sua autoridade para a delegação das tarefas de modo a que se cumpra o solicitado. Deve ser utilizado o processo de tomada de decisão para a delegação de tarefas, sendo que o “Processo de Enfermagem” (colheita de dados, diagnóstico de Enfermagem, planeamento, execução e avaliação) e o juízo clínico nunca podem ser delegados. Uma parte crucial da delegação é a supervisão, monitorização, avaliação e acompanhamento por parte do enfermeiro, para que seja mantida a qualidade na prestação dos cuidados. A pessoa a quem são delegadas tarefas é responsável “*por aceitar a delegação e pelos seus actos na realização da tarefa, em conformidade com a orientação dada*”¹⁸. Sendo assim para além de quem delega também que recebe a delegação é responsável pelos seus atos, não se devendo afastar da orientação dada pelo enfermeiro que delega.

Verifica-se que em qualquer um dos enunciados, existe a descrição de que o enfermeiro é responsável pelos seus atos bem como aqueles que ele delega em outros. Podemos, então concluir, que a responsabilidade é, em enfermagem e no contexto da delegação, um dos princípios *sine qua non* que garante a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. É então nesta linha de pensamento que Nunes considera que “*a responsabilidade refere-se aos actos e às respectivas consequências*”¹⁹. Ou seja, para além dos atos, a autora refere a responsabilidade pela “*palavra dada*”²⁰, ou seja, as promessas feitas e

que não podem deixar de ser cumpridas assumindo-se assim a responsabilidade não só pelos atos praticados mas por aqueles que foram planeados. No âmbito da enfermagem, falamos de “*responsabilidade profissional*” que, segundo Deodato²¹, significa uma responsabilidade “*à luz da qual se reflectem os actos profissionais tendo também em conta a promessa feita, no âmbito do mandato social da profissão de enfermeiro*”.

A delegação em enfermagem pressupõe um processo de tomada de decisão pelo enfermeiro. Este processo tem uma sequência própria composta por sete etapas: verificar critérios para a delegação, de entre os quais aferir se a pessoa a quem se delega a tarefa tem qualificações para tal; avaliar a situação, procurando avaliar se a segurança da pessoa é mantida; realizar o plano para a tarefa a delegar; delegar, tendo em mente a aceitação por parte da pessoa a quem os cuidados irão ser prestados; supervisionar o desempenho da tarefa, orientando-a e assegurando que são cumpridos os padrões de qualidade dos cuidados prestados; avaliar o processo total da delegação e, por último, reavaliar e reajustar o plano de cuidados conforme necessário.²²

Em síntese, são ainda referidos na tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros, os “*cinco certos da delegação*” constituindo “*um recurso adicional para a tomada de decisão*”: “*delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada*”²³

CONCLUSÃO

Esta breve conclusão tem como objetivo a realização de uma pequena reflexão acerca da temática da delegação e da elaboração de toda a pesquisa. A *delegação em enfermagem* é um tema que tem vindo a ser cada vez mais estudado e referenciado ao longo dos últimos anos na medida em que surgem sempre novas situações e problemáticas que necessitam de

¹⁷Idem. p. 5

¹⁸ Idem. p. 5

¹⁹ NUNES, Lucília – *Justiça, Poder, Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem*. Loures, Lusociência, 2006. 484 p. ISBN 972-8930-17-8. p. 175

²⁰ Idem, p.176

²¹ DEODATO, Sérgio – *Responsabilidade profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade*. Coimbra, Edições Almedina, 2008. 194 p. ISBN 978-972-40-3401-0. p. 36

²² ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Delegação. Tomada de Posição*. [Em linha]. 2007. [Consult. 23.Out.2011]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf. p. 6

²³ Idem. p. 7

resolução que, como sabemos, advém de uma reflexão e consideração dos factos. O enfermeiro pode delegar tarefas, porém, é importante assimilarmos que essas tarefas acarretam responsabilidade. Afinal, quem é o responsável pelas tarefas que são delegadas? Como foi referido ao longo do trabalho, o enfermeiro é responsável e deve assegurar que estas sejam realizadas segundo uma avaliação prévia que nos diga que a pessoa a quem é delegada a tarefa o pode fazer de acordo com a sua formação e também de acordo com uma supervisão e avaliação.

É importante referir ainda que, o enfermeiro delega tarefas mas nunca delega o “Processo de Enfermagem”. Ou seja, o conhecimento e as fontes na área da enfermagem referem que as funções e as competências de pensamento crítico, avaliação e juízo clínico decorrentes da formação dos enfermeiros não devem ser delegados e como tal, segundo a tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros, para delegar devemos averiguar se a pessoa a quem delegamos a tarefa, está preparada. E deverá ser avaliada também a natureza da tarefa bem como o grau de dependência dos cuidados de enfermagem.

No final deste trabalho, podemos afirmar que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, tendo em conta a análise realizada.

FONTES DE INFORMAÇÃO

DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade**. Coimbra, Edições Almedina, 2008. 194 p. ISBN 978-972-40-3401-0

NUNES, Lucília – **Justiça, Poder, Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures, Lusociência, 2006. 484 p. ISBN 972-8930-17-8

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.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Delegação. Tomada de Posição**. [Em linha]. 2007. [Consult. 23.Out.2011]. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

“Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros”, aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril

AUTONOMIA PROFISSIONAL E COMPLEMENTARIDADE FUNCIONAL EM ENFERMAGEM

PROFESSIONAL AUTONOMY AND FUNCTIONAL
COMPLEMENTARITIES IN NURSING

Ana Paula Santos; Catarina Martins, Daniela Mariano; João Martins; Susana Esteves

Revisão Sérgio Deodato

Trabalho realizado na unidade curricular de “Deontologia Profissional II”
7º Semestre do CLE, 2011/2012

INTRODUÇÃO

Consideramos de extrema importância e pertinência abordar esta temática, de forma a alertar os estudantes como futuros profissionais de saúde e desse modo contribuir para evitar ações que não respeitem a sua autonomia profissional e tomadas de decisão que não respeitem a complementaridade funcional. O presente artigo tem como objetivo, analisar um tema da deontologia profissional específico à luz dos princípios éticos, das normas deontológicas e do direito, com o intuito de aprofundar alguma da legislação vigente e de discutir a relação da deontologia com o direito em saúde e a área disciplinar de enfermagem. Podemos considerar que a autonomia inerente à prática do enfermeiro, assim como a complementaridade funcional, são peças importantes para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde e especificamente, os cuidados de enfermagem. O artigo aborda o tema escolhido pelo grupo à luz dos princípios éticos e dos direitos e deveres do enfermeiro previstos no “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (EOE), no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) que o integra, no “Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro” (REPE), assim como nos enunciados de posição da Ordem dos Enfermeiros.

AUTONOMIA E COMPLEMENTARIDADE

A deontologia profissional de enfermagem é constituída por quatro dimensões: os direitos do

enfermeiro, os princípios e valores, os deveres e as incompatibilidades da profissão.

Uma vez que a deontologia profissional de enfermagem está incluída no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, possui carácter jurídico e vinculativo. A doutrina deontológica encontra-se ainda definida em bibliografia e nos pareceres do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, os quais constituem interpretações formais ou autênticas, uma vez que são elaborados pelo órgão competente de interpretação do Código Deontológico consagrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Ainda que o tema deste trabalho se centre na matéria relacionada com a autonomia profissional e com a complementaridade funcional, importa referir algumas dimensões que têm contribuído para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica e conseqüentemente para a autonomia da profissão. Tal como descreve Deodato (2008), o exercício profissional de enfermagem em Portugal tem hoje uma natureza autónoma, face às outras profissões da saúde com quem o enfermeiro trabalha. Segundo o autor, a autonomia é fruto do desenvolvimento científico da disciplina e do suporte jurídico que progressivamente tem acompanhado o exercício da profissão.²⁴ O desenvolvimento científico da enfermagem traduz-se em vários aspetos, nomeadamente na evolução da formação académica, a qual tem a sua expressão máxima na criação de mestrados e doutoramentos, e ainda na evolução da regulação profissional. Neste âmbito, parece-nos importante referenciar o preâmbulo do Decreto-Lei nº 104 / 98 de 21 de Abril, segundo o qual *“a formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional a nível do ensino superior desde 1988, permitiu o acesso aos diferentes graus académicos e a assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da conceção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população. De igual modo, o desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da*

*individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde”*²⁵.

Tal como descrito, o suporte jurídico que a enfermagem progressivamente tem vindo a consolidar, permite que esta se afirme como profissão autónoma. Para isso, o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado em alguns artigos pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, bem como o Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/ 009 de 16 de Setembro, constituem documentos da regulação da profissão e uma afirmação clara da sua autonomia.

Contudo, a acompanhar a autonomia profissional está, claramente, a tomada de decisão e conseqüentemente a responsabilidade profissional que lhe está subjacente. Segundo Nunes, citada por Deodato, *“a responsabilidade refere-se aos actos e às respectivas conseqüências”*²⁶, sendo que para aquela autora a responsabilidade não se reporta apenas às ações, mas ainda à capacidade de cada um atribuir a si próprio a responsabilidade pelas promessas estabelecidas, as quais se traduzem em atos prometidos, que independentemente do tempo de decisão, foram planeados e sobre os quais se assumiu o compromisso de concretização.²⁷

Como referido, o REPE constituiu-se como o instrumento jurídico que permitiu regular o exercício profissional de enfermagem, garantindo desta forma que *“o mesmo se desenvolva não só com salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos da enfermagem como também por forma a proporcionar aos cidadãos deles carecidos cuidados de enfermagem de qualidade”* e caracteriza ainda *“os cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não*

²⁴ Cf. DEODATO, Sérgio – Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Pág. 27

²⁵ Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril

²⁶ DEODATO, Sérgio – *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Pág. 34

²⁷ Idem. pág. 35

apenas a nível dos vários elementos das equipas de saúde mas também junto da população em geral."²⁸

O nº 2 do artigo 4º deste Decreto-lei, define claramente que o enfermeiro é um profissional habilitado a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem, sendo que, o nº 4 deste artigo tipifica os cuidados de enfermagem como intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro.

O artigo 8º descreve o exercício profissional dos enfermeiros e no que concerne à complementaridade funcional, o nº 3 determina que estes têm uma atuação de "complementaridade funcional" relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

Tendo em consideração o nº 1 do artigo 9º do REPE, o qual classifica as intervenções de enfermagem em autónomas e interdependentes, julgamos ser pertinente fazer o paralelismo com a tomada de decisão e perceber que as intervenções interdependentes "são aquelas cujo processo de tomada de decisão para o cuidado se iniciou por outro, através de prescrição."²⁹ Como tal, e atendendo às competências adquiridas pelo enfermeiro na sua formação científica e técnica, este, quando perante alguma situação que considere não ir ao encontro da melhor prestação de cuidados, tem a legitimidade de iniciar um processo de tomada de decisão e agir em conformidade.

As intervenções autónomas previstas no nº 4 do artigo 9º do REPE pressupõem um processo de tomada de decisão e conseqüentemente a responsabilização do enfermeiro pelos atos que pratica, assumindo dessa forma a responsabilidade profissional.

Tal como descrito no Parecer nº 105/2009 do Conselho Jurisdicional da OE, conclui-se que "enquanto que nas intervenções autónomas, a responsabilidade é inerente a todo o processo de decisão e de execução do cuidado, nas intervenções

*interdependentes, a responsabilidade é relativa à decisão do acto de execução do plano de acção comum, da prescrição ou orientação previamente formalizada, sendo a decisão da prescrição da responsabilidade do profissional prescritor. Ou seja, nas intervenções autónomas, a autonomia profissional do enfermeiro é relativa a todo o processo de decisão e execução do cuidado e nas intervenções interdependentes, a autonomia do enfermeiro materializa-se na decisão sobre a execução ou não execução do acto prescrito, em função da avaliação que realize em concreto. O que significa que em nenhuma circunstância existe dependência do exercício de Enfermagem face a outros profissionais."*³⁰

Contudo, é importante entender que todo o processo relativo à prestação de cuidados pressupõe uma intervenção multidisciplinar e conseqüentemente trabalho de equipa. É na simbiose entre o reconhecimento das competências de cada profissional de saúde e no cumprimento dos deveres para com as outras profissões, os quais estão previstos na alínea a) e alínea b) do artigo 91º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), que o enfermeiro exerce a complementaridade funcional. De um modo claro, o Parecer nº 105/2009 do Conselho Jurisdicional da OE realça que "o exercício profissional de Enfermagem, quando articulado com outro profissional de saúde – médico, técnico de diagnóstico e terapêutica, farmacêutico, psicólogo ou outro – se exerce de forma autónoma no âmbito da sua esfera de competência e interliga-se em complementaridade funcional, quando a natureza dos cuidados implica o trabalho em equipa."³¹

É ainda importante referir que o exercício autónomo da profissão de enfermeiro possibilita a produção de informação relativa aos cuidados prestados e que esta se constitui como informação acerca da saúde das pessoas. Como tal, no trabalho em equipa, toda a informação produzida por todos os profissionais de saúde acerca de cada pessoa deve estar incluída no

²⁸ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Decreto – Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto – Lei n.º 104/98, de 21 de Abril - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). pág. 1

²⁹ DEODATO, Sérgio – Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Pág. 165

³⁰ ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional - Parecer nº 105 / 2009. Pág. 2

³¹ Idem. Pág. 2

“processo clínico” da pessoa. Neste sentido, o referido Parecer nº 105/2009 preconiza que *“princípio da complementaridade funcional que sedimenta a articulação do enfermeiro com os demais profissionais de saúde, determina que a informação se situe nesta esfera de interligação. Deste modo, a informação produzida pelos enfermeiros será necessária à avaliação de outros profissionais, assim como a avaliação de Enfermagem necessita igualmente da informação produzida por outros. De outro modo, verificando-se pesquisa de informação de forma separada por cada profissional, levaria a repetições que seriam violadoras do bem-estar das pessoas. Igualmente, a guarda separada da informação de cada profissional, levaria a que cada profissional usasse apenas a informação produzida por si, o que seria sempre limitador da abordagem global que os cuidados de saúde implicam, colocando em risco a segurança das pessoas e privando-as do direito ao cuidado assente em diferentes fontes de informação, imprescindíveis à tomada de decisão de cuidados seguros.”*³²

CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho veio proporcionar a compreensão da evolução da enfermagem enquanto disciplina científica, bem como do suporte jurídico de que se fez e faz acompanhar ao longo desse processo, sendo que os fatores referidos englobam conceitos e valores fundamentais no caminho percorrido para que hoje se constitua como uma profissão autónoma. Consideramos que este trabalho foi fundamental para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da tomada de decisão para a prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito aos princípios e valores que os sustentam e que regem a autonomia e complementaridade funcional na prossecução de uma prática responsável, ética e legal. Cada vez mais a perspetiva de nos tornarmos enfermeiros se torna real e a apropriação do estabelecido no Decreto-Lei nº.161 / 96 de 4 de Setembro, revisto e aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, bem como do regulado no

“Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111 / 2009 de 16 de Setembro, é crucial no entendimento da esfera científica de enfermagem e da profissão de enfermeiro, enquanto profissional autónomo e em complementaridade funcional com os demais profissionais de saúde.

A consulta dos documentos que regulam a profissão e a sua interpretação bem como a reflexão sobre a aprendizagem facultada pela realização destas fontes, contribuíram significativamente para a prestação futura de cuidados de saúde responsáveis e devidamente fundamentados. É com base nesta aprendizagem, aliada aos conhecimentos e competências adquiridos nas restantes unidades curriculares do CLE, que os estudantes poderão aplicar as suas aptidões na prestação de cuidados de enfermagem que visem a dignificação da profissão. Assim, concluímos que os objetivos propostos com a realização deste trabalho foram alcançados com sucesso, bem como os conhecimentos e competências esperados pela unidade curricular em que se insere.

FONTES DE INFORMAÇÃO

- CÂNDIDO, Anabela de Jesus Duarte Escabelado - **INTERACÇÃO ENFERMEIRO/DOENTE: Acontecimentos Marcantes na vida dos Enfermeiros e seu Significado da Identidade Profissional Volume I.** Coimbra : [sn], 2004.
- Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).
- DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade.** Coimbra: Almedina, 2008
- LOURENÇO, Orlando – **Enfermagem, valores e desenvolvimento: que enfermagem, que valores, que desenvolvimento?** Revista *Nursing*. ano 9. n.º 107. Janeiro. 1997. 7-14
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional - **Parecer nº 105 / 2009**
- PATRÃO-NEVES, Maria do Céu ; PACHECO, Susana (Coord.) – **Para uma Ética da Enfermagem.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004;

³² Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional - **Parecer nº 105 / 2009.** Pág. 3

DEVERES PARA COM A COMUNIDADE

DUTIES TO THE COMMUNITY

Ana Filipa Cândido; Julieta Máximo; Miriam Cardoso; Nélia Cardoso; Nuno Gouveia; Nuno Oliveira

Revisão Sérgio Deodato

Trabalho realizado na unidade curricular de “Deontologia Profissional II”
7º Semestre do CLE, 2011/2012

INTRODUÇÃO

O presente artigo foi realizado no âmbito da unidade curricular de “Deontologia Profissional II”, lecionada no 1º semestre, 4º Ano, do 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal. Esta unidade curricular pretende promover “o desenvolvimento de competências do enfermeiro de cuidados gerais, no subdomínio da responsabilidade, prática ética e legal.”³³

O tema escolhido pelo grupo foi “deveres para com a comunidade”. A nossa escolha baseou-se essencialmente no facto do grupo ser de unânime opinião quanto a esta ser uma área não tão comumente abordada e, por isso, interessante de trabalhar. Assim, com a realização deste artigo pretendemos atingir os seguintes objetivos: analisar os deveres do enfermeiro para com a comunidade; discutir algumas leis e artigos que suportam o direito à proteção da saúde da comunidade e que dizem respeito à prática de enfermagem e interpretar cada alínea do artigo 80º do “Código Deontológico do Enfermeiro” que enuncia o “Dever para com a comunidade”.

Relativamente à estrutura, o artigo tem início com a presente introdução, onde são apresentados o âmbito do trabalho e enunciados os seus objetivos. No corpo do artigo, são explicitados os conceitos e leis que suportam o direito à proteção da saúde da comunidade bem como a responsabilidade do enfermeiro para a comunidade. Terminamos com uma

breve conclusão, que apresentará a nossa reflexão sobre o contributo deste trabalho para nosso enriquecimento a nível pessoal e futuramente a nível profissional.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A palavra comunidade deriva do termo latim “*communitas*”, referindo-se à qualidade daquilo que é comum, pelo que podemos definir em diversos tipos de conjuntos: das pessoas que fazem parte de uma população, de uma região ou de uma nação, ou ainda nações que se encontram unidas por acordos políticos e económicos (CEE, NATO, OCDE, entre outras); ou de pessoas unidas por um mesmo interesse (como é o caso da igreja católica). Podemos assim concluir que uma comunidade é um conjunto de seres humanos que partilham elementos em comum, como o idioma, os costumes, a localização geográfica, a visão do mundo ou os valores.

Do ponto de vista sociológico, certos locais como as cadeias ou os quartéis são também consideradas comunidades que podem ser descritas e analisadas. Uma empresa pode ser considerada uma comunidade, no âmbito laboral, pois os seus funcionários e colaboradores integram e partilham objetivos comuns.

No entanto e mais relacionado com a prática da enfermagem o surgimento e o desenvolvimento das comunidades, estão intimamente ligadas ao nascimento do ser humano e aos movimentos migratórios a que estes estão sujeitos devido ao trabalho e à sua necessidade de vida em grupo. Segundo a “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem” (CIPE) a comunidade é “ (...) grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou todo colectivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, condições ou interesses comuns. A unidade social constituída pela comunidade como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação de proximidade geográfica, partilha de condições ou interesses comuns, que constituem as partes do grupo.”

A prática dos cuidados no âmbito da saúde comunitária pretende convergir para o caminhar de um profissional que é capaz de justificar as suas decisões

³³ Cf. *Guia Orientador de Deontologia Profissional II*. 2011

e assumir responsabilidades, graças aos seus conhecimentos e competências humanas. Podemos então considerar que atualmente o enfermeiro comunitário adota um papel de grande relevância, pois assume a responsabilidade e o compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, centrando as suas práticas na promoção da saúde, dando relevo às atividades de educação em saúde, prevenção da doença, restituição e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade.³⁴

Segundo CORREIA *et al* (2001), a enfermagem comunitária é “uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade”. No entanto as intervenções devem ser dinâmicas tendo em conta uma série de medidas que contribuam o bem-estar na ótica da pessoa inserida na sua comunidade. O enfermeiro, deve interferir de forma precisa e harmoniosa, na prevenção, identificação de necessidades, no planeamento de intervenções, execução e avaliação dos cuidados prestados, com o objetivo de ajudar as pessoas, famílias e grupos a determinar e a realizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que se insere (Local onde reside, trabalha, socializa, etc).³⁵

LEGISLAÇÃO DE SUPORTE AOS DEVERES PARA COM A COMUNIDADE

O direito da comunidade em receber proteção em saúde corresponde um dever do enfermeiro de agir na sua área de competências. O enfermeiro assume, assim, uma responsabilidade pela comunidade, enquanto objeto próprio de cuidado, desenvolvendo “Uma acção na comunidade que visa a sua protecção, enquanto ambiente natural de desenvolvimento da vida humana. Uma intervenção profissional que

assume como fim último a promoção da saúde e do bem-estar das pessoas”.³⁶

Em Portugal, verificamos que à comunidade é atribuído o “direito à proteção da saúde pelo n.º 1 da Base I da Lei de Bases da Saúde, o que implica uma resposta adequada pelo sistema de saúde, em geral, e pelo Serviço Nacional de Saúde, em particular. Por outro lado, ao enfermeiro compete intervir profissionalmente na comunidade, como determina o n.º 2 do Artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (aprovado pelo Decreto - Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril) e o referido Artigo 82.º do Código Deontológico”.³⁷ Deste modo, e de acordo com o artigo 91º do mesmo código, o enfermeiro assume o dever de “a) Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões da saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma.”³⁸

O enfermeiro também deve solicitar a colaboração de outros profissionais garantindo assim o cuidado específico que é pretendido para que aquela comunidade consiga lidar com os desafios de saúde.

ARTIGO 80º - “DEVER PARA COM A COMUNIDADE” DO CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO

A responsabilidade do enfermeiro para com a comunidade surge expressa no artigo 80º do “Código Deontológico do Enfermeiro” que estabelece que

“o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido; b) Participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de

³⁴ Ordem dos Enfermeiros - Tempo de Mudança. *Revista da ordem dos Enfermeiros*. Nº 22. Julho de 2006 (pág. 29 a 31). ISSN 1646-2629.

³⁵ CORREIA, Cristina; DIAS, Fernanda; COELHO, Manuela et al - Os Enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001. [s. ISSN]

³⁶ PIMENTEL, Elvira – Conclusões do XI Seminário de Ética. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Nº 37. (Junho.2011). ISSN 1649-2629. p.40

³⁷ Idem

³⁸ 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

saúde detectados; c) *Colaborar com os outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.*³⁹

De acordo com a alínea a), o enfermeiro deve ter conhecimento das necessidades da comunidade onde está inserido, independentemente da sua área de exercer profissional. Daqui surge a constante preocupação no que diz respeito às diferentes variáveis que afetam a comunidade.

Tendo em consideração as “Metas de Saúde para Todos” que fazem referência à indispensabilidade da participação ativa de uma comunidade bem informada e fortemente motivada para a realização de um objetivo comum, a prestação de cuidados de enfermagem direcionados neste domínio pressupõe, de acordo com a *Carta de Ottawa*, o desenvolvimento pessoal e social das pessoas. Assim, constitui um dever dos enfermeiros apoiarem as comunidades na satisfação das suas necessidades, tendo sempre em atenção a singularidade de cada uma delas.

Na alínea b), o dever expresso no artigo 80º do CDE, implica uma participação ativa, com interação entre os diversos parceiros na procura das melhores soluções para os problemas diagnosticados na comunidade.

Relativamente à última alínea, a c), é enfatizada a importância dos enfermeiros analisarem os problemas de saúde de determinada comunidade sob diferentes perspectivas. Assim, as necessidades devem ter em consideração fatores psicológicos, sociais, económicos, ambientais e culturais que exercem influência sobre a saúde. Deste modo, torna-se essencial a colaboração entre vários profissionais de diferentes áreas que, trabalhando em equipa, possam colmatar as necessidades identificadas.

RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO PARA COM A COMUNIDADE

Devido ao âmbito dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros encontram-se numa posição favorecida

para identificar as potencialidades de respostas que possibilitem uma melhor gestão dos cuidados e serviços de saúde prestados à pessoa, família e comunidade. Assim, pode assegurar-se que os enfermeiros têm em sua posse as condições necessárias para assumirem cada vez mais a responsabilidade de serem os interlocutores junto da população e esta com o sistema de saúde. Porque se vivem e preveem tempos difíceis na disponibilização de meios para dar resposta às necessidades das pessoas/clientes, deve ter-se em atenção situações que coloquem em causa o acesso aos cuidados de saúde. Reforçar a intervenção dos enfermeiros na comunidade é assumir a responsabilidade que decorre do mandato social da profissão. Portanto, devido às dificuldades que hoje em dia a população vive relativamente aos cuidados de saúde é essencial que os profissionais de saúde apliquem em pleno os seus conhecimentos e competências ao nível da comunidade.

As dificuldades económicas não atingirão todos de maneira igual. Pelo contrário, irão agravar ainda mais as vulnerabilidades já existentes nas comunidades que elevarão as exigências nas respostas em saúde a que os enfermeiros não podem ficar indiferentes ou transferir responsabilidades para outros profissionais de saúde. Têm de ser ativos e intervenientes, agindo em concordância com os fundamentos que decorrem da natureza da profissão de enfermagem e da deontologia em que esta se rege.

Algumas soluções para garantir os níveis de saúde da população passam pelas respostas de proximidade do enfermeiro na população e pelo envolvimento da mesma, onde assume particular importância a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o desenvolvimento e consolidação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Em enfermagem, a “*responsabilidade para com a comunidade*” remete-se para questões relativas à responsabilidade profissional do enfermeiro. Como foi dito anteriormente, em Portugal, a responsabilidade dos enfermeiros para com a comunidade rege-se através do Artigo 80.º, do Código Deontológico do

³⁹ 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

Enfermeiro, que prescreve deveres concretos neste domínio.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho foi muito importante para a nossa conduta enquanto estudantes de enfermagem, uma vez que nos permitiu aprimorar qual o nosso dever, sendo futuros profissionais de saúde, na comunidade onde nos inserirmos.

Este trabalho remeteu-nos ainda para a importância do cumprimento dos deveres do enfermeiro no que respeita, não só à comunidade, como ao trabalho em equipa multidisciplinar com outros profissionais de saúde, procurando sempre dar resposta às necessidades que sejam identificadas. A realização deste trabalho permitiu-nos ainda acentuar a importância da intervenção do enfermeiro direcionada ao paradigma salutogénico, procurando uma promoção da saúde e prevenção da doença, ao invés de incidir exclusivamente no tratamento da mesma.

FONTES DE INFORMAÇÃO

CORREIA, Cristina; DIAS, Fernanda; COELHO, Manuela *et al* - Os Enfermeiros em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2001. [s. ISSN]

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL. Escola Superior de Saúde. **Guia de Deontologia Profissional II**. 2011

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Revista da ordem dos Enfermeiros**. Nº 37. (Junho.2011). ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Revista da ordem dos Enfermeiros**. Nº 22. (Julho.2006). ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – CIPE. Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 1.0. 2005. ISBN: 92-95040-36-8

STANHOPE & LANCASTER - **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ªed. Loures: Lusodidacta, 1999. ISBN: 972-8383-05-3.

OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA EM ENFERMAGEM

CONSCIENCE OBJECTION IN NURSING

Ana Patrícia Canas Marques; Cátia Cristina Alves Vicente;
Diana Carolina Benildes Costa; Nádia Patrícia Marques
Guerra; Rosana Catarina Santos e Silva

Revisão Sérgio Deodato

Trabalho realizado na unidade curricular de “Deontologia Profissional II”
7º Semestre do CLE, 2011/2012

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A nossa decisão recaiu sobre a temática da objeção de consciência, uma vez que se trata de uma componente presente em qualquer área da enfermagem - trata-se por isso, de uma área com a qual nos poderemos deparar, ou até mesmo vivenciá-la. Tal interesse foi motivado também, pelo facto de esta ser uma temática que até agora tinha vindo a ser pouco abordada, levando-nos a querer aumentar o nosso conhecimento acerca da mesma.

O enfermeiro objetor de consciência é aquele que, de acordo com o consagrado no artigo 2º do “Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência” (REDOC) da Ordem dos Enfermeiros, “ (...) 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” . Este regulamento, que interpreta e cria normas mais específicas relativas à objeção de consciência, está englobado na Deontologia Profissional de Enfermagem e será uma das fontes principais de análise.

Em relação ao objetivo deste artigo, visa a análise da temática da objeção de consciência, identificando, refletindo e discutindo as questões relacionadas com a mesma. Para além disso, visa também a capacitação para a tomada de decisão de forma argumentada.

Relativamente à sua estrutura, este artigo será dividido em três partes: enquadramento conceptual acerca da objeção da consciência; a objeção de consciência relacionado com a profissão de enfermagem e por último, como proceder em caso de objeção de consciência. Para isso, recorreu-se a vários autores fazendo também ligação com a Constituição da República Portuguesa, “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (EOE), o “Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros” (REPE) e o REDOC. Por fim, na conclusão irá ser realizada uma síntese dos aspetos significativos do trabalho e analisados os objetivos propostos.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Desde o momento do nascimento *“completo e com vida”*, o ser humano adquire personalidade jurídica (Artigo 66º, Código Civil). Deste modo, a partir do momento em que nasce e adquire a designação de “pessoa”, o ser humano trás consigo um conjunto, não só de direitos, mas também de deveres a cumprir. Dentro do conjunto dos direitos de personalidade que adquire, o ser humano, adquire também o *“direito à proteção da saúde”* e também o dever *“de a defender e promover”* (nº1, artigo 64º da Constituição).

O respeito por estes direitos, inerentes à pessoa, está diretamente relacionado com o respeito pela mesma. Neste sentido, torna-se importante salientar o consagrado no nº1, do artigo 13º da Constituição da República Portuguesa (CRP) referente ao princípio da igualdade. Este consagra que todas as pessoas têm a *“mesma dignidade social e são iguais perante a lei”*. Ou seja, tratando todos como iguais em matéria de direitos, de acordo como princípio da não-discriminação, entramos em concordância com o acima referido, demonstrando respeito pela pessoa e pela sua dignidade.

Relativamente à liberdade no exercício dos seus direitos, a pessoa possui, no entanto, uma liberdade responsável, uma vez que sofre influências dos valores individuais e do respeito pelos direitos dos outros correspondendo assim às escolhas éticas de cada um (DEODATO, 2004, p. 26). Além disso, o artigo 37º da CRP, consagra que *“todos têm o direito*

de exprimir e divulgar livremente o seu pensamento pela palavra, pela imagem ou por qualquer outro meio, bem como o direito de informar, de se informar e de serem informados, sem impedimentos nem discriminações”.

Reportando-nos especificamente aos direitos dos enfermeiros e enquadrando-os no conceito de pessoa, com direitos e deveres a cumprir, nasce a objeção de consciência, que de acordo com o nº 6, do artigo 41º da CRP, é um direito fundamental. Desta forma, de acordo com o Parecer nº 70/2008⁴⁰, do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, *“a liberdade de consciência é inviolável, sendo que, no exercício deste direito, nenhuma pessoa pode perseguida ou privada dos seus direitos (...) ninguém pode ficar isento das suas obrigações e deveres”*. Assim, o direito à objeção de consciência advém do facto de vivermos num estado democrático, onde cada cidadão tem a possibilidade de refletir e de exprimir livremente as próprias objeções. (CENTRO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA, 2007, p.375).

De acordo com PACHECO (2004, p.173), o direito à objeção de consciência *“consiste essencialmente na prerrogativa que as pessoas têm de recusar cumprir uma lei do seu país, uma imposição de uma instituição, uma ordem de um superior, quando esta for contra determinadas normas e valores morais/éticos ou até contra as suas próprias convicções ou crenças religiosas”*.

No entanto, este procedimento não poderá ser aplicado de forma banal, mas sim apenas invocado em situações limite e em casos extremos, após uma reflexão consciente e de *“uma tomada de posição com base em valores morais e éticos, em princípios racionalmente justificáveis, em conhecimentos sólidos e em convicções profundas”* (PACHECO, Susana, 2004 p. 174). Além disso, esta tomada de decisão *“é profundamente responsabilizadora pela exigência de congruência inequívoca entre pensamento e acção.”* (FIGUEIRA, 2008, p.41).

Em termos legais, segundo a Lei nº 16/2001, de 22 de Junho (Lei da liberdade religiosa), no número 1 do

⁴⁰ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional - Parecer N°70 / 2008. [Em linha]. [Consult. 8.Out.2010]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer-CJ-70-2008.pdf>

artigo 12º, consagra que *“a liberdade de consciência compreende o direito de objectar ao cumprimento de leis que contrariem os ditames impreteríveis da própria consciência, dentro dos limites dos direitos e deveres impostos pela Constituição e nos termos da lei que eventualmente regular o exercício da objecção de consciência”*. Sendo que de acordo com o artigo 1º da mesma lei, esta *“(…) é inviolável e garantida a todos em conformidade com a Constituição, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o direito internacional aplicável e a presente lei”*.

OBJECÇÃO DE CONSCIÊNCIA E A ENFERMAGEM

A profissão de Enfermagem *“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”* (Decreto-lei nº 161/96, artigo 4º). Desta forma, o enfermeiro encontra-se em permanente relação com as pessoas de quem cuida, sendo simultaneamente *“possuidor de uma consciência moral, dotado de liberdade e vontade e com ideologias e convicções próprias”* (PACHECO, 2004 p.175).

Assim, sempre que o enfermeiro se depare com uma lei ou pedido que *“não esteja de acordo com o código deontológico ou com determinados princípios morais/éticos”* (PACHECO, 2004 p.176) é seu dever considerar-se objector de consciência. Para além de ser um dever, a objecção de consciência em enfermagem surge também como um direito, na medida em que qualquer enfermeiro tem o direito de ver respeitada a sua consciência e as suas convicções. Assim, no exercício da sua profissão, o enfermeiro deverá cumprir com o que *“está estabelecido no seu código deontológico e todas as obrigações que responsabilmente aceitou ao iniciar o desempenho da sua profissão”* (PACHECO, 2004 p.176). Como referido anteriormente, no exercício da sua profissão, o enfermeiro deverá ainda ter em conta o seu código deontológico segundo o qual, a *“objecção de consciência é legitimamente exercida por aquele que reflectiu bem nos seus valores e nas leis*

morais a que livremente se quer submeter, apostando na fidelidade a si mesmo” (NUNES, et al, 2005, p. 161). Isto, mesmo sabendo que os enfermeiros são os profissionais que prometeram ajudar os saudáveis a manter a sua saúde, os doentes a recuperá-la, aqueles que não podem obter a cura a maximizar os seus potenciais e os que estão a morrer a viver tão plenamente quanto possível até à sua morte (NUNES, 2004, p.34).

Além de agirem consoante o CDE, os enfermeiros no exercício do direito à objecção de consciência, devem orientar-se também pelo REDOC, cujo preâmbulo afirma que *“a liberdade de pensamento, consciência e religião subjaz ao direito à objecção de consciência”,* pressupondo *“que o profissional tem conhecimento concreto da situação e capacidade de decisão pessoal, sem coacção física, psicológica ou social”*. Desta forma, *“o direito à objecção de consciência é reconhecido pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) como um direito dos membros efectivos”*.

Assim, segundo o número 1 do artigo 92º deste Decreto-Lei (entretanto alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro) *“o enfermeiro, no exercício do seu direito de objector de consciência, assume o dever de:* a) *Proceder segundo os regulamentos internos da Ordem que regem os comportamentos do objector, de modo a não prejudicar os direitos das pessoas; b) Declarar, atempadamente, a sua qualidade de objector de consciência, para que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar; c) Respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde”*.

COMO PROCEDER EM CASO DE OBJECÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Quando o enfermeiro é colocado perante um pedido de cuidado pelo cliente ou perante uma prescrição relativa a uma intervenção interdependente, poderá estar de acordo com a sua consciência moral ou, poderá estar em oposição de acordo com as suas convicções. Caso esteja de acordo com a sua consciência moral, o enfermeiro age conforme os

“padrões de qualidade dos cuidados, em observância com as regras da deontologia profissional” (NUNES, 2007, p.23). Ou ao contrário, o enfermeiro poderá considerar-se objetor de consciência, como consagrado no artigo 1º do REDOC. Assim, conforme o artigo 92º do “Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” e o artigo 2º do REDOC, o enfermeiro considera-se objetor de consciência “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”.

Portanto, declara-se objetor, recusando a ação por objecção de consciência, como consagrado no artigo 4º do REDOC que afirma que *“o direito à objecção de consciência é exercido face a uma ordem ou prescrição particular, cuja acção de enfermagem a desenvolver esteja em oposição com as convicções religiosas, morais ou éticas do enfermeiro e perante a qual é manifestada a recusa para a sua concretização fundamentada em razões de consciência”.*

Tomando esta decisão autónoma e responsável, conforme o número 1 do artigo 5º do REDOC, o enfermeiro deverá informar o local de trabalho, anunciando formalmente da decisão.

Além disso, como consagrado no número 2 do artigo 5º do REDOC, *“o anúncio da decisão de recusa deve ser feito atempadamente, de forma a que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar e seja possível recorrer a outro profissional, se for caso disso”.* Se os cuidados estiverem assegurados o enfermeiro *“deve comunicar também a sua decisão, por carta, ao Presidente do Conselho Jurisdicional Regional da Secção da Ordem onde está inscrito, no prazo de 48 horas após a apresentação da recusa”* (número 1 do artigo 6º do REDOC). Por fim, de acordo com o artigo 8º deste regulamento, *“a situação de objector de consciência cessa em consequência da vontade expressa do próprio”.* Além disso, quando o enfermeiro se declara objetor de consciência, o EOE no número 2 do artigo 92º, afirma que *“o enfermeiro não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objecção de consciência.”*

Caso o enfermeiro proceda ao *“exercício ilegítimo da objecção de consciência constitui infracção dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão”*, como consagrado no número 2, do artigo 9º do REDOC. Por outro lado, se os cuidados indispensáveis não estiverem assegurados, *“prevalece o respeito pelo direito ao cuidado que o cliente tem”* (NUNES, 2007, p. 23), pelo que o enfermeiro deverá realizar a ação necessária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente trabalho académico, permitiu-nos consolidar conhecimentos adquiridos em aula, na unidade curricular de “Deontologia Profissional II”, tal como em unidades curriculares de anos anteriores, em que o tema havia sido abordado. Consideramos ainda pertinente, pelo facto de nos ter capacitado para o futuro, caso tenhamos de nos deparar com situações em que nós próprios, ou algum colega nosso seja objetor de consciência, sabendo assim como melhor atuar. Desta forma, cremos que nos encontramos com mais conhecimentos acerca desta temática que certamente serão benéficos para os próximos ensinamentos clínicos e para a nossa profissão futura.

Tal como pudemos verificar ao longo do trabalho, a objecção de consciência, parte do enfermeiro como o exercício de um direito, mas torna-se num dever. Ou seja, *“o enfermeiro, no exercício do seu direito de objetor de consciência, assume o dever de”* (número 1, artigo 92º do CDE) informar antecipadamente, a instituição na qual trabalha, a sua condição de objetor de consciência, de forma a não prejudicar a prestação de cuidados às pessoas, tal como de ir ao encontro dos regulamentos respeitantes aos comportamentos de objetor, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Consideramos assim, que atingimos os objetivos propostos para este trabalho, uma vez que analisámos a temática da objecção de consciência, identificando, refletindo e discutindo as questões relacionadas com a mesma, tal como nos encontramos mais capacitadas para a tomada de decisão em enfermagem, no que diz respeito à objecção de consciência, seja por nossa parte, ou pela de colegas, não discriminando. Assim,

concluimos que a arte do cuidar, passa também pela capacidade que o enfermeiro tem em assumir as suas próprias limitações, neste caso a nível moral e pessoal, no que diz respeito à prestação de cuidados. Desta forma, e informando atempadamente da sua qualidade de objeto, o enfermeiro está a garantir a prestação de cuidados à pessoa.

FONTES DE INFORMAÇÃO

CENTROS DE ESTUDOS DE BIOÉTICA. **Revista Portuguesa de bioética: cadernos de bioética**. n.º 3. Coimbra: Edição dos centros de estudos de bioética. 2007. ISSN: 1646-8082

Código Civil

Constituição da República Portuguesa

DECRETO-LEI nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril

DEODATO, Sérgio – A excelência do Exercício: Perspectiva ética e deontológica. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Nº15. (Dezembro. 2004). ISSN: 1646-2929. P.26-30

FIGUEIRA, Maria Fátima. Da(s) recusas: o caso de objecção de consciência. **Revista Ordem dos enfermeiros**. N.º 29. (2008). ISSN 1646-2929 p. 41-44

NEVES, Maria do Céu Patrão, PACHECO, Susana – **Para uma ética da Enfermagem**. 2004. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-326-8.

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

NUNES, Lucília - **Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN: 978-972-8930-47-9.

NUNES, Lucília – Objecção de consciência: sinopse e esquematização: Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. (Junho.2007). ISSN 1646 – 2629 p.22-23

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional - Parecer Nº70 / 2008. [Em linha]. [Consult. 8.Out.2010]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer-CJ-70-2008.pdf>

PACHECO, Susana - **Para uma ética da Enfermagem: Desafios**. 2004. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-326-8

