

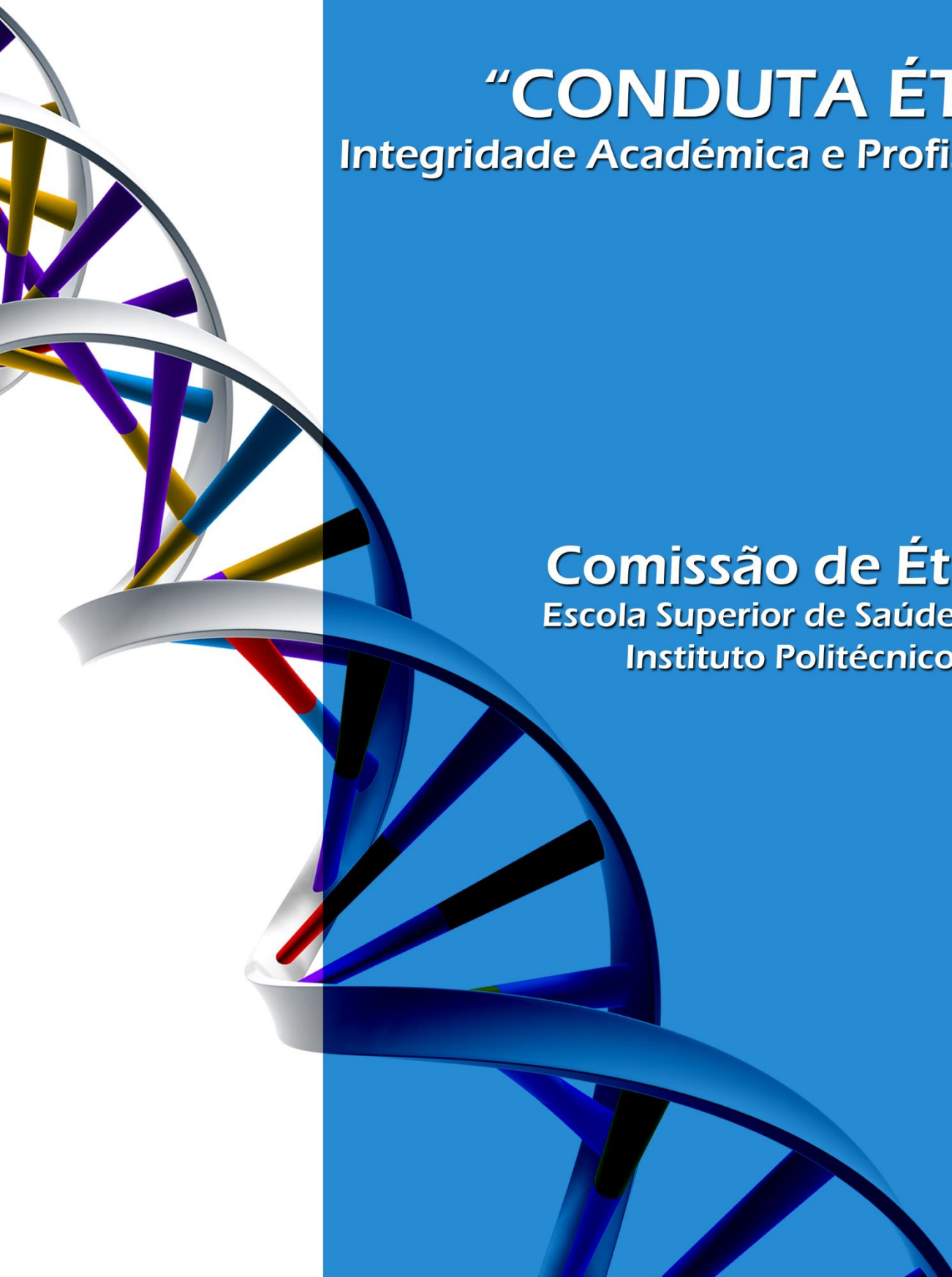


# Livro de Resumos/Atas do 6º SEMINÁRIO DE BIOÉTICA

## “CONDUTA ÉTICA: Integridade Académica e Profissional”

**Comissão de Ética da**  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Instituto Politécnico de Viseu

**Viseu**  
2014



**Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Comissão de Ética**

**Livro de Resumos/Atas do  
6º SEMINÁRIO DE BIOÉTICA  
“CONDUTA ÉTICA:  
Integridade Académica e Profissional”**

**Seminário realizado no dia 27 de Março de 2014  
na Escola Superior de Saúde de Viseu**

**Viseu – 2014**

<b>Título</b>	<i>Livro de Resumos/Atas do 6º Seminário de Bioética “Conduta Ética: Integridade Académica e Profissional”</i>
<b>Autores</b>	Comissão de Ética da ESSV (coord.)
<b>Editor</b>	Escola Superior de Saúde de Viseu
<b>e-mail</b>	seminariodebioetica.essv@gmail.com
<b>ISBN</b>	978-989-98305-6-1
<b>Data da Edição</b>	2014
<b>Local</b>	Viseu
<b>URL</b>	<a href="http://www.essv.ipv.pt/">http://www.essv.ipv.pt/</a>
<b>Capa</b>	Nuno Campos
<b>Citação</b>	Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Comissão de Ética. (2014). Livro de resumos atas do 6º seminário de bioética Conduta ética: integridade académica e profissional. Viseu: ESSV. Acedido em <a href="http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/comissao_etica/Livro_resumos_Bioetica_8_7_2014.pdf">http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/comissao_etica/Livro_resumos_Bioetica_8_7_2014.pdf</a>

#### **Comissão de Ética:**

Prof<sup>ª</sup>. Doutora Ernestina Batoca Silva  
 Prof<sup>ª</sup>. Doutora Joana Araújo Peres  
 Enf. José Luís Gomes  
 Prof<sup>ª</sup>. Doutora Rosa Maria Lopes Martins  
 Prof<sup>ª</sup>. Suzana Serrano André

#### **Comissão Científica:**

Prof.<sup>ª</sup> Doutora Odete Amaral  
 Dr.<sup>ª</sup> Alzira Albuquerque  
 Prof. Doutor Carlos Albuquerque  
 Prof.<sup>ª</sup> Doutora Cláudia Chaves  
 Prof. <sup>ª</sup> Doutora Emília Coutinho  
 Prof. <sup>ª</sup> Doutora Graça Aparício  
 Prof.<sup>ª</sup> Doutora Lídia Cabral  
 Dr.<sup>ª</sup> Marina Bastos  
 Dr.<sup>ª</sup> Nazaré Domingues

## ÍNDICE

<b>PREFÁCIO .....</b>	<b>5</b>
<b><u>ARTIGOS COMPLETOS .....</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b>Necessidade premente de alunos moralmente educados .....</b>	<b>8</b>
Anabela Guedes .....	8
<b>Implicações éticas da aplicação do protocolo de paragem cardio-respiratória em Suporte Imediato de Vida .....</b>	<b>17</b>
Amélia Oliveira, Ândrea Figueiredo .....	17
<b>Intervenção de enfermagem no alívio do sofrimento na doença crónica: Revisão da literatura.....</b>	<b>27</b>
Susana Batista,Rosa Martins .....	27
<b>Procedimentos éticos e situações de conduta imprópria na vida académica: “Um olhar no Instituto Politécnico de Portalegre” .....</b>	<b>37</b>
Joaquim Mourato, Miguel Arriaga, Paula Oliveira .....	37
<b>Competência das mães primíparas nos cuidados ao recém-nascido: Cuidados de higiene e conforto ao coto umbilical .....</b>	<b>43</b>
Deisa Semedo, Madalena Cunha .....	43
<b><u>RESUMOS DAS CONFERÊNCIAS .....</u></b>	<b><u>50</u></b>
<b>A fraude académica em portugal: prevenção e consequências. um olhar para a área da saúde .....</b>	<b>51</b>
Aurora A.C. Teixeira .....	51
<b>Consentimento informado - Uma perspectiva bioética.....</b>	<b>52</b>
Filipe Almeida.....	52
<b>Procedimentos éticos e situações de conduta imprópria na vida académica .....</b>	<b>53</b>
Joaquim Mourato, Miguel Arriaga, Paula Oliveira .....	53
<b><u>RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS.....</u></b>	<b><u>54</u></b>
<b>A compaixão nos cuidados de enfermagem à criança e sua família.....</b>	<b>55</b>
Isabel Figueiredo .....	55
<b>Um olhar sobre os cuidados paliativos neonatais .....</b>	<b>56</b>
Margarida Carvalho, Ernestina Silva .....	56
<b>Implicações éticas da aplicação do protocolo de paragem cárdio-respiratória em suporte imediato de vida .....</b>	<b>57</b>
Amélia Oliveira, Ândrea Figueiredo .....	57
<b>Satisfação com a vida: Estudo em idosos com apoio domiciliário .....</b>	<b>58</b>
Rosa Martins, Preciosa Santos, Ana Andrade, Helena Moreira, Susana Baptista .....	58

<b>Necessidade premente de alunos moralmente educados .....</b>	<b>59</b>
Anabela Guedes .....	59
<b>Intervenção de enfermagem no alívio do sofrimento na doença crónica: Revisão da literatura .....</b>	<b>60</b>
Susana Batista, Rosa Martins .....	60
<b><u>RESUMOS DOS POSTERS .....</u></b>	<b>63</b>
<b>A via do parto: Uma escolha ou uma imposição? .....</b>	<b>64</b>
Carolina Silva, Celina Soares, Inês Esteves, Jorge Néri.....	64
<b>Princípios éticos do aconselhamento genético .....</b>	<b>65</b>
Maria Cunha, Carlos Pontinha, Luís Rodrigues, Nuno Miragaia, Sónia Rodrigues.....	65
<b>A ética do ensino superior .....</b>	<b>66</b>
Maria Cunha, Carlos Pontinha, Rui Sousa, Iva Coelho .....	66
<b>A eutanásia, um caso de vida e morte .....</b>	<b>67</b>
Ana Mafalda Fonseca .....	67
<b>Conspiração do silêncio no doente paliativo .....</b>	<b>68</b>
<b>Competência das mães primíparas nos cuidados ao recém-nascido: Cuidados de higiene e conforto e ao coto umbilical .....</b>	<b>70</b>
Deisa Semedo, Madalena Cunha .....	70
<b>Conduta ética - Integridade profissional.....</b>	<b>72</b>
Alexia Silva, Andreia Martins, Miguel Pereira .....	72

## PREFÁCIO

Receber um convite para elaborar o prefácio de um livro, que aborda questões de bioética, para além da tarefa, é seguramente uma honra. Para além do mais, a tarefa mesmo depois de concluída, não parece perder relevância, porquanto o assunto sendo antigo, nunca estará esgotado e, no caso concreto, assume, ao que parece, cada vez maior pertinência, atualidade, e igualmente apetência pela sua abordagem ou discussão.

Consciente da sua missão, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, mais uma vez, levou por diante a iniciativa de concretização do Seminário anual de Bioética, desta vez subordinado ao tema “ Conduta Ética: Integridade Académica e Profissional”.

Passando um olhar ainda que fugaz, pelas temáticas abordadas nos seminários de anos anteriores, desde a “Eutanásia”, a “Vida e a Morte”, a “Decisão em Ética”, “Autonomia, Bem Individual e Bem Comum”, e “Prioridades em Saúde”, sem dúvida temas, sem exceção, de grande relevância no contexto da Bioética, que a todos devem interessar, não queremos deixar de salientar o particular interesse do tema agora abordado, não exatamente por ser novo, porque de facto não o é, mas por assumir nos últimos tempos, algumas particularidades, por se fazerem sentir algumas lacunas legislativas, designadamente no campo da investigação em seres humanos, por as questões do plágio e outras fraudes na vida académica, terem assumido um especial enfoque por parte da comunicação social, pelos resultados de estudos empíricos que apontam para uma prática do dia- a- dia em que se convive com a fraude, com maior ou menor consciência da mesma, e ainda por uma assunção do cada vez maior relevo que deve assumir o consentimento informado na área da saúde, e a necessidade de olhar com especial acutilância para a situação dos mais vulneráveis, e para as especificidades que a proteção da sua dignidade, devem garantir.

Relativamente às comunicações agendadas e constantes do programa amplamente divulgado, todas atingiram um grau de excelência muito elevado, tendo mesmo a comunicação em falta, sido substituída, por comunicações livres que muito contribuíram para o sucesso global do Seminário, e vieram a contribuir para um maior equilíbrio entre as vertentes académica e profissional, no contexto do mesmo. Desta forma, o evento levado a cabo, constituiu-se como um espaço de debate e uma oportunidade de reflexão, onde a ética foi levada também ao meio académico, numa perspetiva que a muitos ou mesmo a todos, deve preocupar.

Não queremos ser tão otimistas ao ponto de pensar, que a mera abordagem destes assuntos, se constitua como um marco deveras importante no combate à fraude académica, nos moldes sumariamente conhecidos e abordados mais especificamente nas comunicações, como a cópia, o plágio, a apropriação indevida, e outras formas cada vez mais sofisticadas de fraude, contudo, do conhecimento mais ou menos generalizado destas fraudes, da sua condenação ética, virá a prevalecer, seguramente, uma cultura de menor permissividade, e de maior atenção a cada um dos vários e diversos fatores, apesar de entendermos que será mais razoável e oportuno abandonar as abordagens normativas ou prescritivas, em favor de outras mais apoiadas numa moral comportamental.

No âmbito da integridade profissional, e mais em concreto sobre o consentimento informado - perspectiva bioética, importa salientar a especial importância que o mesmo assume hoje em dia, e crescentemente, desde a primeira metade do século xx. Os profissionais de saúde lidam com este assunto permanentemente, contudo, a sua essência lança desafios constantes para a prática de todos os dias, centrando-se no princípio da autonomia, no direito à informação, na necessidade de

uma escuta ativa, na “participação ativa e voluntária nas decisões sobre os cuidados de saúde”, tudo isto no caminho apontado pelo conferencista, também assente numa comunicação verdadeiramente eficaz.

Em suma, a integridade académica e profissional, são hoje valores a ter em conta, que devem ser protegidos, que devem ser desenvolvidos e incentivados, apesar de termos a noção que com alguma frequência iremos verificar atropelos, próprios da condição humana. O conhecimento dos mesmos atropelos, a sua discussão multidisciplinar se possível, o aumento dos meios de controlo, preservando a confiança, são aspetos, entre outros, a ter em conta.

Ficámos com a noção de que o 6º Seminário de Bioética, na senda dos anteriores, veio a constituir um grande êxito. Naturalmente, é devido um merecido agradecimento a todos os que de alguma forma contribuíram para a sua realização, com especial destaque para os conferencistas que se dispuseram a apresentar os seus meritórios trabalhos.

Convidamos a todos, agora, a disporem do livro de resumos que se segue e que esperamos, constitua um momento para recordar as temáticas tão importantes ali tratadas.

JOSÉ LUÍS GOMES

Enfermeiro Supervisor do CHTV, E.P.E.

Membro da Comissão de Ética da ESSV

**ARTIGOS COMPLETOS**



# NECESSIDADE PREMENTE DE ALUNOS MORALMENTE EDUCADOS

Anabela Guedes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IPV-ESTGL

## RESUMO

Algumas ocorrências que espelham comportamentos altamente questionáveis, de um ponto de vista ético, de indivíduos com elevados níveis de escolaridade, desempenhando cargos de alta responsabilidade corporativa, despoletaram a nossa atenção na medida em que questionam os valores que os estabelecimentos de ensino veiculam e incrustam nos jovens de hoje que serão os líderes, decisores e gestores do amanhã. É neste contexto que, para nós, o tema da fraude académica assume particular relevância, sendo diversos os estudiosos e organizações de ensino superior que se têm preocupado em aferir e divulgar o fenómeno. O nosso trabalho parte de uma afirmação de Madinier, quando este refere que: “As minhas acções não são indiferentes. Impõe-se-lhes uma regra (...) Não devo cometer uma fraude neste exame. Mas se me é útil? Não importa é proibido! Mas ninguém o saberá. Não importa à mesma, é injusto e desleal, e se o fizesse, no fundo de mim mesmo censurar-me-ia e teria vergonha.” (Madinier, 1998). Partindo desta afirmação, o presente artigo tem como objectivo principal o de demonstrar que a ética não se resume a um sistema de regras curtas e simples, como, por exemplo: “Não copies”. Assim, é nosso propósito relacionar os conceitos que a citação inicial agrega, nomeadamente os de ética, consciência moral, dever, liberdade e responsabilidade. Defendemos, neste trabalho, que é fundamental compreender o papel da educação formal na estruturação de uma ética pessoal, enquanto factor que antecede e influencia a conduta moral no contexto profissional futuro. Fundamentaremos a nossa posição à luz da corrente clássica da filosofia moral de Immanuel Kant e apresentaremos a nossa proposta de aluno moralmente educado à luz da teoria do desenvolvimento moral de Lawrence Kohlberg.

**PALAVRAS- CHAVE:** ética, fraude, consciência, educação moral

## INTRODUÇÃO

“ A todos os que se propõem ter uma boa carreira, a filosofia moral é indispensável!”

(Cícero)

Começar um trabalho sobre um tema em que a ética esteja envolvida é sempre tarefa complicada. A opção por um início com uma citação clássica oferece sempre uma segurança acrescida e consegue conferir-lhe, de imediato, uma aparente maior credibilidade. A escolha de Cícero não foi, contudo, uma escolha que não nos tivesse causado muita controvérsia, uma vez que ficámos sempre com a sensação de que deveríamos ter “jogado ainda mais pelo seguro” e começar, como qualquer trabalho desta natureza deveria, com Aristóteles. Aristóteles é, de resto, a primeira referência que deveremos sempre considerar quando nos debruçamos a pensar um tema que envolva a ética, uma vez que foi ele que conseguiu brilhantemente, e pela primeira vez, colocar todos os problemas centrais da ética e a obra que escreveu onde fez essa sistematização que é a que mais que mais influenciou toda a história da filosofia moral sistemática. Estamos, claro está, a fazer aqui uma referência clara à Ética a Nicómano, obra de referência que clarifica muitos aspectos essenciais de toda a ética.

Cada vez mais nos deparamos com a dificuldade dos diversos públicos entenderem o real significado de ética. Por sentirmos essa dificuldade, resolvemos começar por dizer exactamente o que a ética não é, com o intuito de conseguirmos resolver esta questão semântica. Na perspectiva de Peter Singer, a ética não é "um conjunto de proibições particularmente respeitantes ao sexo" — "o sexo não levanta nenhuma questão ética específica", embora possa "envolver considerações sobre a honestidade, o respeito pelos outros, a prudência, etc." (p. 18); não é "um sistema ideal nobre na teoria, mas inútil na prática" — "a finalidade do juízo ético é orientar a prática" (p. 18); não é "algo que apenas se torne inteligível no contexto da religião" (p. 19) — podemos encontrar "a origem da ética nas atitudes de benevolência e solidariedade para com os outros que a maioria das pessoas possui" (p. 20); não é "relativa ou subjectiva" (p. 20) [o autor analisa e recusa algumas teorias relativistas — nomeadamente, o marxismo — e subjectivistas: p. 20-24]; não é, como alguns confundem, a discussão de regras que deverão ser cumpridas, porque isso é o Direito; nem tão pouco é a discussão da melhor forma de organizar a sociedade, porque isso é do foro da política. A propósito da célebre frase de Aristóteles: "Tal como nos Jogos Olímpicos, as palmas da vitória não são entregues ao mais elegante ou ao mais forte das pessoas presentes, mas àqueles que entram na competição — pois é entre eles que se encontram os vencedores — também são aqueles que agem justamente que levam prémios e as coisas boas da vida" Aristóteles (384-322 a.C.), o autor João César das Neves defende que a ética " não tem como finalidade determinar os comportamentos ideais, fazer juízos de valor, estabelecer as melhores decisões e decisores..." Como adiante o autor acrescenta, trata-se, antes de "ganhar, de conseguir viver bem a vida, de chegar ao fim em primeiro lugar." (p.17)

Assim, e em formulação muito descomplicada, sugerimos, como ponto de partida, que se considerem os sentidos seguintes:

- A ética consiste em discernir o que é certo do que é errado e agir de acordo com o que é correcto;
- A ética compreende o compromisso pessoal consigo e com os outros e é um convite à liberdade e responsabilidade das pessoas;
- A ética é transmitida pela cultura, pelos valores dominantes da sociedade e, por conseguinte, passível de ser ensinada e aprendida;
- A ética poder-se-á encarar como uma razão crítica da sociedade, historicamente norteadada pela razão e pela religião.

Recorrendo a Sócrates nesta nossa introdução, salientamos o assunto de grande importância que a ética enfoca: saber como devemos viver e porquê e com isto concluímos que a ética não é mais que isso mesmo, que a reflexão que visa encontrar esse sentido para a vida e para as escolhas que a mesma comporta. Por outras palavras, a ética é a via para encontrar um conjunto de princípios destinados a orientar a acção para que esta adquira a plenitude do seu sentido. Ora, é certo que o que move o ser humano é a busca contínua da felicidade e a felicidade só pode ser encontrada a partir do momento que se descobre um sentido para a vida e para as escolhas que ela acarreta. Depois da tentativa de simplificar o entendimento do conceito de ética, propomo-nos, de seguida, defender a vertente prática da ética. Do mesmo modo que sentimos que os alunos da disciplina de ética têm muita dificuldade em "descomplicar" o conceito de ética, sentimos ainda que os mesmos a consideram, apenas, uma ideia teórica. Para defendermos o nosso ponto de vista em relação à práxis da ética, corroboramos com João César das Neves quando assume que a " a ética não é para a análise. É mesmo para a vida." Queremos com isto dizer que a ética surge porque temos a

capacidade de escolher entre modos diferentes de viver e porque procuramos escolher o caminho mais correcto que a ética emerge.

Esta capacidade a que nos referimos tem como base um conceito importantíssimo e determinante para o universo da ética: o conceito de liberdade e, por esta razão, podemos afirmar que a dimensão ética é a mais significativa e decisivamente humana. Ou seja, quando nos posicionamos eticamente são mobilizadas as características que nos distinguem como seres humanos. São mobilizadas a liberdade (capacidade de escolher entre modos diferentes de viver) e a razão (capacidade de pensar antes e depois de agir). Considerando o exposto, parece-nos fácil “adoptar” a ética como “maneira de estar na vida”, uma vez que ela passa somente pela aposta de uma adesão pessoal. O ponto de partida é, também ele, claro: é querer simplesmente ser ético e a partir daí pôr os meios, procurar e desejar ser-se bom. Cada um ao seu jeito, a verdade é que os colossais filósofos como Sócrates, Platão, Aristóteles, Santo Agostinho, Tomás de Aquino, Hobbes, Hume, Hegel, Kant, Bérkson, Heidegger ou Habermas procuraram sempre estabelecer códigos de ética que se apresentassem como universalmente válidos, mas a “adesão”, reforçamos, tem de partir de uma vontade bem orientada, firme e fiel de alguém que quer ser bom, sendo que a resposta está simplesmente nesse compromisso.

### **A RESPOSTA DA ÉTICA À FRAUDE**

Algumas situações que espelham comportamentos altamente questionáveis, de um ponto de vista ético, de indivíduos com elevados níveis de escolaridade, desempenhando cargos de alta responsabilidade corporativa, despoletaram a nossa atenção na medida em que questionam os valores que os estabelecimentos de ensino veiculam e incrustam nos jovens de hoje que serão os líderes, decisores e gestores do amanhã. É neste contexto que, para nós, o tema da fraude académica assume particular relevância, existindo diversos estudiosos e organizações de ensino superior que se têm preocupado em aferir e divulgar o fenómeno. As frequentes campanhas de sensibilização, assim como as medidas de prevenção e punição adoptadas pelos diversos agentes educativos não são, no nosso ponto de vista, as medidas que irão resolver o problema no seu âmago. Os centros de integridade académica, os códigos de ética e as políticas que possam ser desencadeadas não prevêem aquilo que consideremos ser a única solução para o controlo deste fenómeno na sua essência.

Era nossa pretensão defender neste trabalho que a solução passaria por educar os alunos no sentido de incorporarem, aquando de uma situação de fraude, a frase de Madinier:

“As minhas acções não são indiferentes. Impõe-se-lhes uma regra (...) Não devo cometer uma fraude neste exame. Mas se me é útil? Não importa é proibido! Mas ninguém o saberá. Não importa à mesma, é injusto e desleal, e se o fizesse, no fundo de mim mesmo censurar-me-ia e teria vergonha.” (Madinier, 1998).

Embora os mais cépticos e, por isso, muitos dos que agora poderão estar a ler este trabalho arrisquem considerar uma ideia muito utópica, a verdade é que, na nossa opinião, a solução passará pela aceitação do ensino de uma conduta ética, sendo que a aposta será educar os alunos a adoptarem aquilo a que nos permitimos apelidar de um “modo de estar” ético, dando-se particular relevância ao ensinamento de uma aceitação da ética pessoal (que se refere à forma como cada indivíduo julga a moralidade das acções humanas e das intenções que lhes são subjacentes). Em concreto, a ética pessoal remete para os conceitos e critérios de “bem” e de “justiça” adoptados por

cada pessoa nas suas interacções sociais e que, projectados nas suas acções, padronizando comportamentos, produzindo impacto significativo no bem-estar colectivo. Acreditamos que, uma vez ensinado este “modo de estar” e devidamente adoptado, a ética e os padrões morais adoptados na conduta profissional se reflectirão, obviamente, na performance profissional dos nossos futuros profissionais.

A fraude, seja ela de que tipo for, é errada. Com toda a certeza ninguém precisará de ler os ensinamentos veiculados na obra que influenciou toda a história moral sistemática já neste artigo referida, nem de ler a por nós muito apreciada Suma Teológica, nem tão pouco qualquer uma das obras brilhantes de Kant (considerado um dos pensadores mais influentes da modernidade) para concluir facilmente que a fraude é, por si, errada. Ora, se a fraude é errada e copiar é uma fraude, então, copiar é errado. Assumimos que copiar é mentir, uma vez que está sempre relacionada uma falta à verdade. E ainda que copiemos ou ainda que mintamos, sem socorro de qualquer tipo de relativismo, sabemos que isso é errado. Para fundamentar o nosso ponto de vista, podemos apelar à teoria ética de Kant que defende que há actos intrinsecamente errados (errados em si mesmos apesar de poderem, eventualmente, ter boas consequências) que é nosso dever evitar e um desses valores absolutos é “não mentir”. Por outro lado, há actos intrinsecamente correctos que é nosso dever realizar, constituindo uma obrigação moral sejam quais forem as consequências. Ainda recorrendo a Kant, se universalizássemos a máxima: «Sempre que não me sentir preparado para um exame irei usar cábulas ou copiar», concluiríamos facilmente que esta máxima não poderia ser universalizada sem contradição, uma vez que se essa máxima fosse universalizada nenhum teste realizado mereceria confiança por parte dos avaliadores, sendo que os próprios testes deixariam de ser objecto de confiança e para nada serviriam as avaliações dado que se tornaria generalizada a suspeita.

A universidade assume activamente um importante papel na formação cívica dos alunos que a frequentam e contribui, defendemos acerrimamente, de uma maneira muito significativa, quer para o desenvolvimento quanto para a consolidação de uma sociedade inspiradora em valores e princípios democráticos. Logo, quanto mais se preocupar em preparar os alunos na competência “ético-moral”, mais estará a contribuir para que os alunos consigam lidar com os desafios da sua própria existência. Um dos dilemas da escola actual passa, no nosso entender, por educar esta “nova” geração para a mudança tecnológica, económica, social, cultural, mas também ética, uma vez que as mudanças que se instalaram acarretam possibilidades que contêm tanto de fascinante como de inquietante, sendo somente comparáveis aos problemas éticos que suscitam e levantam. Meier e Griffin<sup>1</sup> defendem que a corrupção na Escola é relativamente comum, originando uma educação de fraca qualidade e indo contra um dos principais objectivos da Educação: produzir cidadãos que respeitem a lei e os direitos humanos.

Acreditamos que a grande maioria das pessoas se esforça, no seu dia-a-dia, por adoptar padrões de comportamento que assentam na noção de bem. No entanto, acreditamos também que é fácil desistir deste caminho quando nos confrontamos com pessoas sem carácter, quando vemos o exemplo de pessoas que deveriam zelar pela veiculação de uma conduta que assentasse em

---

<sup>1</sup> Meier, B. & Griffin, M. (Eds.) (2005) - Stealing the Future: Corruption in the classroom. Ten Real World Experiences. Berlin: Transparency Internacional. Disponível em <http://www.transparencia.org.es/Stealing%20the%20Future%20-%20Corruption%20in%20the%20Classroom.pdf>

comportamentos éticos (a evidência recolhida pelos diversos estudos nesta área indicia que diminuir a fraude académica não passa apenas por um conjunto de políticas (localizadas) ao nível do ensino superior, mas de atitudes e comportamentos transversais a toda uma sociedade). A verdade é que sabemos que nas definições fictícias da nossa imaginação, quando eliminamos a situação actual ou eliminamos os outros, é fácil cumprir os propósitos. A dificuldade estará, precisamente, na existência de contingências ou na existência de outros que não encaixam os nossos propósitos. O erro está, também, em encarar a ética como uma questão de acção isoladas e não como ela deve ser encarada, ou seja, como condução de uma existência. Assim, se a ética for encarada como uma questão de hábitos, de traços de carácter, de formas correntes de fazer, de ser-se boa pessoa, percebemos que o desafio é maior do que eventualmente pensámos, já que ser-se boa pessoa exige muito esforço e dedicação. A este propósito, diz-nos Peter Singer:

“Algumas pessoas pensam que a ética é inaplicável ao mundo real por a encararem de regras curtas e simples do tipo “Não mintas”, “Não roubes” ou “Não mates”. Não admira que quem adopta esta visão da ética pense que esta não se adapta às complexidades da vida”. (Peter Singer, *Ética Prática*, Gradiva, p.18)

Como já antes ficou claro, a ética não se resume a um sistema de regras curtas e simples. Se assim fosse, a ética de nada nos serviria, pois não seria capaz de responder aos problemas morais fundamentais da vida. Embora constituam guias orientadores da acção, as normas morais não permitem resolver todos os problemas e dilemas morais. Para além disso, o carácter prescritivo das normas morais não elimina a liberdade e a responsabilidade do ser humano. Por isso, a tarefa da ética é, fundamentalmente, a reflexão acerca dos problemas morais, tendo em conta a intencionalidade do agente no desenvolvimento das suas acções.

## NECESSIDADE DE EDUCAR MORALMENTE

*“Uma pessoa boa é aquela que está orientada para o bem como objectivo do seu desejo. Isto é feito pelas virtudes, justiça, temperança e fortaleza. Essa orientação leva essa pessoa a tentar conhecer melhor os princípios que a devem reger, informar-se, treinar-se adquirindo virtudes. Essa pessoa procura conhecer as tradições, regras, valores e princípios que regem a sua catividade para poder agir em sociedade. Depois, quando for confrontada com um problema, ouve a sua consciência informada e finalmente actua em conformidade com essa orientação. Assim, procederá bem”.*<sup>2</sup>

Quando nos deparamos com a simplicidade e ao mesmo tempo com a clareza como Santo Tomás de Aquino descreveu a sua estrutura da lógica ética, quaisquer palavras que tentarmos usar para comentar não conseguirão fazer justiça à profundidade da sua Filosofia. Por este motivo, recorreremos a uma afirmação de Habermas, quando afirmou que “ A determinação essencial da filosofia moral era ajudar exactamente o ser humano a conduzir uma vida em consciência” (Habermas, 1999, p. 83). Começemos, então, por definir, de uma maneira muito simples, o conceito de consciência. Poderemos afirmar que a consciência moral é a característica que o ser humano tem para elaborar juízos normativos, espontâneos e imediatos, acerca do valor moral das acções individuais determinadas, acções que se efectuam no seio da sociedade. Assim, podemos afirmar que

---

<sup>2</sup> Interpretação da estrutura da lógica ética de Santo Tomás de Aquino por João César das Neves (2008), na obra *Introdução à Ética Empresarial*.

a consciência não é uma virtude, nem sequer pode ser considerada um hábito, mas sim um acto. Como antes já antecipámos, o papel da consciência moral é um papel normativo, mas também um papel crítico. É um papel normativo, uma vez que ordena o que devemos fazer e é um papel crítico já que nos impede de fazer qualquer coisa ou condena-nos quando realizamos uma acção na qual não nos reconhecemos. Devemos ainda evidenciar que o sentido da consciência moral é apelativo (invoca os valores e as normas ideais na nossa acção que não devemos renunciar: por exemplo, não matar ou não roubar), imperativo (a consciência moral apresenta uma acção como obrigatória, ordenando a prática de uma acção compatível com valores ou princípios) e judicativo (instância julgadora dos nossos actos). Face ao que acabámos de dizer, podemos concluir que a função da consciência moral é orientar normativamente as nossas intenções e julgar os nossos actos, já que a consciência nos diz o que devemos fazer e como devemos ser. No entanto, é importante salientar que a consciência é puramente informativa, indicando-nos, apenas, o que se deve fazer, deixando para o livre arbítrio que será a própria decisão. Por outras palavras, a consciência é muito importante, pois ela é a voz da lei natural, mas o seu julgamento não é o último, já que o acto praticado pode tê-la ou não seguido. Por esta razão, é importante que se realce a ligação que deve haver entre consciência moral e responsabilidade, ou seja, o sujeito é obrigado a responder pelas acções que pratica ou pelas acções que omite. A consciência moral pede ao sujeito que dê razões sobre o seu agir, sendo que se a acção que executa está de acordo com a consciência, ou seja, se reconhece tais actos como seus, o sujeito é capaz e quer responder pelos mesmos. Para se compreender melhor a natureza e o papel da consciência moral, é hábito compará-la a uma espécie de “juiz interior” que julga o que fazemos, provocando-nos, em certas situações, aquilo a que chamamos remorsos por termos praticado uma acção considerada má (daqui a expressão “ter a consciência pesada” ou “ter um peso na consciência”) ou dando-nos um sentimento de bem-estar e paz interior quando agimos bem (espelhada na expressão “estar de consciência tranquila”). Mas, então, urge a pergunta? Como se forma então a consciência moral? Para responder a esta questão, recorreremos a Savater que explicou o processo de uma maneira muito simples de ser entendida:

*“ (...) a consciência não é uma coisa que nos saia num sorteio ou nos caia do céu. Certamente devemos reconhecer que algumas pessoas têm desde pequenas melhor «ouvido» ético do que outras e um «bom gosto» moral espontâneo, mas este «ouvido» e este «bom gosto» podem afirmar-se e desenvolver-se com a prática (do mesmo modo que o ouvido musical e o bom gosto estético). [...] admito que para se conseguir ter consciência são necessárias certas qualidades inatas, como para apreciar música ou saborear a arte. E suponho que também serão favoráveis alguns requisitos sociais e económicos, pois quem tenha sido privado desde o berço daquilo que é humanamente mais necessário dificilmente poderá compreender o que está em jogo na questão da vida boa — com a facilidade com que o compreenderão outros com mais sorte. Se ninguém te tratar como ser humano, não é de admirar que te transformes num animal... mas uma vez concedido este mínimo, creio que o resto depende da atenção e do esforço de cada um de nós. (SAVATER, 2012)*

Depois de termos percebido que a consciência é passível de ser desenvolvida pela prática, defendemos, uma vez mais, que deve materializar a escola o objectivo de ver os seus alunos, alunos moralmente educados. Para tal, concretizamos uma proposta com base na teoria do desenvolvimento moral do psicólogo Kohlberg. Kohlberg apresentou um programa de educação moral em que o esforço principal estava dirigido não tanto para o ensino da moral às crianças e

jovens mas antes se orientava para a ajuda no sentido de as fazer evoluir e crescer, de um estágio de desenvolvimento moral para outro, no tempo certo. E é exactamente por este “tempo certo” que recai a nossa opção pela teoria escrita pelo psicólogo Americano, como comprova o excerto que abaixo transcrevemos:

*(...) “- Sim, sim – interrompeu-o Sócrates. – Tem de ser alguém jovem. É preciso apanhá-los na fase da curiosidade, antes de a vida lhes espremer do corpo toda e qualquer espécie de pensamento original.*

*- Mas não demasiado jovem – precisou Wittgenstein. – Não estamos a gerir nenhuma creche.*

*- É verdade que não. Okay, Lila, espero que tenha sido suficientemente claro. Alguém por volta dos quinze anos será talvez o melhor. Forte o suficiente para enfrentar a experiência, mas aberto ao inesperado. Conheces o género.*

*- Alguém cuja vida possa ser melhorada pela filosofia – disse Lila.*

*- Exato – confirmou Sócrates.”<sup>3</sup>*

Um aluno moralmente educado, na perspectiva de Kohlberg, é uma pessoa capaz de fazer uso da reflexão quando perante um problema moral e que consegue chegar a uma solução em termos da consonância com o princípio da justiça, de forma a deliberar em consistência com o princípio do maior bem para o maior número, reservando ao professor o papel de servir como facilitador do aluno no processo de desenvolvimento do raciocínio moral, sendo um recurso do aluno e deve assumir-se como um facilitador no processo de reflexão, de elaboração de juízos e de deliberação. É neste sentido que devemos agir, no sentido de incentivar os alunos a perguntar, experimentar e pensar sobre questões éticas, situações concretas, dilemas morais, pelo que é essencial também criar um clima moral em que eles possam crescer e encontrar sentido nas metas de desenvolvimento moral que lhes são propostas. A meta será conduzir os alunos a alcançar o estágio seis - Meta moral ideal. Neste estágio, defende o autor, o certo é o que obedece aos princípios éticos universais, sendo a acção sempre condicionada por princípios universais. O estágio a que nos referimos é o primado da consciência ética individual e do dever - quem conhece o bem pratica o bem. De uma forma mais literária, o objectivo será o de fazer entender aos alunos o que a expressão Shakespeariana “Oh, cobarde consciência como me afliges!”<sup>4</sup> realmente significa.

## CONCLUSÕES

Acreditamos que a espécie humana enfrenta uma crise de moralidade. Na verdade, esta convicção crescente (outrora mais difícil de ser admitida por ousarmos pretensiosamente saber distinguir o que é certo e errado/ bom e mau) reflecte-se na insegurança que sentimos em comparação com a segurança que vimos indivíduos nascidos e criados em épocas anteriores e questionamos a razão pela qual nos comportamos, como o fazemos e em que valores objectivos devemos acreditar. Vivemos num tempo de relativismo e indefinição, sendo que somos da opinião que é este relativismo que será a nossa grande fraqueza.

Beneficiários que somos do conhecimento científico, espectadores de primeira fila dos avanços extraordinários nas ciências naturais, chegamos, quando confrontados com este sentimento de

---

<sup>3</sup> Lucy Eyre (2007), na obra *O dia em que Sócrates vestiu Jeans*, Cruz Quebrada: Casa das Letras, pp.17-22

<sup>4</sup> "O coward conscience, how dost thou afflict me!" - William Shakespeare, na obra *Ricardo III* (V,iii,179)

insegurança em relação ao que consideramos uma crise de valores morais, a invejar silenciosamente as certezas morais das épocas anteriores, que, apesar de motivadas por necessidades emocionais (exaltação dos reis, crenças religiosas, veneração dos deuses) e, por isso, irracionais, davam uma sustentação à moralidade, e, conseqüentemente, uma segurança aos indivíduos.

Quando apelidamos de irracionais as certezas morais de épocas anteriores, limitámo-nos a enfraquecer essas mesmas convicções, sem que tenhamos tido a preocupação de criar novos objectivos e fins para as substituir. Com Frankl (2003), assistimos, no século XX, a “grandes promessas e garantias quanto ao avanço da ciência, que iriam, finalmente, permitir compreender o significado biológico, psicológico e cultural da existência da humanidade como a mais elevada forma de evolução”. No entanto, como o próprio autor conclui, as “grandes expectativas deram lugar ao desencanto, com uma descrença que existe em qualquer coisa digna de crença, e contemplamos um vazio moral, a criação de um grande logro.”

Na verdade, parece que já não nos é permitido esperar uma vida melhor, uma vez que não temos mais a certeza de como avaliar as coisas, como reagir a elas, como ajuizar o que está certo e errado, especialmente quando os nossos filósofos nos dizem que tudo é relativo, já que não existe base científica para os conceitos morais, que estes não têm significado cognitivo. Assistimos às vozes críticas aos nossos conceitos de realidade veiculadas pelo pós-modernismo, o pós-estruturalismo, a hermenêutica e o desconstrutivismo, sendo que este último tem mesmo como primordial objectivo a destruição da confiança na procura do conhecimento. Os pânditas da “nova filosofia” asseveram que a moralidade nada mais é que desencanto e logro. Pareciam, com esta assunção, não compreender que reside na própria natureza do ser-humano criar um enquadramento para a sua percepção da realidade e a sua orientação nela.

De um modo geral, todos consideramos que necessitamos de alguns princípios morais que norteiem o nosso juízo e inculquem um sentido de responsabilidade nos relacionamentos que temos com os nossos semelhantes. Urge não questionarmos a importância de valores morais, uma vez que todos conseguimos facilmente perceber o que acontece na ausência dos mesmos. De salientar que esta necessidade de um propósito moral faculta ao ser-humano um sentido de identidade individual e colectiva e, ao mesmo tempo, um sentido de dever, obrigação e responsabilidade, na necessidade de cumprir o seu papel como membro de uma sociedade, garantindo, com isto, um sentido de pertença inquestionável. O objectivo será não permitirmos mais a replicação de “imbecis”.

O autor Fernando Savater, no livro *Ética para um Jovem*, reservou um capítulo para explorar o conceito de “imbecil”. Nas páginas 83 e 84, Savater descreve os diferentes tipos de “imbecis”:

*a) O que acredita que não quer nada, o que diz que para ele é tudo igual, o que vive num perpétuo bocejo ou numa sesta permanente, mesmo que tenha os olhos abertos e não ressona.*

*b) O que acredita que quer tudo, a primeira coisa que lhe aparece e o contrário do que lhe aparece: ir-se embora e ficar, dançar e estar sentado, mascar dentes de alho e dar beijos sublimes, tudo ao mesmo tempo.*

*c) O que não sabe o que quer nem se dá ao trabalho de o averiguar. Imita os quereres dos seus vizinhos ou contraria-os porque sim, tudo o que faz lhe é ditado pela opinião majoritária daqueles que o rodeiam: é conformista sem reflexão ou revoltado sem causa.*

*d) O que sabe que quer e sabe o que quer e, mais ou menos, sabe porque é que o quer, mas quer pouco, com medo ou sem força. Acaba sempre por fazer, bem vistas as coisas, o que não quer, deixando o que quer para amanhã, pois talvez amanhã esteja mais bem-disposto.*



*e) O que quer com força e ferocidade, em estilo bárbaro, mas se enganou a si próprio acerca do que é a realidade; despista-se em grande e acaba por confundir a vida boa com aquilo que o há-de tornar pó.” (SAVATER, 2012)*

Ora, consideramos que neste contexto não haverá melhor palavra na língua portuguesa para descrever a ideia exacta que queremos transmitir: a escola no geral e as instituições de ensino superior, em particular, devem ter a noção exacta que deverão desempenhar um papel decisivo na consolidação de um sistema de valores morais alinhado com um padrão ético exigente. Por essa razão, é importante que eduque os alunos a não serem “imbecis”, uma vez que, no caso de falharem ao propósito, também podem estimular condutas vulneráveis à transgressão e à acção imoral. Por isso, o estudo da ética dos alunos do ensino superior e do contexto que a envolve revela-se essencial para compreender o papel da educação formal na estruturação de uma ética pessoal, enquanto factor que antecede e influencia a conduta moral no contexto profissional futuro. Da maneira mais simples que conseguimos conceber, concluímos que o contrário de se ser moralmente imbecil é, efectivamente, ter-se consciência. Mas, como ficou bem provado, a consciência, como refere Savater, não é uma coisa que saia num sorteio ou caia do céu, pelo que será na procura do desenvolvimento desta competência que a escola terá que trabalhar.

#### **AGRADECIMENTOS**

A todos os que nos inspiram a pensar e a querer acreditar no poder do bem. A todos os que aceitam que a ética é o que mais justo existe.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- DAS NEVES, J.C. (2008). *Introdução à Ética Empresarial*. Cascais: Príncipia.
- KANT, Immanuel (1994). *Crítica da Razão Prática*. Trad, de Artur Morão. Lisboa: Edições 70.
- KANT, Immanuel (1997). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Trad, de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70.
- KOHLBERG, Lawrence (1984). *Essays on moral development. Vol. 1: The philosophy of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper & Row.
- SAVATER, F. (2012). *Ética para Um Jovem*. Lisboa: Publicações D. Quixote
- SINGER, P. (2000). *Ética Prática*. Lisboa: Gradiva

# IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA EM SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Amélia Oliveira<sup>1</sup>, Ândrea Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> INEM – Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Pombal  
Contactos: amelia.s.oliveira@gmail.com; andreamgfigueiredo@gmail.com

## RESUMO:

Atualmente dispomos de meios de socorro diferenciados que permitem a implementação de manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV) ainda no local onde ocorre a situação de paragem cárdio-respiratória (PCR), revelando-se uma mais valia pela sua rapidez, uma vez que as hipóteses de sobrevivência para a pessoa em PCR dependem do tempo de intervenção. Nestas situações, os enfermeiros das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) enfrentam frequentemente dilemas éticos e, por esta razão, desenvolvemos este trabalho com o objetivo de refletir sobre os conflitos entre os aspetos éticos e legais, relacionados com a aplicação do Protocolo SIV de PCR, tendo por base a revisão da literatura e legislação existentes e a reflexão sobre o nosso trabalho neste contexto. A Lei nº 141/99 de 28 de Agosto, que estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte refere que é competência de um médico. Este imperativo legal obriga a que os enfermeiros a trabalhar nas ambulâncias SIV, quando se encontram perante situações de PCR, tenham que iniciar manobras de reanimação cárdio-pulmonar com procedimentos de SAV e aguardar a chegada da Viatura Médica de Emergência e Reanimação ou proceder ao transporte para uma unidade de saúde. O compromisso social da Enfermagem é prestar cuidados à pessoa ao longo do ciclo vital. O que acontece com frequência é que nos preocupamos demasiado com a vida e esquecemos que na morte também deve haver a mesma dignidade. No contexto SIV, o enfermeiro vê-se confrontado com a obrigatoriedade de iniciar reanimação, mesmo sabendo que a PCR é irrecuperável, significando um investimento desnecessário e uma violação do direito de morrer com dignidade. A Ética assenta no pressuposto do valor fundamental da vida humana, no entanto, deve evitar-se a obstinação terapêutica e a reanimação não deve ser iniciada nos casos em que esse procedimento se revele fútil. Podemos concluir que os progressos da ciência na área da saúde não têm sido acompanhados por uma adequada atualização da legislação baseada nos princípios éticos universalmente estabelecidos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Emergência; Ética; Morte.

## INTRODUÇÃO

O alcance da medicina está em constante crescimento. Graças aos meios de suporte vital é hoje possível salvar muitas vidas, porém nem sempre com a qualidade de vida desejável. De facto, a evolução, científica e tecnológica, verificada na área da saúde a partir da segunda metade do século XX, possibilitou a realização de intervenções médicas até aí impensáveis. Neste cenário, a capacidade de resposta da medicina, face à doença grave aguda ou agudização da doença crónica, foi amplamente incrementada. Inúmeras vidas são salvas, inúmeras vidas são prolongadas, pequenos milagres são realizados (Cunha, 2004).

A evolução tecnológica e científica que ocorre dentro das unidades de saúde e que procura incansavelmente lutar contra a morte, estende-se também ao ambiente extra-hospitalar. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), cuja finalidade é responder eficazmente a situações de acidentes ou doenças súbitas na área da emergência pré-hospitalar, também tem evoluído significativamente nestas últimas décadas com a criação e implementação de meios de socorro

diferenciados, tripulados por profissionais com competências ao nível do Suporte Avançado de Vida (SAV), nomeadamente as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), tripuladas por um médico e um enfermeiro, e as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), tripuladas por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência.

É certo que a tecnologia de suporte é especialmente útil para manter as funções vitais de doentes em estado crítico, até que a etiologia que precipitou a situação patológica possa ser revertida, possibilitando à pessoa doente uma nova oportunidade para viver (Cunha, 2004). No entanto, existem situações de doenças crónicas ou degenerativas, associadas muitas vezes ao fenómeno do envelhecimento, que conduzem inevitavelmente a uma existência meramente biológica, e que determinam a necessidade de aceitar que existe um ponto na vida humana em que a morte é inevitável e não resta outra alternativa que não seja manter o conforto e aceitar a morte.

Decorrente das experiências vivenciadas pelos enfermeiros SIV no seu contexto laboral pré-hospitalar e relacionada com as situações críticas de pessoas em paragem cárdio-respiratória (PCR), mas sem condições de recuperação, a que estes ocorrem muitas vezes, surgiu a problemática da obrigatoriedade de cumprimento do Protocolo SIV de PCR. De facto, as situações de acionamento do meio SIV que se confirmem ser de PCR obrigam, na maioria dos casos, ao início de manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP). Se há casos em que o enfermeiro avalia a situação e, à luz dos seus conhecimentos científicos deve, sem qualquer sombra de dúvida, investir e tentar por todos os meios ao seu alcance reverter a PCR, outros casos há em que sabemos que as manobras de RCP serão absolutamente infrutíferas e, de forma alguma se consegue alcançar o objetivo de recuperar a pessoa para a vida.

A PCR é uma situação com consequências frequentemente devastadoras para a vítima, familiares e amigos. Os profissionais de saúde são obrigados a prestar os cuidados necessários para proteger e salvar vidas. E a sociedade e, especialmente, os serviços médicos da emergência que prestem cuidados de saúde de emergência necessitam de planejar, organizar e prestar uma resposta apropriada a estes casos, implicando frequentemente o uso de muitos recursos e custos elevados. A nova tecnologia e a evidência médica aumentam as expectativas do público e obrigam a considerações éticas sobre parte importante de toda a intervenção ou decisão de fim de vida (INEM, 2011).

A morte é uma realidade certa e incontestável. Almeida (2009) salienta que, na prática profissional é importante assumir o compromisso de proporcionar uma morte digna, mantendo a assistência em cuidados básicos e de conforto. Atualmente, a prática da medicina e por inerência também da enfermagem, com todos os recursos de que dispõe, reveste-se algumas vezes, de um certo exagero terapêutico na luta contra a doença e contra a morte, mesmo em situações em que o prognóstico não é favorável e, até mesmo em situações em que as medidas de reanimação são absolutamente inviáveis (como tantas vezes acontece em contexto SIV). A prática nestas condições pode ser designada de distanásia (obstinação terapêutica) e é um problema ético que, por ignorar o momento de parar de se investir no tratamento, pode colocar em questão a dignidade humana, mais precisamente, a dignidade no processo de morte.

Segundo Nogueira (2009), decisões como a Decisão de Não Reanimar (DNR) não necessitam de consentimento informado por se considerar que o médico com base na sua experiência clínica e segundo a *leges artis* não deve prolongar a vida artificialmente quando não é possível a sua manutenção de forma autónoma. Contudo, nem sempre se encontra um médico junto de um doente em PCR, nomeadamente em ambiente pré-hospitalar. Quais os valores, os deveres e os princípios

que devem orientar os enfermeiros das Ambulâncias SIV quando uma reanimação? São algumas das questões que surgem neste contexto.

Este tema reveste-se de significativa importância na prática da enfermagem pré-hospitalar dado que em causa está a dignidade humana, e de indiscutível atualidade, já que a luta pela dignidade humana é eterna!

Sesta forma, este trabalho surge com o objetivo de refletir sobre os conflitos entre os aspetos éticos e legais, relacionados com a aplicação do Protocolo SIV de PCR, tendo por base a revisão da literatura e legislação existentes e a reflexão sobre o nosso trabalho neste contexto. Pretendemos contribuir para o debate nesta matéria, e ainda promover uma discussão que oriente, ajude e introduza os enfermeiros que desempenham funções nas Ambulâncias SIV a esta temática, tentando encontrar uma solução futura para esta problemática.

## **ESTADO DA ARTE**

O enquadramento ético e deontológico da enfermagem tem por base, acima de tudo, o compromisso de prestar cuidados de enfermagem de qualidade alicerçados no respeito pelos direitos das pessoas, e nas responsabilidades próprias da profissão. Os caminhos a percorrer dependem de todos nós, do que soubermos, pudermos e formos capazes de realizar a bem daqueles a quem prestamos cuidados, a bem da profissão, a bem de um agir refletido de ser enfermeiro.

As vivências profissionais quotidianas expõem muitas vezes os enfermeiros a situações limite de elevada pressão que se traduzem em grandes impactos emocionais. Efetivamente a prática diária confronta-nos com o que de mais angustiante se pode viver: a morte de alguém. E, mesmo a morte dos que nos são estranhos não deixa de nos tocar e abalar porque nos confronta com a morte dos que nos são próximos e, até mesmo, com a fragilidade da nossa vida, devolvendo-nos à consciência a finitude desta.

Se num passado recente a morte era vivida com alguma naturalidade, os enormes avanços científicos e tecnológicos no âmbito das ciências biomédicas, têm vindo a mudar gradualmente as atitudes dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Assim, a morte é hoje muitas vezes pensada e vivida como um fracasso, como um erro, como um engano e não como o limite natural da vida.

Apesar da componente emocional envolvida no processo de morte e da dificuldade em vivenciar estas situações, morrer com dignidade considerando a componente do sofrimento, deve constituir um direito individual, desde logo, legitimado pelo direito à vida. Se consideramos a morte como a última etapa da vida e a entendemos com a dignidade que lhe é inerente, então, até ao final, a vida humana realiza-se em dignidade. Assim, deve constituir uma exigência ética proporcionar uma morte serena, com o menor sofrimento possível (Nunes, 2001).

Reconhecer a dignidade da pessoa humana exige o respeito pelos seus direitos, perspetivados na sua indivisibilidade. A este conceito encontra-se ainda intrinsecamente ligado o dever de uma crescente humanização dos cuidados de saúde.

Esta problemática da morte complica-se ainda mais em cenários complexos como é o caso da emergência pré-hospitalar, e concretamente em contexto SIV, por várias razões. Primeiro, porque se pode tratar de uma situação de acidente ou doença súbita fulminante em que a morte é inesperada e é inevitável a sensação de impotência sentida pelos enfermeiros. Depois, porque outros casos existem em que a morte é anunciada (por se tratar de pessoa idosa em fim de vida ou vítima de

doença em fase terminal) e o início de manobras de RCP é sentido como uma agressão a um corpo que precisa mais de cuidados de conforto e de respeito, do que de procedimentos invasivos.

As ativações que correspondem a situações de PCR são uma percentagem significativa do total dos acionamentos em contexto SIV. Segundo dados estatísticos de 2013 da SIV de Pombal, do total de 1104 ativações, 90 corresponderam a situações de PCR o que representa uma percentagem de 8,2%. Por se tratar de situações com casuística elevada, tem repercussões no trabalho e nas vivências dos enfermeiros e, com frequência, estes se confrontam com situações em que iniciam manobras de RCP em condições absurdas e no limite do que é razoável e ético.

No ano de 1965, Jude & Elam defenderam que o fundamento da RCR era “o doente ser recuperável”, desde esta data as suas indicações têm sofrido grandes modificações: inicialmente concebida para vítimas de acidentes agudos, rapidamente resvalou para uma terapêutica sistemática e indiscriminada de todos os doentes em PCR (Almeida, 2009).

O objetivo da RCP é recuperar vítimas de PCR para uma vida comparável à que tinham previamente ao acontecimento, estando o sucesso das manobras de RCP condicionado pelo tempo de resposta, pelo que, quanto mais precocemente se iniciar SBV, maior é a probabilidade de sucesso. Se a falência durar mais de 3-4 minutos vão surgir lesões cerebrais que poderão ser irreversíveis. As hipóteses de sobrevivência da vítima são de 98% se for iniciado SBV imediatamente após a PCR, mas decrescem para 11% após 6 minutos sem SBV (INEM, 2011).

A institucionalização da RCP como tratamento de emergência nas situações de PCR tornou "obrigatória" a sua realização, quer a situação ocorresse em ambiente hospitalar ou fora deste (Cunha, 2004). Todavia, nos casos clínicos relacionados com doenças crónicas em estado avançado em que as probabilidades de sobrevivência são reduzidas, deve ser adequadamente ponderado se a RCP contribuirá para atingir os objetivos propostos.

Sabemos que a PCR em ambiente pré-hospitalar tem uma mortalidade elevada por várias razões, nomeadamente porque desde o pedido de ajuda até à chegada do socorro junto da pessoa em PCR decorre algum tempo, geralmente muito mais que os 6 minutos atrás referenciados. Também porque à chegada dos meios de socorro nada está a ser feito e a pessoa esteve sem SBV desde o momento da PCR até à chegada do SAV (o que reduz drasticamente as probabilidades de recuperação) e porque as pessoas têm idade avançada, com frequência sofrem de múltiplas patologias e não raramente são doentes em fase terminal (INEM, 2011).

Está definido que todos os doentes em PCR devem ser reanimados e os esforços de reanimação só podem ser terminados por decisão médica. Fora dos hospitais, em que na maioria dos casos, não se tem acesso a informações clínicas detalhadas e precisas sobre o doente e o tempo é escasso, a RCP deve ser iniciada sempre, e tão breve quanto possível, mesmo que existam dúvidas sobre o tempo real de PCR, e/ou sobre a existência de doença grave pré-existente (INEM, 2011). Por isso, e até à chegada do SAV, as manobras de RCP devem ser iniciadas e mantidas. Este procedimento, que poderá ser rotulado de fútil, é defendido pelo princípio da dúvida., Excetuam-se os casos em que se verifiquem situações de lesões incompatíveis com a vida: decapitação; incineração/carbonização; decomposição/putrefação e hemicorporectomia (secção transversa).

O INEM (2011) emitiu orientações relativas à suspensão da RCP referindo que as manobras de RCP, no pré-hospitalar, devem ser interrompidas quando ultrapassam os 25 minutos de duração sem recuperação de circulação espontânea (excetuando os casos de intoxicação com drogas ou situações

de hipotermia extrema). Quando não se tem acesso ao SAV nos 30 minutos após o início do SBV, quer pela sua inexistência, quer por a PCR surgir em locais remotos, a taxa de sobrevivência é reduzida.

O que acontece na prática é que estas orientações não são cumpridas (porque isso implicaria a presença de um médico no local para a verificação do óbito) e as manobras de RCP executadas em contexto SIV prolongam-se muitas vezes por mais de 25 minutos sem recuperação o que se revela um tratamento fútil e não raramente o enfermeiro SIV tem que as executar durante o transporte (muitas vezes também longo) com condições de segurança precárias e obviamente sem a eficácia que lhes é exigida.

O nº 3 do Artigo 8º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) é muito claro ao afirmar que “os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”.

No mesmo sentido, o Artigo 91º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (Código Deontológico do Enfermeiro), estabelece na sua alínea a) que os enfermeiros assumem como dever “actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” e, na alínea b) deste mesmo artigo, “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”.

O Código Deontológico dos Enfermeiros tem um conjunto de artigos em que os deveres decorrem da salvaguarda e da garantia dos direitos dos doentes. Nomeadamente, refere o Artigo 87º – do respeito pelo doente terminal – “O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: (...) c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.

Deste modo, no caso particular das decisões de fim de vida, havendo uma necessidade de procura de consenso dos diferentes profissionais, nomeadamente de médicos e enfermeiros, no sentido da melhor decisão ética, a cada um compete assumir a sua responsabilidade profissional, no âmbito da sua competência própria, perante cada pessoa. Ou seja, a construção da melhor decisão ética, não pode implicar uma intromissão de um profissional na esfera científica do outro. Em sede de avaliação de responsabilidade profissional, quer judicial quer disciplinar, não haverá dúvidas sobre esta separação do agir de cada um. Cada profissional responderá sempre pelas decisões que tomou e pelos atos que praticou, tendo em conta a sua esfera de competências profissionais. Este facto deve também induzir-nos a criar um regime jurídico sobre decisões de fim de vida que seja claro quanto à autonomia profissional de cada um e que nos leve a evitar problemas disciplinares e jurídicos futuros (OE, 2010).

Da pesquisa que elaborámos várias foram as referências que encontramos sobre as questões éticas em fim de vida, mas referentes a outros contextos, nomeadamente unidades de cuidados intensivos e cuidados paliativos. A Ordem dos Enfermeiros (OE) pronunciou-se sobre estas questões éticas relacionadas com a morte no “Enunciado de Posição sobre a Eutanásia” e no Parecer do Conselho Jurisdicional sobre “O papel do enfermeiro na tomada de decisão de não reanimar (em UCI Neonatais)” e, apesar de não se aplicar integralmente ao nosso contexto, consideramos relevante a sua referência, pois salientam que embora as decisões devam ser tomadas em conjunto pela equipa, o enfermeiro deve participar ativamente com todo o seu saber científico, técnico, humano e ético.

Assim, no “Enunciado de Posição sobre a Eutanásia” afirma-se que a omissão de uma ação, numa situação terminal em que a morte ocorre, por exemplo, tentativa de reanimação em caso de PCR,

não é contrária à ética desde que tal ocorra por obediência à vontade competente e esclarecida do doente ou por razões de boas práticas, ou seja, o não-procedimento justifica-se eticamente pela recusa de tratamentos “heróicos” ou despropositados, que na maior parte dos casos provocam sofrimento inútil ao doente (OE, 2002).

Neste enunciado de posição mais se acrescenta que não existe diferença ética relevante entre não aplicar um tratamento que pode prolongar artificialmente a vida e retirar um tratamento que se tornou desproporcionado ou inútil (por exemplo desligar o ventilador), sendo estes, neste contexto, procedimentos eticamente aceitáveis.

Um tratamento é inútil ou fútil, quando é incompatível com os princípios éticos fundamentais de beneficência e de não maleficência. A sua aplicação corresponde à obstinação terapêutica ou distanásia, sendo condenável, já que o objetivo da medicina é restaurar ou manter a saúde de um indivíduo. O tratamento deve ser-lhe proveitoso e não o prejudicar (Hottois et al, 2001, citado por Nogueira, 2009).

Posto isto, no que diz respeito à DNR e segundo Almeida (2009), consideramos importante referir os seguintes aspetos: no termo das doenças irreversíveis não se devem iniciar manobras de RCP, o limite desta decisão deverá ser a incerteza do diagnóstico e sendo as situações de PCR em que exista a indicação de não reanimar justificadas de acordo com parâmetros rigorosos e objetivos, tais como quando:

- é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou quando o doente imediatamente a seguir repetirá o processo que conduziu à PCR;
- a paragem for o culminar de uma doença de evolução fatal bem documentada;
- quando a qualidade de vida previsível após a reanimação seja muito redutora da pessoa e da dignidade que lhe é inerente;
- quando a pessoa tenha manifestado a sua vontade anteriormente a favor de não reanimar.

## **IMPLICAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS**

A realidade do trabalho do enfermeiro em contexto SIV implica iniciar manobras de RCP em situações em que sabemos *a priori* que a PCR ocorreu há tempo suficiente para tornar as manobras inviáveis: porque o tempo de chegada ao local é longo e porque a pessoa apresenta sinais inequívocos de PCR há horas (rigidez cadavérica) ou também porque a pessoa sofre de patologia e está em fase terminal ou porque a idade avançada e a condição física da pessoa tornam as manobras desadequadas. A questão do tempo e a situação clínica e física das pessoas em PCR levam os enfermeiros a refletir sobre a legitimidade do início das manobras de RCP na maior parte das situações de PCR. Se, por um lado, o enfermeiro tem a perceção de que é desadequado e infrutífero proceder à RCP por questões de natureza ética, por outro lado, legalmente é obrigado a executar um protocolo que está instituído, sob pena do seu incumprimento poder ser punido judicialmente.

Efetivamente, os enfermeiros a trabalhar em SIV orientam-se por protocolos previamente aprovados pelo Departamento de Emergência Médica do INEM, que determinam, em cada situação, a abordagem e os procedimentos a serem efetuados para a estabilização da pessoa assistida. O Protocolo SIV de PCR define que o enfermeiro aborda a vítima, identificada a PCR, estabelece contacto com o CODU para confirmar a PCR e solicitar apoio médico (se não há indicação prévia de ativação de VMER). Imediatamente são iniciadas as manobras de RCP que, por se tratar de um meio

diferenciado, para além SBV com desfibrilhação automática externa (DAE), incluem ainda um conjunto de procedimentos de SAV (colocação de máscara laríngea, acesso venoso e administração de fármacos). Apesar de muitas vezes solicitado, este apoio médico não é acionado na maior parte das vezes, por diversos motivos, traduzindo-se no transporte do doente submetido a manobras de reanimação até ao hospital mais próximo.

Este foi o problema que identificámos na nossa prática: a mesma forma de atuação para todas as situações de PCR, um protocolo sem contemplar a DNR, independentemente das muitas situações em que a tentativa de reanimação é fútil.

Da reflexão que fizemos sobre esta problemática percebemos que existe um “conflito” entre o que é eticamente considerado como boas práticas e o que legalmente está definido. A verdade é que os vários documentos legislativos nomeadamente a Lei nº 45/2004 de 19 de Agosto que determina o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses, no seu Artigo 14º e a Lei nº 141/99 de 28 de Agosto, que estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte no Artigo 3º, definem claramente que a verificação dos óbitos é da competência dos médicos, nos termos da lei.

Embora esteja definido que uma situação de PCR é critério de acionamento de VMER mesmo que seja acionada a SIV, o que acontece na prática é que a SIV é acionada para estas situações sem que haja ativação de VMER para o local. Sendo a verificação de óbitos da exclusiva competência de um médico, o enfermeiro da SIV tem obrigatoriamente que iniciar RCP caso não esteja médico presente no local (situação que acontece na maioria das vezes), e proceder ao transporte da pessoa para a unidade de saúde mais próxima em manobras, culminado esta imposição legal em situações em que se inicia RCP apenas para cumprir o Protocolo.

Se do ponto de vista legal este procedimento é uma imposição, do ponto de vista ético surgem algumas implicações que levantam questões para a pessoa, porque é submetida a procedimentos invasivos e questionamo-nos se não serão os nossos cuidados (neste caso específico RCP) uma agressão ao seu corpo. Também para os familiares esta imposição tem consequências, uma vez que “adiamos” a realidade da morte, *Questionamo-nos se não deveríamos estar a prestar cuidados aos vivos em vez de praticar “obstinação terapêutica” num corpo já sem vida? Sabemos que estamos a cumprir um protocolo por questões legais, mas é eticamente aceitável o que fazemos?*

Parece-nos então que a evolução da emergência pré-hospitalar e a implementação das ambulâncias SIV não foi acompanhada por uma adequada adaptação legal/jurídica à sua especificidade. Como vimos anteriormente, os critérios para não iniciar RCP são os mesmos tanto para um meio SIV como SBV e até mesmo para o cidadão comum. Face ao desenvolvimento de conhecimento científico teórico e prático que a enfermagem tem demonstrado, parece-nos que deveria ser dada mais credibilidade e mais poder de decisão aos enfermeiros. Daí considerarmos necessária a revisão do Protocolo SIV PCR e a inclusão de critérios que contemplem o não início de RCP em situações em que a possibilidade de recuperação seja nula ou em que fosse essa a vontade da pessoa (por exemplo, doença em fase terminal). Essas alterações ao Protocolo podem ser entendidas como validação médica “antecipada” para não início/suspensão de manobras de reanimação e devem salvaguardar os enfermeiros SIV do ponto de vista legal e jurídico.

Sabemos que a morte é uma realidade certa e incontestável. Desta forma, torna-se necessário refletir sobre a nossa prática e reconhecer os limites da tecnologia e da ciência procurando humanizar os cuidados perante a morte.



Humanizar de acordo com os valores éticos consiste, fundamentalmente, em torná-la uma prática bela, por mais que ela lide com o que tem de mais degradante, doloroso e triste na natureza humana, os sofrimentos, a deterioração e a morte. Refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro e de reconhecimento dos limites (Santana et al, 2010 citado por Almeida, 2009). O respeito pela pessoa em processo de morte exige mais do que nunca o dever de evitar toda a espécie de obstinação terapêutica e de favorecer a aceitação da morte.

Da nossa reflexão crítica constatamos que esta problemática deve ser abordada e analisada nas diferentes vertentes: científica, humana, ética, jurídica e económica, cada uma com a sua relevância. Destas práticas resultam algumas consequências a nível operacional do meio SIV: os custos económicos com recursos materiais sabendo que daí não irá resultar qualquer benefício, a indisponibilidade da ambulância e equipa para outras situações em que poderia intervir e as condições de segurança precárias em que o enfermeiro desempenha manobras de RCP durante o transporte.

Do ponto de vista da humanização surgem também consequências pois a realização de RCP e a sua manutenção durante o transporte até ao hospital pode dar falsas esperanças aos familiares, atrasando o seu processo de luto e deixando os enfermeiros sem condições para lhes prestar o apoio emocional. Neste contexto a morte pode ainda ser entendida pelos familiares como um insucesso dos procedimentos ou um fracasso e gerar nos enfermeiros uma inevitável sensação de frustração.

## **CONCLUSÃO**

Os dilemas éticos surgem da capacidade do ser humano em se questionar sobre os avanços das tecnologias que tudo lhes permite controlar, e por outro lado, de rever na pessoa humana uma identidade única, biopsicossocial e digna de respeito na vida e na morte.

A evolução da medicina originou a possibilidade de prolongar a existência humana para além daquilo que é razoável, tornando fundamental a reflexão e o estabelecimento de critérios claros para uma boa prática clínica nesta fase da vida humana.

A discussão acerca da morte e do processo de morrer torna-se difícil, uma vez que, na área da saúde a formação assenta sobretudo nos conhecimentos e procedimentos terapêuticos de tratamento das doenças e em todas as intervenções “curativas”. O foco principal é manter a vida e não enfrentar a morte como processo natural, com a inevitabilidade e irreversibilidade que lhe são intrínsecas. Considerando a pessoa como um ser holístico que encerra em si a dignidade inerente à sua condição humana é muito importante que o fim de vida seja respeitado o direito a uma morte digna.

Assim, recomendamos que sejam clarificados critérios de suspensão de manobras de reanimação e de DNR em contexto SIV, alterando-se o Protocolo SIV PCR, de forma a evitar a obstinação terapêutica e a respeitar a dignidade da pessoa na morte.

Parece-nos importante proceder a um enquadramento legal, na convicção de que os enfermeiros têm de estar legalmente protegidos quando estão envolvidos neste tipo de decisões. É relativamente a este aspeto que a organização profissional tem de agir, de tomar posição.

Por outro lado, iguala-se em importância a necessidade de desenvolvimento de uma rede de cuidados de saúde paliativos que promova o acompanhamento de situações de doença terminal no domicílio, apoiando no processo de aceitação da morte e na resolução dos aspetos legais no momento da morte. É importante que as situações de doença terminal estejam adequadamente

referenciadas, o doente e família esclarecidos, de forma a se evitar manobras de reanimação nestes casos. Também a rede de cuidados continuados e de cuidados de saúde primários têm um importante papel no apoio ao doente idoso em fim de vida, acompanhando o doente e precavendo os aspetos médico-legais em situação de morte.

Só com a evolução em todas estas áreas (pré-hospitalar, cuidados de saúde primários, continuados e paliativos) se pode evitar a má prática atual associada à execução do Protocolo SIV PCR.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Gisela (2009). Direitos Humanos em Fim de Vida – Decisão de Não Reanimar. Faculdade de Direito de Coimbra, 1º Curso de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Coimbra. Acedido em 8, Março, 2014 em [http://www.fd.uc.pt/igc/pdf/papers/gisela\\_almeida\\_Ensaio%20VF\\_PG2009.pdf](http://www.fd.uc.pt/igc/pdf/papers/gisela_almeida_Ensaio%20VF_PG2009.pdf)
- Cunha, J. A. (2004). A Autonomia e a Tomada de Decisão no Fim de Vida. Dissertação de Mestrado em Bioética. Universidade do Porto, Porto. Acedido em 8, Março, 2014 em [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/5/5506\\_TM\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/5/5506_TM_01_P.pdf)
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Acedido em 8, Março, 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). Protocolo Ambulâncias SIV - Paragem Cárdio-Respiratória no Adulto. Versão 3.0.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida. Departamento de Formação em Emergência Médica, 2ª Ed.
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros onde se inclui o Código Deontológico do Enfermeiro. Acedido em 8, Março, 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Lei nº 141/99 de 28 de Agosto. Diário da República n.º 201, 1ª Série - A. Assembleia da República. Acedido em 8, Março, 2014 em <http://www.dre.pt/pdf1s/1999/08/201A00/59555955.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Parecer do Conselho Jurisdicional n.º 245/2010: Vontade anteriormente manifestada para decisões de fim de vida. Tomada de Posição. Acedido em 8, Março, 2014 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoesFimVida.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoesFimVida.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer CJ – 91/2009. Conselho Jurisdicional. Acedido em 8, Março, 2014 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer91\\_2009\\_decisao\\_na\\_o\\_reanimar\\_recem\\_nascidos.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer91_2009_decisao_na_o_reanimar_recem_nascidos.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Parecer CJ 036/2002. Posição relativamente à Eutanásia. Conselho Jurisdicional. Acedido em 8, Março, 2014 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/ParecerCJ36\\_%202002\\_Posic%C3%A3oEutanasia\\_site\\_Proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/ParecerCJ36_%202002_Posic%C3%A3oEutanasia_site_Proteg.pdf)
- Nogueira, Ricardo (2009). Ética no Fim de Vida – Decisões Médicas Relacionadas com a Abstenção e Suspensão Terapêuticas em Doentes Terminais. Universidade do Porto, Instituto de Ciências

Biomédicas Abel Salazar. Mestrado Integrado em Medicina, Porto. Acedido em 8, Março, 2014  
em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21156/2/tica%20no%20fim%20de%20vida%20%20Decises%20Mdicas%20relacionadas%20com%20abs.pdf>

# INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ALÍVIO DO SOFRIMENTO NA DOENÇA CRÓNICA: REVISÃO DA LITERATURA

Susana Batista<sup>1</sup>, Rosa Martins<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/ Universidade do Porto, supais@hotmail.com

<sup>2</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu,

Contactos: supais@hotmail.com; rmartins.viseu@gmail.com.

## RESUMO

**Introdução:** De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, as doenças crónicas são a maior causa de morte e morbilidade no mundo, representando 63% de todas as mortes. (WHO, 2013) Estima-se que até ao ano de 2050, o número de idosos irá quadruplicar, tal como a necessidade de prestação de cuidados a longo prazo. Podemos prever assim uma maior afluência de população idosa aos hospitais portugueses portadores de doença crónica, o que nos traz novos desafios. No contexto de doença crónica, parece-nos consensual afirmar que o sofrimento é uma realidade vivida e compete ao enfermeiro facilitar a adaptação do doente e família à nova condição. Assim sendo, temos como objetivo conhecer os resultados dos estudos que foram produzidos nos últimos 8 anos sobre a temática do sofrimento e a ajuda prestada pelos Enfermeiros.

**Participantes e métodos:** Para a concretização do nosso objetivo efetuámos uma revisão da literatura em bases dados referenciais. Os artigos foram analisados tendo em conta os objetivos, participantes, momentos de recolha de dados, instrumentos utilizados, resultados obtidos considerando as variáveis que possam integrar a vivência do sofrimento na doença crónica.

**Resultados:** Observou-se no que se reporta ao sofrimento na doença crónica, uma produção limitada, tendo sido analisados 9 artigos de periódicos e dissertações de mestrado em língua portuguesa e 3 artigos de periódicos internacionais em língua inglesa. As metodologias utilizadas são do tipo qualitativo e quantitativo.

**Conclusões:** Os resultados dos estudos incluídos abordam a temática do sofrimento em várias perspetivas: sofrimento físico relacionado com a dimensão biológica da doença; sofrimento psicológico que se confronta com as possibilidades de cura; sofrimento sócio relacional manifestado essencialmente pela ausência de apoio familiar/social, problemas económicos e solidão; sofrimento existencial com a procura de sentido de vida, espiritualidade e prática religiosa; experiências positivas de sofrimento; estratégias de adaptação e expectativas futuras. Mostram ainda que a ajuda dos Enfermeiros é fundamental uma vez que a doença crónica implica mudança de estilo de vida que pode conduzir a uma luta interior silenciosa. É necessário que a intervenção de enfermagem vá ao encontro das necessidades espirituais de modo a facilitar a procura de equilíbrio e significado de experiências de vida, no entanto é identificada falta de investimento nesta área. É também salientada a necessidade de cuidar com compaixão e de integrar os cuidados paliativos no cuidado ao idoso com doença crónica com vista na melhoria da sua qualidade de vida. Em conclusão, torna-se fundamental para a prática de enfermagem a compreensão desta problemática uma vez que pode permitir potenciar ganhos em saúde, garantindo à pessoa com doença crónica um processo de transição saudável.

**PALAVRAS-CHAVE:** “suffering”; “nursing care”; “chronic disease”

## **INTRODUÇÃO**

Ao longo da vida, a pessoa vai sendo sujeito de mudanças intencionais ou não, que conduzem o indivíduo a um processo de transição que o expõe a uma vulnerabilidade a riscos que podem vir a afetar a sua saúde. (Meleis e tal, 2000) A ameaça percebida é o cerne do sofrimento, sendo esta tudo aquilo que mexe com a nossa continuidade, integridade, capacidade de enfrentar e capacidade de resposta. (Barbosa, 2010) No contexto de doença crónica, parece-nos consensual afirmar que o sofrimento é uma constante vivida pela pessoa devido a recorrentes agudizações, co morbidades associadas e suas consequências.

O hospital é o grande recetor em Portugal de pessoas em situação de crise por nova patologia aguda, crónica ou agudização da mesma, não esquecendo que a doença crónica representa 63% do total de mortes no mundo. (WHO, 2011). As doenças crónicas são geralmente doenças de longa duração que não poem em risco a vida da pessoa a curto prazo, no entanto podem ser incapacitantes e causar a morte.

As principais doenças crónicas são as cardiovasculares, cancro, respiratórias crónicas e diabetes (WHO, 2013), sendo muitas delas evitáveis. A prevalência de doenças crónicas aumenta com a exposição a fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade. Aumenta também com a evolução dos tratamentos médicos e consequente aumento da esperança média de vida, fatores genéticos predisponentes e alterações fisiológicas do envelhecimento.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, estima-se que até ao ano de 2050, o número de idosos irá quadruplicar, tal como a necessidade de prestação de cuidados a longo prazo. Prevemos assim uma crescente afluência de população aos hospitais, portadora de doenças crónicas, o que nos traz novos desafios.

Os enfermeiros são os prestadores de cuidados que, em ambiente hospitalar, passam mais tempo com os utentes e famílias. É de preocupação ética e moral do enfermeiro compreender e aliviar o sofrimento de modo a facilitar a adaptação do doente e família à nova condição. No entanto, ao depararmo-nos com esta realidade, emergem as questões: que formas de sofrimento são experienciadas pelas pessoas portadoras de patologia crónica?; como podem os enfermeiros aliviá-lo?

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Pretendemos com a presente revisão da literatura, obter os resultados dos estudos produzidos nos últimos 8 anos sobre a temática do sofrimento na doença crónica e a ajuda prestada pelos Enfermeiros.

Para a identificar os estudos mais relevantes efetuámos uma pesquisa nas seguintes bases de dados referenciais: EBSCO host – Research Databases; Biblioteca do conhecimento on-line Listagens de teses/ dissertações de mestrado/doutoramento, na Escola Superior de Saúde de Viseu. Utilizámos como descritores as seguintes palavras: “suffering”; “nursing care”; “chronic disease”. Pesquisa efetuada de 30/08/2011 a 28/04/2012 com atualização a 20/03/2014.

Para que sejam incluídos na revisão apenas estudos que abordem a problemática do presente, foram definidos os critérios de seleção que se seguem (Quadro 1).

**Quadro 1 – Critérios de seleção dos estudos**

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	Adultos com doença crónica Enfermeiros que lhes prestam cuidados	Crianças e jovens. Adultos com doença aguda. Cuidados à Família.
INTERVENÇÃO	Formas de sofrimento experienciadas; Intervenções de enfermagem que aliviam o sofrimento.	
DESENHO	Estudos primários	Estudos secundários

**RESULTADOS**

Observou-se no que se reporta ao sofrimento na doença crónica, uma produção limitada, tendo sido analisados 9 artigos de periódicos, dissertações de mestrado e doutoramento em língua portuguesa e 3 artigos de periódicos internacionais em língua inglesa, após a aplicação dos critérios de seleção.

Os artigos foram analisados tendo em conta os objetivos, participantes, momentos de recolha de dados, instrumentos utilizados, resultados obtidos considerando as variáveis que possam integrar a vivência do sofrimento na doença crónica.

ESTUDO	DESENHO	OBJETIVO	PARTICIPANTES
1. Cingel, M. (2011)	Análise qualitativa de entrevistas	Compreender o benefício da compaixão na prática de enfermagem	30 Enfermeiros 31 Idosos com doença crónica
2. Strohbuecker, B. et al (2011)	Análise qualitativa de entrevistas	Identificar necessidades de cuidados paliativos em doentes crónicos	9 Residentes em lar com doença crónica
3. Péres, D. et al (2007)	Estudo qualitativo com análise de conteúdo de relato escrito	Identificar as dificuldades dos pacientes diabéticos em relação ao tratamento	24 Diabéticos acompanhados no Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos
4. Spadacio, C. e Barros, N. (2009)	Análise qualitativa de entrevistas em profundidade	Compreender o sentido do uso de Medicinas Alternativas e Complementares por pessoas com cancro em tratamento.	8 Pessoas com cancro em tratamento.
5. Wright, L. (2008)	Relato da experiência pessoal, prática clínica e pesquisa	Identificar formas de sofrimento que são experienciadas; Identificar as práticas de enfermagem que aliviam o sofrimento.	Famílias acompanhadas na Unidade de Investigação “Family Nursing Unit”, na Universidade de Calgary
6. Chaves, E., Carvalho, E. e Terra, F. (2010)	Análise qualitativa de entrevistas	Identificar e validar as características definidoras do	120 Pessoas com doença renal crónica em hemodialise

		diagnóstico de enfermagem espiritualidade prejudicada	
7. Sobral, H. (2006)	Estudo quantitativo, correlacional, carácter descritivo	Analisar a relação entre o sofrimento, percepção da doença e fé religiosa	71 Pessoas com doença oncológica em tratamento em hospital de dia
8. Baptista, M. (2011)	Estudo quantitativo, descritivo exploratório	Avaliar o impacto do sofrimento, da depressão e da auto-actualização na aceitação psicológica da doença crónica	210 Pessoas com insuficiência renal crónica a fazer hemodiálise
9. Fernandes, R. (2009)	Estudo qualitativo com análise fenomenológica de entrevistas semiestruturadas	Identificar as experiências subjetivas de sofrimento na doença em pessoas com Esclerose Múltipla	8 Pessoas com diagnóstico de Esclerose Múltipla
10. Morins, G. (2009)	Estudo quantitativo de natureza descritivo-correlacional	Analisar as características do Sofrimento e da Qualidade de Vida em doentes com cancro	100 Pessoas com cancro internados ou a fazer quimioterapia
11. Paulo, José M.R. (2006)	Estudo quantitativo, correlacional, carácter descritivo	Compreender as vivências de dor e sofrimento na pessoa com doença oncológica no momento em que a cura deixou de ser possível	17 Pessoas em tratamento paliativo
12. Simões, Paulo J.L. (2007)	Análise qualitativa de entrevistas	Identificar dimensões/preocupações existenciais no doente oncológico paliativo	22 Pessoas com doença oncológica

## CONCLUSÕES

A revisão efetuada procura responder às questões previamente formuladas, com o propósito de conhecer em primeiro lugar as formas de sofrimento experienciadas em contexto de doença crónica e em segundo lugar as intervenções de enfermagem para o alívio do sofrimento.

### 1. Formas de sofrimento experienciadas

Os resultados dos estudos incluídos abordam a temática do sofrimento experienciado em várias formas: sofrimento físico relacionado com a dimensão biológica da doença; sofrimento psicológico que se confronta com as possibilidades de cura; sofrimento sócio relacional manifestado essencialmente pela ausência de apoio familiar/social, problemas económicos e solidão; sofrimento existencial com a procura de sentido de vida, espiritualidade e prática religiosa; experiências positivas de sofrimento; estratégias de adaptação e expectativas futuras.

#### Sofrimento físico

A dor crónica é um problema de saúde real que atinge *“mais de três milhões de portugueses, e por isso, consideramos que a falta de oferta de tratamento adequado da dor é uma violação dos Direitos Humanos de um paciente”* (APED, 2011).

A dor é algo que interfere no bem-estar da pessoa, podendo ser incapacitante, pelo que não deve ser entendida só como o sintoma da dor, mas todo o sintoma que cause mal-estar e perda de qualidade de vida. O sofrimento físico é capaz não só de iniciar outra dor (psicológica e espiritual), mas também perpetuá-la e agravá-la (Santos, 2009).

Morins (2009) verifica no seu estudo que quanto menos sintomas ocorrerem, nomeadamente a Fadiga, Dor, Dispneia, Insónia e Perda de Apetite, menor é o sofrimento e mais são as Experiências Positivas de Sofrimento.

Por sua vez Fernandes (2009) verifica que a perda de vigor físico manifestada pela sensação de fadiga é a maior causa de sofrimento físico nas pessoas com Esclerose Múltipla, embora a dor e o desconforto também estejam presentes.

#### Sofrimento sócio relacional

Norbert Elias, citado por Santos (2009) descreve o sofrimento sócio-relacional vivido pelo doente em cuidados paliativos da seguinte forma: *“Intimamente ligado em nossos dias, à maior exclusão possível da morte e dos moribundos da vida social, e à ocultação dos moribundos dos outros, particularmente das crianças (...) A gama de palavras disponíveis para o uso nessas ocasiões é relativamente exígua. O embaraço bloqueia as palavras. Para os moribundos essa pode ser uma experiência amarga. Ainda vivos, já haviam sido abandonados.”*

Sofrimentos sociais e pessoais surgem sob a forma da dependência, ausência de apoio da família, de cuidadores e da comunidade, bem como sérios problemas económicos e por fim a solidão. (Santos, 2009) Aliado às estratégias pessoais de ajustamento à doença, verificou-se que o apoio sentido por parte dos outros conduz à revalorização da vida e permite manter expectativas. (Fernandes, 2009) Logo, a ausência de suporte familiar/social (Paulo, 2006 e Santos 2009) podem ser fonte de sofrimento, tal como a relação com os profissionais de saúde, amigos, conhecidos, colegas e familiares (Paulo, 2006).

#### Sofrimento psicológico

A dor psicológica surge na vida do doente que vive com a possibilidade de morte a curto prazo e pode somatizar-se em ansiedade, medo, depressão, preocupação, irritabilidade, dificuldade de concentração, isolamento psíquico, luto antecipatório, perda de autonomia, sentimento de impotência (Santos, 2009). Surge com o confronto com a doença e perda de controlo (Paulo, 2006).

#### Sofrimento/angústia existencial

Sofrimento espiritual é a *“perturbação do princípio de vida que anima todo o ser de uma pessoa e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial”* (Neves, Pavin, & Lannebere, 2000) *“É no confronto com a própria existência que surge a dor e o sofrimento existencial.”* (Simões, 2007)

Foram identificados como fonte de sofrimento existencial o sentimento de perda de continuidade, perda de controlo, desespero (Paulo, 2006), interrogações sobre o sentido da própria vida e da vida em geral, consciência da inevitabilidade da morte, medo da morte, medo de deixar de viver antes de



morrer, dicotomia entre a necessidade de proximidade/pertença vs a necessidade de isolamento (Simões, 2007). Surge ainda o sentimento de culpa, o isolamento, o vazio existencial, a angústia, o desespero existencial (Barbosa, 2010), a raiva, incapacidade de expressar criatividade, interrogações acerca do sofrimento, alienação (Chaves et al, 2010).

Fernandes (2009) salienta que *“aliado às estratégias pessoais de ajustamento à doença, verificou-se que o apoio sentido por parte dos outros conduz à revalorização da vida e permite manter expectativas: novos tratamentos que permitam perpetuar a qualidade de vida e o desejo de parentalidade.”* Do seu estudo emergem: estratégias de adaptação - comparar-se a outros, atitude positiva, procurar distrações, tomar precauções, ajudar os outros, ser perseverante, viver um dia de cada vez; experiências positivas de sofrimento - perceção da rede social de apoio, revalorização da vida; expectativas futuras - cura, ter qualidade de vida, terminar projetos de vida.

## **2. Intervenções de enfermagem para o alívio do sofrimento**

A intervenção dos Enfermeiros no sofrimento é fundamental uma vez que a doença crónica implica mudança de estilo de vida que pode conduzir a uma luta interior silenciosa. Da presente pesquisa emergem cinco necessidades para intervenção de enfermagem: necessidade de cuidar com compaixão, necessidade de promover a autodeterminação, necessidade de promover a aceitação da doença crónica, necessidade de prestar cuidados espirituais, necessidade de facilitar a prática religiosa.

Cingel (2011) identifica a necessidade de cuidar com compaixão, pois suporta a relação enfermeiro/doente. Para que tal aconteça é necessário envolvimento, ajuda, presença, compreensão, atenção, escuta e conforto.

A necessidade de promover a autodeterminação é identificada pelos participantes no estudo de Strohbuecker et al (2011). Estes manifestam a necessidade de ser reconhecido como pessoa, ter opção de escolha, desejo de controlar o dia-a-dia, manter relação com a família e o com exterior, sentir-se ligado espiritualmente, sentir-se fisicamente confortável e segundo Paulo (2006) controlar os sintomas. A autodeterminação é fundamental para melhorar a qualidade de vida. (Strohbuecker et al, 2011)

Vários autores identificam a necessidade de promover a aceitação da doença crónica, uma vez que o sofrimento nos convida a considerar se vamos aceitar ou não as nossas experiências, tornando-se profundo quando há resistência à situação (Wright, 2008), rejeição, negação da condição de doente e revolta (Péres et al, 2007).

O enfermeiro deve promover a aceitação da doença através do aconselhamento (Paulo, 2006), auto-atualização (Baptista, 2011), encontrando significado e propósito de vida (Paulo, 2006; Wright, 2008; Batista, 2011), incluindo aspetos emocionais, sociais, culturais e espirituais aquando da transmissão de conhecimentos (Péres et al, 2007).

Por sua vez, a necessidade de prestar cuidados espirituais é igualmente apontada por vários autores e considerada fundamental para a prática de enfermagem. *“As preocupações existenciais são das principais fontes de sofrimento dos doentes e das menos compreendidas, monitorizadas e intervencionadas”* (Simões, 2007) Vários estudos confirmam a relação entre as experiências de sofrimento e as crenças acerca da doença (Sobral, 2006; Wright, 2008). No entanto esse sofrimento

pode ser transformado redefinindo objetivos, encontrando significado e propósito de vida (Wright, 2008; Baptista, 2011).

O enfermeiro deve antecipar os problemas existenciais; identificar o sistema de crenças do doente e família, tentar modificar as crenças limitadoras sobre a doença, propor crenças facilitadoras, redefinir objetivos para a vida (Sobral, 2006; Simões, 2007; Wright, 2008; Baptista, 2011).

Lorraine Wright (2008), enfermeira investigadora na Universidade de Calgary, tem dedicado a sua vida ao estudo do sofrimento na doença. Acompanha famílias na Unidade de Investigação “Family Nursing Unit”, e através da sua experiência em aconselhamento propõe as seguintes práticas de Cuidado Espiritual para o alívio do sofrimento:

1. Ir ao encontro do sofrimento dos indivíduos e famílias: requer estar verdadeiramente presente, manter-se focado, deixar o sofrimento vir na conversa terapêutica entre o enfermeiro e a família. É a intervenção mais difícil para um enfermeiro. É muito mais fácil tentar animar as famílias, mudar de assunto, inquirir sobre outros aspetos da experiência da doença ou evitar completamente alguma conversa sobre sofrimento.
2. Falar sobre o sofrimento na doença para compreender o impacto que a doença tem na vida e relações da pessoa: Precisamos de questionar mais do que a história clínica, que é muito importante, mas é também necessário perceber o impacto que a doença tem na vida da pessoa, saber como a mudou: no casamento, família, vida sexual, trabalho.
3. Escutar ativamente através do coração, estando totalmente presente: que as pessoas sintam que foram ouvidas, entendidas, que o seu sofrimento é reconhecido. Encontrar estratégias em equipa, para o alívio do sofrimento da família e revelar as impressões e recomendações: talvez encontrar um novo significado e objetivo de vida.
4. Oferecer compaixão, amor e envolvimento são ingredientes essenciais para facilitar a cura: Tem que se entrar profundamente numa relação com os que sofrem para facilitar a cura.
5. Reconhecer o sofrimento e o sofredor é indispensável para a cura ter oportunidade de prosperar.
6. Explorar o significado e propósito que os membros da família dão às suas experiências de sofrimento.
7. Oferecer esperança para facilitar a cura: encorajando uma nova, alternativa, facilitadora crença. Ex.: enfoque em viver o momento e focar a atenção para pequenos momentos de alegria. No entanto se um enfermeiro oferecer esperança demasiado rápido, as famílias tendem a acreditar que o seu sofrimento não foi entendido ou trivializado.

Foi ainda identificada a necessidade de facilitar a prática religiosa, pois a oração tem um efeito positivo no alívio do sofrimento da doença tal como no sistema endócrino e imunitário (Wright, 2008), legitima e ameniza a incerteza diante das questões de carácter moral, pessoal, social e físico, relativas à condição oncológica crónica (Spadacio & Barros, 2009).

## **EM SUMA**

Segundo os estudos apresentados, a pessoa com doença crónica vivencia o sofrimento de várias formas: física, psicológica, socio-relacional, e existencial/espiritual.

Para o alívio do sofrimento é necessário que a intervenção de enfermagem vá ao encontro de todas as necessidades da pessoa: controlo de Sintomas, cuidar com Compaixão, promover a

Autodeterminação, promover a Aceitação da doença, prestar Cuidados Espirituais e de facilitar a Prática Religiosa.

Os **cuidados espirituais** são identificados pela maioria dos estudos, visto serem essenciais para o equilíbrio da pessoa e atribuição de significado de experiências de vida. No entanto é verificada a falta de investimento na área.

É salientada a necessidade de **integrar os cuidados** paliativos no cuidado à pessoa com doença crónica com vista na melhoria da sua qualidade de vida.

Em conclusão, torna-se fundamental para a prática de enfermagem a compreensão desta problemática uma vez que pode permitir potenciar ganhos em saúde, garantindo à pessoa com doença crónica um processo de transição/adaptação saudável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gaudêncio, M. d., Melo, M., Veríssimo, N., & Silva, R. (2 de novembro de 2010). *Artigos Publicados na Imprensa Regional/ O Desafio das Doenças Crónicas*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/ODEsafiodasDoen%C3%A7asCronicas.aspx>

Akter Khanam, M., Kim Streatfield, P., Nahar Kabir, Z., Qiu, C., Cornelius, C., & Wahlin, Å. (August de 2011). Prevalence and Patterns of Multimorbidity among Elderly People in Rural Bangladesh: A Cross-sectional Study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(4), pp. 406-414.

APED. (2011). *A APED - Declaração de Montreal*. Obtido em 22 de 09 de 2011, de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor: <http://www.aped-dor.com>

Baptista, M. G. (2011). ACEITAÇÃO DA DOENÇA CRÓNICA: um estudo no adulto em tratamento de hemodialise. *Dissertação de Doutoramento em Biomedicina*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Cassel, E. J. (18 de Março de 1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *The New England Journal of Medicine*, pp. 306:639-645.

Chaves, E. d., Carvalho, E. C., Terra, F. d., & Souza, L. (mai-jun de 2010). Validação clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p. 18(3):[09 telas.

Cingel, M. (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics*, pp. 18(5) 672–685.

Fernandes, R. D. (2009). Vivências de Pessoas com Esclerose Múltipla. *Dissertação de Mestrado em Saúde Pública*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Morins, G. J. (2009). Sofrimento e Qualidade de Vida em Doentes com Cancro no HDES, EPE. *Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.

- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanism in chronically ill patients. *British Journal of Nursing*, 11(22), pp. 1461-1470.
- Nathan, E., Goldstein, M., & R. Sean Morrison, M. (setembro de 2005). The Intersection Between Geriatrics and Palliative Care: A Call for a New Research Agenda. *Journal of the American Geriatrics Society*, pp. 53:1593–1598.
- Neves, C. J., Pavin, E. M., & Lannebere, M. N. (2000). *Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência.
- Paulo, J. M. (2006). *As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M., & Ferronato, A. A. (novembro-dezembro de 2007). DIFICULDADES DOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA O CONTROLE DA DOENÇA: SENTIMENTOS E COMPORTAMENTOS. *Rev Latino-am Enfermagem*, p. 15(6).
- Ribeiro, P. C. (outubro de 2008). A Espiritualidade no Doente Crónico como uma Estratégia de Coping: Narrativa de uma História de Vida. *Referência*, pp. 21-31.
- Santos, F. S. (2009). Para Além da Dor Física - Trabalhando com a Dor Total. In F. S. Santos, *Cuidados Paliativos - Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer* (pp. 411-426). São Paulo: Atheneu.
- Simões, P. J. (2007). *“ISTO É MESMO UMA QUESTÃO DE VIDA OU DE MORTE!”: PREOCUPAÇÕES EXISTENCIAIS NO DOENTE ONCOLÓGICO*. Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Sobral, H. N. (2006). Experiências Subjetivas de Sofrimento em Doentes Oncológicos: Perceção da Doença e Religiosidade. *Interações*, pp. 11. pp. 147-162.
- Spadacio, C., & Barros, N. F. ( jul./set. de 2009 ). Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas\*. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, pp. v.13, n.30, p.45-52,.
- Strohbecker, B., Eisenmann, Y., Galushko, M., Montag, T., & Voltz, R. ( 2011). Palliative care needs of chronically ill nursing home residents in Germany: focusing on living, not dying. *International Journal of Palliative Nursing*, pp. Vol 17, No 1.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.
- WHO - Facts related to chronic diseases. (29 de novembro de 2013). *Início > Enciclopédia da Saúde > Ministério da Saúde > Doenças > Doenças Crónicas - O que são doenças crónicas?* Obtido de Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm>
- WHO. (2011). *Health topics - Chronic diseases*. Obtido em 27 de Set de 2011, de World Health Organization: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)
- WHO. (29 de novembro de 2013). *Health topics - Chronic diseases*. Obtido em 27 de Set de 2011, de World Health Organization: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)
- World Health Organization. (March de 2013). *World Health Organization*. Obtido em 25 de Março de 2014, de 10 facts on noncommunicable diseases: [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/)

Wright, L. (November de 2008). Softening Suffering Through Spiritual Care Practices: One Possibility for Healing Families. *Journal of Family Nursing*, 14, pp. 394-411. Obtido de <http://jfn.sagepub.com/content/14/4/394>

# PROCEDIMENTOS ÉTICOS E SITUAÇÕES DE CONDUTA IMPRÓPRIA NA VIDA ACADÉMICA: “UM OLHAR NO INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE”

Joaquim Mourato<sup>1</sup>, Miguel Arriaga<sup>1</sup>, Paula Oliveira<sup>1</sup>

1 Instituto Politécnico de Portalegre  
Contacto: amourato@ippportalegre.pt

## INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, os temas relacionados com a ética e bioética têm tido algum destaque nos mais diversos enfoques. É uma reflexão necessária nos dias de hoje, pois cada vez mais nos deparamos com procedimentos pouco éticos e situações de conduta imprópria, do qual a vida académica não é exceção, sendo uma prática que está a ficar disseminada entre os estudantes (Ferreira, M. 2010) e a aumentar ao nível mundial (Eckstein,2003). No mundo globalizado a que pertencemos temos vindo a deparar-nos com alguma alteração nos valores e implicitamente na moral social, em que se começa a generalizar, a banalizar e, pior, a aceitar como costumes, normas ou regras, aquilo que nada tem de ético, honesto, respeitoso ou solidário. Talvez seja essa a razão pela qual, nas últimas décadas, se tem revelado o crescimento destas práticas académicas desonestas entre os estudantes (Chapman et al, 2004), tal como a diversidade e sofisticação nas suas formas (Tomazelli,2011), sendo muito significativa a percentagem de jovens que o assume (Marsden et al, 2005).

É do conhecimento geral o recurso a práticas desonestas, sendo as mais comuns a utilização de material não autorizado nos exames, tais como cábulas ou dispositivos eletrónicos (Eckstein, 2003), a alteração da presença em sala de aula, entrega de um trabalho de outro colega como se fosse seu, cópia de resposta de outro colega num exame, cópia de respostas por uma cábula, uso de telemovel para trocar respostas num exame, uso de contactos pessoais para passar num exame (Hrabak et al, 2004) e é grande a percentagem de estudantes que recorre à internet para prática de plágio, quer pela rapidez, quer pela quantidade de informação e anonimato no acesso (Pupovac,et al, 2008)

A noção de integridade académica é influenciada pela cultura, convenções e referências que se traduzem em mudanças comportamentais na sociedade e no ensino (Henderson et al, 2010 citado por Veludo-de-Oliveira et al (2014) e, com estudantes de conduta imprópria na vida académica, a sociedade poderá vir a ter nas suas instituições o desempenho de profissionais com qualificação ética questionável (Pimenta, 2010).

As instituições de ensino superior auto elogiam-se, merecidamente, pelo contributo que têm dado à evolução do conhecimento científico e tecnológico, permitindo a evolução sempre tão desejada e esperada. Neste momento histórico da nossa sociedade, onde se sente uma inquietação generalizada, urge uma orientação assertiva não só de conhecimentos práticos e técnicos “daquilo que é”, mas também “daquilo que se deve ser” e “porque se deve ser”, tornando-se numa questão de sobrevivência e sustentabilidade da conduta ética na vida académica. Desta forma, só podemos intervir se conhecermos.

Neste enquadramento, procurámos caracterizar e quantificar a ocorrência de algumas situações de conduta imprópria nos estudantes do primeiro ano de um curso de licenciatura do Instituto Politécnico de Portalegre, através de um estudo descritivo, com recurso a um questionário de preenchimento anónimo, previamente elaborado para o efeito, contendo perguntas com resposta de

escolha multipla numa escala de Likert . Este pode ser o primeiro passo para uma investigação mais ampla e rigorosa neste contexto.

## MÉTODOS

**Participantes:** A amostra foi constituída por conveniência, através da divulgação via *moodle* da investigação e do questionário para resposta, em estudantes de duas turmas do primeiro ano de um curso de Licenciatura do Instituto Politécnico de Portalegre, que se disponibilizaram para colaborar na investigação, de forma anónima. É composta por 35 sujeitos, com idades compreendidas entre os 19 e os 20 anos (43%), sendo maioritariamente do sexo feminino (74%).

**Procedimento:** Para operacionalização do estudo, estabeleceu-se contacto inicial com ambas as turmas do primeiro ano de um Curso de Licenciatura, solicitando a divulgação e preenchimento do questionário, cujo link foi disponibilizado através da Plataforma moodle da Unidade Curricular de Psicologia do Desenvolvimento. Todos os questionários foram automaticamente guardados. Através do link disponibilizado, os participantes responderam a um questionário especificamente construído para o efeito, onde foram apresentadas duas questões sociodemográficas, sexo e idade e um conjunto de sete questões, duas centradas na importância percebida do programa de acolhimento, Mentorado (e.g. “Considera Importante a existência de um programa de acolhimento como o Mentorado, na integração ao Ensino Superior?”) e as restantes relativas aos procedimentos e comportamentos éticos e a situações de conduta imprópria na vida académica (e.g. “Com que frequência utiliza cábulas ou outros auxiliares não autorizados na realização das provas de avaliação”).

**Resultados:** Assim, após a recolha e tratamento de dados, foi realizada uma breve estatística descritiva.

No que diz respeito à caracterização da amostra os resultados verificados foram os seguintes:

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos da amostra

Idade	N	%
17-18	6	17
19-20	15	43
20-21	9	26
21-22	1	3
>23	4	11
Sexo		
Masculino	9	26
Feminino	26	74

Os dados apresentados da amostra, apresentam uma percentagem superior no intervalo de idades 19-20 anos, 43% e uma predominância na amostra de 74% de estudantes do sexo feminino.

No que respeita à primeira questão colocada, “Considera Importante a existência de um programa de acolhimento como o Mentorado, na integração ao Ensino Superior?”, os dados recolhidos demonstram o seguinte.

**Tabela 2:** Resposta à pergunta “Considera Importante a existência de um programa de acolhimento como o Mentorado, na integração ao Ensino Superior?”

Resposta	N	%
Nada Importante	1	3
Pouco Importante	5	14
Importante	19	54
Muito Importante	10	29

Pode então verificar-se que 89% dos estudantes que responderam a esta questão, consideram “Importante” ou “Muito importante” a existência de um programa de acolhimento como o Mentorado.

Já relativa à segunda questão colocada “Enquanto Mentorando, quais foram para si os aspectos mais importantes no acolhimento que lhe foi feito pelos Mentores?”, foram verificados os seguintes resultados.

**Tabela 3:** “Enquanto Mentorando, quais foram para si os aspectos mais importantes no acolhimento que lhe foi feito pelos Mentores?”

Resposta	N	%
O Apoio emocional	2	6
O apoio nas informações sobre a cidade	2	6
O apoio nas informações sobre a Escola	9	26
O facto de ter alguém a “olhar por mim”	6	17
Outro	3	9
Não considerei nada como relevante	13	37

Relativamente aos valores encontrados pode ser observado que, apesar de 37% dos estudantes não considerar nenhum aspecto como mais relevante no acolhimento realizado, a sua grande maioria refere ter considerado como relevante os restantes tipos de apoio, dos quais podemos destacar “O apoio nas informações sobre a cidade” e “o facto de ter alguém a olhar por mim”.

Já no que diz respeito às questões relativas aos Procedimentos éticos e situações de conduta imprópria na vida académica, os dados verificados são os seguidamente apresentados.

**Tabela 4:** Dados das questões relativas aos “Procedimentos éticos e situações de conduta imprópria na vida académica”

Questões		
<b>Como classifica a integração dos novos estudantes com a realização de praxes académicas.</b>		
	N	%
Algo a Evitar	4	11
Não concordo com as praxes	6	17
Boa forma de integração	21	60
A melhor forma de integração	4	11



**Como identifica a existência de desrespeito ou falta de correção na relação interpessoal professor-aluno.**

	N	%
Nunca	13	37
Pouco frequente	20	57
A maioria das vezes	1	3
Sempre	1	3

**Com que frequência utiliza cábulas ou outros auxiliares não autorizados na realização das provas de avaliação.**

	N	%
Nunca	16	46
Pouco frequente	19	54
A maioria das vezes	0	0
Sempre	0	0

**Com que frequência utiliza o plágio integral ou parcial de frases, textos ou obras de outros autores, apropriando-se delas como sendo suas, sem o respeito pelas normas de citação e referência bibliográfica ou identificação do autor.**

	N	%
Nunca	23	66
Pouco frequente	9	26
A maioria das vezes	3	9
Sempre	0	0

**Com que frequência reproduz obras sem a devida autorização para cópias (Livros; artigos, etc.)**

	N	%
Nunca	10	29
Pouco frequente	12	34
A maioria das vezes	12	34
Sempre	1	3

Após a observação dos dados, pode verificar-se um conjunto de informações relevantes.

No que respeita à primeira questão 71% dos estudantes refere que a praxe é uma “Boa forma de integração” ou a “melhor forma de integração” no Ensino superior, sendo uma clara maioria das respostas encontradas.

Na resposta à segunda questão sobre as faltas de respeito na relação Professor Estudante, 94% dos estudantes refere que não existe ou é pouco frequente essa situação.

No respeitante à utilização de cábulas ou outros auxiliares não autorizados, 54% dos estudantes refere que é pouco frequente a utilização dos mesmos, sendo que os restantes referem nunca utilizar.

Relativamente à utilização do plágio, a grande maioria dos estudantes, 66%, refere a sua não utilização, sendo que os restantes a utilização vai de “pouco frequente” até a “maioria das vezes”.

Já no que respeita à cópia de obras, sem autorização para tal, apresenta valores de 71% dos estudantes que de forma “pouco frequente” a “sempre”, reproduzem sem autorização diferentes obras como livros ou artigos.

## **DISCUSSÃO**

Apesar dos valores apresentados, não parecerem preocupantes, com a exceção da cópia não autorizada de obras, importa ter em conta, não só a pequena dimensão da amostra, realizada apenas numa Unidade Orgânica do Instituto Politécnico de Portalegre, mas também as questões relativas à desejabilidade social por parte dos estudantes que responderam. Apesar do anonimato das respostas deve ser esta premissa algo a ter em conta para futuras investigações.

A criação de um código de honra aceite como parte integrante da vida académica parece ser uma das soluções apresentadas.

A existência de programas de integração de novos estudantes poderá também aqui ter um papel central, não só no que respeita à boa adaptação Psicossocial dos novos estudantes mas também no que diz respeito à transmissão dos valores vinculados à cultura académica vigente.

Numa futura investigação, fará sentido perceber também o impacto que terá o facto de o estudante ser simultaneamente trabalhador e se esse facto poderá ter algum peso nas respostas apresentadas. Assim como que papel poderá ter o Auto-conceito e o suporte social na percepção do acolhimento e nos comportamentos éticos e a situações de conduta imprópria na vida académica.

Outro dos temas que importará também a analisar será a prevalência de utilização dos designados “smart pills” medicação estimulante, durante sobretudo a época de exames.

E o comportamento dos docentes que se deparam com comportamentos como plágio ou cópia durante o percurso académico dos estudantes.

## **CONCLUSÃO**

A existência de cópia, cabulas ou o uso de plágio é uma prática reconhecida e amplamente utilizada no mundo académico (McCabe D., 2005), apresentando novos desafios e reflexões que terão que obrigatoriamente ser realizadas. Sendo que o ignorar das diferentes situações de incumprimento poderá passar uma mensagem de que os valores académicos não compensam ser praticados (McCabe & Pavela, 2004).

Assim urge a investigação e a estruturação de modelos, que visem a resposta a estes novos desafios, não só o de mitigar de comportamentos pouco éticos no “mundo académico” mas também o de potenciar de todos os modelos e mecanismos de integração de que alguma forma possam enquadrar e permitir um bom ajustamento ao Ensino Superior.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Champman, K.J. et al. (2004) Academic Integrity in the business school environment. I’ll get by with a little help from my friends. *Journal of Marketing Education*, 26(3),236-249.
- Eckstein, M. (2003), Combating Academic Fraud Fowards a culture of integrity, International Institute for Educational Planning (IIEP)- UNESCO.
- Ferreira, m. (2010). Conduta académica dos estudantes de medicina no ICBAS, Observatório da Economia e Gestão de Fraude. ISBN:978-989-8139-64-1. Edições Húmus, Porto.

- Graham MA, Monday J, O'Brien K, Steffen S. (1994), *Cheating at small colleges: an examination of student and faculty attitudes and behaviors*. *Journal College Student Development*; 35:255–60.
- Henderson et al. (2010), Ethics and values in the context of teaching excellence in the changing world of education. *Jornal of college teaching and Learning* 7(3), 5-12
- Hrabak, m. et al. (2004), Academic misconduct amongst medical students in a post-communist country, *Medical Education*; 38:276-285.
- Klein, D. (2010) Why learners choose plagiarism: a review of literature. *Interdisciplinary journal of e-learning and learning objects* 7, 97-110.
- Krokosz, M. (2011), Abordagem do plágio nas três melhores universidades de cada um dos cinco continentes e do Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, 16 (48), 745-818.
- McCabe D. (2005) Cheating among college and university students: a North American perspective. *International Journal for Educational Integrity*;1(1)
- McCabe DL, Trevino LK. Individual and contextual influences on academic dishonesty: a multicampus investigation. *Research in Higher Education* 1997; 38(3):379–96.
- McCabe, D.L., & Pavela, G. (2004). The [updated] principles of academic integrity. *Change*, 36(3), 10-15.
- Pimenta, M. (2010) fraude em avaliação na visão de professores e estudantes: uma reflexão sobre a formação profissional e ética. *Revista Profissão Docente*, 10 (22), 150-168.
- Pupovac, V. et al (2008) On academic plagiarism in Europe. An analytical approach based on for studies, In: R. Comas; J. Sureda (cords). *A academic cyberplagiarism (on line dossier)*. *Digithum*, 10-13.

# COMPETÊNCIA DAS MÃES PRIMÍPARAS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO COTO UMBILICAL

Deisa Semedo<sup>1</sup>, Madalena Cunha<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Cabo Verde

<sup>2</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV

Contacto: madac@iol.pt

## RESUMO

**Introdução:** Os primeiros dias de vida são um período importante para compreender as dificuldades dos pais, dado ser no primeiro mês de vida que estes serão confrontados com a transição efetiva para a parentalidade, e conseqüentemente com as dificuldades associadas. Muitos profissionais de saúde consideram que os Pais, necessitam de informação acrescida no que concerne à aprendizagem de práticas do cuidar e ao desenvolvimento de competências parentais.

**Objectivo:** Identificar competências maternas das primíparas que frequentam o Centro de Saúde de São Domingos em Cabo Verde nos cuidados ao recém-nascido: cuidados de higiene e conforto e ao coto umbilical.

**Métodos:** Estudo descritivo e transversal autorizado pelo Delegado do Centro de Saúde. Foram aplicados 33 questionários a primíparas.

**Resultados:** Relativamente os cuidados de higiene e conforto 42% das primíparas referem sentir dificuldade em dar banho e 58% referiram não ter nenhuma dificuldade. Dos 42% com dificuldades referiram que as dúvidas estão relacionadas em segurar o bebé (24,2%) e na lavagem do coto umbilical (21,2%). Em relação aos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, 87,9% das inquiridas afirmaram que é preciso ter cuidados especiais ao coto umbilical, e 12,1% das primíparas referem que não são necessários. As principais dificuldades apontadas foram: desinfecção da zona de inserção do cordão umbilical (30,3%), como pegar a compressa/cotonetes (2,1%), segurar o coto umbilical pelo clamp (9,1%) e deixar o coto fora da fralda (6,1%). Quanto à necessidade ou não do enfaixar abdominal para contensão do coto umbilical foi referido como necessário por 64% e 36% responderam não existir essa necessidade.

**Conclusões:** As mães apresentam algumas dificuldades em relação aos cuidados ao recém-nascido, prevalecendo dúvidas em relação aos cuidados ao coto umbilical. Os resultados mostram que as dificuldades que as puérperas sentem são relativas ao campo de acção dos enfermeiros, alertando para a necessidade de se investir na educação para a saúde, designadamente na vertente do cuidado ao recém-nascido de forma a diminuir a insegurança dos cuidados prestados pelas mães.

**Palavras-Chave:** Primípara, Recém-nascido, Cuidados

## INTRODUÇÃO

A Competência materna pode ser definida como directamente ligada à capacidade sentida por estas mães em ler e responder, de uma forma minimamente adequada, às necessidades especiais da criança. Muitos profissionais de saúde que trabalham com os Pais nesta fase do ciclo de vida, consideram que ambos necessitam de muita informação durante este período, no que concerne à aprendizagem de práticas do cuidar e ao desenvolvimento de competências parentais, já que apresentam na maioria das vezes insegurança nos cuidados ao RN logo após o nascimento” (Silva, 2006, p.18).

Neste sentido considera-se importante estudar acerca dos conhecimentos/dificuldades maternos em relação aos cuidados ao Recém-nascido de forma a actuar e a capacitar as mães nos cuidados aos seus bebés tornando-os suficientemente independente e lhe permita atingir estabilidade necessária na maternidade.

“A maternidade é o processo pelo qual a mulher aprende o comportamento materno e convive com a identidade de mãe, à medida que o vínculo mãe-filho desenvolve e se consolida. A mulher, uma vez mãe, provavelmente não será mais a mesma, pois ocorre uma transformação, que altera sua condição, a visão de si mesma, da vida emocional e do lugar que ocupa na família e no mundo” (Felice, 2004, citado em, Tomeleri & Marcon, 2009, p.356).

“O nascimento do primeiro filho é um acontecimento marcante na vida dos indivíduos e, conseqüentemente, no seu processo de desenvolvimento. As implicações que daí advêm impõem mudanças aos mais diferentes níveis e exigem respostas variadas por parte dos pais” (Santos et al, 2012, p.1). O mesmo autor ainda refere que “o desempenho do papel parental constitui uma das mais difíceis experiências humanas, onde são colocados à prova todos os aspetos que constituem um ser humano adulto. Cuidar de um ser, tão frágil e indefeso como o bebé, exige uma impressionante dimensão de saberes/competências que serão adquiridas ao longo da vida, através de vivências individuais e coletivas. É neste campo que surgem as dificuldades no desempenho da parentalidade, na conjugação dos campos do saber e do ser, na construção da verdadeira identidade de pai e mãe, e não apenas de progenitores” (Santos et al, 2012, p.2). Foi neste âmbito que surgiu este trabalho de investigação que visa identificar competências maternas das primíparas nos cuidados aos recém-nascidos: cuidados de higiene e conforto e cuidados ao coto umbilical nas primíparas que frequentam o Centro de Saúde de São Domingos, contendo os seguintes objectivos:

- Identificar os conhecimentos das mães face aos cuidados de higiene e cuidados ao coto umbilical.
- Identificar as maiores dificuldades das primíparas nos cuidados ao recém-nascido;
- Descrever os produtos usado nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido
- Reconhecer quais são os contributos dos enfermeiros no ensino dos cuidados ao recém-nascido.

Os cuidados à saúde do recém-nascido começam bem antes do nascimento. Eles começam com os cuidados às mães grávidas. Durante a gravidez, a mãe precisa estar adequadamente nutrida, livre de infecções e vigiada para complicações. Relativamente aos níveis de capacitação das mães que asseguram os cuidados ao recém-nascido são seguramente diferentes, pelo que os enfermeiros devem individualizar os cuidados numa perspectiva holística.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Considerou-se apropriado para a realização deste estudo, a utilização do paradigma de investigação quantitativo, descritivo simples. Para proceder todos os pontos éticos e formais foi pedida e obtida autorização formal do Delegado do Centro de Saúde de São de Domingos, Cabo Verde e obtidos todos os consentimentos informados das primíparas.

Amostra não probabilística por conveniência, constituída por 33 primíparas que frequentam o Centro de Saúde de São Domingos durante o período de Julho a Agosto de 2012. Elaborou-se um questionário estruturado em duas partes, sendo a primeira referente aos dados sociodemográficos e

a segunda sobre os conhecimentos/dificuldades das mães primíparas nos cuidados ao recém-nascido, relativamente à higiene e conforto e os cuidados ao coto umbilical, no qual se utilizaram 19 perguntas fechadas com várias hipóteses de escolha e as participantes assinavam a(s) quadrícula(s) que correspondiam à sua opinião, incluindo 2 perguntas abertas, de resposta curta, incluindo uma questão em que mães primíparas deixassem uma sugestão para a melhoria dos cuidados de enfermagem, podendo contribuir para se sentir mais segura a prestar cuidados ao seu bebé.

Foi aplicado o pré-teste a 10 primíparas que frequentam o Centro de Saúde de São Domingos. Devido à extensão do questionário e a falta de interesse em preencher o questionário, algumas questões abertas concebidas foram reformuladas em questões fechadas.

Após a recolha de dados, os questionários foram codificados, realizando-se o tratamento da informação através do processamento estatístico recorreu-se aos programas Microsoft Office 2007, nomeadamente SPSS, versão 16.0 e o Excel 2007, este último para se proceder ao aperfeiçoamento dos gráficos.

Durante o tratamento estatístico foram utilizadas frequências absolutas, percentagens e medidas de tendência central (moda, média, mediana), as quais integram a estatística descritiva. No questionário foram incluídas duas perguntas de resposta aberta, utilizando para a sua análise a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

## **RESULTADOS**

A caracterização das puérperas que participaram no estudo mostrou que eram jovens, sendo a média de idade é de 22,9 anos. De acordo com a UNICEF e ICCA (2011) os números do QUIBB 2007 apontam que 37,6% das famílias em Cabo Verde são monoparentais, isto é, tem apenas um dos progenitores em casa, sendo que em 67,5% destas famílias a mulher é a principal responsável pelas condições sociais e económicas do agregado, (p.13). A amostra é constituída maioritariamente puérperas solteira (97%), A totalidade (100%) das participantes é de nacionalidade Cabo-verdiana. Quanto à escolaridade, 6% da amostra tem o 6º ano, 3% tem o 9º ano, 9% tem respectivamente o 10º ano e licenciatura, 15% tem o 12º ano, 31% tem bacharelato, 27% tem outras escolaridades como o 7º ano, o 11º ano. Uma grande percentagem da amostra (49%) é estudantes seguindo doméstica com 27%. A representatividade da amostra pertence à freguesia de São Nicolau Tolentino (73%). O rendimento familiar das inquiridas varia entre 10 mil a 30 mil escudos com 58% e as 24% das restantes o rendimento familiar é inferior a 10 mil. A maioria das primíparas deste estudo que vive com os familiares 58%.

**Para identificar os conhecimentos das mães face aos cuidados de higiene e cuidados ao coto umbilical**, os dados demonstram que o conhecimento das primíparas acerca das características do recém-nascido, das suas necessidades e da forma de cuidar dele teve as seguintes unidades de registo: “A pele do recém-nascido é sensível” com 11 unidade de enumeração, seguido de “Amamentar o RN de 2 em 2 horas” com 9 unidade de enumeração, “Como dar banho ao RN, e colocar fraldas” sendo 8 vezes enumerada. As principais fontes de informações das primíparas sobre os conhecimentos adquiridos a cerca do recém-nascido são as famílias com 69,7%, experiências anteriores de cuidar de outros recém-nascidos com 48,5%, meios de comunicação social com 39,4%, Amigos/vizinhos e consultas de vigilância da gravidez com 36,4% respectivamente. Tudo isto, demonstra que “apesar de trazerem um conhecimento adquirido de suas avós, mães, primas e amigas, sentem-se inseguras na hora de realizar o seu autocuidado e cuidado com RN”.

O coto umbilical demora mais ou menos 7 dias para cair referido por 55% da amostra, mas no entanto 45% das primíparas dizem que demora entre 7 a 15 dias a cair. “Em geral, entre os sete e os quinze dias, o coto cairá” (Silva et al, 2012). Em relação aos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, 87,9% das inquiridas afirmam que é preciso ter cuidados especiais ao coto umbilical, e 12,1% das primíparas referem que não são necessários cuidados especiais ao coto umbilical.

Relativamente sobre o conhecimento das primíparas se existe ou não alguma maneira adequada de limpar o coto umbilical do recém-nascido, 55% da amostra referiram que sim, 39% das inquiridas disseram que não sabem e 6% mencionaram que não. No entanto, das 54,5% da amostra que proferiram sim, 33,3 % das primíparas disseram que a limpeza do coto umbilical faz-se de cima para baixo e 21,2% referiram ser de baixo para cima. As restantes 45,5% foram das primíparas que afirmaram não e das que disseram não saberem se existe ou não alguma maneira adequada de limpar o coto umbilical do RN. O que demonstra que aparentemente está havendo uma falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois parece paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicação e frequentando o pré-natal, chegue ao fim da gravidez demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto.

Nota-se que relativamente aos conhecimentos das primíparas sobre a necessidade ou não do enfaixar abdominal para contensão do coto umbilical após o curativo, foi referido como necessário por 64% e 36% responderam não existir essa necessidade. Alguns autores defendam que o uso dessa faixa pode predispor a infecção no coto umbilical, pela humidade e calor local. Além disso referem que os cuidados com o coto umbilical são de longe, os mais variados e diversos, mas existe ainda a crença na importância da faixa abdominal para evitar que o *“umbigo salte para fora”*.

No que diz respeito ao conhecimento das primíparas do tempo necessário para a prestação de cuidados ao coto umbilical, 43% da amostra referiram que a prestação de cuidados ao coto umbilical deve ser realizado até o coto ficar seco, 33% das primíparas disseram que a prestação de cuidados ao coto umbilical deve ser realizado até uns dias após a queda e 24% disseram que deve ser realizada até a sua queda, sendo que, muitas vezes após a queda do coto, haverá pequeno sangramento no local da inserção, torna-se necessário observações frequentes e cuidados adequados uns dias após à sua queda de modo a evitar futuras complicações.

**Relativamente a identificar as maiores dificuldades das primíparas nos cuidados ao recém-nascido,** de acordo com Silva, (2006 pg. 47) habitualmente, é após a alta da maternidade que a puérpera se confronta com as maiores dúvidas e dificuldades, as quais, muitas vezes associadas a informações contraditórias da família e amigos, ao confronto com o seu novo papel de mãe e a algumas limitações físicas, geram sentimentos de ansiedade e de insegurança.

Neste estudo, verifica-se que 52% da amostra referiu que as suas maiores dúvidas/dificuldades estão relacionados aos cuidados ao coto umbilical, 24% disseram que apresentavam dificuldades no banho do recém-nascido e os restantes 24% referiram outras dificuldades como a amamentação, segurar o recém-nascido. As principais dificuldades das primíparas na desinfecção do coto umbilical do recém-nascido foram apontadas, desinfecção da zona de inserção do cordão umbilical com 30,3%, seguido de como pegar a compressa/cotonetes com 12,1%, segurar o coto umbilical pelo clamp com 9,1% e deixar o coto fora da fralda com 6,1%. Sendo que em relação ao coto umbilical.

Em relação as dificuldades nos cuidados ao recém-nascido, tendo o foco os cuidados de higiene e conforto 42% das primíparas referem sentir dificuldade em dar banho e 58% referiram não ter nenhuma dificuldade. Dos 42% com dificuldades referiram que as dúvidas estão relacionadas em segurar o bebé (24,2%) e na lavagem do coto umbilical (21,2%). Em muitos casos predomina a

insegurança da mãe em prestar cuidados, sobretudo relacionados aos hábitos de higiene, como troca de fraldas e banho do recém-nascido, ocasionada, em alguns casos, pela falta de orientação profissional no momento da alta hospitalar da criança. Assim, torna-se premente que a mãe inicie a cuidar do seu filho durante a hospitalização, para que possa aprender algo que venha minimizar as dificuldades de cuidados no ambiente domiciliar. Quanto a escolha do vestuário pode-se afirmar que não é dos procedimentos que suscita mais dúvidas às puérperas primíparas, pois, no estudo 75,8% das inquiridas afirmaram não ter dúvidas, mas no entanto apenas 24,2% da amostra afirma ter tido algumas dificuldades.

**Para descrever os produtos usados nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido**, os dados demonstraram que os produtos mais utilizados pelas primíparas para a cicatrização do coto umbilical do recém-nascido foi o álcool a 70% referido por 25% das primíparas, 18% usam o diodine, 9% da amostra usam tintura, os respectivos 6% da amostra, umas disseram que não utilizavam nada, outras disseram que utilizaram álcool a 70% e azeite purga, outras álcool 70% e diodine, outras referiram o uso de diodine, tabaco e azeite purga, outras disseram que utilizavam diodine e tabaco, os restantes 3% referiram ao uso de: álcool a 96%; tabaco; álcool a 96% e diodine; álcool 96%, diodine, e azeite purga; álcool 70%, tabaco, tintura e azeite purga; diodine e azeite purga respectivamente. Sendo o puerpério um período carregado de mitos, crenças e costumes aos quais precisamos estar atentos, procurando respeitar as crenças e práticas culturais de cada família, na medida em que não prejudiquem a saúde da mãe e do filho e os cuidados com o coto umbilical é um dos aspectos que é muito influenciado pelas crenças principalmente no interior.

O coto umbilical requer no seu manuseio uso de materiais e soluções recomendados pela ciência. Segundo Silva et al (2012) abordam os cuidados ideais para limpeza do coto umbilical como importante instrumento na prevenção e controlo das infecções, destacando como correto o uso de álcool 70% para evitar a proliferação de microorganismos, procedimento que deverá ser realizado três vezes ao dia, ou após cada troca de fralda.

**Para reconhecer os contributos dos enfermeiros no ensino dos cuidados ao recém-nascido das mães primíparas**, os resultados deste estudo demonstraram que as puérperas tem poucas orientações e esclarecimentos acerca dos cuidados com o bebé, pois apontam várias dificuldades nos cuidados ao RN que é da responsabilidade dos enfermeiros informar as puérperas, sendo que a maior parte das sugestões dadas pelas mães basearam-se principalmente na “Preparação/formação às mães sobre os cuidados ao recém-nascido tanto nos Centros de Saúde como nos Hospitais” durante a gestação e após o nascimento do bebé, contendo temas variados com doze unidades de enumeração, seguido de “Mais informações sobre os cuidados ao recém-nascido” com seis unidades de enumeração e por ultimo “Mais disponibilidade das enfermeiras no serviço puerpério” com duas unidades de enumeração.

O aconselhamento individual e de saúde são dois componentes importantes dos cuidados pré-natais. As mulheres grávidas precisam de informações de saúde em diversos tópicos, incluindo nutrição, prevenção de doenças sexualmente transmitidas (DTS), amamentação, planeamento do parto, incluindo possíveis complicações e planeamento familiar para depois do nascimento” (Beck, Ganges, Goldman e Long, 2004 pg. 15). Pois “a futura mãe necessita receber orientações a respeito de como cuidar de seu bebé, inicialmente, conhecer a fisiologia do recém-nascido (RN), as mudanças na pele; a linguagem do choro que expressa fome, sede, dor, frio ou calor, fraldas molhadas, ou somente necessidade de segurança; como segurar e banhar o seu bebé; limpeza do coto umbilical; prevenir assaduras; e a importância de técnicas de amamentação.



Embora neste estudo nenhuma mãe sugeriu visitas domiciliares, por parte dos enfermeiros, Silva (2006, pg. 48) refere que “Torna-se fundamental que, após a alta da maternidade, a intervenção do enfermeiro em cuidados de saúde primários, se centre no envolvimento com o meio familiar e a comunidade, através da visita domiciliária. Esta actividade, irá permitir ao enfermeiro aperceber-se das dificuldades dos Pais e desta forma poder actuar, apoiando e aconselhando os pais na prestação dos cuidados ao RN. Assim, estará a contribuir para minimizar os sentimentos de insegurança e medo dos Pais, promover o vínculo afectivo e valorizar as suas habilidades.

Sendo que os enfermeiros são profissionais que estão mais perto da população, pensamos que seria uma mais-valia para as mães primíparas as visitas domiciliares demonstrando disponibilidade para ajuda-las durante este período tão importante nas suas vidas que é o nascimento dos seus primogénitos.

## **CONCLUSÕES**

Apesar das primíparas referirem que tem vários conhecimentos acerca dos cuidados do recém-nascido, no entanto, verifica-se ainda que elas apresentam algumas dificuldades em cuidar do recém-nascido, principalmente relacionados com os cuidados ao coto umbilical, banho, amamentação e segurar o recém-nascido. Mais de 90% das mães do nosso estudo referirem que a sua gravidez foi vigiada, mas os dados apontaram que relativamente aos produtos utilizados para a cicatrização do coto umbilical do recém-nascido a maioria usaram o Álcool a 70% como são recomendadas pelos profissionais nos centros de saúde em Cabo Verde, embora, cerca de 10% usaram produtos ditos de terras (tabaco, azeite purga).

Conclui-se que as mães apresentam algumas dificuldades em relação aos cuidados ao recém-nascido, sendo evidente que prevalece dúvidas em relação aos cuidados ao coto umbilical, tornando necessário o reforço da educação para a saúde, no sentido de melhorar a qualidade e diminuir a insegurança dos cuidados prestados pelas mães nos cuidados ao recém-nascido, principalmente das mães primíparas. Os resultados mostram que as dificuldades que as puérperas sentem são relativas ao campo de acção dos enfermeiros, alertando para a necessidade de se investir na educação para a saúde, designadamente na vertente do cuidado ao recém-nascido de forma a diminuir a insegurança dos cuidados prestados pelas mães.

As consultas pré-natais devem ser um período privilegiado para a educação para a saúde sobre os aspectos relacionados aos cuidados ao recém-nascido, o enfermeiro desempenha um papel fulcral pois encontra-se numa posição excepcional para ajudar, apoiar e estimular as mães, avaliar as suas necessidades e transmitir-lhes as informações adequadas relativamente aos cuidados ao recém-nascido. Ele pode e deve atuar junto ao cliente, seja no Hospital, nos Centros de saúde, na formação de grupos de convivência, ou em qualquer tempo e lugar em que se faça necessário. Jamais poderemos conceber cuidado sem este aspecto educador.

Como implicações deste estudo, evidencia-se o facto de que os resultados poderão dar algum contributo para melhorar o papel dos enfermeiros na prática dos cuidados, no âmbito da educação para a saúde durante o internamento no serviço de puerpério e as consultas nos Centros de Saúde. Deste modo, através da divulgação dos resultados obtidos, pretende-se alertar para a necessidade de se investir na educação para a saúde na vertente; o cuidar do recém-nascido, pois o cuidar de forma holística, indo de encontro às necessidades de cada pessoa enquanto ser único, de forma a colmatar

as necessidades sentidas pelas puérperas primíparas durante esta fase sendo uma competência próprio à profissão de Enfermagem.

Devem ser realizados nos serviços de puerpério, ensinamentos sobre todos os procedimentos que estão relacionados com os cuidados ao recém-nascido, como sugestões deve dar-se oportunidade às mães para os realizarem com a supervisão dos enfermeiros, na medida em que a validação da aprendizagem é essencial para conferir segurança à puérpera. Pensamos que uma das formas para contribuir e melhorar os cuidados ao RN e a segurança das mães primíparas seriam planeamento de visitas domiciliárias durante o primeiro mês de vida do Bebê.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck D., Ganges F., Goldman S., Long P., (2004). Saving Newborn Lives. Cuidados ao Recém-Nascido. Manual de Consulta Acedido a 18 de Setembro de 2012 e disponível em <http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/Cuidados%20ao%20Recem-Nascido,%20Manual%20de%20Consulta.pdf>
- Felice E.M., (2004) A maternidade e a relação mãe-filho: um estudo longitudinal [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo citado em Tomeleri, Keli Regiane e Marcon, Sonia Silva. (2009) Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. Rev Bras Enferm, Brasília, 62(3): 355-61. Acedido a 18 de Março de 2012 e disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019599005.pdf>
- Ministério de saúde (2009). Relatório Estatístico. República de Cabo Verde citado em Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente (ICCA) (2011). Análise de Situação da Criança e Adolescente em Cabo Verde 2011. Praia. Acedido a 24 de Março de 2012 e disponível em <http://www.un.cv/files/crianca2011.pdf>
- Silva L.R., Arantes L.A.C., Villar A.S.E., Silva M.D.B., Santos I.M.M., Guimarães E.C. (2012). Enfermagem no puerpério: detectando o conhecimento das puérperas para o autocuidado. R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. abr./jun. 4(2):2327-37. Acessado a 21 de Setembro de 2012 e disponível em <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3971627>
- Silva, A.C.F.C., (2006). Cuidar do recém-nascido. O enfermeiro como promotor das competências parentais. Dissertação Mestrado. Universidade Aberta Lisboa. Acedido a 18 de Março 2012, disponível em <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/726/1/LC169>.
- Santos R., Cardoso B., Duarte V., Graça C.M., Jorge S., Alexandre J. (2012). Dificuldades dos pais no cuidar do recém-nascido. Medwave, May;12(4). Acedido a 18 de Junho de 2012 e disponível em <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.04.5408>

## RESUMOS DAS CONFERÊNCIAS

# **A FRAUDE ACADÉMICA EM PORTUGAL: PREVENÇÃO E CONSEQUÊNCIAS. UM OLHAR PARA A ÁREA DA SAÚDE**

**Aurora A.C. Teixeira<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Faculdade de Economia, Universidade do Porto  
Contactos: ateixeira@fep.up.pt

## **RESUMO**

Focando o fenómeno da fraude académica dos estudantes do ensino superior em Portugal, o estudo detalha os resultados de um inquérito a 5403 estudantes inscritos em vários graus de ensino e cursos, das instituições de ensino superior de Portugal no que se refere aos diversos comportamentos e condutas desviantes, designadamente cópia em exames e plágio. É dado particular destaque à situação dos estudantes das áreas relacionadas com a saúde (e.g., medicina, enfermagem, farmácia) no que respeita aos padrões de (falta de) integridade académica.

**PALAVRAS-CHAVE** - Fraude académica, Plágio, Cópia em exame

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Teixeira, A.A.C. (2013), "Sanding the wheels of growth: cheating by economics and business students and 'real world' corruption", *Journal of Academic Ethics*, Vol. 11 (4): 269-274
- Teixeira, A.A.C. and Rocha, M.F. (2010), "Cheating by economics and business undergraduate students. An exploratory international assessment", *Higher Education*, Springer, Vol. 59 (6): 663-701

## CONSENTIMENTO INFORMADO - UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Filipe Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar de S. João  
Contacto: falmeida@hsjoao.min-saude.pt

### RESUMO

A prática do consentimento informado emerge na primeira metade do século XX, a partir das questões suscitadas no campo da investigação médica. Acolhido nas leiras legislativas e no patamar da reflexão ética, esta prática tem conhecido, ao longo dos tempos, desenvolvimentos e distorções que merecem ser repensadas para que não se reduza aos ditames legais e burocráticos a que, tantas vezes, vemos confinada. No exercício do consentimento informado condensa-se a mais exigente dinâmica que a ética suscita ao agir humano e profissional: do respeito pela autonomia individual ao cumprimento de uma beneficência que possa garantir a protecção que aos mais vulneráveis é devida, uma vertebrada postura perante a dignidade que constitui cada um dos parceiros no mundo da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** - Consentimento. Ética. Liberdade. Deveres.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Patrão Neves MC, Osswald W.: (2007). Bioética Simples. Lisboa: Verbo.  
Consentimento Informado (2009). Relatório final da Entidade Reguladora da Saúde.  
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida - Parecer 57/CNECV/09

# PROCEDIMENTOS ÉTICOS E SITUAÇÕES DE CONDUTA IMPRÓPRIA NA VIDA ACADÉMICA

Joaquim Mourato<sup>1</sup>, Miguel Arriaga<sup>1</sup>, Paula Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Politécnico de Portalegre  
Contacto: amourato@ipportalegre.pt

## RESUMO

As últimas décadas têm revelado o crescimento de práticas académicas desonestas entre os estudantes (Chapman et al, 2004) tal como a diversidade e sofisticação nas suas formas (Tomazelli,2011).

A conduta académica fraudulenta ou desonesta é qualquer comportamento que produz um falso resultado (Universidade de Ottawa, 2010), tem vindo a aumentar ao nível mundial (Eckstein,2003) e é muito significativa a percentagem de jovens que o assume (Marsden et al, 2005). A noção de integridade académica é influenciada pela cultura, convenções e referências que se traduzem em mudanças comportamentais na sociedade e no ensino (Henderson et al, 2010 citado por Veludo-de-Oliveira et al (2014) e com estudantes com conduta imprópria na vida académica a sociedade poderá vir a ter nas suas instituições o desempenho de profissionais com qualificação ética questionável (Pimenta, 2010), revelando-se fundamental e necessária a maior compreensão desse fenómeno. Método: A amostra deste estudo foi constituída por conveniência, através da divulgação via moodle da investigação e do questionário, anónimo, relativo aos programas de acolhimento e procedimentos éticos no Ensino Superior, para resposta em estudantes de duas turmas do primeiro ano de um curso de Licenciatura do Instituto Politécnico de Portalegre. Resultados: Verificou-se que os estudantes dão grande relevância à existência de programas de acolhimento, como Mentorado e da existência da prática de condutas menos próprias como cópias ou plágios. Conclusão: Parece ser prática comum a existência de procedimentos menos éticos, devendo ser consideradas a aplicação de várias medidas no sentido de mitigar a ocorrência de condutas menos próprias na vida académica.

**PALAVRAS-CHAVE** - Etica - Ensino Superior - Conduta académica

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Graham MA, Monday J, O'Brien K, Steffen S. Cheating at small colleges: an examination of student and faculty attitudes and behaviors. *Journal College Student Development* 1994; 35:255–60.
- ECKSTEIN, M. (2003), Combating academic fraud, fowards a culture of integrity, International Institute for Educational Planing (IIEP) - UNESCO

**RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS**

# A COMPAIXÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA

Isabel Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Português de Oncologia do Porto  
Contacto: isabel3figueiredo@gmail.com

**Introdução:** Os cuidados de enfermagem tiveram na sua origem o “caráter compassivo”, juntamente com outras qualidades e virtudes que Nightingale imprimiu à profissão. Nos nossos dias, no nosso país e no contexto da enfermagem, o tema da compaixão apresenta-se pouco trabalhado, suscitando dúvidas quanto à sua concetualização.

Este estudo tem como objetivo principal contribuir para a análise do conceito de compaixão inerente à prática profissional dos enfermeiros, através da exploração deste conceito no âmbito dos cuidados em pediatria.

**Metodologia:** As questões centrais do presente estudo foram: qual é, para os enfermeiros, o lugar da compaixão nos cuidados de enfermagem à criança e sua família? Como a definem? Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, orientado, em grande parte, pelo método de análise concetual proposto por Walker e Avant (2005). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a nove enfermeiros, que prestam cuidados a crianças e suas famílias, no contexto de pediatria. A análise de dados foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin.

**Resultados:** Da análise e discussão dos resultados salienta-se que o conceito de compaixão está alicerçado em três antecedentes: intrínseco ao “ser” de cada um, estar atento ao outro, reconhecer o sofrimento. Emergiram os seguintes atributos do conceito: faz parte do “ser bom enfermeiro” (acompanha a técnica, é dever ético e atribui qualidade aos cuidados), benevolência, fazer algo pelo outro (nomeadamente, aliviar o sofrimento, ajudar, dar apoio), estar com o outro (através da presença, da comunicação e estabelecendo uma relação), empatia, transmitir esperança, respeito e não fazer juízos de valor. Como consequências do conceito surgiram a satisfação dos intervenientes e o bom ambiente de trabalho. Segundo as opiniões dos participantes a compaixão é difícil de definir, é diferente de outros conceitos, pode desenvolver-se e tem limites.

**Conclusão:** Os resultados deste estudo representam um contributo importante para o conhecimento e compreensão do conceito de compaixão nos cuidados de enfermagem à criança e sua família, uma compreensão efetiva da sua relevância e pertinência no contexto de uma prática de cuidados humanizados e reforça, ainda, a necessidade de dar continuidade à investigação sobre esta temática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Compaixão, Enfermagem Pediátrica, Conceito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARMSTRONG, Karen – Twelve Steps to a Compassionate Life. 1st ed. New York: Alfred A. Knopf, 2011. ISBN 978-0-307-59559-1.
- WALKER, Lorraine; AVANT, Kay – Strategies for theory construction in nursing. 4th ed. New York: Pearson Prentice Hall, 2005.



# UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS

Margarida Carvalho<sup>1</sup>, Ernestina Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Tondela---Viseu, EPE

<sup>2</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV, CI&DETS

Contacto: margaridamlcarvalho@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos em Neonatologia emergem como uma filosofia do cuidar centrada na prevenção e alívio da dor física e sofrimento do recém---nascido e no alívio do sofrimento existencial da sua família (Catlin and Carter, 2002). Ainda que antecipar a morte em crianças em idade neonatal com prognóstico Incerto seja um desafio na nossa sociedade e cultura, esta é uma exigência fundamental na medida e que a vulnerabilidade apela para o dever de cuidar (Branquinho, 2011).

Sendo um tema pouco discutido, acreditamos poder fornecer alguns subsídios a reflexão sobre esta temática tão pertinente da Neonatologia.

**Participantes e Método:** Desenvolvemos um estudo exploratório---descritivo de natureza qualitativa numa amostra intencional constituída por 20 profissionais de saúde (11 Enfermeiros e 9 Médicos Pediatras), numa unidade neonatal da região centro do país. A análise dos dados realizou---se recorrendo à análise de conteúdo de acordo com Bardin (1977, 2009) e Amado (2000).

**Resultados:** Da análise efectuada ressaltou a valoração da importância dos cuidados a prestar aos recém---nascidos e sua família. Constatámos dificuldades relacionais, comunicacionais e éticas vivenciadas pela equipa de saúde num contexto de deficit de diálogo interdisciplinar e de ausência de consensos/uniformização de procedimentos. Emergiram sentimentos/emoções negativos, subentendendo---se o desconforto e a impreparação com que a equipa de saúde se debate numa unidade neonatal.

**Conclusões:** Invocamos a necessidade de progredir de forma mais eficaz nesta área do Cuidar. Propomos a realização de estudos similares noutras unidades neonatais a fim de saber se semelhantes resultados serão obtidos e ainda a realização de estudos neste âmbito que reflectam a perspectiva dos pais/famílias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos Neonatais, Recém---nascidos Unidades Neonatais, Vivência dos profissionais de saúde

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Branquinho, J. C. M. (2011). Da vulnerabilidade do recém---nascido aos cuidados paliativos neonatais. *Revista Portuguesa de Bioética*, Ano XIX/56 (14), 161---172.
- Catlin, A.; Carter, B. (2002). Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. *Journal of Perinatology*, 22 (3), 184-195.

# IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PARAGEM CÁRDIO-RESPIRATÓRIA EM SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Amélia Oliveira<sup>1</sup>, Ândrea Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> INEM – Ambulância de suporte Imediato de Vida de Pombal  
Contacto: amelia.s.oliveira@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** Atualmente dispomos de meios de socorro diferenciados que permitem a implementação de manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV) ainda no local onde ocorre a situação de paragem cárdio-respiratória (PCR), revelando-se uma mais valia pela sua rapidez, uma vez que as hipóteses de sobrevivência para a pessoa em PCR dependem do tempo de intervenção. Nestas situações, os enfermeiros das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) enfrentam frequentemente dilemas éticos e, por esta razão, desenvolvemos este trabalho com o objetivo de refletir sobre os conflitos entre os aspetos éticos e legais, relacionados com a aplicação do Protocolo SIV de PCR, tendo por base a revisão da literatura e legislação existentes e a reflexão sobre o nosso trabalho neste contexto. Estado da Arte: A Lei nº 141/99 de 28 de Agosto, que estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte refere que é competência de um médico. Este imperativo legal obriga a que os enfermeiros a trabalhar nas ambulâncias SIV, quando se encontram perante situações de PCR, tenham que iniciar manobras de reanimação cárdio-pulmonar com procedimentos de SAV e aguardar a chegada da Viatura Médica de Emergência e Reanimação ou proceder ao transporte para uma unidade de saúde. Novas perspetivas/diretrizes: O compromisso social da Enfermagem é prestar cuidados à pessoa ao longo do ciclo vital. O que acontece com frequência é que nos preocupamos demasiado com a vida e esquecemos que na morte também deve haver a mesma dignidade. No contexto SIV, o enfermeiro vê-se confrontado com a obrigatoriedade de iniciar reanimação, mesmo sabendo que a PCR é irrecuperável, significando um investimento desnecessário e uma violação do direito de morrer com dignidade. Implicações teóricas e práticas: A Ética assenta no pressuposto do valor fundamental da vida humana, no entanto, deve evitar-se a obstinação terapêutica e a reanimação não deve ser iniciada nos casos em que esse procedimento se revele fútil. Podemos concluir que os progressos da ciência na área da saúde não têm sido acompanhados por uma adequada atualização da legislação baseada nos princípios éticos universalmente estabelecidos.

**PALAVRAS-CHAVE** - Enfermagem; Emergência; Ética; Morte

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lei nº 141/99 de 28 de Agosto (1999). Diário da República n.º 201, 1ª Série - A. Assembleia da República. Acedido em 8, Março, 2014 em <http://www.dre.pt/pdf1s/1999/08/201A00/59555955.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida. Departamento de Formação em Emergência Médica, 2ª Ed.

# SATISFAÇÃO COM A VIDA: ESTUDO EM IDOSOS COM APOIO DOMICILIÁRIO

Rosa Martins<sup>1</sup>, Preciosa Santos<sup>1</sup>, Ana Andrade<sup>1</sup>, Helena Moreira<sup>1</sup>, Susana Baptista<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu  
Contactos: rmartins.viseu@gmail.com

## RESUMO

**Enquadramento:** Nos últimos anos, tem-se verificado uma preocupação social em manter os idosos em casa, surgindo como resposta, o serviço de apoio domiciliário numa tentativa de evitar a institucionalização. Este serviço pretende, em conjunto com a família - quando esta existe, que os idosos se mantenham no seu lar e se sintam mais felizes e satisfeitos com a vida. A satisfação com a vida é um constructo que corresponde a um desejo comum em qualquer fase da vida, incluindo a velhice, sendo contudo influenciado por diversas variáveis pessoais, sociais e psicológicas.

**Objetivos:** Identificar a satisfação com a vida em Idosos com apoio Domiciliário e sua relação com variáveis sociodemográficas e psicossociais.

**Métodos:** O modelo de investigação adoptado, é do tipo quantitativo, não experimental, descritivo, correlacional, retrospectivo e transversal. Participaram no estudo 63 idosos. O instrumento de colheita de dados utilizado integra as secções: Fatores Pessoais, Fatores Situacionais, Escala de Avaliação da Funcionalidade Familiar, escala de Investimento na vida Pessoal e a Escala para Medida da Satisfação com a Vida.

**Resultados:** A população estudada é maioritariamente feminina, com idades superiores a 70 anos e predominante casada. São pessoas pouco alfabetizadas (4ª classe mais comum), reformadas por limite de idade, possuindo poucos recursos económicos. Beneficiam do serviço de apoio domiciliário em média entre 1 a 8 horas semanais, e a perceção que têm sobre as ajudas em situação de emergência, doença e/ou financeiras é muito positiva. A maioria percebe ainda famílias com moderada disfunção e entendem ter tido um investimento pessoal entre moderado/elevado. Os resultados da escala de medida da satisfação com a vida revelam que a maioria dos Idosos está pouco ou moderadamente satisfeita com a vida, porém não se obtiveram correlações estatísticas significativas entre esta e as variáveis sócio-demográficas e psicossociais.

**PALAVRAS-CHAVE** - Idosos, Apoio domiciliário, satisfação com a vida

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- TONARELLI, Lorena (2010). Life satisfaction in older people: fostering happiness and contentment with life in elderly. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 36, n. 3.
- MARTINS, Rosa Maria Lopes (2006). Envelhecimento e políticas sociais: o idoso na sociedade contemporânea. *Millenium*, 32, 126-140.

# NECESSIDADE PREMENTE DE ALUNOS MORALMENTE EDUCADOS

Anabela Guedes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ESTGL

Contacto: aguedes@estgl.ipv.pt

## RESUMO

Algumas ocorrências que espelham comportamentos altamente questionáveis, de um ponto de vista ético, de indivíduos com elevados níveis de escolaridade, desempenhando cargos de alta responsabilidade corporativa, despoletaram a nossa atenção na medida em que questionam os valores que os estabelecimentos de ensino veiculam e incrustam nos jovens de hoje que serão os líderes, decisores e gestores do amanhã. É neste contexto que, para nós, o tema da fraude académica assume particular relevância, sendo diversos os estudiosos e organizações de ensino superior que se têm preocupado em aferir e divulgar o fenómeno. O nosso trabalho parte de uma afirmação de Madinier, quando este refere que: “As minhas acções não são indiferentes. Impõe-se-lhes uma regra (...) Não devo cometer uma fraude neste exame. Mas se me é útil? Não importa é proibido! Mas ninguém o saberá. Não importa à mesma, é injusto e desleal, e se o fizesse, no fundo de mim mesmo censurar-me-ia e teria vergonha.” (Madinier, 1998). Partindo desta afirmação, o presente artigo tem como objectivo principal o de demonstrar que a ética não se resume a um sistema de regras curtas e simples, como, por exemplo: “Não copies”. Assim, é nosso propósito relacionar os conceitos que a citação inicial agrega, nomeadamente os de ética, consciência moral, dever, liberdade e responsabilidade. Defendemos, neste trabalho, que é fundamental compreender o papel da educação formal na estruturação de uma ética pessoal, enquanto factor que antecede e influencia a conduta moral no contexto profissional futuro. Fundamentaremos a nossa posição à luz da corrente clássica da filosofia moral de Immanuel Kant e apresentaremos a nossa proposta de aluno moralmente educado à luz da teoria do desenvolvimento moral de Lawrence Kohlberg.

**PALAVRAS-CHAVE (4 palavras max)** - ética, fraude, consciência, educação moral

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (DUAS REFERÊNCIAS DE SUPORTE)

KANT, Immanuel (1994) - *Crítica da Razão Prática*. Trad, de Artur Morão. Lisboa: Edições 70.

KANT, Immanuel (1997) - *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Trad, de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70.

KOHLBERG, Lawrence (1984) - *Essays on moral development*. Vol. 1: *The philosophy of moral development: The nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper & Row.

# INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ALÍVIO DO SOFRIMENTO NA DOENÇA CRÓNICA: REVISÃO DA LITERATURA

Susana Batista<sup>1</sup>, Rosa Martins<sup>2</sup>

<sup>1</sup>. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/ Universidade do Porto, supais@hotmail.com

<sup>2</sup>. Escola Superior de Saúde de Viseu

Contacto: supais@hotmail.com

**Introdução:** De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, as doenças crónicas são a maior causa de morte e morbilidade no mundo, representando 63% de todas as mortes. (WHO, 2013) Estima-se que até ao ano de 2050, o número de idosos irá quadruplicar, tal como a necessidade de prestação de cuidados a longo prazo. Podemos prever assim uma maior afluência de população idosa aos hospitais portugueses portadores de doença crónica, o que nos traz novos desafios. No contexto de doença crónica, parece-nos consensual afirmar que o sofrimento é uma realidade vivida e compete ao enfermeiro facilitar a adaptação do doente e família à nova condição. Assim sendo, temos como objetivo conhecer os resultados dos estudos que foram produzidos nos últimos 8 anos sobre a temática do sofrimento e a ajuda prestada pelos Enfermeiros.

**Material e métodos:** Para a concretização do nosso objetivo efetuámos uma revisão da literatura em bases dados referenciais. Os artigos foram analisados tendo em conta os objetivos, participantes, momentos de recolha de dados, instrumentos utilizados, resultados obtidos considerando as variáveis que possam integrar a vivência do sofrimento na doença crónica.

**Resultados:** Observou-se no que se reporta ao sofrimento na doença crónica, uma produção limitada, tendo sido analisados 11 artigos de periódicos e dissertações de mestrado em língua portuguesa 5 artigos de periódicos internacionais em língua inglesa. As metodologias utilizadas são do tipo qualitativo e quantitativo.

**Conclusões:** Os resultados dos estudos incluídos abordam a temática do sofrimento em várias perspetivas: sofrimento físico relacionado com a dimensão biológica da doença; sofrimento psicológico que se confronta com as possibilidades de cura; sofrimento sócio relacional manifestado essencialmente pela ausência de apoio familiar/social, problemas económicos e solidão; sofrimento existencial com a procura de sentido de vida, espiritualidade e prática religiosa; experiências positivas de sofrimento; estratégias de adaptação e expectativas futuras. Mostram ainda que a ajuda dos Enfermeiros é fundamental uma vez que a doença crónica implica mudança de estilo de vida que pode conduzir a uma luta interior silenciosa. É necessário que a intervenção de enfermagem vá ao encontro das necessidades espirituais de modo a facilitar a procura de equilíbrio e significado de experiências de vida, no entanto é identificada falta de investimento nesta área. É também salientada a necessidade de cuidar com compaixão e de integrar os cuidados paliativos no cuidado ao idoso com doença crónica com vista na melhoria da sua qualidade de vida. Em conclusão, torna-se fundamental para a prática de enfermagem a compreensão desta problemática uma vez que pode permitir potenciar ganhos em saúde, garantindo à pessoa com doença crónica um processo de transição saudável.

**Palavras-chave:** “suffering”; “nursing care”; “chronic disease”

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Gaudêncio, M. d., Melo, M., Veríssimo, N., & Silva, R. (2010). *Artigos Publicados na Imprensa Regional/ O Desafio das Doenças Crónicas*. Retrieved from Ordem dos Enfermeiros:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/ODEsafiodasDoen%C3%A7asCronicas.aspx>

- Akter Khanam, M., Kim Streatfield, P., Nahar Kabir, Z., Qiu, C., Cornelius, C., & Wahlin, Å. (2011). Prevalence and Patterns of Multimorbidity among Elderly People in Rural Bangladesh: A Cross-sectional Study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(4), pp. 406-414.
- APED. (2011). *A APED - Declaração de Montreal*. Retrieved 09 22, 2011, from Associação Portuguesa para o Estudo da Dor: <http://www.aped-dor.com>
- Baptista, M. G. (2011). ACEITAÇÃO DA DOENÇA CRÓNICA: um estudo no adulto em tratamento de hemodialise. *Dissertação de Doutoramento em Biomedicina*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Cassel, E. J. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *The New England Journal of Medicine*, pp. 306:639-645.
- Chaves, E. d., Carvalho, E. C., Terra, F. d., & Souza, L. (2010). Validação clínica de espiritualidade prejudicada em pacientes com doença renal crônica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p. 18(3):[09 telas.
- Cingel, M. (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics*, pp. 18(5) 672–685.
- Fernandes, R. D. (2009). Vivências de Pessoas com Esclerose Múltipla. *Dissertação de Mestrado em Saúde Pública*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Morins, G. J. (2009). Sofrimento e Qualidade de Vida em Doentes com Cancro no HDES, EPE. *Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa.
- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanism in chronically ill patients. *British Journal of Nursing*, 11(22), pp. 1461-1470.
- Nathan, E., Goldstein, M., & R. Sean Morrison, M. (2005). The Intersection Between Geriatrics and Palliative Care: A Call for a New Research Agenda. *Journal of the American Geriatrics Society*, pp. 53:1593–1598.
- Neves, C. J., Pavin, E. M., & Lannebere, M. N. (2000). *Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência.
- Paulo, J. M. (2006). *As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Péres, D. S., Santos, M. A., Zanetti, M., & Ferronato, A. A. (2007, novembro-dezembro). DIFICULDADES DOS PACIENTES DIABÉTICOS PARA O CONTROLE DA DOENÇA: SENTIMENTOS E COMPORTAMENTOS. *Rev Latino-am Enfermagem*, p. 15(6).
- Ribeiro, P. C. (2008). A Espiritualidade no Doente Crónico como uma Estratégia de Coping: Narrativa de uma História de Vida. *Referência*, pp. 21-31.
- Santos, F. S. (2009). Para Além da Dor Física - Trabalhando com a Dor Total. In F. S. Santos, *Cuidados Paliativos - Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer* (pp. 411-426). São Paulo: Atheneu.

- Simões, P. J. (2007). *“ISTO É MESMO UMA QUESTÃO DE VIDA OU DE MORTE!”: PREOCUPAÇÕES EXISTENCIAIS NO DOENTE ONCOLÓGICO*. Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Sobral, H. N. (2006). Experiências Subjetivas de Sofrimento em Doentes Oncológicos: Perceção da Doença e Religiosidade. *Interações*, pp. 11. pp. 147-162.
- Spadacio, C., & Barros, N. F. (2009). Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas\*. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, pp. v.13, n.30, p.45-52,.
- Strohbecker, B., Eisenmann, Y., Galushko, M., Montag, T., & Voltz, R. (2011). Palliative care needs of chronically ill nursing home residents in Germany: focusing on living, not dying. *International Journal of Palliative Nursing*, pp. Vol 17, No 1.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climempsi.
- WHO. (2013). Facts related to chronic diseases. *Início > Enciclopédia da Saúde > Ministério da Saúde > Doenças > Doenças Crónicas - O que são doenças crónicas?* Retrieved from Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm>
- WHO. (2011). *Health topics - Chronic diseases*. Retrieved Set 27, 2011, from World Health Organization: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)
- WHO. (2013). *Health topics - Chronic diseases*. Retrieved Set 27, 2011, from World Health Organization: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)
- World Health Organization. (2013). *World Health Organization*. Retrieved Março 25, 2014, from 10 facts on noncommunicable diseases: [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/)
- Wright, L. (2008). Softening Suffering Through Spiritual Care Practices: One Possibility for Healing Families. *Journal of Family Nursing*, 14, pp. 394-411. Retrieved from <http://jfn.sagepub.com/content/14/4/394>

**RESUMOS DOS POSTERS**



## A VIA DO PARTO: UMA ESCOLHA OU UMA IMPOSIÇÃO?

Carolina Silva<sup>1</sup>, Celina Soares<sup>1</sup>, Inês Esteves<sup>1</sup>, Jorge Néri<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IPV – Escola Superior de Saúde de Viseu  
Contacto: inesmedanone@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** Muitas mulheres aguardam o parto com ansiedade; afinal, trata-se da concretização de um sonho que envolve um significativo misto de emoções. A escolha da via de parto não deve ser uma imposição do médico, mas um equilíbrio entre o que a gestante deseja e aquilo que efetivamente é melhor para si e para o bebé.

**Objetivos:** Refletir os aspectos éticos relacionados com a tomada de decisão na escolha da via de parto.

**Métodos:** Pesquisa bibliográfica manual/electrónica em livros e artigos relacionados com a via de parto e ética.

**Resultados:** As principais vias do parto são a via vaginal e a cesariana. A via normal é a mais segura e com menos riscos associados, mas alguns mitos que as gestantes possuem como a dor insuportável durante o parto e a irreversibilidade de uma vida sexual boa parecem interferir na escolha desta via. Já a cesariana tem alguns malefícios a curto, médio e longo prazo que necessitam de ser esclarecidos à puérpera desde a 1ª consulta, nomeadamente as complicações anestésicas e risco de hemorragias e infeções.

A possibilidade de limitar o direito de escolha da parturiente pode ser considerada contrária à ética profissional. O médico obstetra não deve pensar nos seus interesses e impor uma via de parto que lhe seja mais favorável economicamente, mas sim respeitar a decisão da mulher e ver o que é melhor para ela e para o bebé.

Uma vez que o momento do parto é principalmente vivido pela parturiente, deve ser esta a ter autonomia para decidir qual a via de parto em que se sente mais confortável.

Assim, o médico deve estimular a livre escolha da paciente informando-a das alternativas que dispõe e dos riscos que corre.

**Conclusão:** A mulher deve ser o centro na decisão da via do parto assegurando, assim, a sua autonomia e direito de escolha. Deve ser portanto, uma decisão livre e consentida e que diminua a ansiedade à mulher, proporcionando um parto mais seguro, confortável e com menos riscos.

**PALAVRAS-CHAVE** - Parto; direito; escolha.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Arminda Pinheiro, Graça Catarino, Lúcia Leite, Carlos Freitas & Rosália Marques (2010). Pelo direito ao Parto Normal - Uma visão partilhada. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.
- Rui Nunes, Guilhermina Rego, Cristina Brandão (2008). Parecer n.º P/12/APB/08 - Sobre o Direito de Escolha da Via de Parto. Associação Portuguesa de Bioética.

## PRINCÍPIOS ÉTICOS DO ACONSELHAMENTO GENÉTICO

Maria Cunha<sup>1</sup>, Carlos Pontinha<sup>1</sup>, Luís Rodrigues<sup>1</sup>, Nuno Miragaia<sup>1</sup>, Sónia Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HSM-ULS Guarda

Contacto: glopescunha@gmail.com

### RESUMO

**Introdução:** O aconselhamento genético permite que a pessoa seja informada e receba orientações sobre probabilidades e riscos de doenças genéticas. Com este trabalho pretende-se apresentar alguns dos desafios éticos desta prática, com importância crescente na área da saúde.

**Estado da Arte:** No aconselhamento genético é fundamental assegurar a proteção dos direitos dos cidadãos. Os princípios éticos que segundo a OMS devem alicerçar o aconselhamento genético são:

Respeito pela pessoa e sua decisão, facultando informação precisa e não tendenciosa (autonomia) Preservação da integridade da pessoa, privacidade e confidencialidade dos dados (não-maleficência); Obrigação de informar familiares com risco genético, e esposos/parceiros do status de portador(não-maleficência); Obrigação de seguimento de afetados/famílias se desejado (autonomia, beneficência).

Novas perspectivas/diretrizes Novas diretrizes apontam para necessidade de aprimorar os limites à utilização da informação genética, assim como para a necessidade dos profissionais irem além da comunicação de resultados de testes preditivos ou de diagnóstico, e ajudarem as famílias a lidar com as consequências clínicas, psicológicas, sociais e económicas da integração dessa informação.

**Implicações teóricas e práticas:** É indiscutível a necessidade de mais formação na área da genética e de harmonizar, de forma efetiva, os resultados do progresso científico (no que concerne à utilização da informação) e os princípios éticos, tendo sempre por base o reconhecimento do valor intrínseco e inquestionável da pessoa humana.

**PALAVRAS-CHAVE** - Ética, Genética, Aconselhamento

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

WHO. Ethics in medical genetics: proposed international guidelines on ethical issues in medical genetics and genetic services. Geneva; 1998.

Guedes, C; Diniz, D. A Ética no Aconselhamento Genético: um Desafio à Educação Médica: Brasília; RBEM, 33 (2) : 247 – 252 ; 2009.

## A ÉTICA DO ENSINO SUPERIOR

Maria Cunha<sup>1</sup>, Carlos Pontinha<sup>1</sup>, Rui Sousa<sup>2</sup>, Iva Coelho<sup>3</sup>

<sup>1</sup> HSM-ULS Guarda

<sup>2</sup> Fresenius Medical Care Viseu

<sup>3</sup> Unidade de Saúde de Sátão

Contacto: glopescunha@gmail.com;

### RESUMO

**Introdução:** As mudanças ocorridas no ensino superior trazem consigo a necessidade de repensar a componente ética na relação ensino-aprendizagem. Pretende-se com este trabalho realçar o papel do professor na construção da nova identidade das instituições de ensino.

**Estado da Arte:** Verifica-se atualmente algum esvaziamento da dimensão humanista no ensino superior. A relação entre ensino/ética resume-se, em muitos casos, à existência de algumas disciplinas de deontologia nos planos curriculares. Neste contexto, o desempenho dos professores é decisivo, sendo chamados a intervir, a repensar o seu profissionalismo, a redefinir a sua responsabilidade na formação dos estudantes. A adoção de posturas consistentes e pautadas por princípios morais e éticos fundamentais pode proporcionar aos estudantes uma visão integrada, que viabilize a sua inserção enquanto pessoa e profissional, e estimular a sua intervenção para mudanças benéficas para a sociedade.

**Novas perspectivas/diretrizes:** Ao professor compete construir condições favoráveis para que a aprendizagem aconteça de maneira totalizadora - científica e ética. Seria útil o desenvolvimento de estudos sobre como os professores promovem o desenvolvimento global dos seus alunos, e se sentem ou não necessidade de uma formação ética que os ajude a desempenhar melhor as suas funções.

**Implicações teóricas e práticas:** O professor deve recorrer às suas capacidades para procurar uma aproximação permanente entre educação e ética, e disseminar valores universais que contribuam para o sucesso e qualidade da formação.

**PALAVRAS-CHAVE** - Ética, Professor, Formação

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Estrela, MT; Marques, J; Alves, FC; Feio, M. Formação ético/deontológica de professores do ensino superior-Subsídios para um debate. Sísifo. Revista Ciências da Educação , 07, 2008 pp. 89-100.

Johann, JR. Educação e ética - em busca de uma aproximação. ediPUCRS. Porto Alegre:2009

# A EUTANÁSIA, UM CASO DE VIDA E MORTE

Ana Mafalda Fonseca<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu  
Contactos: amafalda.fonseca@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** Eutanásia, deriva do grego e significa "boa morte", é definida como a prática pela qual se põe termo à vida de um doente terminal, assistida por um profissional de saúde, com o objectivo de pôr fim à sua dor e sofrimento.

**Objectivos:** Alertar os cidadãos para um tema que é pouco abordado em Portugal, sensibilizando-os para alguns casos e dando a conhecer as diferentes perspectivas.

**Métodos:** Pesquisa em livros e artigos científicos relevantes para a temática.

**Resultados:** Em Portugal, a prática da eutanásia é ilegal. Entre os argumentos contra esta prática estão os mais tradicionais como o do Juramento de Hipócrates, que afirma que a legalização da eutanásia seria uma violação a este julgamento; ou o da perspectiva da Igreja Católica que afirma que esta prática é uma usurpação do direito à vida humana, que foi criada por Deus, e que apenas Deus tem o poder de tirar a vida a alguém.

Por outro lado existem países como a Bélgica e a Holanda onde é legal esta prática. Entre os argumentos a favor, encontramos um que afirma que a eutanásia é uma escolha de modo a evitar a dor e o sofrimento de pessoas que em fase terminal não têm qualquer qualidade de vida. O argumento a favor da eutanásia mais utilizado é o da Morte Digna, que defende que o doente tem direito a dignidade mesmo na sua morte, por isso, se ao invés de passar o resto da sua vida em sofrimento, opta por uma "boa morte" e tranquila, deve ser-lhe assegurado esse direito. O caso que ilustra este argumento é o de Ramon Sampedro, um pescador e escritor espanhol que aos 25 anos ficou tetraplégico, e que lutou durante 29 anos pelo direito à morte assistida, tendo acabado por morrer devido à ingestão de um copo de água com cianeto de potássio, e cujas últimas palavras foram "Viver é um direito, não uma obrigação." O caso mais recente e polémico é o da Bélgica, onde, no passado dia 13 de Fevereiro, ficou aprovada a proposta de estender aos menores a lei, com as devidas adaptações.

**Conclusão:** Mesmo sendo um tema pouco abordado, conclui-se que a sociedade se encontra longe de chegar a um consenso. No entanto é importante, principalmente para os profissionais de saúde, que consciencializem esta realidade.

**PALAVRAS-CHAVE** - Eutanásia, Direito à Vida, Morte Digna

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Cundiff, D. (s.d.). A eutanásia não é a resposta. Instituto Piaget.

Santos, L. F. (s.d.). Ajudas-me a morrer? A morte assistida na cultura ocidental do século XXI. Sextante Editora.

## CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO NO DOENTE PALIATIVO

Andreia Pinto<sup>1</sup>, Áurea Varela<sup>1</sup>, Carlos Aguiar<sup>1</sup>, Clarinda Simões<sup>1</sup>, Dânia Dias<sup>1</sup>, Filipa Marques<sup>1</sup>,  
Filomena Duarte<sup>1</sup>, José Lopes<sup>1</sup>, Liliana Oliveira<sup>1</sup>, Nuno Cova<sup>1</sup>, Susana Marques<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu, 3º CPGCPFV

Contacto: lilianaoliveira21@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** Em cuidados paliativos a conspiração do silêncio é uma situação que ocorre com elevada frequência devido ao medo de confrontar o doente com a informação sobre a realidade da sua situação. A conspiração do silêncio pode definir-se como um acordo tácito ou explícito utilizado pela família, amigos, ou profissionais de saúde, para encobrirem a informação a transmitir ao doente, a fim de ocultar o diagnóstico ou prognóstico, ou a gravidade da situação. Comunicar eficazmente com a pessoa em cuidados paliativos pressupõe especificidades muito próprias que vão ser decisivas para o reajustar das expectativas de vida.

**Objetivos:** Refletir sobre a importância da verdade na transmissão de más notícias; Reconhecer a conspiração do silêncio como uma barreira no confronto com a doença e na esperança de vida realista.

**Material e métodos:** Revisão sistemática da literatura tendo sido consultados dez artigos em bases de dados disponíveis (B-on e Pub Med).

**Resultados:** A verdade é um valor moral e é uma exigência ética dos profissionais de saúde. Esta transmite confiança e permite a tranquilidade e o alívio do sofrimento que advém do desconhecido e da incerteza do futuro. A comunicação da verdade deve obedecer a uma estratégia segundo o Protocolo de Buckman: Preparar o encontro com o recetor das más notícias; Conhecer a perceção que a pessoa tem da sua situação de saúde; Conhecer que a informação deseja a pessoa em relação à sua situação de saúde; Partilhar a informação com a pessoa gradualmente e com um vocabulário acessível; Identificar as emoções vivenciadas pela pessoa e responder de forma empática; Resumir a informação e garantir a sua compreensão. Delinear um plano para os próximos passos a dar.

**Conclusão:** A conspiração do silêncio pressupõe a dificuldade dos profissionais de saúde em transmitirem más notícias ou em assumirem as intensas emoções inerentes. Na maioria das vezes, surge como uma decisão da família em ocultar certas informações ao seu familiar, pedindo aos profissionais para aderirem a esta conspiração. A comunicação em cuidados paliativos tem a sua essência no dizer o que o doente quer, no momento em que quer e ao ritmo que quer. O crescente reconhecimento da importância que assume a comunicação na relação Profissional de Saúde – Doente, leva à necessidade de sensibilização, tomada de consciência e conhecimento efetivo desta componente do tratamento clínico.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Silva, Ernestina; - Reflexão sobre vivência de cuidados paliativos: Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa. - Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – [Consultado em 15 de março de 2014] : Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/21.pdf>.

Neto, Isabel G.; Barbosa, António; (2006) - Manual de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. - Ed. Faculdade de Medicina de Lisboa com patrocínio exclusivo da Fundação Calouste Gulbenkian.

Coelho, Patrícia; Souza, Cláudia; Braga, Clara; Costa, Tânia; - “Um Cheiro de Amor...” – Repositório da Universidade do Porto – [Consultado em 15 de março 2014] : Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13103/4/Um%20cheiro%20de%20amor....pdf>.

Bailea, Walter F.; Buckmanb, Robert; Lenzia, Renato; Globera, Gary; Bealea, Estela A.; Kudelkab, Andrzej P. - SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer – The Oncologist – [Consultado em 15 de março de 2014] : Disponível em <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.long>.

# COMPETÊNCIA DAS MÃES PRIMÍPARAS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO E AO COTO UMBILICAL

Deisa Semedo<sup>1</sup>, Madalena Cunha<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Pública de Cabo Verde

<sup>2</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV

Contacto: madac@iol.pt

## RESUMO

**Introdução:** Os primeiros dias de vida são um período importante para compreender as dificuldades dos pais, dado ser no primeiro mês de vida que estes serão confrontados com a transição efetiva para a parentalidade, e conseqüentemente com as dificuldades associadas(1). Muitos profissionais de saúde consideram que os Pais, necessitam de informação acrescida no que concerne à aprendizagem de práticas do cuidar e ao desenvolvimento de competências parentais (2).

**Objectivo:** Identificar competências maternas das primíparas que frequentam o Centro de Saúde de São Domingos em Cabo Verde nos cuidados ao recém-nascido: cuidados de higiene e conforto e ao coto umbilical.

**Métodos:** Estudo descritivo e transversal autorizado pelo Delegado do Centro de Saúde. Foram aplicados 33 questionários a primíparas.

**Resultados:** Relativamente os cuidados de higiene e conforto 42% das primíparas referem sentir dificuldade em dar banho e 58% referiram não ter nenhuma dificuldade. Dos 42% com dificuldades referiram que as dúvidas estão relacionadas em segurar o bebé (24,2%) e na lavagem do coto umbilical (21,2%). Em relação aos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, 87,9% das inquiridas afirmaram que é preciso ter cuidados especiais ao coto umbilical, e 12,1% das primíparas referem que não são necessários. As principais dificuldades apontadas foram: desinfeção da zona de inserção do cordão umbilical (30,3%), como pegar a compressa/cotonetes (2,1%), segurar o coto umbilical pelo clamp (9,1%) e deixar o coto fora da fralda (6,1%). Quanto à necessidade ou não de enfaixar o coto umbilical após o curativo, 64% das mulheres refere ser necessário enfaixar o coto umbilical após o curativo e 36% responderam que não há necessidade.

**Conclusões:** As mães apresentam algumas dificuldades em relação aos cuidados ao recém-nascido, prevalecendo dúvidas em relação aos cuidados ao coto umbilical. Os resultados mostram que as dificuldades que as puérperas sentem são relativas ao campo de acção dos enfermeiros, alertando para a necessidade de se investir na educação para a saúde, designadamente na vertente do cuidado ao recém-nascido de forma a diminuir a insegurança dos cuidados prestados pelas mães.

**PALAVRAS-CHAVE** - Primípara, Recém-nascido, Cuidados

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Santos R., Cardoso B., Duarte V., Graça C.M., Jorge S., Alexandre J. (2012). Dificuldades dos pais no cuidar do recém-nascido. Medwave, May;12(4). Acedido a 18 de Junho de 2012 e disponível em <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.04.5408>

(2)Silva, A.C.F.C., (2006).Cuidar do recém-nascidoO enfermeiro como promotor das competências parentais. Dissertação Mestrado. Universidade AbertaLisboa. Acedido a 18 de Março 2012,disponível em <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/726/1/LC169>.



# CONDUTA ÉTICA - INTEGRIDADE PROFISSIONAL

Alexia Silva<sup>1</sup>, Andreia Martins<sup>1</sup>, Miguel Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde Viseu  
Contacto: webmailmiguel@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** Quem conhece as questões da Saúde sabe bem que este setor é particularmente sensível à degradação das questões económicas e sociais de um povo. É sensível essencialmente por não poder falhar. Refletindo acerca da conduta ética dos profissionais de saúde, que por um lado se vêm obrigados por parte de decisores a cumprir as metas financeiras que lhes são impostas, sendo pressionados a limitar despesas e avaliados em função disso, por outro são confrontados por clientes sem capacidade financeira e em situações de doença que põem em causa as suas vidas.

**Questão de investigação** Na conjuntura que o país tem atravessado, deparámo-nos com a seguinte questão: Como conseguir uma contenção de esforços financeiros, indispensável à estabilidade económica e ao mesmo tempo manter o atual modelo do serviço nacional de saúde tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos?

**Participantes e métodos** Recorremos à pesquisa bibliográfica para fundamentar a elaboração de um guião de entrevista e realizar um pequeno estudo qualitativo. A amostra é constituída por 3 pessoas nomeadamente, um estudante de enfermagem, um funcionário e um professor da Escola Superior de Saúde Viseu, os quais entrevistámos.

**Resultados:** Da análise das entrevistas, verificámos que os resultados indicam uma preocupação e medo pela sua saúde, unânime em todos os participantes, salientando-se o fato de haver necessidade de um equilíbrio entre o racionalizar, porque este envolve a procura de menores custos, mas sem esquecer fundamentalmente a vida do cliente.

**Discussão/conclusão:** Os nossos resultados são corroborados pelo Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde - 2012, p. 74 em que "A intensificação dos efeitos da crise e conseqüente pressão para a contenção nos gastos produz nos serviços de saúde um clima que pode levar esses mesmos serviços a não oferecerem aos doentes aquilo que melhor convém à sua condição de saúde " sendo assim motivo de preocupação o acesso à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Crise Económica, Gestão Hospitalar, Conduta Ética~

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Portal da Saúde - Os dilemas éticos do sistema de saúde. Acedido em 13 Março, 2014 em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/dilemaseticossaude.htm>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acedido em 13 Março 2014 em <http://www.observaport.org>



# **“CONDUTA ÉTICA: Integridade Académica e Profissional”**

**Comissão de Ética da  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Instituto Politécnico de Viseu**

