

Percursos

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



FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade
trimestral

Ano XI - nº 38
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica

Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

Informação aos autores

Regras de Publicação:
Revista N.º 32
2016
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_32.pdf

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

EDITORIAL	2
PRESENÇA DOS PAIS DURANTE A REANIMAÇÃO DA CRIANÇA. Uma reflexão epistemológica, ética, deontológica e jurídica <i>Ana Brito, Ana Sartóris, Cátia Silva, Gonçalo Rodrigues, Mónica Costa</i>	3
A MARIA E A ASSINATURA DO SEU (NÃO) CONSENTIMENTO INFORMADO - Estudo de um caso: Revisão epistemológica, ética, deontológica e jurídica <i>Ana Catarina Casimiro, Fernando Coelho, Maria de Fátima Silva, Soraia Ferreira, Verónica Pereira</i>	26



Editorial

No ano letivo de 2016/2017 ocorreu a abertura do 1º **Mestrado em Enfermagem, em associação** entre cinco Instituições do Ensino Superior - a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

No plano de estudos do Mestrado, no sentido de dar cumprimento às orientações para a atribuição do título de enfermeiro especialista, pela Ordem dos Enfermeiros, foi concebido um «*tronco comum*», correspondendo às competências comuns dos enfermeiros especialistas; a este tronco comum, sucede-se a área de especialização, iniciada ainda no 1º semestre. O curso tem sete **áreas de especialização** e funcionaram cinco, que correspondem às que têm parecer favorável emitido pela Ordem dos Enfermeiros - em concreto, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Uma das unidades curriculares (UC) comuns é **Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem**, leccionada pelos Professores Lucília Nunes, Rui Inês e Marco Constantino - a UC visa o desenvolvimento de conhecimentos e competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Considera-

se fundamental a integração das dimensões epistémica, ética, deontológica e jurídica, para a regulação da ação.

Espera-se que o estudante: a) Identifique as dimensões epistémica, ética, deontológica e jurídica, na tomada de decisão; b) Compreenda a natureza própria do conhecimento de enfermagem; c) Suporte a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; d) Discuta os fundamentos da tomada de decisão e aspetos próprios do agir do enfermeiro; e) Enquadre o regime jurídico aplicável ao exercício profissional; f) Reflita criticamente o processo e os resultados da tomada de decisão; g) Promova a proteção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais; h) Integre conhecimentos na análise de casos; i) Saiba gerir na equipa, de forma apropriada, as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade, a dignidade ou os direitos do cliente.

Considera-se que o aprofundamento teórico explicita a descrição, análise, argumentação perante um tema ou caso. Por isso, sendo o tópico é escolhido pelos estudantes, potencia a análise de situações vividas (quando casos) ou de temáticas que preocupam. Nesta edição da Revista Percursos publicam-se dois trabalhos realizados neste âmbito, do 2º curso, "**A presença dos pais durante a reanimação da criança**" e "**A Maria e a assinatura do seu (não) consentimento informado**",

respetivamente uma análise temática e um estudo de caso. Boas Leituras!

Lucília Nunes

Presença dos pais durante a reanimação da criança

Uma reflexão epistemológica, ética, deontológica e jurídica

Ana Brito, Ana Sartóris, Cátia Silva, Gonçalo Rodrigues, Mónica Costa
rev. Lucília Nunes

Resumo

Com foco na análise relativa á presença dos pais durante a reanimação da criança, apresenta-se o enquadramento teórico e concetual dos principais conceitos em que a reflexão assenta, seguido da abordagem epistemológica, ética, deontológica e jurídica sobre a presença dos pais durante a reanimação a criança em contexto hospitalar. No âmbito da formação de mestrado, do enfermeiro em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, visa o propósito de fornecer suporte e consubstanciar um argumentário de apoio à tomada de decisão inerente à possibilidade de conceder a presença dos pais durante a reanimação da criança.

Palavras-chave: Presença dos pais, reanimação da criança, agir do enfermeiro, especialista em saúde infantil e pediátrica

Abstract

Focusing on the analysis concerning the presence of parents during the child's resuscitation, is presented the theoretical and conceptual framework of the main concepts on which the reflection is based, followed by the epistemological, ethical, deontological and legal approach to the presence of parents during resuscitation the child in a hospital setting. In the context of master course, to nurse become specialist in Child and Pediatric Health Nursing, aims to provide support and substantiate an argument to support the decision making inherent in the possibility of granting the parents' presence during the child's resuscitation.

Key words: Presence of parents, reanimation of the child, acting of the nurse, specialist in children's and pediatric health

Introdução

O objetivo geral centra-se na realização de uma revisão crítica e aprofundada sobre uma temática selecionada pelos estudantes que integre as dimensões epistemológica, ética, deontológica e jurídica. Face ao exposto, o presente trabalho recai sobre a presença dos pais durante a reanimação da criança, especificidade do cuidar a criança em situação crítica e que pode ter lugar nos diversos contextos da prática de cuidados em saúde infantil e pediátrica.

Perspetivando o desenvolvimento das competências inerentes ao enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal quanto à presença dos pais durante a reanimação da criança, os objetivos específicos passam, assim, por sistematizar concetualmente epistemologia, ética, deontologia e direito no âmbito do exercício da enfermagem, abordar a especificidade da prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, e, na sequência, refletir sob os prismas epistemológico, ético, deontológico e jurídico e dar os primeiros passos na construção de um argumentário de apoio à tomada de decisão sobre a presença dos pais nesta situação de cuidado crítico tão peculiar.

Breve enquadramento teórico e conceptual

Sobre a epistemologia

Eminentemente controversa (Nunes, 2017) e de difícil delimitação (Soares, 2004), a epistemologia advém dos conceitos *episteme* (conhecimento) e *logos* (estudo ou teoria), correspondendo ao ramo da filosofia que se dedica à natureza, fontes, validade e limites do conhecimento (Nunes, 2017). Disciplina recente, relaciona-se com a filosofia, lógica e metafísica da ciência (Bachelard, 2010; Nunes, 2017) e objetiva a justificação do conhecimento através dos fundamentos que o sustentam (Soares, 2004).

No mesmo sentido, a epistemologia de enfermagem refere-se à natureza, fontes e validade do conhecimento em enfermagem (Nunes, 2017), conhecimento privado (Nunes, 2017) e público (Risjord, 2010, cit. por Nunes, 2017, p. 99) relevante para a *praxis* do enfermeiro (Nunes, 2017). Isto é, destina-se ao estudo da origem, estrutura e métodos do conhecimento de enfermagem, bem como aos padrões de conhecimento dos seus membros e critérios de validação das afirmações de conhecimento produzidas (Schutz & Meleis, 1988), estando inserida no campo das ciências sociais e humanas, na medida em que centra a investigação na pessoa, procurando identificar, estudar e debater formas de saber e fazer (Oliveira & Botelho, 2010).

Ancorado numa base multifacetada, porque proveniente de fontes diversas, o conhecimento de enfermagem relaciona-se “com a compreensão, a explicação e predição dos fenómenos de enfermagem”, em estreita relação com o recetor de cuidados e resultados efetivos da sua prática clínica (Nunes, 2017, p. 100), pelo que conhecer em

enfermagem vai além da esfera do conhecimento técnico e científico, integrando-se, ou integrando, a ética e a ontologia, a relação de ajuda e de cuidado (Nunes, 2017). Objetivando o equilíbrio entre saúde e bem-estar, cuidar em enfermagem assenta numa racionalidade prático-reflexiva, em que o conhecimento se cria, e recria, através da perceção de situações complexas – ou será da complexidade das situações? – colocando em ação as aprendizagens adquiridas, emergindo deste agir um saber próprio que caracteriza o conhecimento específico de enfermagem (Pina Queirós, 2014).

É neste sentido que importa destacar os padrões fundamentais, interdependentes e/ou que se interrelacionam, de conhecimento em enfermagem, propostos por Barbara Carper (1978) – conhecimento empírico, ético, pessoal e estético. Não obstante a nomeação de Carper seja indissociável quando abordada a temática dos padrões de conhecimento, importa identificar os contributos de Philip Phenix (1964, cit. por Nunes, 2017, p.143-145) na compreensão do processo de construção do conhecimento e aos domínios simbólico e sinóptico a que Carper não alude, ou a introdução de um quinto padrão de conhecimento – sociopolítico, de acordo com a proposta de White (1995, cit. por Nunes, 2017, p. 147) e emancipatório, apresentado por Peggy Chin & Maeona Kramer (2008, cit. por Nunes, 2017, p. 147-148).

O **conhecimento empírico** baseia-se na observação e experiência do sujeito e apresenta-se eminentemente descritivo, providenciando descrições, generalizações, formulações e explicações do foro teórico sobre fenómenos de interesse (Carper, 1978;

Nunes, 2017; Silva & Batoca, 2003). É deste padrão de conhecimento que emergem as teorias de enfermagem, através do qual são descritos e demonstrados os construtos conceptuais de enfermagem, correspondendo à *ciência de enfermagem* (Nunes, 2017).

O **conhecimento ético** diz respeito às matérias dos direitos e deveres, envolvendo as questões ético-morais inerentes à prática de enfermagem, exercício assente no respeito pela vida humana e que pressupõe um agir voluntário do enfermeiro a que subjaz interesses, normas, princípios e valores de todos os envolvidos na relação de cuidado (Carper, 1978; Nunes, 2017; Silva & Batoca, 2003). Compreende-se, assim, que o conhecimento ético, *ética de enfermagem* (Nunes, 2017), requer um entendimento das diferentes propostas filosóficas, balanceando o que é certo e desejável em distintos campos éticos, desenvolvidos para lidar com a complexidade do juízo moral (Carper, 1978).

O **conhecimento pessoal** assoma da consciência de si e da consciência que cada indivíduo tem dos elementos da relação de ajuda e de cuidado em causa, reforçando a autoestima dos envolvidos e, por inerência, a sua liberdade e tomada de decisão (Carper, 1978; Silva & Batoca, 2003). É nesta perspectiva que desponta a individualidade do sujeito enquanto enfermeiro (Carper, 1978), em que se identificam, apoiam e contrapõem valores e crenças, bem como a sua influência no agir do enfermeiro (Nunes, 2017).

O último padrão de Carper designa-se **conhecimento estético** e reúne as capacidades técnicas envolvidas no exercício de enfermagem,

conhecimento suscetível que traduz a síntese de todos os padrões supramencionados (Carper, 1978; Silva & Batoca, 2003). *Arte de enfermagem*, o conhecimento estético respeita à dimensão criativa da enfermagem e implica a utilização de competências tão vastas quanto a comunicação, a imaginação, a percepção ou o pensamento abstrato para dar resposta às necessidades e anseios da pessoa, grupo e/ou comunidade a quem dirige os cuidados (Nunes, 2017).

Ora, quando estabelecido o comparativo entre os padrões de conhecimento apresentados por Phenix e Carper, verifica-se que os domínios fundamentais simbólico e sinóptico de Phenix, referentes à integração dos significados, não estão incluídos na proposta de Carper (Nunes, 2017), porém merecem aqui ser brevemente enumerados. O **domínio simbólico** refere-se à linguagem comum, às estruturas simbólicas discursivas e não discursivas que obedecem a regras socialmente aceites, tais como a matemática ou padrões rítmicos, e se consubstancia instrumento de expressão de qualquer significado (Nunes, 2017). Por seu turno, o **domínio sinóptico** alude aos significados empíricos, estéticos e sinoéticos eminentemente integrativos, de que as disciplinas de filosofia, história ou religião são exemplificativas (Nunes, 2017).

Em 1995, Jill White viria a acrescentar um quinto padrão de conhecimento aos mencionados por Carper – o **conhecimento sociopolítico**, que engloba os contextos social e político onde os cuidados de enfermagem se praticam, tanto no prisma interpessoal, ou seja respeitante à relação enfermeiro-sujeito, grupo e /ou comunidade alvo de cuidados, como no prisma organizacional, social e político, isto é, no que

concerne à enfermagem enquanto profissão (White, 1995; Nunes, 2017).

Por fim, o **conhecimento emancipatório**, relatado por Chin & Kramer (2008, 2011, cit. por Nunes, 2017, p. 147-148), parece, de algum modo, redundante face à proposta de White, e procura identificar e corrigir as injustiças sociais, partindo do seu reconhecimento e das condições subjacente ao seu surgimento, tendo particular relevo, entre outros, no âmbito da investigação-ação, sexualidades não normativas e maternidade da comunidade migrante (Nunes, 2017).

Sobre a ética (e a bioética)

A prática de enfermagem requer escolhas do foro ético frequentes, senão mesmo diárias, independentemente dos contextos onde se desenrolam. Fazer escolhas éticas exige “profundo compromisso pessoal para fazer o que “está certo”” (Vieira, 2009, p. 112), bem como experiência de vida, imaginação, informação, saber ético, sensibilidade moral e virtudes (Vieira, 2009). “A existência da ética é prévia a qualquer declaração de direitos. A ética existe pelo simples facto de existir um Ser” (Cotovio, 1997, p. 6). Em termos etimológicos, ética advém do substantivo latim *ethica* “moral natural, parte da filosofia que estuda a moral” e do adjectivo grego *ēthikós*, relacionado com o grego *ēthos*, *eosous* “modo de ser, carácter, costume” (Houaiss & Villar, 2003, p. 1647).

Mais do que um conjunto de princípios morais pelos quais o indivíduo se regula (Academia das Ciências de Lisboa, 2001), a ética edifica-se na reflexão sobre a atribuição de validade à essência dessas mesmas condutas, normas e princípios orientadores (Savater,

1995), advertências, indicações e valores intrínsecos a cada realidade social (Houaiss & Villar, 2003).

Entendida como “o propósito racional de averiguar como viveremos melhor” (Savater, 1995, p. 52), a ética corresponde ao ramo da filosofia que se dedica aos princípios em que a ação humana se desenrola, “princípios que motivam, distorcem, disciplinam ou orientam o comportamento humano” (Houaiss & Villar, 2003, p. 1647). Assente no respeito e orientada para a soberania e dignidade humanas (Ceitil, 2002), a ética discorre a ambivalência entre o certo e o errado, o bem e o mal, e estabelece “o código moral de conduta” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 1612), buscando “a fundamentação do agir humano” (Almeida, 2004, p. 25).

Se enfermagem assume o cuidar como essência, sendo indissociável da dignidade humana e asseverando-se na assunção da pessoa enquanto objeto de cuidados, a abordagem dos princípios bioéticos intrínsecos à tomada de decisão em enfermagem torna-se incontornável.

Recorde-se que a bioética surge como “a ética das ciências da vida e do cuidado com a saúde” (Reich, 1994, cit. por Barchifontaine & Pessini, 2002, p. 21), sendo o seu objeto o valor supremo da pessoa, daquilo que concretiza a sua vida e determina os princípios inerente a ser pessoa (Clotet, 1993). A bioética brotou “como a Ética da Vida e, porque não, a Vida da Ética” (Almeida, 2004).

Propostos por Beauchamp & Childress (2009), os princípios básicos onde a bioética se erige são os princípios da autonomia, da beneficência e da não maleficência, da justiça ou da equidade, princípios intrínsecos à ética profissional no âmbito da saúde

(Almeida, 2004; Arantes-Gonçalves & Almeida, 2004; Koerich, Machada & Costa, 2005; Torres, 2003).

O **princípio da autonomia** refere-se ao poder da pessoa decidir sobre si mesma, traduzindo-se, no âmbito da saúde, na confidencialidade, confiança e consentimento informado (Almeida, 2004; França, 2012; Gillon, 1994; cit. por Arantes-Gonçalves & Almeida, 2004, p. 134). É a dimensão kantiana de reconhecer-se como um fim em si mesmo (Nunes, 2008) e reconhecer no Outro a capacidade de decidir sobre o seu melhor interesse (Arantes-Gonçalves & Almeida, 2004), pelo que se assumirá, a partir daqui, a designação de **respeito pela autonomia** enquanto princípio bioético inscrito no agir do enfermeiro.

O **princípio da beneficência** traslada o dever de ajudar, cuidar, promover ou fazer o bem em prol do Outro (Almeida, 2004; Koerich, Machada & Costa, 2005; Thompson, Melia & Boyd, 2004), sem que, porém, a capacidade de autodeterminação daquele seja ferida (Koerich, Machada & Costa, 2005). Pese embora o plasmado, a ponderação entre risco e benefício configura-se de complexidade major (Nunes, 2008), atestando a exequibilidade prática deste princípio peculiar desafio.

O **princípio da não-maleficência** verte sobre o não colocar em risco ou causar dano ao Outro de modo intencional (Almeida, 2004; Koerich, Machada & Costa, 2005; Nunes, 2008), não prejudicando “aqueles de quem se cuida” (Thompson, Melia & Boyd, 2004, p. 19). São diversas as circunstâncias em que os princípios da beneficência e não maleficência parecem conflitar, não estando previamente instituída qualquer determinação de um sobre o outro (França, 2012; Nunes, 2008). Nestes casos, alguns autores defendem

a prevalência do princípio da não maleficência, remetendo, porém, e de forma indubitável, a decisão para a situação concreta que se afigura (França, 2012; Nunes, 2008).

Finalmente, o **princípio da justiça** refuta a homogeneização do dissemelhante para dar lugar ao que é distinto, certificando-se, no que concerne à distribuição equitativa dos recursos, deveres e benefícios sociais entre todos (Koerich, Machada & Costa, 2005), dar "a cada um o que lhe é devido" (Nunes, 2008, p. 44).

Assumindo a liberdade como essência da bioética (Koerich, 2002; cit. por Koerich, Machada & Costa, 2005, p. 107) e o entendimento do ser humano enquanto sujeito ético, o desafio do enfermeiro é, assim, o de centrar o "dever de fazer o bem" (Matos, 2008, p. 34), sendo aspetos distintivos da dimensão ética da Enfermagem a promoção do bem estar e justiça, fazer juízos sobre o que é moralmente certo ou errado, agir de acordo com esses mesmos juízos e conjugar os interesses morais significativos com as necessidades de diferentes pessoas (Vieira, 2009).

A análise das questões éticas (e bioéticas) do enfermeiro devem ser analisadas com base nos conceitos centrais da Enfermagem – pessoa, saúde, ambiente e cuidado de enfermagem (Vieira, 2009), pelo que, em subcapítulo próprio, se expõe o enquadramento concetual veiculado pela Ordem dos Enfermeiros, consignando a especificidade do cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enquadramento necessário para a introdução à temática submetida à reflexão e que versa sobre o exercício no âmbito do contexto hospitalar em pediatria. Subjaz da ação, a liberdade e autonomia do

processo decisório, traduzindo o agir livre. “É da liberdade de cada um para tomar decisões que nascem os atos e é nessa vontade livre que estes se fundamentam” (Deodato, 2010, p. 43). E se a ação de (e/ou em) enfermagem nasce, inscreve-se e desenvolve-se no âmbito do compromisso assumido de cuidar (d)o Outro, tal implica ponderação, trasladando um agir responsável.

“O agir é, simultaneamente, fundado pela autonomia (que se exerce ao agir) e pela responsabilidade - e se tomar decisões é assumir responsabilidade, também decorre de se ter responsabilidades.” (Nunes, 2006, p.3). De facto, a tomada de decisão de/em enfermagem, clínica e ética, possibilita ao enfermeiro um agir adequado e sobre o qual se responsabiliza, pelas suas ações e pelas decisões que as antecedem, sobrepõem e/ou sucedem, tal como enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro (Assembleia da República, 2015). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), os padrões éticos profissionais emergem da preocupação com o bem-estar do Outro, em que a qualidade científica e/ou técnica manifesta-se insuficiente, sendo exigida qualidade humana e humanizadora, assim como respeito por si mesmo enquanto pessoa, única e singular, preceito fundamental para respeitar o Outro de quem cuida.

Breve apontamento sobre a deontologia

Face à sua estreita relação com a práxis de enfermagem remete-se maior desenvolvimento sobre a deontologia no capítulo destinado à análise da situação alvo do presente trabalho, na medida em que importa aí destacar os aspetos específicos a que a condição alude, não parecendo ser de utilidade premente a enumeração generalizada e isolada do

Código Deontológico do Enfermeiro, documento legislativo regulador do exercício profissional em Portugal.

Partindo da concetualização de deontologia como declaração de um "dever ser profissional" (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 16), corresponde a um conjunto articulado de deveres que um determinado grupo de profissionais se compromete a cumprir, indicando, de forma explícita, uma forma de agir, sendo essencialmente um meio de regulação do exercício profissional (Vieira, 2009).

À prestação de cuidados é inerente a responsabilidade dos juízos e ações praticados, indissociável dos princípios da dignidade humana e respeito pelos valores profissionais, em que responsabilidade pressupõe conhecimento, conhecimento da pessoa como totalidade, dos meios e recursos disponíveis e das ações a desenvolver, muito além do conhecimento técnico e científico conducente à ação consentânea com a *legis artis* (Vieira, 2009), de que o artigo 100.º do CDE faz menção (Assembleia da República, 2015).

“Hoje a enfermagem é uma profissão com formação científica e uma prática de expressão humanista” (Vieira, 2009, p. 128). Do agir em enfermagem pressupõe-se respeito pelos direitos humanos, ação assente em altruísmo, dedicação, humildade e solidariedade, no estrito cumprimento do determinado no artigo 99.º do CDE, devendo, para o efeito, incitar os mecanismos conducentes à melhoria da qualidade da vida do destinatário dos cuidados (artigo 97.º do CDE), consagrando o recurso a outras áreas profissionais e/ou recursos disponíveis na comunidade (artigos 101.º e 112.º do CDE).

Ao enfermeiro cabe cuidar no estrito respeito pelos direitos humanos, pelo que as ações de enfermagem devem preservar a dignidade e liberdade de quem é cuidado (Vieira, 2009). Cada pessoa, família, grupo e/ou comunidade, com especial relevância aquando situação e/ou condição de fragilidade, merece e tem direito ao cuidado de excelência, “exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 9), enquadrada na alínea a) do número 3 do artigo 99.º, na alínea b) do artigo 100.º e no artigo 101.º do CDE.

Importa destacar o preconizado no artigo 102.º do CDE no âmbito da tomada de decisão em enfermagem, de onde se afigura o desafio da ponderação dos princípios bioéticos supramencionados, com particular destaque para os princípios da beneficência e não maleficência, e assinalar a alínea b) do artigo em causa como especificidade do contexto em que a reflexão a que o presente trabalho remete se refere.

Sobre o direito e os direitos da criança

O direito da saúde e da enfermagem consubstancia um sistema de normas jurídicas que procuram disciplinar situações em que a saúde surge objeto imediato, ou mediato, regulando a organização e funcionamento das instituições de promoção e defesa da saúde (Correia, 1996).

Considerando saúde como direito humano (Nunes, 2009b), a prestação de cuidados insere-se como cumprimento de um direito da pessoa e dever do profissional de saúde, onde os princípios da não-discriminação e da igualdade devem orientar a prática,

tal como preconizados internacionalmente pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Carta dos Direitos Fundamentais, a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais ou a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, a que acresce o quadro legislativo em vigor no país em causa. Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa configura a lei mãe que estabelece os direitos e garantias das cidadãs e dos cidadãos em território nacional, ao passo que a Lei de Bases da Saúde consubstancia documento central em matéria dos cuidados de saúde.

A análise crítica solicitada exige conhecimento prévio dos instrumentos regentes da conduta ética, deontológica e profissional do enfermeiro em Portugal, a que aos documentos gerais, se acresce o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Ressalve-se a adoção do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado em anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, com a correspondente alteração dos artigos referentes à deontologia profissional (Capítulo VI, artigos 95º a 113º).

Ao longo dos tempos, ante os avanços da ciência, a evolução da sociedade, da conceitualização de saúde e doença, bem como dos modelos e paradigmas que orientam a prestação de cuidados de saúde, amplas modificações tiveram lugar, destacando-se o cuidado à criança hospitalizada e a consagração de aspetos relativos ao desenvolvimento emocional e psicológico da criança, sem esquecer a família enquanto instituição social (Barros, 2003).

É a partir do século XVII que a criança passa a ser valorizada como ser humano, contudo foi só em 1802

que a organização da assistência à criança doente conheceu um ponto alto, através da criação do *Hôpital des Enfants Malades*, na cidade de Paris, em França (Almeida, 2014). Os primeiros hospitais pediátricos surgiram na primeira metade do século XIX, tendo o primeiro sido inaugurado por George Armstrong, unidade promotora da presença dos pais durante o processo de hospitalização, recaindo a decisão final da enfermeira de serviço (Huerta, 1987). Em Portugal, o primeiro hospital pediátrico foi inaugurado em 1877 em Lisboa – Hospital Dona Estefânia, unidade que ainda hoje presta exclusivamente cuidados à população pediátrica – Hospital Dona Estefânia –, seguido do Hospital Dona Maria Pia, na cidade do Porto. É também no decorrer do século XIX que surgem as primeiras Sociedades Protetoras da Infância e atribuição de maior valor à vida da criança, conferindo-lhe direitos, assumindo-a ser de pleno direito (Ribeiro, 2009).

Em 1923 é promulgada, pelo Conselho União Internacional de Proteção à Infância, a Declaração dos Direitos da Criança, resolução que um ano depois seria adotada pela Assembleia da Sociedade das Nações, transformando-se aí em instrumento jurídico pela primeira vez (Alston & Tobin, 2005). Esta declaração, hoje designada Declaração de Genebra, adveio da necessidade de garantir uma proteção especial à criança e foi adotada pelas Nações Unidas em 1959, a que acresce o reconhecimento em documentos como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (artigo 10.º) ou o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (artigos 23.º e 24.º), ou em instrumentos e estatutos de organizações que, ao longo do século XX, se

dedicaram ao bem estar da criança (Alston & Tobin, 2005; Almeida, 2004). Este processo culminou na Convenção dos Direitos da Criança, adotada, em 1989, pela Assembleia das Nações Unidas (Alston & Tobin, 2005; Almeida, 2004) e ratificada em Portugal a 21 de setembro de 1990 (UNICEF, s.d.).

De acordo com o artigo 1.º da Convenção dos Direitos da Criança, criança corresponde a todo o ser humano até aos 18 anos de idade, salvo se atingir a maioridade mais cedo, de acordo com a legislação em vigor em cada país (UNICEF, s.d.). Em Portugal, a conceção de menor definida no artigo 122.º pelo Código Civil é coincidente com a de criança.

A responsabilidade do Estado na proteção e promoção do bem-estar da criança está inscrita na Convenção dos Direitos da Criança (artigo 3.º), partindo do princípio da não discriminação assumido no artigo anterior e possibilitando os meios conducentes ao desenvolvimento psíquico, mental, espiritual e social em ambiente saudável e compatível com as condições de liberdade e dignidade (Alston & Tobin, 2005). O ponto 1 do artigo 3.º consigna ainda o primado do superior interesse da criança, incontornável em todas as decisões relativas à criança tomadas pelas autoridades administrativas, instituições judiciais, instituições públicas ou privadas de proteção social ou órgãos legislativos (Alston & Tobin, 2005).

Destaque-se, igualmente, a adoção, por unanimidade, da Declaração dos Direitos da Criança pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 20 de novembro de 1959, mais de 10 anos após a aprovação da Declaração dos Direitos Humanos, conferindo à criança estatuto de igual dignidade humana (Almeida, 2004).

Na maior parte do mundo, o atendimento hospitalar da criança é ainda garantido nas unidades hospitalares centrais, através dos serviços de pediatria criados para o efeito, sendo que algumas especialidades, nomeadamente especialidades cirúrgicas, resultam no internamento da criança em unidades de adultos. É nesta medida que vale a pena destacar a Carta da Criança Hospitalizada, aprovada, em 1988, pela Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas (Almeida, 2004; Levy, 1996), e que visa a salvaguarda dos direitos da criança doente e/ou portadora de deficiência, propondo o acréscimo da humanização do seu atendimento nas diversas instituições de saúde (Levy, 1996), destacando ainda o direito ao acompanhamento durante o período de internamento, à informação e à participação nas decisões que a si dizem respeito (Almeida, 2004).

No contexto específico português, a Constituição da República Portuguesa e a Convenção sobre os Direitos da Criança configuram duas das referências jurídicas para a proteção e promoção dos direitos da criança, a que importa acrescentar a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e a Lei Tutelar Educativa, embora estas duas últimas assumam menor relevância no espetro a que a temática do trabalho em apreço versa.

Identifique-se ainda o Decreto-Lei n.º 21/81, de 19 de agosto, que estabelece o direito dos menores serem acompanhados pelos pais durante o internamento hospitalar (Almeida, 2004; Assembleia da República, 1981).

Breve descritivo concetual metaparadigmático e integrativo

Previamente à abordagem concreta sobre a presença dos pais durante a reanimação, parece ser da mais elementar importância um breve apontamento sobre os conceitos centrais da enfermagem onde a reflexão se sustentou.

Aos descritivos emitidos pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro de Cuidados Gerais, aspetos major no cuidar reiterados no enquadramento concetual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem publicados pelo Conselho de Enfermagem em 2001, interessa integrar a especificidade do utente pediátrico, tal como disposto no Regulamento n.º 351/2015, publicado em Diário da República, e que emana os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Em qualquer momento do cuidar, o enfermeiro tem presentes os conceitos metaparadigmáticos de saúde, pessoa, ambiente e cuidado de enfermagem.

Mais do que a ausência de doença, **saúde** consigna o estado e representação mental da condição individual de saúde, estado eminentemente subjetivo e que varia temporalmente, traduz um processo contínuo e dinâmico de equilíbrio que pressupõe o autodomínio do sofrimento e o bem-estar em todos os seus parâmetros, físico, emocional e espiritual (Conselho de Enfermagem, 2001), sem esquecer a necessária adaptação às transições decorrentes do desenvolvimento infantil, ou acidentais, em estreita ligação, jamais a dissociando dos pais/família (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O conceito **pessoa** reforça a unicidade do ser humano, com um sistema de crenças, desejos e valores próprios e que resultam da influência do

ambiente em que vive e se desenvolve, provido de dignidade e direito à autodeterminação (Conselho de Enfermagem, 2001). É da interação pessoa-ambiente que o estado de equilíbrio e harmonia que caracteriza a saúde se constrói, correspondendo um projeto de saúde que surge de processos intencionais e não intencionais, destacando a indivisibilidade de cada indivíduo e clamando a visão holística do cuidar (Conselho de Enfermagem, 2001). Na área de especialidade de saúde infantil e pediátrica, o conceito de pessoa assenta no binómio criança/jovem e família e assume a dependência dos cuidados da família para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Saliente-se que, não obstante a idade inferior aos 18 anos, a criança e jovem é provida do direito à liberdade de expressão, à autodeterminação, ao respeito pela sua opinião, pelo seu projeto de saúde, assim como a consentir qualquer decisão referente à sua situação clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Face ao significado e significância da família no cuidado à criança/jovem, esgrimir a mesma enquanto mesossistema, em que os pais são os responsáveis pela maioria dos cuidados, pelo que a intervenção do enfermeiro a deve consagrar em todas as circunstâncias (Ordem dos Enfermeiros).

O **ambiente** diz respeito aos elementos culturais, económicos, físicos, humanos, organizacionais e políticos que influenciam e condicionam os estilos de vida adotados pelo sujeito, indissociáveis e que se refletem no conceito de saúde (Conselho de Enfermagem, 2001). Qualquer ação de enfermagem emerge e desenvolve-se na complexa relação de interdependência pessoa-ambiente (Conselho de

Enfermagem, 2001), ou criança/jovem/família e ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Os **cuidados de enfermagem** edificam-se na relação entre enfermeiro e objeto do cuidar, tendo em conta as características que tornam cada agente ser uno e único, traduzindo a perspetiva multicultural no exercício profissional (Conselho de Enfermagem, 2001) e as capacidades e crenças de cada parte envolvida (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Ao longo de todo ciclo vital, os cuidados de enfermagem visam a prevenção da doença e a promoção da saúde e alcance do máximo potencial de cada pessoa, família e/ou comunidade, assumindo uma atuação de cariz multiprofissional e que pode ser independente ou interdependente de outras áreas profissionais (Conselho de Enfermagem, 2001). O cuidado de enfermagem exerce-se em relação terapêutica e em parceria de cuidados (Conselho de Enfermagem, 2001), evidenciados no âmbito da saúde da criança e do jovem nos cuidados centrados na família, independentemente do contexto em que se desenrolam (Ordem dos Enfermeiros, 2015). No que concerne à gestão dos cuidados da criança, jovem e família privilegia-se o método de trabalho por enfermeiro de referência (Ordem dos Enfermeiros, 2015), que acompanhe a pessoa ao longo de toda a sua vida.

A **tomada de decisão** em enfermagem implica a identificação das necessidades e/ou problemática da pessoa, grupo e/ou comunidade a quem os cuidados se dirigem, reais ou potenciais, incorporando na sua prevenção, minimização e resolução, os resultados emanados da investigação (Conselho de Enfermagem, 2001). À tomada de decisão do enfermeiro está

subjacente o raciocínio clínico, ético e deontológico da problemática que enfrenta, pelo que não é um processo estanque, antes variável de acordo com múltiplos fatores. (Conselho de Enfermagem, 2001). “Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas” (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 13).

Os Padrões de Qualidade especializados estabelecem os focos de intervenção na criança/jovem e nos pais ou pessoa significativa e restantes membros da família, tendo em conta as transições normativas decorrentes do desenvolvimento infantil, assim como as transições acidentais, e asseverando o máximo potencial dos envolvidos.

Atendendo ao papel que a família assume na prestação de cuidados em saúde infantil e pediátrica, a menção a Anne Casey como teórica de enfermagem é inegável. Para a autora, a família ou figuras significativas da criança devem ser considerados intervenientes fundamentais no cuidado à criança/jovem, pelo que deverão ser sempre envolvidos em todo o processo de saúde/doença, nomeadamente em situação emergente, desde que seja essa a sua vontade (Casey, 1995).

A partir desta explanação teórica e concetual seguimos, então, para a análise crítica da especificidade e complexidade referente à tomada de decisão sobre a presença dos pais durante a reanimação da criança em contexto hospitalar, independente da unidade ou serviço onde se desenrola. E se ao enfermeiro é exigido que identifique corretamente a questão ética mais premente num determinado momento, reconhecer as suas implicações a curto, médio e longo prazo, e

desenvolver estratégias para lhe dar resposta (Vieira, 2009), partimos do entendimento de problema ético de enfermagem enquanto “existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar, suscitando dúvidas ou conflitos sobre os direitos, os valores, os princípios ou as normas a adotar como fundamentação para a escolha das intervenções de enfermagem, perante uma decisão de cuidado em concreto” (Deodato, 2010, p.160).

Presença da família na reanimação: Perspetiva epistemológica, ética, deontológica e jurídica

A presença da família durante a reanimação foi proposta, pela primeira vez, em 1987 (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017; Jabre et al., 2013; Morrison et al., 2010; Tsai, 2002), na sequência do estudo desenvolvido por Doyle, Post, Burney, Maino, Keefe & Rhe (1987) no Footie Hospital, no Michigan, Estados Unidos da América, e relatório da implementação de um protocolo naquela unidade hospitalar durante nove anos (Hanson & Strawser, 1992).

Nem sempre a integração dos objetivos da ciência e do humanismo decorre de forma singela (Vieira, 2009). Cuidar exige conhecimento específico, não basta ser bem intencionado, implica compaixão e respeito pelo tempo do outro (Vieira, 2009). Para esgrimir a determinação ética do cuidar em enfermagem, domínio transversal e transverso à prática clínica, importa salientar o princípio ético fundamental de “tudo o que fizeres aos outros fá-lo-ás também a ti próprio” (Fromm, cit. por Savater, 1995, p. 78).

Ora, se cuidar advém da tomada de consciência sobre o que é possível fazer pela pessoa em sofrimento (Vieira, 2009), possibilitar a presença dos pais durante a reanimação, se estar for, de facto, a sua vontade, emerge ato participativo e elevada sensibilidade humanista. “O justo meio é fazer aquilo que devemos, quando o devemos e onde o devemos, relativamente às pessoas que devemos, pelo fim pelo qual se deve fazer e na forma pela qual deve ser feito” (Aristóteles, cit. por Marques, 2000, p. 27).

A complexidade inerente à área de atuação da enfermagem configura-se campo fértil para o surgimento de dúvidas, senão mesmo dilemas éticos, que exigem tomada de decisão (Morgado et al., 2014), onde as dimensões ética e clínica implicam-se, e estão implicadas, na deliberação por uma determinada rota, de entre as diversas possíveis, e dirigida "para a resolução de determinado problema" (Nunes, 2006. p. 8; Nunes, 2009a, p. 98).

A incerteza ante a ação de enfermagem a concretizar obriga o profissional a refletir sob o prisma ético e a procurar a melhor solução para o(s) problema(s) ético(s) urgido da sua prática, clamando o recurso a diversas bases para alicerçar a fundamentação dos seus atos (Deodato, 2010).

Processo recorrente e complexo, a tomada de decisão manifesta-se “desafiante, difícil e por vezes assustadora” (Thompson, Melia & Boyd, 2003, p. 117), sobretudo diante de "uma situação nova (ou inesperada)" (Nunes, 2006, p.7), de que a reanimação da criança e possibilidade da presença da pessoa significativa durante o processo é ímpar exemplo.

Num confronto, reflexivo e sistemático, entre valores profissionais e pessoais, crenças e tradições,

sem esquecer as perspetivas multidisciplinares (Queirós, 2001), a par do contexto em que decorre, isto é, o ambiente e as circunstâncias em que o processo de tomada de decisão se desenvolve (Neves & Pacheco, 2004), o enfermeiro é desafiado (senão mesmo forçado) a refletir sobre as suas ações, sobre os motivos pelos quais se regeu para agir de uma determinada forma, em detrimento de outra (Nunes, 2006, p. 7), alicerçando-se em princípios e valores profissionais plasmados no Código Deontológico do Enfermeiro (Morgado, 2014).

Vale a pena ainda reforçar o preceito aristotélico de que “a qualidade moral das ações é relativa ao indivíduo e à situação em que ele se encontra” (Milch, 1991, p. 70), clarificando a especificidade da pessoa e das circunstâncias em ocorre para a compreensão de uma determinada ação. De forma a protegê-los, de forma empírica, da exposição à situação de risco de vida em si e aos procedimentos inerentes a um processo de ressuscitação, condições consideradas pela equipa de saúde como eventualmente traumatizantes (Jabre et al., 2013; Malta, Alves, Graça, Conde & Costa, 2015; Vaz, Alves & Ramos, 2016), os pais e/ou familiares são convidados a afastarem-se frequentemente de situação de reanimação (Malta, Alves, Graça, Conde & Costa, 2015).

A presença dos familiares em contexto de reanimação tem adquirido alguma importância na literatura mais recente e fomentou a criação de normas, guias e protocolos orientadores das práticas por parte das instituições de saúde (AACN, 2016; Bossaerta et al., 2015; Davidson et al., 2007; Malta, Alves, Graça, Conde & Costa, 2015; Mancini et al., 2015), bem como a composição de declarações e

diretrizes por parte de organismos internacionalmente reconhecidos no ramo da saúde (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017; Flanders & Strasen, 2014; Vaz, Alves & Ramos, 2016). Contudo, esta não é prática corrente em todos os contextos hospitalares (Baskett & Lim, 2004; Mentzelopoulos et al., 2016), pelo que é imprescindível entender melhor a problemática e os diversos aspetos relacionados com a mesma, permitindo o desenvolvimento do conhecimento relativo ao tema e a aquisição das ferramentas necessárias para uma melhor tomada de decisão, assente naquilo que se diz uma boa prática, ética, deontológica e legal.

Notas históricas sobre o acompanhamento da criança em contexto hospitalar

Foi em 1900, na cidade de Chicago, nos Estados Unidos da América, que os pais começaram a ser excluídos das unidades de cuidado (Almeida, 2004), face às dúvidas referentes ao risco de infeção decorrentes das visitas à criança (Jolley & Shields, 2009).

Os primeiros avanços relacionados com o paradigma do cuidado centrado na família remontam aos anos de 1920-1940, com a criação da primeira unidade de saúde para mães e filhos no Reino Unido, e o esclarecimento da ausência de dados coincidentes entre presença dos pais da criança internada e o incremento das taxas de infeção (Jolley & Shields, 2009). Evidencie-se ainda a emergência de alguns estudos sobre a nocividade da hospitalização prolongada da criança, descrevendo os efeitos traumáticos associados aos procedimentos cirúrgicos

e a sua minimização aquando a presença materna (Stevens, 1949).

As consequências negativas da separação da criança dos pais passaram a ser alvo de escrutínio aquando a Segunda Guerra Mundial, devido à evacuação das crianças para províncias onde não sofressem fisicamente os efeitos da guerra (Burlingham & Freud, 1942, cit. por Jolley & Shields, 2009, p. 166; Crosby, 1986, cit. por Jolley & Shields, 2009, p. 166), e, posteriormente, em diferentes contextos e formas de separação, como a admissão hospitalar da criança (Bowlby, 1990).

A possibilidade de acompanhamento da criança internada configurava então ato isolado, começando a mudança no paradigma do cuidado à criança e sua família a desenhar-se a partir do fim da Segunda Grande Guerra (Jolley & Shields, 2009). A presença dos pais não reunia consenso na enfermagem, em que, por oposição aos que a consideravam pertinente e sentiam gratidão por tal poderem permitir, alguns enfermeiros consideravam que aquela circunstância era prejudicial ao bem-estar da criança e outros que aquela possibilidade poderia prejudicar a relação criança-enfermeiro (Jolley & Shields, 2009).

Alguns modelos de cuidados foram sendo edificados, resultando no modelo apresentado por Anne Casey, nos anos 90 do século XX, o modelo de parceria de cuidados, em que os pais são assumidos como cuidados informais especiais, peritos no cuidado àquela criança, pelo que devem ser incluídos sempre que ambos o desejem – criança e cuidador (Casey, 1995). A principal finalidade é o bem-estar da criança e o ato de cuidar eleva-se ante um processo de negociação de cuidados (Casey, 1995).

Acentue-se que fazer o bem à criança e família é agir no seu melhor interesse, particular desafio ante o equilíbrio entre beneficência e não-maleficência (Constantino & Hirschheimer, 2005).

De regresso ao desafio intelectual exarado da praxis e sob análise

Segundo a Carta da Criança Hospitalizada, “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade e o seu estado” (ponto 2; Instituto de Apoio à Criança, 2008). Apesar de comumente aceite e tido como de extrema importância, o cuidado centrado na criança-família / família permanece temática amplamente discutida pelas equipas de urgência e emergência, essencialmente no respeitante à presença dos pais durante a realização de procedimentos invasivos ou mesmo em situações de reanimação (Young, 2014). Hodiernamente não existe qualquer uniformização da(s) prática(s) e o procedimento não obedece a uma norma ou consenso, pelo que persistem disparidades na tomada de decisão das equipas sobre a permissão das figuras de referência para a criança em situação crítica de saúde (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011).

Das diferentes categorias profissionais presentes durante a reanimação, a equipa de enfermagem surge como a que maior apoio dá à prática da presença familiar, em oposição à equipa médica (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017).

Os argumentos mais frequentes narrados para justificar o impedimento da presença parental durante a realização de procedimentos urgentes / emergentes são o trauma psicológico que pode advir daquela vivência (Critchell & Marik, 2007; De Robertis,

Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017; Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011; Redley & Hood, 1996), o olhar crítico da família acerca de todas as intervenções realizadas (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011) e a possibilidade de ser alvo de repercussões legais (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017), a possibilidade de perda de controlo emocional da família e subsequente interferência no procedimento (Mekitarian & Angelo, 2015) ou mesmo a crença de que a presença poderá, de facto, interferir nas manobras e procedimentos inerentes ao ato de ressuscitação (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017), podendo alterar o desempenho da equipa (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017; Mekitarian & Angelo, 2015). Apesar do exposto não existem, até agora, estudos objetivos que o sustentem (Mekitarian & Angelo, 2015).

A tomada de decisão partilhada, a individualidade cultural de cada criança e sua família (Byczkowski, Gillespie, Kennebeck, Fitzgerald, Downing & Alessandrini, 2016) e a capacitação da criança/família para tomar melhores decisões em saúde estão inscritas na filosofia de cuidados subjacente ao modelo de Anne Casey, que se insere no domínio ético, deontológico e judicial, assumindo-se crucial para a prática de cuidados, visando a obtenção de benefícios para todas as partes envolvidas no cuidado à criança (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011). Sobre esta matéria sublinhe-se o disposto pela Ordem dos Enfermeiros (2001; 2015) relativamente à adoção de toda a unidade familiar como alvo do processo de cuidados.

Perspetivando a temática da presença da família no contexto da reanimação cardiorrespiratória sob o ponto de vista do conhecimento empírico, a literatura salienta como benefícios os aspetos tranquilizadores para a família, na medida em que foram confrontados com o esforço da equipa de saúde em recuperar as funções vitais do seu ente querido (Ferreira, Balbino, Balieiro & Mandetta, 2014; Gaudreault & Carnevale, 2012; Jabre et al., 2013; Pasek & Licata, 2016), a possibilidade de despedida (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017; Ferreira, Balbino, Balieiro & Mandetta, 2014) e compreensão da realidade de finitude (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017; Ferreira, Balbino, Balieiro & Mandetta, 2014), minimizando o desenvolvimento de situações de stress pós-traumático e/ou de luto patológico (Ferreira, Balbino, Balieiro & Mandetta, 2014; ; Gaudreault & Carnevale, 2012; Pasek & Licata, 2016).

Contudo, a investigação sobre a presença familiar durante a reanimação tem apresentado diversas falhas metodológicas (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017), pelo que daqui desponta a atualidade, pertinência e urgência da elaboração de estudos colmatantes.

Em relação ao conhecimento ético urde destacar como crucial o respeito pela dignidade do Outro no cuidar em enfermagem e que, neste caso, engloba a criança e sua família, avaliando criticamente cada situação e tendo sempre em vista o maior benefício e o melhor cuidado possível para as partes envolvidas (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011). Singularize-se, aliás, a especificidade da criança enquanto sujeito ético, “pessoa em desenvolvimento” e

cujo conhecimento da “construção do “edifício ético”” deve ser distinguida (Almeida, 2004).

A tomada de decisão não se efetiva com base num juízo estático, já que em determinadas situações os princípios (bio)éticos, por si só, não permitem dar a melhor resposta (Carper, 1978). As intervenções são assim adequados à pessoa e circunstâncias em que a relação terapêutica é erigida, selecionando o que é mais desejado e correto para a criança e sua família, sem que tal conflitue com os preceitos éticos, deontológicos e legais da prática de enfermagem (Carper, 1978).

A ética nada impõe e “não obriga ninguém – baliza e orienta mas não ordena nem coage” (Nunes, 2009a, p. 11), pelo que a uma prática de excelência está associada a responsabilidade, responsabilidade “constitutiva do ato e não consecutiva” do mesmo, isto é, a responsabilidade do (e por um) ato desponta da sua própria escolha e efetivação, e não somente “pelo que decorre das suas consequências” (Nunes, 2008, p. 42). Assim, e apesar do recomendado pela literatura sobre a presença dos pais em situação de reanimação, cabe ao enfermeiro atribuir a unicidade que constitui cada situação e proceder à devida avaliação de acordo com as circunstâncias em que se insere, no sentido de garantir a saúde e bem-estar da criança e família, sem esquecer que no contexto pediátrico apenas o cuidado centrado na família assegura um cuidado holístico aos destinatários das ações de enfermagem.

Na criança, nomeadamente as mais pequenas, a capacidade de autodeterminação pode-se afiançar diminuída, pelo que cabe aos pais / representantes legais concretizar o direito à autonomia, porém tal

concretização é efetivada de modo fiduciário, ou seja, “em busca do “seu” melhor bem” (Almeida, 2004, p. 207). Por outro lado, asseverando o princípio bioético da justiça e enfatizando os conceitos metaparadigmáticos da enfermagem e subjacentes à ação do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem, a família da criança reanimada materializa-se foco de cuidado, em que cada membro assume igual importância prévia e decorrente do agir em enfermagem.

Possibilitar a escolha de estar ou não presente durante a reanimação é conferir aos pais o poder de decidir para o que é melhor para si e para a criança, cabendo ao enfermeiro que qualquer decisão advinha de uma escolha efetivamente livre e esclarecida (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017), de acordo com os seus princípios, valores e crenças (artigos 102.º e 105.º do CDE; Assembleia da República, 2015). Aliás, parece ser claro que somente para as intervenções consideradas vitais, no sentido de que a sua ausência traduz perda irrefutável da vida, a obtenção de consentimento pode ser dispensada, quiçá mesmo recusada (Almeida, 2004).

Salvagarde-se ainda que o garante de uma prestação de cuidados de elevada qualidade engloba a otimização da experiência de cuidado, mediante a satisfação de todas as necessidades da criança e seus cuidadores (Byczkowski, Gillespie, Kennebeck, Fitzgerald, Downing & Alessandrini, 2016). Restringir a presença dos pais configura ação que tem como consequência a ausência de cuidado à família e a assunção da recuperação das funções vitais do doente como foco único da intervenção (Malta, Alves, Graça,

Conde & Costa, 2015), negando o olhar sobre a unicidade daquele ser em tudo o que lhe é devido.

O binómio beneficência e não-maleficência desponta de forma emergente, porém importa ainda ressaltar o princípio do respeito pela autonomia do recetor de cuidados (De Robertis, Romano, Hinkelbein, Piazza & Sorriento, 2017) e o respeito pela privacidade da criança reanimada e confidencialidade dos seus dados de saúde (Critchell & Marik, 2007; Redley & Hood, 1996).

A vulnerabilidade exumada da própria condição de criança, aliada à fragilidade da situação clínica inerente à necessidade de reanimação, merece aqui particular destaque. Considerando que na criança o respeito enquanto ser humano encontra-se peculiarmente mais ameaçado, de modo mais minucioso no que concerne à dignidade, autonomia e integridade, o sentido de responsabilidade, de ser responsável por, é inerente ao profissional de saúde que dela cuida (Almeida, 2004).

Do conhecimento estético importa esgrimir a capacidade do enfermeiro perceber e avaliar a situação concreta que se lhe afigura aquando a decisão de possibilitar, ou não, a presença dos pais durante a reanimação da criança, e que engloba aspetos tão díspares como o sistema de crenças e valores das pessoas significativas, estado emocional das mesmas, o reconhecimento da capacidade de ajuizar ante a situação de crise que a criança em paragem cardiorrespiratória configura para os seus significantes e até equipa multidisciplinar presente. É o exercício da ponderação que incita, inscrita em especial habilidade comunicacional, de empatia e compaixão.

Recorde-se que à determinação ética e legal da tomada de decisão devem ser exímios os pressupostos da existência de uma informação prévia à família, que essa mesma informação tenha sido exarada de modo adequado e, nessa medida, conducente a uma clarificação cabal das circunstâncias em causa, e, por fim, da inequívoca liberdade no momento em que decide (Almeida, 2004).

E caso a decisão seja favorável, ou seja, à família é concedida a oportunidade de estar presente durante a reanimação da criança, devem ser acauteladas as devidas condições no sentido desta experiência ser o mais positiva possível, onde a comunicação entre profissionais de saúde e destes para a família alcança ímpar relevância (Byczkowski, Gillespie, Kennebeck, Fitzgerald, Downing & Alessandrini, 2016). Depreende-se, daqui, a importância de assegurar um profissional de saúde estritamente adstrito ao acompanhamento da família ao longo de todo o processo de reanimação, independentemente de estar ou não presente, como garante do respeito pelos princípios bioéticos e do exercício profissional assente em emitente humanidade.

Enquanto ferramenta facilitadora da relação entre enfermeiro e seu objeto de cuidado (Carper, 1978), o conhecimento pessoal traslada o conhecimento e percepção do self do enfermeiro sobre a exclusividade da decisão exigida sobre a comparência da família durante a execução das manobras e procedimentos de reanimação, rejeitando a estanqueidade do juízo crítico e arrogando incontornável a assunção da singularidade de cada pessoa envolvida (Carper, 1978).

Ainda no campo dos padrões de conhecimento, e extravasando o proposto por Carper, evidenciar as normas, diretrizes, enunciados legislativos e recomendações emanadas pelas diversas organizações que conferem proteção social, política e legal à criança, de como são exemplo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Carta da Criança Hospitalizada, a Lei 21/81 entre outros, reflexo do conhecimento sociopolítico e/ou emancipatório necessário à tomada de decisão e prestação de cuidados e que do qual deve o enfermeiro ser detentor, sem esquecer os documentos que regem a profissão (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros). Atendendo ao respeito pela liberdade e dignidade do ser humano, a deontologia vincula o enfermeiro à proteção e respeito pelas especificidades decorrentes de uma condição de vulnerabilidade (Vieira, 2009), da qual se destaca, face à temática do presente trabalho, a particularidade da criança (artigo 102.º do CDE, Assembleia da República, 2015).

Cada criança e família devem ser acolhidos e cuidados equitativamente, circunstância que exime o artigo 99.º, a alínea a) do artigo 102.º e o artigo 103.º do CDE (Assembleia da República, 2015) e vão ao encontro do princípio da igualdade estabelecido pelo artigo 13.º da Constituição da República Portuguesa (Assembleia da República, 2008). Nesta perspetiva, compreende-se que separar a criança dos seus cuidadores, independentemente da sua condição clínica, vai ao arrepio do artigo 9.º da Convenção dos Direitos da Criança. O respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual do recetor de cuidados (alínea b) do artigo 103.º do CDE;

Assembleia da República, 2015) deve, assim, integrar a família no seu todo, a criança sujeita a manobras de reanimação, e as pessoas significativas que o acompanham. Somente nesta circunstância está garantido o cumprimento de uma prestação de cuidados ao serviço da vida e dignidade humana. Ressalve-se, ainda, o dever da prática de cuidados humanizados, que compreende a criança enquanto ser único inserido numa família (alínea a) do artigo 110.º do CDE, Assembleia da República, 2015).

Importa ainda salientar o direito da criança e/ou adolescente, sempre que aplicável, de ser acompanhada/o por quem deseja na fase terminal da vida, no estrito respeito pelas manifestações de perda, tal como disposto no artigo 108.º do CDE (Assembleia da República, 2015; Vieira, 2009). E se é certo que esta escolha no adulto é facilmente compreensível, não o assumir na pessoa menor de 18 anos é incumprir o direito à igualdade plasmado no artigo 103.º do CDE (Assembleia da República, 2015), na medida em que ao conferir àquele menor valor que ao adulto expõe um ato discriminativo da ação de enfermagem, a que acresce o descumprimento do disposto na Convenção dos Direitos da Criança.

Mesmo não participando por vontade própria, ou por aspetos prejudiciais à prestação da equipa na situação de reanimação, a inventariação dessa possibilidade aos pais ser colocada e transmitida a respetiva justificação para a tomada de decisão, contribui para uma melhor experiência ao nível dos cuidados de saúde e garante o respeito pelo que a família deseja e valoriza, salvaguardando-se, desse modo, a humanização no que aos cuidados de enfermagem à criança e sua família diz respeito (Byczkowski,

Gillespie, Kennebeck, Fitzgerald, Downing & Alessandrini, 2016; Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011).

Vale a pena referir a circunstância do princípio de agir em benefício direto da pessoa inerente ao cuidar da criança, conforme o disposto no artigo 105.º do CDE (Assembleia da República, 2015) e que se inscreve no consentimento informado estabelecido pelo artigo 6.º da Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina, e que estabelece que “qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efetuada em seu benefício direto” (Assembleia da República, 2001).

Por outro lado, o artigo 105.º do CDE remete também para o dever de informação do enfermeiro, aspeto indissociável do respeito pelo direito à autodeterminação da família, explicitando não só o direito que à família comete de estar presente, esclarecendo as dúvidas e anseios manifestados no estrito círculo da esfera de competências adstritas à enfermagem (Assembleia da República, 2015). Este cuidado refletir-se-á na otimização da capacidade decisória do familiar, nas condições particulares em que se encontra. Caso a decisão não possa ser tomada de forma autónoma, o enfermeiro garante, no mínimo, que o familiar tem, na sua posse, toda a informação considerada necessária à compreensão decisão tomada pela equipa multidisciplinar. Ao transmitir informação de forma responsável e respeitando o direito da pessoa no que à obtenção de informação diz respeito, o enfermeiro está a respeitar as alíneas a), b) e c) do artigo 105º (Assembleia da República, 2015).

Partindo da decisão emanada pela equipa multidisciplinar de saúde supra inferida, aproveitar para relevar o artigo 112.º do CDE e que esclarece os deveres do enfermeiro para com as outras profissões (Assembleia da República, 2015), integrando e articulando-se com os diferentes profissionais presentes no contexto de reanimação para as decisões a tomar e executar em benefício da criança reanimada e sua família, não de forma dogmática e/ou universal, mas tendo em conta as variáveis do momento em que ocorre. A reflexão multidisciplinar, a construção de guias orientadores e a criação de grupos multidisciplinares que preparem os diferentes profissionais para a atuação na e com a presença dos pais durante os procedimentos de ressuscitação da criança ou do jovem têm sido emanadas pela literatura como aspetos facilitadores do processo de tomada de decisão (Ellison, 2003; Vaz, Alves & Ramos, 2016; Zavotsky et al., 2014).

A unicidade que traduz a singularidade de ser pessoa inscreve a necessidade de adequar as normas de qualidade dos cuidados a quem eles se destinam (alínea b) do artigo 109.º do CDE, Assembleia da República, 2015; Vieira, 2009), não devendo a família ser descurada neste processo para uma efetiva exigência pela dignidade humana.

Sobre a excelência do exercício profissional do enfermeiro, explanado no artigo 109.º do CDE (Assembleia da República, 2015), clarifique-se que no que à comparência da família em contexto de reanimação alude, a teoria difere grandemente da prática (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011). Ao enfermeiro é devido a adoção de um papel ativo na procura das melhores práticas e soluções para os

problemas com que se depara, identificando potenciais aspetos negativos e/ou menos positivos nas intervenções e ações que executa, assim como procedendo à atualização contínua dos seus conhecimentos (Assembleia da República, 2015), integrando na praxis o lavrado na literatura.

Recorde-se que os benefícios da presença familiar durante a reanimação têm sido evidenciados pela comunidade científica, tanto para a criança como para as suas figuras significativas (Jones, Parker-Raley, Maxson & Brown, 2011; Mekitarian & Angelo, 2015), contudo interessa distinguir a singularidade de cada situação, cada família, suas necessidades e escolhas (Mekitarian & Angelo, 2015), sem esquecer o respeito pela vontade da criança sempre que por ela manifestamente expressa. Este aspeto encontra-se expresso nos Padrões de Qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros, quer para o enfermeiro de cuidados gerais (2001), como para o enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem (2015). Ora, um comportamento terapêutico dificilmente terá êxito se não for incluído o núcleo familiar ou de referência no seu plano de atuação. Mesmo em situações limite e de grande instabilidade física, emocional e psicológica, como uma reanimação, parece ser claro o benefício da presença dos pais, se este for o seu ensejo, a que acresce que o direito da criança ao acompanhamento é independente do seu estado de saúde.

Não será a presença dos pais, por si só, garante da preservação do valor da vida e da qualidade de vida, conferindo sentido ao momento vivido? (alínea c) do artigo 103.º do CDE; Assembleia da República, 2015).

Considerações finais

A elaboração deste trabalho desenhou-se oportunidade única para o exercício crítico reflexivo determinante e parte integrante de uma prática progressivamente mais fundamentada, mínimo exigível ao enfermeiro de cuidados gerais, mas inalienável no enfermeiro especialista. Pensar a responsabilidade do enfermeiro especialista como propulsor das oportunidades de saúde, refutando a posição de mero visitante da e na vida de quem procura cuidados e correndo o risco de passar a ser testemunha trivial (Irigoyen, 2013), surgiu pensamento necessário para um exercício profissional assente na responsabilidade e consciência ética e humana.

Pensar sobre a(s) experiência(s), vividas de facto ou potencialmente vividas porque pensadas, naquilo que as caracterizou e no que poderia ter sido diferente, assevera-se inestimável prática intelectual num trajeto profissionalizante que almeja elevada humanidade. A identificação de dilemas éticos e tomada de decisão daí decorrente, tantas vezes mediadas, ou exacerbadas, pelas condições temporais, multidisciplinares e circunstanciais em que emergem, traduz a necessidade de aquisição de referenciais dignos para a reflexão que se impõe (Queirós, 2001), indissociável de uma conduta ética e responsável, tal como disposto no número 1 do artigo 8.º do REPE, artigo que estabelece o exercício profissional do enfermeiro. Precedentemente ao raciocínio ou ação, o enfermeiro deve reconhecer a presença de um dilema ético, conjuntura a partir da qual uma ação livremente realizada ou não realizada tem o potencial de beneficiar ou prejudicar o Outro (Sauerland, Marotta, Peinemann, Berndt & Robichaux, 2015).

Atendendo aos objetivos definidos e à edificação de um quadro articulado teórico e concetual, sob o prisma epistemológico, ético, deontológico e jurídico, que forneça suporte e consubstancie primórdio de um argumentário de apoio à tomada de decisão inerente à possibilidade de conceder a presença dos pais durante a reanimação da criança, considera-se terem sido alcançados os objetivos. Contudo, importa realçar a dificuldade em estabelecer de forma mais efetiva, quiçá taxativa, de um enumerativo de argumentos em género de fluxograma de decisão. De facto, tendo em consideração as limitações que emanam da parca produção de estudos que infiram, de modo aprofundado e que englobe as diferentes partes envolvidas no processo, elencar qualquer determinação de modo mais premente e conclusivo trasladaria superficialidade propositiva, senão mesmo confundida com ligeireza que desde já se refuta. A conclusão emanada baseou-se no que existe hoje disponível para a tomada de decisão, sendo, por isso, limitado às circunstâncias em que foi elaborada. Cada situação, cada criança, cada família e cada equipa devem ser alvo, mas simultaneamente produtor, de conhecimento e reflexão prática sobre a matéria em apreço, providenciando no futuro um argumentário mais robusto e clarificante.

Compreende-se, assim, o ensejo de aprendizagem concedido pela análise crítica solicitada no âmbito da avaliação d(n)a unidade curricular em apreço, incrementando o leque de conhecimentos a que subjaz a prestação de cuidados, bem como da prática reflexiva que a vulnerabilidade sempre implica e do limiar, não raras vezes, estreito e difuso entre benefício e malefício. Aliás, inscreve-se, aqui, o desafio de articular a praxis com o exarado a nível

epistemológico, ético, deontológico e jurídico, e desse encontro ganhar consciência das incitações – ou serão antes inquietudes e inquietações? – a que um exercício profissional mais maduro e firme sustem.

Enquanto futuros Enfermeiros Especialistas, as competências de cada elemento do grupo encontram-se sobretudo ao nível da assistência da criança/ jovem com a família, na maximização do seu projeto de saúde, no cuidar nas situações de especial complexidade e na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem, a quem é exigida posição de liderança no processo de tomada de decisão e promoção de práticas de cuidados progressivamente mais humanos, humanistas e humanizantes. A elaboração desta reflexão possibilitou a consolidação de construtos e enunciados teóricos substantivos e substanciais para lidar com a complexidade implícita à tomada de decisão, tanto mais premente aquando a ausência de normas claras e inequívocas para a prática, realçando o valioso contributo da epistemologia e solidificando a responsabilidade profissional, ética, deontológica e jurídica do cuidar.

Referências

Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa, Portugal: Editorial Verbo.

Almeida, F.N.A.S. (2004). *Ética em Pediatria: Uma nova dinâmica num relacionamento vital?* (tese de doutoramento). Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Alston, P., & Tobin, J. (2005). *Laying the foundations for children's rights: An independent study of some key legal and institutional aspects of the impact of the Conventions on the Rights of the Child*. Florence, Italia: UNICEF Innocenti Research Centre.

American Association of Critical-Care Nurses [AACN]. (2016). AACN Practice Alert: Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Critical Care Nurse*, 36(1), e11-e14. doi: 10.4037/ccn2016980

Arantes-Gonçalves, F., & Almeida, P. (2004). Os contornos bioéticos de um caso clínico de perturbação depressiva maior. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(2), 127-140.

Assembleia da República (1981). Decreto-Lei n.º 21/81, de 19 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, 189, 2129.

Assembleia da República (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. Aprova, para ratificação, a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina. *Diário da República*, I Série-A, 2, 14-36.

Assembleia da República (2008). *Constituição da República Portuguesa. 7ª Revisão (aprovada pela Lei n.º 1/2005, de 12 de Agosto)*. Lisboa, Portugal: Divisão de Edições da Assembleia da República.

Assembleia da República (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, 181, 8059-8105.

Bachelard, G. (2010). *A epistemologia*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Barchifontaine, C.P., & Pessini, L. (orgs). (2002). *Bioética: Alguns desafios* (2ª edição). São Paulo, Brasil: Edições Loyola.

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Baskett, P.J.F., & Lim, A. (2004). The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation*, 62(3), 267-273. doi: 10.1016/j.resuscitation.2004.05.010

Beauchamp, T., & Childress, J. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th edition). Melbourne, Australia: Oxford University Press.

Bossaerta, L.L., et al. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 95, 302-311. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.033

Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: triologia. Volume 2: Separação*. 2.ª edição. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

Byczkowski, T., Gilespe, G., Kennebeck, S., Fitzgerald, M., Downing, K. & Alessandrini, E. (2016). Family-centered pediatric emergency care: A framework for measuring what parents want and value. *Academic Pediatric Association*, 16 (4), 327-335. doi: 10.1016/j.acap.2015.08.011;

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*, 1(1), 13-24.

Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062. doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x

Ceitel, M.J. (2002). A possibilidade de uma ética da soberania em reabilitação e inserção social. *Análise Psicológica*, 3(XX), 517-525.

Clotet, J. (1993). Por que Bioética? *Bioética*, 1(1). *Código Civil*. 21.ª edição. Porto, Portugal: Porto Editora.

Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Constantino, C.F., & Hirschheimer, M.R. (2005). Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. *Bioética*, 13(2), 85-96.

Correia, S. (1996). As relações jurídicas de prestação de cuidados pelas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde. In A. Santos et al., *Direito da Saúde e Bioética* (11-74). Lisboa, Portugal: Associação Académica da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.

Cotovio, V.V. (1997). Refletir a ética em psiquiatria e saúde mental. *Hospitalidade*, 241, p. 6-7.

Critchell, C.D., & Marik, P.E. (2007). Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? A review of the

- literature. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24(4), 311-317. doi: 10.1177/1049909107304554
- Davidson, J.E., et al. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622.
- De Robertis, E., Romano, G.M., Hinkelbein, J., Piazza, O., & Sorriento, G. (2017). Family presence during resuscitation: A concise narrative review. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 15, 12-16. doi: 10.1016/j.tacc.2017.06.001
- Deodato, S.J. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir* (tese de doutoramento). Lisboa, Portugal: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Doyle, C.J., Post, H., Burney, R.E., Maino, J., Keefe, M., & Rhee, K.J. (1987). Family participation during resuscitation: An option. *Annals of Emergency Medicine*, 16(6), 673-675.
- Ellison, S. (2003). Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *Journal of Emergency Nursing*, 29(6), 515-521. doi: 10.1016/j.jen.2003.10.001
- Ferreira, C.A., Balbino, F.S., Balieiro, M.M. & Mandetta, M.A. (2014). Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(1), 107-113. doi: 10.1590/S0103-05822014000100017
- Flanders, S.A., & Strasen, J.H. (2014). Review of evidence about family presence during resuscitation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 26(4), 533-550. doi: 10.1016/j.ccell.2014.08.010
- França, A.P. (2012). *A consciência bioética e o cuidar: contributos para uma ética de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Editora Formasau.
- Gaudreault, J., & Carnevale, F.A. (2012). Should I stay or should I go? Parental struggles when witnessing resuscitative measures on another child in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(2), 146-151. doi: 10.1097/PCC.0b013e3182257a13
- Hanson, C., & Strawser, D. (1992). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 18(2), 104-106.
- Houaiss, A. & Villar, M.S. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa – Tomo II*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates.
- Huerta, E.P.N. (1984). Rooming-in: Which mothers may remain with their sick children during hospitalization in Pediatric Units?. *Revista Esolca de Enfermagem USP*, 18(1), 13-21. doi: 10.1590/0080-6234198401800100013
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4.ª edição. Lisboa, Portugal: Instituto de Apoio à Criança.
- Irigoyen, J. (2013). *Los visitantes*. Acedido a 4 de dezembro de 2017 em http://www.juanirigoyen.es/2013/12/los-visitantes_1632.html
- Jabre, P., et al. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *The New England Journal of Medicine*, 368(11), 1008-1018. doi: 10.1056/NEJMoa1203366
- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164-170. doi: 10.1016/j.pedn.2008.03.010
- Jones, B.L., Parker-Raley, J., Maxson, T. & Brown, C. (2011). Understanding health care professionals' views of family presence during pediatric resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 20(3), 199-207. doi: 10.4037/ajcc2011181;
- Koerich, M.S., Machado, R.R., & Costa, E. (2005). Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(1), 106-110. doi: 10.1590/S0104-07072005000100014
- Lederman, Z. (2016). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Evidence-based guidelines? *Resuscitation*, 105, e5-e6.
- Levy, M.L. (1996). Os direitos da criança hospitalizada. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 27(4), 655-657.
- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T., & Costa, T. (2015). A presença da família durante a reanimação do doente no pré-hospitalar e na sala de emergência: Uma revisão integrativa. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 29, 74-96.
- Mancini, M.E., et al. (2015). Part 3: Ethical issues: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132, S383-S396. doi: 10.1161/CIR.0000000000000254
- Marques, R. (2000). *Uma breve história da ética ocidental*. Lisboa, Portugal: Plátano Edições Técnicas.
- Matos, S. (2008). Recusa do cliente. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 29, 33-37.
- Mekitarian, F.F.P. & Angelo, M. (2015). Presença da família em sala de emergência pediátrica: Opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), 460-466. doi: 10.1016/j.rpped.2015.03.010
- Mentzelopoulos, S.D., et al. (2016). A survey of key opinion leaders on ethical resuscitation practices in 31 European Countries. *Resuscitation*, 100, 11-17. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.12.010
- Milch, R.J. (1991). *Aristóteles: Ética Nicomaqueia*. Mem-Martins, Portugal: Publicações Europa-América, Lda.
- Morgado, T.M.M. et al. (2014). A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética*, 20, 113-128.
- Morrison, L.J., et al. (2010). Part 3: Ethics 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(supplement 3), S665-S675. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970905
- Neves, M.C.P., & Pacheco, S. (coord.) (2004). *Para uma ética de enfermagem: Desafios*. Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em Enfermagem. Comunicação no painel "A centralidade dos cuidados de Enfermagem nas práticas: clínica, gestão, formação e investigação". In Ordem dos Enfermeiros, *Comunicações II Congresso da Ordem dos Enfermeiros*.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), 41-50.
- Nunes, L. (2009a). *Ética: Raízes e florescências em todos os caminhos*. Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Nunes, L. (2009b). Multiculturalidade: a perspetiva da Ordem dos Enfermeiros. In Lopes, J. et (org.). (2009). *Multiculturalidade: perspectivas da enfermagem, contributos para melhor cuidar*. (p. 47-64). Loures (Portugal): Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Nunes, L. (2017). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures, Portugal: LUSODIDACTA – Soc. Port. de Material Didático, Lda.

- Oliveira, J.P., & Botelho, M.A.R. (2010). De Husserl a Ricoeur: Um percurso metodológico aplicado à investigação em enfermagem. As propostas fenomenológico-hermenêuticas de Alexander e de Lindseth & Norberg. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 19-29.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento n.º 351/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.ª Série, 119, 16660-16665.
- Pasek, T.A., & Licata J. (2016). Parent advocacy group for events of resuscitation. *Critical Care Nurse*, 36(3), 58-64. doi: 10.4037/ccn2016759
- Pina Queirós, P.J. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 23(3), 776-781. doi: 10.1590/0104-07072014002930013
- Queirós, A.A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Redley, B., & Hood, K. (1996). Staff attitudes towards family presence during resuscitation. *Accident and Emergency Nursing*, 4(3), 145-151. doi: 10.1016/S0965-2302(96)90062-4
- Ribeiro, C. (2009). *A criança na justiça: Trajetórias e significados do processo judicial de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Sauerland, J., Marotta, K., Peinemann, M.A., Berndt, A., & Robichaux, C. (2015). Assessing and addressing moral distress and ethical climate Part II. Neonatal and pediatric perspectives. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(1), 33-46. doi: 10.1097/DCC.0000000000000083
- Savater, F. (1995). *Ética para um jovem*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Schutz, P.R., & Meleis, A.I. (1988). Nursing epistemology: Traditions, insights, questions. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 217-221. doi: 10.1111/j.1547-5069.1988.tb00080.x
- Silva, D.M., & Batoca, E.M.V. (2003). O conhecimento científico e a enfermagem. *Millenium*, 26, 61-66.
- Soares, M.L.C. (2004). *O que é o conhecimento? Introdução à epistemologia*. Porto, Portugal: Campo das Letras.
- Stevens, M. (1949). Visitors are welcome on the pediatric ward. *The American Journal of Nursing*, 49(4), 233-235. doi: 10.2307/3458205
- Thompson, I.E., Melia, K.M., & Boyd, K.M. (2004). *Ética em enfermagem* (4.ª edição). Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Torres, W.C. (2003). A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 475-482
- Tsai, E. (2002). Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation?. *The New England Journal of Medicine*, 346(13), 1019-1021. doi: 10.1056/NEJM200203283461312
- UNICEF (s.d.). A Convenção sobre os Direitos da Criança. New York, United States of America UNICEF.
- Vaz, J., Alves, R., & Ramos, V. (2016). Advantages of the presence of the family in pediatric resuscitation. *Enfermería Global*, 41, 399-409.
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência* (2ª edição). Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86. doi: 10.1097/00012272-199506000-00007
- Young, K.D. (2014). Observational study of family member presence for pediatric emergency department procedures. *Pediatric Emergency Care*, 30(7), 449-452. doi: 10.1097/PEC.0000000000000159
- Zavotsky, K., et al. (2014). Resuscitation team perceptions of family presence during CPR. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(4), 325-334. doi: 10.1097/TME.0000000000000027



A Maria e a assinatura do seu (não) consentimento informado

- Estudo de um caso: Revisão e crítica epistemológica, ética, deontológica e jurídica -

Ana Catarina Casimiro, Fernando Coelho, Maria de Fátima Silva,
Soraia Ferreira, Verónica Pereira - rev. Lucília Nunes

Resumo

A enfermagem é uma disciplina e profissão que se confronta com situações de natureza complexa, constituindo-se os enfermeiros como um grupo profissional privilegiado no que concerne à temática da tomada de decisão, pelo contacto direto que têm com as pessoas de quem cuidam ao longo das várias etapas do ciclo vital. Podem assim surgir dilemas e problemas éticos, que originam incerteza aos enfermeiros na sua decisão para agir. As decisões em Enfermagem são relativas à prática de cuidados, sendo a pessoa cuidada parte integrante no processo de tomada de decisão, pelo que cuidar a pessoa com doença mental em descompensação, pode constituir-se como um desafio superior pela vulnerabilidade acrescida que apresentam. Sob o ponto de vista epistemológico, ético, jurídico e deontológico da enfermagem, este trabalho constitui-se como uma análise, debate e reflexão crítica de forma fundamentada de um caso que engloba temáticas como o internamento compulsivo ou a interrupção voluntária da gravidez, mas acima de tudo reflete sob que forma uma mulher psicótica e internada compulsivamente, descobre que está grávida e assina o consentimento para a realização de uma IVG.

Palavras-chave: Enfermagem; Internamento Compulsivo; Interrupção Voluntária da Gravidez; Consentimento Informado; Epistemologia; Ética; Direito; Deontologia

Abstract

Nursing is a subject in which professionals confront themselves with complex situations daily, especially concerning the decision making debate, mainly because of the privileged contact they make with

people throughout their different life cycle stages. As such, ethical dilemmas may arise, which bring uncertainty to nurses' decision making ability. Decisions in Nursing are tied directly with the caretaking, with the patient being an integral part in the decision making process, which begins to explain why taking care of a decompensate mentally-ill patient can become an important challenge due to their increased vulnerability. This paper's main purpose is thus to analyze and spark the debate and critical thinking on a broad range of subjects such as involuntary commitment and induced abortion, taking epistemological, ethical, and deontological and juridic views as the base points of discussion of an hypothetical case of a civil-committed psychotic woman who finds out she is pregnant and signs the consent to take an abortion.

Keywords: Nursing; Internment Without Consent; Planned Miscarriage; Consent Decision Making; Epistemology; Ethic; Law; Deontology.

Introdução

O presente trabalho de índole académica surgiu no âmbito da Unidade Curricular Epistemologia, Ética e Direito de Enfermagem, inserida no primeiro semestre do Mestrado em Associação em Enfermagem do ano letivo 2017/2018, com vista ao desenvolvimento de conhecimentos e competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, constituindo-se este como um dos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista.

"Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (Regulamento n.º 122/2011, DR, 2ª. série, 18 fevereiro 2011, p.8648).

Surgem frequentemente situações complexas durante a prestação de cuidados e os enfermeiros são responsabilizados a nível legal e ético no que diz respeito à sua prática profissional (Townsend, 2011). A concretização do presente estudo de caso tem como objetivo a elaboração de uma revisão aprofundada e crítica que englobe as dimensões epistémica, ética, deontológica e jurídica, através de um caso inspirado numa situação vivida.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005, p.271), entende-se por caso *"um acontecimento, uma conjuntura, um conjunto de factos que estruturam uma situação, seja ela mais ou menos problemática. Um caso é apresentado com uma história-em-situação, de cuja natureza e dinâmica se procura uma compreensão mais clara"*, tornando-se a sua análise relevante pelo apoio que pode dar à decisão numa situação concreta.

"Face à saúde mental, o profissional de saúde deve premiar a sua atuação pela excelência do exercício do cuidar, respeitando a dignidade da pessoa humana (como um todo integrado, em interação com o ambiente, a biodiversidade e com os outros seres humanos), atuando no melhor interesse do doente, à

*luz da *leges artis*, da ética, da deontologia profissional e da legislação em vigor"* (Miranda, 2008, p.299).

A Constituição da República Portuguesa aclama no seu artigo 13º que *"Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei"*, pelo que a pessoa com doença mental possui os mesmos direitos e deveres que a lei consagra aos demais cidadãos, o que implica que mesmo face à incapacidade de os poder exercer estes podem ser exercidos pelo mesmo ou mandatado por outrem.

Tendo o grupo como ramo da especialidade a de *"Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica"* fez-nos ainda mais sentido escolhê-lo pois inclui temáticas como a proteção da pessoa com doença mental, o internamento compulsivo, a interrupção voluntária da gravidez e o seu consentimento informado.

Procuraremos dar resposta aos objetivos a que nos propomos: analisar, debater e refletir criticamente e de forma fundamentada o processo e os resultados da tomada de decisão efetuada no caso, e no fim, apresentar a resolução que consideramos mais adequada. Deste modo, esta análise permitirá integrar as dimensões epistémica, ética, deontológica e jurídica, para a regulação da ação; integrar conhecimentos na análise de casos; suportar a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; promover a proteção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais.

Estruturalmente, apresentamos a narrativa do caso, a que se sucede uma abordagem à Teoria das Transições de Afaf Meleis e a uma contextualização teórica/ definições de conceitos que consideramos fundamentais para a compreensão das problemáticas inerentes ao nosso caso, sendo realizada

posteriormente uma análise epistemológica, ética, deontológica e jurídica das mesmas: proteção do doente mental, internamento compulsivo, interrupção voluntária da gravidez e consentimento informado. Segue-se a discussão do caso, recorrendo a fundamentação e explanando a resolução que melhor se adequaria à situação.

Narrativa do caso

A Maria (nome fictício) tem 22 anos, sexo feminino, raça caucasiana, solteira, sem filhos, mãe e pai idosos (60 e 72 anos), com dificuldades económicas e financeiras. Tem um irmão que vive em França. Reside com o namorado há 3 meses. Encontra-se a trabalhar numa loja enquanto termina o 12º ano.

Antecedentes Pessoais: Sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes. Uma ida ao Serviço de Urgência (SU) há dois anos por ideias deliróides persecutórias. Foi medicada e encaminhada a consulta de psiquiatria. Manteve-se sempre funcional e com remissão completa dos sintomas psicóticos.

Desde há 1 semana que se tem isolado em casa chegando inclusive a faltar ao seu emprego (trabalha há 3 anos na loja e nunca tinha faltado), apresenta insónia, praticamente não se alimentava pois verbalizava que a comida tinha veneno e verbalizava preocupação de que "eles estão por aí". Hoje tranca-se em casa, não abrindo a porta ao namorado. Foi necessário ser conduzida pela PSP ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital.

À observação no SU: postura não colaborante, olhar vago, desconfiada, discurso provocado e pouco coerente. Apresenta alterações de conteúdo do pensamento - ideias persecutórias e prováveis alucinações auditivo-verbais (apresenta solilóquios).

Sem crítica para o processo mórbido, pelo que fica internada compulsivamente no Serviço de Psiquiatria de Agudos, com a hipótese de diagnóstico: Episódio esquizofrénico agudo. Medicada com: risperidona, ácido valpróico e rivotril.

Durante o internamento manteve-se com alterações do pensamento e da percepção, embora com menor dinamismo, mas sem crítica para a sua situação de doença. No quarto dia do internamento a Maria refere que se encontra em amenorreia há 2 meses. Faz Diagnóstico Imunológico da Gravidez que revela que se encontra grávida, fazendo posteriormente uma ecografia que revela uma gestação de 9 semanas. Quando lhe é transmitida esta informação pela ginecologista de serviço, verbaliza que quer abortar, mas passadas duas horas refere à equipa de enfermagem o oposto. Nesse mesmo dia, a Maria recebe a visita do namorado que ao saber do sucedido, vem ter com a equipa de enfermagem juntamente com a Maria verbalizando que a única opção é ser feito um aborto e que a decisão já foi tomada por ambos. A Maria mostra-se submissa na presença do namorado.

A mãe da Maria visita-a e refere aos enfermeiros que a Maria sempre verbalizou vontade expressa em ser mãe. Visto faltar apenas uma semana para a Maria completar as 10 semanas de gestação, a equipa de psiquiatria e a de ginecologia reúne-se no dia seguinte. Decidem que embora a Maria ainda não apresente uma remissão completa da sintomatologia psicótica, deve ser a mesma a tomar a decisão.

É-lhe facultada e explicada a informação relativa à IVG no internamento. Após três dias, no dia que vai realizar a IVG, a Maria assina o seu consentimento

informado. Enquanto se desloca até ao serviço de ginecologia com a enfermeira continua a verbalizar a sua dualidade. A Maria realiza a IVG.

Questão emergente: Estaria a Sr.^a Maria capaz de assinar o consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez?

Enquadramento Conceptual

Segundo Deodato (2014) uma situação de prestação de cuidados constitui-se como dilema ético quando as soluções que se vislumbram podem colocar em causa princípios éticos ou deveres profissionais, perturbando a consciência dos enfermeiros pela incerteza quanto à decisão para agir. Perante esta dificuldade do processo de tomada de decisão, vários autores colocam o enfoque na procura de informação sobre todas as variáveis que envolvem a situação, pois muitas só se afiguram dilemáticas porque não se conhecem os contornos das mesmas (Deodato, 2014). Desta forma, iremos abordar as temáticas que envolvem o nosso caso, ou seja: **proteção da pessoa com doença mental; internamento compulsivo; a interrupção voluntária da gravidez e o consentimento informado.** Depois de uma análise epistemológica, ética, deontológica e jurídica das temáticas, poderemos solucionar o nosso caso, tendo sempre em vista que enquanto enfermeiros o nosso compromisso é o de prestar cuidados que promovam o bem-estar das pessoas no respeito pela sua dignidade e direitos.

Importa enquadrar os quatro conceitos que constituem o **metaparadigma da Enfermagem.** “Pessoa”, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), é considerado como “ser social e agente intencional de

comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo **ambiente** no qual ela vive e se desenvolve”, sendo este “constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (p.9 e10). A **saúde** é o “estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”, sendo “variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca” (p.8). Os **cuidados de enfermagem** “tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” centrando-se “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”, em que ambos possuem “quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual”, sendo o enfermeiro distinguido pela sua “formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (p.10/11).

Visto que a análise far-se-á à luz da confluência das vertentes epistemológica, ética, deontológica e jurídica, importa compreendê-las.

Etimologicamente, **epistemologia** resulta da junção de *episteme* (conhecimento) e *logos* (teoria ou estudo). Constitui-se como um ramo da filosofia que se

ocupa com as questões relativas à natureza, fontes, limites e validade de conhecimento (Nunes, 2017). A enfermagem possui um corpo de conhecimentos organizado por padrões que podem ser identificados na prática diária, que permitem distinguir uma estrutura única da disciplina de enfermagem que a diferencia de outras disciplinas

A **ética** deriva de um vocábulo grego que Aristóteles definiu como “o lugar interior de onde brotam os atos do homem” (Nunes, 2011), é uma “conceção interior” que implica “uma reflexão crítica sobre os comportamentos”, que “reflete as interrogações e conjuga-se no modo interrogativo” (Miranda, 2008 cit. Schimer, 2006). Leva portanto o indivíduo a questionar-se e a fazer uma reflexão fundamentada de quais são os princípios/ valores que orientarão a sua tomada de decisão. Os profissionais de saúde devem “não só dominar conhecimentos, saberes, técnicas e habilidades, como ter compaixão para compreender como a pessoa de quem cuidam sente a experiência do processo saúde-doença e quais os seus valores e crenças” (Miranda, 2008 cit. Schimer, 2006).

O Princípio de Beauchamp e Childress (1994) que se baseia em teorias éticas fundamentadas em quatro princípios, apresenta “um discurso orientado por princípios que pretendem oferecer um esquema teórico para a identificação, análise e solução dos problemas morais enfrentados pela medicina” (Nunes, 2011, p.135). São eles: o respeito pela autonomia (respeitar o desejo de pessoas competentes), a beneficência (produzir benefícios), a não-maleficência (não provocar dano) e a justiça (distribuir com equidade). Estes princípios, e outros princípios derivados (como a confidencialidade ou a veracidade), sugerem obrigações.

Os enfermeiros em Portugal regem a sua conduta profissional com base no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). A **deontologia** estando associada ao dever e obrigação, “apresenta, assim, um rosto com duas faces – de um lado, a expressão das normas e dos deveres; do outro, o poder e a possibilidade de conhecer mérito ou aplicar pena. Sendo parte de um todo complexo, os deveres emergem em ligação à moral profissional e ao direito” (Nunes, 2005). Miranda (2008, p.107) corrobora acrescentando que “deverá ser entendida como a formulação do dever profissional, um conjunto de normas de uma profissão, suportada pelos princípios da moral e do direito, definindo aquilo que é entendido pela profissão como boas práticas, e assentando no compromisso com o bem-estar do Homem”.

O **direito** pode ser definido como a “ordem existente com o sentido de um dever ser, em cada sociedade, destinada a estabelecer os aspetos fundamentais da convivência e a criar condições para a realização das pessoas, e que se funda em regras com exigência absoluta de observância (Ascensão, 2003). O direito da saúde pode ser definido como um conjunto de regras jurídicas aplicáveis às ações de saúde, que pode ter variadas fontes, sejam elas, a constituição da república portuguesa, atos criadores de direito internacional ou atos legislativos (leis e decretos de lei), que servem para conduta civil e gestão dos comportamentos em sociedade.

Iremos resolver o nosso caso adotando como teórica de enfermagem Afaf Meleis à luz da **Teoria das Transições**, pelo que fazemos uma breve abordagem teórica da mesma.

A Enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (Brito, 2012). As transições podem ser entendidas como “experiências humanas, descritas como um conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar” (Meleis, 2010, p.25). De acordo com a mesma autora e Chick (1986), o início e o fim das transições pressupõem uma noção de movimento, que envolve tanto a rutura com a vida tal como era conhecida, como as respostas da pessoa ao evento que desencadeou a transição. Portanto, outra característica elementar da transição é a rutura, em que a experiência da transição exige que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social (Brito, 2012).

A teoria é organizada em torno de três conceitos centrais: a natureza das transições, as suas condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta. Em relação à natureza das transições, inclui-se: o tipo de transição (saúde/doença, de desenvolvimento, situacional e organizacional), a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo e os pontos e eventos críticos. As condições facilitadoras e inibidoras dizem respeito às condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável.

No que concerne aos padrões de resposta, as transições podem ser consideradas saudáveis ou não saudáveis, sendo as últimas caracterizadas por dificuldade na compreensão e/ou desempenho de um papel, ou nos sentimentos e objetivos associados ao comportamento, tal como é percebido pelo próprio ou por significativos. Considerados como indicadores de uma transição saudável são o bem-estar emocional, a adaptação, a capacidade funcional, o maior nível de consciencialização ou a transformação pessoal.

Seguimos com o enquadramento epistemológico, ético, deontológico e jurídico das problemáticas.

Revisão e Crítica epistemológica, ética, deontológica e jurídica das problemáticas do caso

1. Proteção da Pessoa com Doença Mental

Enquadramento Epistemológico

A OMS (2001) define saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”. A condição mental de cada um é determinada por uma multiplicidade de fatores, nomeadamente biológicos (genética e sexo), individuais (antecedentes pessoais), familiares e sociais (enquadramento social) e económicos e ambientais (estatuto social e condições de vida) (OMS, 2001). O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2012) considera que a saúde mental tem um valor intrínseco e uma relação direta com o desenvolvimento humano individual e a qualidade de vida coletiva.

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais (DGS, 2017). A doença mental custa à UE cerca de 3% a 4% do PIB, sobretudo através da perda de produtividade, sendo uma das principais causas de reforma antecipada e de pensões por invalidez (UE, 2005). Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas e em Portugal existe uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa (DGS, 2015).

Apesar de se dispor de uma panóplia alargada de meios terapêuticos e da evolução positiva registada no domínio dos cuidados psiquiátricos, as pessoas com doença mental continuam a ser alvo de exclusão social, estigmatização, discriminação ou a ver desrespeitados os seus direitos fundamentais e da sua dignidade (UE, 2005). A desinstitucionalização e o desenvolvimento de cuidados na comunidade são objetivos fundamentais nas políticas da maioria dos países Europeus (DGS, 2017). Neste sentido, a implementação do PNSM permitiu alcançar objetivos importantes, nomeadamente nos processos de desativação e reestruturação dos hospitais psiquiátricos, formação de profissionais, desenvolvimento de novos serviços e programas na comunidade, lançamento das bases dos cuidados continuados de saúde mental e criação de respostas nos campos dos sem-abrigo e da violência doméstica (DGS, 2015). De acordo com a generalidade dos estudos internacionais, entre as perturbações mentais graves as esquizofrénicas são as que causam maior incapacidade – com taxa de prevalência média

variável entre 0,5% e 1,5%, cerca de 1/3 das pessoas afetadas apresentam um comprometimento acentuado das suas capacidades psicossociais (DGS, 2015, p.15).

Faremos uma breve abordagem teórica sobre esquizofrenia por ser a hipótese de diagnóstico da Maria (a utente do nosso caso), e incidindo sobre os sintomas que a mesma apresenta, de modo a podermos ter uma maior compreensão do seu estadió de doença. O conceito de esquizofrenia foi criado por Eugene Bleuler em 1908 e desde então a investigação tem produzido uma multitude de conhecimentos relativos a esta doença (Favrod & Maire, 2014). Segundo a APA (2013), é uma doença heterogénea que se manifesta de diversos modos, tratando-se de uma perturbação do tratamento e da integração da informação. Caracteriza-se por uma combinação de sintomas positivos (alucinações, ideias delirantes), negativos (anedonia, avolição, isolamento social), cognitivos, afetivos e de desorganização. Delírio pode ser definido como crença errónea inconsistente com a inteligência ou cultura do resto da comunidade, que não cede à argumentação. O tipo de delírio mais comum é o persecutório, em que a pessoa considera estar a ser enganada, espiada, alvo de uma conspiração, seguidos, envenenados. As alucinações são falsas perceções sensoriais não associadas a estímulos externos reais, sendo as auditivas o tipo mais comum (APA, 2013).

A avaliação de enfermagem baseia-se no conhecimento da sintomatologia, relacionada com o conteúdo e forma de pensamento, perceção, afeto, sentido de self, comprometimento do funcionamento interpessoal e no relacionamento com o mundo e comportamento psicomotor (Townsend, 2011).

Enquadramento Ético e Deontológico

De acordo com Nunes, os enfermeiros declaram o seu compromisso de cuidado às pessoas ao longo de todo o ciclo vital, procurando promover o seu bem-estar e qualidade de vida. O estabelecimento de uma relação de ajuda é fundamento dos cuidados de enfermagem, que “favorece a criação de um clima de compreensão e o fornecimento do apoio necessário” à pessoa cuidada. É nesta que recai a centralidade do cuidar de enfermagem, “ancorado no reconhecimento da humanidade do outro, da sua capacidade de pensar, de interagir, de se manifestar”, portanto, no reconhecimento da sua dignidade e autonomia (Nunes, 2016).

Quando falamos de pessoa com doença mental é fundamental fazermos referência aos princípios da igualdade, do respeito pela dignidade da pessoa humana, da vulnerabilidade e do respeito pela autonomia.

Sendo um princípio ético, surge consagrado no artigo 1.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o princípio da igualdade: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”, bem como no artigo 1º da Constituição da República Portuguesa: “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”.

Devemos então ser tratados sem discriminação de modo a não ferir a dignidade de cada pessoa. A palavra dignidade deriva do latim “dignitas (virtude, honra, consideração) e segundo Ramos (2007) a

dignidade humana decorre sobretudo da sua capacidade de abstração, autoconhecimento e da consciência de si.

No entender de Negrão (2004) citado por Miranda (2008), mais do que aplicação de práticas igualitárias (geradoras de desigualdade) há que introduzir medidas de reposição de igualdade efetivas, numa lógica de conceção e execução de medidas de reintegração corresponsável, envolvendo as pessoas com doença mental, visando diminuir a vulnerabilidade destes. O conceito de proteção da pessoa com doença mental vai ao encontro do princípio ético da vulnerabilidade.

Em 2005, a Declaração Universal de Bioética e Direitos do Homem reconheceu a vulnerabilidade como um princípio ético. Segundo Serrão (s/data) “os seres humanos, em situação, não são iguais na sua capacidade para suportar as relações com o mundo natural e com os outros seres humanos, pelo que é eticamente aceitável uma discriminação positiva em favor dos mais fracos, ou seja, dos mais vulneráveis”. As pessoas com doença mental constituem-se como um grupo de vulnerabilidade acrescida e que podem ver o seu exercício de autonomia reduzido. Existe portanto, uma dignidade supletiva nas pessoas com doença mental, quando não conseguem garantir os seus direitos. Faremos uma abordagem desta questão aquando da análise jurídica no tópico 4.1.3.

No art.97º do CDE - Deveres em geral, o seu ponto 1, alínea a), remete para a obrigatoriedade dos membros efetivos da Ordem exercerem 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,

adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

O art.99º do CDE - Princípios gerais, assume grande importância para a profissão de enfermagem, remetendo à “preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, no ponto 1, estabelecendo os valores universais no seu ponto 2 – destacando-se a igualdade, já abordada anteriormente, e os seus princípios orientadores no 3.

O art.102º do CDE nas alíneas e) e f) remetem para o respeito pela identidade individual e opções da pessoa, sem juízo, preconceito ou imposição dos valores do profissional”.

Todas as pessoas devem portanto ser tratadas como portadoras da dignidade inerente que se confere a todos e qualquer um, simplesmente por serem pessoas. Inclui a todas o direito de não serem discriminadas. A estigmatização existente à pessoa com doença mental, pode considerar-se uma forma de discriminação.

Estigma define-se como um atributo, visível ou não, que denuncia uma imperfeição no indivíduo, que o desqualifica de uma aceitação comunitária plena, resultando em atitudes discriminatórias, ou seja, o estigma pode ser definido como uma desaprovação social severa devido a características presumidas ou verdadeiras, crenças ou comportamentos, que não estão de acordo com as normas económicas, políticas, culturais ou sociais (Corbière; Samson; Villotti & Pelletier, 2012).

O estigma da doença mental permanece um assunto complexo na sociedade, culminando em efeitos nefastos nos doentes mentais, retardando ou impedindo a procura de cuidados de saúde, a

instituição ou manutenção de tratamento e a sua recuperação (Oliveira & Azevedo, 2014) Por parte da pessoa com doença mental, experienciar o estigma e a discriminação pode aumentar os níveis de stress e angústia e conduzir a uma diminuição do seu funcionamento psicossocial (Corbière; Samson; Villotti & Pelletier, 2012). Deve portanto ser abolido, tendo o enfermeiro um papel na criação de estratégias “anti estigma”, que passam não só pela sensibilização da população, como pela sensibilização dos profissionais de saúde para o tema, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Enquadramento Jurídico

Uma política de saúde mental adequada às características da comunidade a que se destina, constitui cada vez mais um elemento de reconhecida importância (Gomes & Loreiro, 2013). “A necessidade de legislação de saúde mental deriva de um entendimento cada vez maior do que representam os encargos pessoais, sociais e económicos da doença mental numa escala mundial” (OMS, 2005). A existência de legislação específica tem como objetivo garantir o cuidado e o tratamento adequados e apropriados, bem como a proteção dos direitos humanos de indivíduos com patologias mentais e a promoção da saúde mental das populações. No entanto, a existência desta legislação *per se* não garante a sua proteção ou respeito (Fonseca, 2015).

No que concerne a esta legislação em Portugal é a Lei n.º 36/98 de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental) a que “estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental”. Vêm igualmente

consagrados os direitos e deveres destes utentes, sem prejuízo do previsto na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro que procede a alterações à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto). No subcapítulo 2.2 do presente trabalho faremos uma análise aprofundada sobre “Internamento compulsivo”.

Em Portugal, a reorganização dos serviços e reformulação do quadro normativo, tem privilegiado a reabilitação, a reinserção e a integração da saúde mental no sistema de saúde, aparentemente sem grande sucesso (Palha & Costa, 2015). O CNECV (2012) defende que a promoção da saúde mental faz parte da responsabilidade de todos os agentes sociais e como tal, deve ser integrada em todos os níveis do sistema de saúde (prevenção primária, secundária, terciária, cuidados continuados e paliativos). O Decreto-Lei n.º 8/2010 veio criar um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), destinado às pessoas com doença mental grave e o Decreto-Lei n.º 22/2011 veio “clarificar os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental”. A criação dos CCISM permitiu que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) se estendesse a pessoas com problemas de saúde mental ao contemplar a existência de estruturas reabilitativas psicossociais, nomeadamente equipas de apoio domiciliário, unidades sócio ocupacionais e unidades residenciais, respondendo a situações com vários graus de incapacidade psicossocial e dependência decorrentes de doença mental grave.

A Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 vem aprovar, para ratificação, a “Convenção para a Proteção 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 a Biomedicina” de 4 de Abril de 1997, em que o artigo 7º consagra a proteção das pessoas que sofram de perturbação mental.

Segundo a OMS (2005) a maioria das pessoas com patologias do foro mental detém capacidade para fazer escolhas informadas e tomar decisões com relação a questões importantes que afetam suas vidas. Para uma pessoa ser capaz de tomar uma decisão relativamente a uma intervenção clínica deve segundo a OMS (2005): “ ter capacidade para (a) entender a natureza da condição para a qual o tratamento é proposto; (b) entender a natureza do tratamento proposto; e (c) aceitar as consequências de dar ou reter consentimento ao tratamento” (pag.53). Competência traduz-se na capacidade para poder compreender informação relevante, entender a situação e as suas consequências, comunicar a escolha realizada, manifestar-se de forma racional (Fonseca, 2015).

No entanto, quando há uma doença mental grave incapacitante ou uma descompensação da sua patologia de base, essa capacidade pode estar prejudicada. Nestas circunstâncias em que as pessoas são incapazes de tomar decisões importantes e de gerir-se ou aos seus bens, é importante designar outra pessoa que seja capaz de agir em seu nome e no seu melhor interesse – um tutor. “Designar ou não um tutor é uma decisão complexa e a consideração deve ser feita no contexto dos direitos das pessoas de ter o máximo de controlo possível de suas próprias vidas” (OMS, 2015, p.54).

O ordenamento jurídico português está em franca situação de desfasamento, tanto face à atual realidade social, como à panorâmica europeia no que concerne aos regimes jurídicos de resposta à problemática dos cidadãos adultos com capacidades diminuídas, independentemente da sua causa (Centro de Estudos Judiciários, 2015). Segundo os mesmos existe um incumprimento no que concerne à proteção do doente mental, pois “enquanto as crianças e jovens, experienciam um crescendo das suas capacidades, estes adultos especialmente vulneráveis têm situações, via de regra, ou intermitentes, ou tendencialmente regressivas, ou ambas. Com efeito, o regime legal português apenas prevê uma solução que é tendencialmente definitiva e imutável, não cobrindo situações de incapacidade temporária mas com alguma dilação temporal e/ou recorrência, ou com variações consideráveis ao longo do tempo, o que, aliás, é característica comum de múltiplas doenças mentais” (CNJ, 2015, p.292). Os processos de interdição e inabilitação são morosos, implicam, por vezes, pesados custos; têm cariz estigmatizante; e não cobrem situações de incapacidade temporária (CEJ, 2015).

Segundo a OMS (2005) deveriam existir outras alternativas para a tutela, tais como o consentimento e tomada de decisão por substituto, “ou seja, os substitutos devem tomar a decisão que eles acreditam que a pessoa incapacitada teria tomado caso essa pessoa tivesse a capacidade para tomar a decisão” (p.74). Existem vantagens nas decisões por substituição por membros da família pois são eles os que mais tendem a conhecer os melhores interesses da pessoa cuidada e a estar familiarizados com os seus próprios valores. No entanto, estas podem não

ser verdadeiramente independentes, pois os membros da família podem considerar os seus melhores interesses como iguais aos melhores interesses da pessoa.

2. INTERNAMENTO COMPULSIVO

Enquadramento epistemológico

O internamento compulsivo (IC) é um fenómeno complexo que tem levantado inúmeras questões de natureza ética, legal e até política e económica, quer seja pelos critérios que determinem a gravidade da doença ou pelos aspetos éticos e legais que estão relacionados com a liberdade e os direitos humanos fundamentais, a que cada vez mais se dá maior importância. Na segunda metade do século vinte emerge a tendência à desinstitucionalização e o devolver o doente com doença mental à família e à comunidade (Azenha, 2014). Tal objetivo continua a ser difícil de concretizar, quer por dificuldade de organização dos cuidados na comunidade, quer pelas deficientes redes de apoio na sociedade.

Em Portugal ficou legislada, com a revisão da Constituição da República em 1997, a possibilidade de privar alguém da sua liberdade, caso esse alguém seja portador de anomalia psíquica, permitindo que, em 1998, se criasse a lei de saúde mental que concretiza essa privação da liberdade - Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho). Esta lei prevê o regime da saúde mental e do internamento compulsivo de doentes portadores de anomalia psíquica.

Nos Países Europeus, a frequência do IC tem vindo a aumentar, o que se por um lado sugere um aumento no número total de admissões e uma maior sensibilização para a gestão de risco em Psiquiatria, por outro sugere que as pessoas com doença mental

grave avançam mais facilmente para estádios em que o tratamento agudo e coercivo é necessário (Post et al, 2009).

“As mudanças operadas ao longo da História refletem-se, atualmente, em aspetos relacionados com a forma de tratar e abordar a doença mental. Os diferentes países têm vindo a tentar regulamentar a prestação de cuidados em saúde mental, nomeadamente no que se refere aos internamentos. São feitas recomendações quanto à duração e condições de internamento, aos critérios que motivam o seu início e o seu fim, bem como à necessidade de usar mecanismos legais que permitam assegurar a proteção dos direitos do doente” (Azenha, 2014, p.60).

Enquadramento Ético e Deontológico

Na esfera do internamento compulsivo, a complexidade desta situação leva ao surgir de questões éticas, expressas numa dicotomia entre a autonomia e liberdade da pessoa, e ao mesmo tempo, nas medidas necessárias para impedir o causar dano a si próprio. Torna-se, desta forma, importante falar sobre o princípio da beneficência e princípio da autonomia, que sustentam as duas vertentes desta temática.

Define-se princípio do respeito pela autonomia como a importância em que “o indivíduo deva ter condições de exercer a sua liberdade de escolha, sem qualquer tipo de coerção” (Bettini-Pereira, 2015, p.176). Por sua vez, o princípio da beneficência, refere-se “à condição de agir em prol do benefício dos outros, ou seja, fazer o bem a outrem” (Bettini-Pereira, 2015, p.176). Nas situações de internamento compulsivo, é comum ocorrer que “os interesses do indivíduo possam entrar em conflito com os da

sociedade, colocando em causa a dignidade, os direitos humanos e liberdades fundamentais do doente. Assim, nestes casos, os interesses de terceiros e da sociedade têm, com frequência, de ser avaliados ou excluídos” (Azenha, 2014, p.156).

É de salientar que, segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2013, p.2), “prevalecem o Princípio da plenitude dos direitos fundamentais, assim como o Princípio da não discriminação, assegurando-se a manutenção da cidadania do utente mesmo em situação de internamento/ tratamento compulsivo”. Assim, no conceito de internamento compulsivo “Encontra-se implícita na noção de proteção, a prevenção de situações que possam causar dano ao próprio, mas também a terceiros” (Azenha, 2014, p.153).

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, à luz do Artigo 78.o encontra-se expressa a importância da ressalva da dignidade humana, “1 – As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p.38).

Neste sentido, ainda que o internamento compulsivo limite a liberdade da pessoa, põe-se em primeiro lugar a segurança desta. Portanto, novamente invocando o princípio da beneficência, este assume-se como “o primeiro preceito moral da ética profissional e o que pode fazer tolerar a exposição a riscos é o benefício que se espera ocorrer após o tratamento, a prevenção ou a melhoria da doença. Assim, as possibilidades de dano são moralmente aceitáveis, quando o requisito é a maximização do benefício e a minimização do dano, precisamente” (Azenha,

2014,p.158). Assim é importante ressaltar que, “apesar dos riscos do internamento compulsivo que se associam a experiências negativas relacionadas com a privação da liberdade e limitação no exercício dos direitos humanos, é fundamental ter em conta os dados que apontam para que situações de tratamento involuntário, apesar de inicialmente implicarem coerção, acabarem por levar a maior liberdade a longo prazo (Azenha, 2014, p.159).

O enfermeiro, na sua prática, deverá manter sempre o respeito pela pessoa sujeita a um internamento compulsivo, tendo em mente que, apesar do conflito entre a autonomia e a limitação da liberdade e do exercício dos seus direitos, os mais altos valores da dignidade humana prevalecem, independentemente da situação de vulnerabilidade e incapacidade que possa ocorrer. Deve ter-se assim em primeira instância “a proteção da vida e da integridade física, a melhoria da saúde, o tratamento da doença, o evitar da deterioração e sequelas associadas à descompensação da doença, bem como a defesa dos interesses da pessoa doente e da sociedade, dos bens patrimoniais e da integridade física e psíquica.” (Azenha, 2014,p.159).

Enquadramento Jurídico

Em Portugal, o internamento compulsivo encontra-se regulamentado na Lei n.º 36/98 publicada a 24 de Julho de 1998 – Lei de Saúde Mental, que tem como objetivo primordial estabelecer “os princípios gerais da política de saúde mental” e regular “o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental” (Lei de Saúde Mental, Art. 1º). Esta lei assume um modelo de tipo judicial, no qual a garantia dos direitos

fundamentais do indivíduo é colocada em primeiro plano, pois é valorizada primordialmente a proteção e promoção da saúde mental.

Para se efetuar um internamento compulsivo, é necessário que “O portador de anomalia psíquica grave crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado” ou “... que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”. (Lei de Saúde Mental, Art. 12º). Tendo em conta o pressuposto anteriormente citado, cabe às autoridades policiais ou autoridades de saúde pública decidir, de forma individual ou através de requerimento, por mandado a condução da pessoa protegida pela Lei da Saúde Mental de imediato, até ao serviço de urgência psiquiátrica mais próximo para a prestação dos cuidados necessários, avaliação e registo do foro clínico-psiquiátrico. (de acordo com o Artigo 23.º e 24.º da Lei de Saúde Mental). Após a avaliação clínico-psiquiátrica, se não se verificar a necessidade de internamento, a pessoa readquire a sua liberdade de imediato. Se por outro lado, se justificar o internamento da pessoa e esta se mantiver em negação em relação ao mesmo, é emitido um comunicado ao tribunal judicial da área do estabelecimento onde a pessoa se encontra. Assim, embora esta decisão seja clínica, depende sempre da formalização por um tribunal, e só é permitido se (e enquanto) for a única forma de aplicar um tratamento estritamente necessário, devendo ser substituído por regime ambulatorio logo que possível.

Além da restrição do direito à liberdade, que como já abordado só é justificável quando constituir a única forma de implementação do tratamento necessário e adequado, a pessoa internada compulsivamente mantém os seus restantes direitos inalterados. As limitações a pode estar sujeita apenas abrangem os tratamentos necessários para fazer face à terapia psiquiátrica, pelo que a pessoa pode ser chamada a dar o seu consentimento face a intervenções não diretamente relacionadas com o tratamento da sua doença psiquiátrica (Pereira, 2010).

A Lei de Saúde Mental, no que diz respeito ao IC, por restringir a liberdade das pessoas por ela abrangidas, entra aparentemente em conflito com o Artigo 27.º do Direito à Liberdade e Segurança, da Constituição da República Portuguesa, que refere que “Todos têm direito à liberdade... Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade”, mas na alínea h do ponto 3 do mesmo artigo vem consagrada como exceção do direito à liberdade o “internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.” A Lei de Saúde Mental encontra-se assim em harmonia com a Constituição da República Portuguesa.

3. INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Enquadramento Epistemológico

A palavra aborto, que provém do latim *abortus* que por sua vez deriva da palavra aborir, significa, de acordo com a sua origem, o contrário de nascer (Gafo, 1996). O aborto consiste na interrupção de uma gravidez, podendo este ser espontâneo ou induzido. O aborto espontâneo ocorre por causa acidental ou natural, podendo ser considerado precoce (caso

aconteça até às 12 semanas de gestação) ou considerado tardio (após 12 semanas de gestação). O aborto induzido ocorre quando é provocado por um procedimento, ao qual se denomina interrupção voluntária da gravidez, e é provavelmente o método mais antigo de regulação da fecundidade. (APF, s/d).

O aborto pode também ser classificado segundo quatro tipos: aborto terapêutico (realizado com indicação médica por risco de vida da grávida); aborto ético/ humanitário (quando a gravidez é concebida por um ato crime como a violação); aborto eugénico (quando através de exames complementares se constata a possibilidade do futuro recém-nascido vir a sofrer de anomalias ou malformações genéticas) e aborto psicossocial (inclui o aborto realizado por motivos do foro familiar, económico, social, etc) (Hottois cit. por Martins, Nunes & Deodato, 2010, p.22). Durante muito tempo, o aborto foi penalizado e criminalizado em Portugal. Existiu um primeiro referendo em 1998 direcionado à IVG, onde foi proposta a despenalização da IVG quando executada por opção da mulher, antes de concretizar 10 semanas de gestação e quando realizada num estabelecimento de saúde legalmente autorizado. No entanto, este referendo teve um resultado negativo e só mais tarde, em 2007 quando se realiza um novo referendo com a mesma questão, é que é consentido pela maioria um resultado favorável (Kuan, 2014).. Posteriormente deu assim entrada em vigor a lei 16/2007.

Segundo a OMS (2012) apesar dos avanços na área da saúde relativamente à prática da IVG, ainda são realizados 22 milhões (valor estimativo) de abortos em condições inseguras, o que leva à morte de 47 000 mulheres no mundo, e outras 5 milhões passam a sofrer de disfunções físicas e mentais. Estas

consequências podiam ter sido evitadas nomeadamente através da prática legal e segura da IVG (OMS, 2012). A maioria dos países desenvolvidos aceita a não penalização da IVG, e nos países em desenvolvimento, o acesso à IVG já é mais restrito, constituindo-se um privilégio dos ricos (OMS, 2012). Segundo um estudo da OMS (2017) a proibição ou restrição do acesso ao aborto não diminui a sua prática, afirmando que nos países onde esta prática é proibida ou demasiado restrita, apenas uma em cada quatro mulheres realiza uma IVG segura. Nos países onde o aborto é legal, nove em cada dez mulheres que realiza uma IVG, realiza-o de uma forma segura (OMS, 2017). O mesmo pode ser constatado em Portugal, segundo George (2017), de momento Portugal é o país da Europa com menos abortos por cada mil nascimentos vivos, existindo estudos que demonstram que, cada vez há menos IVG's.

Enquadramento Ético e Deontológico

A IVG vai muito mais além dos sentimentos ambivalentes que a mulher grávida experimenta, pelo que é necessário reflexão pessoal para que possa ser tomada uma decisão responsável, livre e consciente.

Esta reflexão surge, a dicotomia entre o direito da mulher ao seu direito de autodeterminação, e por outro lado surge o direito do embrião, de um novo ser em desenvolvimento. Neste sentido, torna-se importante compreender o que é a dignidade humana, que existe em cada um, de acordo com a sua capacidade de ser racional, insubstituível por qualquer outra coisa. De acordo com Kant, a dignidade humana a par da nossa liberdade, confere-nos a autonomia sobre si próprio, em que o ser humano se torna um fim em si próprio. Kant fundamenta esta ideia, dizendo: “age de tal

maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio” (Kant, 1995, p.69).

A Convenção dos Direitos do Homem, vem no sentido de salvaguardar esta mesma dignidade, sendo que “as partes na presente Convenção protegem o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina” (Convenção dos direitos do Homem, 2001, p.2).

Na problemática da IVG, surge o princípio da autonomia da mulher que se contrapõe com o princípio da autonomia do embrião, constituindo esta última uma questão ética de grande dimensão. Esta questão encontra eco na imprecisão com que definem em que momento começa a vida, não havendo acordo em qual momento poder o embrião ganhar o estatuto de pessoa, e como isso, o respeito pela sua dignidade humana descrita na legislação já abordada. Contudo, o embrião, portador de um genoma próprio, desenvolve-se, passo a passo, reconstrói-se enquanto ser humano irreplicável, de acordo com as suas características individuais, trazendo dúvidas na identificação do quando surge efetivamente a vida (Sgreccia, 1996).

No que diz respeito ao Princípio de Beauchamp e Childress (1994), princípio que procura a resolução de problemas morais (como explicitado no primeiro capítulo), em relação à IVG, cabe aos profissionais de saúde respeitar a autonomia da grávida, de maneira a que possa decidir sobre o seu corpo, o seu futuro, tomando uma decisão individual

responsável, livre e consciente. Relativamente ao princípio da beneficência/ não-maleficência, o profissional deve agir em função do que é melhor para a grávida e prestar-lhe cuidados de saúde tendo em conta o que é melhor para ela. No entanto, um dos pressupostos desta teoria é que a morte é o pior dano que se pode causar a uma pessoa (Alves, 2007). Ao realizar a IVG pode-se estar a causar a morte do embrião/feto mas se a mesma não for feita desrespeita-se o princípio da autonomia da mulher.

Segundo Martins, Nunes e Deodato (2010), no que diz respeito à temática da IVG, cabe ao enfermeiro cumprir o Código Deontológico, respeitar, “proteger e defender a vida humana, em qualquer circunstância, sem distinção da sua natureza intra ou extrauterina; Não faz parte das competências dos enfermeiros proceder autonomamente a uma IVG, mas apenas o desempenho de funções interdependentes associados ao método da IVG adotado pelo médico ou a administração de terapêutica devidamente prescrita por este; Independentemente dos valores individuais do enfermeiro, a decisão de interromper ou não uma gravidez deve ser respeitada.”

Neste sentido, no procedimento da IVG, está envolvido também o enfermeiro, sendo que neste procedimento, este pode-se sentir confuso, sendo importante que o profissional não transmita à grávida a sua opinião pessoal e posição relativamente ao aborto, de forma a, ser capaz de cumprir com a sua responsabilidade para com a grávida: informar, acompanhar, aconselhar e encaminhar (Perry, 2006).

Por outro lado, o enfermeiro, usando também do princípio da autonomia, inerente a si próprio, sendo que com base nesta reflexão filosófica, ética, moral e

religiosa, o enfermeiro pode decidir que não quer participar na realização de IVG's, por considerar a mesma como um atentado contra a vida, contra a dignidade da pessoa ou contra o código deontológico então pode alegar o seu direito à objeção de consciência (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Enquadramento Jurídico

Após 1984, o aborto deixou de ser proibido em Portugal, passando a ser permitido naqueles casos em que houvesse indícios de que a gravidez tivesse resultado de violação; em que o aborto constituísse o único meio de remover perigo de morte ou de lesão irreversível, física ou psíquica, da mulher grávida ou a anomalia ou doença grave do embrião. Foi em 2007, e após um Referendo nacional, que foi incluída na lei a possibilidade de se realizarem também interrupções de gravidez a pedido da mulher, se for realizada nas primeiras 10 semanas de gestação.

Em Portugal, a prática da IVG, encontra-se regulamentada nos artigos 140.º, 141.º e 142º do Código Penal, despenalizado pela Lei 16/2007 de 17 de abril – Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. De acordo com a Lei 16/2007, no artigo 1.º - Alteração do código Penal, salienta-se os modos como a IVG deve ser efetuada: “por médicos (ou sob suas direções) num estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido” e sob o consentimento da grávida nas situações acima mencionadas. Segundo a atual lei, no ponto 4 do mesmo artigo, no que diz respeito ao consentimento de uma IVG que for realizada a pedido da mulher, é necessário que o consentimento deva: b) “(...) estar assinado pela grávida e deve ser entregue antes da realização do IVG mas, sempre depois de um período

reflexivo de pelo menos 3 dias a contar do dia em que a grávida teve pela primeira vez acesso à informação sobre IVG para que a sua decisão possa ser responsável, livre e consciente”. O ponto 2 do artigo 2º da mesma lei define qual o conhecimento que deve ser proporcionado à mulher:

“a) As condições de efectuação, no caso concreto, da eventual interrupção voluntária da gravidez e suas consequências para a saúde da mulher;

b) As condições de apoio que o Estado e as IPSS podem dar à prossecução da gravidez e à maternidade;

c) A obrigatoriedade de acompanhamento psicológico, durante o período de reflexão;

d) A obrigatoriedade de acompanhamento por técnico de serviço social, durante o período de reflexão.”

O ponto 5 do artigo 1º faz referência aos casos em que a mulher grávida é “menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respetiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral”.

Quando o consentimento informado não é passível de ser obtido e a IVG tiver um carácter urgente, “cabe ao médico decidir com consciência a situação, recorrendo a colegas sempre que necessário” (ponto 6 do artigo 1º da lei 16/2007).

O ponto 7 do artigo 1º finaliza referindo que, o número de semanas de gestação deve ser comprovado através de ecografia ou um outro meio adequado. O artigo 6º - Objeção de Consciência, assegura aos profissionais de saúde o direito à objeção de consciência relativamente a quaisquer atos respeitantes à IVG.

4. CONSENTIMENTO INFORMADO

Enquadramento Epistemológico

O consentimento informado surge pela primeira vez, de uma perspectiva mais formal, na sequência dos julgamentos de 1947, em Nuremberga, em que membros e colaboradores do regime nazi foram julgados crimes contra a Humanidade, no âmbito de testes médico-científicos, realizados em seres humanos contra a sua vontade. Surge assim as primeiras diretivas com carácter legal no âmbito destes julgamentos, ainda que estas normativas apenas tenham sido incorporadas nos sistemas legais, de vários países, nas décadas de 60 e 70 (Goldim, 1997). O conceito de consentimento assenta em pressupostos de autonomia, liberdade e capacidade de decidir, surgindo como uma resposta aceite e justificada, quando é proposta a participação numa determinada intervenção ou situação. Assim, define-se consentimento informado como “um processo comunicacional, contínuo e participado, através da interação estabelecida entre o profissional de saúde e a pessoa, prolongando-se num tempo útil” (Direção Geral de Saúde, 2015, p.5).

É importante salientar o papel da informação, do ato de informar, como fator fundamental num consentimento informado esclarecido e bem conseguido. Neste sentido, o papel da Enfermagem emerge, inerente ao ato de cuidar, no dever de representar e informar o individuo, a fim de que este possa ser decisor da sua vida, capacitando-o na sua autonomia e autodeterminação (Almeida, 2007). Ainda neste sentido, a informação partilhada “deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível baseada no estado da arte isenta de juízos de valor” (Direção Geral de Saúde, 2015, p.5), sendo que a forma como

esta é transmitida deve conter em si “duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia” (Direção Geral de Saúde, 2015, p.5).

A noção de consentimento informado, como dinâmica que ocorre na relação terapêutica entre o enfermeiro e o indivíduo, na qual o enfermeiro tem um papel privilegiado de proximidade com quem decide, pode encontrar a sua explicação em alguns modelos teóricos, seguidamente explanados de forma sucinta.

De acordo com a Teoria do Défice do Autocuidado, definida por Dorothea Orem, esta pode descrever-se como “uma teoria geral que engloba três teorias: a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça Enfermagem” (Brito, 2012, p.23). O consentimento informado, pode relacionar-se com a Teoria do Défice do Autocuidado, uma vez que Orem considera a existência de “uma função humana reguladora que os indivíduos têm deliberadamente de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar” (Tomey & Alligood, 2004, p.218). Ou seja, o indivíduo, ao consentir determinado procedimento, pondo em prática o seu autocuidado, no direito que tem de decidir, decide com o apoio dos profissionais de saúde, em que estes têm apenas o papel de informar. Por outro lado, o enfermeiro tem também um papel posterior ao momento do consentimento, na execução da ação consentida, no sentido de restabelecer as capacidades

do indivíduo, de forma a responder ao que necessita e a restaurar a sua capacidade de autocuidado.

De acordo com Brito (2012, p.25), “a intervenção de enfermagem passa a ser uma exigência quando o indivíduo se considera incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz”. Contudo, a substituição no autocuidado não permite ao enfermeiro decidir por este, ou caso identifique que a decisão do indivíduo está condicionada por fatores internos ou por fatores externos desviantes, deve agir de acordo com tal situação, e ter sempre em atenção o direito da pessoa humana. Por sua vez, a Teoria das Transições de Meleis, acima descrita, enfatiza o processo de transição como a “singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes” (Guimarães, Silva, 2016, p.2). Assim, o papel do enfermeiro, no âmbito do consentimento informado, e da decisão que deste advém, à luz de Meleis, torna importante o acompanhamento na decisão (ou não decisão), sendo que também daqui surge uma adaptação a uma nova situação, ou seja o decorrer de um processo de transição. Mais uma vez, refere-se a importância do enfermeiro, enquanto participante no suporte ao ato de decidir, e por sua vez, na manutenção dos cuidados, de acordo com a vontade do indivíduo no seu processo de mudança e ajuste.

Também o Modelo de Adaptação de Callista Roy tem aplicação na questão do consentimento informado, uma vez que este processo de decisão altera a situação da pessoa. Este modelo centra-se “no conceito de adaptação da pessoa, e estando os

conceitos de Enfermagem, saúde e ambiente interligados a este, percebe-se que, a estrutura que lhe está subjacente é a forma como a pessoa reage ou se adapta às mudanças e estímulos, sejam estes internos ou externos, ou seja, inerentes à própria pessoa ou oriundos do ambiente que a rodeia” (Moreira, 2008, p.46).

Por fim, também referindo Betty Neuman, aborda-se o seu Modelo de Sistemas, numa perspectiva da influência de fatores externos stressantes na decisão do consentimento informado. Este modelo, “defende uma visão holística da pessoa, perspectivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de stress” (Almeida, 2011, p.18). Neste sentido, o enfermeiro tem a dupla responsabilidade de ajudar o indivíduo a identificar fatores vários que possam interferir com a sua decisão, capacitando-o na sua adaptação, e ao mesmo tempo, autolimitar-se, no sentido de que não seja ele essa interferência no momento da decisão.

Enquadramento Ético e Deontológico

O consentimento informado contém em si a transmissão da informação, a compreensão da mesma, e por fim o consentimento livre e esclarecido (Vicente, 2014). Contudo, é importante que o profissional de saúde compreenda que o assinar do consentimento informado está assente na liberdade de escolha e autorresponsabilização do indivíduo, e não com o simples assinar de um formulário (Vicente, 2014). Surge então a importância do princípio do respeito pela autonomia e liberdade de cada um, bem como a importância do respeito por estes pontos. Assim, segundo Kant (2005, p.114), “pressupondo a

liberdade da vontade de uma inteligência, a consequência necessária é a autonomia dessa vontade como a condição formal que é a única sob que ela pode ser determinada”.

Surge assim, o princípio do respeito pela autonomia que “diz respeito à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe – as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas mesmas tenham selecionado. Significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma – livre e autónoma, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma. É por isso que a informação antecede as escolhas, para que possam ser livres e esclarecidas, e para que, subsequentemente, se devam respeitar estas mesmas decisões” (Ordem dos Enfermeiros, 2005 p.94).

O Código Deontológico dos Enfermeiros, define a conduta do enfermeiro no âmbito Artigo 105.º - Do dever de informação, que tem a responsabilidade de fazer respeitar o direito à autodeterminação, que se encontra explícito nos pontos “a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.8079).

É essencial o estabelecer de uma relação adequada entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados, no sentido de se estabelecer os meios de comunicação e compreensão, que permitam o

esclarecimento de todas as questões que possam surgir. Assim é de salientar que “cabe ao enfermeiro criar as condições que possam favorecer a comunicação, em primeira instância – frente a si, face-a-face, está uma pessoa que lhe coloca a injunção de ser competente e de a reconhecer como pessoa, no cumprimento do seu compromisso de cuidado profissional” (Nunes, 2011, p.81).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2005, p.114), é importante ressaltar que no anteceder do consentimento informado, é necessário “1 – explicar de forma simples e compreensível, para aquele utente em concreto, quais são os seus problemas e obter o seu assentimento / consentimento (implícito, tácito); 2 – compreender que as prioridades do doente não são as nossas e que outros problemas, além dos de âmbito médico, podem ser prioritários para ele; 3 – não excluir o utente de qualquer decisão que lhe diga respeito; 4 – respeitar o seu desejo expresso, seja ele: – aceitar ou recusar a proposta de intervenção / cuidados que foi feita, – querer dar o seu consentimento sem receber determinadas informações, – não querer ser informado, porque cada pessoa tem este direito, quando esta for sua vontade expressa”. Ou seja, o indivíduo deverá ver facultados os meios e descrições para poder decidir sobre si, e o enfermeiro deverá refletir que o “verdadeiro acto da escolha faz com que a ação escolhida seja auto-constituída” (Nunes, 2011, p.165), mas que a responsabilidade ética e moral do fomentador de uma decisão (pouco ou não informada) corresponde ética e moralmente ao enfermeiro.

Salienta-se que “no plano ético, não existe qualquer distinção entre o consentimento verbal ou escrito; tratando-se, a assinatura do consentimento

informado, uma formalidade jurídica, que, em caso de conflito poderá funcionar como prova. Hoje em dia, qualquer profissional da equipa multidisciplinar de saúde dentro do seu campo de actuação específico deve garantir o princípio da autonomia e consequentemente o consentimento informado” (Vicente, 2014, p.31). O profissional de saúde deverá ter em conta até onde vai o seu papel junto do indivíduo, não decidindo por ele, e não justificando a sua ação com a procura do que se considera ser no seu melhor interesse a quem se presta, rejeitando ou diminuindo a liberdade do outro (Almeida, 2007). Assim, segundo Kant (2005, p.95), “não basta que atribuamos liberdade à nossa vontade, seja por que razão for, se não tivermos também razão suficiente para a atribuirmos a todos os seres racionais”.

Desta forma, também é importante salientar que a liberdade enquanto enfermeiro, deve vincular-nos ao dever de cuidar, respeitando o outro, ao invés de exercermos a nossa decisão, ignorando e reduzindo o outro na sua pessoa.

Enquadramento Jurídico

De acordo com a Constituição da República Portuguesa (2005), a Lei Constitucional n.º1/2005 de 12 de Agosto, à luz do artigo 25 (Direito à Integridade Pessoal), refere que “a integridade moral e física das pessoas é inviolável” (p.4645). Também esta mesma lei nos diz, referindo o artigo 27.o (Direito à Liberdade e à Segurança), que “1. Todos têm direito à liberdade e à segurança. 2. Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou

de aplicação judicial de medida de segurança” (p.4645).

Ainda de acordo com a Constituição da República Portuguesa (2005), é salvaguardado a importância da dignidade da pessoa humana através do artigo 26.º (Outros Direitos Pessoais), que nos diz no 3º ponto que “A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica” (p.4645).

Mais referindo a Constituição da República Portuguesa (2005), esta menciona, no âmbito do Artigo 37.o (Liberdade de expressão e informação) que “1. 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 ser informados, sem impedimentos nem discriminações. 2. O exercício destes direitos não pode ser impedido ou limitado por qualquer tipo ou forma de censura” (p. 4648). Desta forma, a liberdade e o acesso à informação, por direito do ser humano, conjuga-se com a importância do consentimento informado em saúde, uma vez que particulariza e regulamente uma situação delicada, na qual se deve ter acesso a todas as informações necessárias, para decidir em consciência. Desta forma, de acordo com a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, no artigo 3.º - Direito à integridade do ser humano, reflete-se a importância do consentimento, sendo referido que “2. No domínio da medicina e da biologia, devem ser respeitados, designadamente:- o consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei” (Parlamento Europeu, 2000, p.9).

Segundo a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, também conhecida por Convenção de Oviedo, ratificada por Portugal em 2001, no artigo 5.ª do capítulo II, o consentimento informado ganha expressão, no sentido de que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.” (Diário da República, 2001, p.27). De acordo com o mesmo documento, no Artigo 6 (Proteção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento), “qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efetuada em seu benefício direto. — Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. (...) 3 — Sempre que, nos termos da lei, um maior careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização”. No âmbito do artigo 7.º (Proteção das pessoas que sofram de perturbação mental), do mesmo documento, “toda a

peessoa que sofra de perturbação mental grave não poderá ser submetida, sem o seu consentimento, a uma intervenção que tenha por objetivo o tratamento dessa mesma perturbação, salvo se a ausência de tal tratamento puser seriamente em risco a sua saúde” (p.27 e 28).

Na sequência da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde, na Base XIV – Estatuto dos utentes, é evidenciado a importância do consentimento informado, nas alíneas b) e e), sendo estas “b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei; (...) e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (Diário da República, 1990, p.3454).

Também o Código Penal Português, no artigo 150.º, refere que “1 - As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as legesartis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física” (Diário da República, 1998, p.4573). A violação do disposto anterior é punida de acordo com a lei, sendo esta referida em diário da República como “2 - As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as legesartis e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por

força de outra disposição legal” (Diário da República, 1998, p.4753).

Por outro lado, ainda no que concerne o Código Penal, no âmbito do artigo 156.º, o não respeito pelo consentimento informado, é salvaguardado de acordo com as seguintes situações: “O facto não é punível quando o consentimento: **a)** Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou **b)** Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado” (Diário da República, 1998, p.4753).

Ainda de acordo com o Código Penal Português, no artigo 157.º, torna-se evidente o dever do esclarecimento, sendo que “o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica” (Diário da República, 1998, p.4753).

Fundamentação e conclusão / resolução do caso

Os enfermeiros constituem um grupo profissional privilegiado no que concerne à temática da tomada de

decisão, pelo contacto direto que têm com as pessoas de quem cuidam ao longo das várias etapas do ciclo vital (Mourão, 2009), tomando essas decisões no sentido de um agir que responda às necessidades das mesmas (Nunes, 2009).

A tomada de decisão ética emerge na relação de cuidado entre o enfermeiro e a pessoa, família e comunidade para dar resposta aos problemas identificados, tendo por base a análise dos princípios e valores que se aplicam ao caso. É no confronto com uma situação que gera incerteza na intervenção apropriada que pode pôr em causa a proteção individual da pessoa, que se origina a tomada de decisão ética em enfermagem (Deodato, 2008, 2010).

“Ocorrendo um dilema ético, o enfermeiro necessita resolvê-lo, assumindo o seu dever profissional de agir. Deste modo, procura a ação adequada para resolver o problema identificado, construindo uma decisão que se revele eticamente boa a pessoa em causa. Pela decisão e pela ação o enfermeiro responde, no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem” (Deodato, 2014, p.20). “As boas decisões clínicas nascem da consideração dos recursos disponíveis, dos desejos da pessoa, dos recursos cognitivos e práticos que se possuem em virtude da experiência clínica dos enfermeiros e conhecimento gerado por pesquisa de qualidade” (Mourão, 2009, p.16).

Surgem então questões clínicas perante os cenários mais diversos que são o ponto crucial da incerteza na tomada de decisão clínica.

Tal acontece, no caso que vamos discutir seguidamente, lembrando a questão que emerge da exposição do caso:

Estaria a Maria capaz de assinar o consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez?

A Maria em contexto de descompensação da sua doença de base - esquizofrenia - foi internada compulsivamente. A sintomatologia positiva e negativa que apresentava, nomeadamente as alterações do conteúdo do pensamento e alucinações e o consequente isolamento, anorexia e insónia, chegando inclusive a faltar ao trabalho (facto que nunca tinha ocorrido), constituíam-se como barreiras à sua vida funcional dita normal.

Quanto a esta questão não são levantadas quaisquer dúvidas, pois cumpria todos os requisitos legais para o IC ser acionado, uma vez que não possuía “o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”, além de que recusava “...submeter-se ao necessário tratamento médico (Lei de Saúde Mental, Art. 12º).

Durante o internamento, descobre que se encontra grávida de 9 semanas e verbaliza a sua vontade em abortar. No entanto, refere o oposto passado pouco tempo e na presença do namorado volta a referir que o quer fazer. Faltando apenas uma semana para serem completadas as 10 semanas de gestação, a tomada de decisão em realizar ou não a IVG tornou-se para a equipa uma questão emergente, pela escassez temporal que havia para a decisão poder ser da Maria. A equipa médica psiquiátrica e ginecológica reúne-se e decidem que deve prevalecer o “Princípio do Respeito pela Autonomia”, assinando assim a Maria um consentimento livre e esclarecido para a

interrupção da gravidez, sendo-lhe posteriormente efetuado o procedimento.

Após fazermos a abordagem da temática da IVG sob análise confluyente das várias dimensões, chegamos à conclusão que o procedimento médico da IVG em si também não se constituiu como problemática, uma vez que foi efetuada dentro do limite legal, pois segundo a lei nº 16/2007 de 17 de abril, pode ser efetuada por opção da mulher desde que realizada nas primeiras 10 semanas de gravidez (as 9 semanas de gestação da Maria foram comprovadas através de ecografia como recomendado na lei nº 16/2007).

Se não fosse por vontade da Maria, o processo de IVG aparentemente não poderia ter sido acionado uma vez que este não tinha um carácter urgente por não se encontrar a Maria em risco de vida ou de lesão irreversível, física ou psíquica (foi essa a conclusão da equipa médica na reunião); o embrião não tinha nenhuma anomalia ou doença grave (a medicação que a Maria estava a fazer não constituía perigo para o feto) e não houve indícios de que a gravidez tivesse resultado de violação. O processo de IVG inicia-se com a chamada Consulta Prévia, uma “consulta de carácter obrigatório, onde o profissional de saúde deve esclarecer todas as dúvidas da mulher e fornecer a informação necessária tendo em vista uma tomada de decisão livre, informada e responsável” (Associação para o Planeamento da Família, s/data). No entanto, por se encontrar internada, foram-lhe aparentemente explicadas todas estas informações em contexto de internamento e após três dias (aquando do dia da realização da IVG), a Maria assina o consentimento informado. Aparentemente, até este ponto parece encontrar-se tudo em conformidade.

Mas encontrando-se a Maria internada compulsivamente por ser incapaz de “reconhecer o bem para si” e mantendo ainda sintomatologia psicótica ativa, é capaz de reconhecer o melhor para si no que concerne a continuar ou não com uma gravidez? Levantam-se assim dúvidas quanto à sua capacidade de compreensão do que significava consentir a realização da IVG e as consequências e implicações que lhe trariam no futuro. Desta forma, a questão considerada problemática pelo grupo centra-se no facto da Maria ter assinado o consentimento informado da IVG. Tendo como ponto de partida que o consentimento informado compreende não só a transmissão da informação, mas inclusive a compreensão da mesma, é fundamental então avaliar se a Maria se encontrava capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido da IVG. Vamos assim, à Luz da Teoria da Meleis avaliar os tipos de transição por que estaria a passar e as suas condicionantes.

O papel do enfermeiro no processo de transição pode permitir estabelecer uma relação com o processo de enfermagem. A avaliação inicial permite-nos a concretização da decisão para o ato em si, ajudando-nos a lidar com as mudanças e a promover a autonomia e o bem-estar da pessoa, pesquisando e analisando todos os dados intervenientes. A colheita contínua de dados e a análise destes com clareza, permitem identificar problemas para o passo seguinte (Alfaro-LeFevre, 2005). Desta forma, a análise que faremos dos processos de transição da Sr.^a Maria, podem enquadrar-se na avaliação inicial de enfermagem, pela importância da identificação de fatores que podem comprometer este processo, ou,

por outro lado, quais os pontos passíveis de serem valorizados e estimulados.

A fase do planeamento, onde se delineiam ações, de acordo com o problema levantado, pode carecer de intervenção da equipa multidisciplinar para se alcançarem os resultados esperados (Alfaro-LeFevre, 2005). Também no processo de transição é importante que se tracem intervenções de enfermagem que permitam respostas adequadas ao processo de transição. Pode também ser importante o traçar de intervenções para promover a transição, numa situação previamente planeada.

Quando é chegada a fase da implementação, além da ação, estimula-se o pensar e o refletir sobre a ação, e avaliam-se se os objetivos propostos se perspectivaram ou não. No último caso, é necessário delinear novas estratégias, refletindo assim acerca das respostas iniciais e as nossas ações (Alfaro-LeFevre, 2005).

O enfermeiro deverá avaliar de forma correta as situações de forma a traçar intervenções pertinentes que levem a que ocorram transições saudáveis e bem conseguidas, avaliando de forma permanente este processo, a fim de adequar as suas intervenções, sempre que se considere pertinente.

Assim, e de acordo com o caso descrito, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, o enfermeiro deverá saber avaliar a situação da pessoa alvo de cuidados, tentando ao máximo identificar quais as mudanças que um processo de transição pode trazer ao indivíduo. É importante que o enfermeiro tenha sempre em vista, que até em processos de alterações das condições de vida do ser humano, deve ser promovido a sua qualidade de vida e autonomia,

dando suporte e capacitando para que o indivíduo consiga vivenciar de forma digna o processo de transição. A Teoria das Transições surge como uma resposta às mudanças constantes que afetam os seres humanos, podendo estes ter capacidade de dar uma resposta adequada, lidando com essas mesmas mudanças.

Ressalta-se que as transições correspondem a experiências humanas, com uma significação subjetiva conferida pela pessoa que a vive, sendo estas ajustadas às condições do próprio (Meleis, 2010). Estas mudanças que estão na origem das transições não terão de ser forçosamente desejáveis ou de fácil decisão, podendo envolver não apenas o indivíduo, mas também o seu meio e outros pares; sendo que as transições poderão muitas vezes ser inevitáveis e inerentes ao desenrolar da vida humana (Meleis, 2010). Assim, a transição, segundo Brito (2012, p.27) “representa o processo que conduz à incorporação das mudanças no modo de viver, com conseqüente reorientação e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo que a vive”.

As transições podem ser de quatro tipos: transição de desenvolvimento, transição situacional, transição organizacional e transição saúde-doença (Meleis, 2010). Sendo que abordaremos a transição de saúde-doença e a transição situacional, por serem consideradas as de maior aplicação neste caso, seguem-se as suas definições: A transição saúde-doença inicia-se com um episódio de doença, alterando a pessoa de forma abrupta o seu papel. Saliencia-se que sendo este processo vivido de uma perspectiva individual, de acordo com a perceção da pessoa sobre este, eleva também o grau de vulnerabilidade a que a pessoa está exposta, daí que

seja importante o planejamento e implementação de intervenções de enfermagem adaptadas às particularidades de cada situação (Meleis, 2010). A transição situacional define-se pela vivência de situações que levam à alteração ou redefinição de papéis do indivíduo (Meleis, 2010).

De acordo com o caso da Maria, a transição saúde-doença relaciona-se com a descompensação psicótica que estaria a experimentar, em que neste caso específico, no início do processo de transição, não haveria percepção por parte da Maria sobre o mesmo. Simultaneamente, surge também a transição situacional, que ganha corpo na decisão sobre a interrupção voluntária da gravidez, em que a Maria, ao descobrir que está grávida, enfrenta o tomar de uma decisão, baseada na premissa de uma potencial perspectiva de condição de maternidade, que é declinada na decisão tomada.

As transições evidenciam padrões de complexidade e pluralidade, no sentido de que o indivíduo poderá experimentar mais que um tipo de transição conjuntamente ou sequencialmente, tendo estas relação ou não (Meleis, 2010). Independentemente do processo de transição ser provocado por condições controladas ou não pelo próprio indivíduo, é necessário que exista um conjunto de respostas por parte deste, para gerir de forma positiva este processo. As respostas desenvolvidas ao processo de transição são influenciadas pelos contextos e situações vivenciadas, por fatores fisiológicos e psicológicos, familiares, sociais e culturais (Meleis, 2010).

É importante referir quais as propriedades da transição, uma vez que estas estabelecem alguma

sequência no processo de transição, apesar de não ser uma subsequência estanque: a consciencialização; o envolvimento; a mudança e diferença; o período de tempo e os pontos e eventos críticos (Meleis, 2010).

A consciencialização relaciona-se com a percepção e conhecimento do indivíduo sobre o processo de transição que está a vivenciar. Esta propriedade ganha evidência na medida em que o indivíduo concebe sobre a transição e a forma como reage e incorpora a sua nova situação, podendo considerar-se que nesse momento se inicia efetivamente a transição (Meleis, 2010).

O envolvimento, enquanto propriedade de transição, exprime o grau de envolvimento que o indivíduo apresenta no decorrer do processo de transição (Meleis, 2010). É importante fazer referência a que o enfermeiro, como fator externo, deve promover este envolvimento, capacitando a pessoa, a que ela se motive e se influencie internamente, no sentido de viver o processo de transição da melhor forma possível, mais proveitosa do ponto de vista pessoal.

No âmbito da propriedade mudança e diferença, este ponto traduz-se na mudança que o indivíduo vive no processo de transição, e a forma como este as incorpora, fazendo dele uma pessoa diferente. Este sentimento de diferença pode levar o indivíduo a perceber o meio envolvente e a si próprio de forma diferente (Meleis, 2010).

Por sua vez, o período de tempo, enquanto propriedade de transição, é essencial, no sentido de que tem um início e um fim, e entre estes dois momentos, existe todo um processo de adaptação,

mais ou menos conseguido, com vista ao ajuste da nova situação (Meleis, 2010).

Por fim, surgem os pontos e eventos críticos, ainda no âmbito das propriedades das transições, que ganham especial importância, uma vez que normalmente as transições ocorrem associadas a eventos de vida e influências externas. Deve ter-se em conta que estes eventos podem desencadear alterações, que podem comprometer o processo de transição. É também de salientar que durante todo o processo de transição podem ocorrer estes mesmos pontos e eventos críticos, associados à instabilidade da vivência desta, em qualquer das propriedades anteriormente descritas (Meleis, 2010). É importante que o enfermeiro esteja particularmente desperto para esta propriedade, uma vez que deverá ter a capacidade de identificar estes momentos críticos e traçar intervenções para que estes sejam minimizados e não afetem o período de transição pelo qual a pessoa está a passar.

Tendo em conta as propriedades das transições e estabelecendo convergência com o caso da Maria, percecionamos que as duas transições que esta está a vivenciar, de forma simultânea, poderão interferir na resolução de ambas. A transição saúde-doença – descompensação psicótica – impede que decida de forma refletida a sua transição situacional – decidir assumir ou não assumir o papel de maternidade.

Por outro lado, partindo do pressuposto de que a decisão de realizar a interrupção voluntária da gravidez foi tomada de forma consciente e fundamentada, poderemos sugerir que a Sr.^a Maria poderá tê-la tomado como forma de responder a uma situação de ansiedade e insegurança por que estava a

passar, a respeito do seu futuro e das condições momentâneas que considerava não ter para criar a criança (por encontrar-se a experienciar uma transição saúde-doença). Pode deduzir-se que, desta forma, o desenrolar da transição situacional remete-se à incapacidade percecionada pela Sr.^a Maria de conseguir fazer a transição de saúde-doença de forma saudável, ou até mesmo, o medo de que esta transição se torne a repetir, pondo em causa as suas possíveis competências para a maternidade. Embora a opinião da mãe não deva ser tida em conta se a Sr.^a Maria se encontrasse efetivamente consciente da decisão, uma vez que isso violaria a liberdade da Sr.^a Maria decidir sobre si, levantamos esta hipótese com base na informação fornecida pela sua mãe, que referia que a Sr.^a Maria verbalizava vontade em ser mãe, e aparentemente a Sr.^a Maria decidiu contrariamente.

Embora tenhamos levantado esta hipótese, o grupo considera efetivamente não ser claro o nível de consciencialização da Maria acerca dos seus processos de transição, uma vez que o seu estado clínico não lhe permitia uma avaliação capaz da situação que estava a experienciar. Só após compensação psiquiátrica, poderia ter consciência sobre tais processos.

No que concerne especificamente à transição situacional, referente à questão da interrupção voluntária da gravidez, consideramos que, devido igualmente à sua condição psicopatológica, surge o ponto/evento crítico - relacionado com a falta de discernimento associada às alterações de pensamento e perceção- que não lhe permitia uma decisão esclarecida. Neste sentido, o surgimento de um consentimento informado, e a insistência de que este

fosse efetivado, leva-nos a considerar que também este é um ponto/evento crítico que condiciona a transição situacional. Desta forma, torna-se importante referir a existência de condicionantes no processo de transição, podendo estas ser de origem pessoal ou da sociedade e comunidade.

As condicionantes pessoais, que poderão precipitar a transição e a forma como esta é vivida, poderão englobar: significados, as crenças e as atitudes culturais, questões socioeconómicas, grau de preparação e grau de conhecimento/ habilidade (Meleis, 2000). Por sua vez, o ponto de vista da sociedade e da comunidade surge também como condicionante; os valores sociais, que poderão ter inerentes a criação de estereótipos e preconceitos, a posição da família face ao indivíduo, poderão favorecer ou não o desenrolar do processo de transição (Meleis, 2010). É importante salientar que, uma comunidade bem estruturada e aberta à diferença dos que a compõem, bem como uma correta identificação das necessidades existentes, leva a que a própria comunidade consiga ajudar a pessoa a realizar o seu processo de transição, sendo um fator positivo e decisivo para que este ocorra com sucesso.

A respeito do caso da Maria, no âmbito das suas condicionantes pessoais, emerge a sua vulnerabilidade acrescida, derivada do seu estado de saúde/doença, e as consequências que o mesmo pode ter na sua interpretação real do significado do seu consentimento, como já abordado.

A nível das condicionantes da sociedade e da comunidade, podemos considerar o parceiro da Maria, que na transição situacional, parece compelir a Maria na sua decisão a respeito da interrupção voluntária da

gravidez, pois esta mostrou-se submissa na sua presença dominadora. O enfermeiro assume o papel de informar e esclarecer dúvidas que possam existir, facultando a informação necessária, mas deve primeiramente identificar a capacidade do indivíduo de consentir determinada intervenção ou procedimento. Se tal for possível, esta tem obrigatoriamente de ser excluída da influência de terceiros, cabendo igualmente ao enfermeiro proporcionar um ambiente calmo, sem agentes externos influenciadores e promotores de uma tomada de decisão consciente, informada e dirigida. No que concerne às respostas sociais existentes, seria importante informá-la das “condições de apoio que o Estado e as IPSS podem dar à prossecução da gravidez e à maternidade”, e o direito que tinha de um acompanhamento por parte um técnico de serviço social e apoio psicológico durante o período de reflexão (Lei 16/2007, art.. 2º, 4.b), c) e d).

Por fim, como análise ao resultado final do processo de transição, após o seu desenvolvimento, surgem padrões de resposta, que caracterizam as transições como saudáveis ou não saudáveis, consoante seja bem conseguida ou não (Brito, 2012). As transições saudáveis associam-se ao assumir das novas condições e novos papéis resultantes da transição, sendo que o indivíduo as incorpora em si. (Brito, 2012). Por sua vez, as não saudáveis, são caracterizadas pela sua ineficácia, sendo que o indivíduo não assume o novo papel que surge para si, por não compreender ou por não estar à vontade com este (Brito, 2012).

É também importante referir que o processo de transição só ocorre realmente, se o indivíduo incorporar novos conhecimentos, que resultem em alterações comportamentais e de noções acerca dos

acontecimentos, que provocam uma mudança em si mesmo, que se traduz na sua atuação (Meleis, 2010).

No Caso da Maria, consideramos que a transição saúde-doença poderá caracterizar-se no futuro como uma transição saudável, uma vez que à partida será possível a remissão completa da sua sintomatologia psicótica e o retomar da funcionalidade e das atividades do seu dia-a-dia.

Contudo, a nível da transição situacional, esta poder-se-á definir como uma transição não saudável, uma vez que a Maria tomou uma resolução, que inviabiliza um assumir de um papel diferente do atual na esfera da maternidade, enquanto se encontrava com incapacidade temporária. O seu exercício de autonomia, na verdade, encontrava-se condicionado pois sendo a autonomia entendida como a capacidade de decidir fazer ou procurar aquilo que é melhor para si, usando de liberdade e autodeterminação relativamente à pessoa e ao seu projeto de vida ou de saúde (Beauchamp e Childress, 1994), percebemos que o princípio do “respeito pela autonomia” não era passível de ser cumprido/efetivado naquela altura. Sendo a decisão de uma interrupção voluntária da gravidez, um ponto de viragem, no qual se desiste de um determinado conjunto de acontecimentos, normalmente marcantes e importantes na vida da pessoa, torna-se ainda mais complexa esta tomada de decisão e para o qual a Maria não estava consciente. Seria necessário que a Maria ao não ser capaz de tomar decisões importantes, se designasse outra pessoa que fosse capaz de agir em seu nome e no seu melhor interesse, e indo ao encontro do referido pela Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, também

conhecida por Convenção de Oviedo, ratificada por Portugal em 2001, que no seu Art.6º (Proteção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento) afirma “qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efetuada em seu benefício direto” e com “a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização”. O ponto 5 do artigo 1º da Lei 16/2007 de 17 de abril também faz referência aos casos em que a mulher grávida for “psiquicamente incapaz (...) o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral”. Desta forma, previamente à tomada de decisão de se realizar ou não a IVG e por toda a complexidade do caso, a reunião que foi efetuada apenas entre os médicos psiquiatras e obstetras deveria ter envolvido mais elementos da equipa multidisciplinar (nomeadamente enfermeiros e psicólogos). Poderia ter sido igualmente pedido um parecer à Comissão de Ética para a Saúde do hospital.

Se se chegasse à conclusão que a Maria não se encontrava capaz de consentir, ter-se-ia ouvido o núcleo familiar da Maria (os seus pais e namorado) pois são estas as pessoas que convivem com ela diariamente, conhecem a sua cultura, espiritualidade, medos, dificuldades, desejos e projetos de vida. Esta resolução procuraria saber o que a Maria querereria através daqueles que a conhecem. No entanto, o princípio da beneficência/ não maleficência no sentido em que se procura a solução que mais beneficiaria a

Maria, não podia ser exercido, uma vez que a IVG só se constituía como benefício direto para a Maria, a não ser que esta fosse realmente a sua vontade.

Não havendo mais nenhum argumento que se pudesse sobrepor ao da vontade efetiva da Maria, e visto não se poder inferir com toda a certeza de que se não houvesse psicopatologia a mesma daria o seu consentimento informado, a IVG não devia ter sido realizada.

Face a tudo o que foi exposto, e dando apenas resposta à **questão emergente**, concluímos que:

- Embora a Maria tenha assinado o consentimento informado (e estando este assente na liberdade de escolha e autorresponsabilização e não com um simples assinar de um formulário), considera-se que o consentimento assinado não é válido, uma vez que a Maria não se encontrava com capacidade e competência para tomar decisões tão complexas tendo em conta a sua situação clínica.

Considerações finais

Durante a prestação de cuidados de enfermagem podem surgir incertezas no que concerne à tomada de decisão. O caso “Maria e a assinatura do seu (não) consentimento informado”, sendo inspirado numa situação vivenciada numa situação vivida, suscitou interesse de análise e reflexão à luz dos princípios, pelas dúvidas que levantava acerca das práticas que tinham sido realizadas.

A análise deste caso permitiu-nos mobilizar conhecimentos integrando as dimensões epistemológica, ética, deontológica e jurídica, de modo a podermos fundamentar e concluir qual teria sido a ação mais adequada e que não violasse deveres ou

direitos dos envolvidos. Desta forma, toda a análise foi suportada em princípios, valores e normas deontológicas, tendo sempre em vista a proteção dos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Tal, vai ao encontro do perfil das competências comuns dos enfermeiros especialista (Regulamento n.º 122/2011, DR, 2.ª série, 18 de fevereiro), nomeadamente ao nível das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Art.6º). Enquanto futuros enfermeiros especialistas em saúde mental (Regulamento n.º 129/2011, DR, 2ª série, 18 fevereiro, p.8669) que têm de compreender “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”, trabalhar a análise deste caso serviu igualmente para refletir perante respostas humanas desajustadas aos processos de transição, potencialmente geradores de sofrimento, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

As pessoas com doença mental podem ser envolvidas nos cuidados involuntariamente e cuidar das mesmas pode colocar dilemas éticos complexos, necessitando os mesmos de ser sistematicamente objeto de reflexão. Concluímos com a consciência de que é necessário que tenhamos sempre uma prática humanizada e participativa na sociedade, atuando não como meros expectantes mas como inquisidores das regras e normas. “A reflexão, como fonte de conhecimento, valoriza a experiência Humana, a consciência de si mesmo e a abertura para a realização, no mundo e com os Outros. Refletir, nesta ideia de se refletir sobre si, é ser consciente de si mesmo, durante ou depois de uma experiência

particular, podendo ganhar novos insights sobre si e habilitar-se a responder de forma mais congruente em situações futuras, dentro de uma espiral reflexiva no sentido de desenvolver a sabedoria prática” (Nunes, 2017, p.133).

Referências Bibliográficas

- ✓ Alfaro-Lefevre, R. (2005). Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed
- ✓ Almeida, L. (2010). Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. Revista Bioética. 18 (2). pp. 381 – 395. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/571/543
- ✓ American Psychiatric Association [APA] (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5. DSM Library.
- ✓ Ascensão, A. (2003). Direito Civil Teoria Geral - Volume II - Acções e factos jurídicos (2ª edição). Editora: Coimbra Editora
- ✓ Assembleia da República (1990). Lei nº47/90 de 24 de agosto. Diário da República. 1ª série A. Nº195. 3452-3459
- ✓ Assembleia da República (1998). Lei n.º36/98 de 24 de Julho- Lei de Saúde Mental. Diário da República. 1ª Série A. Nº169. 3544-3550
- ✓ Assembleia da República (2001). Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de janeiro. Diário da República. 1ª Série A. Nº2. 14-35.
- ✓ Assembleia da República (2005). Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- ✓ Assembleia da República (2012). Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro que procede a alterações à Lei n.º48/90, de 24 de agosto- Lei de Bases da Saúde. Diário da República. 1ª Serie A. Nº258. 7150-7154
- ✓ Associação para o Planeamento da Família. Disponível em: <http://www.apf.pt/aborto-e-interruptao-da-gravidez/etapas-no-processo-de-ivg>
- ✓ Azenha, S. (2014). O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem. Tese de Candidatura ao Grau Doutor em Bioética. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- ✓ Azenha, S. (2015). O internamento compulsivo e a representação da doença mental – percurso histórico. 28[2]. Pp.54-60. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v28n2/v28n2a05.pdf>
- ✓ Bettini-Pereira, R.; Nunes, R. & Blascovi-Assis, S. (2015). Princípios de Autonomia e Beneficência presentes em Pesquisas Realizadas com Cuidadores de Pessoas com Deficiências. Millenium. 49 (jun/dez). pp 173-194. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8084>
- ✓ Brito, A. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf
- ✓ Centro de Estudos Judiciários [CEJ] (2015). Interdição e Inabilitação. Coleção Formação Inicial. Disponível em: http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/Interdicao_inabilitacao.pdf
- ✓ Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. Nursing research methodology. (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication. Disponível em: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- ✓ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV] (2014). Parecer sobre Bioética e Saúde Mental. Lisboa: CNEV. Disponível em: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1413213598_Parecer%207%20CNECV%202014%20Aprovado.pdf
- ✓ Corbiere, M; Samson, E; Villotti, P. & Pelletier, J. (2012). Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. The Scientific World Journal. Article ID 516358. Pp 1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3475300/>
- ✓ Código Penal Português (2017). Diário da República eletrónico. Disponível do URL: <http://www.codigopenal.pt/>
- ✓ Deodato, S. (2008). Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra: Almedina.
- ✓ Deodato, S. (2010). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Tese de Candidatura ao Grau Doutor em Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_Final_23.10.10.paginada.pdf
- ✓ Deodato, S. (2014) Decisão Ética em Enfermagem -Do problema aos Fundamentos para o Agir. Coimbra: Almedina
- ✓ Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: DGS. Disponível em: http://www.fnerdm.pt/wpcontent/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017_10.09_VF.pdf
- ✓ Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Portugal: Saúde Mental em Números – 2015 Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>
- ✓ Direção Geral de Saúde [DGS] (2015) – Consentimento informado e esclarecido dado por escrito. Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- ✓ Favrod, J. & Maire, A. (2012). Recuperar da esquizofrenia. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- ✓ Fonseca, R. (2015). Direitos e Deveres da Pessoa com Doença Mental – Interseção entre legislação e a política de saúde mental.
- ✓ Gafo, J. (1996). 10 Palavras-chave em Bioética. Coimbra: Editorial Verbo Divino
- ✓ Guimarães, M. & Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Disponível em: <https://jornaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- ✓ Gomes, L. & Loureiro, M. (2013). O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 31 (1). Pp.32-48. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rps/v31n1/v31n1a05.pdf>
- ✓ Kant, I. (2005). Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Lisboa: Edições 70.
- ✓ Martins, J; Nunes, L. & Deodato, S. (2010). Interrupção Voluntária da Gravidez e sua análise ética: um olhar de enfermagem e perspectiva masculina. Percursos. Out –Dez. de 2010. Nº18. Pp.20-31. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9226/1/Revista%20Percursos%20n18%20Interrup%C3%A7%C3%A3o%20Volunt%C3%A1ria%20de%20Gravidez%20e%20sua%20an%C3%A1lise%20%C3%A9tica%20masculina.pdf>

- [20-
%20um%20olhar%20de%20enfermagem%20e%20perspectiva%20m
asculina.pdf](#) ✓
- ✓ Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. Disponível em: [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_mid
dle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and
_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_mid
dle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and
_practice.pdf)
- ✓ Ministério da Saúde (2011). *Decreto-Lei nº 29/2011 de 2 de outubro*. Diário da República, 1ª série, 716-723.
- ✓ Miranda, A. (2008). *Bioética e saúde mental: no limiar dos limites: o que o doente mental mantém de homem ético*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Disponível em: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22144/3/Biotica%20e%20Sade%20Merf
al.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22144/3/Biotica%20e%20Sade%20Merf
al.pdf)
- ✓ Mourão, C. (2009). *Tomada de decisão entre enfermeiros experientes e não experientes*. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3550/1/10394.pdf>
- ✓ Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- ✓ Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*. 59 (2). pp.7-17. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos
%20agir%20enfermeiro%20Rev%20Servir_2016.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos
%20agir%20enfermeiro%20Rev%20Servir_2016.pdf) ✓
- ✓ Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures: ✓ Lusodidata.
- ✓ Oliveira, A. & Azevedo, S. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 30 (2). pp.227-234. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v30n4/v30n4a04.pdf>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros [OE] (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros [OE] (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: OE. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeon
tologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeon
tologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf) ✓
- ✓ Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/
Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/
Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- ✓ Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: OE. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/
RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pd
f](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/
RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pd
f)
- ✓ Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013). *Parecer N.º 6 / 2013. Procedimentos de Enfermagem na Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMP
_Parecer_6_2013_ProcedimentosDeEnfEESMP.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMP
_Parecer_6_2013_ProcedimentosDeEnfEESMP.pdf)
- ✓ Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Estatuto da Ordem dos enfermeiros e REPE*. Divulgar. Lisboa: OE. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_R
EPE_29102015_VF_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_R
EPE_29102015_VF_site.pdf)
- ✓ Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genebra: OMS. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2005). *Livro de Recursos da OMS, sobre saúde mental – direitos humanos e legislação*. Disponível em: [http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINA
L.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINA
L.pdf)
- Palha, F. & Costa, N. (2015). *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos*. Porto: Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. Disponível em: [http://www.encontrarse.pt/wp-
content/uploads/2016/04/projectos_concluidos_tcs1.pdf](http://www.encontrarse.pt/wp-
content/uploads/2016/04/projectos_concluidos_tcs1.pdf)
- Sgreccia, E. (1996). *Manual de Bioética – Fundamentos e Ética Biomédica*. 2ª Edição. São Paulo: Edições Loyola
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- União Europeia [UE] (2005). *Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: EU
- União Europeia [UE] (2000). *Carta Dos Direitos Fundamentais Da União Europeia*. Disponível em: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf
- Vicente, J. (2014). *Consentimento informado na assistência privada e pública hospitalar o que entendem os profissionais de saúde e doentes/família sobre a informação e consentimento informado praticado em Portugal*. Tese de Candidatura ao Grau Doutor em Bioética. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20117/1/DOUT%20pa_FI
NAL.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20117/1/DOUT%20pa_FI
NAL.pdf)
- ✓ Xavier, M. & Carvalho, A. (s/ data; para a DGS & Ação de saúde sobre género, violência e ciclo de vida). *Internamento Compulsivo em Portugal – Contexto e Procedimentos*. Disponível em: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Oa_g6RD
9VkJ:https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-
risco/ficheiros-externos/anexo_07_internamento_compulsivo-
pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Oa_g6RD
9VkJ:https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-
risco/ficheiros-externos/anexo_07_internamento_compulsivo-
pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt)

