



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A PRÁTICA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NA DIMENSÃO ÉTICA

Anastácia Joana Fernandes da Silva

Novembro de 2019

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Anastácia Joana Fernandes da Silva

A PRÁXIS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NA DIMENSÃO ÉTICA

IV MESTRADO
em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Clara de Assis Coelho de Araújo

e coorientação da
Professora Mestre Arminda Celeste Maciel Lima Vieira

Novembro de 2019

RESUMO

A Enfermagem é uma disciplina e profissão que diariamente se confronta com situações de natureza complexa, surgindo dilemas e problemas éticos que exigem uma tomada de decisão fundamentada. Com base nestes pressupostos, emergiu este estudo de investigação cujo objetivo geral visa conhecer os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional.

Este estudo constitui-se numa abordagem qualitativa, com caráter descritivo-exploratório. O instrumento de recolha de dados assenta numa entrevista semiestruturada a dez enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a exercerem funções de especialista na prestação de cuidados há 2 ou mais anos, recrutados através do método de amostra “bola de neve”. O tratamento e interpretação dos dados foram efetuados com base na análise de conteúdo.

Verificou-se que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional vivenciam uma série de problemas éticos. Assim, a informação, o sigilo profissional, o respeito pela dignidade da Pessoa, a equidade nos cuidados, o défice de recursos, a decisão de cuidados e a gestão de conflitos na família, constituem os domínios relativamente aos quais identificamos problemas éticos.

Foi observada a existência de fatores facilitadores da tomada de decisão ética do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (relação interpessoal na equipa de saúde, características do enfermeiro, relação com o cliente e/ou família, recursos da instituição e formação profissional) e fatores dificultadores (atitude dos enfermeiros, recursos limitados das instituições, relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar e relação com o cliente e/ou família) que interferem na tomada de decisão ética destes profissionais. Constatou-se ainda, que a vivência de constantes problemas éticos na prática profissional, acarreta algumas implicações no desempenho da sua atividade profissional como melhorar a prática profissional, crescimento pessoal e profissional e desmotivação.

Os resultados também permitiram concluir que a formação académica em enfermagem de reabilitação traz contributos para a tomada de decisão ética destes enfermeiros, sendo os principais contributos: o desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico e a mudança de comportamento. Considera-se assim, que o compromisso ético dos profissionais de enfermagem, deve pautar-se por princípios que norteiem a práxis humanística dos cuidados, enquadrando os princípios éticos como referenciais norteados para a prática especializada do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Palavras-chave: Problemas éticos; Reabilitação; Enfermagem.

ABSTRACT

Nursing is a subject and profession that deals with complex situations such as dilemmas and ethical issues that requires a justified decision-making. Upon that, this study is a researching that aimed to better understand the ethical issues experienced by rehabilitation nurses specialists' in their professional practice.

This is a qualitative approach based on descriptive and exploratory analysis. A semi-structured interview was used to assess the data. The sample was composed by ten nurses with more than two years of professional experience in rehabilitation nursing. Data were collected and the subjects were recruited based on the snowball method. The data exploration was made by content analysis.

The main ethical issues that rehabilitation specialists nurses experienced during the professional practice were: the information, professional secrecy, respect for persons dignity, cares equity, resources deficit, decision-making base on family conflicts are the main

A set of facilitator's (interpersonal relation in the health team, nurse characteristics, relation with client/family, institutional resources and professional qualification) and hindering factors (nurses attitude, institutional limited resources, interpersonal relations in the health care team and relations with client and/or family) interfere in ethical decision making in rehabilitation specialist nurses.

The constant ethical issues in professional practice carry implications in professional performance, personal development and professional demotivation.

The results of this study allowed to conclude that academic formation in rehabilitation nurses seem to help nurses in ethical decisions making. The main contributes are the development and acquisition of scientific knowledge and behaviour exchange. The nurses ethical commitment might be based upon principles that guide the human praxis of cares, supported by ethical principles such as references for practical application by rehabilitation specialized nurses.

Keywords: Ethical issues; Rehabilitation; Nursing.

AGRADECIMENTOS

Por mais longa e sinuosa que seja a caminhada, o mais importante é dar o primeiro passo.

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração de muitas pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para que este se tornasse numa realidade. Assim, é com enorme gratidão que expresso os meus sinceros agradecimentos a todos os que de um modo ou outro, participaram neste percurso.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Clara de Araújo, obrigada por tudo... pelo entusiasmo, motivação, dedicação, paciência, tempo dispensado e pela orientação metodológica e científica ao longo de todo este processo, fulcral para a realização deste trabalho. Mas acima de tudo, obrigada por nunca ter desistido de mim e de me acompanhar nesta caminhada.

À minha coorientadora, Professora Mestre Arminda Vieira, por toda a sua disponibilidade, dedicação, coorientação, apoio e tempo dispensado. Muito obrigada!

A todos os participantes neste estudo, obrigada pela vossa disponibilidade e colaboração, sem vocês ele não seria possível.

Aos meus pais (Albino e Sameiro) e à minha irmã (Tana) por me ajudarem nesta fase da minha vida, o meu muito obrigada!

Ao Hélder pela paciência, compreensão, estímulo e carinho ao longo de todo este percurso, em que foi o meu suporte emocional, e também pelos dias em que foi privado da minha companhia e disponibilidade.

Ao Salvador, que um dia há de ler esta folha e vai descobrir que este trabalho foi dedicado a duas pessoas muito especiais para mim... a ele e ao seu pai...

A todos um SINCERO e SENTIDO OBRIGADA!

“Se não puderes ser um pinheiro, no topo de uma colina,
Sê um arbusto no vale mas sê
O melhor arbusto à margem do regato.
Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore.
Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva
E dá alegria a algum caminho.
Se não puderes ser uma estrada,
Sê apenas uma senda,
Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.
Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...
Mas sê o melhor no que quer que sejas”.

Pablo Neruda

SUMÁRIO

RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
AGRADECIMENTOS	v
PENSAMENTO	vi
ÍNDICE DE QUADROS	ix
SIGLAS E ABREVIATURAS	x
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. Ética, Moral e Bioética.....	5
2. Problema ético em enfermagem.....	9
3. Tomada de decisão ética em enfermagem.....	19
4. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a ética do cuidado.....	26
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	32
1. Opções metodológicas.....	33
1.1. Objetivos de estudo.....	33
1.2. Tipo de estudo.....	33
1.3. Contexto e participantes do estudo.....	34
1.4. Procedimentos de recolha de dados.....	38
1.5. Tratamento e análise dos dados.....	40
1.6. Considerações éticas.....	44
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
1. Problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional.....	49
2. Fatores facilitadores da tomada de decisão ética do EEER.....	62
3. Fatores dificultadores da tomada de decisão ética do EEER.....	67
4. Implicações da vivência dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER.....	73
5. Contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão ética do EEER.....	77
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
1. Problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional.....	84

2. Fatores facilitadores e dificultadores da tomada de decisão ética do EEER.....	100
3. Implicações das vivências dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER.....	104
4. Contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão ética.....	105
CONCLUSÕES.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
APÊNDICES.....	127
Apêndice A – Guião de entrevista.....	128
Apêndice B – Matriz de redução de dados.....	133
Apêndice C – Consentimento informado.....	145

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos participantes.....	37
Quadro 2 – Regras aplicadas na elaboração das categorias.....	41
Quadro 3 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias.....	47
Quadro 4 – Problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional – categorias e subcategorias	50
Quadro 5 – Fatores facilitadores da tomada de decisão do EEER – categorias e subcategorias.....	62
Quadro 6 – Fatores dificultadores da tomada de decisão ética do EEER – categorias e subcategorias.....	68
Quadro 7 – Implicações da vivência dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER – categorias e subcategorias.....	73
Quadro 8 – Contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação na tomada de decisão do EEER – categorias e subcategorias.....	78

SIGLAS E ABREVIATURAS

ANA	Associação Americana de Enfermagem
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
cit.	citado
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DR	Diário da República
ed.	edição
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
n.º	número
OE	Ordem dos Enfermeiros
ORL	Otorrinolaringologia
p.	página
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
vol.	volume

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem vivenciado mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. Da tecnicidade centrada na doença, no final do século passado, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados, uma corrente norteadada pela vertente moral. A saúde passou a ser percebida de um modo mais global e as necessidades da pessoa cuidada aumentaram, tornando-se mais complexas (Pinto, 2011).

Hoje em dia, o enfermeiro é um profissional que incorpora um leque de conhecimentos cuja complexidade conduziu, ao longo dos tempos, a uma necessidade de atualização constante. Entende-se que o papel do enfermeiro na prestação de cuidados gerais, bem como na prestação de cuidados especializados, se sustenta na vivência de transições de saúde-doença, cujas mudanças levam à necessidade de ajustamento de vária ordem, sendo necessário equacionar as decisões relacionadas com a gestão de todo o processo adaptativo.

Independentemente da área em que trabalhem, cada vez mais os enfermeiros se confrontam com problemas éticos e com a conseqüente necessidade de tomar decisões complexas que exigem adequação aos princípios e valores éticos, em geral, e da profissão, em particular.

Assim, a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação coloca os enfermeiros face a situações complexas que exigem a mobilização de um conjunto de saberes próprios a fim de poderem responder de modo eficaz à diversidade, imprevisibilidade e singularidade de cada situação com que se deparam na prática profissional. Portanto, após a ocorrência de um problema ético no âmbito do exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), em que está envolvida a pessoa a quem os cuidados se dirigem e, por vezes, os seus familiares, o enfermeiro necessita resolvê-lo, assumindo o seu dever profissional de agir. Deste modo, o enfermeiro procura a ação adequada para resolver o problema identificado, construindo uma decisão que se revele eticamente adequada para a pessoa em causa. Pela decisão e pela ação o enfermeiro responde no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem (Deodato, 2014).

Este trabalho de investigação surgiu de uma inquietação e de uma preocupação crescente devido à complexidade e ao aumento de problemas éticos com que me fui deparando ao longo da minha atividade profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais. Ao longo do exercício da minha atividade profissional também tem sido uma constante, por parte dos meus pares, a referência a situações quotidianas na linha do cuidado, caracterizadas por conflitos, dilemas ou problemas de cunho ético, que levantam

questões éticas com as quais se preocupam e que revelam ser fatores de stress no desempenho das suas funções. Porém, também a crescente complexidade das tomadas de decisão inerentes aos problemas éticos que vão surgindo ao longo do exercício profissional, são para mim motivo de grande inquietação.

É no domínio desta preocupação, o domínio do conhecimento dos problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional, que realizamos esta investigação que visa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área da ética em enfermagem, promovendo o aumento da qualidade na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Da revisão da literatura efetuada sobre problemas éticos, os estudos encontrados reportam-se essencialmente a problemas éticos vivenciados por enfermeiros de cuidados gerais, não estando explorada a temática no âmbito dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, tornando-se assim pertinente este estudo.

A opção metodológica centrou-se numa abordagem qualitativa, com carácter exploratório-descritiva, tendo como questão de partida: “Quais os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional?”.

Com a finalidade de dar resposta a esta questão definimos os seguintes objetivos: conhecer os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional, analisar os fatores facilitadores e dificultadores da tomada de decisão ética do EEER, identificar as implicações das vivências dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER e identificar os contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão ética do EEER.

O presente estudo é composto, além do resumo e introdução, por quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o estado da arte e o enquadramento da temática. No segundo capítulo, apresenta-se o enquadramento metodológico, contemplando os objetivos de estudo, tipo de estudo, contexto e participantes do estudo e a caracterização dos mesmos, instrumento de recolha de dados, tratamento e análise dos dados e por último algumas considerações éticas.

No capítulo três, revelamos a apresentação e análise dos resultados, organizados segundo as cinco áreas temáticas que emergiram: problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, fatores facilitadores e dificultadores da tomada de decisão ética do EEER, implicações das vivências dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER e

contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão ética do EEER. Com estes dados é feita a discussão dos resultados no capítulo quarto.

Este estudo de investigação termina com as principais conclusões, limitações e sugestões que emergiram desta investigação.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em qualquer trabalho de investigação, o estado do conhecimento atual é um aspeto relevante, pois elucida o investigador acerca da informação existente e que está diretamente relacionada com o tema em estudo. Pretendemos com a pesquisa realizada, desenvolver uma linha orientadora que sustente os principais conceitos da problemática em estudo.

1. ÉTICA, MORAL E BIOÉTICA

Ética e Moral são conceitos habitualmente usados como sinónimos, referindo-se a um conjunto de regras de conduta consideradas obrigatórias em sociedade, no entanto, diferentes pensadores nesta área advogam a importância da diferenciação dos conceitos (Renaud e Renaud, 1996; La Taille, 2006; Schneider, 2010).

A origem etimológica do termo “moral” provém do latim *mos* ou *mores* que quer dizer “costume ou costumes”, no sentido de conjunto de regras ou normas adquiridas por hábito (Freitas, 2006). De acordo com La Taille (2006), todas as comunidades humanas são regidas por um conjunto de regras/normas de condutas, por proibições de vários tipos, e se houver transgressão das regras, acarretará sanções socialmente organizadas. Toda a organização social humana tem uma moral, na medida em que existe a necessidade do homem instituir regras de como conviver com outras pessoas, sendo que essas regras provêm da própria sociedade (Freitas, 2006). Nesse sentido, pode-se dizer que a moral é prescritiva, pois trata da obrigação, ou seja, do “dever ser” (Renaud e Renaud, 1996).

Foucault discute a ambiguidade da palavra moral, enfatizando que “moral” pode significar um conjunto de valores e de regras de conduta propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos como a família, escolas, igreja, entre outros, o que caracteriza o “código moral”. Ou seja, também se entende por “moral”, o comportamento real dos indivíduos na sua relação com as regras e os valores que lhes são propostos, a maneira como submetem ou rejeitam um princípio de conduta ou como respeitam ou negligenciam um conjunto de valores (Foucault, 2006). Nesse sentido, há diferentes maneiras do indivíduo “se conduzir”, para que o agir, não o faça simplesmente como agente, mas sim como um sujeito moral dessa ação (*ibidem*).

Por outro lado, a “ética” tem a sua raiz no termo grego *éthos* que quer dizer “modo de ser” ou “caráter”, enquanto forma de vida o ser humano também adquire ou conquista esse modo de ser (Freitas, 2006). A ética é o trabalho de reflexão filosófica e científica da moral (La Taille, 2006). Nesse sentido, a ética não é moral e, portanto, não pode ser vista como um conjunto de normas e prescrições. A ética leva o sujeito à reflexão fundamentada em princípios que norteiam a sua conduta e a tomada de

decisão. O objeto da ética é constituído de atos conscientes e voluntários dos indivíduos, os quais podem repercutir e trazer consequências a outros sujeitos. A ética refere-se àquilo que é mais refletido e interiorizado "procura a fundamentação do agir, ao passo que a moral mostra como as leis morais se formam, se hierarquizam, se aplicam aos casos concretos mediante a decisão e o recurso aos valores" (Renaud e Renaud, 1996, p. 35). Para os referidos autores, a ética aparece como uma meta moral e a moral como ampliação institucional da ética. Nesse sentido, pode-se dizer que a ética descreve, pois ocupa-se com o problema da fundamentação da moral.

Foucault (2006), chama de ética à relação que o sujeito deve ter consigo mesmo, à maneira como o indivíduo se constitui a si mesmo como um sujeito moral das suas próprias ações. A ética é uma análise racional das obrigações que o ser humano tem, não só para com os outros, mas também para consigo mesmo (Gracia, 1998).

De acordo com Cortina (2005), a ética tem uma tripla função: a primeira seria esclarecer o que é moral, quais são os seus traços específicos; segundo, fundamentar a moralidade, isto é, procurar averiguar quais são as razões que conferem sentido ao esforço dos seres humanos de viver moralmente; e terceiro, aplicar no âmbito da vida social os resultados obtidos nas duas primeiras funções, de maneira que se adote uma moral crítica em vez da subserviência a um código. Para esta autora a moral responde à pergunta "O que devemos fazer?" e a ética "Porque devemos?" (*ibidem*).

Outros filósofos também fazem essa reflexão, para Ricoeur (1990), a ética diz respeito ao sentido de procura de "uma vida boa" e a moral considera o lado obrigatório, marcado pelas normas, pelas interdições, que possui uma exigência de universalidade e com efeitos de coação. Nesse sentido, falar de moral é falar de deveres para com outrem e consigo mesmo, e falar em ética é falar na procura de uma "vida boa" ou na procura de uma vida que "vale a pena ser vivida".

Nesse sentido, o agir ético do enfermeiro precisa articular a ética e a moral. Segundo Ricoeur (2008), a ética é a procura de uma vida boa realizada, ou seja, se transferirmos essa indagação para o enfermeiro, teremos "que enfermeiro quero ser?". A moral nesse contexto, vai fazer a articulação dessa procura com as normas divergentes, ou seja, a pergunta "que enfermeiro devo ser?". Muitas vezes, os valores que determinam essa vida boa entram em conflito com as normas e é nesse contexto que se instala o problema ético (*ibidem*). Para estes profissionais, prestar cuidados de enfermagem implica que em todas as circunstâncias se respeite a sua dimensão ética. Deste modo, a ética e a moral acompanham de forma permanente a atividade profissional dos enfermeiros.

O termo bioética foi empregue pela primeira vez pelo oncologista Van Rensselaer Potter, no seu artigo publicado em 1971, *Bioethics: A Bridge to the Future*.

Potter via a bioética como uma união entre a biologia e a ética. Interessava-se pela conexão entre a cultura humanista e a cultura científica promovendo o bem-estar da humanidade na sua necessidade de adaptação às novas tecnologias e avanços da ciência. Para ele, seria necessário desenvolver um novo campo da ética que fosse um contributo na resposta à defesa do ser humano, que lhe garantisse a sua sobrevivência e melhorasse a sua qualidade de vida (Urban, 2003).

A Encyclopedia of Bioethics define a bioética como o “estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências biológicas e a implicação da saúde na medida em que esta conduta se analisa por meio de princípios e valores morais” (Reich, 1995, p. 256).

Segundo o Programa de Base de Estudos sobre Bioética da UNESCO (2015), a bioética é a primeira tentativa de pensar a ética “globalmente”, incluindo todos os seres humanos do nosso tempo e também as gerações futuras, outros organismos vivos, a natureza e o meio ambiente. O campo da bioética é extremadamente amplo, e o seu estudo divide-se em numerosos ramos específicos: bioética ecológica ou meio ambiental, bioética médica, bioética clínica, entre outras.

Sábada (2004), define a bioética como o estudo disciplinar dos problemas derivados dos avanços biológicos, com especial atenção à sua dimensão moral.

Elio Sgreccia (2009, p. 49), define a bioética como a “disciplina com um estatuto epistemológico racional, aberta à teologia entendida como ciência suprarracional, instância última e horizonte de sentido. A bioética, a partir da descrição do dado científico, biológico e médico, examina racionalmente a licitude da intervenção do ser humano no ser humano”.

A bioética aparece descrita na literatura como uma nova maneira de introduzir a ética nas ciências da vida e da saúde. Combina estudos de reflexão e traça uma ponte entre as ciências biológicas e as humanas, mediante um diálogo inclusivo, plural e responsável na procura da sabedoria, entendida como a compreensão de como usar o conhecimento para o bem social e a promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida (Zoboli, 2006).

Beauchamp e Childress (2013), na sua obra *Principles of Biomedical Ethics* analisam sistematicamente os princípios morais que devem ser aplicados aos problemas da prática assistencial, o qual se tornaria um modelo teórico, o principialismo bioético, fundado em quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Ramos, 2007). Segundo Pires, citada por Pereira (2008), estes princípios devem ser aplicados de acordo com a especificidade de cada situação, tendo em conta os valores implícitos em cada um deles e o respeito pela dignidade da pessoa humana e da sua autonomia.

A bioética surgiu no contexto do debate sobre o “poder” da ciência e da tecnologia sobre a vida humana, da necessidade de discutir o avanço tecnológico das ciências da saúde e as relações dos profissionais com os clientes (Schneider, 2010). Nesse sentido, a bioética apresenta-se como um processo de deliberação individual e coletiva, a fim de procurar a melhoria da vida humana individual e, sobretudo, coletiva (Junges, Barbiani e Zoboli, 2015).

No campo da saúde, a bioética ganhou grande visibilidade pois trata dos valores relativos à saúde e à doença, à vida e à morte dos seres humanos (Schneider, 2010). Segundo Gracia (2000), os objetivos da vida humana são principalmente sociais e políticos e como o propósito das profissões da área da saúde partem desse objetivo, é importante perceber que a bioética está comprometida com factos que ocorrem além das instituições de saúde. Por isso, pode-se pensar que a bioética é um processo de deliberação acerca dos limites individuais e coletivos da vida humana (Schneider, 2010).

Ramos (2007), destaca que a bioética é um desafio quotidiano, nascida no movimento intelectual e social, que se propõe a questionar os seus próprios sujeitos, em relação a si mesmos, às suas práticas, aos seus valores, aos seus saberes, ao seu lugar e ao seu compromisso nesta sociedade. É, portanto, um instrumento disponibilizado para ser utilizado nos espaços quotidianos do agir, como na saúde, onde o encontro enfermeiro-cliente acontece e onde os discursos, as ações e as relações entre sujeitos ocorrem.

Tanto a Associação Americana de Enfermagem (ANA) quanto o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) nos seus códigos de ética refletem o facto de que a profissão de enfermagem é por inerência de natureza relacional (CIE, 2012). A Associação Americana de Enfermagem designou o ano de 2015 como o “ano da ética”, colocando ênfase da profissão no interesse e na prestação de cuidados éticos, pois a ética permeia todos os aspetos da saúde e da prática de enfermagem (ANA, 2015).

A enfermagem tem uma ética própria pautada no agir profissional com características específicas, com princípios e valores próprios. A enfermagem tem um campo de intervenção autónomo na saúde que é a prestação de cuidados ao cliente, com uma adequada delimitação disciplinar, apesar de estar inserida num contexto multiprofissional e pluridisciplinar (Deodato, 2014).

Segundo Nunes (2011), existe uma ética própria da enfermagem, designada de “Ética de Enfermagem” como um espaço de praxis onde se desenvolve a ação e a tomada de decisão ética, baseada em princípios e valores profissionais, enunciados no código deontológico do enfermeiro. Neste se enunciam os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como nas responsabilidades que a profissão assumiu (*ibidem*).

O ser ético não decorre apenas de seguir o código de ética, pois os códigos não esgotam o conteúdo, e as exigências de uma conduta ética de vida nem sempre expressam a forma mais adequada de agir numa circunstância particular (Camargo, 2011). Outro aspeto a considerar é a reflexão de que um código não pode ser aplicado de maneira impensada e tratado simplesmente como um conjunto de regras pré-existentes. Há necessidade de analisar a ética numa dimensão genealógica, de se pensar sobre a constituição histórica dos sujeitos para entender como ele conduz a sua prática (Foucault, 2006). O código deve, pois, ser utilizado como uma ajuda ao pensamento moral.

A ética em enfermagem pode ser definida como a análise de todos os tipos de questões éticas e bioéticas, na perspetiva da teoria e prática da enfermagem. Baseia-se por isso nos conceitos centrais da enfermagem, nomeadamente: pessoa, cultura, cuidado, saúde, cura, ambiente e enfermagem em si mesma (Johnstone, 2016).

A ética e a bioética pretendem fornecer a compreensão racional e sensível de aspetos reais e efetivos do comportamento humano para o cuidado de enfermagem. “Cuidar é mais que um ato; é uma atitude” e o cuidar profissional é uma atitude aprendida eticamente (Boff, 1999, p. 33).

Nesta linha de pensamento, as ações dos profissionais de enfermagem devem estar fundamentadas na ética, levando em consideração o compromisso com a pessoa que procura os serviços de saúde e os seus direitos, os valores da profissão e o código deontológico, integrando cuidado qualificado e o respeito pelo livre consentimento e pela promoção do cliente como um protagonista e sujeito do cuidado (Trevizan [et al.], 2002).

No seu modo de agir quotidiano, os profissionais de enfermagem consideram, além do conhecimento científico, as experiências anteriores em situações similares, as suas crenças, os seus valores e também as suas virtudes e princípios éticos. Existe uma necessidade desses profissionais fazerem uma constante reflexão sobre a sua atuação, procurando um cuidado de qualidade e minimizando os riscos pois, segundo Carvalho (1996), a prática de enfermagem é arriscada e a ética valoriza a proteção à assistência prestada. Assim, considera-se que a ética e a bioética oferecem subsídios para esta reflexão sobre a prática da enfermagem, rumo à valorização do ser humano nos seus aspetos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e éticos.

2. PROBLEMA ÉTICO EM ENFERMAGEM

Ao exercerem a sua atividade profissional com autonomia, os enfermeiros têm responsabilidades na solução dos múltiplos conflitos éticos com que se deparam

diariamente. No entanto, a solução desses conflitos nem sempre é fácil. As dúvidas sobre qual será a decisão e atuação correta surgem frequentemente, quer em situações complexas quer rotineiras, pois em qualquer uma delas podem ocorrer conflitos de valores.

Procuramos até aqui compreender e clarificar os conceitos base deste estudo, nomeadamente o conceito de ética e de moral, destacando-se ainda os problemas e dilemas de natureza ética que ocorrem no quotidiano das práticas em saúde. Os enfermeiros têm sido cada vez mais solicitados a analisar situações, a se posicionarem de acordo com princípios e valores, dando respostas coerentes e resolutivas. A bioética tem sido utilizada nesse cenário como um recurso para o processo de posicionamento e tomada de decisão, além de permitir mediar os problemas éticos existentes no campo da saúde (Zoboli, 2006).

Os problemas éticos são questões resultantes da prática de enfermagem onde existe conflito entre valores e deveres éticos, que permitem vários cursos de ação para a sua solução. O processo de resolução destas situações exige uma atitude de ponderação e deliberação sobre os cursos de ação para se encontrar a melhor solução para o problema, sendo no entanto, necessário uma sistemática reavaliação dos resultados. Os problemas éticos são situações que inquietam, perturbam a consciência dos enfermeiros porque exigem solução e requerem o exercício da deliberação ética (Nora, 2017). Neste sentido e de acordo com Nora, Zoboli e Vieira (2015), os problemas éticos não podem ser resolvidos com receitas prontas, mas exigem permanente criatividade para abrir o leque possível de soluções, pois a resposta tem que ser de longo alcance, no sentido da excelência ética da prática do atendimento em saúde.

Como nos diz Deodato (2014, p. 41),

“constitui problema ético de enfermagem, a 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.”

Portanto, pode-se dizer que o problema ético surge no momento das escolhas das ações a realizar, ou seja, ainda quando as intervenções são planeadas (Deodato, 2014).

Um problema ético abrange aspetos, questões ou implicações éticas de ocorrências comuns, na prática do atendimento em saúde não configurando, necessariamente, um dilema. Uma situação para ser considerada um dilema, deve envolver duas proposições contraditórias, entre as quais o indivíduo se encontra na obrigação de escolher (Cerri [et al.], 2011). Por extensão do seu sentido etimológico, a

expressão dilema é aplicada quando há oposição mútua de duas teses filosóficas, sendo que a aceitação de uma delas leva à negação ou à afirmação da outra hipótese sem que nenhuma das duas possa ser refutada (*ibidem*).

Atualmente, os desafios que se colocam aos profissionais de saúde são muito diversificados, pelo que se torna necessário desenvolver a consciência ética nos enfermeiros para que prestem cuidados eticamente sensíveis e moralmente aprovados (Utkualp, 2015). Neste sentido, os problemas éticos que os enfermeiros podem encontrar, diferem de acordo com o ambiente de atuação onde se inserem, por isso é importante identificar algumas diferenças entre os cuidados de saúde hospitalar e cuidados de saúde primários.

Segundo Nora (2017), o cuidado hospitalar está baseado em relações hierárquicas de poder, prevendo a submissão do cliente ao tratamento, ao contrário dos cuidados de saúde primários em que o cliente preserva a sua autonomia, e o profissional precisa ter em consideração a subjetividade da pessoa para definir o tratamento mais adequado. Outro aspeto a considerar é o tempo da relação entre o profissional e o cliente, que na perspetiva de Cunha (2005) e Junges (2014), no hospital é curta, intensa e artificial, enquanto nos cuidados de saúde primários caracteriza-se por um longo período de tempo, inserido no quotidiano das pessoas. No hospital a pessoa tem o seu corpo dividido em especialidades, seguindo o modelo biomédico, e os procedimentos são padronizados e iguais para todos. Em contrapartida, nos cuidados de saúde primários o cliente é visto como um sujeito complexo que sofre influências externas e internas, apresentando as suas vontades e os seus desejos e exigindo um tratamento diferenciado (*ibidem*).

Através da pesquisa bibliográfica verificamos que existem diversos estudos que identificam problemas éticos nos cuidados de saúde e de enfermagem. No domínio específico dos cuidados de saúde primários, um estudo realizado por Zoboli e Fortes no Brasil, em 2001 e 2002, identificou um conjunto de problemas éticos a partir da perceção de enfermeiros e médicos, que foram agrupados em 3 categorias: “problemas éticos nas relações com usuários e família”, “problemas éticos nas relações da equipa” e “problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde”. Os problemas identificados relativos à relação com os clientes incluem situações relacionadas com a relação propriamente dita, com o projeto terapêutico, com a informação e com a privacidade e confidencialidade. No global, os problemas identificados segundo Zoboli e Fortes (2004), representam preocupações do quotidiano da assistência à saúde e não às situações dramáticas próprias que surgem a nível hospitalar.

Em Portugal, Lucília Nunes num estudo realizado entre 2001 e 2004, identificou um conjunto de problemas éticos referidos pelos enfermeiros, que agrupou em 12

categorias: informação, acompanhamento de fim de vida, decisão do destinatário dos cuidados, respeito pela pessoa, sigilo profissional, responsabilidade profissional nas atividades interdependentes, responsabilidade institucional, distribuição de recursos, reflexão profissional, desenvolvimento das tecnologias, proteção da saúde e início de vida. Os problemas éticos relativos a cada uma destas categorias, referem-se a decisões sobre intervenções de enfermagem ou sobre outros aspetos inerentes à prática profissional do enfermeiro. Destes emergem os problemas relacionados com a articulação com os familiares da pessoa à qual são prestados cuidados de enfermagem, nomeadamente quanto à transmissão da informação, os relacionados com o agir em interdependência no seio da equipa de saúde, assim como os problemas inerentes ao papel das organizações de saúde no atendimento em saúde (Nunes, 2006). Num outro estudo realizado entre 2007 e 2014, a mesma investigadora, analisou os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros em relação à pessoa em situação crítica. Os problemas identificados, dizem respeito à informação ao cliente, ao acompanhamento em fim de vida, à responsabilidade profissional nas intervenções interdependentes, dilemas na informação, atuação nos processos de morrer e decisão de não tentar reanimar e respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis (Nunes, 2015).

Fernandes realizou também um estudo que decorreu entre 2009 e 2010, que lhe permitiu identificar um conjunto de problemas éticos elencados pelos enfermeiros, tendo-os agrupado nas seguintes categorias: informação, acompanhamento em fim de vida, decisão do destinatário dos cuidados, respeito pela pessoa e sigilo profissional (Deodato, 2014).

Num estudo realizado por Montenegro no Brasil, entre 2012 e 2013, os problemas éticos foram reconhecidos pelos profissionais em três perspetivas: problemas éticos decorrentes do trabalho interdisciplinar; os problemas éticos identificados nas práticas dos colegas de trabalho e os problemas éticos identificados nas relações entre profissionais e clientes abrangendo desde a discriminação até os reflexos da hegemonia médica (Montenegro, 2014).

Todas as diferenças no contexto de atendimento do cliente têm profundas influências para compreender a ética na prática dos diferentes serviços de saúde, ou seja, não se pode simplesmente transferir as atitudes e os procedimentos da prática hospitalar para o atendimento dos cuidados de saúde primários (Nora, 2017). Diferentes autores referem que o encontro com a pessoa à qual são prestados cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários, são mais frequentes em situações de menor urgência – quando se compara a realidade dos Serviços de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos – e por isso, os problemas éticos apresentam-se de maneira mais subtil, o que torna esses problemas menos perceptíveis pelos enfermeiros dos

cuidados de saúde primários (Zoboli e Fortes, 2004; Motta, 2012; Zoboli e Soares, 2012; Siqueira-Batista [et al.], 2015).

Nora, Zoboli e Vieira (2015), efetuaram uma revisão da literatura referente aos problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na prestação de cuidados, nos cuidados de saúde primários e evidenciou três categorias de problemas éticos: na relação entre a equipa; na relação com o usuário; na gestão dos serviços de saúde. Na categoria referente à relação entre a equipa, inclui questões que se referem ao processo de trabalho, às relações interprofissionais, às informações e à formação dos enfermeiros. Na categoria que se refere aos problemas éticos vivenciados na relação com os usuários, inclui aspetos da comunicação com o cliente, da autonomia e respeito estabelecido entre enfermeiro e usuário. Na categoria que apresenta os problemas relacionados à gestão dos serviços de saúde, os achados referem-se a questões de recursos humanos, financeiros, físicos e influências externas (Nora, Zoboli e Vieira, 2015).

Os enfermeiros são profissionais que trabalham mais próximos ao cliente, especialmente pela especificidade do seu processo de trabalho, estes vivem mais perto e com mais intensidade os problemas relativos à relação profissional-cliente. Portanto, é espectável que os enfermeiros tendam a relatar mais experiências desses problemas éticos, quando comparados a outros profissionais da equipa (Lillemon e Pedersen, 2013).

Os problemas éticos na prática de saúde são uma fonte de stress para os enfermeiros (Oberle e Tenove, 2000). Quando os enfermeiros não conseguem resolver os problemas éticos que se apresentam no seu quotidiano de trabalho, sentem a sua autonomia enfraquecida, pois experienciam uma falta de poder para conseguir resolver o problema (Ulrich, Soeken e Miller, 2003; Ulrich e Soeken, 2005).

No estudo de Utkualp (2015), os enfermeiros afirmaram que um fator que afeta a sua autonomia profissional de enfermagem é a carga de trabalho, os enfermeiros referem não ter tempo para tomar decisões relacionadas com a prática profissional. Assim, a questão ética central é compreender a pessoa na sua singularidade e, ao mesmo tempo, dar conta da crescente procura por um atendimento que leva ao limite máximo a capacidade de produção dos serviços e ao esgotamento físico e psíquico dos enfermeiros (*ibidem*).

O cumprimento de tarefas/metastambém foi relatado pelos enfermeiros, gerando um desconforto na prestação de serviços que acaba por se tornar desigual, ou seja, a autonomia do cliente fica comprometida em função do tempo do enfermeiro ser organizado para o cumprimento de tarefas (Rogers, 2004). Num estudo realizado por

Tonnessen, Nortvedt e Forde (2011), foi relatado que os clientes se submetem a determinadas rotinas de cuidado que os enfermeiros são obrigados a seguir.

Para a resolução dos problemas de saúde, que são de complexidade crescente, os enfermeiros têm que se aproximar dos clientes e da sua realidade, o que os expõe a uma gama ampla e variada de fontes de stress de diversas ordens, incluindo os psicossociais, que podem levar ao esgotamento emocional e físico. A angústia decorrente da exposição a esses fatores de stress afeta negativamente o desempenho da equipa de saúde e o relacionamento interpessoal dos profissionais (Martins [et al.], 2014).

Os enfermeiros relatam uma angústia moral em torno da sua incapacidade de fornecer os cuidados que julgam ser necessários ao cliente (Oberle e Tenove, 2000). Um estudo realizado por Laabs (2007), demonstrou que a pressão para satisfazer as metas de produtividade foi citada como uma ameaça à integridade moral.

Numa investigação realizada por Aroskar, Moldow e Good (2004), nos Estados Unidos, os participantes relataram a preocupação com os aspetos técnicos do cuidado de enfermagem e a perda do que se chama a “ética do cuidado”. A fragmentação entre os saberes e práticas faz-se presente nas situações quotidianas dos serviços de saúde (Lima [et al.], 2009).

Quanto às relações interprofissionais, o problema mais destacado refere-se ao desrespeito entre os elementos que constituem a equipa multidisciplinar (Bouças, 2007; Zoboli, 2010; Amado, 2010) evidenciando a falta de respeito com o conhecimento específico e a experiência dos enfermeiros (Redman e Fry, 2000). Estudo aponta a falta de cooperação, compromisso e confiança entre os membros da equipa (Zoboli, 2010; Vidal [et al.], 2014). Aitamaa [et al.] (2010), refere que os problemas mais frequentes são nas relações entre a própria equipa de enfermagem ou entre a equipa e outros profissionais. O estudo de Siqueira-Batista [et al.] (2015), indicam a falta de entrosamento e companheirismo, de respeito, de comunicação e de colaboração entre os elementos que constituem a equipa de saúde.

O estudo de Silva, Zoboli e Borges (2006), também apresentou como um problema ético a falta de compromisso dos profissionais que atuam no serviço de saúde. Nesse sentido Rogers (2004), aponta que a falta de objetivos e compromissos compartilhados entre a equipa pode levar a mal-entendidos, podendo ocorrer a concorrência entre a própria equipa.

Como podemos verificar, é recorrente nos estudos os problemas éticos relacionados com as informações (Zoboli e Fortes, 2004; Deshefy-Longhi [et al.], 2004; Nunes, 2006 e 2015; Deodato, 2014) e as potenciais ameaças à privacidade e à confidencialidade das informações (Oberle e Tenove, 2000; Rogers, 2004; Zoboli e

Fortes 2004; Katsuhara, 2005). Os estudos relatam problemas éticos referentes à transmissão de informações ao cliente (Laabs, 2005; Nunes, 2006, 2015; Deodato, 2014) evidenciando o conflito entre seguir as normas estabelecidas pelo serviço e o sentido de proteção das pessoas, na transmissão da informação (Oberle e Tenove, 2000; Deshefy-Longhi [et al.], 2004).

Outros autores referem a importância da informação, comunicação e tomada de decisão compartilhada entre clientes e profissionais (Lillemoen e Pedersen, 2013). Katsuhara (2005), relatou problemas éticos relacionados ao vazamento de informações dos clientes. Já Amado (2010) e Nunes (2006), apresentam o problema da omissão das informações ao cliente.

Nesse sentido, uma boa comunicação entre o enfermeiro e o cliente poderia reduzir o afloramento de questões éticas na prestação de cuidados de enfermagem e favorecer a uma condução respeitosa e eficiente das relações humanas na prestação de cuidados. A comunicação terapêutica tem um papel humanizador, desde que o profissional esteja disposto, preparado e suficientemente comprometido com o seu trabalho para estabelecer limites profissionais e de respeito nessa relação, reconhecendo e compreendendo o cliente como protagonista do cuidado (Broca e Ferreira, 2012).

O sigilo, a privacidade e a confidencialidade são condições inerentes ao exercício profissional na área da saúde (Vidal [et al.], 2014). A relação entre enfermeiro e cliente requer respeito para preservar a intimidade e a identidade da pessoa, consubstanciando-se num relacionamento ético que possibilite autonomia profissional e a promoção da dignidade no atendimento das necessidades básicas dos clientes nos serviços de saúde (Dalmolin [et al.], 2014). O profissional necessita prestar atenção individualizada e pautada no respeito mútuo, na interação, na incorporação e criação de ambientes propícios para desenvolver uma relação ética livre e harmoniosa (Nora, 2017). Pese embora, Deshefy-Longhi [et al.] (2004), apontou que brechas na confidencialidade e privacidade podem ocorrer por descuido dos profissionais, por exemplo, ao falar ao telefone, registros de informação sobre os clientes no computador ou então conversas sobre questões privadas em espaços públicos.

O respeito à autonomia do cliente parece ser um elemento fundamental, e, portanto, uma das dimensões mais lembradas quando se fala em problemas éticos (Oberle e Tenove, 2000; Ulrich, Soeken e Miller, 2003; Zoboli, 2010). Nesse sentido, Ulrich e Soeken, (2005), descrevem que a autonomia é uma pedra angular na prática ética, e que um indivíduo reconhece uma questão como ética quando ele possui um maior grau de preocupação moral. Para resolver as questões do cliente que reclama a

sua autonomia é fundamental que se estabeleçam relações de comunicação efetiva (Zoboli, 2010).

Jenkins, Elliott e Harris (2006), realçam que uma questão perturbadora é lidar com colegas incompetentes, o que impede o enfermeiro de realizar o seu trabalho em condições ideais, gerando desconforto e sofrimento.

Um problema ético comumente encontrado nos estudos refere-se à recusa dos clientes em seguirem as orientações do profissional (Zoboli e Fortes, 2004; Silva, Zoboli e Borges, 2006; Amado, 2010), que não aceitaram o serviço que lhe é oferecido, quando os profissionais consideram que isso seja o melhor para eles (Gallagher [et al.], 2002).

A relação entre enfermeiro e cliente é uma situação que apresenta uma significativa quantidade de problemas éticos (Oberle e Tenove, 2000), dada a inerente imprevisibilidade dos resultados dessa relação de produção corresponsável de saúde. As questões éticas mais frequentes para os enfermeiros relacionam-se com a pretensão, nem sempre efetivada, de proteger os direitos do cliente, a dignidade humana e respeitar o consentimento informado do cliente.

A falta de respeito dos enfermeiros para com o cliente também apareceu como problema ético (Silva, Zoboli e Borges, 2006; Lima [et al.], 2009; Zoboli, 2009, 2010; Amado, 2010). Os enfermeiros identificam várias barreiras para a prática da “boa enfermagem” como o atendimento desrespeitoso às pessoas, principalmente no que se refere à demora no atendimento causado pelo excesso de trabalho (Laabs, 2005; Silva, Zoboli e Borges, 2006; Amado, 2010; Junges [et al.], 2012).

A literatura também apresenta os problemas éticos relacionados à gestão dos serviços de saúde, os quais se referem a questões de recursos humanos, financeiros, físicos, influências externas, esfera ambiental e apoio institucional (Nora, Zoboli e Vieira 2015).

Entre os problemas éticos relacionados com a gestão dos serviços de saúde destaca-se o número reduzido de funcionários (Aroskar, Moldow e Good, 2004; Nunes 2006; Aitamaa [et al.], 2010). O estudo de Aitamaa [et al.] (2010), apresenta que um cuidado de qualidade depende da cultura organizacional, atitudes e competências e de um número suficiente de recursos humanos.

As adversidades vivenciadas pelos profissionais nos serviços como a diminuição do número de funcionários, sobrecarga de trabalho acabam por ter efeitos sobre a qualidade do cuidado. Um ambiente com essas condições pode levar o profissional ao sofrimento moral, burnout, aumento de rotatividade dos profissionais e diminuição na qualidade do atendimento (Vanderheide, Moss e Lee, 2013).

Segundo Lillemoen e Pedersen (2013), também foram percebidos problemas referentes à atenção insuficiente às necessidades dos clientes. Outros estudos indicam

a falta de tempo dos enfermeiros para atender as necessidades dos clientes (Rogers, 2004; Laabs, 2005; Tonnessen, Nortvedt e Forde, 2011; Davis, Schrader e Belcheir, 2012). De acordo com Tonnessen, Nortvedt e Forde (2011), quando existe falta de tempo, o foco das práticas dos enfermeiros pode ficar restrito a procedimentos e à assistência de saúde essencial. Ou seja, os problemas éticos incluem situações de decisão sobre o que priorizar nos serviços, pois não é possível atender os prazos e as condições organizacionais com a grande demanda de atendimento (Junges, 2011). O enfermeiro vê-se obrigado a eleger prioridades por meio de uma racionalização da situação, pois não consegue realizar todas as ações que gostaria (Nora, 2017). Recordando-nos que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica.

Siqueira-Batista [et al.] (2015), refere que existem problemas éticos relacionados com as desigualdades de acesso aos serviços de saúde.

A falta de recursos financeiros também foi identificada como um problema ético (Aroskar, Moldow e Good, 2004; Katsuhara, 2005; Amado, 2010; Aitamaa [et al.], 2010). De acordo com Amado (2010), a dificuldade e falta de recursos financeiros (no sistema de saúde) pode comprometer a realização de exames complementares pelos clientes. O estudo realizado por Aroskar, Moldow e Good (2004), demonstrou conflitos entre os interesses financeiros da instituição (contenção de custos) e as necessidades dos clientes (equipamentos e medicamentos especiais).

A falta de recursos financeiros e humanos é apontada como impeditiva da transição da rotina centrada nos cuidados para o cuidado centrado nos clientes, sendo, por isso, fonte de problemas éticos (Aroskar, Moldow e Good, 2004; Katsuhara, 2005; Nunes, 2006; Aitamaa [et al.], 2010; Amado, 2010). A falta de recursos financeiros também constitui barreira para o desenvolvimento da boa prática profissional (Aitamaa [et al.], 2010). O estudo de Utkualp (2015), refere que as condições de trabalho desfavoráveis para os enfermeiros afetam negativamente a sua vida privada e também a sua vida profissional.

A qualidade dos cuidados também fica prejudicada pelas carências na estrutura física dos serviços e rotinas das unidades de saúde que impedem ou dificultam a preservação da privacidade dos clientes pelos profissionais (Zoboli e Fortes, 2004; Silva, Zoboli e Borges, 2006; Lima [et al.], 2009; Amado, 2010; Vidal [et al.], 2014). As falhas e precariedade na estrutura física do serviço que impossibilitam a privacidade nas conversas geram desmotivação dos profissionais e constrangimentos aos clientes (Silva, Zoboli e Borges, 2006; Nora e Junges, 2013; Siqueira-Batista [et al.], 2015).

Ulrich [et al.] (2010), verificaram que enfermeiros mais jovens e com menos anos de experiência reportaram problemas éticos mais frequentemente, e apresentavam

níveis mais elevados de stress. Estes autores, realizaram um estudo no qual procuraram identificar quais as questões éticas relacionadas com a prestação e cuidados que causavam mais *stress* aos enfermeiros. Os autores verificaram que questões relativas à proteção dos direitos dos clientes, à autonomia e consentimento informado para o tratamento, à inadequação (insuficiência) dos profissionais de saúde, planeamento de cuidados avançados e tomada de decisões por outros eram as que se revelavam mais causadoras de *stress*. A insuficiência de profissionais foi a questão ética que os enfermeiros consideraram como sendo geradora de mais *stress*. Perante estes problemas éticos, muitos dos participantes reportaram sentir fadiga, impotência e frustração, sendo que mais de três quartos da amostra referiu sentir que em relação a alguns desses problemas éticos não havia nada que pudessem fazer (*ibidem*).

Os estudos de Silva, Zoboli e Borges (2006) e Lima [et al.] (2009), descreveram a falta de apoio estrutural para discutir e resolver os problemas éticos nos serviços de saúde. As conversas informais entre colegas costumam ser o primeiro caminho que os profissionais procuram para resolver os problemas éticos que encontram (Laabs, 2011). As reuniões têm de, preferencialmente, ocorrer no horário de trabalho e provocar o envolvimento de todos os membros da equipa. Estudo refere que o apoio às atividades éticas é fundamental para que as iniciativas de suporte ético tenham sucesso (Magelssen [et al.], 2016).

Como políticas de apoio que auxiliam a resolução de problemas éticos evidenciou-se a presença de supervisor, colega de trabalho ou profissional *expert* para aconselhamento e consulta a uma comissão de ética (Laabs, 2011; Nora, Zoboli e Vieira, 2015). Nesse sentido, reconhecer os recursos de apoio que os enfermeiros acionam no enfrentamento das situações eticamente problemáticas podem contribuir para a solução dos problemas éticos que surgem no quotidiano dos serviços, através dos recursos de formação contínua no trabalho, o acompanhamento da prática e o desempenho profissional. A educação ética para os profissionais é vital, a fim de proporcionar os instrumentos necessários para lidar, prudente e responsabilmente, com os conflitos de valores e deveres, ou seja, os problemas éticos (Lillemoen e Pedersen, 2013).

Segundo Zoboli e Soares (2012), a educação ética pode ajudar os profissionais a definir os seus próprios valores e desenvolver as ferramentas e habilidades necessárias para lidar com os problemas éticos do quotidiano. Estas autoras, defendem a formação ética inicial e permanente dos profissionais como essencial para a excelência na assistência. Um estudo realizado com estudantes de graduação em enfermagem considera que a disciplina de ética os enriqueceu como pessoas e que a formação ética precisaria acompanhar todos os anos do curso (Rocha, 2003). A

formação deve alertar os alunos para os problemas éticos, capacitando-os para enfrentar os desafios nos diferentes contextos em que poderão atuar (Ulrich e Soeken, 2005; Zoboli e Soares, 2012; Deodato, 2014). Enfermeiros que experienciaram conflitos éticos e apresentaram pouca ou nenhuma educação em termos de ética reportaram uma maior intenção de abandonar a sua atual posição (Hart, 2005).

É necessário fomentar nos enfermeiros o desenvolvimento da competência ética para que possam conduzir proficientemente a resolução dos problemas éticos, sempre na escuta e em diálogo permanente com o cliente (Amado, 2010). Corley (2002), salienta também a necessidade urgente de os educadores em enfermagem prepararem os estudantes para gerirem o seu ambiente de trabalho num contexto ético.

As iniciativas de educação continuada e intervenções para a formação ética permanente dos profissionais só serão efetivas se a dimensão ética dos serviços também for desenvolvida, desde o planeamento até à implementação das ações, programas e políticas institucionais. É fundamental que os serviços assumam a condução e reflexão dos problemas éticos, pois intervenções pontuais e de curta duração terão funcionamento limitado (Jenkins, Elliott e Harris, 2006).

No que concerne à formação dos enfermeiros para conseguir lidar com os problemas éticos Roger (2004), indica que os enfermeiros têm pouca educação ética na sua formação e que um pequeno grupo identificou oportunidades formais para discussão ética no seu local de trabalho. O estudo realizado por Laabs (2011), refere que os participantes se sentiram moderadamente ou muito preparados para enfrentar desafios éticos e atribuíram isso à educação antes e após a sua formação em enfermagem.

Se entendermos a educação como formadora de competências para lidar com diferentes contextos e situações de vida, ela tem como objetivo primordial tornar os sujeitos protagonistas dos seus processos de vida (Junges, 2014). Neste sentido, espera-se, a formação de profissionais críticos, reflexivos e também mais capazes de resolver com prudência, os problemas éticos que surgem na prática profissional.

3.TOMADA DE DECISÃO ÉTICA EM ENFERMAGEM

Após verificarmos uma ampla diversidade de problemas éticos com que os enfermeiros se deparam aquando da prestação de cuidados, a etapa subsequente é a tomada de decisão ética. O que marca o início da construção da decisão ética em enfermagem é a necessidade do enfermeiro se interrogar como agir perante uma situação concreta no âmbito de uma relação com o cliente e/ou familiares, tendo

sensibilidade para saber o que é melhor para a pessoa naquele contexto específico (Deodato, 2014).

Segundo Smurl, citado por Deodato (2014, p. 144), a tomada de decisão ética “É um processo que envolve competência e arte”. 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 põe em causa a proteção individual da pessoa, que se origina a tomada de decisão ética em enfermagem. Não basta a constatação que algo de diferente ocorre na proteção da pessoa/família ou comunidade, mas também a valoração pessoal do enfermeiro de que alguma situação pode afetar a dignidade ou direitos da pessoa (Deodato, 2008 e 2014). Nesse sentido, os enfermeiros são constantemente confrontados com a tomada de decisão ética. Desenvolver habilidades para a tomada de decisão é essencial para a excelência da prática profissional e para a qualidade dos serviços de saúde (Zoboli, 2013).

Formalmente na tomada de decisão ética partimos dos princípios éticos hoje aceites em cuidados de saúde (autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência), assim como dos valores profissionais enunciados no Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 99º, n.º 2 da atual Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro (igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional) e também dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros prescritos igualmente no Código Deontológico no artigo 99º, n.º 3, “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”, “o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” e a “excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”.

Contudo, ter uma atitude ética é mais complicado do que simplesmente respeitar as normas e os códigos de ética, isso porque as regras e os regulamentos por si só não dão conta de responder a todos os problemas vivenciados pelos enfermeiros nos serviços de saúde (Moosavi, Borhani, Mohsenpour, 2016).

Utkualp (2015), descreve que tomar uma decisão traz consigo a obrigação do profissional assumir a sua responsabilidade pela decisão. Portanto, o conhecimento e a competência devem ser suficientes para tomar decisões éticas prudentes, assumindo todas as responsabilidades por essa decisão.

Considerando o processo de enfermagem como um processo contínuo que dá lugar a um ciclo composto por avaliação inicial, diagnóstico, planeamento de resultados e intervenções, prestação do cuidado e avaliação final, a decisão ética interrompe este processo ao interrogar a intervenção. Provoca um corte no desenrolar deste processo

metodológico, não sendo possível a sua concretização com a execução do cuidado que seria esperado (Deodato, 2014). A decisão ética de enfermagem é aquela que é construída pelo enfermeiro através de uma atividade mental, que é desencadeada pelo confronto com um problema ético de enfermagem. Esta construção desenrola-se em diversas fases, podendo verificar-se alguma sobreposição no tempo e mesmo um retomar de uma fase anterior (*ibidem*). Na procura das soluções não se incorpora o método de tentativa e erro, pois não são eticamente aceitáveis tentativas danosas da dignidade humana (Deodato, 2008).

Na tentativa de melhor compreender e operacionalizar a resolução dos problemas éticos na prestação de cuidados, Thompson [et al.] (2004), propõem um modelo explicativo para o processo de tomada de decisão ética, intitulado por “modelo DECIDE”, que inclui 6 etapas. Uma primeira (“definir o problema”) destinada à identificação do problema a que se segue uma segunda fase (“estudo ético”) de procura dos princípios éticos que ajudarão a encontrar a solução adequada. Uma terceira etapa (“considerar opções”) é destinada à análise das diversas alternativas possíveis de solução e uma quarta (“investigar os resultados”) tem por fim identificar os resultados possíveis para cada uma das alternativas consideradas. A quinta etapa deste processo (“decidir sobre a ação”) é destinada à decisão e à implementação da ação decidida e na sexta e última (“estimar/avaliar os resultados”) o enfermeiro avalia o resultado final da sua ação. Desta forma, segundo os autores, seguindo um contínuo de passos, tendo em conta que a construção da decisão é iniciada com a identificação de um problema ético e termina com a prática de um ato ou de uma omissão, o enfermeiro encontrará a melhor solução para os problemas éticos que lhe surgem no seu exercício profissional.

Nunes (2011, p. 141), refere que todo este processo segue metodológica e genericamente os mesmos passos: “análise dos factos, identificação do dilema ético envolvido, estudo dos possíveis cursos de ação, avaliação das implicações éticas inerentes a cada um deles, tomada de decisão e justificação ética”.

Deodato (2014), no seu estudo conclui que em cada fase é possível circunscrever sobre o que ela se ocupa, mas não é possível determinar um período de tempo único, uma vez que a mesma fase pode ocorrer em mais do que um momento. Segundo o autor é precisamente esta impossibilidade de determinar fronteiras temporais que levou a concluir pela natureza não processual da construção da decisão ética de enfermagem, adotando assim, o conceito de fase. Estas fases “são relativas a atividades mentais ou de discussão com outros, em tempos que antecederam a realização da ação. Desde a identificação do problema ético até à concretização da intervenção que foi decidida, emergiram estas atividades de construção da decisão, que foram possíveis separar” (Deodato, 2014, p. 241). As fases para este autor são:

identificação do problema ético de enfermagem, envolvimento da pessoa e dos seus familiares na decisão, construção da decisão em equipa, ponderação dos fundamentos para a decisão, decisão segundo os fundamentos escolhidos, agir conforme os fundamentos utilizados e avaliação da decisão (Deodato, 2014).

Existem vários modelos de decisão ética de enfermagem que podem ser adotados e ter utilidade. No entanto, nenhum assegura que se chegue à “decisão certa” ou à fórmula perfeita. Cada enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos de ética, a sua experiência de vida, a sua sensibilidade moral, as suas habilidades e capacidades cognitivas e de raciocínio, assim como a sua personalidade em relação às motivações e mundividência para tomar a sua decisão (Sarah Fry, citada por Nunes, 2011).

Bandman e Bandman (2002) referem-se aos valores e aos princípios que devem suportar a decisão ética em enfermagem, dando particular relevância à participação das pessoas clientes, nos processos de tomada de decisão que lhes dizem respeito. Para tal, as autoras consideram como essenciais a serem considerados na tomada de decisão ética pelos enfermeiros, os princípios da autodeterminação, do bem-estar e da equidade.

Vários investigadores destacam a importância de pedir o consentimento ao cliente, para que o mesmo esteja informado sobre a sua própria saúde e possa tomar as suas decisões (Higuchi, Christensen e Terpstra, 2002; Berggren, Bégat e Severinsson, 2002; Berggren e Severinsson, 2006; Zoboli, 2013). A autonomia é baseada no princípio de que todos os seres humanos são únicos e capazes de tomar decisões (Moosavi, Borhani e Mohsenpour, 2016). O enfermeiro necessita assumir a responsabilidade da tomada de decisão em conjunto com os clientes, familiares e membros da equipa, promovendo decisões eticamente responsáveis (Berggren, Bégat e Severinsson, 2002). O estabelecimento da relação terapêutica centrada no cliente, possibilita criar uma relação baseada na confiança mútua e no respeito (Higuchi, Christensen e Terpstra, 2002).

A tomada de decisão ética é um dos principais requisitos para um profissional de excelência e essa capacidade está inter-relacionada com a competência e a autonomia profissional (Cerit e Dinç, 2013). O bem-estar e a segurança do cliente dependem em grande medida, das decisões éticas que o profissional faz e essa decisão pode ser complexa (Nora, 2017).

No estudo desenvolvido por Ribeiro (2011), sobre autonomia profissional dos enfermeiros, conclui que os enfermeiros que expressam maior capacidade para tomar decisões no seu quotidiano profissional são aqueles que apresentam uma maior perceção do seu nível de autonomia.

A decisão ética em enfermagem também envolve a participação de outros membros da equipa, proporcionando que outros profissionais além do responsável pela decisão sejam convidados a enriquecer com os seus conhecimentos e experiências a construção do melhor curso de solução para o problema ético (Deodato, 2014). Quanto mais perspectivas diferentes o enfermeiro integrar, mais provável que a decisão seja prudente e razoável (Nora, 2017).

É fundamental que os enfermeiros desenvolvam habilidades e competência ética para saber manejar as incertezas e reduzir a angústia que o processo de tomada de decisão provoca. Tomar decisões prudentes requer questionar a incerteza, conhecer as circunstâncias do caso ético e prever as possíveis consequências (Gracia, 2003).

Alguns estudos referem-se aos modos de tomada de decisão ética na saúde em geral e em enfermagem, apontando algumas diferenças. Um estudo realizado em Toronto, por Grundstein-Amado (1993), citado por Deodato (2014) revela que os enfermeiros e os médicos assumem decisões éticas diferentes. Na perspectiva do autor, os enfermeiros adotam mais um comportamento ético, mais preocupado com o cuidado ao Outro como fim, enquanto que os médicos se preocupam mais com os direitos das pessoas, com a sua doença e com a cura.

Os enfermeiros são constantemente confrontados com a necessidade de tomar decisões éticas, e essa não pode ser entendida como uma escolha banal, que requer pouco conhecimento, capacidade ou atenção. O enfermeiro ao tomar a sua decisão, precisa de ter sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtudes, informação e um grande compromisso pessoal de fazer o que “está certo” (Ramos [et al.], 2015).

• **Fatores que influenciam a tomada de decisão ética em Enfermagem**

Para tomar decisões éticas os enfermeiros dispõem de uma grande variedade de elementos que influenciam e determinam as suas ações. São elementos de natureza multidimensional como elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos, os quais conferem uma grande complexidade para a tomada de decisão ética (Deodato, 2014). Tomamos decisões pelos contornos do saber ser e estar na vida pessoal e profissional como nos refere Neves (2002), pelas competências que adquirimos e pela natureza dinâmica e incerta do ambiente de cuidados de saúde.

Os fatores que contribuem para a tomada de decisão podem ser considerados facilitadores, ou por outro lado, podem ser barreiras/inibidores neste mesmo processo (Hagbaghery [et al.], 2004).

A literatura apresenta fatores externos que contribuem para a tomada de decisão ética em enfermagem, são fatores: organizacionais, sociais e legais. Esses fatores podem afetar a percepção da existência de problemas éticos, as alternativas de solução e as suas consequências (Nora [et al.], 2016). No que se refere ao contexto organizacional os enfermeiros vivenciam tensões entre os valores da instituição onde trabalham e os valores profissionais de enfermagem o que que faz com que os profissionais se deparem muitas vezes com situações contraditórias (Jones, 1991; Toren e Wagner, 2010).

No que se refere aos fatores de ordem social os familiares exercem uma importante influência no cuidado ao cliente e esses precisam de ser considerados ao tomar as decisões sobre o cuidado, favorecendo uma relação de confiança entre enfermeiro, cliente e familiares (Higuchi, Christensen e Terpstra, 2002; Berggren, Bégat e Severinsson 2002; Zoboli, 2013). Ao compreender o contexto social e os valores da pessoa, o enfermeiro estabelece um caminho confortável para participar na tomada de decisão e até mesmo na construção da sua própria decisão (Zoboli, 2013). A cultura de todos os envolvidos influencia a decisão ética, a qual resulta da intervenção entre esses sujeitos (Greipp, 1992).

No conjunto dos fatores externos ao enfermeiro, podemos ainda considerar os fatores inerentes à natureza e ao contexto da atividade, complexidade do problema ou da situação a resolver, nível de risco envolvido, características dos clientes, recursos disponíveis, intensidade de trabalho, as fontes de informação, tempo disponível e fatores de stress, como por exemplo a existência de uma equipa inadequada e de conflitos interpessoais (Jesus, 1999, 2004; Greenwood [et al.], 2000; Dowing e Thompson, 2003; Hagbaghery [et al.], 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006; Reis, 2009).

Neves (2005), acrescenta nos conflitos interpessoais a relação médico-enfermeiro, e que outro dos fatores é a colaboração da equipa. Nesta linha de pensamento, o estudo desenvolvido por Thompson [et al.] (2004), refere que a maior fonte de informação são os colegas, como fonte útil e acessível à informação, em vez da pesquisa noutro formato, pois os colegas fornecem informação no contexto específico, clinicamente relevante, que tem em conta as necessidades da situação, em tempo eficiente e requer o mínimo de avaliação crítica. No entanto, esta informação pode não ser de qualidade ou válida (Thompson [et al.], 2004).

Os estudos relatam que os valores, princípios e responsabilidades são relevantes para a tomada de decisão em enfermagem (Greipp, 1992; Doane [et al.], 2004; Basso-Musso, 2012). Os princípios éticos tradicionais da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça foram descritos como os principais norteadores

da tomada de decisão ética (Berggren e Severinsson, 2003; Toren e Wagner, 2010; Basso-Musso, 2012).

As normas, procedimentos e orientações nas instituições são úteis e relevantes para a enfermagem, pois fornecem estrutura para a prática, no entanto, essas normas não podem dificultar a aplicação das decisões éticas. Os enfermeiros precisam de considerar o seu código deontológico a fim de racionalizar as suas ações e decisões éticas, ou seja, o código deontológico é vital para a enfermagem, pois fornece uma forma necessária para o autocontrole dos que pertencem à profissão (Kim, kang e Ahn, 2013).

Os fatores individuais da tomada de decisão ética em enfermagem também estão descritos na literatura. Destacam-se as experiências pessoais, o conhecimento e a comunicação como elementos que influenciam a tomada de decisão ética de enfermagem (Nora [et al.], 2016). Outros autores referem também os valores, a flexibilidade, o género, a capacidade de pensamento crítico, a educação, o nível de compromisso, a idade, a ideologia, entre outros, como fatores individuais que interferem na tomada de decisão ética em enfermagem (Jesus, 1999, 2004; Hagbaghery [et al.], 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006; Nunes, 2007; Reis, 2009). Neste sentido, Brooks e Thomas citado por Jesus (2004), referem que os processos afetivos, tais como as emoções, sentimentos e crenças, são parte da experiência da pessoa como um todo e as decisões incluem aspetos éticos dentro do processo de consciência da percepção do enfermeiro.

Um fator importante que tem sido abordado por vários autores, é a competência do enfermeiro, ou seja, o facto de ser principiante ou perito influencia a tomada de decisão. Alguns autores perceberam que o aumento dos conhecimentos e da experiência têm uma relação direta na forma como os enfermeiros tomam decisões (Crow [et al.], 1995; Jesus, 1999, 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006).

Segundo Crow [et al.] (1995), nos vários domínios e especialidades da enfermagem, as decisões para a ação, passíveis de serem tomadas são de certa forma limitadas a um número de hipóteses mais adequadas ou fiáveis, fruto da experiência e da evidência. Assim se deduz, que não é a idade que dá experiência, mas sim o ambiente e as experiências anteriores apreendidas (Nunes, 2007).

A comunicação, tão importante na profissão de enfermagem, é outro fator valorizado capaz de influenciar a tomada de decisão. O enfermeiro tem de ser capaz de contextualizar a informação para que a possa analisar e processar, retirando os dados realmente importantes minimizando as interferências individuais. Como muitas vezes a informação se encontra dispersa, fragmentada e sujeita às diversas interferências, o processo de tomada de decisão será mais efetivo quando ocorre o trabalho em equipa,

em que todas as opiniões são escutadas e analisadas em conjunto, sendo possível obter um consenso. Em que se toma a melhor opção, fruto não só dos recursos materiais e humanos, mas também como do tipo de cliente, do prognóstico e das diferentes intervenções e das diferentes experiências vivenciadas (Nunes, 2007).

A sensibilidade moral desempenha um papel importante no processo de tomada de decisão, pois relaciona-se com a capacidade do enfermeiro reconhecer os aspetos moralmente relevantes de uma situação (Vanderheide, Moss e Lee, 2013). Esse reconhecimento permite a interpretação adequada das necessidades da pessoa. O enfermeiro na construção da decisão ética precisa avaliar o problema ético em toda a sua complexidade e incluir o cliente nesse processo (Nora, 2017).

O processo de tomada de decisão ética, como afirmam Shelby e Hunt citado por Nunes (2011), é influenciado pelas características pessoais, assim como os ambientes organizacional, profissional e cultural na fase do problema ético percebido, na identificação das alternativas percebidas, consequências percebidas, avaliação deontológica e teleológica. Deodato (2008, p. 33), acrescenta que para além dos fatores ambientais envolvidos, a pessoa - alvo dos cuidados - é o fator que mais influência a tomada de decisão ética, pois a pessoa é a parte integrante no processo, “o que significa que uma solução querida e consentida por uma determinada pessoa, possa ser rejeitada por outra.”

4. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A ÉTICA DO CUIDADO

O desenvolvimento da Enfermagem, ao longo dos anos, mostra uma trajetória de lutas por um espaço e reconhecimento profissionais. Muitas foram as dificuldades enfrentadas pela profissão no que concerne à construção de um saber específico que conferisse cientificidade às suas ações e visibilidade social. Contudo, o enfermeiro nos dias de hoje, tem um papel fundamental junto da comunidade, pessoa/família, pois não se cinge apenas aos cuidados prestados para o alcance da saúde, mas também na prevenção e reabilitação.

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar e tem como objetivos gerais “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (Regulamento n.º 125/2011, p. 8658). Sendo parte integrante da enfermagem, é um processo dinâmico dirigido à saúde que ajuda a pessoa doente ou incapacitada a alcançar o máximo possível de funcionalidade física, mental, espiritual, social e económica e tem como principal objetivo o desenvolvimento das

capacidades remanescentes, permitindo que o indivíduo alcance a sua independência nas atividades físicas, profissionais e sociais, de acordo com o seu diagnóstico (Hoeman, 2011).

O processo de reabilitação ajuda a pessoa a obter qualidade de vida com dignidade e independência, e isto porque as habilidades (e não as incapacidades), são enfatizadas (Smeltzer [et al.], 2011). É imprescindível avivar que “reabilitar não significa curar, implica não fragmentar o indivíduo, transformá-lo em órgãos e funções em nome da racionalidade. A ciência não pode estar isenta da humanidade” (Faro, 2006, p. 129).

A prestação de cuidados especializados é uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista. Segundo a Ordem do Enfermeiros (2010a, p. 2), o Enfermeiro 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.”

Nesta perspetiva, segundo Alarcão e Rua (2005), a sua competência deve assentar num conjunto de características: uma personalidade equilibrada, humanista e responsável; conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados; capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares; e uma atitude de aprendizagem contínua.

Conforme o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 125/2011, p. 8658), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:

“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, (...) assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...) utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas (...) proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida”.

No artigo quarto do mesmo regulamento, são definidas as competências do EEER que são as seguintes:

“a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”

O papel do EEER é fundamental dada a sua intervenção a nível físico, emocional e psicológico. A presença constante junto da pessoa cliente é fundamental no estabelecer de uma ligação consistente entre aquele que cuida e o que é cuidado, proporcionando ajuda nas necessidades de vida diária e promovendo oportunidades únicas de proximidade (Hawkey e Williams, 2007). O EEER deve promover a autonomia na pessoa, de modo a que este possa ter um papel ativo nas suas escolhas. Assim, quer o respeito quer a autonomia relativos às suas escolhas são premissas que conduzem ao *empowerment* que exige o envolvimento do indivíduo no seu processo de tratamento e/ou cura, munindo-o de informação, suporte e encorajamento fundamentais ao sentir-se apto no processo de tomada de decisão (*ibidem*).

A tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação baseia-se na conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade. Identificada a problemática, prescreve, implementa, monitoriza e avalia intervenções que: promovam ações preventivas, assegurem a capacidade funcional, previnam complicações, evitem incapacidades ou minimizem o impacto das incapacidades instaladas (por doença ou acidente), ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, motora ou de outras deficiências e incapacidades (Regulamento n.º 350/2015).

Faro (2006, p. 129) refere que “o sucesso da reabilitação dependerá, ao lado de uma equipa multidisciplinar, do envolvimento da família e da sociedade no processo.” Deste modo, o EEER deve atuar junto dos clientes e da família, construindo relações empáticas e de cooperação mútua. Logo, a relação ao ser estabelecida de uma forma não invasiva, contribui para preservar a independência na tomada de decisão, bem como estimula e reforça a motivação. A reabilitação é um processo complexo que carece de uma abordagem de cuidar multidisciplinar e interdisciplinar teoricamente suportada (Hoeman, 2011).

A visão holística da pessoa requer do EEER um conjunto de atitudes, valores e aptidões, sendo estas, condições prévias para a correta compreensão da singularidade da pessoa humana. Neste sentido, o respeito pela pessoa constitui o fundamento ético, da centralidade dos cuidados de enfermagem, tal como Kant (2001, p. 31) defende “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como um fim e nunca simplesmente como meio”. Nesse sentido, cuidar implica necessariamente o reconhecimento da unicidade

e dignidade do outro e também o conhecimento do ambiente envolvente, implicando abertura, vontade e receptividade intrínseca de forma a responder às suas necessidades, à recuperação das suas funções e à potenciação das suas capacidades para o autocuidado.

Cuidar de pessoas não é tarefa fácil. A crescente complexidade que acompanha os cuidados de saúde e a dificuldade, também ela crescente, de se tomarem decisões num contexto complexo onde intervém o progresso tecnológico, a privatização crescente das unidades prestadoras de cuidados de saúde, a diminuição ou insuficiência dos rácios, os processos de gestão, a conquista pela qualidade em saúde e ainda as obrigações profissionais e os direitos, cada vez mais conscientes dos cidadãos, geram instabilidade na pessoa do enfermeiro, dificultando o estabelecimento das relações na proximidade do cuidar (Pinto, 2011).

A conquista da autonomia profissional contribuiu para a existência de um nível mais elevado de cuidados, otimização de recursos e fundamentação científica. Prestar cuidados é atender ao outro, o alvo de atenção é a pessoa humana, por isso, é necessário ter uma visão integral e integrada da pessoa. Não se trata de negar as características mecânicas da pessoa, mas antes, de percebê-la como uma rede de inter-relações dinâmicas entre o seu interior e o exterior. É na relação com o outro que a profissão de enfermagem se concretiza, e é nesse contacto com o outro, na compreensão do seu sentido que o cuidar se manifesta (Pinto, 2011).

O exercício de cuidar de um ser humano, tal como tem sido posto em relevo por vários autores do setor assistencial, nem sempre é tarefa fácil nem arbitrária, porque exige a coordenação de diversos fatores: pessoais, profissionais e organizacionais. Trata-se de uma função de grande magnitude, precisamente porque o ser humano é na sua mais radical profundidade um mistério inexplicável, por ser inacabado e ambíguo, difícil de caracterizar filosoficamente (Pinto, 2011). Não se pode cuidar de qualquer forma, o cuidado deve ser prestado e articulado de acordo com as necessidades de quem é cuidado. Só um ser humano pode cuidar de outro, porque o exercício de cuidar requer uma relação. A presença humana torna-se imprescindível, sobretudo quando quem é cuidado se encontra numa situação de fragilidade e vulnerabilidade, segundo a perspetiva “ontológica, corpórea, espiritual, social, cultural e política” defendida por Ricoeur (1969, p. 362).

Cuidar e curar não são atividades paralelas, mas estritamente interligadas. Para curar é preciso cuidar, e só quem é cuidado pode chegar a curar-se, o que nem sempre acontece. Mas, mesmo que não seja possível curar, é sempre possível cuidar e não é só possível, mas estritamente necessário (Watson, 1985).

Na sua essência, o enfermeiro é um agente cuidador e humanizador. O seu encontro com a pessoa, adquire as características de um acontecimento ímpar. Para que exista humanização é necessário que o enfermeiro adquira uma atitude técnica e ética como agente dessa humanização. O enfermeiro cumpre a sua missão junto do cliente, desfrutando de respeito e consideração e utilizando simpatia, empatia e compaixão como complementos da qualidade profissional (Carvalhinhas 2004).

Segundo Pinto (2011), a relação cuidativa não veicula um poder redutor mas sim libertador, quer para quem é cuidado quer para quem presta os cuidados, logo, pressupõe uma interação e uma ampla abertura para dar e receber. O cliente possui a experiência vivenciada da doença, sofrimento e limitação das suas capacidades enquanto o enfermeiro facilita e estimula as capacidades ainda existentes, ajuda a recuperar a autonomia nas respostas às necessidades, aceita e contempla o saber das pessoas educando para a saúde de forma individualizada e personalizada. O cuidar é inserido nas experiências participadas do enfermeiro e do cliente, sendo fundamentado por essa experiência mútua e estabelecido no seu seio. É então exigido ao enfermeiro um envolvimento, uma preocupação com cada um daqueles a quem presta cuidados, requerendo a solicitude que “dá ao outro o poder de ser aquilo que ele quer ser, e isto é o objetivo último das relações de cuidar em enfermagem” (Benner e Wrubel, 1989, p. 49).

Este tipo de relação do enfermeiro face à pessoa cliente não se aprende só nos livros, mas sobretudo através da experiência de relação intersubjetiva. Na medida em que cuidar afeta as pessoas envolvidas, este fenómeno é permanentemente uma questão ética. É a procura das implicações do cuidar na prática de enfermagem que faz emergir a existência de um agir e de um cuidar ético, pleno de responsabilidade pessoal (Pinto, 2011).

Atendendo à pessoa como ser único e ao facto do enfermeiro ter, necessariamente, que se relacionar com ela quando a cuida, é considerado um agente moral e ético. Existe uma vinculação à responsabilidade de manutenção da rede de conexões que começa no momento em que a relação se inicia e que só acaba quando a relação termina. A atitude ética do enfermeiro deve estar na origem de qualquer ato ou relacionamento, deve ser a matéria constitutiva e uma regra de base fundamentada em valores morais que constituem um modelo de ação (*Ibidem*).

Na ética do cuidado o sujeito é sempre relacional, por isso nunca é dissociado da sua rede de relações. A noção de “bem” está sempre subordinada à manutenção das relações e, por vezes, o conceito de autonomia é relativizado. Nesse sentido, muitas vezes um problema ético surge fruto do confronto entre o exercício da autonomia e a manutenção das redes de relações pelo condicionamento da vontade individual a uma

finalidade exterior. Na perspectiva da ética do cuidar a visão do “eu” enfermeiro pode ser inconciliável com a noção dos direitos individuais da pessoa cuidada. Nesta ótica, o valor do cuidado é sempre visto na perspectiva do outro, daquele que recebe cuidados, presumindo-se que o cuidador se centre no quadro de referências do recebedor de cuidados, afastando-se ou abandonando o seu próprio quadro de referências (Veiga, 2006).

Segundo Milliken e Grace (2015), um cuidado ético em enfermagem é visto como qualquer ação destinada a abordar as necessidades do cliente, portanto o cuidado ético em enfermagem é sinónimo de bons cuidados de enfermagem. A premissa de que toda a ação de enfermagem tem um conteúdo ético deve ser compreendida pelos profissionais (*ibidem*).

O compromisso ético dos profissionais de enfermagem, especialmente, ao cuidado humano, deve pautar-se na bioética, como prática de ações permeadas por uma postura crítica e reflexiva, em que pesem a dignidade humana.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

A metodologia assenta na planificação da investigação, ou seja, na definição dos meios de modo a obter respostas aos objetivos de investigação. É imprescindível a qualquer trabalho de pesquisa, pois permite delinear todas as etapas do estudo a realizar, que conduzem aos resultados, tal como afirma Fortin (2009, p. 53) “O investigador determina num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação”.

Neste capítulo apresenta-se o percurso metodológico adotado, nomeadamente, os objetivos de estudo, tipo de estudo, contexto e participantes do estudo e a caracterização dos mesmos, instrumento de recolha de dados, tratamento e análise dos dados e por último algumas considerações éticas.

1.1. Objetivos de estudo

Os objetivos de um estudo de investigação apresentam o motivo pelo qual este se realiza (Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013). Portanto, é importante definir os objetivos a alcançar, de modo a planificar as ações e desenvolver estratégias para atingi-los. Assim, com o intuito de dar resposta à questão de partida “Quais os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional?”, foi definido o seguinte objetivo geral: conhecer os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional.

Como objetivos específicos, consideramos:

- Analisar os fatores facilitadores e dificultadores da tomada de decisão ética do EEER;
- Identificar as implicações das vivências dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER;
- Identificar os contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão ética do EEER.

1.2. Tipo de estudo

A escolha do tipo de estudo a seguir, enquanto parte integrante de todo o processo de investigação, torna-se um importante elemento a ter em consideração na realização de qualquer estudo (Streubert e Carpenter, 2002).

Tendo por base a natureza do fenómeno, área do estudo em que se insere e os objetivos definidos, a nossa opção metodológica centrou-se no paradigma qualitativo. Consideramos ser este o método mais adequado uma vez que valoriza os próprios conceitos de Enfermagem: a pessoa, o seu meio, a saúde e o cuidado de enfermagem (Fortin, 2009).

Esta opção metodológica permite ao investigador, aceder à riqueza das experiências das pessoas. As experiências humanas não podem ser medidas ou experimentadas, apenas explicadas na forma como foram percebidas. A abordagem qualitativa visa compreender a perspectiva dos participantes “(...) sobre os fenómenos que os rodeiam, aprofundar as suas experiências, pontos de vista, opiniões, significados (...)” (Hernandez Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013). A metodologia qualitativa está intimamente relacionada com a subjetividade e simbolismo.

Segundo Flick (2005, p. 18) a “investigação qualitativa está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e atividades das pessoas nos seus contextos próprios.” Ainda Chizzotti (2006, p. 289), adita que a pesquisa qualitativa “pretende interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem”.

A escolha desta metodologia baseou-se em alguns destes pressupostos, que nos pareceram adequados à natureza dos objetivos preconizados. Atendendo ao tipo de metodologia, procuramos essencialmente a compreensão do fenómeno na sua globalidade e não na sua fragmentação, partindo dos próprios dados e não da teoria para os compreender ou explicar.

Tendo por base as características do estudo o mesmo será de carácter exploratório e descritivo. Optamos por este tipo de estudo uma vez que “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população” (Fortin, 2003, p. 164).

Assim, com a investigação exploratória e descritiva pretendemos explorar, descrever e analisar os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional.

1.3. Contexto e participantes do estudo

Relativamente ao terreno da pesquisa, Fortin (2003, p. 132), diz que “o investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha”. Deste modo, para a elaboração deste estudo, optou-se por hospitais e cuidados de saúde primários da região norte do país pois nestes contextos encontramos

enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a exercerem cuidados especializados. Assim, este terreno de pesquisa vai de encontro à problemática em estudo, bem como os objetivos de base.

Na investigação qualitativa, a escolha dos participantes não acontece de forma aleatória, obedece a uma série de critérios para garantir que as características destes dão resposta aos objetivos do estudo (Fortin, 2009). A seleção dos participantes é efetuada tendo em conta um conjunto de critérios que permitam assimilar o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes (*ibidem*). Neste sentido, Polit, Hungler e Beck (2004, p. 229) afirmam que “o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser usado para pinçar os casos a serem incluídos na amostra (...) particularmente conhecedores do assunto em estudo”.

Fortin (2009, p. 312) define população como “um conjunto de elementos ou sujeitos que têm características comuns”, que no conjunto preenchem os critérios de seleção previamente definidos, relatando ainda que a amostra é “a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo”. Sobre este pressuposto Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013, p. 403), referem que a amostra em estudos qualitativos é intencional e “deveremos colher os dados, sem que necessariamente seja representativo do universo ou população que estudamos”, nesse sentido, o tamanho da mesma não tem relevância do ponto de vista probabilístico pois o intuito do investigador não é a generalização.

Com base nestes pressupostos, a população deste estudo reporta-se a enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que exercem a sua atividade profissional na prestação de cuidados especializados, sendo critério de exclusão enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que exercem funções de chefia. Tendo em atenção o foco de investigação a que nos propomos e os objetivos preconizados, e para uma melhor definição dos participantes do estudo, foram definidos critérios de inclusão, sendo eles: ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a exercer funções de especialista em enfermagem de reabilitação na prestação de cuidados há 2 ou mais anos e que aceitaram participar no estudo.

Para este estudo decidimos por uma amostragem do tipo “snow-ball”, em que a seleção dos sujeitos é feita através da indicação ou recomendação de sujeitos anteriores. Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001, p. 149) esta estratégia de amostra, também designada por amostra em rede ou bola de neve, é utilizada “para localizar amostras difíceis ou impossíveis de localizar de outras formas” e quando o objetivo é “descrever uma situação particular” (Fortin, 2009, p. 323). Para a primeira entrevista foi solicitado a um EEER, presente num dos campos de estágio por onde eu passei enquanto mestranda em enfermagem de reabilitação, que nomeasse um EEER

cumprindo os critérios de inclusão. Os sujeitos posteriores foram nomeados sucessivamente, cumprindo os mesmos critérios.

Numa abordagem qualitativa desta natureza não é possível antes do trabalho de campo determinar o número de participantes que irão estar envolvidos. O critério utilizado para definir o número de pessoas a participar no estudo foi a saturação de dados (Streubert e Carpenter, 2013). A importância da amostra centra-se, essencialmente, na riqueza dos dados que revelam as experiências individuais e específicas de cada participante (Polit e Hungler, 2011).

A dimensão da amostra foi assim constituída por 10 participantes, tendo-se obtido a saturação dos dados.

- **Caracterização dos participantes**

Os participantes do estudo foram caracterizados quanto à idade, género, estado civil, habitações académicas, bem como alguns dados referentes à atividade profissional e relativamente à existência de formação na área da ética/bioética, como se pode verificar no quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes

Participantes	Dados Sociodemográficos				Dados relativos à atividade profissional				Formação na área da ética/bioética
	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações acadêmicas	Tempo na profissão (anos)	Tempo a exercer como EEER (anos)	Local de trabalho	Unidade de Cuidados	Tem alguma formação específica na área da ética/bioética
E1	36	Feminino	Solteira	Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	13	5	Hospital	Unidade de AVC	Não
E2	52	Masculino	Casado	Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	29	18	CSP	UCC	Não
E3	47	Feminino	Casado	Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	24	8	Hospital	Urgência	Não
E4	54	Masculino	Casado	Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	38	4	Hospital	Ortopedia	Não
E5	47	Masculino	Casado	Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	25	7	Hospital	Medicina	Ética e deontologia profissional (8 horas)
E6	39	Masculino	Casado	Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	17	5	Hospital	ORL	Não
E7	41	Masculino	Casado	Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	21	10	Hospital	Medicina	Não
E8	35	Masculino	Casado	Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	12	5	CSP	UCC	Não
E9	36	Feminino	Solteira	Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	16	8	CSP	UCC	Não
E10	58	Masculino	Divorciado	Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação	30	16	Hospital	Unidade de Convalescença	Não

Como podemos constatar através da análise do quadro 1, a média de idades dos participantes é de 44,5 anos. Podemos também apurar que 70% dos participantes são do sexo masculino e 30% são do sexo feminino. Porém, no que diz respeito ao estado civil, verificamos que 70% são casados, 20% são solteiros e 10% são divorciados.

Relativamente às habilitações académicas dos participantes, apuramos que 90% possuem pós-licenciatura em enfermagem de reabilitação e 10% possuem mestrado em enfermagem de reabilitação.

No que se refere à atividade profissional enquanto EEER, verificamos que aquando do momento das entrevistas, todos os participantes exerciam funções de especialistas em enfermagem de reabilitação na prestação de cuidados.

No que concerne ao tempo total de exercício da atividade profissional como enfermeiro a média de tempo é de 22,5 anos. Relativamente ao tempo de exercício da atividade profissional como EEER a média de tempo é de 8,6 anos.

Relativamente ao local de trabalho dos participantes, constatamos que 70% exercem funções de EEER em hospitais e 30% em cuidados de saúde primários. Verificamos também que 30% dos participantes exercem funções de EEER em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 20% em serviços de medicina, 10% em serviços de ortopedia, 10% em Unidades de AVC, 10% em serviços de urgência, 10% em consulta de otorrinolaringologia (ORL) e 10% em unidades de convalescença.

Quanto à formação complementar na área da ética/bioética, 90% dos participantes referem não ter qualquer formação complementar nestas áreas e 10% refere ter formação complementar na área da ética e deontologia profissional (com duração de 8 horas).

1.4. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados é uma etapa da pesquisa, que se inicia com a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, com a finalidade de colher os dados. Perante as características desta investigação o instrumento de recolha de dados escolhido foi a **entrevista**. Segundo Fortin (2003, p. 245), “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”. Este instrumento de recolha de dados permite ao investigador compreender o sentido de determinado fenómeno e de que forma é percebida pelos participantes.

A entrevista é o principal método de recolha de dados nas investigações qualitativas, pois possibilita ao investigador um contacto direto com os participantes e o acesso a uma vasta amplitude de dados para análise, que o sujeito entrevistado transmite com base nas suas ideias e opiniões, de forma não condicionada. Pode ser não estruturada, englobando questões abertas, pelo que se apresenta como um método de colheita de dados marcado pela flexibilidade (Coutinho, 2011).

Considerando o objeto de estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada, que implica a existência de um guião previamente organizado e que é o eixo orientador do desenvolvimento da entrevista (Apêndice A), facilitando o recordar de todos os conteúdos a focar e permitindo a livre expressão de opiniões dos entrevistados sobre cada um dos assuntos (Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013). Assim, e tal como nos diz Fortin (2003, p. 247), “as entrevistas menos estruturadas desenrolam-se como uma conversação informal (...). Antes de uma entrevista semiestruturada, é indispensável elaborar um plano no qual o objetivo geral do tema a cobrir está indicado, assim como os subtemas, segundo uma ordem lógica.” O recurso às perguntas abertas, dá ao entrevistado a possibilidade de orientar o seu discurso com liberdade e com a criatividade que no momento lhe é possível, e com a qual percebe o fenómeno, objeto de estudo.

Deste modo, a recolha de dados foi efetuada através da entrevista semiestruturada junto de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação entre Janeiro e Março de 2017.

A entrevista é assim o encontro entre duas pessoas, que tem como objetivo a obtenção de informação do entrevistado, a respeito de determinado assunto ou problema. A preparação das entrevistas envolveu o cumprimento de alguns requisitos metodológicos. Os entrevistados foram contactados num primeiro momento para lhes ser pedido a sua participação no estudo a efetuar, sendo-lhes referido o propósito e pedido de autorização para a gravação das entrevistas. Num segundo momento, entramos em contacto com os participantes para concretizar a entrevista, que foi individual, tendo-lhes sido descrita a finalidade e a temática do estudo.

Foi realizada a validação da entrevista, através de um pré-teste a um EEER que não foi incluído na amostra do estudo. Trata-se de uma forma, segundo Fortin (2009, p. 386) de “descobrir os defeitos (...) e fazer correções que se impõe” e teve como pressuposto a clarificação de linguagem e perceber quais as dificuldades na abordagem da temática, tanto para o entrevistado como para o entrevistador. Após a realização do mesmo, foi possível aperfeiçoar a técnica e validar a entrevista formulada. De salientar que o guião da entrevista não sofreu alterações.

Para garantir a fidelidade do estudo, as entrevistas foram realizadas sempre pelo mesmo entrevistador, com esforços para manter a interpretação e percepção das narrativas, usando a mesma matriz de condução da entrevista (Lincoln e Guba cit. por Streubert e Carpenter, 2002).

1.5. Tratamento e análise dos dados

Na pretensão de conhecer os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional, torna-se pertinente a seleção de uma técnica de análise que permita emergir dos dados todo o seu significado. Neste sentido, e visto que os dados obtidos resultam do testemunho das percepções pessoais, a análise de conteúdo constitui o método mais adequado já que é um dos métodos de análise textual reiteradamente utilizado na análise de dados qualitativos (Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2013).

Segundo Bogdan e Biklen (2013, p. 149), “os dados referem-se aos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base de análise”. A análise de dados é desta forma, o processo de busca, organização e sistematização de dados. Neste caso, os dados incluem materiais resultantes da transcrição das entrevistas obtidas através do registo áudio das mesmas. A transcrição das entrevistas constitui o primeiro passo desta etapa e que foi feita pessoalmente, o que permitiu a familiarização com a informação obtida. Torna-se deste feito, necessário ordenar e organizar os dados de forma a conseguir trabalhá-los.

Segundo Bardin (2011, p. 11), a análise de conteúdo é “(...) um conjunto de instrumentos metodológicos mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» (...) enquanto esforço de interpretação (...), oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade”. Tem como objetivo organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados da pesquisa, de modo a se conseguir obter respostas adequadas às questões de investigação.

Como orientação no processo de análise deste estudo consideramos como principal referência Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2013), que mencionam que o procedimento mais comum de análise específica vai surgindo alicerçada nos dados.

Assim, e após a transcrição integral dos discursos dos participantes obtidos através da entrevista (codificados de E1 a E10), submetemo-los a uma exploração detalhada e analítica, a fase de codificação. Atendendo a que não possuíamos qualquer categoria pré-definida, as categorias por nós alcançadas foram sendo formuladas, reformuladas e aprimoradas através da classificação progressiva dos conteúdos que

íamos identificando nos dados, à medida que estes iam sendo analisados. A nossa referência foi utilizar a frase como unidade de registo para a construção das categorias e das subcategorias. Foi sendo um processo progressivo e pouco linear, pautado por repetidas reformulações da grelha categorial (com categorias e subcategorias) até à sua estrutura final, obtendo-se uma matriz de redução de dados (Apêndice B), sendo apresentados os resultados no capítulo que se segue.

As categorias de análise foram elaboradas, em conformidade com as regras do Quadro 2 e com base nos autores Hernandez Sampiéri, Fernández Collado e Baptista (2013).

Quadro 2 – Regras aplicadas na elaboração das categorias

CATEGORIAS DE ANÁLISE	REGRA APLICADA
Informação	Ter em consideração qualquer problema relatado no sentido da informação dada ao cliente e/ou família, enquanto cumprimento de um dever e respeitando um direito, que assenta sobre as bases sólidas dos princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da Pessoa.
Sigilo profissional	Ter em consideração qualquer problema relatado referente à obrigação por parte dos profissionais de saúde de guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, fundando-se sobre o direito à confidencialidade e à privacidade, definido em ligação à reserva da vida privada.
Respeito pela dignidade da Pessoa	Ter em consideração qualquer problema relatado referente ao cuidado ao cliente, garantindo o respeito integral pelos direitos humanos e preservando ou protegendo a dignidade da Pessoa. Tomamos aqui a Pessoa no entendimento comum dos conceitos em Enfermagem, ou seja, enquanto 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.
Equidade nos cuidados	Ter em consideração qualquer problema relatado referente à equidade de cuidados pois todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objetivo. Assim, a equidade em saúde pode

	<p>ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente.</p>
Défice de recursos	<p>Ter em consideração qualquer problema relatado referente ao défice de recursos presentes nas instituições, quer sejam referentes à escassez de recursos humanos, materiais e/ou infraestruturas inadequadas.</p>
Decisão ética de cuidados	<p>Ter em consideração qualquer problema relatado referente à tomada de decisão ética na prestação de cuidados. Problemas esses, referentes à decisão ética de cuidados a partir de problemas que emergem da relação de cuidado entre o EEER e as pessoas de quem cuida, assim como no âmbito da relação estabelecida com os familiares, com os seus pares e com os outros profissionais de saúde que constituem a equipa multidisciplinar.</p>
Gestão de conflitos na família	<p>Ter em consideração qualquer problema relatado referente à gestão de conflitos no seio da família. Uma família presente e orientada para o cuidado poderá atuar de forma muito mais resolutiva para a recuperação da saúde e prevenção de doenças dos seus pares, além disso, a sua participação na promoção da saúde torna-se fundamental, uma vez que os componentes da família passam a ser corresponsáveis pela vida e saúde uns dos outros.</p>
Relação interpessoal na equipa de saúde	<p>Ter em consideração a relação estabelecida entre os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar, considerada positiva pelo EEER, capaz de facilitar a tomada de decisão ética.</p>
Características do enfermeiro	<p>Ter em consideração as características pessoais e/ou profissionais do EEER, consideradas pelo próprio como sendo um fator facilitador da tomada de decisão ética.</p>
Relação com o cliente e/ou família	<p>Ter em consideração qualquer fator presente na relação entre o EEER e o cliente e/ou família aquando da prestação de cuidados especializados, consideradas pelo EEER como sendo um fator facilitador para a tomada de decisão ética.</p>
Recursos da instituição	<p>Ter em consideração qualquer recurso presente nas instituições de saúde que facilitem a tomada de decisão ética do EEER aquando da prestação de cuidados, quer sejam</p>

	referentes aos recursos humanos, materiais e/ou infraestruturas adequadas.
Formação profissional	Ter em consideração qualquer formação profissional capaz de facilitar a tomada de decisão ética, quer seja ministrada pelas instituições de saúde aos diferentes profissionais que constituem as equipas multidisciplinares e/ou a que é feita por vontade própria dos diferentes profissionais de saúde.
Atitude dos enfermeiros	Ter em consideração qualquer atitude por parte do enfermeiro, identificada pelo próprio, que seja considerada como fator dificultador aquando da tomada de decisão ética.
Recursos limitados	Ter em consideração qualquer défice de recursos presente nas instituições de saúde, quer sejam referentes à escassez de recursos humanos, materiais e/ou infraestruturas inadequadas e que dificultem a tomada de decisão ética do EEER.
Relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar	Ter em consideração qualquer aspeto quer a nível relacional quer comunicacional na relação estabelecida entre os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar e que são considerados pelo EEER como fatores dificultadores aquando da tomada de decisão ética.
Relação com o cliente e/ou família	Ter em consideração qualquer aspeto referido pelo EEER presente na sua relação com o cliente e/ou família que dificulte a tomada de decisão ética destes profissionais.
Melhorar a prática profissional	Ter em consideração qualquer aspeto referido pelo EEER que vise melhorar a sua prática profissional e que seja uma implicação da vivência de constantes problemas éticos no exercício da profissão.
Crescimento pessoal e profissional	Ter em consideração qualquer aspeto referido pelo EEER que contribua para o seu crescimento pessoal e profissional e que seja uma implicação da vivência de constantes problemas éticos na prática profissional.
Desmotivação	Ter em consideração qualquer aspeto referido pelo EEER que seja causador de desmotivação no desempenho da atividade profissional destes profissionais e que seja uma implicação da vivência de constantes problemas éticos no exercício da profissão.
Desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico	Ter em consideração qualquer contributo da formação académica para a obtenção do título de especialista em enfermagem de reabilitação, no que se refere ao

desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico, capacidades e/ou competências por parte do EEER.

Mudança de comportamento

Ter em consideração qualquer mudança de comportamento referida pelo EEER que tenha sido contributo da formação académica em enfermagem de reabilitação.

1.6. Considerações éticas

Qualquer investigação que se centre em seres humanos tem de se reger por determinados princípios éticos de forma a não pôr em causa a dignidade dos participantes, respeitando as suas crenças e valores, bem como o direito à liberdade. Para proteger e respeitar os princípios éticos devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada indivíduo que colabora na investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais, segundo a Declaração de Helsínquia (Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, 2013).

Na perceção de Fortin (2009) em todo o processo de investigação devem ser consideradas as questões éticas, pelo que no decurso desta investigação foram salvaguardadas e cumpridas as exigências éticas relativas ao sigilo e ao anonimato dos participantes no estudo. Deste modo, foi elaborado um consentimento informado (Apêndice C) pois como investigadores precisamos do consentimento destas pessoas para procedermos ao desenvolvimento do trabalho. O consentimento é fundamental pois as pessoas que vão participar no estudo têm o direito de:

“receber uma informação compreendendo vários elementos, entre os quais se encontram as finalidades e os objetivos do estudo, os riscos incorridos, a relação riscos benefícios que o investigador atribui à sua participação, assim como as informações ligadas ao direito de se retirar do estudo a qualquer momento” (Fortin, 2003, p. 128).

Dos participantes do estudo indicados foi inicialmente verificada a voluntariedade para participar, através de um primeiro contacto telefónico. Com os que se mostraram disponíveis, foi agendado um dia e hora para a realização das entrevistas. Para além da informação escrita, foi também reforçada verbalmente pelo investigador as seguintes informações: objetivo do estudo, os instrumentos a utilizar na recolha da informação, a possibilidade e importância da sua participação neste estudo, garantindo a confidencialidade dos dados e anonimato, da decisão livre de participar, tal como a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento. Todavia, foi também comunicado que posteriormente, caso desejassem, teriam acesso às conclusões do estudo em que participaram.

Na realização das entrevistas atendeu-se ao consentimento dos informantes, à confidencialidade, à privacidade, à disponibilidade e à autorização para o uso do gravador. As entrevistas decorreram em ambiente calmo, não se tendo verificado interrupções que comprometessem a recolha do material. No final da entrevista foi atribuído um número, de acordo com a ordem pela qual foram realizadas, de forma a criar um código que foi utilizado durante a análise e tratamento dos dados.

Na amostra, respeitamos todos os direitos dos participantes ao longo da investigação, os dados extraídos foram sempre manuseados sem qualquer referência ao sujeito do estudo e, garantimos a confidencialidade dos dados ao longo de todo o processo e na sua publicação. Na recolha de dados, apenas um investigador, devidamente preparado, recolheu os dados para não enviesar as respostas. Foram gravados por áudio para não serem perdidos e não existir evidência de dados falsificados. A análise dos dados, foi conduzida por um investigador sempre com o apoio de um investigador mais experiente em estudos qualitativos, e as narrativas foram todas analisadas de forma a obter a neutralidade dos dados.

Daqui depreende-se que “a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 2003, p. 114).

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos proceder à apresentação e análise dos resultados obtidos através das entrevistas e que nos permitiu identificar um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias que sustentam a compreensão dos problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional.

De modo a facilitar a visão global dos dados obtidos estes serão apresentados tendo por base as diferentes áreas temáticas emergentes. No quadro 3 sintetizam-se as cinco áreas temáticas encontradas e suas correspondentes categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo.

Quadro 3 – Áreas temáticas, categorias e subcategorias

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Problemas éticos vivenciados pelos EEER na prática profissional	Informação	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informação relativa aos cuidados ○ Equilíbrio verdade/motivação ○ Conciliar desejo da família com direitos do cliente
	Sigilo profissional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Obrigação de confidencialidade da informação por parte do profissional de saúde ○ Equilíbrio entre desejo do cliente e dever profissional
	Respeito pela dignidade da Pessoa	<ul style="list-style-type: none"> ○ Privacidade no cuidado ○ Humanização dos cuidados ○ Desinvestimento por parte da equipa médica
	Equidade nos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ○ Garantia da continuidade de cuidados ○ Garantia à igualdade no acesso aos cuidados
	Défice de recursos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Profissionais de saúde, material de apoio e tempo ○ Disponibilidade do profissional para o cliente e família ○ Infraestruturas inadequadas
	Decisão de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lidar com as expetativas do cliente e família relativamente à reabilitação ○ Lidar com a própria decisão

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Lidar com a decisão do cliente ○ Lidar com as decisões do superior hierárquico
	Gestão de conflitos na família	<ul style="list-style-type: none"> ○ Negligência nos cuidados prestados ○ Negociação de estratégias de cuidados
Fatores facilitadores da tomada de decisão ética do EEER	Relação interpessoal na equipa de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ○ Articulação positiva ○ Relação de confiança na equipa
	Características do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pessoais ○ Experiência profissional ○ Estratégias de comunicação
	Relação com o cliente e/ou família	<ul style="list-style-type: none"> ○ Proximidade ○ Respeito pelo Outro ○ Informação relativa aos cuidados de saúde ○ Resultados obtidos ○ Contexto familiar
	Recursos da instituição	<ul style="list-style-type: none"> ○ Recursos humanos adequados ○ Recursos materiais adequados ○ Infraestruturas adequadas
	Formação profissional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Auxiliares ○ Enfermeiros
Fatores dificultadores da tomada de decisão ética do EEER	Atitude dos Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> ○ Postura de acomodação ○ Credibilidade profissional
	Recursos limitados	<ul style="list-style-type: none"> ○ Humanos ○ Materiais ○ Infraestruturas inadequadas
	Relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dificuldade na articulação da equipa ○ Dificuldade de comunicação entre enfermeiros ○ Desvalorização da reabilitação pela chefia
	Relação com o cliente e/ou família	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestão de expectativas do cliente ○ Gestão da relação familiar ○ Iliteracia do cliente e/ou família ○ Crenças religiosas e culturais do cliente e/ou família

Implicações da vivência dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER	Melhorar a prática profissional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo ○ Desenvolvimento de estratégias para a tomada de decisão ○ Atualização do conhecimento
	Crescimento pessoal e profissional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maturidade
	Desmotivação	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desinteresse ○ Pressão psicológica ○ Falta de confiança do cliente ○ Desarticulação de cuidados
Contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação na tomada de decisão ética do EEER	Desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Promove a reflexão ○ Aquisição e aprofundamento de conhecimentos ○ Visão integrada dos cuidados especializados
	Mudança de comportamento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Crescimento pessoal e profissional ○ Encarar as situações de forma diferente ○ Aumento do receio ○ Aumento da responsabilidade ○ Criação de estratégias adaptativas

1. PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Os problemas éticos emergiram das narrativas dos participantes no estudo, quando estes descreveram situações que consideraram problemáticas na prática profissional. Da análise de cada entrevista foram retiradas as situações consideradas pelo próprio como problema ético, por conseguinte, o facto da situação descrita ser classificada como problema ético de enfermagem resulta da atribuição dessa qualidade por cada EEER.

Da análise do discurso dos entrevistados e tendo por base a primeira área temática, podemos constatar que a mesma fez emergir sete categorias: informação, sigilo profissional, respeito pela dignidade da Pessoa, equidade nos cuidados, défice de recursos, decisão de cuidados e gestão de conflitos na família, conforme se pode verificar no quadro 4.

Quadro 4 – Problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional – categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Informação	Informação relativa aos cuidados			x		x	x				
	Equilíbrio verdade/motivação					x			x	x	
	Conciliar desejo da família com direitos do cliente					x			x		
Sigilo profissional	Obrigação de confidencialidade da informa�o por parte do profissional de saúde					x					
	Equilíbrio entre desejo do cliente e dever profissional					x					
Respeito pela dignidade da Pessoa	Privacidade no cuidado			x	x	x					
	Humaniza�o dos cuidados			x		x		x			x
	Desinvestimento por parte da equipa médica							x			
Equidade nos cuidados	Garantia da continuidade de cuidados				x	x					
	Garantia à igualdade no acesso aos cuidados	x									
Défice de recursos	Profissionais de saúde, material de apoio e tempo	x	x	x	x						
	Disponibilidade do profissional para o cliente e família		x								
	Infraestruturas inadequadas				x	x					
Decisão de cuidados	Lidar com as expectativas do cliente e família relativamente à reabilita�o					x			x	x	
	Lidar com a própria decisão		x	x							x
	Lidar com a decisão do cliente										x
	Lidar com as decisões do superior hierárquico		x								
Gestão de conflitos na família	Negligência nos cuidados prestados									x	
	Negocia�o de estratégias de cuidados									x	

• **Informa o**

Da análise das narrativas verificamos que a **informa o** surge como uma área problemática, na qual se inscreveram diversos problemas éticos, com um total de nove

unidades de registo. Desta categoria emergiram três subcategorias: informação relativa aos cuidados, equilíbrio verdade/motivação e conciliar desejo da família com direitos do cliente.

Na subcategoria informação relativa aos cuidados, três dos participantes salientaram como problema ético, a falta de informação que é dada ao cliente no que se refere ao seu diagnóstico, realização de técnicas e exames e tratamentos por parte da equipa de saúde e de enfermagem e à inexistência de consentimento informado, que está patente nos seguintes discursos:

E3 “Não disseram ao doente sequer o tipo de exame que ele iria realizar (...) Se tivessem explicado no serviço ele já não subia porque o senhor recusou-se a fazer a endoscopia, estava no direito dele, o consentimento informado não existiu.”

E5 “(...) um doente que tinha uma neoplasia, com metástases ósseas, a família não queria que a gente lhe dissesse (...) o doente queria recuperar, queria que o enfermeiro interviesse, mas eu não podia (...) existem contra-indicações em algumas situações e essa era uma dessas (...) o doente tem direito à informação na altura que devia ser dada (...)”

E6 “(...) se é tudo explicado em termos de tratamento, a que o doente vai ser submetido (...) eu acho que não é (...) chegamos a momentos que estamos a conversar com o doente e, principalmente se nós gostarmos de informar o doente sobre tudo aquilo que lhe é feito, podemos estar a incorrer em algo porque lhe estamos a dar uma informação que o médico já não deu e o doente (...) confronta-nos com isso.”

Na subcategoria equilíbrio verdade/motivação, três dos participantes incluíram problemas relacionados com dúvidas sobre o agir em matéria de transmissão da informação, quer ao cliente quer aos seus familiares. Segundo os entrevistados, a dificuldade do cliente e/ou família em lidar com uma verdade desagradável pode gerar desmotivação para o processo de reabilitação e pode ter efeitos negativos no estado saúde-doença das pessoas, como nos revela a seguinte unidade de registo:

E9 “(...) devemos ou não devemos dizer? Se não dizemos, o que acontece? Estamos a criar uma expectativa que depois não se vai concretizar, mas por outro lado, se depois dizemos, também desmotivamos o utente e a família para o seu próprio processo de reabilitação, de bem-estar, conforto e de esperança. Até que ponto é que nós podemos ou não quebrar esta motivação que eles têm?”

Na subcategoria conciliar desejo da família com direitos do cliente, dois dos informantes relataram como situação causadora de problema ético, o facto da família não querer que se diga a verdade ao seu familiar, apesar deste ter o direito de saber

toda a verdade, sobretudo no que se refere à sua situação clínica, como podemos verificar através das seguintes narrativas:

E5 “(...) a família não queria que a gente lhe dissesse (...) tive que chamar a família, tivemos que colocar o doente a par de algumas situações, não propriamente tudo (...) foi muito complicado (...) o doente tem direito à informação, o doente devia saber, mas não somos nós que vamos contra uma decisão familiar, uma decisão de informação, mas tive que gerir essa situação e foi bastante complicado.”

E8 “(...) embora não esteja de acordo, mas não posso ser eu sozinho, se a família diz que não quer... embora a pessoa tenha o direito de saber do seu futuro, quando há uma conspiração do silêncio... (...) quando toda a família sabe menos o utente (...) depois surgem aqui alguns problemas, alguns dilemas (...)”

- **Sigilo profissional**

Após análise das narrativas verificamos também, que o **sigilo profissional** surge como uma área problemática, com um total de duas unidades de registo. Desta categoria emergiram duas subcategorias: obrigação de confidencialidade da informação por parte do profissional de saúde e equilíbrio entre desejo do cliente e dever profissional.

Na subcategoria obrigação de confidencialidade da informação por parte do profissional de saúde, um dos participantes salientou como problema ético o facto de ter de guardar segredo profissional perante situações que expõe de maneira contundente a ideia de risco iminente para terceiros, como é o caso do HIV, como podemos verificar através da seguinte unidade de registo:

E5 “(...) um doente uma altura me confidenciou que era portador de HIV, mas não queria que ninguém soubesse nem a parte médica, e é complicado (...) ele era consciente de que tinha (...) não queria que ninguém soubesse e deixou escapar por acaso (...)”

Na subcategoria equilíbrio entre desejo do cliente e dever profissional, um dos participantes referiu como situação geradora de problema ético, o facto de o enfermeiro ter o dever de partilhar informação pertinente relativa ao cliente com aqueles que estão implicados no processo terapêutico, apesar de ser contra a vontade da pessoa a quem são prestados os cuidados de saúde, como podemos constatar através da seguinte narrativa:

E5 “(...) um doente uma altura me confidenciou que era portador de HIV, mas não queria que a parte médica soubesse, e é complicado (...) São daquelas coisas que a gente na altura pensa, falo, não falo, mas como profissional devo, porque é uma situação que não

se pode... mas para o doente, prontos, às vezes pode achar que não é muito ético. Ele leva para um segredo profissional, confia-nos uma coisa, mas é uma coisa da saúde dele que nós como profissionais, às vezes, não podemos esconder nem desvalorizar (...)”

- **Respeito pela dignidade da Pessoa**

O **respeito pela dignidade da Pessoa** surge como mais uma área problemática, com um total de oito unidades de registo. Desta categoria emergiram três subcategorias: privacidade no cuidado, humanização dos cuidados e desinvestimento por parte da equipa médica.

Na subcategoria privacidade no cuidado, três dos enfermeiros salientaram como situação geradora de problema ético, a falta de privacidade a que as pessoas, às quais se prestam cuidados, são expostas diariamente, como podemos constatar através das seguintes unidades de registo:

E3 “(...) os doentes não têm privacidade, há uma falta de privacidade (...)”

E5 “Às vezes queremos falar com o doente da situação, do seu estado (...) enfermarias de três doentes e não temos condições, às vezes temos que criar algumas estratégias. Já fiz dessas abordagens na casa de banho, que não é muito ético, mas dentro da privacidade e dentro de outros princípios, era o mais indicado.”

Na subcategoria humanização dos cuidados, quatro dos participantes salientaram como situação geradora de problema ético, a falta de humanização dos cuidados que são prestados diariamente. A palavra humanização é enquadrada num contexto em que, além de se valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, devem ser reconhecidos os direitos dos clientes, respeitada a sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade o que nem sempre acontece, como podemos verificar pelo seguinte discurso:

E3 “(...) há falta de respeito muitas vezes, eu acho, os doentes (...) não sei se eles têm depois consciência de que estão a ser tratados de forma que às vezes eu acho que não é a forma que deveriam ser tratados (...). Tratar a pessoa como pessoa (...) Aqui é um corpo que está a precisar de um cuidado, nem tanto de um cuidado, se calhar de uma medicação, de uma intervenção porque um cuidado é muito mais abrangente.”

Dois dos participantes referiram que sentem dificuldade, por vezes, em aceitar a recusa da pessoa à qual são prestados cuidados de saúde, quando esta contraria a

proposta terapêutica ou o projeto de cuidados apresentados, como nos revelam as seguintes narrativas:

E3 “(...) há uma transfusão de sangue que um doente se recusou e que estava a sangrar porque era testemunha de Geová. (...) Recusou... recusou! Ele recusou, o próprio doente... e morreu. (...) a que me causou mais... em mim, foi a do senhor que recusou a transfusão.”

E10 “(...) Ele não aceitava e depois o filho que era responsável por ele, que inicialmente aceitava a amputação e depois não aceitou, de tal forma que o doente não fez a amputação (...) e o senhor acabou por morrer passados quatro dias (...) sabendo eu que era o melhor para o doente esbarrava-me com a relutância quer dele quer do filho e em relação ao doente o problema era estritamente religioso, por razões religiosas não aceitava a amputação (...) andei alguns dias a dormir mal porque transferi para mim o problema, achei que não fui capaz de desmontar estas crenças na cabeça do doente e do cuidador.”

Na subcategoria desinvestimento por parte da equipa médica, um dos participantes salientou que uma situação que despoletou o aparecimento de problema ético, refere-se ao desinvestimento de cuidados de um doente em fase terminal por parte da equipa médica, como podemos constatar através do seguinte discurso:

E7 “(...) lembro-me de um doente que tive cá, que sofreu um AVC, que ficou com défice: neurológicos, a nível de parésia dos membros, disfagia, disartria, mas como antecedentes tinha uma neo pulmonar e que segundo o que o médico dizia estava em fase terminal e que não era um doente para investir, no entanto tratava-se de um doente muito consciente, orientado e que se notava ainda muito agarrado à vida, e que queria que a gente não desistisse dele (...) dada a situação do doente (...) achei que devia investir e dado que o doente também queria (...) e tive que confrontar a equipa médica, que até o doente depois acabou por sair da cama e ingressou numa unidade de cuidados continuados (...) acho que depois teve alta e, portanto, depois faleceu, mas entretanto até se investiu no doente.”

- **Equidade nos cuidados**

Da análise das narrativas emergiu a categoria **equidade nos cuidados** que surge também, como uma área problemática, com um total de três unidades de registo. Desta categoria emergiram duas subcategorias: garantia da continuidade de cuidados e garantia à igualdade no acesso aos cuidados.

Na subcategoria garantia da continuidade de cuidados, dois dos informantes salientaram como situação causadora de problema ético, o facto de não ser

proporcionada a continuidade de cuidados a todas as pessoas que necessitam aquando da alta hospitalar, como podemos verificar pelas seguintes unidades de registo:

E4 “(...) um até mais doentes que estão cá neste momento... que está a ser pressionado a dar alta. A família não tem condições para os ter, as unidades de cuidados estão sempre esgotadas e não recebem alguns doentes que não têm critérios para lá ir e a gente vê-se com esta pressão (...)”

E5 “nós devemos providenciar os melhores e a continuidade dos cuidados paliativos adequados, e às vezes... pela conflitualidade, principalmente até entre médicos nos cuidados continuados (...) por não estar muito tempo internado, era um doente que até poderia ir para os cuidados continuados e muitas vezes não vai (...) mas beneficiava com isso (...) há doentes que vão para o domicílio sem conhecimento, sem o mínimo de condições e às vezes com os cuidados continuados beneficiavam.”

Na subcategoria garantia à igualdade no acesso aos cuidados, um dos participantes salientou como problema ético, o facto de existirem situações em que clientes com o mesmo diagnóstico, os mesmos défices e com o mesmo potencial de reabilitação, dentro da mesma instituição, não tenham acesso aos mesmos cuidados especializados na área da reabilitação. Existe um fator determinante para que nem todos os clientes tenham acesso a estes cuidados especializados, que se refere ao serviço onde estes são internados, como podemos constatar através da seguinte narrativa:

E1 “(...) o doente na realidade não tem o desejável ou o direito que tem em termos de reabilitação. Tal como não tem direito, por exemplo, um doente com AVC que em vez de ficar na unidade fica fora da unidade e tem tantos défices como os doentes da unidade e não tem sequer um enfermeiro de reabilitação. E até pode estar um enfermeiro de reabilitação na medicina, mas não dá, não consegue prestar cuidados de reabilitação porque aí já não tem só cinco, aí tem oito doentes e já não consegue sequer prestar cuidados de reabilitação (...)”

- **Défice de recursos**

Após análise das narrativas verificamos que o **défice de recursos** surge como uma área problemática, na qual se inscreveram diversos problemas éticos, com um total de onze unidades de registo. Desta categoria emergiram três subcategorias: profissionais de saúde, material de apoio e tempo, disponibilidade do profissional para o cliente e família e infraestruturas inadequadas.

Na subcategoria profissionais de saúde, material de apoio e tempo, quatro dos participantes salientaram o défice de profissionais de saúde nas instituições como sendo um fator que origina o aparecimento de problemas éticos, como podemos constatar através das seguintes unidades de registo:

E1 “(...) dotações seguras e não é propriamente aquilo o que nós temos aqui. (...) nós não temos profissionais, enfermeiros de reabilitação suficientes (...)”

E2 “(...) às vezes uma pessoa tenta negociar um determinado tipo de tratamento numa perspetiva de uma determinada evolução para com os doentes e depois, porque há faltas, há pouca gente (...) a gente não pode sequer fazer metade daquilo que estava preconizado.”

Um dos participantes refere a escassez de material de apoio nos serviços como fonte causadora de problemas éticos e que está patente no seguinte discurso:

E4 “(...) outra coisa que é importante é que não tenho material de apoio, única e simplesmente tenho algumas almofadas, alguns triângulos (...)”

Três dos enfermeiros, salientaram como problema ético a falta de tempo que o EEER tem para prestar cuidados aos clientes, sejam eles cuidados gerais e/ou cuidados especializados em reabilitação, como podemos verificar através das seguintes narrativas:

E1 “(...) nós não temos tempo, por exemplo, para hidratarmos um doente eficazmente. E se tiver uma disfagia ainda pior porque para hidratá-lo tem que ser com calma, com copo, com posicionamento e não temos disponibilidade de tempo para fazer isto.”

E4 “(...) O problema que a gente se depara todos os dias é a falta de tempo para prestar os cuidados de reabilitação (...)”

Na subcategoria disponibilidade do profissional para o cliente e família, um dos informantes referiu como situação causadora de problema ético, a falta de disponibilidade do enfermeiro para com o cliente e família resultante da sobrecarga de trabalho à qual o EEER está exposto diariamente e ao cansaço que o excesso de trabalho provoca nestes profissionais, como podemos verificar pelo seguinte discurso:

E2 “(...) quase todos os dias, somos confrontados com perguntas, com dúvidas por parte dos doentes, dos familiares, temos é que estar abertos e explicar e, às vezes, se calhar não estamos no melhor dia para explicar as coisas, quer seja pela sobrecarga de trabalho, quer seja pelo cansaço (...) aquilo que para mim é muito mais marcante é

muitas vezes não conseguirmos ter o tempo necessário para conseguirmos estar com os doentes (...)”

Na subcategoria infraestruturas inadequadas, um dos participantes salientou como situação geradora de problema ético o facto das instituições de saúde apresentarem infraestruturas desajustadas ao número de doentes que são internados diariamente e que está patente na seguinte unidade de registo:

E4 “(...) a lotação é pequena, a lista de espera é muito grande, há uma pressão muito grande da equipa médica em admitir doentes, todos os dias querem admitir doentes e com a capacidade esgotada, normalmente temos sempre macas.”

Um dos participantes destacou o excesso de camas por enfermaria como problema ético pois esta situação acarreta, por vezes, falta de privacidade para o cliente, como podemos constatar pela seguinte narrativa:

E5 “Às vezes queremos falar com o doente da situação do seu estado (...) enfermarias de três doentes e não temos condições, às vezes temos que criar algumas estratégias. Já fiz dessas abordagens na casa de banho, que não é muito ético”

• **Decisão de cuidados**

A **decisão de cuidados** surge também como uma área problemática, com um total de oito unidades de registo. Desta categoria emergiram quatro subcategorias: lidar com as expetativas do cliente e família relativamente à reabilitação, lidar com a própria decisão, lidar com a decisão do cliente e lidar com as decisões do superior hierárquico.

Na subcategoria lidar com as expetativas do cliente e família relativamente à reabilitação, um dos participantes salientou como situação causadora de problema ético, o facto do cliente e família depositarem muitas expetativas nos resultados que possam advir da prestação de cuidados especializados em reabilitação pelo EEER, como forma de melhorar o seu estado de saúde. Contudo, o EEER não pode intervir em todas as situações pois existem contra-indicações, como podemos verificar através da seguinte narrativa:

E5 “(...) um doente que tive, que queria que lhe fizesse reabilitação, que queria voltar a ter autonomia (...) foi uma situação muito difícil de lidar, o doente queria recuperar, queria que o enfermeiro intervisse (...) eu na altura queria intervir mas não podia intervir (...) existem contra-indicações em algumas situações e essa era uma dessas (...) era um doente com uma perspectiva de vida curta, só que o doente via-se limitado, e achava que o enfermeiro de reabilitação, com a fisioterapia, com a reabilitação que lhe iria dar alguma

autonomia e, primeiro que se conseguisse resolver essa situação, não ferir a parte do doente, a parte da família... foi um bocado difícil de gerir (...)”

Outro dos participantes, referiu que o facto de tentar encorajar o cliente e família mais pessimistas, dando-lhes perspetivas mais otimistas no que se refere aos resultados esperados após a prestação de cuidados especializados em reabilitação, pode provocar o aparecimento de problemas éticos pois, nem sempre se conseguem alcançar os resultados esperados. O mesmo acontece, quando o EEER se depara com pessoas que depositam muitas expectativas no processo de reabilitação e, no final, não se conseguem alcançar os resultados esperados, como podemos constatar através da seguinte unidade de registo:

E8 *“(...) é a própria expectativa do utente e da família, que por vezes têm uma expectativa demasiado otimista em relação às possibilidades, outras vezes têm umas perspetivas demasiado pessimistas e a gente tenta dar-lhes perspetivas mais otimistas, mas que podem vir a não se concretizarem... nem sempre as coisas correm como a gente pensa (...)*”

Contudo, um dos participantes referiu que a dúvida sobre se deve ou não elucidar o cliente e família relativamente aos reduzidos resultados que podem advir da prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, faz despoletar o aparecimento de problemas éticos. Quando as pessoas têm expectativas demasiado otimistas relativamente ao processo de reabilitação e que não correspondem à realidade, o facto de o EEER as elucidar sobre os resultados reais que devem esperar, pode defraudar as suas expectativas, como podemos verificar através da narrativa infracitada:

E9 *“(...) um utente que tem uma neoplasia, que tem metastização e cujo potencial de reabilitação é muito pouco, é mais uma reabilitação de manutenção e a perspetiva dele, dele e da família, é que vai recuperar bem... e até que ponto é que nós enquanto enfermeiros de reabilitação devemos dizer que não, que não vai recuperar a função como tinha antes do problema de saúde? (...) até que ponto é que nos temos o direito de intervir e de quebrar esta expectativa que a família tem?”*

Na subcategoria lidar com a própria decisão, um dos participantes salientou como situação geradora de problema ético, o facto de lidar com situações que não corram da forma planeada e que sejam resultado de uma determinada indicação dada ao cliente por parte do EEER, após a prestação de cuidados especializados em reabilitação. Por vezes, essas indicações não têm o resultado esperado, como por

exemplo, culminar na queda do cliente após ter sido dada indicação que já poderia iniciar a marcha autonomamente, como podemos constatar pela seguinte unidade de registo:

E2 “(...) é logico e evidente que me transtorna quando uma pessoa diz a um utente, que começa a ter algum equilíbrio na marcha (...) e vai começar a andar e depois passado meia dúzia de dias ele caiu (...) E isto acaba sempre por criar alguma dúvida, e por estar ali constantemente a” traquilhar” a cabeça... até que ponto eu não exagerei nas dicas, quer se dizer, e isto já me aconteceu duas vezes pelo menos, de eu dizer “pode ir andando” e as pessoas terem caído.”

Outro dos participantes referiu que o facto de ter de estabelecer prioridades de atuação, por vezes, deixa-o desconfortável pois, para satisfazer as necessidades de um cliente não consegue satisfazer as necessidades de outro e essa situação provoca o aparecimento de problemas éticos, como podemos verificar através do seguinte discurso:

E3 “(...) é um problema ético a escolha... ou tu fazes uma coisa que implica a vida do doente ou dás-lhe de comer que também é vida e conforto e satisfação, mas se tu tens que escolher o que é que tu vais escolher, não é?”

Todavia, um dos informantes salientou que enquanto EEER e, no exercício das suas funções enquanto especialista, tem como objetivo potenciar a recuperação da pessoa à qual são prestados estes cuidados especializados. Todavia, surge o problema ético quando o EEER, durante o processo de reabilitação causa dor ao cliente, o que faz com que o mesmo se torne renitente aos exercícios de reabilitação propostos pelo EEER e colabore cada vez menos, como se pode constatar através da seguinte unidade de registo:

E10 “(...) quando eu faço reabilitação a um utente e ele tem um joelho flexo e eu pretendo que ele faça uma extensão completa, naturalmente que eu vou-lhe causar dor, se lhe causo dor ele colabora menos, se lhe causo dor ele se calhar vai dormir mal à noite, se dorme mal à noite, no dia seguinte provavelmente colabora mal e nós estamos sempre face a este conflito, este conflito ético, eu preciso fazer extensão para ele sair da unidade com boa mobilidade e do ponto de vista da reabilitação, que saia mais eficientemente reabilitado, mas por outro lado eu provo-co-lhe o mal, não é? E há doentes que não aceitam, não toleram e isto causa-nos aqui problemas de ordem ética, naturalmente causa.”

Na subcategoria lidar com a decisão do cliente, um dos enfermeiros salientou como situação geradora de problema ético, o facto dos clientes nem sempre aceitarem cumprir na íntegra o programa de reabilitação estabelecido pelo EEER, apesar de o enfermeiro achar que isso seria o melhor para eles e que está patente no seguinte discurso:

E10 “(...) às vezes há algum conflito entre aquilo que o doente aceita e aquilo que nós achamos que é o melhor para ele (...)”

Na subcategoria lidar com as decisões do superior hierárquico, um dos participantes referiu a falta de sensibilidade por parte dos superiores hierárquicos para a importância que reabilitação tem para os clientes, como fonte causadora de problemas éticos, como podemos constatar através do seguinte discurso:

E2 “(...) negocieei com o doente respiratório um determinado tipo de tratamento para no dia seguinte seguir para outra área. No dia seguinte cheguei lá e... “hoje não fazes reabilitação e vais para ali”, quer se dizer, o próprio doente ficou a olhar para mim de lado, porque o mau da fita era eu. Gerir isto não é fácil. Eu também compreendo, que para alguns superiores hierárquicos aquilo que é mais importante muitas vezes são outras coisas, também acho que há esta falta de sensibilidade da importância da reabilitação para o doente (...)”

• **Gestão de conflitos na família**

Após análise das narrativas verificamos que a **gestão de conflitos na família** surge como mais uma área descrita como problemática, com um total de três unidades de registo. Desta categoria emergiram duas subcategorias: negligência nos cuidados prestados e negociação de estratégias de cuidados.

Na subcategoria negligência nos cuidados prestados, um dos participantes salientou que, algumas vezes, se depara com situações em que existe negligência nos cuidados prestados por parte dos cuidadores. E, nessas situações, o problema surge quando tem de se confrontar a família com esta situação e se constata que um dos membros da mesma não tem conhecimento desta negligência, o que pode gerar um conflito familiar, como podemos verificar através da seguinte narrativa:

E9 “(...) um utente (...) que ficou dependente (...) vivia sozinho, ele com a esposa e, entretanto foram para a casa de um filho que a família não aceitou assumir-se como cuidador (...) em vez de promoverem a autonomia, estavam a promover a dependência, a situação do utente foi-se agravando e nós tivemos que tomar uma atitude, porque realmente nós tentamos de tudo para motivar a família na prestação de cuidados, mas

estava em causa o bem estar do doente e tivemos que chamar a família, tivemos que fazer uma conferência familiar, envolver outras entidades e o utente neste momento irá para uma unidade de longa (...) E até que ponto nós, no fundo a família é como que acusada de negligência, não é? E até que ponto nós podemos ser omissos ou não perante estas situações (...) o filho do casal não tinha a noção que a nora e a filha não tratavam bem, não cuidavam bem do idoso e tivemos que o confrontar com uma situação que ele desconhecia (...) trabalhava o dia todo e achava que as coisas estavam a correr todas bem e que não havia problema nenhum (...) tivemos que o chamar, no fundo geramos ali um conflito familiar (...)”

O enfermeiro supracitado, salientou também como situação geradora de problema ético, o facto do EEER se deparar, por vezes, com negligência por parte dos cuidadores no que se refere à administração de medicação prescrita, no domicílio. Nesta situação, o problema surge porque apesar dos ensinamentos que são feitos por parte do enfermeiro, a cuidadora mantém-se renitente à administração da medicação o que faz com que o EEER tenha dúvidas como deve proceder perante essa situação, como podemos verificar através do seguinte discurso:

E9 *“(...) um utente que está connosco também para reabilitação (...) deparei-me com uma situação de hipertensão arterial (...) tomei algumas diligências (...) antecipei o diurético e alertei a família para a alimentação, a hidratação (...). Como mantinha valores altos, falei com a médica assistente e foi introduzido um novo medicamento. Ontem a colega foi lá, e mantinha hipertensão. Hoje fomos de manhã lá e mantinha hipertensão. Voltei a ir agora à tarde. Cheguei à conclusão que o doente tinha um medicamento novo em casa desde terça que ainda não tinha iniciado o medicamento, porque a filha disse que não vale a pena iniciar já! (...) E perante isto, como é que nós lidamos? (...) a família estava a ser negligente que não estava a dar-lhe a medicação que lhe tinha sido prescrita, não é? São situações que às vezes nos surgem e que... e agora? A filha? Porque é que ela não lhe deu a medicação, que se lembrou de não precisar, não é, como é que nós nestas situações atuamos, não é? E agora, temos que andar lá a controlar os blisters, se deu, se não deu, não é? E isto tem várias implicações, e mesmo que o doente até entretanto faz uma repetição de um AVC, e depois até vão para o hospital a dizerem que as enfermeiras até nem disseram nada...”*

Na subcategoria negociação de estratégias de cuidados, um dos participantes salientou como situação causadora de problema ético a forma como alguns enfermeiros falam para os familiares, bem como os comentários que tecem junto dos mesmos. Por vezes, são feitos juízos de valores, por parte dos enfermeiros, sem antes se ter explicado e negociado com a família qual o melhor procedimento a ter para com aquele cliente, como podemos verificar pela seguinte unidade de registo:

E9 “(...) a neta: “não come? Não come, entube”. Não, desculpe. Você já experimentou ter uma sonda no nariz? (...) tenho uma colega minha que teceu um comentário que foi assim: “quer que lhe meta primeiro... primeiro entubo-a a si e depois entubo o seu avô, e depois você diz-me qual é a sensação”. Mas que direito temos nós de dizer isto para a família, não é? Mas realmente aquilo dá-me uma revolta tão grande que... Mas nós não tínhamos o direito de tecer este comentário (...)”

2. FATORES FACILITADORES DA TOMADA DE DECISÃO ÉTICA DO EEER

Da análise das narrativas emergiram também, os fatores facilitadores da tomada de decisão ética quando o EEER se depara com problemas éticos na sua prática profissional. Da análise de cada entrevista foram retirados os fatores facilitadores da tomada de decisão ética do EEER, consideradas pelo próprio como sendo fator facilitador.

Da análise do discurso dos entrevistados e tendo por base a segunda área temática, podemos constatar que a mesma fez emergir cinco categorias: relação interpessoal na equipa de saúde, características do enfermeiro, relação com o cliente e/ou família, recursos da instituição e formação profissional, conforme se pode verificar no quadro 5.

Quadro 5 – Fatores facilitadores da tomada de decisão ética do EEER – categorias e subcategorias

CATEGORIAS	Subcategorias	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Relação interpessoal na equipa de saúde	Articulação positiva					x			x	x	
	Relação de confiança na equipa							x			
Características do enfermeiro	Pessoais					x	x	x			
	Experiência profissional										x
Relação com o cliente e/ou família	Estratégias de comunicação										x
	Proximidade									x	
	Respeito pelo Outro							x			
	Informação relativa aos cuidados de saúde							x			
Recursos da instituição	Resultados obtidos		x								
	Contexto familiar								x	x	
	Recursos humanos adequados	x									
	Recursos materiais adequados	x									

	Infraestruturas adequadas			x							
Formação profissional	Auxiliares					x					
	Enfermeiros										x

• Relação interpessoal na equipa de saúde

Da análise das narrativas verificamos que a **relação interpessoal na equipa de saúde** surge como um fator facilitador da tomada de decisão ética quando o EEER se depara com problemas éticos na prática profissional, na qual se inscreveram dois principais fatores, com um total de quatro unidades de registo. Desta categoria emergiram duas subcategorias: articulação positiva e relação de confiança na equipa.

Na subcategoria articulação positiva, três dos participantes salientaram como fator facilitador na tomada de decisão ética do EEER, a boa articulação que é feita entre os seus pares e os demais profissionais que constituem a equipa multidisciplinar e que está patente nos seguintes discursos:

E5 “A boa articulação com o serviço social (...) é um dos fatores positivos.”

E8 “(...) a tua perspetiva nunca é a mesma dos teus colegas ao lado e, portanto, se tu tiveres uma ideia de uma resolução do problema, mas que o resto da equipa multidisciplinar, tanto colegas enfermeiros como outros profissionais (...) tiverem uma perspetiva diferente (...) pode ser facilitador que te ajude a resolver o problema (...)”

Na subcategoria relação de confiança na equipa, um dos participantes salientou como fator facilitador a relação de confiança que se estabelece entre o cliente, enfermeiro e/ou médico, como podemos verificar através da seguinte unidade de registo:

E7 “(...) tríade, foco o enfermeiro, o médico e a pessoa que por nós é cuidada (...) Por isso os fatores facilitadores (...) irão interferir nesta tríade, se o doente quiser ou não quiser, se o enfermeiro quiser ou não quiser ou se o médico quiser ou não quiser. Acho que aí ou torna-se facilitador ou inibidor (...) havia duas pessoas que acreditaram, isso para mim é facilitador, apesar de haver um inibidor, que era a equipa médica, que dizia que não, havia dois facilitadores, ou seja, à partida isto era uma meta ganha.”

• Características do enfermeiro

Através dos discursos dos participantes, constatamos que as **características do enfermeiro** surgem como um fator facilitador da tomada de decisão ética do EEER, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de cinco unidades de registo. Desta

categoria emergiram três subcategorias: pessoais, experiência profissional e estratégias de comunicação.

Na subcategoria pessoais, três dos informantes salientaram como fator facilitador na tomada de decisão as características pessoais do EEER, como podemos verificar através dos seguintes discursos:

E5 “(...) a minha sensibilidade também para isso (...)”

E6 “(...) a dignidade, o tentar ser digno, tentar ser profissional isso facilita a tomada de decisão.”

Na subcategoria experiência profissional, um dos participantes salientou como fator facilitador na tomada de decisão ética a experiência profissional do EEER, como podemos constatar através da seguinte unidade de registo:

E10 “Relativamente aos facilitadores, um deles é a experiência profissional, os anos de serviço (...)”

Na subcategoria estratégias de comunicação, um dos participantes salientou como fator facilitador na tomada de decisão, o desenvolvimento de estratégias de comunicação bem como o investimento na área da comunicação, como podemos verificar através da seguinte narrativa:

E10 “(...) o desenvolvimento de estratégias de comunicação que é extremamente importante do meu ponto de vista, porque entre uma boa comunicação e outra comunicação menos eficiente pode estar a grande diferença (...) porque os conhecimentos científicos e técnicos nomeadamente não são suficientes para nós desenvolvermos o nosso trabalho no dia a dia, sobretudo do ponto de vista de enfermagem de reabilitação (...), acho que é extremamente importante a área da comunicação, o investimento na área da comunicação acho que é crucial na enfermagem.”

- **Relação com o cliente e/ou família**

Após análise das narrativas verificamos que a **relação com o cliente e/ou família** surge também como um fator facilitador da tomada de decisão ética quando o EEER se depara com um problema ético na prática profissional, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de seis unidades de registo. Desta categoria emergiram cinco subcategorias: proximidade, respeito pelo Outro, informação relativa aos cuidados, resultados obtidos e contexto familiar.

Na subcategoria proximidade, um dos enfermeiros referiu que a proximidade que se estabelece nos cuidados de saúde primários com o cliente e família, aquando da prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação é um fator facilitador para a tomada de decisão ética do EEER, como podemos verificar através da seguinte unidade de registo:

E9 “(...) a proximidade principalmente, que o trabalho de comunidade é um trabalho de proximidade, com a família, com o utente (...) nós temos uma relação muito mais próxima com os utentes que nos permite, se calhar, a abordagem ser feita de uma maneira mais direta e mais facilitada (...)”

Na subcategoria respeito pelo Outro, um dos participantes salientou como fator facilitador da tomada de decisão o respeito pela pessoa à qual são prestados cuidados especializados, respeitando a pessoa enquanto 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, como podemos constatar através da seguinte narrativa:

E7 “(...) o respeito pelo outro não exercendo poder (...)”

Na subcategoria informação relativa aos cuidados de saúde, um dos participantes mencionou como fator facilitador da tomada de decisão a existência de consentimento informado relativamente aos cuidados que são prestados por parte do EEER, respeitando assim o direito à autodeterminação, como podemos constatar através do seguinte discurso:

E7 “(...) ele ter o consentimento informado, o livre consentimento digamos, isso numa perspetiva de proteger a vida do outro, acho que assenta nisso, nos fatores facilitadores.”

Na subcategoria resultados obtidos, um dos participantes referiu os ganhos em saúde para o cliente e/ou família como fator facilitador da tomada de decisão ética do EEER e que está patente no seguinte discurso:

E2 “(...) há vários estudos que provam isso, que provam os ganhos em saúde nos utentes. Nós no dia a dia temos a perceção (...) o que foram os ganhos dos utentes, da família, de toda a envolvência, no fundo são os ganhos da sociedade (...). A libertação da sobrecarga dos familiares, a autonomia que se consegue com os doentes (...)”

Na subcategoria contexto familiar, dois dos participantes salientaram que a prestação de cuidados especializados no domicílio e em contexto familiar é um fator

facilitador da tomada de decisão ética do EEER, como podemos constatar através das seguintes unidades de registo:

E8 “(...) o contexto familiar, o contexto do próprio ambiente em que a pessoa está inserida (...). Normalmente é um contexto que... se for trabalhada a família, também consegues ver qual é a perspetiva da família e tentar que através dessas perspetivas dos familiares, perceber até que ponto eles nos podem ajudar (...)”

E9 “(...) a proximidade (...) com a família, com o utente, que estão inseridos numa comunidade e isso acaba por ser um ambiente até mais familiar, não é? Mesmo nós temos uma relação muito mais próxima com os utentes que nos permite, se calhar, a abordagem ser feita de uma maneira mais direta e mais facilitada e conhecemos o contexto real em que a família se insere.”

- **Recursos da instituição**

Da análise das narrativas constatamos também que os **recursos da instituição** surgem como um fator facilitador da tomada de decisão quando o EEER se depara com um problema ético na sua prática profissional, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de três unidades de registo. Desta categoria emergiram três subcategorias: recursos humanos adequados, recursos materiais adequados e infraestruturas adequadas.

Na subcategoria recursos humanos adequados, um dos participantes referiu que o aumento de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação é um fator facilitador da tomada de decisão, como podemos verificar através da seguinte unidade de registo:

E1 “(...) o facto de estarmos muitos mais enfermeiros de reabilitação na unidade isso é muito mais facilitador (...)”

Na subcategoria recursos materiais adequados, um enfermeiro salientou que trabalhar num serviço com recursos materiais adequados para a prestação destes cuidados especializados é um fator facilitador da tomada de decisão ética, como podemos verificar através do seguinte discurso:

E1 “(...) está lá tudo muito mais concentrado, inclusive em termos de material. A verdade é que desde que a unidade, desde que se começou a pensar na unidade, começou-se a adquirir muito material, quer seja cadeirões decentes que sejam adequados a estes doentes, quer seja as cadeiras que estão sentados onde os doentes se sentam em posturas mais corretas (...)”

Na subcategoria infraestruturas adequadas, um EEER referiu como fator facilitador na tomada de decisão, o facto de trabalhar numa instituição que possui infraestruturas adequadas para se prestarem cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, como podemos verificar através da seguinte unidade de discurso:

E3 “Nós temos coisas disponíveis e sítios disponíveis para podermos prestar cuidados de reabilitação como deve de ser.”

• **Formação profissional**

A **formação profissional**, após análise das narrativas, surge como outro dos fatores facilitadores da tomada de decisão ética do EEER quando este se depara com problemas éticos na prática profissional, na qual se inscreveram dois principais fatores, com um total de duas unidades de registo. Desta categoria emergiram duas subcategorias: auxiliares e enfermeiros.

Na subcategoria auxiliares, um dos participantes salientou a formação contínua dada aos assistentes operacionais por parte da instituição como sendo um fator facilitador na tomada de decisão do EEER, como podemos verificar através da seguinte unidade de registo:

E5 “Alguma formação que o hospital já chegou a ministrar, principalmente a auxiliares e nesta vertente da ética e da deontologia profissional (...) é importante (...)”

Na subcategoria enfermeiros, um dos participantes mencionou a importância da formação contínua por parte dos EEER como sendo um fator facilitador na tomada de decisão ética, como podemos verificar através da seguinte narrativa:

E10 “(...) ao mesmo tempo temos que investir na formação porque o conhecimento científico é extremamente importante para a nossa tomada de decisão, temos que fundamentar bem quer as nossas decisões quer as nossas propostas como quando fazemos determinadas propostas ao utente ou à família.”

3. FATORES DIFICULTADORES DA TOMADA DE DECISÃO ÉTICA DO EEER

Da análise das narrativas emergiram também, os fatores dificultadores da tomada de decisão ética quando o EEER se depara com problemas éticos na prática profissional. Da análise de cada entrevista, foram retirados os fatores dificultadores da tomada de decisão consideradas pelo próprio como sendo fator dificultador.

Da análise do discurso dos entrevistados e tendo por base a terceira área temática, podemos constatar que a mesma fez emergir quatro categorias: atitude dos enfermeiros, recursos limitados, relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar e relação com cliente e/ou família, conforme se pode verificar no quadro 6.

Quadro 6 – Fatores dificultadores da tomada de decisão ética do EEER – categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Atitude dos enfermeiros	Postura de acomodação		x	x							
	Credibilidade profissional										x
Recursos limitados	Humanos	x	x	x	x						
	Materiais		x		x						
	Infraestruturas inadequadas			x	x						
Relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar	Dificuldade na articulação da equipa				x	x	x	x	x		
	Dificuldade de comunicação entre enfermeiros		x								
	Desvalorização da reabilitação pela chefia		x								
Relação com cliente e/ou família	Gestão de expetativas do cliente									x	
	Gestão da relação familiar									x	
	Iliteracia do cliente e/ou família										x
	Crenças religiosas e culturais do cliente e/ou família										x

- **Atitude dos enfermeiros**

Após análise das narrativas verificamos que a **atitude dos enfermeiros** surge como um fator dificultador da tomada de decisão ética quando o EEER se depara com problemas éticos na prática profissional, na qual se inscreveram dois principais fatores, com um total de três unidades de registo. Desta categoria emergiram duas subcategorias: postura de acomodação e credibilidade profissional.

Na subcategoria postura de acomodação, dois dos participantes salientaram como fator dificultador na tomada de decisão do EEER a postura de acomodação verificada em alguns dos seus pares no exercício das suas funções e que está patente nas seguintes unidades de registo:

E2 “(...) porque eu acho que nós enfermeiros somos todos um bocado comodistas, se me trouxerem a comida à boca, para que é que eu me vou estar a mexer, não é?”

E3 “Às vezes eu acho que há um bocadinho de falta de vontade também. Não é só ausência de infraestruturas (...) às vezes também é um bocadinho de preguiça para que não se faça o que se deve fazer, não é? Acho que é um bocado por aí. A falta de vontade.”

Na subcategoria credibilidade profissional, um dos informantes referiu que a falta de confiança do cliente no EEER associada ao estigma do enfermeiro ser funcionário público é um fator dificultador na tomada de decisão ética, como podemos constatar através da seguinte narrativa:

E10 “(...) no olhar dos doentes quando lhe estamos a explicar determinado procedimento ou pedir algum consentimento, eles por defeito acham sempre que nós estamos a mentir, depois temos um trabalho grande a fazer, que é tentar convencê-los que nós não estamos a mentir e que não queremos o mal deles, mas a verdade é que eles acham sempre que nós, talvez por sermos funcionários públicos, que isso também é um problema na nossa sociedade, o funcionalismo publico é sempre muito mal visto. Aí acham sempre que nós defendemos o outro lado e não percebem muitas vezes que nós estamos aqui a trabalhar para eles e a tentar fazer o melhor para eles (...)”

• Recursos limitados

Os **recursos limitados** emergiram dos discursos dos participantes como sendo um fator dificultador da tomada de decisão ética do EEER, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de oito unidades de registo. Desta categoria emergiram três subcategorias: humanos, materiais e infraestruturas inadequadas.

Na subcategoria humanos, três dos participantes referiram a falta de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação nos serviços como sendo um fator dificultador na tomada de decisão, como podemos constatar através dos seguintes discursos:

E1 “(...) nós não temos profissionais, enfermeiros de reabilitação suficientes (...)”

E4 “(...) é a falta de tempo para prestar os cuidados de reabilitação (...) é a falta de pessoal, o que leva a que eu tenha que prestar também cuidados gerais (...)”

Por outro lado, um dos informantes mencionou a falta de assistentes operacionais no serviço como sendo um fator dificultador na tomada de decisão ética do EEER, como podemos verificar através da seguinte unidade de registo:

E3 “(...) deveriam estar mais assistentes operacionais (...)”

Na subcategoria materiais, dois dos participantes referiram como fator dificultador na tomada de decisão do EEER a falta de recursos materiais sentidas nas instituições, como podemos verificar através dos seguintes discursos:

E2 “(...) nós temos muitas dificuldades fruto da falta (...) de materiais (...)”

E4 “(...) não tenho material de apoio, única e simplesmente tenho algumas almofadas, alguns triângulos (...)”

Na subcategoria infraestruturas inadequadas, um dos participantes referiu como fator dificultador da tomada de decisão a ausência de infraestruturas adequadas para a prestação de cuidados de reabilitação, como podemos constatar através da seguinte unidade de registo:

E3 “(...) há ausência de infraestruturas (...)”

Contudo, um dos enfermeiros salientou como fator dificultador da tomada de decisão ética o número insuficiente de camas, como podemos verificar através do seguinte discurso:

E4 “(...) a lotação é pequena, a lista de espera é muito grande (...)”

• **Relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar**

Da análise das narrativas constatamos também que a **relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar** também surge como um fator dificultador da tomada de decisão ético do EEER, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de sete unidades de registo. Desta categoria emergiram três subcategorias: dificuldade na articulação da equipa, dificuldade de comunicação entre enfermeiros e desvalorização da reabilitação pela chefia.

Na subcategoria dificuldade na articulação da equipa, quatro dos participantes referiram que a dificuldade sentida na articulação com os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar bem como com os seus pares, constitui um fator dificultador na tomada de decisão do EEER, como podemos verificar através das seguintes unidades de registo:

E5 “(...) uma das dificuldades... a interação das equipas multidisciplinares e a concordância entre as equipas multidisciplinares (...) A interação da equipa multidisciplinar às vezes falha (...)”

E6 “(...) por vezes aqui não há uma equipa multidisciplinar, existe uns que mandam e existem outros que têm que obedecer (...) Como enfermeiro eu sinto que neste hospital, a classe de enfermagem não tem uma posição totalmente assumida, ou seja, tudo roda em função de uma classe, se nós não fizermos as coisas em função dessa classe, parece que estamos a incorrer num pecado, a ir contra o sistema, e que isso não é verdade (...) em todos os hospitais em que passei achava que todas as classes estavam minimamente posicionadas e todos tinham que se saber respeitar, aqui não!”

E8 “(...) a tua perspetiva nunca é a mesma dos teus colegas ao lado, e portanto, se tu tiveres uma ideia de uma resolução do problema, mas que o resto da equipa multidisciplinar tanto colegas enfermeiros como outros profissionais (...) tiverem uma perspetiva diferente (...) pode dificultar a resolução do problema.”

Na subcategoria dificuldade de comunicação entre enfermeiros, um dos informantes referiu como fator dificultador da tomada de decisão ética do EEER, a dificuldade que sentida na comunicação entre os enfermeiros, como podemos verificar através do seguinte discurso:

E2 “(...) eu continuo a achar que isto é tudo um problema da falta de comunicação, e quando digo falta de comunicação, é falta de comunicação entre nós classe de enfermagem, uma vez que isto é enfermagem (...)”

Na subcategoria desvalorização da reabilitação pela chefia, um dos participantes salientou que a desvalorização dos cuidados enfermagem de reabilitação por parte da chefia constitui um fator dificultador na tomada de decisão do EEER, como podemos verificar através da seguinte unidade de registo:

E2 “(...) para alguns superiores hierárquicos aquilo que é mais importante muitas vezes são outras coisas, também acho que há esta falta de sensibilidade, da importância da reabilitação para o doente (...)”

- **Relação com cliente e/ou família**

A **relação com cliente e/ou família**, após análise das narrativas surge como outro dos fatores dificultadores da tomada de decisão ética do EEER, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de cinco unidades de registo. Desta categoria emergiram quatro subcategorias: gestão de expectativas do cliente, gestão da

relação familiar, iliteracia do cliente e/ou família e crenças religiosas e culturais do cliente e/ou família.

Na subcategoria gestão de expetativas do cliente, um dos participantes referiu que gerir as expetativas do cliente relativas aos resultados esperados decorrentes dos cuidados especializados em reabilitação, constitui um fator dificultador na tomada de decisão do EEER, pois nem sempre correspondem aos resultados reais e que está patente no seguinte discurso:

E9 “(...) chegar lá e quebrar completamente a expectativa acho que também ia... acho que ia ser um fator também negativo no processo de recuperação e bem-estar do próprio utente, acho que ele ia ficar mais deprimido (...) Se ele deprime, e já com os problemas todos que tem, é pior em termos de reabilitação.”

Na subcategoria gestão da relação familiar, um dos enfermeiros referiu como fator dificultador na tomada de decisão do EEER, a gestão da relação familiar quando se está perante cuidadores negligentes nos cuidados prestados aos seus familiares, como podemos constatar através das seguintes narrativas:

E9 “(...) a família do utente é negligente em termos de cuidados e se a família (...) não aceitasse que depois nós fizéssemos a proposta para longa, imagine o que é envolver o ministério publico, não é? Estas situações já são mais problemáticas porque o idoso ia continuar integrado naquela família, ia ser um processo demorado e aí em termos de agilizar os recursos e o encaminhamento da situação não seria muito fácil porque ia passar pelo ministério publico, o ministério publico tinha que tomar uma decisão, fazer a retirada do utente do seio familiar não é fácil, não é, ter que nomear um tutor, essas coisas todas... para mim já é mais complicado (...)”

E9 “Hoje fomos de manhã lá e mantinha hipertensão. Voltei a ir agora à tarde. Cheguei à conclusão que o doente tinha um medicamento novo em casa desde terça que ainda não tinha iniciado o medicamento, porque a filha disse que não vale a pena iniciar já!”

Na subcategoria iliteracia do cliente e/ou família, um dos participantes referiu que a iliteracia verificada em alguns clientes e/ou família constitui um fator dificultador na tomada de decisão ética do EEER, como podemos constatar através da seguinte unidade de registo:

E10 “(...) estou a falar do utente ou dos seus responsáveis, familiares (...) o grau de literacia, tudo isso são fatores dificultadores na minha perspetiva (...)”

Na subcategoria crenças religiosas e culturais do cliente e/ou família, um dos informantes referiu que o facto de ter de lidar com as crenças religiosas e com as

questões culturais de cada cliente e/ou família, por vezes, constitui um fator dificultador da tomada de decisão do EEER, como podemos constatar através do seguinte discurso:

E10 “(...) ainda falei há pouco questões culturais e estou a falar do utente ou dos seus responsáveis, familiares, questões culturais, questões religiosas, o grau de literacia, tudo isso são fatores dificultadores na minha perspetiva (...)”

4. IMPLICAÇÕES DA VIVÊNCIA DOS PROBLEMAS ÉTICOS NO DESEMPENHO DA ATIVIDADE PROFISIONAL DO EEER

Da análise das narrativas emergiram as implicações da vivência dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER. Da análise de cada entrevista foram retiradas as implicações dessas vivências, consideradas pelo próprio como sendo uma implicação no seu desempenho profissional enquanto EEER.

Da análise do discurso dos entrevistados e tendo por base a quarta área temática, podemos constatar que a mesma fez emergir três categorias: melhorar a prática profissional, crescimento pessoal e profissional e desmotivação, conforme se pode verificar no quadro 7.

Quadro 7 – Implicações da vivência dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER – categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Melhorar a prática profissional	Desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo			x		x	x	x			
	Desenvolvimento de estratégias para a tomada de decisão			x		x	x				x
	Atualização do conhecimento						x				
Crescimento pessoal e profissional	Maturidade		x				x			x	x
Desmotivação	Desinteresse	x			x						
	Pressão psicológica				x						
	Falta de confiança do cliente		x						x		
	Desarticulação de cuidados									x	

- **Melhorar a prática profissional**

Através dos discursos dos participantes verificamos que **melhorar a prática profissional** surge como um dos resultados da vivência dos problemas éticos do EEER, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de nove unidades de registo. Desta categoria emergiram três subcategorias: desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo, desenvolvimento de estratégias para a tomada de decisão e atualização do conhecimento.

Na subcategoria desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo, quatro dos participantes referiram que o facto de se confrontarem diariamente com problemas éticos no desempenho da sua atividade profissional permite o desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo, como podemos constatar através dos seguintes discursos:

E3 “(...) vamos para casa e aquilo faz-nos pensar... não, para a próxima já não vai ser assim. E és capaz de ligar a dizer: olha esqueci-me de dar um copo de água.”

E5 “E as situações com que me deparo é uma experiência de vida, que fica na memória sempre e, alguma situação que se depara de igual aparência é muito mais fácil resolver porque já temos um trajeto que já nos facilita (...)”

E7 “(...) a vivência destes problemas éticos no desempenho da minha atividade profissional até acho positivo (...) permite-nos desenvolver o espírito crítico e reflexivo, acima de tudo isso, sobre a nossa prática, ou seja, refletir a prática na prática (...) cada pessoa é única, por isso cada caso e cada experiência vão ser únicos, não podemos comparar o incomparável, não pode haver receitas.”

Na subcategoria desenvolvimento de estratégias para a tomada de decisão, quatro dos informantes referiram que o facto de se confrontarem diariamente com problemas éticos no desempenho da sua atividade profissional, permite o desenvolvimento de estratégias para a tomada de decisão, como podemos constatar através das seguintes unidades de registo:

E3 “(...) se eu achei que eu hoje falhei (...) eu acho que na vez seguinte a coisa acontecer da mesma forma já tenho um bocadinho mais de cuidado.”

E5 “Acarreta algum traquejo e é evidente que com o evoluir dos anos, vamos tendo o traquejo, vamos tendo outra sensibilidade e se calhar outras estratégias facilitadoras para lidarmos com as situações e que nos ajudam às vezes na tomada de decisão (...)”

E10 “(...) os outros problemas também nos fazem crescer, então acho que depois recorremos, como se diz na psicologia ao insit com base em experiências passadas,

teremos argumentos e estaremos mais à vontade para resolver problemas de futuro e com os quais nos deparamos no dia a dia.”

Na subcategoria atualização do conhecimento, um dos enfermeiros referiu que uma das implicações da vivência de problemas éticos, por parte do EEER na prática profissional é a necessidade de manter a atualização do conhecimento através da pesquisa de informação, como podemos constatar através da seguinte narrativa:

E6 “(...) há coisas positivas a tirar disto tudo, que é (...) a maior tentativa de leitura de informação ou estar mais informado sobre as coisas, o que também nos faz crescer um bocado em relação a isso.”

• **Crescimento pessoal e profissional**

Após análise das narrativas verificamos que o **crescimento pessoal e profissional** surge como um dos resultados da vivência dos problemas éticos do EEER, com um total de quatro unidades de registo. Desta categoria emergiu uma subcategoria: maturidade.

Na subcategoria maturidade, quatro dos participantes referiram que uma das implicações da vivência de problemas éticos é o aumento da maturidade o que faz com que estes profissionais tenham uma atitude crítico-reflexiva na prestação de cuidados, como podemos constatar através dos seguintes discursos:

E2 “(...) uma pessoa ao fim de tantos anos de serviço (...) acredito que qualquer dia isto possa mudar, e que as coisas a mudar, se calhar, têm que começar a mudar por mim. (...)”

E9 “(...) as várias situações que são vivenciadas, quer a nível pessoal quer a nível profissional, refletem-se e mudam a nossa forma de ser e de estar (...) há 5 ou 6 anos era muito mais radical em determinadas situações. É, não é, não pode ser, é assim! Mais preto no branco. Agora não. Tento ver as coisas de uma maneira diferente, da perspectiva do utente (...) Já não sou tao radical, não. Disso tenho a plena noção, tenho outra maneira de ver as coisas”

E10 “(...) é verdade que quando há algum problema, algum constrangimento, algum problema de ordem ética, algum problema na área da relação ou da comunicação com a equipa, com o doente ou com a família, isso também nos faz crescer. Nós nunca cresceríamos se tudo já estivesse regular... quer se dizer nós temos que fazer o nosso percurso e provavelmente todos gostam de encontrar um caminho sem pedras, mas não é fácil, todos eles assim. Isso faz-nos crescer, os outros problemas também nos fazem crescer (...).”

• Desmotivação

Da análise das entrevistas, constatamos também que a **desmotivação** surge como outra das implicações mencionadas pelos participantes do nosso estudo como sendo resultante da vivência dos problemas éticos na prática profissional do EEER, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de seis unidades de registo. Desta categoria emergiram quatro subcategorias: desinteresse, pressão psicológica, falta de confiança do cliente e desarticulação de cuidados.

Na subcategoria desinteresse, dois dos participantes referiram que uma das implicações da vivência de problemas éticos é o desinteresse na prestação de cuidados com qualidade. Estes profissionais revelaram desmotivação para a prestação de cuidados especializados de excelência, como podemos constatar através das seguintes unidades de registo:

E1 “Só interfere numa coisa, que é... como isso acaba por trazer a desmotivação, não é, as pessoas não andam, não têm um nível de motivação que se pudesse considerar o ideal para poder fazer mais e mais porque uma equipa motivada é uma equipa com um trabalho muito mais eficaz. Como há a desmotivação então é quase como... não é bem a ignorância mas é... é como se nós... vimos, praticamos os cuidados mas nem sequer estamos a pensar na avaliação, no benefício. Não olhamos para o futuro. (...) Como não há continuidade de cuidados isso nos deixa desmotivados então a gente passa a pensar, e isso acho que é o pior fator de todos, passas a pensar só nas 8 horas de trabalho. Pensas no de hoje e no que fazes hoje... amanhã é outro dia e logo se verá...”

E4 “(...) quando chega aqui sabe que é mais do mesmo, os problemas podem ser ligeiramente diferentes, mas vai bater tudo na mesma coisa.”

Na subcategoria pressão psicológica, um dos enfermeiros referiu que uma das implicações da vivência de problemas éticos na sua prática profissional é a pressão psicológica exercida por outros profissionais, como podemos constatar através da seguinte unidade de registo:

E4 “(...) a gente está sempre sob pressão porque é mesmo pressão, está sempre ali a bater no mesmo e o médico, o diretor (...) a administrativa vem e quer admitir o doente, porque o doente já devia ter sido internado ontem e já foi adiado duas ou três vezes e a pressão aumenta.”

Na subcategoria falta de confiança do cliente, dois dos informantes referiram que uma das implicações da vivência de problemas éticos é falta de confiança do cliente,

sentida por estes profissionais na prestação dos cuidados especializados, como podemos constatar através do seguinte discurso:

E2 “(...) negocieei com o doente respiratório um determinado tipo de tratamento para no dia seguinte seguir para outra área. No dia seguinte cheguei lá e... “hoje não fazes reabilitação e vais para ali”, quer se dizer, o próprio doente ficou a olhar para mim de lado, porque o mau da fita era eu. Gerir isto não é fácil.”

Na subcategoria desarticulação de cuidados, um dos participantes referiu que uma das implicações da vivência de problemas éticos é desarticulação de cuidados, entre os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, verificada nos cuidados de saúde primários devido à negligência dos cuidados prestados por alguns cuidadores, como podemos constatar através da seguinte unidade de registo:

E9 “(...) um utente que está connosco também para reabilitação (...) deparei-me com uma situação de hipertensão arterial (...) tomei algumas diligências (...) antecipei o diurético e alertei a família para a alimentação, a hidratação (...). Como mantinha valores altos, falei com a médica assistente e foi introduzido um novo medicamento. Ontem a colega foi lá, e mantinha hipertensão. Hoje fomos de manhã lá e mantinha hipertensão. Voltei a ir agora à tarde. Cheguei à conclusão que o doente tinha um medicamento novo em casa desde terça que ainda não tinha iniciado o medicamento, porque a filha disse que não vale a pena iniciar já! (...) para vigiar tensões e isso, isso é saúde familiar, estamos a desperdiçar um recurso, eu podia estar a perder esse tempo com um utente que realmente pudesse fazer a intervenção de reabilitação. Não é que seja tudo do enfermeiro de reabilitação, mas quer dizer, foi lá uma colega de manhã e eu de tarde, que somos de reabilitação, e acabamos por não fazer nada específico da reabilitação porque o utente, na situação clínica, não permitia, não é? Não foi por falta de aviso, quer dizer em termos de reabilitação, o processo de reabilitação deste doente neste domingo, está parado, por causa de outras situações, não é, pelo risco de ter uma repetição de um AVC.”

5. CONTRIBUTOS DA FORMAÇÃO ACADÉMICA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA TOMADA DE DECISÃO ÉTICA DO EEER

Da análise das narrativas emergiram também os contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação na tomada de decisão do EEER. Da análise de cada entrevista foram retirados os contributos da formação académica em

enfermagem de reabilitação na tomada de decisão, considerados pelo próprio como sendo um contributo para a tomada de decisão.

Da análise do discurso dos entrevistados e tendo por base a quinta área temática, podemos constatar que a mesma fez emergir duas categorias: desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico e mudança de comportamento, conforme se pode verificar no quadro 8.

Quadro 8 – Contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação na tomada de decisão do EEER – categorias e subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico	Promove a reflexão		x	x				x			
	Aquisição e aprofundamento de conhecimentos	x	x	x	x	x	x	x		x	
	Visão integrada dos cuidados especializados	x				x	x				
Mudança de comportamento	Crescimento pessoal e profissional		x	x		x	x	x		x	x
	Encarar as situações de forma diferente	x	x					x	x	x	x
	Aumento do receio		x								
	Aumento da responsabilidade						x				
	Criação de estratégias adaptativas					x					

• **Desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico**

Após a análise das entrevistas verificamos que o **desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico** surge como um dos contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação na tomada de decisão do EEER, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de catorze unidades de registo. Desta categoria emergiram três subcategorias: promove a reflexão, aquisição e aprofundamento de conhecimentos e visão integrada dos cuidados especializados.

Na subcategoria promove a reflexão, três dos participantes mencionaram que um dos contributos da formação académica para obtenção do título de especialista em enfermagem de reabilitação, é que esta formação promove a reflexão sobre os cuidados prestados e por conseguinte facilita na tomada de decisão do EEER, como podemos constatar através dos seguintes discursos:

E2 “Há experiências que são relatadas em trabalhos efetuados que nos levam muitas vezes a pensar assim... eu acho que isto também já passou por mim, quer-se dizer, se

calhar também era isto, se calhar eu é que não o percecionei (...) não haja dúvidas que se não tivesse feito a especialidade se calhar continuava a achar que trabalhava muito bem que fazia as coisas muito bem, mas era sempre na mesma.”

E3 “(...) todas as vezes que nós vamos à escola nos fazem refletir sobre alguma coisa.”

E7 “(...) enfermagem de reabilitação, conduz-nos a uma reflexão constante (...) do modo como cuidamos, sobre o modo como assistimos a pessoa que se encontra ao nosso cuidado (...)”

Na subcategoria aquisição e aprofundamento de conhecimentos, oito enfermeiros referiram que um dos contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação foi a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, como podemos constatar através das seguintes unidades de registo:

E4 “A especialidade dá-nos mais conhecimentos e a gente atua de uma forma sempre diferente (...) É mais a nível do aumento de conhecimentos (...) dá-nos outra bagagem e outros conhecimentos para a gente também alterar a nossa maneira e a nossa postura perante as situações.”

E7 “(...) a forma de resolver os problemas identificados no que toca à tomada de decisão, com a especialidade (...) acho que também trouxe uma certa bagagem (...)”

E9 “Uma base mais sustentada, quer em termos teóricos quer em termos de vivência prática para tomar a decisão (...) Aliás, eu se não tivesse conhecimento necessário não poderia decidir em plena consciência sobre aquilo que estava a decidir (...) há uma tomada de decisão muito mais consciente porque tenho um corpo de conhecimentos para trás que me permite tomar essa decisão (...)”

Na subcategoria visão integrada dos cuidados especializados, três dos participantes referiram que alteraram a planeamento e priorização de cuidados que prestam aos clientes após a formação académica em enfermagem de reabilitação, como podemos constatar através das seguintes narrativas:

E1 “(...) não entra na minha cabeça porque um doente tem uma dificuldade na marcha, que tem que ser cuidado no leito, não. Então eu faço levante, vai para uma cadeira sanitária, vai à casa de banho, potencio a marcha (...)”

E5 “A nível de organização dos cuidados que a gente presta, é evidente como generalista tinha uma organização um bocado direcionada para a patologia do doente, para a necessidade de satisfação das necessidades básicas do doente, etc. Com a especialidade também nos veio dar esse contributo, também se calhar, virado mais para

a parte ética da prestação de cuidados e ver outras vertentes que, talvez, anteriormente não tinha a sensibilidade para isso (...)”

E6 *“(...) a estruturação do meu planeamento de trabalho mudou um bocadinho. Sei que consigo me direcionar mais para aquele doente, tenho uma forma de pensar e de me organizar totalmente diferente do que antes como generalista, mas como todos os generalistas pensamos no ato em si, em executar o ato e termina por ali... e não pensamos um bocadinho mais além (...) Como especialista (...) no dia a dia faço tudo aquilo que me é possível e planeio as coisas como é possível, de forma a que qualquer ato que eu faça naquele momento possa-se repercutir um bocadinho mais à frente e acho que como enfermeiro especialista, depois de tirar a especialidade, abriu-me mais o horizonte nesse aspeto.”*

- **Mudança de comportamento**

Após análise das entrevistas dos enfermeiros verificamos que a **mudança de comportamento** surge como outro dos contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão do EEER, na qual se inscreveram diversos fatores, com um total de dezassete unidades de registo. Desta categoria emergiram cinco subcategorias: crescimento pessoal e profissional, encarar as situações de forma diferente, aumento do receio, aumento da responsabilidade e criação de estratégias adaptativas.

Na subcategoria crescimento pessoal e profissional, sete dos participantes referiram que um dos contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação foi o crescimento quer a nível pessoal quer profissional o que facilita o EEER quando se depara com uma tomada de decisão, como podemos constatar através dos seguintes discursos:

E3 *“Noto diferença (...) na forma de estar, na forma de comunicar, na forma de abordar as pessoas.”*

E5 *“(...) dá-nos um aporte e uma calma diferente e acho que é uma mais valia (...)*”

E6 *“(...) a minha forma de agir é diferente (...)*

E7 *“(...) acho que cresci, quer enquanto pessoa quer enquanto profissional (...) permitiu alargar as aptidões (...) e até a minha postura no seio da equipa (...)*

E9 *“(...) agora estou muito mais desperta para a promoção da autonomia, as questões do bem-estar, em pequenas coisas (...) A minha postura mudou... antes da especialidade e pós-especialidade, isso não tem nada a ver (...) Eu acho que vivia muito preocupada também com o tempo, o tempo de fazer, o tempo de acabar, e agora, também vivo*

preocupada com o tempo, claro, tenho limites para cumprir mas se tenho que perder uma hora a treinar o doente a levantar a colher, que seja, não é? É um ganho, penso mais em termos de ganhos do que propriamente em volume, em quantidade (...)

Na subcategoria encarar as situações de forma diferente, sete enfermeiros referiram estar agora mais despertos para alguns pormenores no cuidar que até então não valorizavam e lhes passavam despercebidos. Mencionaram que passaram a encarar as situações que vão surgindo, resultantes dos cuidados prestados, de forma diferente após a formação académica em enfermagem de reabilitação, como podemos constatar através das seguintes narrativas:

E1 *“Tu comesças a olhar para o doente de uma forma mais específica. Penso eu, que a reabilitação que traz mais aqui na minha realidade (...) a mim... o que me trouxe mais foi o potenciar a autonomia, o manter e conquistar a independência que é perdida...”*

E7 *“(...) a especialidade contribui porque alargou os meus horizontes, foi pôr uns novos óculos para ver as coisas (...) A gente agora vê as coisas de outra forma. Acho que nunca mais se fica o mesmo com a especialidade.”*

E9 *“(...) claro que a bagagem que tenho em termos de especialidade, permite-me olhar para o utente e para a família de uma maneira diferente da que olhava antigamente (...)*

E10 *“Eu quando olho para um doente que vai por exemplo no corredor do nosso serviço, (...) reparo na postura, reparo no padrão da marcha, reparo na posição dos braços, reparo em muitas coisas (...) os meus colegas generalistas, na generalidade, não olham para o doente desta forma. (...) Nós olhamos para o doente com um potencial para se reabilitar e eles olham para o doente como uma desgraça, teve um AVC e agora tenho que lhe dar banho, tenho que lhe dar de comer, agora tenho que fazer tudo e a forma como nós vemos o doente, a forma como nós os cuidamos, a forma como nós intervimos, os próprios generalistas reconhecem que há uma mais valia muito grande da nossa formação enquanto enfermeiros especialistas nessa área.”*

Na subcategoria aumento do receio, um informante referiu que após a formação académica em enfermagem de reabilitação ficou com receio na prestação dos cuidados especializados pois referiu ter medo de cometer erros, como podemos constatar através da seguinte unidade de registo:

E2 *“(...) antigamente tinha menos receios de cometer erros (...)*

Na subcategoria aumento da responsabilidade, um dos participantes referiu sentir um aumento da sua responsabilidade no seio da equipa após a especialização em enfermagem de reabilitação, como podemos verificar através do seguinte discurso:

E6 “(...) dá mais responsabilidade saber que em termos de avaliação do dia a dia, sou um bocadinho mais avaliado do que alguns colegas que exercem funções no serviço. Isso fez com que também dentro do serviço, exercesse uma responsabilidade maior em termos de formação dos colegas, em termos de identificação de práticas que não tivessem corretas ou que fosse necessário mudar, tentativa de mudanças no serviço (...)”

Na subcategoria criação de estratégias adaptativas, um dos enfermeiros referiu que um dos contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação foi potenciar a criação de estratégias adaptativas que facilitam a tomada de decisão ética quando o EEER se depara com problemas éticos na prática profissional, como podemos constatar através da seguinte unidade de registo:

E5 “(...) a reabilitação é também o adaptar e criar estratégias adaptativas a situações, o que nos ajuda também, às vezes, a criar estratégias adaptativas nessas situações de conflitos de ética profissional e de deontologia e acho que me trouxe muito muito aporte e à vontade, que não tinha anteriormente (...) dá-nos traquejo para criarmos estratégias noutras vertentes que não só a reabilitação mas em todas as áreas, quer na área da ética, quer na área relacional, quer na área de gestão (...)”

Contudo, não podemos deixar de salientar que três dos participantes, referiram que existe pouca formação na área da ética ao longo do curso de especialidade em enfermagem de reabilitação, como podemos constatar através dos seguintes discursos:

E7 “(...) o número de horas atribuído a nível curricular no que toca às questões da ética é insuficiente, acho que deviam ser criados tipo seminários ou momentos de reflexão nos cursos, apostar cada vez mais nisso, porque isto é uma problemática constante e diária (...) ao elaborar um plano curricular para uma especialidade, acho que as disciplinas deviam focar sempre... ter umas “X” horas a nível da ética para tratar estas questões.”

E8 “O curso em termos de questões éticas é pouco... (...) Falta, na especialidade, sim (...) Até deviam existir mais formações sobre as questões éticas (...)”

E9 “A formação na área da ética durante a especialidade, se calhar, fica um bocadinho aquém (...) nós caminhamos num sentido que cada vez as famílias são muito mais exigentes e reivindicativas e há situações que não sabemos... eu sinto-me às vezes pouco à vontade de lidar, não é, porque depois também não sei que implicações e que autoridade e que direito, mesmo quer seja, uma coisa do ponto de vista moral ou ético, que moral é que tenho para fazer aquilo ou não à revelia da família, ou... não é?”

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados “constitui frequentemente a etapa mais difícil do relatório de investigação, dado que exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação” (Fortin, 2009. p. 477).

Tendo em conta o nosso percurso de investigação, alicerçado na Questão de Investigação: **“Quais os problemas éticos vivenciados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na prática profissional?”** e atingida esta etapa do nosso estudo, impõe-se uma discussão analítica, crítica e reflexiva dos achados. Assim, é nossa intenção produzir inferências válidas sobre o fenómeno em estudo, centrando-se a discussão em torno de quatro grandes áreas de acordo com os objetivos delineados:

- Problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional;
- Fatores facilitadores e dificultadores da tomada de decisão ética do EEER;
- Implicações das vivências dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER;
- Contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão ética do EEER.

1. PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PRÁTICA PROFISSIONAL

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu-nos verificar a emergência de situações da prática profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que os próprios consideraram como problemáticas, quanto à sua dimensão ética. A análise dos dados, levou-nos a concluir pela delimitação de sete áreas relacionadas com a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, onde foi possível inscrever os problemas identificados. Assim, a informação, o sigilo profissional, o respeito pela dignidade da Pessoa, a equidade nos cuidados, o défice de recursos, a decisão de cuidados e a gestão de conflitos na família, constituem os domínios relativamente aos quais identificamos problemas éticos dos enfermeiros especialistas em enfermagem e reabilitação.

• Informação

O direito à informação é um direito fundamental em contextos de saúde, pois é ele que garante a efetiva autonomia do indivíduo na sua tomada de decisão e, conseqüentemente, a sua autodeterminação, sem a qual não existe respeito pela dignidade humana (Frutuoso, 2012).

Após a análise das dez narrativas verificamos que cinco participantes (E3, E5, E6, E8 e E9) mencionaram problemas éticos relacionados com a transmissão da informação, quer seja relativa aos cuidados, quer seja para manter o equilíbrio entre a verdade e a motivação do cliente e/ou família ou para conciliar o desejo da família com os direitos do cliente.

No que se refere à informação relativa aos cuidados, dois participantes (E3 e E6) referiram como problema ético a inexistência de consentimento informado, em algumas situações, por parte da equipa médica.

Pensamos que tal facto acontece, pois, alguns profissionais adotam com frequência o clássico modelo paternalista na sua relação com os clientes. Deste modo, entendem que as pessoas às quais são prestados cuidados de saúde, não têm capacidade para tomar as decisões que melhor satisfaçam os seus interesses, por isso devem aceitar passivamente as opções que os profissionais tomam, à luz dos seus conhecimentos, habilidades e experiências. Neste modelo, os profissionais apoiam-se nos princípios da não maleficência e da beneficência e nesta base manipulam a informação a dar aos clientes e, sem muitas vezes lhes darem oportunidade de expressarem o que desejam ou sem terem em conta a sua vontade, tomam as decisões que entendem necessárias.

Ao ser negado aos clientes o direito a fazerem escolhas esclarecidas segundo as suas crenças e valores e de se responsabilizarem por elas, os profissionais estão a violar o princípio da autonomia, desrespeitando assim a dignidade do Outro. Este desrespeito está patente quando, por exemplo, não se informa o cliente sobre a sua situação clínica (E5), sobre o seu potencial de reabilitação (E5) ou sobre as contra-indicações na prestação de cuidados especializados em reabilitação (E5), e quando não se lhe pede consentimento para implementar um determinado plano terapêutico (E3 e E6).

Todavia, os enfermeiros de acordo com o artigo 105.º do código deontológico (OE, 2015), têm o dever de respeitar o direito à autodeterminação e nesse sentido informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem, decorram eles de intervenções autónomas ou interdependentes e obter o consentimento para as realizar.

Pese embora, os enfermeiros segundo o artigo supracitado, para além de respeitarem o direito do cliente ao consentimento informado devem também defendê-lo e promovê-lo. Deste modo, quando são confrontados com situações em que o consentimento não foi pedido ou houve incorreção no modo como se desenvolveu o processo, devem atuar de forma a defenderem os interesses do cliente, sobretudo quando ele não tem condições para o fazer sozinho. Desta forma, o enfermeiro deve alertar os outros profissionais de saúde quando verifica que o cliente não tem informação, não a compreendeu ou necessita de explicações adicionais sobre as atividades por eles desenvolvidas.

No entanto, é aos enfermeiros que habitualmente os clientes e familiares colocam as suas dúvidas pois é com eles, que de um modo geral, mantêm relações de maior proximidade. Este facto, coloca alguns problemas éticos porque como é referido por um dos participantes do nosso estudo (E6), para além de, com frequência desconhecem a informação que já foi dada ao cliente, há aspetos que estão relacionados com as competências de outros profissionais o que torna difícil determinar que tipo de informação é que podem dar.

No nosso entender, estas dificuldades só poderão ser minimizadas se os diferentes profissionais de saúde trabalharem em equipa, de modo a que haja uma participação conjunta em todo o processo de cuidados, designadamente nos aspetos que dizem respeito à informação e ao consentimento informado. Quem dá a informação, como e quando deve ser dada e que tipo de informação deve ser transmitida são alguns dos aspetos fundamentais que devem ser discutidos e decididos na equipa multidisciplinar.

Após a análise de conteúdo verificamos também, que três enfermeiros (E5, E8 e E9) referiram problemas relacionados com dúvidas sobre o agir em matéria de transmissão da informação, quer ao cliente quer aos seus familiares no que se refere a manter o equilíbrio entre a verdade e a motivação dos mesmos. Segundo os entrevistados, a dificuldade do cliente e/ou família em lidar com uma verdade desagradável pode gerar desmotivação para o processo de reabilitação e pode ter efeitos negativos no estado saúde-doença das pessoas. Tudo isto, faz com que estes enfermeiros tenham dúvidas sobre o que devem ou não dizer.

Todavia, a transmissão da informação em saúde é, em si, um ato terapêutico relacional, ou seja, um ato que se constitui, ele próprio, como um cuidado de saúde e que deve, por isso, ser perspectivado no contexto da relação que se estabelece entre a pessoa à qual são prestados cuidados e o profissional de saúde. Com efeito, compete ao profissional de saúde agir com base num juízo de ponderação entre, por um lado, a autonomia da pessoa que o procura e, por outro, a proteção que lhe é devida, pelo facto

de se encontrar numa situação de especial vulnerabilidade (Frutuoso, 2012). É nesta perspetiva que a transmissão da informação, quando realizada no contexto adequado, pode ser vista como geradora de confiança que é essencial na relação terapêutica.

Três enfermeiros (E5, E8 e E9) questionam-se se devem ou não dizer a verdade relativamente à situação clínica do cliente. Todavia, sabemos que durante muitos séculos, a omissão de informações que fossem “más notícias” era considerada uma boa prática, na medida em que os profissionais de saúde não deveriam “fazer mal” à pessoa a quem são prestados os cuidados de saúde, ou seja, não lhe deveria causar a angústia derivada da iminência do sofrimento, aniquilando dessa forma a esperança eventualmente existente. Hoje em dia esta visão não pode mais ser sustentada, em virtude da valorização do princípio da autonomia.

Segundo Vieira (2002), deixou de ser considerado um ganho para o cliente não saber a verdade, já que ele tem mais a ganhar conhecendo-a. Tentar manter no cliente “uma vã esperança, facilmente leva a tratamentos inúteis e, sobretudo, a mentira sobre mentira, para manter a mentira inicial” (ibidem, p. 237).

É nossa convicção, que só o conhecimento acerca da doença e da sua evolução permitirá à pessoa diagnosticada tomar consciência da sua nova situação e reordenar o seu projeto de vida, permitindo-lhe uma plena vivência da sua nova circunstância.

Verificamos também, que dois participantes (E5 e E8) relataram como situação causadora de problema ético, o facto de terem de conciliar o desejo da família com os direitos do cliente. Como nos referiram os enfermeiros supracitados, por vezes, a família não quer que se diga a verdade ao seu familiar, apesar deste ter o direito de saber toda a verdade, sobretudo no que se refere à sua situação clínica.

Porém, na nossa prática profissional constatamos que é frequente revelar-se à família a informação que se julga inadequada para o cliente, que é habitualmente o único a quem não é dita a verdade. É assim que, muitas vezes, o doente se encontra isolado e condenado ao silêncio o que aumenta a sua angústia e incerteza. A questão a colocar não deverá ser se o cliente deve ou não ser informado, mas sim, como informar e que acompanhamento e ajuda se pode oferecer posteriormente.

Que informação transmitir à família é aliás uma questão importante. Naturalmente que os familiares que estão a acompanhar um cliente têm necessidade de estarem inteirados da situação, mas será correto informá-los sem previamente se ter dado essa informação ao cliente ou sem lhe pedir autorização?

Concordamos com Serrão (1996), quando defende que não se deve dizer à família mais do que já se disse ao cliente, de modo a não desrespeitar o seu direito à confidencialidade e a manter a confiança da pessoa na relação que estabelece com os enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Naturalmente que há clientes que preferem não estar informados e nesses casos o profissional deverá respeitar esse direito. No entanto, nas restantes situações tem o dever de procurar conhecer o cliente para poder escolher a melhor forma de comunicar com ele.

Como podemos verificar através da revisão da literatura efetuada, é recorrente nos estudos os problemas éticos relacionados com a transmissão de informações ao cliente, como nos referem os estudos de Deshefy-Longhi [et al.] (2004), Laabs (2005), Nunes (2006 e 2015) e Deodato (2014).

• **Sigilo profissional**

O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde (Regulamento nº 165/2011).

No nosso estudo o sigilo profissional também se evidenciou como uma área problemática, o que corrobora com os resultados dos estudos efetuados por Nunes (2006) e Deodato (2014).

A informação de saúde recolhida pelos profissionais de saúde, resulta da necessidade que estes têm em conhecer determinados detalhes da vida das pessoas, no sentido de conseguirem planear a melhor resposta em termos de cuidados de saúde. Porém, os dados de saúde das pessoas são recolhidos, em primeiro lugar, daquilo que estas nos transmitem. Deste modo, a decisão de cada um de fornecer informação sobre si é uma decisão individual, livre, em resultado do princípio de autonomia. Assim, os profissionais de saúde procuram a informação que necessitam, mas obtêm aquela que cada pessoa decide fornecer (OE, 2015).

Todavia, a informação de saúde não é fornecida isolada, mas é transmitida no seio de uma relação que a pessoa estabelece com o profissional de saúde. Uma relação que assenta na confiança como garantia da guarda do segredo. As pessoas confiam-se aos profissionais e confiam a informação sobre si (OE, 2015).

De notar, que apenas um EEER (E5) referiu a vivência de problemas éticos relacionados com o sigilo profissional, no que se refere à obrigação de confidencialidade da informação por parte do profissional de saúde. O EEER supracitado salientou como problema ético, o facto de ter de guardar segredo profissional perante situações que expõe de maneira contundente a ideia de risco iminente para terceiros, como é o caso do HIV.

Pese embora, o artigo 106.º do código deontológico do enfermeiro (OE, 2015), determina que estes profissionais têm o dever de guardar segredo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no desempenho da sua profissão, a obrigatoriedade de guardar segredo apenas cessa nas situações previstas na lei ou quando o cliente dá o seu consentimento.

O mesmo EEER (E5) refere também, como situação geradora de problema ético a incapacidade em manter o equilíbrio, por vezes, entre o desejo do cliente e o dever profissional. Esta situação surge, quando o EEER está perante uma situação em que tem o dever de partilhar a informação pertinente relativa ao cliente com alguns elementos da equipa multidisciplinar que estão implicados no plano terapêutico, apesar de ser contra a vontade do cliente.

Todavia, como nos refere a alínea b) do artigo 106.º do código deontológico do enfermeiro (OE, 2015), o enfermeiro assume o dever de “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”.

No entanto, as condições em que se desenvolve a prestação de cuidados, por vezes, dificulta a manutenção da confidencialidade da informação. Como exemplo, podemos referir as características físicas dos serviços, a quantidade de profissionais que direta ou indiretamente estão implicados nos cuidados e a pouca formação, nomeadamente no domínio da ética, que alguns desses profissionais têm.

Deshefy-Longhi [et al.] (2004), apontou que brechas na confidencialidade e privacidade podem ocorrer por descuido dos profissionais, por exemplo, ao falar ao telefone, registos de informação sobre os clientes no computador ou então conversas sobre questões privadas em espaços públicos.

Deste modo, é essencial que os enfermeiros redobrem a atenção dada a estas questões, que escolham criteriosamente a informação que partilham com os outros profissionais e que exerçam a sua função de educadores junto dos que têm menos formação na área da ética.

- **Respeito pela dignidade da Pessoa**

Os resultados da análise de conteúdo, permitiram-nos ainda verificar que o respeito pela dignidade da Pessoa, apresenta-se como outra das áreas problemáticas na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação e que despoletou o aparecimento de problemas éticos. Esta categoria foi mencionada por cinco participantes (E3, E4, E5, E7 e E10).

Através da pesquisa bibliográfica, verificamos que nos estudos de Nunes (2006) e de Deodato (2014), o respeito pela Pessoa foi também referido pelos enfermeiros como problema ético. Contudo, não encontramos nenhum estudo realizado exclusivamente com enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca e inseparável de todo e qualquer ser humano, sendo uma característica que o define como tal. Segundo Julião (2014, p. 11), a dignidade humana “está ligada à condição de existir como ser humano, à relação contextualizada com os outros (interação social e cultural) e é construída através de uma narrativa de vida individual e única”.

Assim, a dignidade define a própria noção de humanidade, constituindo as condições básicas e elementares para se ser alguém, ideia corroborada pelos autores Barroso e Martel (2010, p. 70), dado afirmarem que “o direito de todos e de cada um a uma vida digna é a grande causa da humanidade, a principal energia que move o processo civilizatório”.

É também essencial, que o profissional tome consciência de que “é quando reconhece a dignidade incondicional do outro que o ser humano vive a sua própria dignidade” (Renaud, 2004, p. 206), bem como de que “a dignidade ética efetivamente vivida, aquela que surge dos nossos atos e que tece insensivelmente a trama da nossa vida, não depende das marcas de respeito que recebemos dos outros, mas do nosso próprio agir” (*ibidem*, p. 207).

Segundo o artigo 99.º do código deontológico do enfermeiro, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015).

No nosso estudo, três enfermeiros (E3, E4 e E5) mencionaram como situação geradora de problema ético, a falta de privacidade a que os clientes são expostos diariamente, quer seja por défice de recursos materiais, infraestruturas inadequadas ou por vezes devido à falta de sensibilidade dos profissionais.

Pese embora, segundo o artigo 107.º, alínea b) do código deontológico do enfermeiro e atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE, 2015).

A falta de humanização dos cuidados foi também apontada por quatro dos participantes (E3, E5, E7 e E10) como sendo uma área que acarreta vários problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER. A palavra humanização é enquadrada num contexto em que, além de se valorizar o cuidado nas suas dimensões técnicas e científicas, devem também ser reconhecidos os direitos dos clientes,

respeitada a sua individualidade, dignidade, autonomia e subjetividade o que nem sempre acontece.

No fundo, é essencial haver uma abertura à realidade do outro, uma verdadeira comunicação interpessoal. Independentemente dos condicionalismos que se tenham, pessoais ou contextuais e dos meios que se utilizem para prestar cuidados, o importante é, como nos diz Kant (2001, p. 31) agir "de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio".

Neste sentido, a qualidade de cuidados e por isso a sua humanização é um dever de todos os enfermeiros. Por esse motivo, quando se vêm confrontados com situações que põem em causa essa qualidade têm que ter competências técnicas, científicas, relacionais e éticas, que lhe permitam tomar decisões que antes de mais respeitem a dignidade da pessoa.

Assim, é pedido que os enfermeiros prestem cuidados humanizados, visando o bem-estar físico e psicológico da pessoa. Isto consegue-se com respeito pelo outro e por nós próprios, tendo sempre presente que a pessoa, à qual são prestados os cuidados de saúde, tem direito a fazer as suas próprias escolhas.

Contudo, dois dos participantes (E5 e E10) mencionaram que, por vezes, sentem dificuldade em aceitar a decisão expressa do cliente. Os enfermeiros supracitados, referem que têm dificuldade em aceitar a recusa da pessoa à qual são prestados cuidados de saúde, quando esta contraria a proposta terapêutica ou o projeto de cuidados apresentados.

Este achado do nosso estudo, corrobora com os estudos realizados por Zoboli e Fortes (2004), Silva, Zoboli e Borges (2006) e Amado (2010) em que alguns problemas éticos encontrados por estes investigadores referem-se à recusa dos clientes em seguirem as orientações do profissional, que não aceitaram o serviço que lhe é oferecido, quando os profissionais consideram que isso seja o melhor para eles.

O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal. E cada pessoa é concebida como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se (OE, 2015).

O princípio do respeito pela autonomia diz respeito à liberdade de ação com que cada pessoa faz as suas próprias escolhas. 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 sobre si mesma. É por esse motivo que a informação antecede

as escolhas, de forma a que estas possam ser livres e esclarecidas, e para que, subsequentemente, se devam respeitar estas mesmas decisões (OE, 2015).

A literatura estabelece a importância da exigência dos cuidados de enfermagem à pessoa dando relevância a um cuidado guiado por um agir equitativo, responsável, centrado em “(...) promover, defender e preservar a dignidade da pessoa e desse fundo ético decorre a afirmação da autonomia para escolher os seus projetos de vida” (Nunes, 2011, p. 52).

Um dos participantes (E7), salientou o desinvestimento por parte da equipa médica como sendo uma situação que gerou o aparecimento de problemas éticos. Este EEER, refere-se ao desinvestimento de cuidados de um cliente em fase terminal, por parte da equipa médica. Todavia, apesar da opinião da equipa médica, este enfermeiro entendia que deveria prestar cuidados especializados em reabilitação a este cliente.

Contudo, como nos refere o regulamento do exercício profissional do enfermeiro, as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes. Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais.

Pese embora, a pessoa em fim de vida é um ser humano vulnerável, de forma particular por se encontrar dependente de outros para manutenção das suas atividades humanas básicas. É, então, essencial que se identifiquem as necessidades de cada pessoa nesta fase, de modo a que a qualidade de vida e a dignidade possam ser preservadas, dado que “o desejo de usufruir de dignidade na morte, assim como na vida, é comum a todas as pessoas, ainda que raramente pensem na sua morte” (Serra, 2012, p. 30).

Desta forma, “a prestação de cuidados de fim de vida especializados e sensíveis exige que os prestadores de cuidados de saúde compreendam a dignidade na perspetiva dos doentes”, sendo que “as pessoas em fim de vida e as respetivas famílias merecem cuidados competentes, culturalmente congruentes e compassivos no final da vida” (OE, 2010b, p. 15 e 17).

A prestação de cuidados, tendo como foco de atenção a dignidade da pessoa cuidada, torna-se um desafio à prática de enfermagem tanto na prestação de cuidados gerais como na prestação de cuidados especializados. Assim, ao tomarem as suas opções terapêuticas os profissionais têm o dever de avaliar se os meios que utilizam são proporcionais à situação do cliente, isto é, se não são inúteis e excessivamente agressivos, se lhe trazem verdadeiros benefícios e se não lhe acarretam sofrimentos desnecessários.

Está também descrito que na perspetiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores e que a dignidade humana é o

verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios, sendo que tem de estar presente de forma inequívoca em todas as decisões e intervenções (OE, 2006).

- **Equidade nos cuidados**

A saúde é um direito universal e fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade justa. Em termos éticos, a saúde apresenta um duplo valor moral, uma vez que é essencial para a qualidade de vida e para a vida (Berlinguer, 2008).

Os achados deste estudo, revelam que a equidade nos cuidados surge como outra área problemática na prática profissional do EEER e que levou ao aparecimento de problemas éticos, tendo sido mencionada por três participantes (E1, E4 e E5).

A equidade em saúde contempla um valor de justiça distributiva. Segundo Whithead (1990), “a equidade implica que idealmente todas as pessoas de uma sociedade devem ter igual oportunidade para desenvolver seu potencial de saúde e sempre que possível ninguém deve estar em desvantagem para atingi-lo”.

Dois enfermeiros (E4 e E5), referiram que o facto de não ser proporcionada a continuidade de cuidados a todos os clientes que necessitam, aquando da alta hospitalar, quer seja para potenciar a sua recuperação, maximizando o seu potencial funcional e promover a independência, quer seja para dar continuidade aos cuidados paliativos, revelou-se como sendo uma situação que despoletou o aparecimento de problemas éticos nestes profissionais.

Como nos refere a carta dos direitos e deveres do doente, o cliente tem direito à prestação de cuidados continuados. Em situação de doença, todas as pessoas têm o direito de obter dos diversos níveis de prestação de cuidados, quer seja a nível hospitalar ou dos cuidados de saúde primários, uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento. Dada a importância da continuidade dos cuidados, o cliente tem direito a que o hospital em conjunto com o centro de saúde assegurem, antes da alta hospitalar, a continuação dos cuidados, de forma a não haver quaisquer quebras na prestação de cuidados que possam ocasionar danos ao cliente.

Portanto, a preparação cuidadosa da alta, deve iniciar-se o mais cedo possível e tendo em conta o conhecimento da situação sócio-económica (nomeadamente a habitacional e familiar) devem ser tomadas as medidas em consonância, incluindo o encaminhamento social para facilitar reintegração social do cliente.

Pese embora, na nossa prática profissional constatamos diariamente, que muitas das altas a nível hospitalar não são planeadas nem programadas como deveriam ser, quer seja por excesso de trabalho quer seja por serem dadas altas antecipadas

devido à sobrelotação dos serviços por excesso de pessoas internadas, entre outros fatores.

Contudo, como nos refere a carta dos direitos e deveres do doente, o cliente e os seus familiares têm direito a serem informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a serem esclarecidos de que a continuidade de cuidados fica garantida. Ao cliente e à sua família devem ser proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que a pessoa deve continuar a receber no seu domicílio.

É desejável que, de acordo com a situação do cliente e os condicionalismos do serviço, se integre na equipa prestadora de cuidados, ainda durante o internamento, um familiar ou pessoa da escolha do cliente, que receberá a formação adequada para prestar os cuidados básicos no domicílio.

A desigualdade no acesso aos cuidados especializados foi mencionada por um participante (E1) como problema ético. Este EEER, referiu que diariamente se depara com situações em que clientes com o mesmo diagnóstico, os mesmos défices e com o mesmo potencial de reabilitação, dentro da mesma instituição, não têm acesso aos mesmos cuidados, no que se refere à prestação de cuidados especializados em reabilitação. O fator determinante para que esta situação ocorra está relacionado com o serviço onde estes clientes são internados, como nos relatou este enfermeiro.

No nosso entender, muitas destas situações surgem, por vezes, devido à falta de sensibilidade por parte dos superiores hierárquicos para a importância que a reabilitação tem para os clientes, como nos refere um dos participantes deste estudo (E2). Muitos destes serviços têm enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Contudo, devido ao plano de cuidados sobrecarregado e à distribuição dos clientes ser feita de forma aleatória (não tendo em atenção os clientes que necessitam da intervenção do EEER), estes enfermeiros vêem-se incapacitados de exercerem cuidados especializados.

Portanto, na nossa ótica, muitas vezes o que acontece é que não são aproveitados os recursos humanos existentes nas equipas de enfermagem e que trariam ganhos em saúde para o cliente e família.

Todavia, a equidade é dos mais importantes objetivos seguidos pelos sistemas de saúde modernos. Todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objetivo. Neste contexto, um aspeto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos, independentemente do serviço onde as pessoas possam ser internadas.

- **Défice de recursos**

Após a análise de conteúdo, verificamos que o défice de recursos foi mencionado como sendo outra das áreas problemáticas na prestação de cuidados do EEER.

Quatro participantes (E1, E2 E3 e E4) mencionaram a falta de profissionais de saúde nas instituições como sendo um fator que origina o aparecimento de problemas éticos. Dos participantes no estudo, dois (E1 e E2) salientaram que existe falta de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, dois (E2 e E4) referiram que existe falta de enfermeiros de cuidados gerais e um (E3) salientou que há défice de assistentes operacionais. Este achado, corrobora com o resultado dos estudos de alguns investigadores, como é o caso de Aroskar, Moldow e Good (2004), Nunes (2006) e Aitamaa [et al.] (2010), que referem problemas éticos relacionados com o número reduzido de profissionais.

Ulrich [et al.] (2010), verificaram no seu estudo que a insuficiência de profissionais foi a questão ética que os enfermeiros consideraram como sendo geradora de maior stress. Por outro lado, o estudo de Aitamaa [et al.] (2010), apresenta que um cuidado de qualidade depende da cultura organizacional, atitudes e competências e de um número suficiente de recursos humanos.

Três enfermeiros (E1, E2 e E4), salientaram ainda como problema ético a falta de tempo que o EEER tem para a prestação de cuidados aos clientes, sejam eles cuidados gerais e/ou cuidados especializados.

A falta de tempo dos enfermeiros para atender as necessidades dos clientes surge também evidenciada nos estudos de Rogers (2004), Laabs (2005) Tonnessen, Nortvedt e Forde (2011), Davis, Schrader e Belcheir (2012). Todavia, de acordo com Tonnessen, Nortvedt e Forde (2011), quando existe falta de tempo, o foco das práticas dos enfermeiros pode ficar restrito a procedimentos e à assistência de saúde essencial.

As adversidades vivenciadas pelos profissionais nos serviços como a diminuição do número de funcionários e sobrecarga de trabalho acabam por ter efeitos sobre a qualidade do cuidado. Um ambiente com essas condições pode levar o profissional ao sofrimento moral, burnout, aumento de rotatividade dos profissionais e diminuição na qualidade do atendimento (Vanderheide, Moss e Lee, 2013).

Um dos participantes no estudo (E4), referiu também a escassez de material de apoio nos serviços como fonte causadora de problemas éticos pois, em algumas situações limita a prestação dos cuidados especializados.

Todavia, a falta de disponibilidade do profissional para o cliente e família, resultante da sobrecarga de trabalho, à qual o EEER está exposto diariamente e ao

cansaço que o excesso de trabalho provoca nestes profissionais, foi referida por um enfermeiro (E2) como situação causadora de problema ético.

Contudo, segundo o artigo 110.º do código deontológico, o enfermeiro assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade (OE, 2015). Pese embora, a falta de profissionais e a sobrecarga de trabalho dificulta o cumprimento deste dever na sua plenitude.

Assim, a questão ética central é compreender a pessoa na sua singularidade e, ao mesmo tempo, dar conta da crescente procura por um atendimento que leva ao limite máximo a capacidade de produção dos serviços e ao esgotamento físico e psíquico dos enfermeiros (Utkualp, 2015).

Dois enfermeiros (E4 e E5), referiram como situação geradora de problema ético, o facto das instituições de saúde apresentarem infraestruturas desajustadas ao número de clientes que são internados diariamente e que colocam em causa a humanização dos cuidados.

Segundo o artigo 110.º do código deontológico, o enfermeiro assume o dever de contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (OE, 2015). Contudo, por vezes, devido a condicionalismos de alguns serviços, como é o caso de haver macas nos corredores ou colocarem duas pessoas no mesmo quarto, quando este tem capacidade apenas para uma cama, torna-se difícil para os enfermeiros criarem ambientes propícios para o desenvolvimento das potencialidades dos clientes pois é posto em causa a sua privacidade, intimidade e a dignidade humana.

• **Decisão de cuidados**

A decisão de cuidados foi apontada por seis participantes do nosso estudo (E2, E3, E5, E8, E9 e E10) como sendo uma área problemática na prática profissional destes enfermeiros.

Um EEER (E5) salientou que o facto de ter de lidar com as expectativas do cliente e família relativamente à reabilitação, despoletou o aparecimento de problemas éticos. Segundo este EEER, o facto do cliente e família depositarem muitas expectativas nos ganhos em saúde que possam advir da prestação destes cuidados especializados, como forma a melhorar o seu estado de saúde, podem gerar dúvidas quanto à tomada de decisão. Pois, como nos refere o enfermeiro supracitado, o EEER não pode intervir em todas as situações pois existem algumas contra-indicações na prestação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Outro dos participantes no estudo (E9), referiu ter dúvidas sobre se deve ou não elucidar o cliente e família relativamente aos reduzidos resultados que podem esperar da prestação destes cuidados especializados. Por vezes, as pessoas têm expectativas demasiado otimistas relativamente ao processo de reabilitação e que não correspondem à realidade. E, o facto de o EEER as elucidar sobre os resultados reais que devem esperar, pode defraudar as suas expectativas e interferir dessa forma no seu processo de saúde-doença.

Pese embora, e como já foi referido anteriormente, só o conhecimento acerca da doença e da sua evolução permitirá à pessoa diagnosticada tomar consciência da sua nova situação, ajudando dessa forma, a não criar falsas expectativas relativamente aos resultados que pode esperar da prestação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Nesse sentido, uma boa comunicação entre o EEER e o cliente poderia reduzir o afloramento de questões éticas na prestação de cuidados especializados em enfermagem. A comunicação terapêutica tem um papel humanizador, desde que o profissional reconheça e compreenda o cliente como protagonista do cuidado.

Outro dos participantes (E8), refere que o facto de tentar encorajar o cliente e família mais pessimistas, dando-lhes perspetivas mais otimistas no que se refere aos resultados esperados após a prestação de cuidados especializados, pode provocar também o aparecimento de problemas éticos, pois nem sempre se conseguem alcançar os resultados esperados. O mesmo acontece, quando o EEER se depara com pessoas que depositam muitas expectativas no processo de reabilitação e, no final, não se conseguem alcançar os resultados pretendidos.

Três enfermeiros (E2, E3 e E10), mencionaram como problema ético o facto de terem que lidar com a própria decisão. Um EEER (E2), salientou como situação geradora de problema ético, o facto de lidar com situações que não corram da forma planeada e que sejam resultado de uma determinada indicação dada ao cliente por parte do enfermeiro, após a prestação de cuidados especializados em reabilitação. Por vezes, essas indicações não têm o resultado esperado, como por exemplo, culminar na queda do cliente após ter sido dada indicação que já poderia iniciar a marcha autonomamente.

Outro dos participantes (E3), referiu que o facto de ter de estabelecer prioridades de atuação, por vezes, deixa-o desconfortável pois para satisfazer as necessidades de um cliente não consegue satisfazer as necessidades de outro e essa situação levanta-lhe questões éticas.

Um EEER (E10), salientou que no exercício das suas funções enquanto especialista, tem como objetivo potenciar a recuperação da pessoa à qual são prestados cuidados especializados. Todavia, são levantadas algumas questões éticas quando

este profissional, durante o processo de reabilitação causa dor ao cliente, o que faz com que o mesmo se torne renitente a executar o programa de reabilitação proposto e, dessa forma colabore cada vez menos.

O EEER supracitado referiu também que, por vezes, o facto de ter que lidar com a decisão do cliente, despoleta o aparecimento de problemas éticos. Este EEER salientou como situação geradora de problema ético, o facto dos clientes nem sempre aceitarem cumprir na íntegra o programa de reabilitação estabelecido pelo enfermeiro, apesar deste profissional achar que isso seria o melhor para eles.

Todavia, um dos participantes (E2) mencionou que, por vezes, o lidar com as decisões do superior hierárquico, também originam o aparecimento de problemas éticos. Este EEER, referiu sentir falta de sensibilidade por parte dos seus superiores hierárquicos, no que se refere à importância que reabilitação tem para os clientes e dos ganhos em saúde que podem advir da prestação destes cuidados especializados para o cliente e família.

• **Gestão de conflitos na família**

Após análise das narrativas verificamos que a gestão de conflitos na família surge como mais uma área descrita como problemática, tendo sido mencionada apenas por um dos participantes (E9).

Cuidar da pessoa no seio da sua família, aparece hoje aos nossos olhos como um fator não apenas de dignificação da pessoa, mas de obtenção de resultados mais consistentes para o processo de cuidados.

Porém, o EEER supracitado salientou que por vezes, se depara com situações em que existe negligência nos cuidados prestados por parte dos cuidadores. E, perante esta situação, o problema surge quando tem de se confrontar a família com este facto e se constata que um dos seus membros não tem conhecimento desta negligência, o que pode gerar um conflito familiar.

Contudo, os cuidados de enfermagem de reabilitação têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do auto-cuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (OE, 2011). Por esse motivo, sempre que os enfermeiros detetem algum tipo de negligência de cuidados por parte dos cuidadores, devem agir e tomar as medidas necessárias de maneira a proteger a saúde da pessoa e assegurar que são prestados todos cuidados que o cliente necessite.

O mesmo participante (E9), referiu que por vezes também se depara com negligência por parte dos cuidadores no que se refere à administração de medicação prescrita, no domicílio. Nesta situação, o problema surge porque apesar dos ensinamentos que são feitos por parte do enfermeiro, a cuidadora mantém-se renitente à administração da medicação, o que faz com que o EEER tenha dúvidas como deve proceder perante esta situação.

Quando os enfermeiros não conseguem resolver os problemas éticos que se apresentam no seu quotidiano de trabalho, sentem a sua autonomia enfraquecida, pois experienciam uma falta de poder para conseguir resolver o problema (Ulrich, Soeken e Miller, 2003; Ulrich e Soeken, 2005). Sendo que, os problemas éticos na prática de saúde são uma fonte de stress para os enfermeiros (Oberle e Tenove, 2000).

A negociação de estratégias de cuidados, também foi mencionada pelo mesmo participante como área problemática. Este EEER, salientou como situação causadora de problema ético a forma como alguns enfermeiros falam para os familiares, bem como os comentários que tecem junto dos mesmos. Por vezes, são feitos juízos de valor, por parte dos enfermeiros, sem antes se ter explicado e negociado com a família qual o melhor procedimento a ter para com aquele cliente, sem antes quererem saber quais as preocupações e anseios dos familiares.

Como já referimos anteriormente, a comunicação terapêutica tem um papel humanizador, desde que o profissional esteja disposto, preparado e suficientemente comprometido com o seu trabalho para estabelecer limites profissionais, mantendo sempre o respeito na relação que estabelece com o cliente e família. A premissa de que toda a ação de enfermagem tem um conteúdo ético deve ser compreendida pelos profissionais (Milliken e Grace, 2015).

O compromisso ético dos profissionais de enfermagem, especialmente, o cuidado humano, deve pautar-se na bioética, como prática de ações permeadas por uma postura crítica e reflexiva, que reforce a dignidade humana.

Em síntese, após a análise de conteúdo verificamos que a decisão de cuidados foi a área problemática apontada por um maior número de enfermeiros. Por sua vez, o sigilo profissional e a gestão de conflitos na família foram mencionados por apenas um enfermeiro.

Queremos também referir, que após a análise de conteúdo verificamos que de todas as áreas consideradas como problemáticas, apontadas por mais que um EEER, o respeito pela dignidade da Pessoa e a equidade de cuidados foram áreas mencionadas apenas por enfermeiros especialistas que exercem funções a nível hospitalar. Todas as outras áreas que foram referidas por mais que um EEER, foram

mencionadas tanto por enfermeiros que exercem funções a nível hospitalar como por enfermeiros que trabalham nos CSP.

2. FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES DA TOMADA DE DECISÃO ÉTICA DO EEER

Segundo os participantes do nosso estudo, os principais fatores facilitadores da tomada de decisão ética do EEER, quando este se depara com problemas éticos na prática profissional são: a boa relação interpessoal que se estabelece entre os elementos que constituem a equipa de saúde, as características do enfermeiro, a relação com o cliente e/ou família, os adequados recursos da instituição e a contínua formação profissional.

Quatro dos participantes (E5, E7, E8 e E9) referiram como fator facilitador da tomada de decisão a relação que se estabelece entre os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar. Nesse contexto, três dos enfermeiros (E5, E8 e E9) salientaram a boa articulação que é feita entre os seus pares e os demais profissionais que constituem a equipa de saúde, como sendo um fator facilitador para a tomada de decisão. Por sua vez, um dos enfermeiros (E7) referiu que a relação de confiança que se estabelece entre o cliente, enfermeiro e/ou médico também é outro dos fatores facilitadores.

É nossa convicção, que o processo de tomada de decisão será mais efetivo sempre que ocorrer o trabalho em equipa, em que todas as opiniões são escutadas e analisadas em conjunto, sendo possível obter um consenso.

Todavia, quatro dos participantes (E5, E6, E7 e E10) mencionaram como fator facilitador da tomada de decisão algumas das características dos enfermeiros, tendo sido referidas pelos participantes as características pessoais (E5, E6 e E7), a experiência profissional (E10) e as estratégias de comunicação adotadas por estes profissionais (E10).

No que se refere às características pessoais, um dos participantes (E5) salientou a sensibilidade moral destes profissionais como sendo um fator facilitador da tomada de decisão. A sensibilidade moral desempenha um papel importante no processo de tomada de decisão, pois relaciona-se com a capacidade do enfermeiro reconhecer os aspetos moralmente relevantes de uma situação (Vanderheide, Moss e Lee, 2013). E, esse reconhecimento permite a interpretação adequada das necessidades da pessoa.

Todavia, dois enfermeiros (E6 e E7) referiram os valores pessoais como fator facilitador da tomada de decisão ética. Os estudos relatam que os valores, princípios e

responsabilidades são relevantes para a tomada de decisão em enfermagem (Greipp, 1992; Doane [et al.], 2004; Basso-Musso, 2012).

Os anos de experiência profissional, foi considerado por um dos participantes (E10) como sendo outro fator facilitador da tomada de decisão. Após pesquisa bibliográfica, verificamos que um fator importante que tem sido abordado por vários autores, é a competência do enfermeiro, ou seja, o facto de ser principiante ou perito influencia a tomada de decisão. Alguns autores perceberam que o aumento dos conhecimentos e da experiência têm uma relação direta na forma como os enfermeiros tomam decisões (Crow [et al.], 1995; Jesus, 1999, 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006).

Segundo Crow [et al.] (1995), nos vários domínios e especialidades da enfermagem, as decisões para a ação, passíveis de serem tomadas são de certa forma limitadas a um número de hipóteses mais adequadas ou fiáveis, fruto da experiência e da evidência. Assim se deduz, que não é a idade que dá experiência, mas sim o ambiente e as experiências anteriores apreendidas (Nunes, 2007).

A comunicação, tão importante na profissão de enfermagem, é outro fator valorizado capaz de influenciar a tomada de decisão. O EEER supracitado (E10), mencionou também como fator facilitador da tomada de decisão, o desenvolvimento de estratégias de comunicação bem como o investimento na área da comunicação.

A boa relação estabelecida com o cliente e/ou família foi relatada por quatro participantes (E2, E7, E8 e E9), como sendo um fator facilitador da tomada de decisão, na qual se inscreveram diversos fatores. Assim, a proximidade que se estabelece nos cuidados de saúde primários com o cliente e família (E9) e o respeito pelo Outro (E7), respeitando a pessoa enquanto 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 foram apontados como fatores facilitadores na tomada de decisão ética.

Contudo, a informação relativa aos cuidados (E7) no que se refere à existência de consentimento informado relativamente aos cuidados especializados, respeitando assim o direito à autodeterminação e os ganhos em saúde para o cliente e/ou família (E2) resultantes desses mesmos cuidados revelaram-se também fatores facilitadores.

Todavia, dois participantes (E8 e E9) salientaram que a prestação de cuidados especializados no domicílio e em contexto familiar é um fator facilitador da tomada de decisão para EEER. Os familiares exercem uma importante influência no cuidado ao cliente e esses precisam de ser considerados ao tomar as decisões sobre o cuidado, favorecendo uma relação de confiança entre enfermeiro, cliente e familiares (Higuchi, Christensen e Terpstra, 2002; Berggren, Bégat e Severinsson 2002; Zoboli, 2013). Ao compreender o contexto social e os valores da pessoa, o enfermeiro estabelece um

caminho confortável para participar na tomada de decisão e até mesmo na construção da sua própria decisão (Zoboli, 2013).

Os adequados recursos da instituição, no que se refere a recursos humanos e materiais adequados (E1) e a infraestruturas adequadas (E3) para se prestarem cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, foram apontados também como sendo fatores facilitadores da tomada de decisão ética.

A formação profissional contínua a enfermeiros (E10) e a auxiliares (E5) também se revelou ser um fator facilitador da tomada de decisão.

Para além dos fatores facilitadores, os participantes do nosso estudo referiram também fatores dificultadores da tomada de decisão ética do EEER. Os principais fatores dificultadores apontados pelos participantes foram: a atitude dos enfermeiros, os recursos limitados das instituições, a relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar e a relação com o cliente e/ou família.

Três dos participantes (E2, E3 e E10) referiram como fator dificultador da tomada de decisão ética a atitude dos enfermeiros. Nesse contexto, dois enfermeiros (E2 e E3) mencionaram a postura de acomodação verificada em alguns dos seus pares, no exercício das suas funções como sendo fator dificultador da tomada de decisão. Também Jenkins, Elliott e Harris (2006), realçam que uma questão perturbadora é lidar com colegas incompetentes, o que impede o enfermeiro de realizar o seu trabalho em condições ideais, gerando desconforto e sofrimento.

Por sua vez, um dos participantes (E10) referiu que a falta de confiança do cliente no EEER, associada ao estigma do enfermeiro ser funcionário público é um fator dificultador na tomada de decisão. Este enfermeiro referiu sentir que a credibilidade profissional é posta em causa devido ao seu vínculo profissional.

Os limitados recursos da instituição, no que se refere ao défice de recursos humanos (E1, E2, E3 e E4), défice de recursos materiais (E2 e E4) e a infraestruturas inadequadas (E3 e E4) para se prestarem cuidados especializados em enfermagem de reabilitação com qualidade, foram apontados também como sendo fatores dificultadores da tomada de decisão ética do EEER.

A relação interpessoal que se estabelece entre os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar foi apontada por seis dos participantes (E2, E4, E5, E6, E7 e E8), como sendo outro dos fatores dificultadores da tomada de decisão do EEER. A dificuldade sentida na articulação com os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar bem como com os seus pares, constitui um fator dificultador, tendo sido referida por cinco dos participantes (E4, E5, E6, E7 e E8). Porém, um enfermeiro (E2) referiu como fator dificultador, a dificuldade sentida na comunicação entre os seus pares.

A pesquisa bibliográfica, orienta-nos para estudos que apontam a falta de cooperação, compromisso e confiança entre os membros da equipa (Zoboli, 2010; Vidal [et al.], 2014). Segundo Aitamaa [et al.] (2010), os problemas mais frequentes são nas relações entre a própria equipa de enfermagem ou entre a equipa e outros profissionais. Contudo, o estudo de Siqueira-Batista [et al.] (2015), indica a falta de entrosamento e companheirismo, de respeito, de comunicação e de colaboração entre os elementos que constituem a equipa de saúde.

A desvalorização da importância dos cuidados de reabilitação por parte dos superiores hierárquicos, também foi apontada por um dos participantes (E2) como sendo um fator dificultador da tomada de decisão do EEER. Na nossa prática profissional, também é notória a falta de sensibilidade de alguns superiores hierárquicos, no que se refere à importância que os cuidados de reabilitação têm na recuperação dos clientes, bem como para os ganhos em saúde que estes cuidados podem trazer para os mesmos.

No entanto, a relação que o EEER estabelece com o cliente e/ou família também foi apontada por dois participantes (E9 e E10) como sendo outro dos fatores dificultadores da tomada de decisão. A gestão de expectativas do cliente relativas aos resultados esperados decorrentes dos cuidados especializados em reabilitação, nem sempre é tarefa fácil, como nos refere um participante (E9). Pois, nem sempre as expectativas correspondem aos resultados reais, sendo portanto também um fator dificultador na tomada de decisão.

Como nos referiu um participante (E9), gerir as relações familiares quando o EEER se depara com cuidadores negligentes nos cuidados, também levanta dúvidas ao enfermeiro de como agir perante essas situações e dificulta as suas tomadas de decisão.

Contudo, a iliteracia do cliente e/ou família e o facto de o EEER ter de lidar com as crenças religiosas e com as questões culturais de cada cliente e/ou família, por vezes constitui também um fator dificultador da tomada de decisão ética, como nos referiu um dos participantes (E10).

Em síntese, verificamos que os fatores facilitadores da tomada de decisão ética, referidos por um maior número de enfermeiros são: a relação interpessoal na equipa de saúde, as características do enfermeiro e a relação com o cliente e/ou família. Todavia, a formação profissional e os recursos da instituição foram os fatores facilitadores mencionados por menos enfermeiros. Constatamos também, que um dos participantes do nosso estudo (E4) não referiu nenhum fator facilitador para a tomada de decisão.

No que se refere aos fatores dificultadores, constatamos que a relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar foi o fator mencionado por

um maior número de enfermeiros. Por sua vez, a relação com o cliente e/ou família foi o fator dificultador mencionado por menos participantes.

Após a análise dos resultados, verificamos também que a relação interpessoal entre os membros da equipa de saúde, a relação com o cliente e/ou família e os recursos das instituições foram apontados como sendo fatores facilitadores e dificultadores da tomada de decisão ética do EEER.

3. IMPLICAÇÕES DAS VIVÊNCIAS DOS PROBLEMAS ÉTICOS NO DESEMPENHO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL DO EEER

Após a análise de conteúdo, verificamos que a vivência de constantes problemas éticos pelo EEER na prática quotidiana, acarreta algumas implicações no desempenho da sua atividade profissional. Segundo os participantes do nosso estudo, as principais implicações são: melhorar a prática profissional, crescimento pessoal e profissional e desmotivação.

Quatro dos participantes (E3, E5, E6 e E7) referiram que o facto de se confrontarem diariamente com problemas éticos no desempenho da sua atividade profissional permitiu o desenvolvimento do seu espírito crítico e reflexivo. Por outro lado, o desenvolvimento de estratégias para a tomada de decisão, foi mencionado por quatro enfermeiros (E3, E5, E6 e E10) como resultado da vivência de constantes problemas éticos no exercício da profissão.

Todavia, um dos participantes (E6) referiu que uma das implicações da vivência de constantes problemas éticos é a necessidade de manter a atualização do conhecimento através da pesquisa bibliográfica.

Da análise dos discursos dos entrevistados, verificamos também que o crescimento pessoal e profissional foi apontado por quatro dos participantes (E2, E6, E9 e E10). Estes enfermeiros referiram que uma das implicações da vivência de problemas éticos foi o aumento da maturidade, o que faz com que estes profissionais tenham uma maior atitude crítico-reflexiva na prestação de cuidados.

A desmotivação surge como outra das implicações mencionadas pelos participantes do nosso estudo (E1, E4, E8 e E9). Nesta linha de pensamento, dois enfermeiros (E1 e E4) referiram desinteresse na prestação de cuidados com qualidade. Estes profissionais revelaram desmotivação para a prestação de cuidados especializados de excelência.

A pressão psicológica exercida por outros profissionais foi mencionada por um EEER (E4), como sendo uma das implicações da vivência de problemas éticos na prática profissional.

Contudo, dois dos participantes (E2 e E8) referiram que a falta de confiança do cliente nos cuidados prestados pelo EEER, quer seja devido aos condicionalismos dos serviços quer seja devido a outros fatores é outra das implicações da vivência destes problemas.

Um dos EEER (E9) referiu que uma das implicações da vivência dos problemas éticos é desarticulação de cuidados, entre os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, resultado da negligência dos cuidados prestados por alguns cuidadores. Esta situação acontece porque em algumas situações, devido a esta negligência por parte dos cuidadores, o EEER fica impedido de exercer os cuidados especializados. Assim, não são aproveitados da melhor forma os recursos existentes nos cuidados de saúde primários, no que se refere aos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Após a análise de conteúdo verificamos que foram apontadas pelos participantes mais implicações positivas do que negativas, resultado da vivência de constantes problemas éticos que vão surgindo na prática profissional. Constatamos também, que melhorar a prática profissional e desmotivação foram as implicações referidas por um maior número de participantes. Porém, melhorar a prática profissional foi uma implicação mencionada exclusivamente por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que exerciam funções a nível hospitalar aquando das entrevistas.

Contudo, verificamos que todos os participantes que exerciam funções nos CSP aquando das entrevistas, referiram a desmotivação como sendo uma das implicações da vivência de constantes problemas éticos na prática profissional.

4. CONTRIBUTOS DA FORMAÇÃO ACADÉMICA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA TOMADA DE DECISÃO ÉTICA DO EEER

Após a análise de conteúdo verificamos a existência dos contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão ética do EEER, na ótica destes profissionais. Segundo os participantes do nosso estudo, os principais contributos são: desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico e mudança de comportamento.

Três dos participantes (E2, E3 e E7) mencionaram que um dos contributos para a tomada de decisão ética, resultante da formação académica para obtenção do título

de especialista em enfermagem de reabilitação, foi o facto desta formação promover a reflexão sobre os cuidados prestados diariamente pelos enfermeiros. Assim, permite ao EEER manter uma atitude crítico-reflexiva na prestação dos cuidados especializados.

A aquisição e aprofundamento de conhecimentos também foi apontada por oito participantes (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E9) como sendo um dos contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação e que facilita a tomada de decisão ética do EEER.

Neste sentido, três dos participantes (E1, E5 e E6) referiram que alteraram o planeamento e priorização de cuidados que prestam diariamente aos clientes após a especialidade em enfermagem de reabilitação. Esta visão integrada dos cuidados especializados, e que está patente nos discursos destes enfermeiros, é um contributo para a tomada de decisão, quando se deparam com problemas éticos na prática profissional.

O crescimento pessoal e profissional, foi salientado por sete dos participantes (E2, E3, E5, E6, E7, E9 e E10) como sendo outro dos contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão. Estes enfermeiros referiram que a mudança na sua forma de estar, de agir e de comunicar facilita a tomada de decisão. Este crescimento pessoal e profissional, leva a que estes profissionais passem a encarar as situações que surgem na sua prática profissional de forma diferente. Seis dos participantes (E1, E2, E7, E8, E9 e E10) referiram estar agora mais despertos para alguns pormenores no cuidar, que até então não valorizavam e lhes passavam despercebidos.

No entanto, um EEER (E2) referiu que após a formação académica em enfermagem de reabilitação ficou com receio na prestação dos cuidados especializados pois referiu ter medo de cometer erros. Por outro lado, outro dos enfermeiros (E6) referiu sentir um aumento da sua responsabilidade no seio da equipa após a especialização, quer no âmbito da formação aos seus pares quer na prestação de cuidados.

Outro dos participantes do nosso estudo (E5), referiu que um dos contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação foi potenciar a criação de estratégias adaptativas que facilitam a tomada de decisão ética quando o EEER se depara com problemas éticos na prática profissional.

Em síntese, verificamos que a aquisição e aprofundamento de conhecimentos foi o contributo da especialidade em enfermagem de reabilitação apontado por um maior número de enfermeiros e que facilita a tomada de decisão ética.

Foi salientado por três dos participantes (E7, E8 e E9) que existe pouca formação na área da ética durante o curso de especialidade em enfermagem de reabilitação.

CONCLUSÃO

A Enfermagem é uma disciplina e profissão que diariamente se confronta com situações de natureza complexa, surgindo dilemas e problemas éticos que exigem uma tomada de decisão fundamentada.

Tendo este estudo por objetivo conhecer os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional, consideramos que a abordagem qualitativa com carácter exploratório-descritiva foi a opção metodológica mais adequada. Com este trabalho de investigação, procuramos também analisar os fatores facilitadores e dificultadores que interferem na tomada de decisão ética do EEER, identificar as implicações das vivências dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER e identificar os contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação na tomada de decisão ética.

Face ao percurso da investigação, emergiram algumas conclusões que serão descritas e que evidenciam âmbitos frágeis de abordagem nas práticas dos cuidados, em particular do EEER.

Assim, através dos achados do nosso estudo concluímos que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação vivenciam problemas éticos na prática profissional. A análise dos dados levou-nos a concluir pela delimitação de sete áreas relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, onde foi possível inscrever os problemas identificados. Assim, a informação, o sigilo profissional, o respeito pela dignidade da Pessoa, a equidade nos cuidados, o défice de recursos, a decisão de cuidados e a gestão de conflitos na família, constituem os domínios relativamente aos quais identificamos problemas éticos.

No que se refere à informação, os participantes mencionaram problemas éticos relacionados com a transmissão da informação, quer seja relativa aos cuidados, quer seja para manter o equilíbrio entre a verdade e a motivação do cliente e/ou família ou para conciliar o desejo da família com os direitos do cliente.

Porém, o sigilo profissional também se evidenciou como sendo uma área problemática, apesar de ter sido mencionado apenas por um EEER, que referiu a obrigação de confidencialidade da informação por parte do profissional de saúde e incapacidade em manter o equilíbrio, por vezes, entre o desejo do cliente e o dever profissional como fontes causadoras de problemas éticos.

O respeito pela dignidade da Pessoa apresentou-se como outra das áreas problemáticas, sendo que a falta de privacidade a que os clientes são expostos diariamente, a falta de humanização nos cuidados e o desinvestimento por parte da equipa médica revelaram-se áreas geradoras de problemas éticos.

Os achados deste estudo revelaram também, o aparecimento de problemas éticos relacionados com a equidade nos cuidados. Neste contexto, o facto de não ser proporcionada a continuidade de cuidados a todos os clientes que necessitam, aquando da alta hospitalar e a existência de desigualdade no acesso aos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, são situações que despoletaram o aparecimento de problemas éticos no desempenho da atividade profissional do EEER.

O défice de recursos, quer seja pela falta de profissionais de saúde, material de apoio e tempo e infraestruturas inadequadas foi apontado por alguns participantes como sendo uma área problemática na prestação de cuidados especializados. Porém, a falta de disponibilidade do profissional para o cliente e família, resultante da sobrecarga de trabalho, à qual o EEER está exposto diariamente e ao cansaço que o excesso de trabalho provoca nestes profissionais, foi referida também como situação causadora de problemas éticos.

Os achados deste estudo revelaram a decisão de cuidados como sendo a área problemática mencionada por um maior número de enfermeiros. Os participantes do nosso estudo revelaram que o ter de lidar com a sua própria decisão na prestação de cuidados especializados, lidar com a decisão do cliente e lidar com as expectativas do cliente e família relativamente à reabilitação despoletou o aparecimento de problemas éticos na prática profissional. Porém, um participante mencionou que por vezes, o ter de lidar com as decisões do superior hierárquico, também origina o aparecimento de problemas éticos. Este EEER, referiu sentir falta de sensibilidade por parte dos seus superiores hierárquicos, no que se refere à importância que reabilitação tem para os clientes e dos ganhos em saúde que podem advir da prestação destes cuidados especializados tanto para o cliente como para a família.

A gestão de conflitos na família foi também apontada como sendo uma situação geradora de problemas éticos, quando o EEER se depara com negligência nos cuidados prestados por parte dos cuidadores. Porém, a negociação de estratégias de cuidados, também foi referida como área problemática. Um EEER, salientou como situação causadora de problema ético a forma como alguns enfermeiros comunicam com os familiares, bem como os comentários que tecem junto dos mesmos.

No que se refere aos fatores influenciadores da tomada de decisão ética do EEER concluímos que existem fatores facilitadores e dificultadores. Quanto aos fatores facilitadores foram mencionados: a relação interpessoal na equipa de saúde, as características do enfermeiro, a relação com o cliente e/ou família, os recursos da instituição e a formação profissional.

No que se refere à relação que se estabelece entre os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar, a boa articulação que é feita entre os seus pares e

os demais profissionais que constituem a equipa de saúde foi apontada como sendo um fator facilitador para a tomada de decisão ética. Porém, a relação de confiança que se estabelece entre o cliente, enfermeiro e/ou médico também foi apontada como fatores facilitadores.

Todavia, alguns participantes mencionaram como fator facilitador da tomada de decisão ética algumas das características dos enfermeiros, tendo sido referidas as características pessoais (sensibilidade moral e valores pessoais), a experiência profissional e as estratégias de comunicação adotadas por estes profissionais.

No que se refere à relação estabelecida com o cliente e família, a proximidade que se estabelece nos cuidados de saúde primários com o cliente e família e o respeito pelo Outro foram descritos como sendo fatores que influenciam positivamente a tomada de decisão ética. Porém, a informação relativa aos cuidados no que se refere à existência de consentimento informado relativamente aos cuidados especializados e os ganhos em saúde para o cliente e/ou família resultantes desses mesmos cuidados revelaram-se também fatores facilitadores.

Os adequados recursos da instituição, relativamente aos recursos humanos e materiais adequados e a infraestruturas adequadas para se prestarem cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, foram apontados como fatores facilitadores da tomada de decisão ética.

Todavia, a formação profissional contínua dos profissionais (enfermeiros e auxiliares) também revelou ser um fator que influencia positivamente a tomada de decisão ética do EEER.

Para além dos fatores facilitadores, os participantes do nosso estudo referiram também fatores dificultadores da tomada de decisão ética. Os principais fatores dificultadores apontados pelos participantes foram: a atitude dos enfermeiros, os recursos limitados das instituições, a relação interpessoal entre os elementos da equipa multidisciplinar e a relação com o cliente e/ou família.

Relativamente à atitude dos enfermeiros, a postura de acomodação verificada em alguns dos seus pares, no exercício das suas funções e a falta de confiança do cliente no EEER, associada ao estigma do enfermeiro ser funcionário público foram apontados como sendo fatores dificultadores na tomada de decisão.

Os limitados recursos da instituição, no que se refere ao défice de recursos humanos, défice de recursos materiais e a infraestruturas inadequadas para se prestarem cuidados especializados em enfermagem de reabilitação com qualidade, foram apontados também como sendo fatores dificultadores.

Todavia, a dificuldade na articulação com os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar, bem como com os seus pares e a dificuldade

sentida na comunicação entre os enfermeiros constituem fatores dificultadores. Porém, a desvalorização da importância dos cuidados de reabilitação por parte dos superiores hierárquicos, também foi apontada por um participante como sendo um fator que interfere negativamente na tomada de decisão ética.

No entanto, no que se refere à relação que o EEER estabelece com o cliente e/ou família, a gestão de expectativas do cliente relativas aos resultados esperados decorrentes dos cuidados especializados e a gestão das relações familiares quando o EEER se depara com cuidadores negligentes nos cuidados foram mencionados como fatores dificultadores da tomada de decisão ética.

Por último, a iliteracia do cliente e/ou família e o facto de o EEER ter de lidar com as crenças religiosas e com as questões culturais de cada cliente e/ou família, segundo um dos participantes, constitui também um fator dificultador da tomada de decisão.

Os achados do nosso estudo, permitiram-nos concluir que a vivência de constantes problemas éticos pelo EEER na prática profissional, acarreta algumas implicações no desempenho da sua atividade profissional. Segundo os participantes, as principais implicações são: melhorar a prática profissional, crescimento pessoal e profissional e desmotivação.

Foi mencionado por alguns participantes, que o facto de se confrontarem diariamente com problemas éticos no desempenho da sua atividade profissional permite o desenvolvimento do seu espírito crítico e reflexivo e o desenvolvimento de estratégias para a tomada de decisão ética. Porém, o crescimento pessoal e profissional foi apontado pelos enfermeiros como sendo uma das implicações da vivência dos problemas éticos. Estes profissionais referiram aumento da maturidade, o que faz com que tenham uma maior atitude crítico-reflexiva na prestação de cuidados.

A desmotivação surge como outra das implicações mencionadas pelos participantes. Estes profissionais revelaram desmotivação para a prestação de cuidados especializados de excelência, referindo desinteresse na prestação de cuidados com qualidade. Todavia, a pressão psicológica exercida por outros profissionais e a falta de confiança do cliente nos cuidados prestados pelo EEER foram outras das implicações da vivência dos problemas éticos mencionados por estes profissionais.

Por último, outra implicação apontada pelos participantes refere-se à desarticulação de cuidados entre os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Esta implicação resulta da negligência dos cuidados prestados por alguns cuidadores e que impede o EEER de exercer os cuidados especializados.

Concluimos também que a formação académica em enfermagem de reabilitação traz contributos para a tomada de decisão ética do EEER. Na ótica destes profissionais

os principais contributos são: desenvolvimento e aquisição de conhecimento científico e mudança de comportamento.

Na opinião destes participantes, a formação académica em enfermagem de reabilitação permite a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e promove a reflexão sobre os cuidados prestados diariamente pelo EEER. Todavia, alguns enfermeiros referiram que alteraram o planeamento e priorização de cuidados que prestam aos clientes após a especialidade em enfermagem de reabilitação. Esta visão integrada dos cuidados especializados, e que está patente nos discursos destes enfermeiros, é um contributo para a tomada de decisão ética.

Os achados do nosso estudo permitiram-nos concluir que houve mudança de comportamento do EEER após a formação académica em enfermagem de reabilitação. Assim, estes profissionais referiram o crescimento pessoal e profissional, a criação de estratégias adaptativas e o encarar de forma diferente as situações que surgem na prestação de cuidados como sendo contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão ética. Porém, um EEER referiu que após a especialidade ficou com receio na prestação dos cuidados especializados pois referiu ter medo de cometer erros e outro EEER referiu sentir um aumento da sua responsabilidade no seio da equipa após a especialização.

Estamos conscientes das limitações que o presente trabalho de investigação apresenta, sendo que o fator tempo foi de facto o grande limitador, pois a sua realização cruzou-se com disponibilidades limitadas, que obrigou a conciliar as atividades profissionais e pessoais com as académicas. Também verificamos algumas limitações relativamente à complexidade da temática da investigação, pelo que o trabalho de recolha e análise de dados foi a etapa mais desafiante e a mais morosa.

Contudo, temos consciência de que os resultados encontrados e as reflexões que temos vindo a fazer apenas nos permitem chegar a conclusões que têm um carácter restritivo, pelo que entendemos que é necessário continuar a estudar e aprofundar esta problemática em trabalhos posteriores.

Pensamos que seria interessante desenvolver um estudo qualitativo para conhecer os problemas éticos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação noutros contextos profissionais, e assim contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área da ética em enfermagem, promovendo o aumento da qualidade na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

É nossa convicção, que a discussão e análise de problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros, deve ser uma prática habitual nos serviços de saúde pois permite a consciencialização dos motivos que justificam as decisões tomadas e os

comportamentos adotados e desenvolver estratégias que facilitem o agir de acordo com os valores e princípios pessoais e profissionais.

Deste modo sugerimos que, para além de fazerem uma reflexão individual sobre o agir quotidiano, os enfermeiros organizem grupos de discussão sobre os problemas éticos que se colocam no quotidiano de trabalho. Nestas reuniões através da partilha de experiências e reflexão conjunta seria possível explicitar e analisar as razões que suportam as diferentes tomadas de decisão e delinear estratégias que evitem e ajudem a solucionar os problemas éticos.

Os grupos poderão ser constituídos apenas por enfermeiros prestadores de cuidados mas no nosso entender haverá vantagens em, pelo menos em algumas reuniões, incluir profissionais com responsabilidade na gestão dos serviços e outros elementos da equipa de saúde. Estas reuniões alargadas poderão facilitar o diálogo e a compreensão das funções e comportamentos dos diferentes profissionais, ajudar a encontrar formas consensuais de atuação e melhorar a cooperação entre os diferentes elementos da equipa de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITAMAA, E. [et al.] – Ethical problems in nursing management: the role of codes of ethics. **Nurs Ethics**. Vol. 17, n.º 4 (Julho, 2010), p. 469-82.

ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília – Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de competências. **Texto Contexto Enfermagem** [Em linha]. Vol. 14, n.º 3 (Julho-Setembro 2005), p. 373-382. [consultado em 2 de Dezembro de 2018]. Disponível no WWW:< URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08>>

AMADO, João Daniel Neves – **Avaliação da ocorrência de problemas éticos em cuidados de saúde primários**. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2010. Dissertação de Mestrado em Enfermagem

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA) – **Code of ethics for nurses**. Maryland: Silver Spring, 2015.

AROSKAR, M. A.; MOLDOW, D. G.; GOOD, C. M. – Nurses' voices: policy, practice and ethics. **Nursing Ethics**. Vol. 11, n.º 3 (2004), p. 266-76.

BANDMAN, E.; BANDMAN, B. – **Nursing Ethics: Through The Life Span**. New Jersey: Prentice Hall, 2002. ISBN 0-83-85-6976-5. p. 96-113.

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70. 2011. ISBN 978-973-44-1506-2

BARROSO, L. e MARTEL, L. (2010) – **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. Panóptica. 2010. p. 69-104.

BASSO-MUSSO, Liliana – Nursing and the resolution of ethical dilemmas. **Invest Educ Enferm**. ISSN 0120-5307. Vol. 30, n.º 2 (2012), p. 260-8.

BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS James F. – **Principles of biomedical ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press, 2013.

BENNER, Patricia; WRUBEL, Judith – **The primacy of caring – stress and coping in health and illness**. Menlo Park-Addison: Wesley Publishing Company, 1989. ISBN 978-0201120028

BERGGREN, I.; SEVERINSSON, E. – The significance of nurse supervisors' diferente ethical decision-making styles. **J Nurs Manag**. Vol. 14, n.º 8 (Novembro, 2006), p. 637-43.

BERGGREN, I.; SEVERINSSON, E. – Nurse supervisors' actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. **J Adv Nurs**. Vol. 41, n.º 6 (Mar, 2003), p. 615-22.

BERGGREN, I.; BÉGAT, I.; SEVERINSSON, E. – Australian clinical nurse supervisors' ethical decision-making style. **Nurs Health Sci**. Vol. 4, n.º 1-2 (Março-Junho, 2002), p. 15-23.

BERLINGUER, Giovanni – **Globalização, Equidade e Saúde**. In II Fórum Regional de Saúde do Algarve, Escola Superior de Saúde de Faro. Faro: Administração Regional de Saúde do Algarve, 2008.

BOFF, Leonardo – **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 33.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora. 2013. ISBN 978-972-0-34112-9

BOUÇAS, Isabel Cristina Oliveira Monteiro – **Ensino e aprendizagem da bioética em enfermagem perspectiva dos estudantes**. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Mestrado em Bioética

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção – Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 65, n.º 1 (Janeiro-Fevereiro, 2012), p. 97-103.

CAMARGO, Marculino – **Fundamentos de ética geral e profissional**. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011. ISBN 9788532621313

CARVALHINHAS, A. – Desenvolvimento humano e profissional: Uma exigência ética?. **Informar**. Ano X, n.º 33 (Jul./Dez., 2004), p. 24-33.

CARVALHO, Maria Manuela Montezuma – **A enfermagem e o humanismo**. Loures: Lusociência. 1996. ISBN 972-8383-00-2

CERIT, B.; DINÇ, L. – Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: a correlational study. **Nursing Ethics**. Vol. 20, n.º 2 (Março, 2013), p. 200-12.

CERRI, Andréia [et al.] – Problemas éticos no cuidado ao paciente crítico. **Cogitare Enfermagem**. Brasil. Vol. 16, n.º 3 (Julho/Setembro, 2011), p. 463-70.

CHIZZOTTI, António – **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006. ISBN 8532633900

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS(OS) – Código de ética do CIE para os enfermeiras(os). **Revista Brasileira de Enfermagem** [Em linha]. Revisto em 2012. Tradução: Garcia, Telma Ribeiro. Genebra, Suíça. 2012. [Consultado em 15 de Novembro de 2018]. Disponível em WWW: <URL: <http://sobende.org.br/pdf/Codigo%20de%20Etica%20do%20CIE%20-%20revisado%20em%202012.pdf>>

CORLEY, Mary C. – Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**. Vol. 9, n.º 6 (Novembro, 2002), p. 636-50.

CORTINA Adela; MARTINEZ Emilio – **Ética**. São Paulo: Ed. Loyola, 2005. ISBN 8515031159

COUTINHO, Clara Pereira – **Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática**. Coimbra: Edições Almedina, 2011. ISBN 9789724044873

CROW, R., [et al.] – The cognitive component of nursing assessment: an analysis. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 22, n.º 2 (Aug. 1995), p. 206-212.

CUNHA, G. T. – **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. ISBN: 85-27106-75-2.

DALMOLIN, G. L. [et al.] – Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenómenos nos trabalhadores de enfermagem?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 22, n.º 1 (2014), p. 35-42.

DAVIS, S.; SCHRADER, V.; BELCHEIR, M. J. – Influencers of ethical beliefs and the impacto on moral distress and conscientious objection. **Nurs Ethics**. Vol. 19, n.º 6 (Novembro, 2012), p. 738-49.

DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL – **Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos**. Helsínquia. 2013.

DEODATO, Sérgio – **Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir**. Coimbra: Almedina, 2014. ISBN 978-972-40-5226-7

DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Almedina. 2008. ISBN 978-972-40-3401-0

DESHEFY-LONGHI, Terry [et al.] – Privacy and confidentiality issues in primary care: views of advanced practice nurses and their patients. **Nurs Ethics**. Vol. 11, n.º 4 (2004), p. 378-93.

DOANE, G. [et al.] – Exploring the heart of ethical nursing practice: implications for ethics education. **Nurs Ethics**. Vol. 11, n.º 3 (2004), p. 240-53.

DOWDING D.; THOMPSON C.– Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 44, n.º 1 (Oct, 2003), p. 49–57.

FARO, Ana Cristina Mancussi – Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [Em linha]. São Paulo. Vol. 40, n.º 1, 2006. [Consultado em 12 Dezembro de 2018]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>>. ISSN 0080-6234

FLICK, Uwe – **Métodos Qualitativos na Investigação Científica**. São Paulo: Artmed Editora, 2005.

FONSECA, César João Vicente – **A Tomada de Decisão dos Enfermeiros face aos Cuidados de Prestam no Hospital**. Lisboa: Universidade Aberta, 2006. Dissertação de Mestrado em Comunicação da Saúde

FORTIN, Marie – **O processo de investigação, da conceção à realização**. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2003. ISBN 978-972-8383-10-7

FORTIN, Marie – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

FOUCAULT, Michel – **Ética, Sexualidade, Política**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREITAS, Genival Fernandes – Ética e Moral. In OGUISSO, Taka e ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Orgs.) – **Ética e Bioética desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manole, 2006. ISBN 85-204-2339-6

FRUTUOSO, Miriam Vieira da Rocha – **O direito à informação e o dever de informar em contextos de saúde**. Braga: Universidade do Minho, 2012. Tese de Mestrado Direito Judiciário

GALLAGHER, E. [et al.] – Ethical dilemmas in home care case management. **J. Healthc. Manag.** Vol. 47, n.º 2 (2002), p. 85-96.

GRACIA, D. – Ethical case deliberation and decision making. **Med Health Care Philos.** Vol. 6, n.º 3 (2003), p. 227-33.

GRACIA, D. – **Fundamentación y enseñanza de la bioética**. Bogotá: Editorial El Búho, 1998.

GRACIA, D. – La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. *In*: Albarezude, J. S.; López, M. R. (Orgs). **Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de ética**. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000.

GREENWOOD, J. [*et al.*] – Nursing scripts and the organizational influences on critical thinking: report of a study of neonatal nurses' clinical reasoning. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 31, n.º 5 (May, 2000), p. 1106-14.

GREIPP, M. E. – Greipp's modelo f ethical decision making. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 17, n.º 6 (1992), p. 734-8.

HAGBAGHERY, M. [*et al.*] – The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. **BMC Nursing**, Vol. 3, n.º 1 (2004), p. 2.

HART, Sara Elizabeth – Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol. 37, n.º 2 (2005), p. 173-77.

HAWKEY, Brenda; WILLIAMS, Jane – **Role of the Rehabilitation Nurse**. London: Royal College of Nursing, 2007.

HIGUCHI, K. A.; CHRISTENSEN, A.; TERPSTRA, J. – Challenges in home care practice: a decision-making perspective. **Journal of Community Health Nursing**. Vol. 19, n.º 4 (2002), p. 225-36.

HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª ed. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda. 2011. ISBN 978-989-8075-31-4

JENKINS, C. L.; ELLIOTT, A. R.; HARRIS, J. R. – Identifying ethical issues of the department of the Army civilian and Army Nurse Corps certified registered nurse anesthetists. **Mil Med**. Vol. 171, n.º 8 (Agosto, 2006), p. 762-9.

JESUS, Élvio Henriques – **A decisão Clínica de Enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 1999. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

JESUS, Élvio Henriques – **Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2004. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

JOHNSTONE, Megan-Jane – **Bioethics: A nursing perspective**. 6ª ed. Chatswood, Austrália: Elsevier, 2016. ISBN 9780729542159

JONES, T. M. – Ethical decision making by individuals in organizations: na issue-contingent model. **Academy of Management Review**. Vol. 16, n.º 2 (1991), p. 366-395.

JULIÃO, Miguel – **Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado**. Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2014. Tese de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde

JUNGES, José Roque – Bioética da atenção primária à saúde. **Revista AMRIGS**. Vol. 55, n.º 1 (2011), p. 88-90.

JUNGES, José Roque – **Bioética sanitária: desafios éticos da saúde coletiva**. São Paulo, Edições Loyola, 2014. ISBN 9788515041558

JUNGES, José Roque; BARBIANI Rosangela; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone – O planejamento estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** [Em linha]. Vol. 19, n.º 53 (2015), p. 265-274. [Consultado em 10 de Janeiro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140331.pdf>>. ISSN 1807-5762

JUNGES, José Roque [et al.] – Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. **Revista Bioética**. Vol. 20, n.º 1 (2012), p. 97-105.

KANT, Immanuel – **Fundamentação da Metafísica dos Costume**. Lisboa: Edições 70, 2001. ISBN 972440306-8

KATSUHARA, Y. – What moral requirements cause ethical dilemmas among nurse executives?. **Japan Journal of Nursing Science**. Vol. 2, n.º 1 (2005), p. 57-65.

KIM, Y. S.; KANG, S. W.; AHN, J. A. – Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. **Nurs Ethics**. Vol. 20, n.º 4 (Jun, 2013), p. 470-8.

LAABS, C. – Perceptions of moral integrity: contradictions in need of explanation. **Nurs Ethics**. Vol. 18, n.º 3 (Maio, 2011), p. 431-40.

LAABS, C. A. – Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. **J Am Acad Nurse Pract**. Vol. 17, n.º 2 (Fevereiro, 2005), p. 76-84.

LAABS, C. A. – Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. **Nurs Ethics**. Vol. 14, n.º 6 (Novembro, 2007), p. 795-809.

LA TAILLE, Yves de – **Moral e Ética – Dimensões intelectuais e afetiva**. Porto Alegre: Artmed, 2006. ISBN 9788536306599

LILLEMOEN, Lillian; PEDERSEN, Reidar – Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. **Nursing Ethics**. Vol. 20, n.º 1 (Fevereiro, 2013), p. 96-108.

LIMA, Aline Camilo [et al.] – Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. **Cogitare Enfermagem** [Em linha]. Vol. 14, n.º 2 (Abril/Junho, 2009), p. 294-303. [Consultado em 5 de Janeiro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: [file:///C:/Users/Computer/Downloads/15621-53663-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Computer/Downloads/15621-53663-1-PB%20(1).pdf)>

LoBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith – **Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA. 2001.

MAGELSSSEN, M. [et al.] – Ethics support in community care makes a difference for practice. **Nursing Ethics**. Vol. 22. 2016, p. 1-9.

MARTINS, Leonardo Fernandes [et al.] – Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [Em linha]. Vol. 19, n.º 12 (2014), p. 4739-50. [Consultado em 18 de Dezembro de 2018]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04739.pdf>>. ISSN 1413-8123

MILLIKEN, Aimee; GRACE, Pamela – Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. **Nursing Ethics**. Vol. 24, n.º 5 (December, 2015), p. 517-24.

MONTENEGRO, Livia Cozer – **A expressão da ética nas práticas de profissionais da saúde no contexto de unidades de internação hospitalar**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Tese de Doutorado em Enfermagem e Saúde

MOOSAVI, S.; BORHANI, F.; MOHSENPOUR, M. – Ethical attitudes of nursing students at Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran. **Indian Journal of Medical Ethics**. Vol. 7, n.º 1 (2016), p. 1-6.

MOTTA, Luís Claudio Souza – O cuidado no espaço-tempo do oikos: sobre a bioética e a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol. 36, n.º 4 (2012). p. 581.

NEVES, Maria da Ajuda – A tomada de decisão em enfermagem. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 6, n.º 2 (2002), p. 25-35.

NEVES, Maria da Ajuda – Intervenções de Enfermagem: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 9, n.º 2 (2005), p. 2-13.

NORA, Carlise Rigon Dalla – **Sensibilidade moral dos enfermeiros face aos problemas éticos da atenção primária à saúde**. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2017. Tese de Doutoramento. ISBN 978-989-207811-3

NORA, Carlise Rigon Dalla [*et al.*] – Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. ISSN 0104-0707. Vol. 25, n.º 2 (2016), p. 1-9.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque – Política de Humanização na Atenção Básica. **Revisão sistemática. Rev. Saúde Pública**. Vol. 47, n.º 6 (Dezembro, 2013), p. 1-15.

NORA, Carlise Rigon Dalla; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; VIEIRA, Margarida – Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrada da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [Em linha]. Vol. 36, n.º 1 (Março, 2015), p. 112-121. [Consultado em 10 de Janeiro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/pt_1983-1447-rgenf-36-01-00112.pdf>

NUNES, Fernando– Tomada de decisão de Enfermagem em emergência. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. N.º 219 (Março, 2007), p. 7-11.

NUNES, Lucília – **Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-67-7

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

NUNES, Lucília – Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. **Revista Bioética (Impr.)** [Em linha]. Vol. 23, n.º 1 (2015), p.187-199. [Consultado em 15 de Janeiro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0187.pdf>>. ISSN 1983-8042

OBERLE, Kathleen; TENOVE, Sandra – Ethical issues in public health nursing. **Nursing Ethics**. Vol. 7, n.º 5 (Setembro, 2000), p. 425-38.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro**. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Lisboa, 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)**. Lisboa, 2010b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Deontologia profissional de enfermagem**. 2015. ISBN 978-989-8444-30-1

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista** [Em linha]. Regulamento aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010a. [Consultado em 3 de Janeiro de 2019]. Disponível na WWW: <URL:

<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2735/2/ANEXO%20I%20E2%80%93%20Regulamento%20n.%C2%BA%20122%202011%20de%2018%20de%20fevereiro.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação** [Em linha]. Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. [Consultado em 3 de Janeiro de 2019]. Disponível na WWW: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf >

PEREIRA, Maria Aurora – **Comunicação de más notícias e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-92-4

PINTO, Cristina Maria Correia Barroso – **Desenvolvimento do pensamento ético no contexto da formação inicial dos enfermeiros**. Aveiro: Departamento da Educação da Universidade de Aveiro, 2011. Tese de Doutoramento em Didática e Formação

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P.; BECK, Cheryl Tatano – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização**. Brasil: Artmed Editora, 2004. ISBN 9798573079844

POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernadette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2011. ISBN 9788536325453

PROGRAMA DE BASE DE ESTUDOS SOBRE BIOÉTICA – **Parte 1: Programa temático, Programa de Educação em Ética** [Em linha]. Escritório Regional de

Ciências da UNESCO para América Latina e Caribe. UNESCO Montevidéu, 2015. [Consultado em 18 de Novembro de 2018]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevidео/pdf/BioetCoreCurriculum-PT-Parte1.pdf>>.

RAMOS, Flávia Regina Souza – O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro. vol. 5, n.º 1 (2007), p. 51-77.

RAMOS, Flávia Regina Souza [et al.] – Ethical conflicts and the process of reflection in undergraduate nursing students in Brazil. **Nurs Ethics**. Vol. 22, n.º 4 (Junho, 2015), p. 428-39.

REDMAN, B. K.; FRY, S. T. – Nurses' ethical conflicts: what is really known about them?. **Nurs Ethics**. Vol. 7, n.º 4 (Julho, 2000), p. 360-6.

REICH, Warren Thomas – **Encyclopedia of Bioethics**. New York: Macmillan Pub, 1995. p. 256.

REIS, Tiago Filipe Anastácio – **Decisão clínica (partilhada) em Enfermagem: Vivências de quem é cuidado**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

REGULAMENTO n.º 125/2011. **DR II Série**. 35 (2011/02/18) 8658-8659.

REGULAMENTO n.º 165/2011. **DR II Série** 47 (2011/03/08) 11112-11113.

REGULAMENTO n.º 350/2015. **DR II Série**. 119 (2015/06/22) 16655-16660.

RENAUD, M. – Dignidade Humana. In NEVES, M. e PACHECO, S. (Coords) – **Para uma ética da enfermagem – desafios**. Ponta Delgada: Gráfica de Coimbra, 2004. p. 203-014.

RENAUD, Isabel; RENAUD, Michel – Fundamentos éticos: ética e moral. In ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – **Bioética**. Lisboa: Editorial Verbo, 1996.

RIBEIRO, Jorge Manuel da Silva – Autonomia profissional dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha]. IIIª Série, n.º 5 (Dezembro, 2011), p. 27-36. [Consultado em 18 de Janeiro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a03.pdf>>

RICOEUR, Paul – **Hermenêutica e ideologias**. Petropolis: Editora Vozes, 2008. ISBN 9788532637123

- RICOEUR, Paul – **The symbolism of evil**. Boston: Beacon Press, 1969.
- RICOEUR, Paul – **Soi-même comme un autre**. Paris: Seuil, 1990. ISBN 2-02-011458-5
- ROCHA, Maria Lúcia – **Repensar o ensino em Enfermagem para enfrentar os novos desafios da Bioética**. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado em Bioética
- ROGERS, W. – Ethical issues in public health: a qualitative study of public health practice in Scotland. **Journal of Epidemiology. Community Health**. Vol. 58, n.º 6 (Junho, 2004), p. 446-50.
- SÁBADA, Javier – **Principios de Bioética Laica**. Barcelona: Editorial Gedisa, 2004. ISBN 84-7432-996-5
- SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO Carlos Fernández; LUCIO María del Pilar Baptista – **Metodologia de Pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2013. ISBN 9786071502919
- SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni – **Discursos profissionais e deliberação moral: Análise a partir de processos éticos de enfermagem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Tese de Doutoramento em Enfermagem
- SERRA, S. – **Morrer na presença de quem cuida: atitudes do enfermeiro de cuidados diferenciados face à morte e aos cuidados ao doente em fim de vida**. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2012. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos
- SERRÃO, D. – Relações entre os profissionais de saúde e o paciente. In M. C. P. Neves (Ed.) – **Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana**. Açores: Centro de Estudos de Bioética/Polo Açores. 1996.
- SMELTZER Suzanne C. [et al.] - **Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA, 2011. ISBN 9788527718394
- SGRECCIA, Elio. – **Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica**. Cascais: Principia Editora, 2009. ISBN 9789898131157. p. 49.
- SILVA, Luana Torelli; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; BORGES, Ana Luiza Vilela – **Bioética e atecção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos**

pelos enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare enfermagem**. Vol. 11, n.º 2 (2006), p. 133-42.

SIQUEIRA- BATISTA, Rodrigo [et al.] – (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde e Sociedade** [Em linha]. Vol. 24, n.º 1 (2015), p. 113-28. [Consultado em 8 de Janeiro de 2019]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0113.pdf>>

STREUBERT, Helen e CARPENTER, Dona Rinaldi – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972- 8383-29-0

STREUBERT, Helen e CARPENTER, Dona Rinaldi – **Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista**. 5ª ed. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didáctico, Lda, 2013. ISBN 978-989-8075-34-5

THOMPSON, C. [et al.] – Nurses, information use, and clinical decision making – the real world potential for evidence-based decisions in nursing. **Evidence Based Nursing**. Vol. 7, n.º 3 (2004), p. 68-72.

TONNESSEN, S.; NORTVEDT, P.; FORDE, R. – Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. **Nurs Ethics**. Vol. 18, n.º 3 (Maio, 2011), p. 386-96.

TOREN, O.; WAGNER, N. – Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma. **Nurs Ethics**. Vol. 17, n.º 3 (2010), p. 393-402.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora [et al.] – Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha]. Vol. 10, n.º 1 (Janeiro-Fevereiro, 2002), p. 85-89. [Consultado em 5 de Outubro de 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7776.pdf>>. ISSN 1518-8345

ULRICH, C. M. [et al.] – Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 66, n.º 11 (Novembro, 2010), p. 2510-19.

ULRICH, C.; SOEKEN, K.; MILLER, N. – Predictors of nurse practitioners` autonomy: effects of organizational, ethical, and market characteristics. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners** Vol. 15, n.º 7 (Julho, 2003), p. 319-25.

ULRICH, C. M.; SOEKEN, K. L. – A path analytic model of ethical conflict in practice and autonomy in a sample of nurse practitioners. **Nurs Ethics**. Vol. 12, n.º 3 (Maio, 2005), p.305-16.

URBAN, Cícero de Andrade – **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. ISBN 857309706X

UTKUALP, Nevin – Ethical Issues and dilemmas encountered in nursing practice in Turkey. **International Journal of Caring Sciences** [Em linha]. Vol. 8, n.º 3 (Setembro/Dezembro, 2015), p. 830-836. [Consultado em 5 de Novembro de 2018]. Disponível na WWW: <URL: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/34_Utkualp_review_8_3.pdf>

VANDERHEIDE, R.; MOSS, C.; LEE, S. – Understanding moral habilability: a framework to enhance the quality of the clinical environment as a workplace. **Contemp Nurse**. Vol. 45, n.º 1 (2013), p. 101-13.

VEIGA, João – **Ética em Enfermagem: análise, problematização e (re)construção**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editora, 2006. ISBN 9789727962181

VIDAL, S. V. [et al.] – Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Revista Bioética**. ISSN 1983-8042. Vol. 22, n.º 2 (2014), p. 347-357.

VIEIRA, Margarida – **A Vulnerabilidade e o Respeito no Cuidado ao Outro**. Lisboa: Faculdade de Filosofia da Universidade Nova de Lisboa, 2002. Tese de doutoramento

WATSON, Jean – **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boulder: Colorado Associated University Press, 1985.

WHITEHEAD, M. – **The concepts and principles of equity and health**. 1ª ed. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1990.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone – Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In OGUISSO, Take, ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Orgs) – **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manole, 2006. ISBN 85-204-2339-6. p. 111-135.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone – Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica ampliada. **O mundo da Saúde**. São Paulo. Vol. 33, n.º 2 (2009), p. 195-204.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone – Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. **Atención Primaria**. Vol. 42, n.º 8 (2010), p. 406-14.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone – Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Revista bioética**. Vol. 21, n.º 3 (2013), p. 389-96.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES Paulo António Carvalho – Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública** [Em linha]. Rio de Janeiro, Vol. 20, n.º 6 (Novembro-Dezembro, 2004), 1690-1699. [Consultado em 5 de Dezembro de 2018]. Disponível na WWW: <URL:

<https://pdfs.semanticscholar.org/bad0/cb4a3ae057264c985bfd457fdadd8373eb87.pdf>>

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SOARES, Fátima Aparecida Cotrim– Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol. 46, n.º 15 (2012), p. 1248-1253.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Guião de Entrevista

SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES PARA RECOLHA DE DADOS JUNTO DOS INFORMANTES

PRÉ-ENTREVISTA

Abordagem do informante e cumprimentos.

Breve conversa informal.

Transmitir informações sobre o estudo:

- Objetivos do estudo;
- Forma como decorrerá a entrevista e previsão do tempo necessário;
- Garantia de anonimato;
- Clarificar a possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento, a pedido do entrevistado;
- Garantia de inexistência de quaisquer consequências em recusar a participação ou em interromper a entrevista.

Solicitação de colaboração.

Pedido de autorização para gravação áudio da entrevista.

Marcação da data, hora e local para a entrevista.

ENTREVISTA

Questionar se tem alguma dúvida que queira ver esclarecida.

Colheita de dados sociodemográficos.

Relembrar da necessidade de gravar a entrevista e renovar autorização para tal.

Entrevista de acordo com o guião.

Nota: O consentimento para a participação no estudo e para a gravação da entrevista serão objeto de gravação áudio no início da entrevista. Todas as gravações serão arquivadas.

PÓS-ENTREVISTA

Agradecimento pela disponibilidade e colaboração.

Conversa informal e despedida.

Deixar o contacto (do entrevistador) para futuro contacto, caso o informante deseje alguma informação suplementar ou ver a sua entrevista (ou parte) retirada da investigação.

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Habilitações Académicas: _____

Profissão: _____

Tempo na profissão: _____

Tempo a exercer como Enfermeiro Especialista de Reabilitação: _____

Local de trabalho: _Hospital _Centro de Saúde _Outro

Se respondeu "Hospital", especifique qual o serviço: _____

Se respondeu "Outro", especifique qual: _____

Tem alguma formação específica na área da ética/bioética? _____

Se afirmativo, especifique:

Entrevista nº: Data:/...../..... Hora início: Hora fim:

GUIÃO DE ENTREVISTA

Segundo Deodato (2014, p. 41), “constitui problema ético de enfermagem, a 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.”

Objetivos do estudo	Questões a Formular
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional• Analisar os fatores facilitadores da tomada de decisão ética do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none">• Já alguma vez se deparou com algum problema ético no exercício da sua atividade profissional como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação?• Se sim, qual ou quais?• Qual o problema ético vivenciado por si que foi motivo de uma maior reflexão?• E porque é que foi motivo de maior reflexão?• Na sua opinião, quais foram os fatores facilitadores que interferiram na tomada de decisão quando se depara com problemas éticos na prática profissional?

<ul style="list-style-type: none"> • Analisar os fatores dificultadores da tomada de decisão ética do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação • Identificar as implicações das vivências dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação • Identificar quais os contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão ética do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião, quais foram os fatores dificultadores que interferiram na tomada de decisão quando se depara com problemas éticos na prática profissional? • Quais as implicações da vivência desses problemas éticos no desempenho da sua atividade profissional? • Mudou a sua forma de resolver os problemas identificados, no que se refere à tomada de decisão com a especialização ou age da mesma maneira enquanto enfermeiro de cuidados gerais? • No seu ponto de vista, quais os contributos da sua formação académica em enfermagem de reabilitação para a tomada de decisão?
--	---

APÊNDICE B

Matriz de Redução de Dados

ÁREA TEMÁTICA: Problema éticos vivenciados pelos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação na prática profissional

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<p>INFORMAÇÃO</p>	<p>Informação relativa aos cuidados</p>	<p>“(…) foi só informada a família (…) um doente foi fazer uma amputação do membro inferior, um doente de cirurgia vascular e depois de regressar o doente não sabia que tinha sido amputado (…) Eu estava em pânico, não sabia o que fazer. Acho que o doente também não estaria em perfeitas condições de consciência para poder autorizar o que quer que seja, mas estava consciente de que tinha sido amputado e ninguém lhe tinha dito nada.” (E3)</p>
		<p>“Não disseram ao doente sequer o tipo de exame que ele iria realizar (…) Se tivessem explicado no serviço ele já não subia porque o senhor recusou-se a fazer a endoscopia, estava no direito dele, o consentimento informado não existiu.” (E3)</p>
		<p>“(…) um doente que tinha uma neoplasia, com metástases ósseas, a família não queria que a gente lhe dissesse (…) o doente queria recuperar, queria que o enfermeiro intervisse, mas eu não podia (…) existem contra-indicações em algumas situações e essa era uma dessas (…) o doente tem direito à informação na altura que devia ser dada (…)” (E5)</p>
		<p>“(…) se é tudo explicado em termos de tratamento, a que é que um doente vai ser submetido, tanto em termos cirúrgicos como em tipo de tratamento diário, se isso é tudo explicado, eu acho que não é! (…) chegamos a momentos em que estamos a conversar com o doente e, principalmente se nós gostarmos de informar o</p>

INFORMAÇÃO		doente sobre tudo aquilo que lhe é feito, podemos estar a incorrer em algo porque lhe estamos a dar uma informação que o médico já não deu e o doente por vezes confronta-nos com isso.” (E6)
	Equilíbrio verdade/motivação	“(…) um doente que tive que pronto, que queria que lhe fizesse reabilitação, que queria voltar a ter autonomia, mas já era um doente que tinha uma neoplasia, metástases ósseas, a família não queria que a gente lhe dissesse, não queria que expusesse (…) o doente queria recuperar, queria que o enfermeiro intervisse, mas eu não podia intervir (…) existem contra-indicações em algumas situações e essa era uma dessas (…) o doente não ficou muito satisfeito porque achava que se devia ter feito alguma coisa (…)” (E5)
		“(…) outras vezes têm umas perspetivas demasiado pessimistas e a gente tenta dar-lhes perspetivas mais otimistas mas que podem vir a não se concretizarem. Nem sempre as coisas correm como a gente pensa (...). A ética vive muito dos dilemas, às vezes são mais que dilemas, são mais questões (...)” (E8)
		“(…) devemos ou não devemos dizer? Se não dizemos, o que acontece? Estamos a criar uma expectativa que depois não se vai concretizar, mas por outro lado, se depois dizemos, também desmotivamos o utente e a família para o seu próprio processo de reabilitação, de bem-estar, conforto e de esperança. Até que ponto é que nós podemos ou não quebrar esta motivação que eles têm?” (E9)
Conciliar desejo da família com direitos do cliente	“(…) a família não queria que a gente lhe dissesse, não queria que expusesse (...) tive que chamar a família, tivemos que colocar o doente a par de algumas situações, não propriamente tudo (...) foi muito complicado, foi uma situação que, pronto, o doente tem direito à informação, o doente devia saber, mas não somos	

		nós que vamos contra uma decisão familiar, uma decisão de informação, mas tive que gerir essa situação e foi bastante complicado.” (E5)
		“(…) embora não esteja de acordo, mas não posso ser eu sozinho, se a família diz que não quer... embora a pessoa tenha o direito de saber do seu futuro, quando há uma conspiração do silêncio... (..) quando toda a família sabe menos o utente (..) depois surgem aqui alguns problemas, alguns dilemas (..)” (E8)
SIGILO PROFISSIONAL	Obrigação de confidencialidade da informação por parte do profissional de saúde	“(…) um doente uma altura me confidenciou que era portador de HIV, mas não queria que ninguém soubesse nem a parte médica, e é complicado (..) que ele era consciente do que tinha, que não queria que ninguém soubesse e deixou escapar por acaso, pronto, houve ali um dilema (..)” (E5)
	Equilíbrio entre desejo do cliente e dever profissional	“(…) um doente uma altura me confidenciou que era portador de HIV, mas não queria que a parte médica soubesse, e é complicado (..) São daquelas coisas que a gente na altura pensa, falo, não falo, mas como profissional devo, porque é uma situação que não se pode... mas para o doente, prontos, às vezes pode achar que não é muito ético. Ele leva para um segredo profissional, confidenciamos uma coisa, mas é uma coisa da saúde dele que nós como profissionais, às vezes, não podemos esconder nem desvalorizar (..)” (E5)
RESPEITO PELA DIGNIDADE DA PESSOA	Privacidade no cuidado	“(…) os doentes não têm privacidade, há uma falta de privacidade (..)” (E3)
		“(…) a situação que é assim mais... a privacidade do doente porque algumas enfermarias têm cortinas e a gente pode separar, mas depois entra a família, a hora da visita é muito longa, a gente não controla a porta... está a porta fechada, mas entram por aí dentro e a pessoa pode estar, pronto, um bocado descomposta (..)” (E4)

RESPEITO PELA DIGNIDADE DA PESSOA		<p>“Todos os dias surgem outras situações, como é o caso da privacidade do doente, não é? Às vezes queremos falar com o doente da situação, do seu estado (...) enfermarias de três doentes e não temos condições, às vezes temos que criar algumas estratégias. Já fiz dessas abordagens na casa de banho, que não é muito ético, mas dentro da privacidade e dentro de outros princípios, era o mais indicado.” (E5)</p>
	Humanização dos cuidados	<p>“(…) há falta de respeito muitas vezes, eu acho, os doentes, principalmente os que estão... não sei se eles têm depois consciência de que estão a ser tratados de forma que às vezes eu acho que não é a forma que deveriam ser tratados (...). Tratar a pessoa como pessoa (...) Aqui é um corpo que está a precisar de um cuidado, nem tanto de um cuidado, se calhar de uma medicação, de uma intervenção porque um cuidado é muito mais abrangente.” (E3)</p>
		<p>“(…) há uma transfusão de sangue que um doente se recusou e que estava a sangrar porque era testemunha de Geová. (...) Recusou... recusou! Ele recusou, o próprio doente... e morreu. (...) a que me causou mais... em mim, foi a do senhor que recusou a transfusão.” (E3)</p>
		<p>“(…) a gente às vezes trabalha e nem pensa e não pensando está a pensar... por isso acho que diariamente a gente tem outros casos em que no respeito pelo próximo, pela pessoa, na sua dignidade enquanto pessoa (...) só que o dia a dia passa tao rápido, que a gente até nem pensa nos casos (...)” (E7)</p>
		<p>“(…) Ele não aceitava e depois o filho que era responsável por ele, que inicialmente aceitava a amputação e depois não aceitou, de tal forma que o doente não fez a amputação (...) e o senhor acabou por morrer passados quatro dias (...) sabendo eu que era o melhor para o doente esbarrava-me com a</p>

		<p>relutância quer dele quer do filho e em relação ao doente o problema era estritamente religioso, por razões religiosas não aceitava a amputação (...) andei alguns dias a dormir mal porque transferi para mim o problema, achei que não fui capaz de desmontar estas crenças na cabeça do doente e do cuidador.” (E10)</p>
<p>RESPEITO PELA DIGNIDADE DA PESSOA</p>	<p>Desinvestimento por parte da equipa médica</p>	<p>“(…) lembro-me de um doente que tive cá, que sofreu um AVC, que ficou com défices neurológicos, a nível de parésia dos membros, disfagia, disartria, mas como antecedentes tinha uma neo pulmonar e que segundo o que o médico dizia estava em fase terminal e que não era um doente para investir, no entanto tratava-se de um doente muito consciente, orientado e que se notava ainda muito agarrado à vida, e que queria que a gente não desistisse dele (...) dada a situação do doente (...) achei que devia investir e dado que o doente também queria, eu achei que era melhor investir (...) e tive que confrontar a equipa médica, que até o doente depois acabou por sair da cama e ingressou numa unidade de cuidados continuados (...) acho que depois teve alta e, portanto, depois faleceu, mas entretanto até se investiu no doente.” (E7)</p>
<p>EQUIDADE NOS CUIDADOS</p>	<p>Garantia da continuidade de cuidados</p>	<p>“(…) um até mais doentes que estão cá neste momento... que está a ser pressionado a dar alta. A família não tem condições para os ter, as unidades de cuidados estão sempre esgotadas e não recebem alguns doentes que não têm critérios para lá ir e a gente vê-se com esta pressão (...)” (E4)</p> <p>“(…) nós devemos providenciar os melhores e a continuidade dos cuidados paliativos adequados, e às vezes... pela conflitualidade, principalmente até entre médicos nos cuidados continuados (...) por não estar muito tempo internado, era um doente que até poderia ir para os cuidados continuados e muitas vezes não vai (...) mas beneficiava com isso e às vezes são daquelas coisas que nos ficam</p>

EQUIDADE NOS CUIDADOS		assim um bocado atravessadas (...) fico algo desgostoso nesse aspeto, porque acho que há doentes que vão para o domicílio sem conhecimento, sem o mínimo de condições e às vezes com os cuidados continuados beneficiavam. (...) O doente tem o direito, é um dos direitos, o doente tem acesso aos cuidados adequados à sua situação e o profissional tem o dever de encaminhar para os cuidados e às vezes não acontece e às vezes fico um bocado preocupado com isso (...)” (E5)
	Garantia à igualdade no acesso aos cuidados	“(...) o doente na realidade não tem o desejável ou o direito que tem em termos de reabilitação. Tal como não tem direito, por exemplo, um doente com AVC que em vez de ficar na unidade fica fora da unidade e tem tantos défices como os doentes da unidade e não tem sequer um enfermeiro de reabilitação. E até pode estar um enfermeiro de reabilitação na medicina, mas não dá, não consegue prestar cuidados de reabilitação porque aí já não tem só cinco, aí tem oito doentes e já não consegue sequer prestar cuidados de reabilitação (...)” (E1)
DÉFICE DE RECURSOS	Profissionais de saúde, material de apoio e tempo	“(...) dotações seguras e não é propriamente aquilo o que nós temos aqui. (...) nós não temos profissionais, enfermeiros de reabilitação suficientes (...)” (E1)
		“(...) nós não temos tempo, por exemplo, para hidratarmos um doente eficazmente. E se tiver uma disfagia ainda pior porque para hidratá-lo tem que ser com calma, com copo, com posicionamento e não temos disponibilidade de tempo para fazer isto.” (E1)
		“(...) às vezes uma pessoa tenta negociar um determinado tipo de tratamento numa perspetiva de uma determinada evolução para com os doentes e depois, porque há faltas, há pouca gente, não há disponibilidade disto, não há

DÉFICE DE RECURSOS		disponibilidade daquilo a gente não pode sequer fazer metade daquilo que estava preconizado (E2)
		(...) é por uma questão de ser enfermeiro de reabilitação, aquilo que para mim é muito mais marcante é muitas vezes não conseguirmos ter o tempo necessário para conseguirmos estar com os doentes (...)" (E2)
		"(...) deveriam era estar mais assistentes operacionais (...)" (E3)
		"O problema que a gente se depara todos os dias é a falta de tempo para prestar os cuidados de reabilitação, a maior parte, ou grande parte das vezes (...) é a falta de pessoal, o que leva a que eu tenha que prestar também cuidados gerais, além disso também os cuidados de reabilitação" (E4)
		"(...) outra coisa que é importante é que não tenho material de apoio, única e simplesmente tenho algumas almofadas, alguns triângulos (...)" (E4)
	Disponibilidade do profissional para o cliente e família	"(...) quase todos os dias, somos confrontados com perguntas, com dúvidas por parte dos doentes, dos familiares, temos é que estar abertos e explicar e, às vezes, se calhar não estamos no melhor dia para explicar as coisas, quer seja pela sobrecarga de trabalho, quer seja pelo cansaço, quer seja todas as razões que possam estar inerentes, agora também é certo, que os outros não têm culpa disso. (...) é por uma questão de ser enfermeiro de reabilitação, aquilo que para mim é muito mais marcante é muitas vezes não conseguirmos ter o tempo necessário para conseguirmos estar com os doentes (...)" (E2)
	Infraestruturas inadequadas	"(...) a lotação é pequena, a lista de espera é muito grande, há uma pressão muito grande da equipa médica em admitir doentes, todos os dias querem admitir doentes e com a capacidade esgotada, normalmente temos sempre macas." (E4)

		<p>“Às vezes queremos falar com o doente da situação do seu estado (...) enfermarias de três doentes e não temos condições, às vezes temos que criar algumas estratégias. Já fiz dessas abordagens na casa de banho, que não é muito ético, mas dentro da privacidade e dentro de outros princípios, prontos era o mais indicado.” (E5)</p>
<p>DECISÃO DE CUIDADOS</p>	<p>Lidar com as expetativas do cliente e família relativamente à reabilitação</p>	<p>“(...) um doente que tive, que queria que lhe fizesse reabilitação, que queria voltar a ter autonomia (...) foi uma situação muito difícil de lidar, o doente queria recuperar, queria que o enfermeiro intervisse e o enfermeiro, que eu na altura queria intervir mas não podia intervir, não é? Portanto existem contraindicações em algumas situações e essa era uma dessas (...). (...) era um doente com uma perspectiva de vida curta, só que o doente via-se limitado, e achava que o enfermeiro de reabilitação, com a fisioterapia, com a reabilitação que lhe iria dar alguma autonomia e, primeiro que se conseguisse resolver essa situação, não ferir a parte do doente, a parte da família... foi um bocado difícil de gerir (...)” (E5)</p> <p>“(...) é a própria expetativa do utente e da família, que por vezes têm uma expectativa demasiado otimista em relação às possibilidades, outras vezes têm umas perspectivas demasiado pessimistas e a gente tenta dar-lhes perspectivas mais otimistas, mas que podem vir a não se concretizarem... nem sempre as coisas correm como a gente pensa (...)” (E8)</p> <p>“(...) um utente que tem uma neoplasia, que tem metastização e cujo potencial de reabilitação é muito pouco, é mais uma reabilitação de manutenção e a perspectiva dele, dele e da família, é que vai recuperar bem... e até que ponto é que nós enquanto enfermeiros de reabilitação devemos dizer que não, que não vai recuperar a função como tinha antes do problema de saúde? (...) até que ponto</p>

DECISÃO DE CUIDADOS		é que nos temos o direito de intervir e de quebrar esta expectativa que a família tem?" (E9)
	Lidar com a própria decisão	"(...) é logico e evidente que me transtorna quando uma pessoa diz a um utente, que começa a ter algum equilíbrio na marcha (...) e vai começar a andar e depois passado meia dúzia de dias ele caiu (...) E isto acaba sempre por criar alguma dúvida, e por estar ali constantemente a "traquilhar" a cabeça... até que ponto eu não exagerei nas dicas, quer se dizer, e isto já me aconteceu duas vezes pelo menos, de eu dizer "pode ir andando" e as pessoas terem caído." (E2)
		"(...) é um problema ético a escolha... ou tu fazes uma coisa que implica a vida do doente ou dás-lhe de comer que também é vida e conforto e satisfação, mas se tu tens que escolher o que é que tu vais escolher, não é?" (E3)
		"(...) quando eu faço reabilitação a um utente e ele tem um joelho flexo e eu pretendo que ele faça uma extensão completa, naturalmente que eu vou-lhe causar dor, se lhe causo dor ele colabora menos, se lhe causo dor ele se calhar vai dormir mal à noite, se dorme mal à noite, no dia seguinte provavelmente colabora mal e nós estamos sempre face a este conflito, este conflito ético, eu preciso fazer extensão para ele sair da unidade com boa mobilidade e do ponto de vista da reabilitação, que saia mais eficientemente reabilitado, mas por outro lado eu provoco-lhe o mal, não é? E há doentes que não aceitam, não toleram e isto causa-nos aqui problemas de ordem ética, naturalmente causa."(E10)
Lidar com a decisão do cliente	"(...) às vezes há algum conflito entre aquilo que o doente aceita e aquilo que nós achamos que é o melhor para ele (...)" (E10)	

	<p>Lidar com as decisões do superior hierárquico</p>	<p>“(…) negocieei com o doente respiratório um determinado tipo de tratamento para no dia seguinte seguir para outra área. No dia seguinte cheguei lá e... “hoje não fazes reabilitação e vais para ali”, quer se dizer, o próprio doente ficou a olhar para mim de lado, porque o mau da fita era eu. Gerir isto não é fácil. Eu também compreendo, que para alguns superiores hierárquicos aquilo que é mais importante muitas vezes são outras coisas, também acho que há esta falta de sensibilidade da importância da reabilitação para o doente (...)” (E2)</p>
<p>GESTÃO DE CONFLITOS NA FAMÍLIA</p>	<p>Negligência nos cuidados prestados</p>	<p>“(…) um utente (...) que ficou dependente (...) vivia sozinho, ele com a esposa e, entretanto foram para a casa de um filho que a família não aceitou assumir-se como cuidador (...) em vez de promoverem a autonomia, estavam a promover a dependência, a situação do utente foi-se agravando e nós tivemos que tomar uma atitude, porque realmente nós tentamos de tudo para motivar a família na prestação de cuidados, mas estava em causa o bem estar do doente e tivemos que chamar a família, tivemos que fazer uma conferência familiar, envolver outras entidades e o utente neste momento irá para uma unidade de longa (...) E até que ponto nós, no fundo a família é como que acusada de negligência, não é? E até que ponto nós podemos ser omissos ou não perante estas situações (...) o filho do casal não tinha a noção que a nora e a filha não tratavam bem, não cuidavam bem do idoso e tivemos que o confrontar com uma situação que ele desconhecia (...) trabalhava o dia todo e achava que as coisas estavam a correr todas bem e que não havia problema nenhum (...) tivemos que o chamar, no fundo geramos ali um conflito familiar (...)” (E9)</p> <p>“(…) um utente que está connosco também para reabilitação (...) deparei-me com uma situação de hipertensão arterial (...) tomei algumas diligências (...) antecipei</p>

<p style="text-align: center;">GESTÃO DE CONFLITOS NA FAMÍLIA</p>		<p>o diurético e alertei a família para a alimentação, a hidratação (...) Como mantinha valores altos, falei com a médica assistente e foi introduzido um novo medicamento. Ontem a colega foi lá, e mantinha hipertensão. Hoje fomos de manhã lá e mantinha hipertensão. Voltei a ir agora à tarde. Cheguei à conclusão que o doente tinha um medicamento novo em casa desde terça que ainda não tinha iniciado o medicamento, porque a filha disse que não vale a pena iniciar já! (...) E perante isto, como é que nós lidamos? (...) a família estava a ser negligente que não estava a dar-lhe a medicação que lhe tinha sido prescrita, não é? São situações que às vezes nos surgem e que... e agora? A filha? Porque é que ela não lhe deu a medicação, que se lembrou de não precisar, não é, como é que nós nestas situações atuamos, não é? E agora, temos que andar lá a controlar os blisters, se deu, se não deu, não é? E isto tem várias implicações, e mesmo que o doente até entretanto faz uma repetição de um AVC, e depois até vão para o hospital a dizerem que as enfermeiras até nem disseram nada..." (E9)</p>
	<p style="text-align: center;">Negociação de estratégias de cuidados</p>	<p>"(...) a neta: "não come? Não come, entube". Não, desculpe. Você já experimentou ter uma sonda no nariz? (...) tenho uma colega minha que teceu um comentário que foi assim: "quer que lhe meta primeiro... primeiro entubo-a a si e depois entubo o seu avô, e depois você diz-me qual é a sensação". Mas que direito temos nós de dizer isto para a família, não é? Mas realmente aquilo dá-me uma revolta tão grande que... Mas nós não tínhamos o direito de tecer este comentário (...)" (E9)</p>

APÊNDICE C

Consentimento Informado

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Anastácia Joana Fernandes da Silva, enfermeira, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **“A práxis da enfermagem de reabilitação. Vivências dos enfermeiros na dimensão ética”** sob orientação da Professora Doutora Clara de Araújo e coorientação da Professora Mestre Arminda Vieira.

Segundo Deodato (2014, p. 41), “constitui problema ético de enfermagem, a 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.”

Este estudo tem como objetivo geral: conhecer os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional.

Como objetivos específicos, consideramos:

- Analisar os fatores facilitadores e dificultadores que interferem na tomada de decisão ética do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Identificar as implicações das vivências dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Identificar os contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação na tomada de decisão ética.

FINALIDADE DO ESTUDO: Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área da ética em enfermagem, promovendo o aumento da qualidade na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com a enfermeira.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á solicitada a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS: O benefício da presente pesquisa está na possibilidade de permitir a compreensão sobre os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no exercício da profissão.

DESCONFORTO E RISCOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Todavia, talvez se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra, pode pedir à entrevistadora e a entrevista será encerrada caso deseje.

ANONIMATO/CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Estudo sobre “A práxis da enfermagem de reabilitação. Vivências dos enfermeiros na dimensão ética”.

Eu, _____, portador(a) do cartão de cidadão/bilhete de identidade _____ compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação. **Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que me forem colocadas durante a entrevista.**

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido tendo-me sido dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Viana do Castelo, ____ de _____ de 2017

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Anastácia Joana Fernandes da Silva, enfermeira, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **“A práxis da enfermagem de reabilitação. Vivências dos enfermeiros na dimensão ética”** sob orientação da Professora Doutora Clara de Araújo e coorientação da Professora Mestre Arminda Vieira.

Segundo Deodato (2014, p. 41), “constitui problema ético de enfermagem, a 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.”

Este estudo tem como objetivo geral: conhecer os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação na prática profissional.

Como objetivos específicos, consideramos:

- Analisar os fatores facilitadores e dificultadores que interferem na tomada de decisão ética do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Identificar as implicações das vivências dos problemas éticos no desempenho da atividade profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Identificar os contributos da formação académica em enfermagem de reabilitação na tomada de decisão ética.

FINALIDADE DO ESTUDO: Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área da ética em enfermagem, promovendo o aumento da qualidade na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com a enfermeira.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, ser-lhe-á solicitada a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS: O benefício da presente pesquisa está na possibilidade de permitir a compreensão sobre os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no exercício da profissão.

DESCONFORTO E RISCOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Todavia, talvez se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra, pode pedir à entrevistadora e a entrevista será encerrada caso deseje.

ANONIMATO/CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Estudo sobre “A práxis da enfermagem de reabilitação. Vivências dos enfermeiros na dimensão ética”.

Eu, _____, portador(a) do cartão de cidadão/bilhete de identidade _____ compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação. **Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que me forem colocadas durante a entrevista.**

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido tendo-me sido dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Viana do Castelo, ____ de _____ de 2017

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:
