



Livro de Resumos/Atas do
5º Seminário de Bioética
“Prioridades em Saúde”

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



Viseu
17 de abril de 2013



Título	<i>Livro de Resumos/Atas do 5º Seminário de Bioética “Prioridades em Saúde”</i>
Autores	Comissão de Ética da ESSV (coord.)
Editor	Escola Superior de Saúde de Viseu
e-mail	seminariodebioetica.essv@gmail.com
ISBN	978-989-98305-0-9
Data da Edição	2013
Local	Viseu

Comissão de Ética:

Prof^ª. Doutora Ernestina Batoca Silva
Prof^ª. Doutora Ana Sofia Carvalho
Enf. José Luís Gomes
Prof^ª. Doutora Rosa Maria Lopes Martins
Prof^ª. Suzana Serrano André

Comissão Científica:

Prof. Doutor Carlos Albuquerque
Prof.^ª Doutora Paula Nelas
Prof. António Madureira Dias
Prof. Amadeu Matos
Prof.^ª Maria Isabel Bica Costa
Prof.^ª Ana Isabel Andrade

ÍNDICE

PREFÁCIO	5
ARTIGOS COMPLETOS	
Maternidade de substituição em casais inférteis e a bioética	9
<i>Daniela Leal, Ernestina Silva, Marisa Chaves, Marlene Cunha, Vera Silva</i>	
Consentimento presumido na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica	17
<i>Ândrea Figueiredo, Amélia Oliveira, Inês Marques</i>	
Tomada de decisão do enfermeiro no transporte secundário da pessoa em situação crítica	22
<i>Ândrea Figueiredo</i>	
Testamento Vital: reflexão sobre as implicações na prática!	28
<i>Ândrea Figueiredo, Amélia Oliveira, Inês Marques</i>	
Cyberbullying e tomada de decisão	38
<i>Cristina Coutinho, Rita Seara</i>	
Distanásia: que paradigmas	45
<i>Carla Silva, Germana Brunhoso, Helena Fernandes, La Salete Barros, Vera Ferraz, Ernestina Silva</i>	
RESUMOS DAS CONFERÊNCIAS	
Aspetos éticos da alocação dos recursos na saúde: A visão de Daniel Serrão	49
<i>Daniel Serrão</i>	
Prioridades em saúde: O papel das preferências sociais num contexto de escassez de recursos	50
<i>Carlota Quintal</i>	
Aspetos éticos da alocação de recursos na saúde - cuidados de saúde primários	51
<i>José Neves</i>	
Problemática VIH/sida – desafios atuais face à sustentabilidade do serviço nacional de saúde	52
<i>Cristina Sousa</i>	
Visão da Alzheimer Portugal sobre as prioridades em saúde	53
<i>Maria do Rosário Zincke dos Reis</i>	
RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS	
Abusos e maus-tratos em idosos	55
<i>Rosa Martins, Maria João Neto, Lurdes Rodrigues</i>	
Cyberbullying e tomada de decisão	56
<i>Cristina Coutinho, Rita Seara</i>	

Testamento vital: Reflexão sobre as implicações na prática	57
<i>Ândrea Figueiredo, Amélia Oliveira, Inês Marques</i>	
Tomada de decisão do enfermeiro no transporte secundário da pessoa em situação crítica.....	58
<i>Ândrea Figueiredo</i>	
Conhecimento ético-moral em estudantes de enfermagem	59
<i>Madalena Cunha, Maria do Céu Cunha, Teresa Rodrigues, Celso Nunes, Estudantes do 25º CLE da ESSV</i>	

RESUMOS DOS POSTERS

Distanásia - que paradigmas.....	61
<i>Carla Silva, Germana Brunhoso, Helena Fernandes, La Salette Barros, Vera Ferraz, Ernestina Silva</i>	
Interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais: Sim ou não?.....	62
<i>Filomena Nogueira, Ana Rita Prata, Onélia Santos, Ana Sousa, Tânia Vaz, Ernestina Silva, Carlos Gomes</i>	
Embrões excedentários: que destino?.....	63
<i>Carla Santos, Joana Gomes, Patrícia Terras, Sandra Figueiredo, Susana Severino, Ernestina Silva</i>	
Violência doméstica: uma epidemia invisível	64
<i>Ana Filipa Correia, Joana Breia, João Pina, Leticia Santos, Mª João Duarte, Tiago Oliveira</i>	
O “peso” da vacinação.....	65
<i>Carla Nunes, Cristina Morgado, Luís Costa, Madalena Silva, Sónia Amaral, Ernestina Silva</i>	
Testamento vital	66
<i>Ana Cláudia Santos, Ana Gabriela Saraiva, Ana Ribeiro, Liliana Martins, Liliana Rodrigues, Ernestina Silva</i>	
Reanimação em neonatologia – dilemas éticos	67
<i>Ana Barata, Catarina Garcia, Dora Pedrosa, Ernestina Silva</i>	
Diretivas antecipadas de vontade – percepção dos enfermeiros	68
<i>Maria Emília Neves, Ernestina Silva</i>	
Maternidade de substituição em casais inférteis.....	69
<i>Daniela Leal, Marlene Cunha, Marisa Chaves, Vera Silva, Ernestina Silva</i>	
Transfusões sanguíneas em "Testemunhas de Jeová"	70
<i>Ana Coimbra, Beatriz Costa, Diana Oliveira, Joana Oliveira, Manuela Pires, Patrícia Fonseca</i>	
O direito à liberdade	71
<i>Carlos Pontinha, M. Graça Cunha, Bruno Coelho, Arlete Fernandes, Pedro Silva, Sabina Silva</i>	

Consentimento informado	72
<i>Ana Rita Brito, Daisy Simões, João Pinto, Leandro Neves, Nuno Costa, Preciosa Ribeiro</i>	
Reanimar ou não reanimar um recém-nascido na sala de partos? Um dilema ético	73
<i>Pedro Silva, Sabina Silva, Bruno Coelho, Arlete Fernandes, Carlos Pontinha, Graça Cunha</i>	
Transmissão de más notícias	74
<i>Jéssica Amado, Carolina Ferreira, Jéssica Figueiredo, Bruna Lopes, Sónia Almeida</i>	
Eutanásia vs distanásia.....	75
<i>Ana Vieira, Ana Rita Carvalho, Ana Sofia Faro, Delfim Domingues, Rita Granja</i>	
Transplante de órgãos.....	76
<i>Ana Pereira, Daniel Coelho, Maria Granjo, Micael Rodrigues, Pedro Monteiro, Rafael Esteves</i>	
O cuidar culturalmente capaz	77
<i>Filipa Machado, Inês Marques, Rafaela Sanches, Susana Sousa, Marcos Bispo, António Rodrigues</i>	
Adolescência: Contraceção de emergência	78
<i>Joana Silva, Márcio Cardoso, Mariana Silva, Mickael Fonseca, Sabrina Marques, Sofia Orfanidis</i>	
Bioética em procriação medicamente assistida.....	79
<i>Alda Oliveira, Ana Ribeiro, Cláudia Governo, Cláudia Almeida, Davide Oliveira, Diogo Fernandes</i>	
Consentimento presumido na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica	80
<i>Ândrea Figueiredo, Amélia Oliveira, Inês Marques</i>	
Consentimento informado: Qual o papel do enfermeiro?	81
<i>Bruno Coelho, Arlete Fernandes, Pedro Lopes, Sabine Silva, Carlos Pontinha, Graça Cunha</i>	
Aborto na adolescência: Questões éticas da decisão.....	82
<i>Inês Dias, Carolina Bizarro, Catarina Paulo, Cristiana Machado, Daniela Martins, Vânia Cardoso</i>	
Suspeita de maus tratos na criança – Questões éticas.....	83
<i>Anabela Pires, Andrea Leça, Diana Lucena, Manuela Pereira, Ernestina Silva</i>	

PREFÁCIO

A Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (CE- ESSF) é uma estrutura funcional que tem por competências zelar pela observância e promoção dos padrões de ética no âmbito das actividades de ensino e investigação.

No exercício das suas competências, a Comissão de Ética procura promover o respeito pela dignidade e integridade humanas quer nas actividades de ensino e formação quer nas actividades de investigação e divulgação do conhecimento científico, e terá em especial atenção os códigos deontológicos profissionais, bem como as declarações e directrizes internacionais sobre ética e bioética.

Assim e atenta às mudanças civilizacionais e às novas exigências da modernidade, a Comissão de ética de ESSF procura criar espaços de actualização, reflexão e debate, no sentido de interpretar as questões do quotidiano no âmbito da saúde e contribuir para a solução das grandes interrogações/problemas do mundo contemporâneo.

Ora, recentemente assistimos á polémica gerada em torno de um parecer solicitado pelo Ministério da Saúde à Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) em que esta defende que o Ministério da Saúde “pode e deve racionalizar” o acesso a tratamentos mais caros... conduzindo a alargadas discussões e controvérsias sobre prioridades em saúde, que nem sempre se constituíram esclarecedoras e por vezes até difusoras de dúvidas e confusões.

O tema prioridades em saúde encerra em si um conjunto de visões, conceitos e teorias que nunca se esgota, ainda mais na conjuntura político-socio-económica em que Portugal vive actualmente. Não obstante estas prioridades, estão inevitavelmente ligadas a “um cuidar integral” e a ética, a humanização e a responsabilidade, fazem parte desse cuidar integral.

Trata-se com efeito, de matérias muito delicadas e complexas, que exigem tomadas de decisão de carácter político, económico e legal, contudo não podem deixar de ter em conta os valores e princípios éticos prevalentes numa sociedade onde a vida, a justiça e a equidade, devem constituir bens supremos e os mais valiosos, que todos defendemos e aspiramos a viver.

Sabemos, que a sustentabilidade financeira dos recursos à saúde em Portugal está neste momento em causa, na medida em que os seus custos têm crescido muito acima das taxas nominais de crescimento económico constituindo por isso, um problema dos países em geral e não apenas daqueles que enfrentam a tão apregoada crise.

Percebe-se deste modo, a importância de um esforço de racionalização na oferta de recursos, evitando desperdícios e gastos desnecessários através da contenção de custos, da melhoria da eficiência na organização e ainda pela implementação de boas práticas, uma vez que tudo isto se torna absolutamente necessário para continuar a garantir-se o direito à protecção da saúde.

A qualidade de gestão é um imperativo ético que implica portanto decidir sobre necessidades prioritizadas e/ou racionalizadas, devendo contudo existir um juízo colectivo sobre os limites que devem ser impostos aos cuidados de saúde, sempre alavancados no princípio de um bem maior, da solidariedade e do bem comum.

Daniel Sulmasy chama a atenção para a distinção que é preciso fazer entre racionalização e racionamento, uma vez que se trata de dois conceitos diferentes. A racionalização é necessária, no sentido de combater o desperdício. É poupando no que não é necessário e em melhor utilização dos

recursos existentes que se libertam meios. É ético racionalizar e racionar. Mas no caso do racionamento implica existir um juízo colectivo sobre os limites que devem ser impostos aos cuidados de saúde para benefício da sociedade. Neste caso tem que haver justificação num bem maior, no sentido de solidariedade e bem comum.

Assim e partindo das premissas descritas, a CE da ESSV, com a colaboração dos Alunos do 22º curso de licenciatura em Enfermagem, organizou e levou a cabo o V Seminário de Bioética subordinado ao tema “Prioridades em Saúde” que constituiu um duplo desafio: o primeiro, pela escolha e pertinência das temáticas a abordar, dada a vastidão e complexidade que as prioridades em saúde englobam; e o segundo, por considerarmos de extrema importância colocar em diálogo numa mesma dimensão espaço temporal políticos, gestores, profissionais de saúde, estudantes, associações, clientes, etc.

Durante um dia intenso, o seminário foi desenvolvido segundo três eixos.

O primeiro versando a temática central Prioridades em Saúde, que foi abordada e reflectida nas várias perspectivas teóricas, nacionais e internacionais, nas diferentes experiências clínicas, associativas e pessoais.

O segundo incluiu a apresentação do livro intitulado “Manual de Bioética” que visa, segundo o seu autor, «servir o melhor possível a causa da verdade e da vida». Este livro, escrito por um dos maiores especialistas mundiais em bioética, é um precioso contributo para a clarificação das interrogações mais recentes suscitadas nesta área, porque delinea de forma abrangente, perspicaz e equilibrada o campo de actuação desta disciplina e as respostas que ela pode dar nos dias de hoje.

O terceiro constituiu um espaço de oportunidades para uma contínua divulgação e partilha de trabalhos de índole científica no domínio da saúde e da bioética sob a forma de comunicações livres ou posters, promovendo o debate de ideias e momentos de reflexão em prol de uma melhor Saúde e um melhor bem-estar da população.

Este seminário e os anteriores (organizados pela CE da ESSV), têm vindo a congregar múltiplos atores do campo da bioética e da saúde constituindo um instrumento fundamental no desenvolvimento de um saber científico capaz de esclarecer e resolver os problemas morais que surgem na práxis humana.

Trata-se de um evento marcante da agenda da ESSV, em que a comissão de ética vem afirmando o seu estatuto e demonstrando uma notável vitalidade.

É pois com grande satisfação e sentimento de dever cumprido que apresentamos o livro de resumos/atas do V Seminário de Bioética, que decorreu no dia 17 de Abril de 2013, no auditório da ESSV.

Um livro de atas/resumos é um registo de participação alargado, onde se dá nota dos trabalhos apresentados, permitindo-nos aceder aos principais tópicos que foram abordados em cada uma das comunicações, posters ou apresentações. Além disso é um instrumento de trabalho muito útil, porque atesta a maturidade de apresentação, que põe em diálogo diferentes saberes, e potencia uma colaboração indispensável ao desenvolvimento profissional que passa por estabelecer pontes fortes de contacto entre o conhecimento produzido nos meios académicos e a prática profissional.

Desejamos que este documento seja uma referência para encontrar outros parceiros de interesse, no desenvolvimento de trabalhos futuros, porque o crescimento e fortalecimento da Bioética em Enfermagem e na Saúde, faz-se cada vez mais deste cruzamento de referências, desta multiplicação de actividades, do desenvolvimento de um potencial que tem ainda muitos frutos para dar.

Desejamos ainda que se constitua como uma referência para uma maior participação futura, com apresentação de novos estudos, que encontrarão expressão na próxima edição dos nossos Seminários.

Finalmente um profundo agradecimento aos ilustres conferencistas convidados, aos autores das comunicações livres e posters, aos colegas da Comissão de Ética e da Comissão Científica do Seminário, aos estudantes do 22º Curso de Licenciatura pela excelente colaboração na organização e a todos os que de algum modo contribuíram para a concretização deste V Seminário.

ROSA MARIA LOPES MARTINS
Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu

ARTIGOS COMPLETOS

MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO EM CASAIS INFERTES E A BIOÉTICA

Daniela Leal¹, Ernestina Silva², Marisa Chaves¹, Marlene Cunha¹, Vera Silva¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu

RESUMO

Introdução: A maternidade de substituição ocorre quando um casal, frente à impossibilidade absoluta de ter um filho, recorre a outra mulher para gerar uma criança. Esta questão levanta polémica na opinião pública e questões éticas ligadas aos interesses do casal, da mulher que assumiu a maternidade de substituição e por outro lado aos interesses da criança. Este trabalho tem como objectivo reflectir acerca da maternidade de substituição em casais infertéis, enquadrando a temática à luz dos princípios bioéticos.

Estado da Arte: A legislação atual em Portugal não permite a maternidade de substituição, contudo esta situação apresenta-se como um dilema ético, pelo que devem ser refletidas várias questões. Reconhece-se que a mulher está sujeita ao papel de maternidade subalternizando o papel de grávida? Como fica a mulher que deseja ter um filho e que não tem a possibilidade de o gerar dentro de si, recorrendo ao útero de outra mulher, se a gestante de substituição não cumpre a sua palavra e quer ficar com a criança? Como resolver o problema em que a gestante, ainda que inconscientemente, desenvolve laços vincutivos com o bebé que está a crescer dentro do seu útero e como tal também tem o direito de o reivindicar como seu? Supondo que se trata de um gesto altruísta da mulher, como gerir a relação entre a gestante de substituição e o casal? Como encarar a alteração da expressão genética do embrião?

Implicações teóricas e práticas: A maternidade de substituição é um assunto que encerra questões éticas e divergências sociais. Relevamos que nem tudo o que é cientificamente possível é ético e socialmente aceite, pois podem-se perder de vista os limites e ocorrerem situações de injustiça e exclusão.

PALAVRAS-CHAVE: Maternidade substituição; Legislação; Bioética

INTRODUÇÃO

Hoje em dia vive-se uma profunda transformação na estrutura, noção e função da família contemporânea. A família é reconhecida como o núcleo sólido da sociedade, sendo então objecto de preocupação pois, por mais variações que sofra ao longo do tempo, na estrutura, perfil ou modelo, esta sempre foi essencial para a sobrevivência da espécie.

As representações e concepções sociais que cada pessoa tem relativamente ao papel social da maternidade e da mulher têm sido alteradas progressivamente ao longo do tempo. Hoje em dia, grande parte dos casais planeia a formação de uma família tão cuidadosa e meticulosamente como planeiam a sua profissão, a habitação, o investimento financeiro, pesando todos os factores e escolhendo o momento que consideram adequado para a constituir.

Como tal, sempre que há um entrave ou um impedimento a este desejo e planeamento de ter um filho, surge stress no casal. Segundo Leonardo e Nodin (2005), mesmo na sociedade pós-moderna, onde existe uma limitação significativa dos nascimentos pelo uso de métodos anticoncepcionais, a situação de um casal que deseja procriar e que não consegue concretizar esse objectivo é, regra geral, vivenciado de uma forma dramática.

Apesar de existir a possibilidade de adopção, actualmente, esta alternativa não chega para preencher as necessidades dos casais inférteis que desejam formar uma família, seja por estarem inscritos em listas de espera durante anos, seja por não preencherem os requisitos necessários a um processo de adopção, ou mesmo porque não encontraram a criança que idealizaram para si.

Perante esta situação os casais podem tomar diferentes decisões: permanecer sem filhos, esperar por novas técnicas de reprodução medicamente assistidas, recorrer a dadores (de óvulos ou esperma) externos ou a hospedeiras gestacionais a fim de concretizarem os seus desejos de parentalidade.

A maternidade de substituição ocorre quando uma mulher, frente à impossibilidade absoluta de gerar um filho, recorre a outra mulher, como recurso físico para gerar. Com esta prática são desafiados os princípios morais e culturais de uma sociedade, levantando assim questões éticas.

A bioética surge para moderar e equacionar os avanços da medicina e científico-tecnológicos numa tentativa desenfreada de superar as leis da natureza.

Este trabalho teve como objectivo reflectir acerca da maternidade de substituição, enquadrando a temática à luz dos princípios bioéticos, princípio de autonomia, da justiça, da não-maleficência e da beneficência.

MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO

Quando o óvulo é fertilizado fora do corpo da mulher, abre-se a possibilidade de separar a maternidade genética, dada pela conjugação dos gâmetas, da maternidade gestacional. O processo fisiológico seria o mesmo, contudo numa mulher é implantado um embrião gerado com um óvulo de outra. Este processo, no entanto, corresponde a duas situações sociais díspares. Por um lado, a mulher que dá à luz a criança será designada de mãe, tratando-se assim de doação de óvulos. Por outro lado, é designada mãe da criança aquela que fornece os óvulos e idealizou a gravidez, e a gestante serve apenas de veículo para o nascimento da criança. Este último caso, corresponde à maternidade de substituição, popularmente conhecido como “barriga de aluguer”.

As hospedeiras gestacionais são mulheres que disponibilizam o seu útero para o desenvolvimento, durante o período de gestação, de uma criança filha biológica de outras duas pessoas que não ela própria.

A realidade da substituição gestacional poderá surgir da solidariedade, compreensão e tentativa de resolução dos problemas dos casais que não podem ter filhos biológicos e para quem a adopção acaba por ser um processo moroso ou praticamente impossível. Nestes casos, estabelece-se um contrato baseado na confiança mútua e no respeito com uma segunda mulher e o casal pode estar intimamente envolvido em todos os detalhes e pormenores daquele seu futuro filho.

As motivações que levam uma mulher a sujeitar-se a ser hospedeira gestacional passa por altruísmo, interesse económico, compaixão para com aqueles que não conseguem ter filhos. No entanto, o estudo realizado por Aigen (1997) citado por Leonardo e Nodin (2005) relativamente às hospedeiras mostrou que o dinheiro apesar de ser uma importante motivação não é a prioritária, tendo quase todas as participantes no estudo apontado razões emocionais.

Assim, pode-se dizer que a substituição gestacional é experimentada como particularmente feminina, relacionada com o significado da maternidade. Para estas mulheres que cedem o seu corpo para gerar um filho que na prática não será seu, a maternidade de substituição, por envolver o acto de dar algo de si próprio, é um processo muito relevante, uma vez que aquilo que se está a dar tem

um valor único. Logo, este fenómeno não pode ser entendido como uma mera representação. Muitas mulheres decidem tornar-se hospedeiras gestacionais para ajudarem pessoas próximas com problemas de infertilidade, normalmente familiares ou amigos.

Segundo Leonardo e Nodin (2005), estas hospedeiras normalmente são estereotipadas como sendo mulheres de classes sociais baixas, sozinhas, imaturas e materialistas, características que as torna mais vulneráveis a serem exploradas e a “prostituírem-se reprodutivamente” e conseqüentemente a sofrer uma experiência traumática de perda quando têm que dar a criança ao casal. No entanto, no estudo de Aigen (1997) citado por Leonardo e Nodin (2005), já referenciado anteriormente, encontrou mulheres que são felizes com os seus filhos e que gostariam de ajudar outras mulheres que desejam ter filhos também a sê-lo.

Maternidade de substituição e legislação

O grande marco jurídico para discutir a maternidade de substituição foi, na perspectiva de Luna (2002, p.237), na década de 80, com o caso do bebé M, desenrolado nos tribunais dos Estados Unidos e descrito e analisado pelo sócio-biologo Robin Fox. Segundo a mesma autora “foi firmado um contrato através de uma agência de intermediação entre o casal Stern e Mary Beth Whitehead para que fosse inseminada com esperma do Sr. Stern e gerasse um filho que fosse entregue ao casal, o pai assumiria a paternidade e a sua esposa adoptaria o filho do marido [...] por ocasião do nascimento da criança, Mary Beth, mãe genética e gestacional, recusou-se entregar a criança [...]. A decisão em primeira instância em Nova Jersey foi de fazer cumprir o contrato, dar a custódia da criança ao casal Stern e deixar o processo de adopção prosseguir. Em segunda instância a corte suprema de Nova Jersey confirmou os direitos parentais de Mary Beth e do Sr. Stern sobre a criança, cancelou o processo de adopção, concedendo a guarda da criança ao casal Stern e o direito de visita à mãe”.

Ainda de acordo com Luna (2002) nos Estados Unidos, devido à forte tradição federativa, é impossível ter um quadro conjunto, ocorrendo regras mais restritivas ou mais permissivas conforme os diferentes estados. Não há proibição de doação de gâmetas. A remuneração das doações não é explicitamente proibida: alguns estados permitem tanto a compensação financeira da mãe substituta, como a existência de agências intermediárias de substituição comercial.

Mas nem todos os países têm a mesma legislação e a mesma actuação face a este tema. Albuquerque (2008) refere que, na Alemanha, é proibida a dissociação das maternidades genética e gestacional. A doação de óvulos é proibida, enquanto a doação de esperma é aceite em casos de esterilidade do casal. A maternidade de substituição não é legal.

No Brasil, segundo Luna (2002) ainda não há lei aprovada relativamente a este assunto e as práticas são regidas pela Resolução nº1258/92 do Conselho Federal de Medicina que prevê a doação de gâmetas sem carácter comercial, anónima, procurando semelhanças fenotípicas com o receptor. Ainda segundo a autora supracitada, a gestação de substituição é designada por “doação temporária de útero” e é permitida sem carácter comercial. A doadora deverá pertencer à família da “dadora genética” em parentesco até segundo grau. Assim, a maternidade de substituição é admitida somente entre parentes próximos, estando claro que a mulher que idealiza a gravidez deve ser a mãe genética da criança.

Em Espanha, aceita-se a doação não remunerada de gâmetas, porém a lei considera nulo qualquer contrato de substituição e declara a filiação através do parto.

Do mesmo modo se passa em Portugal onde a Lei nº 32/2006, de 26 de Julho de 2006, artigo 8º declara que são nulos os negócios jurídicos, gratuitos ou onerosos, da maternidade de substituição. Este artigo refere ainda que a mulher que suporta uma gravidez de substituição de outrem é havida, para todos os efeitos legais, como a mãe da criança que vier a nascer.

Assim, pode-se constatar que, tradicionalmente, o critério jurídico na determinação da maternidade assenta na premissa do “partus sequitur ventrem”, ou seja, a maternidade é determinada pelo parto da mulher que deu à luz.

A legislação que rege este assunto pode colidir com o princípio da autonomia e justiça. Com o da justiça pois a mulher que deseja ter um filho e que não tem a possibilidade de o gerar dentro de si, vê o seu sonho desmoronar-se, se a gestante de substituição não cumprir a sua palavra e quiser ficar com a criança. Porém, esta gestante pode criar, inconscientemente, laços vinculativos com o bebé que está a crescer dentro do seu útero e como tal também tem o direito de o reivindicar como seu.

A MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO À LUZ DOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

A par com os avanços da tecnologia, biologia e medicina, a sociedade foi sofrendo grandes modificações. Com esta evolução começaram a surgir conflitos éticos, originando a necessidade de aplicar a noção de moralidade, de modo a não causar danos à dignidade humana. Osswald (2001, p.11) refere que é “antigo o argumento de que nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente admissível”.

Surgiu então a disciplina de bioética, que tem como objectivo centrar-se nas questões humanas, na sua essência ética, tanto no âmbito da prática clínica, ou investigação científica, como no âmbito do método próprio, na aplicação de sistemas éticos ou teorias a estruturar.

O conceito de pessoa está presente em todas as questões bioéticas determinando as respostas das mesmas. É por este motivo que uma disciplina da bioética deverá contextualizar os aspectos científicos, culturais, ideológicos, fisiológicos e teológicos em que é utilizada.

O paradigma do Principalismo (que está direccionado para quem trabalha na área da saúde), é constituído pela formulação dos princípios de autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Todos estes princípios interagem de modo a tentar dar resposta a algumas questões éticas, logo não podem ser encaradas separadamente mas sim como um bem integral que trabalha em prol da resolução de dilemas éticos.

A maternidade de substituição é um dos dilemas éticos com que a sociedade actual se depara, uma vez que esta desafia as noções tradicionais de família e de maternidade, pois separa a maternidade biológica nos aspectos genéticos e gestacionais. E, não há dúvida, que é um processo atípico, não só porque a gravidez se desenrola num ambiente estranho como também o novo ser está a ser alimentado com sangue diferente da mãe intencional. No entanto, a informação genética da criança advém do casal que lhe forneceu os gâmetas para a fecundação.

Deste modo, as questões centrais que se põe neste caso são: Quem são então os verdadeiros pais da criança? O que diz a bioética acerca deste assunto?

No caso da maternidade de substituição, estas questões tornam-se ainda mais complexas uma vez que a hospedeira gestacional tem uma relação de nove meses com o feto. Existe, deste modo, uma relação carregada de emoções e de intimidade pelo que serão compreensíveis alguns vínculos afectivos e emocionais que surjam nas hospedeiras gestacionais.

Considerando a posição do casal, compreende-se a vontade e o desejo de terem filhos. Hoje em dia um casal com hipofertilidade tem várias opções de tratamento, no entanto, quando todas as hipóteses se esgotam e o desejo se mantém recorrem a todas as possibilidades, mesmo aquelas que podem ser “eticamente questionáveis”.

Desta forma, e do ponto de vista ético, inúmeras questões permanecem sem resposta. E muitas destas respostas variam consoante a forma de estar e de olhar para o mundo que influencia a forma como se vê a maternidade de substituição, ou seja, a análise desta temática está relacionada com os princípios morais, culturais e religiosos de cada pessoa, que podem ser a favor ou contra.

Perante tudo isto, torna-se assim pertinente fazer uma reflexão acerca dos princípios bioéticos relacionando-os com os dilemas e divergências que a maternidade de substituição levanta.

Princípio de autonomia

Segundo Serrão e Nunes (1998) este princípio refere-se ao direito de cada pessoa ao seu “auto-governo”. Pode ser encarado como o exercício da liberdade da pessoa enquanto agente social, sendo as decisões individuais, um bem essencial. É o oposto do paternalismo que diz que “eu sei o que é melhor para ti”.

Na prática, o princípio da autonomia implica promover, tanto quanto possível, comportamentos competentes por parte dos indivíduos, informando-os convenientemente e assegurando a correcta compreensão da informação fornecida e a livre decisão.

Segundo Beauchamp e Childress (2002, p.139) “a autonomia é, em grande medida, uma questão de ter a capacidade de controlar ponderadamente e se identificar com os desejos ou preferências básicas (de primeira ordem) de uma pessoa por meio de desejos ou preferências de nível superior (de segunda ordem)”. Segundo esta concepção o autor supracitado refere ainda que uma pessoa autónoma é aquela que tem a capacidade de aceitar racionalmente, identificar-se com ou de repudiar um desejo ou preferência de ordem inferior independentemente de qualquer manipulação dos seus desejos. Esta aceitação ou esse repúdio de desejos no nível superior (a capacidade de mudar a estrutura de preferências) constituem a autonomia.

Este princípio regula as instâncias éticas expressas pela pessoa tendo em conta a sua dignidade. Defende que esta é livre de agir conforme os seus valores, prioridades, desejos e crenças próprias. Para uma pessoa agir livremente e em consciência necessita de estar devidamente esclarecida, ou seja, para a tomada de decisão é necessário o consentimento informado.

Na suposição de que a maternidade de substituição no contexto nacional seria aceite legalmente, o casal e a gestante de substituição têm que tomar consciência de todas as consequências que esta decisão acarreta, entre eles problemas morais e psicológicos, de modo a tomar uma decisão consciente e esclarecida.

Uma mulher que se dispõe a ceder o seu útero para gerar um filho que na prática não irá ser seu, fá-lo de livre vontade estando ciente das consequências e riscos do seu acto. Como ser autónomo, a gestante de substituição, é livre de utilizar o seu corpo da forma que quiser.

Ao decidirem partir para esta opção, normalmente estabelece-se um “contrato” entre o casal e a mulher que “cede” o seu útero.

O contrato oneroso traduzir-se-ia na “coisificação” da criança, pois o dinheiro será, afinal o preço do bebé. Numa posição contrária pode entender-se que o dinheiro paga apenas um serviço pessoal, o

de gestação, e ainda pode traduzir na renúncia da gestante de substituição ao seu estatuto de mãe. Segundo Oliveira (1993) o acordo pago traduzir-se-ia numa degradação da pessoa enquanto criança e enquanto mãe, o que vai contra a dignidade humana.

Se se optasse por acordo gratuito, desapareceria o aspecto mais constrangedor, o pagamento, tornando esta prática moralmente mais aceite, pois não se dá um preço ao bebé e exercer-se-ia o direito constitucional de construir família, em que os casais inférteis deveriam poder recorrer aos meios existentes, o que não significa que todos esses meios sejam viáveis.

No entanto, segundo Rodrigues (2008) moralmente, não poderia ser considerado um contrato mas sim um pacto de confiança que é depositado entre as partes em que a gestante se comprometeria a entregar a outra pessoa o fruto desta gestação, sem receber nada em troca, por puro altruísmo.

Princípio de justiça

Segundo Serrão e Nunes (1998), o princípio da justiça pode referir-se à justa distribuição de recursos na sociedade. “O seu domínio inclui políticas que repartem diversos benefícios e encargos, como propriedades, recursos, taxas, privilégios e oportunidades. Várias instituições públicas e privadas estão envolvidas, incluindo o governo e o sistema de assistência à saúde” (Beauchamp e Childress, 2002, p.352).

Este princípio está intimamente relacionado com o conceito de imparcialidade, na medida em que cada pessoa deverá ter acesso aos cuidados de saúde adequados e a uma distribuição igualitária dos recursos disponíveis. Adicionalmente, o princípio da justiça estabelece princípios éticos em relação à autonomia do indivíduo, isto é, os seus limites serão determinados pelo respeito à dignidade e liberdade do próximo ou da colectividade. Isto significa que, uma decisão ou acto pessoal, mesmo sendo autónomo, não deve causar prejuízo ou dano a outros ou à saúde pública.

Analisando a maternidade de substituição à luz deste princípio existem vários aspectos que devem ser alvo de reflexão.

A pessoa, só por ser pessoa, tem dignidade e não tem preço como têm as “coisas”, ressaltando que essa dignidade deverá sempre ser encarada como um fim em si mesmo e nunca como um instrumento ao serviço de fins que lhe são alheios, além de que, essa dignidade é intrínseca à pessoa não se adquirindo gradualmente ou com o passar do tempo, pois a sua existência é plena.

Para as correntes que são contra a maternidade de substituição, o pagamento à hospedeira, aquando da gravidez, é uma forma de comprar e vender bebés, é um acto socialmente indesejável pois as hospedeiras gestacionais são normalmente mulheres pobres que se prestam a este “contrato” por dinheiro. Para os que são a favor é apenas o pagamento pelos serviços prestados por uma mulher que se dispôs a parir uma criança que irá ser criada por outras pessoas, uma vez que estas mulheres são adultas e livres de fazer com o seu corpo o que entenderem.

No entanto, não se pode fazer uma abordagem tão pragmática. Na maioria dos casos estas hospedeiras têm, de facto, maiores carências económicas do que o casal que lhe paga por aquele serviço e, caso o “contrato” não seja cumprido e seja necessária a intervenção judicial, por norma estes casais têm mais poder económico e social podendo sair beneficiados. Com esta análise, pretende-se fazer uma generalização, pois sabe-se que a nível nacional qualquer tipo de contrato deste género não tem validade e a guarda da criança é sempre da mulher que a pare, independentemente do seu estrato social ou condição socioeconómica.

Princípio da beneficência e princípio de não-maleficência

O princípio da beneficência regula as instâncias éticas típicas da actuação do profissional de saúde, cujos fins são substancialmente hipocráticos e, cuja intencionalidade constitui a estrutura da deontologia profissional. De acordo com alguns autores nomeadamente Beauchamp e Childress (2002), o princípio da beneficência inclui o de não-maleficência, ou seja, para além de promover positivamente o bem, existe a obrigação de evitar e remover o mal.

O princípio de não-maleficência significa literalmente não causar dano a uma pessoa, princípio esse que se refere a males não morais e sobretudo a males corporais. O acto de causar qualquer um destes males ou danos a alguém não é, em princípio lícito. Contudo, poderá sê-lo se existir uma razão justificativa. A problemática do princípio de não-maleficência centra-se pois, na avaliação das razões justificativas dos males causados a terceiros. Os dois princípios supracitados estão intimamente ligados devendo por essa razão ser ponderados conjuntamente.

A maternidade de substituição pode interligar-se ao princípio da beneficência pelo facto de que, a mulher que se dispõe a gerar, no seu útero, uma criança que não vai ser sua, independentemente de ter recompensas financeiras ou não, está a fazer o bem a outra pessoa. A realidade de substituição gestacional segundo Leonardo e Nodin (2005) surge da solidariedade, compreensão e tentativa de resolução do problema de casais que não podem ter filhos biológicos. Nestes casos, e através do estabelecimento de um contrato baseado na confiança mútua e no respeito com uma segunda mulher (hospedeira gestacional), o casal pode estar intimamente envolvido em todos os detalhes daquele seu futuro filho.

A gestante de substituição que se oferece para gerar dentro de si um ser que posteriormente irá ser criado por outro casal, normalmente fá-lo para familiares ou amigos próximos que sejam inférteis. Deste modo pode-se dizer que se regem pelo princípio da beneficência e da não-maleficência, ou seja, promovem o bem a outra pessoa/casal e evitam o mal que a situação de infertilidade traz ao mesmo.

O princípio da não-maleficência aplica-se por sua vez na questão de não respeitar a futura criança, os seus direitos e interesses. Prende-se também com os problemas e obstáculos psicológicos que estão inerentes e poderão advir da realidade de gerar um filho que não será educado e criado pela gestante de substituição e o mesmo acontece na situação oposta, criar um filho que não foi gerado pela mãe intencional. Além disso, há que considerar os aspectos sociais envolvidos, pois quer a criança, quer os adultos, poderão ser alvo de preconceito e, possivelmente, até de exclusão social.

Conclui-se também que não existe direito ao filho, como se de um instrumento se tratasse, o que existe são os direitos do filho. Logo, a dignidade da pessoa humana é violada quando o filho deixa de ser o fim em si mesmo e se torna um instrumento através da prática da maternidade de substituição que se sobrepõe ao bem daquele que vai nascer.

É inato à gestação a criação de laços afectivos entre a mulher e o bebé que cresce dentro do seu útero. Esses laços são abruptamente quebrados com o nascimento na prática da maternidade de substituição. O filho é instrumentalizado porque ao seu bem se sobrepõe a pretensão dos envolvidos nessa prática.

Existe também a instrumentalização da mãe substituta, pois o seu corpo é utilizado somente como veículo para gerar a criança, desmerecendo o vínculo que inevitavelmente se desenvolve entre a gestante e o feto durante nove meses.

IMPLICAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS

O aparecimento de novos fenómenos biomédicos requer sempre uma abertura social, necessária a uma formação e transformação de atitudes e representações existentes numa sociedade. O diagnóstico de como se percebe e reage face ao processo de maternidade de substituição pode, nesse sentido, contribuir para a sensibilização relativamente à necessidade de evoluir para modelos de sociedade baseados em direitos de cidadania.

Embora o avanço da tecnologia tenha trazido grandes vantagens para a solução de alguns problemas da humanidade, especialmente no âmbito da reprodução, verifica-se que essas possibilidades trouxeram também alguns interesses duvidosos, causando risco para a utilização das técnicas de reprodução medicamente assistidas assim como ressaltado o binómio poder e dominação, no caso da maternidade de substituição.

Nem tudo o que é cientificamente possível é ético e socialmente aceite, tendo em vista que, se podem perder de vista os limites éticos podendo-se chegar a situações de injustiça e exclusão.

A maternidade de substituição é um assunto que suscita muita polémica e muitas divergências sociais. Com este trabalho pretendeu-se analisar a problemática de uma forma isenta e crítica, tendo em conta a perspectiva das pessoas envolvidas. No nosso país esta prática não é legal o que não quer dizer que não se faça e nós, como profissionais de saúde na área da saúde materna, temos que estar despertos para esta realidade a fim de encaminhar da melhor forma as pessoas que chegam até nós com intenção de partir para este método de procriação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Osswald, W. (2001). Progresso da ciência, sentido e limites. Em: Archer, L. ; Biscaia, J.; Osswald, W.; Renaud, M, Novos desafios à bioética. Porto: Porto editora.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2002). Princípios de ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola.
- Cameira, S. et al (2000). Desejo de um filho. Adas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. [versão electrónica] p. 771-777. Acedido a 10, março, 2013, em: <http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/desejo%20de%20um%20filho.pdf>
- Decreto-Lei nº32/2006 de 26 de Julho. Diário da República nº 143 – Série I. Assembleia da República. Lisboa.
- Leonardo, J., & Nodin, N. (2005). As representações dos técnicos de saúde de uma Maternidade face à substituição gestacional e às hospedeiras gestacionais (“Barrigas de Aluguer”). Análise Psicológica. [versão electrónica]. Vol.23, nº3, p. 261-267. Acedido a 10, março, 2013, em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a02.pdf>
- Luna, N. (2002). Maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. Cadernos pagu. [versão electrónica]. Vol.19, p. 233-278. Acedido a 10, março, 2013, em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n19/n19a10.pdf>
- Oliveira, G. (1993). Procriação medicamente assistida – Colóquio interdisciplinar (12-13 Dezembro de 1991). Publicações do centro de direito biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra – nº2. Repro set impressão. Coimbra.
- Rodrigues, D. (2008). Maternidade de substituição: aspectos éticos e jurídicos. XVII Encontro Preparatório para o Congresso Nacional do CONPEDI. Salvador. [versão electrónica]. Acedido a 10, março, 2013, em: http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/salvador/denise_dayane_mathias_rodrigues.pdf
- Serrão, D., & Nunes, R. (1998). Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora.

CONSENTIMENTO PRESUMIDO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ândrea Figueiredo¹, Amélia Oliveira², Inês Marques

¹ INEM – Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Pombal
Contacto: andreamgfigueiredo@gmail.com

Resumo

O desenvolvimento deste trabalho tem como objetivo refletir sobre a aplicação do consentimento presumido à pessoa em situação crítica. Para tal realizou-se uma análise reflexiva baseada na revisão da literatura e legislação existente. Do direito da pessoa possuir a informação para formar uma vontade livre e esclarecida, decorre o dever de informação dos enfermeiros, estando implícito no Código Deontológico do Enfermeiro o dever de prestar esclarecimentos e informações à pessoa alvo dos cuidados, antes da realização de qualquer intervenção. No entanto, nem sempre a pessoa tem a capacidade para consentir/dissentir, impondo o princípio ético do respeito pela pessoa humana que seja tomada uma resolução no seu interesse. É muitas vezes o caso das situações de urgência/emergência, em que as pessoas se encontram em situação crítica, não podendo dar o seu consentimento, de forma a legitimar as intervenções necessárias das equipas de saúde; aplicando-se nestes contextos os princípios do consentimento presumido.

Palavras-chave: Consentimento Presumido; Pessoa em Situação Crítica.

INTRODUÇÃO

Em qualquer contexto de prestação de cuidados, todos os profissionais envolvidos têm a responsabilidade de atuar segundo princípios orientadores que definem as boas práticas e que salvaguardam os direitos de cada pessoa. O dever de prestar esclarecimentos e informações à pessoa alvo dos cuidados, antes de qualquer procedimento por parte do profissional de saúde, está implícito no Código Deontológico do Enfermeiro, e o seu incumprimento pode levar a responsabilização penal, civil e disciplinar.

A Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina (2001, p. 27), enuncia como uma regra geral que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos”. No entanto, nem sempre o indivíduo tem essa capacidade, impondo o princípio ético do respeito pela pessoa humana, que seja tomada uma resolução no seu interesse. É muitas vezes o caso das situações de urgência/emergência, em que as pessoas se encontram em situação crítica, não podendo dar o seu consentimento, de forma a legitimar as intervenções necessárias das equipas de saúde.

Conforme é referido pela Entidade Reguladora da Saúde (2009), o tratamento em situações de urgência é uma exceção ao dever de obter o consentimento, funcionando aqui os princípios do consentimento presumido.

O desenvolvimento deste trabalho tem como objetivo refletir sobre a aplicação do consentimento presumido à pessoa em situação crítica. Para tal realizou-se uma análise reflexiva baseada na revisão da literatura e legislação existente.

ESTADO DA ARTE

Entende-se por consentimento informado a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Este consentimento decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa, interligando-se à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal.

Proteger a autonomia é defender os direitos da pessoa, que não se extinguem por alterações na sua situação de saúde. O respeito pela dignidade da pessoa humana significa, na realidade, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir (OE, 2007). Reflete, em particular, o direito da pessoa à integridade corporal e à participação nas decisões conducentes à manutenção da sua saúde, assegurando a sua proteção à sujeição a tratamentos indesejados e a sua participação ativa na definição dos cuidados de saúde de que necessita (ERS, 2009).

Consentimento informado, esclarecido e livre, é então uma forma de manifestação de vontade que se destina a respeitar o direito da pessoa a decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja adequada informação para que este seja verdadeiramente esclarecido (Administração Regional de Saúde Norte, 2009).

Na lei penal portuguesa afirma-se que o consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido e pode ser livremente revogado até à sua execução. E apenas é eficaz se prestado por quem tiver, além de mais de 16 anos, o discernimento necessário e estiver devidamente esclarecido (Código Penal, 2007).

Assim, o respeito pela autonomia leva à aceitação da vontade da pessoa informada, seja consentir ou dissentir a proposta de cuidados; querer dar consentimento sem ser informada ou não querer ser informada; querer segunda opinião ou mesmo pretender que as informações sejam dadas a terceiros. O respeito pela autonomia da pessoa implica também o respeito pela sua vontade de ser substituída na decisão, e o conseqüente respeito pela decisão do substituto que a pessoa indicar (OE, 2007).

O consentimento da pessoa pode ser expresso, quando prestado por este ativamente, na forma oral (sendo neste caso livremente revogável a qualquer momento); tácito ou implícito, quando resulta de factos que com toda a probabilidade revelem tal consentimento; presumido, quando o doente está impossibilitado de exprimir a sua vontade, a situação é de urgência e não existe uma manifestação de vontade anterior no sentido da recusa do ato médico; escrito, quando a lei o impuser e com intervenção de terceiros, nomeadamente, do representante legal ou do tribunal, em casos de incapacidade da pessoa, ou seja, quando este seja um menor, ou um adulto incapaz de prestar consentimento expresso.

Como referido anteriormente, existem exceções ao consentimento informado, nomeadamente no cuidado à pessoa em situação crítica, pois, “sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa” (Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina, 2001, p. 28). Segundo o Artigo 39.º do Código Penal (2007), há

consentimento presumido quando a situação em que o agente atua permite razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria consentido, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado. O consentimento presumido é a vontade que o utente provavelmente manifestaria se estivesse consciente ou tivesse capacidade de discernimento.

IMPLICAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS

A proteção da pessoa é fundamentadora do compromisso assumido pelos profissionais de saúde, no geral, e dos enfermeiros em particular. Assim se entende o princípio enunciado no Código

Deontológico do Enfermeiro (2009, p. 6547) de que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

No Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 6548), determina-se que, “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”.

Desta forma, entende-se que do direito da pessoa possuir a informação para formar uma vontade livre e esclarecida, decorre o dever de informação dos profissionais.

No Código Deontológico (2009), releva-se que a eficácia do consentimento informado surge submetida a determinados requisitos:

- 1) Competência e capacidade para decidir, uma vez que o consentimento deve ser o ato de uma pessoa competente, sendo que todo o adulto é considerado capaz de consentir até prova em contrário;
- 2) Informação correta, essencial a uma escolha baseada na verdade;
- 3) Validação da compreensão da informação fornecida para a formação de uma vontade esclarecida;
- 4) Liberdade para decidir voluntariamente, sem coação externa.

A escolha da pessoa é o último passo depois da informação e validação da mensagem. Os indivíduos adultos e capazes têm o poder de recusar qualquer tratamento, mesmo que essa recusa possa provocar uma lesão grave e irreversível na sua saúde ou mesmo a morte. Tal como o consentimento, a recusa tem de ser também informada, para que a pessoa conheça as consequências da sua decisão.

Contudo, como foi anteriormente referido, nem sempre é possível obter o consentimento informado, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Neste contexto, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos indivíduos, fundamentada no princípio da beneficência.

O artigo 156.º do Código Penal (2007, p.6225) afirma que ao “ (...) realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente serão punidas (...)”. O mesmo artigo refere que não é punível quando o consentimento “só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a

vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde” (artigo 156.º Código Penal, p.6225), ou se o consentimento “tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado” (artigo 156.º Código Penal, p. 6225).

Assim, os formulários previstos podem ser desobrigados em situações de urgência/emergência, sendo nesse caso, considerado que o consentimento verbal, sendo possível, é suficiente, ou, sendo impossível, é presumido.

Quando o profissional de saúde responsável considera que há consentimento presumido, esse facto e as suas condicionantes serão sempre anotadas explicitamente no processo clínico, não o isentando porém de produzir, logo que possível, as explicações adequadas à pessoa ou ao seu representante, devendo ser pedido consentimento para ulteriores cuidados. Este regime especial tem como limite as intervenções desnecessárias e irreversíveis, as quais não podem ser realizadas numa situação de urgência, sem consentimento informado (ARS Norte, 2009).

CONCLUSÃO

O consentimento é um dos aspetos básicos da relação entre os profissionais da saúde e os utentes, pois salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa e pela sua autodeterminação e a promoção do seu bem-estar, no exercício da liberdade responsável.

No cuidar da pessoa em situação crítica, se o consentimento não puder ser obtido, devem os enfermeiros intervir para prestar os cuidados adequados e imprescindíveis para salvar a vida da pessoa ou para evitar o agravamento do seu estado de saúde.

Em síntese, o consentimento pode ser explícito ou implícito, presumido (quando não estão reunidas condições para obtenção de consentimento e não existem dados objetivos e seguros que a pessoa se oporia ou quando a obtenção do consentimento implicar adiamento que represente perigo para a vida), oral ou escrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Norte (2009, Setembro). Seminário sobre o consentimento informado e o papel das comissões de ética para o seu correcto uso. Comissão de Ética para a Saúde da Região Norte. Acedido em 3, Abril, 2013 em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Consentimento_Informado_Doc_Guia.pdf

Entidade Reguladora da Saúde (2009). Consentimento Informado – Relatório Final. Acedido em 3, Abril, 2013 em http://www.esscvp.eu/cbio/legisl/CONSENTIMENTO_INFORMADO_-_ENTIDADE_REGULADORA_DA_SADE.pdf

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Diário da República n.º 180, 1ª Série. Assembleia da República. Acedido em 3. Abril, 2013 em <http://dre.pt/pdf1s/2009/09/18000/0652806550.pdf>

Lei nº 59/2007 de 4 de Setembro. Diário da República, nº 170, 1ª Série. Assembleia da República. Acedido em 3, Abril, 2013 em <http://dre.pt/pdf1s/2007/09/17000/0618106258.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de Posição 02/07: Consentimento Informado. Acedido em 3, Abril, 2013 em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 de 3 de Janeiro de 2001. Diário da República n.º 2, 1ª Série – A. Presidência da República. Acedido em 3, Abril, 2013 em <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ândrea Figueiredo

INEM – Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Pombal
Contacto: andreamfigueiredo@gmail.com

Resumo

Com este trabalho pretende-se realizar uma reflexão baseada na revisão da literatura, análise da legislação portuguesa e dos diversos documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros, sobre a tomada de decisão do enfermeiro relativamente ao acompanhamento e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica durante o transporte intra e inter-hospitalar – transporte secundário. No que diz respeito ao acompanhamento da pessoa em situação crítica e apesar da decisão do transporte ser um ato de responsabilidade médica, de acordo com o seu Código Deontológico, o enfermeiro deve: “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”, “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respectivo tratamento” e “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. O ato de transportar deve reproduzir a extensão da unidade de origem, tornando-o seguro e eficiente, sem expor a pessoa a riscos desnecessários, evitando, assim, agravar o seu estado clínico, portanto, a decisão de realizar o transporte secundário da pessoa em situação crítica deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. Para que o transporte possa ser realizado com a manutenção do nível e qualidade dos cuidados prestados é necessário que as equipas que os efetuam sejam competentes e devidamente preparadas. Assim, a pessoa em situação crítica deve ser transferida em “unidades de cuidados intensivos móveis” sob a supervisão de equipas qualificadas constituídas por médico e enfermeiro (SPCI, 2008). Em Portugal, esta matéria está regulamentada por Decreto-Lei e sujeita a recomendações por diferentes grupos de trabalho e Ordens profissionais, nomeadamente a OE.

Palavras-chave: Tomada de Decisão; Transporte Secundário; Pessoa em Situação Crítica.

INTRODUÇÃO

A atual política de reavaliação da rede nacional de Emergência e Urgência contempla a construção em rede de uma resposta articulada para a pessoa em situação urgente ou emergente, podendo levar a um aumento do número de transferências inter-unidades de saúde. Por outro lado, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica envolve muitas vezes a deslocação intra-hospitalar para realização de exames complementares de diagnóstico ou de intervenções prioritárias. Esta crescente necessidade do transporte de pessoas em situação crítica, seja por falta da valência médico-cirúrgica, necessidade de recursos técnicos indispensáveis à continuidade dos cuidados, definição diagnóstica e terapêutica e/ou ainda pela gravidade clínica da pessoa, acarreta a preocupação com as condições em que estes transportes são efetuados.

A decisão de transportar a pessoa em situação crítica, seja entre hospitais ou no seu interior, é uma decisão que deve sempre considerar os potenciais benefícios/riscos efetivos (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Com este trabalho pretende-se realizar uma reflexão baseada na revisão da literatura, análise da legislação portuguesa e dos diversos documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros, sobre a tomada de decisão do enfermeiro relativamente ao acompanhamento e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica durante o transporte intra e inter-hospitalar – transporte secundário.

ESTADO DA ARTE

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento nº 124/2011).

Segundo o mesmo regulamento, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, exigindo observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Este nível e qualidade de prestação de cuidados deve ser transversal aos cuidados prestados durante o transporte da pessoa em situação crítica.

O transporte tem designações diferentes consoante o local de origem, sendo transporte primário quando se efectua entre o local do acidente/domicílio e uma unidade de saúde, e transporte secundário quando é realizado entre duas unidades de saúde ou entre serviços do mesmo hospital (Nunes, 2009).

A decisão de realizar um transporte secundário de uma pessoa em situação crítica deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. O transporte deverá ser ponderado em função da necessidade de transferir a pessoa por falta da valência médico-cirúrgica ou necessidade de recursos humanos e técnicos indispensáveis à continuidade dos cuidados e definição diagnóstica e terapêutica e/ou ainda pela sua gravidade clínica. A pessoa em situação crítica incorre em riscos aumentados de morbidade e mortalidade durante o transporte secundário, contudo, justifica-se a sua realização pela necessidade de facultar um nível assistencial superior ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não disponíveis no serviço ou na instituição de origem (SPCI, 2008).

A mesma fonte refere que, no sentido de minimizar estes riscos, a pessoa deve ser, previamente, estabilizada no hospital de origem, devendo aí efetuar e antecipar as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, entubações endotraqueais, etc...).

A SPCI (2008) salienta ainda que o transporte deve ser considerado como uma extensão de cuidados do hospital que envia a pessoa em situação crítica, cabendo ao serviço referente as responsabilidades técnica e legal, durante a fase de decisão e planeamento do transporte. Na etapa da efetivação, a responsabilidade caberá à equipa que assegura o transporte.

O ato de transportar deve assim reproduzir a extensão da unidade de origem, tornando-o seguro e eficiente, sem expor a pessoa a riscos desnecessários, evitando, assim, agravar o seu estado clínico. Para que o transporte possa ser realizado com a manutenção do nível e qualidade dos cuidados prestados é necessário que as equipas que os efetuam sejam competentes e devidamente preparadas, e com os meios de transporte, material e equipamentos de monitorização e intervenção em emergência adequados (SPCI, 2008).

Em Portugal, esta matéria está regulamentada por Decreto-Lei e sujeita a recomendações por diferentes grupos de trabalho e Ordens profissionais, nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros.

O Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de Março estabeleceu o enquadramento legal na atividade de transporte de doentes. O transporte de doentes está regulamentado pela Portaria nº 1147/2001 de 28 de Setembro, posteriormente alterada pela Portaria nº 1301-A/2002 de 28 de Setembro e pela Portaria nº 402/2007 de 10 de Abril e mais recentemente pela Portaria 142-A/2012 de 15 de Maio, retificada pela Declaração de Retificação 36/2012 publicada a 13 de Junho.

A Portaria nº 1147/2001, Capítulo II, Secção I define os tipos de ambulância e Secção IV os equipamentos;

- Tipo A – ambulância de transporte (Tipo A1-individual; Tipo A2-múltiplo)
- Tipo B – ambulância de socorro
- Tipo C – ambulância de cuidados intensivos

Contudo, se necessário, as ambulâncias tipo B poderão atuar como ambulância de cuidados intensivos desde que munidas dos meios humanos e recursos técnicos estabelecidos para as ambulâncias tipo C.

O Capítulo III da Portaria 1147/2001 como da 1301-A/2002, é referente à tripulação das ambulâncias e sua formação:

- Ambulância tipo C – 3 tripulantes, um é o condutor, outro tem de ser médico com formação em SAV e o 3.º elemento da tripulação pode ser um enfermeiro ou um indivíduo habilitado com o curso de tripulante de ambulância de socorro (TAS).

Desta forma, a legislação em vigor possibilita que facilmente se possa “substituir” um enfermeiro por um TAS, apesar da formação e competências serem completamente diferentes (Nunes, 2009).

A SPCI (2008), no Guia para Transporte de Doentes Críticos, afirma que a equipa que acompanha a pessoa em situação crítica deve ser constituída pela tripulação habitual da ambulância e, pelo menos, por mais dois elementos (um médico e um enfermeiro), focando as competências que o enfermeiro deve ter para integrar a equipa médica que efetua o transporte, pois considera que tanto o médico como o enfermeiro devem ter experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento. Tal transporte envolve a presença de um veículo adaptado com todos os equipamentos necessários para a monitoração e SAV e uma equipa devidamente formada em SAV.

Assim, a pessoa em situação crítica deve ser transferida em “unidades de cuidados intensivos móveis” sob a supervisão de equipas qualificadas, constituídas por médico e enfermeiro. Essa equipa deve ser sujeita a formação específica e treino regular, de forma a estar qualificada para o transporte destes doentes (SPCI, 2008).

No entanto, a realidade, é diferente. A prática corrente é o acompanhamento da pessoa em situação crítica por equipas não organizadas, constituídas por profissionais que estão no exercício, independentemente da sua formação específica para este tipo de transporte e conhecimento do equipamento, e obrigando sempre à redução da dotação segura de elementos no momento e durante o tempo que dura o transporte, que em alguns casos pode ser durante horas (Nunes, 2009; SPCI, 2008).

Apesar das reconhecidas dificuldades, considera-se que cada instituição deve preparar e manter operacionais equipas de transporte, particularmente para as deslocações entre hospitais.

Acessoriamente, num conceito de gestão integrada de recursos, deverão ser rentabilizados os meios disponibilizados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em apoio ao transporte da pessoa em situação crítica (SPCI, 2008).

Existem no nosso país exemplos de organização de transporte secundário de pessoas em situação crítica, nomeadamente, o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) do INEM, que é um serviço que se dedica ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre Unidades de Saúde. As ambulâncias que asseguram este serviço estão equipadas com todo o material necessário à estabilização de doentes dos 0 aos 18 anos de idade e dispõem de uma tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência. O serviço tem uma cobertura nacional e funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano (Despacho n.º 1393/2013).

Também as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) tripuladas por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência efetuam transportes inter-hospitalares de pessoas em situação crítica, quando acionados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) nesse sentido e com o acompanhamento do médico da Unidade de Saúde de origem. Contudo, estas ambulâncias não o fazem exclusivamente, dedicando-se maioritariamente ao transporte primário (Despacho n.º 14898/2011). Assim como os helicópteros do INEM, tripulados por médico e enfermeiro, que também procedem a este tipo de transporte secundário quando acionados pelo CODU.

IMPLICAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS

O exercício profissional de enfermagem requer que “a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício autónomo implique uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)” (OE, 2003).

No que diz respeito ao acompanhamento da pessoa em situação crítica e, apesar da decisão do transporte ser um ato de responsabilidade médica, de acordo com o seu Código Deontológico, o enfermeiro deve: “Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”, alínea b) do Artigo 79.º do EOE e “Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”, alínea a) do Artigo 83.º do EOE. E ainda, nos termos da alínea d) do mesmo Artigo, o enfermeiro “assegura a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

Na continuação a alínea d), nº 4, Artigo 5º do REPE diz “mais, os cuidados de enfermagem são caracterizados, por englobarem, entre outros, de acordo com o grau de dependência da pessoa, o encaminhamento para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou a promoção da intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro”.

O direito ao cuidado das pessoas não cessa pelas vicissitudes decorrentes da necessidade de efetuar exames complementares de diagnóstico ou tratamento fora dos contextos onde estão internados, nem pela necessidade de articulação com diferentes níveis de prestação de cuidados. Segundo o Parecer Jurisdicional 312/2011, “o direito do doente a cuidados de qualidade, no qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e com a maior segurança”.

Assim, o enfermeiro assume o dever de garantir a prestação e a continuidade de prestação de cuidados de enfermagem independentemente das referidas vicissitudes. O dever de cuidado dos

enfermeiros não depende da qualificação dos transportes como urgentes ou programados, mas sim da necessidade de prestação ou de continuidade de prestação de cuidados de enfermagem, decisão que é do enfermeiro no exercício da sua autonomia profissional (Parecer Jurisdicional 312/2011).

Embora a responsabilidade da transferência seja do médico chefe de equipa, a responsabilidade médica do transporte é partilhada com a equipa que transporta a pessoa em situação crítica. Esta deve verificar que se encontra assegurada toda a logística adequada, não devendo, portanto, aceitar transportar a pessoa se não verificarem essas condições de segurança (SPCI, 2008).

É legítimo afirmar-se que o enfermeiro no seu processo de tomada de decisão, depois de devidamente avaliados todos os fatores envolvidos e informações disponíveis, poderá, para bem da pessoa cuidada, recusar o seu acompanhamento enquanto não estiverem reunidas as condições mínimas e desejáveis para que o transporte possa ser efetuado em segurança e com minimização dos riscos (Nunes, 2009). Pois, segundo o nº 1 do Artigo 8º do REPE, o enfermeiro deve “adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses protegidos dos cidadãos”.

CONCLUSÃO

A realidade do transporte secundário da pessoa em situação crítica é diferente do que está legislado e do que é considerado e recomendado pela SPCI: a maioria dos hospitais não têm disponíveis equipas definidas, fixas e com a preparação diferenciada adequada de forma permanente. Assim sendo, grande parte das situações obriga a medidas alternativas que nem sempre são as mais eficazes. Cabe aos responsáveis dessas instituições a implementação de esquemas organizativos, que garantam a segurança e a ausência de complicações, resultantes do transporte da pessoa em situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de Março de 1992. Diário da República n.º 74, 1ª Série – A. Ministério da Saúde. Acedido em 2, Abril, 2013 em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-7DD0DD868290/18408/14861488.pdf>
- Despacho n.º 1393/2013 de 23 de Janeiro de 2013. Diário da República n.º 16, 2ª Série. Ministério da Saúde. Acedido em 2, Abril, 2013 em www.inem.pt
- Despacho n.º 14898/2011 de 3 de Novembro de 2011. Diário da República n.º 211, 2ª Série. Ministério da Saúde. Acedido em 2, Abril, 2013 em www.inem.pt
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Diário da República n.º 180, 1ª Série. Assembleia da República. Acedido em 2, Abril, 2013 em <http://dre.pt/pdf1s/2009/09/18000/0652806550.pdf>
- Nunes, Fernando Manuel Ferreira (Jun. 2009). Tomada de decisões do enfermeiro no transporte do doente crítico. Nursing, Nº 246, p. 40-46.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer do Conselho Jurisdicional n.º 312/2011: Acompanhamento de Doentes. Conselho Jurisdicional da OE. Acedido em 2, Abril, 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer157_2009_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Conselho de Enfermagem da OE. Acedido em 2, Abril, 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>
- Portaria nº 1147/2001 de 28 de Setembro de 2001. Diário da República n.º 226, 1ª Série - B. Ministério da Administração Interna e da Saúde. Acedido em 2, Abril, 2013 em

<http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3896AC2F-E4F4-4065-9517-7DD0DD868290/18407/61706175.pdf>

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Diário da República, n.º 35, 2.º Série. Acedido em 2, Abril, 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Acedido em 2, Abril, 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Ordem dos Médicos. Acedido em 2, Abril, 2013 em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

TESTAMENTO VITAL: REFLEXÃO SOBRE AS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA!

Ândrea Figueiredo¹, Amélia Oliveira¹, Inês Marques¹

¹ INEM – Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Pombal
Contacto: inesmendesmarques@gmail.com

Resumo

A atualidade e controvérsia inerente ao debate sobre as questões éticas, deontológicas e humanas relacionadas com as directivas antecipadas de vontade (DAV) e o Testamento Vital, estimularam-nos a desenvolver este trabalho, em que pretendemos refletir criticamente sobre a sua aplicação na prática dos cuidados de enfermagem. Para tal realizámos uma análise reflexiva baseada na revisão da literatura e legislação existente. A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, da Assembleia da República, estabelece o regime das DAV em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de Testamento Vital, regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). O Testamento Vital é um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa que preencha os requisitos cumulativos de capacidade, manifesta antecipadamente a sua vontade no que se refere aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, no caso de, por qualquer motivo, se encontrar incapaz de manifestar a sua vontade pessoal. Contudo, a manifestação de uma vontade anterior face ao consentimento em fim de vida, formalizada em documento jurídico, não deve assumir natureza absoluta, uma vez que isso não consideraria a alteração das circunstâncias da vida do declarante e poderia originar um facilitismo da decisão pelo profissional de saúde que se limitaria, em cada situação concreta, a agir apenas com base no texto do documento, sem ter em conta as outras fontes de informação inerentes à decisão clínica e ética em saúde. A formalização da vontade anterior deve respeitar a possibilidade de revogação pela pessoa e assegurar que o profissional de saúde se certifica em cada situação, que a vontade expressa no documento corresponde à atual, agindo no sentido do melhor interesse da pessoa, sempre que as circunstâncias se tenham alterado. As implicações decorrentes da aplicação do diploma em causa na prestação de cuidados de enfermagem são semelhantes às já contempladas em legislação anterior. Contudo, este diploma vem dar voz ao utente, “empoderando-o” e consciencializando-o para os seus direitos.

Palavras-chave: Testamento Vital; Diretivas Antecipadas de Vontade; Autonomia; Autodeterminação.

INTRODUÇÃO

Vivemos numa era de constantes progressos, e a evolução ocorrida na área da saúde é também um exemplo das mudanças que o desenvolvimento dos conhecimentos e dos recursos tecnológicos têm trazido para a melhoria da qualidade de vida das sociedades, de uma forma geral. Atualmente é possível debelar doenças que até há um tempo atrás provocavam a morte, assim como tratar doenças crónicas que afetavam e limitavam a vida das pessoas e que, hoje em dia, com a evolução das ciências da saúde, vivem com mais qualidade, porque os recursos assim o permitem.

No entanto, segundo a Associação Portuguesa de Bioética (2010), os progressos registados no campo da Medicina também têm contribuído para a utilização excessiva de tecnologia sofisticada o que, decisivamente, conduziu a uma desumanização progressiva da prestação de cuidados de saúde, com as atenções focalizadas nos recursos tecnológicos mais do que na própria pessoa, sendo um exemplo

disso a utilização desproporcionada de meios de tratamento em doentes terminais. Em muitas situações crónicas e degenerativas, o resultado obtido não se traduziu na melhoria da qualidade de vida ou na cura mas no prolongamento do sofrimento e no adiamento da morte.

A morte do doente incute nos profissionais de saúde, um sentimento de impotência e de frustração, pelo que muitas vezes são tentados a continuar os tratamentos, mesmo quando o objetivo de restituir a saúde à pessoa já não é possível.

Assim, a possibilidade de a pessoa ser submetida no fim da vida, independentemente da sua vontade, a um número ilimitado de tratamentos e intervenções curativas, sem qualquer tipo de repercussão na qualidade de vida deve ser, e tem sido, motivo de reflexão por parte dos profissionais de saúde, suscitando o debate científico, social, jurídico e religioso.

Em simultâneo com os avanços ocorridos no campo dos cuidados de saúde, as questões éticas relacionadas com a defesa dos direitos humanos e o respeito pelos princípios fundamentais da autonomia e autodeterminação individual têm assumido relevância crescente na discussão pública em que participam várias instituições e Ordens Profissionais, nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros.

Estas questões relacionadas com a fase terminal da vida e com o direito individual de cada pessoa em participar nas decisões relacionadas com os cuidados de saúde que lhe são propostos tem sido alvo de estudo e análise, e levou à criação de um instrumento de decisão antecipada de vontade face a acontecimentos futuros de fim de vida, denominado Testamento Vital. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) a implementação deste documento pretende criar um regime jurídico próprio para regular a manifestação anterior da vontade sobre os cuidados de saúde que se pretendem e os que se recusam quando algum acontecimento incapacitar a pessoa para decidir no momento.

Da mesma forma que o consentimento em Saúde, em geral, resulta de uma vontade livre e esclarecida, as decisões antecipadas devem igualmente ter por base a informação necessária a fim de tornar a formação da vontade tão esclarecida quanto seja possível e, deste modo, seja livre (OE, 2010).

É indiscutível que estamos perante um assunto que, pela sua importância ético-deontológica e humana tem sido alvo de diversas discussões, devendo fazer parte da reflexão de todos os enfermeiros relativamente à sua prática diária. Daí desenvolvermos este trabalho de revisão da literatura e legislação, com o intuito de analisarmos e refletirmos sobre as suas implicações na prática dos cuidados de saúde e, mais concretamente, dos cuidados de enfermagem.

ESTADO DA ARTE

A Constituição da República Portuguesa, de 2 de Abril de 1976, nos seus artigos 1.º, 25.º, 26.º, 27.º e 41.º, reconhece sucessivamente, a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, os direitos da pessoa à integridade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade e à liberdade, e declara a inviolabilidade da liberdade de consciência, de religião e de culto. Consagra também no artigo 64.º o direito de todos à proteção da saúde, que foi objeto de concretização na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, a Lei de Bases da Saúde. Esta reconhece na Base XIV, os direitos dos utentes a serem informados sobre a sua situação, as possíveis alternativas de tratamento e o seu prognóstico, e a decidir consentir ou dissentir a prestação de cuidados que lhes é proposta, excetuando disposição especial da lei. É assim valorizada a autonomia individual dos cidadãos no que concerne à sua saúde, sendo-lhes reconhecida a faculdade de tomar diferentes decisões sobre a mesma (APB, 2010).

Segundo a mesma fonte, importa ainda na matéria em análise assegurar o respeito pelo direito a morrer em paz e com dignidade, reconhecido nomeadamente na Recomendação 1418 (1999) sobre a proteção dos direitos e da dignidade dos doentes incuráveis e dos moribundos, adotada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em 25 de Junho de 1999 e pelo artigo 43.º da Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde e pela Entidade Reguladora da Saúde, em Junho de 2005.

Embora não existam dúvidas sobre a necessidade do consentimento para que os médicos e os enfermeiros possam prestar cuidados de saúde, colocam-se algumas questões quando, no decorrer de situações de doença, como nas situações crónicas ou degenerativas que conduzem as pessoas para um lento definhamento, perdendo gradualmente a capacidade para se autodeterminarem e escolherem os cuidados de saúde de acordo com os seus valores (Cunha, 2004).

Com o intuito de proteger as pessoas competentes que expressaram previamente o seu consentimento, no sentido de aceitar ou de recusar tratamento médico, em situações futuras de cuidados de saúde em que se encontrem desprovidos de capacidade para expressar as suas opiniões relativamente a intervenções médicas, e tal como cita a APB (2010), foi elaborado o artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, denominado vontade anteriormente manifestada e que foi aprovada em Portugal para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro. Este artigo, declara que a vontade anteriormente manifestada no que respeita a uma intervenção médica por um utente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, deve ser tida em conta.

O reconhecimento deste direito (autodeterminação), constitui uma das mais importantes dimensões da proteção da integridade pessoal e da liberdade da pessoa, uma vez que através do seu exercício esta consente ou recusa a prestação de cuidados de saúde que lhe é proposta. Ao afastar a possibilidade de qualquer tratamento coercivo, o exercício deste direito à livre determinação da pessoa sobre o seu corpo assegura a proteção do bem jurídico liberdade de “dispor do corpo e da própria vida”. A defesa desta liberdade pessoal implica, portanto, que um tratamento ainda que seja medicamente indicado, seja qualificado como uma agressão ilícita se a pessoa nele não consentir.

Do que acaba de se referir decorre, então, que, no nosso ordenamento jurídico, as declarações de vontade, expressas pelos utentes, já têm de ser obrigatoriamente consideradas pelos profissionais de saúde, sob pena de estes incorrerem na prática de um crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários.

Apesar de o ordenamento jurídico nacional valorizar a autonomia individual dos indivíduos no que concerne à sua saúde, ao reconhecer-lhes a faculdade de tomar diferentes decisões sobre a mesma, a verdade é que o mesmo é omissivo relativamente à formalização das situações em que, por qualquer razão ponderosa, aqueles se encontrem impossibilitados de manifestar ou exprimir a sua vontade relativamente aos cuidados de saúde que desejam ou não receber (APB, 2010).

Porque existem diferenças entre aquilo que os profissionais de saúde julgam ser a vontade do doente e a própria vontade do doente, e porque há situações clínicas em que as preferências do doente têm de ser tidas em conta, uma questão se coloca: quem o representa e como se decide por ele? Impõe-se assim, uma reflexão ética sobre os cuidados de saúde no fim da vida, nomeadamente sobre a autonomia e a tomada de decisão (Cunha, 2004).

Desta forma, em 2006 iniciou-se em Portugal o debate sobre a legalização do Testamento Vital com a proposta de um diploma legal sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) por parte da APB,

proposta esta que foi enviada à Comissão de Saúde da Assembleia da República para apreciação tendo sido apresentada em audiência parlamentar a 5 de Maio de 2009. Posteriormente, em 21 de Maio de 2009, o Partido Socialista efetuou uma Proposta de Lei alternativa (Projecto de Lei 788/X/4.^a sobre Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento Informado) – que incluía a legalização das DAV – que, tendo sido aprovada na generalidade, foi entretanto retirada devido às circunstâncias políticas e sociais existentes. Em grande parte porque se aludiu que este debate, longe de ser consensual, deveria ser mais alargado no tempo e envolver as diferentes forças vivas da sociedade (APB, 2010).

Contudo, a legalização das DAV sob a forma de Testamento Vital, é uma importante evolução civilizacional que remete, mas não se esgota, no direito à autodeterminação da pessoa em matéria de cuidados de saúde, tendo sido legislada pela Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.

Esta lei da Assembleia da República, estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de Testamento Vital, regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Nos termos do seu artigo 2.º, as DAV, sob a forma de Testamento Vital, são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa que preencha os requisitos cumulativos de capacidade constantes do artigo 4.º (maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, e se encontre capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido) manifesta antecipadamente a sua vontade no que concerne aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, se, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

De acordo com a APB (2010), o Testamento Vital é um documento escrito que reforça a possibilidade de uma pessoa manifestar a sua vontade sobre os tratamentos que deseja ou não para si própria numa fase de incapacidade de decidir, sendo a expressão mais vinculada da vontade previamente manifestada por parte do doente. Trata-se de uma reinvenção da doutrina do consentimento esclarecido segundo a qual o consentimento não produz efeitos no imediato mas antes no futuro, mais ou menos próximo, ou seja, de forma prospetiva.

À semelhança do que ocorre na sucessão testamentária, o testamento do paciente é um ato pessoal, unilateral e revogável pelo qual a pessoa expressa claramente a sua vontade. No entanto, as disposições nele inseridas são, ao contrário do que ocorre naquela forma de sucessão, apenas de carácter não patrimonial e destinam-se a ser válidas no período anterior à morte do testador (APB, 2010). Através deste diploma (Lei n.º 25/2012), institui-se a figura do procurador de cuidados de saúde (artigos 11.º a 14.º), o qual desde que esteja preenchido um conjunto de requisitos, pode ser nomeado por qualquer pessoa, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber ou não, pelo outorgante, quando este se encontre incapaz de decidir, atuando dentro do quadro de limitações legalmente impostas. Procedem-se também à criação, no Ministério da Saúde, do RENTEV, com a finalidade de rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de DAV e à procuração de cuidados de saúde; sendo estes dados tratados de acordo com a legislação que regula a proteção de dados pessoais.

IMPLICAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS

Conforme o artigo 2.º da Lei n.º 25/2012, do Testamento Vital podem constar diretivas relativas a:

- a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;

- b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;
- c) Receber cuidados paliativos adequados a minorar o seu sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada;
- d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;
- e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

No fundo, estamos perante a sistematização em lei daquilo que deveria ser a prática comum de um profissional de saúde, pois os cuidados de saúde devem ser prestados com o envolvimento da pessoa e segundo a sua vontade. É até lamentável que a necessidade de criar esta lei para que certos procedimentos sejam cumpridos por alguns profissionais de saúde. A lei refere que o utente pode decidir não “(...) ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico (...)”. Querirá isto dizer que se não estiver escrito em Testamento Vital a pessoa é submetida a tratamentos inúteis e desproporcionados? Assim como os “cuidados paliativos adequados” são um direito básico de todas as pessoas que deles necessitem, pelo que não deveria ser necessário estarem expressos numa DAV e/ou em lei (OE, 2012). Contudo, para além de assegurar que se prestam os cuidados a que a pessoa tem direito, esta legislação é também importante por possibilitar que a pessoa decida não querer ser submetida a tratamentos de suporte artificial das funções vitais (OE, 2012). No entanto, estas diretivas são objeto de limitações (artigo 5.º), considerando-se juridicamente inexistentes e não produzindo qualquer efeito aquelas que:

- Sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas;
- Cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos artigos 134.º e 135.º do Código Penal;
- Que não traduzam de modo claro e inequívoco, a expressão da vontade do seu autor.

Se constar do RENTEV um Testamento Vital, ou se este for entregue à equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde pelo outorgante ou pelo procurador de cuidados de saúde, esta deve respeitar o seu conteúdo, sem prejuízo do disposto na presente lei (artigo 6.º da Lei n.º 25/2012). O Testamento Vital deve constar do processo clínico do utente, pois permite justificar algumas intervenções dos profissionais de saúde.

As DAV não devem ser respeitadas quando:

- a) Se comprove que o outorgante não desejaria mantê-las;
- b) Se verifique evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado;
- c) Não correspondam às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura.

O responsável pelos cuidados de saúde regista no processo clínico qualquer dos factos previstos nos números anteriores, dando conhecimento dos mesmos ao procurador de cuidados de saúde, quando exista, bem como ao RENTEV.

Em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida da pessoa, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as DAV, no caso de o

acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde da pessoa. A decisão fundada no Testamento Vital de iniciar, não iniciar ou de interromper a prestação de um cuidado de saúde, deve ser inscrita no processo clínico do outorgante (artigo 6.º da Lei n.º 25/2012). Segundo a mesma Lei, o Testamento Vital é revogável ou modificável, no todo ou em parte, em qualquer momento, pelo seu autor e é válido por 5 anos, devendo ser sucessivamente renovado, nos mesmos termos, no caso de aquele se encontrar com capacidades psíquicas para o fazer. Mantendo-se em vigor quando ocorra a incapacidade do outorgante no decurso deste prazo. Uma simples declaração oral do outorgante ao responsável pela prestação de cuidados de saúde é suficiente para modificar ou revogar o seu documento de DAV, devendo esse facto ser inscrito no processo clínico, no RENTEV, quando aí esteja registado, e comunicado ao procurador de cuidados de saúde, caso exista.

Por seu lado, os profissionais de saúde terão o direito de se recusar a acatar a vontade do doente, podendo alegar objeção de consciência (artigo 9.º da Lei n.º 25/2012), devendo indicar a que disposição ou disposições das DAV se referem.

O Testamento Vital, sendo relativo a intervenções de saúde, dirige-se aos profissionais que as executam, ou seja aos profissionais de saúde diretamente envolvidos, nomeadamente médicos e enfermeiros. Não sendo absoluto, permitirá ao próprio revogá-lo a todo o tempo e por qualquer meio, tendo em conta nomeadamente as alterações na sua vida que fazem igualmente alterar as suas vontades face ao seu viver (OE, 2010).

De outro modo, a OE (2010) afirma também que o carácter não absoluto permitirá que não vincule de forma “cega” o profissional de saúde, obrigando-o a procurar, em cada caso concreto, a informação que lhe permita decidir no respeito pelo cumprimento da totalidade as DAV, executar parte delas ou não as executar, considerando a situação do momento. Ou seja, obriga a que os profissionais de saúde, em vez de aplicarem de modo imediato a decisão anterior da pessoa em causa, procurem uma intervenção que tenha em conta essa vontade antes manifestada, a par das novas circunstâncias que entretanto se verificaram na sua vida e fazem alterar o sentido da sua decisão expressa no passado. No caso dos enfermeiros, agindo deste modo, estes guiam-se na sua decisão, não por uma liberdade absoluta descontextualizada, mas por uma “liberdade responsável”, no respeito pelo valor profissional enunciado na alínea b) do número 2 do artigo 78.º do seu Código Deontológico, em que a decisão final resulta da ponderação entre a vontade já manifestada e as circunstâncias atuais.

Assim, a manifestação de uma vontade anterior face a consentimento em fim de vida, formalizada em documento jurídico, não deve assumir natureza absoluta, uma vez que isso não teria em conta a alteração das circunstâncias da vida do declarante e poderia originar um facilitismo da decisão pelo profissional de saúde que se limitaria, em cada caso concreto, a agir apenas conforme o texto do documento, sem ter em conta as outras fontes de informação inerentes à decisão clínica e ética em saúde. A formalização da vontade anterior deve respeitar a possibilidade de revogação pelo próprio e deve manter a garantia de que o profissional de saúde se certifica em cada situação, que a vontade expressa no documento corresponde à atual, agindo no sentido do melhor interesse da pessoa, sempre que as circunstâncias se tenham alterado (OE, 2010).

Para esta vontade ser livre, a pessoa deve previamente ser esclarecida sobre a intervenção em si, a sua necessidade e as consequências previsíveis, incluindo os riscos associados. Os enfermeiros, “no respeito pelo direito à autodeterminação” das pessoas, assumem os deveres enunciados no artigo 84.º do seu Código Deontológico, incluso na Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Em concreto,

devem informar a pessoa e a família relativamente aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e incentivar o direito da pessoa ao consentimento informado; deferir com responsabilidade e cuidado as solicitações de informação/explicação pedidas pela pessoa sobre os cuidados de enfermagem e ainda informar sobre os recursos a que esta pode ter acesso, assim como sobre a forma de os obter (OE, 2010).

Como refere a OE (2010), isto significa que, no que aos cuidados de enfermagem diz respeito, é ao enfermeiro a quem compete a transmissão da informação às pessoas, no sentido destas poderem livremente formar a sua vontade. O enfermeiro, como profissional do cuidado, assume a responsabilidade pelo “outro”, isto é, pela pessoa de forma holística e não apenas pela prestação de cada intervenção per si. Do mesmo modo que respeita a liberdade e a sua capacidade de decidir sobre si, protegendo e defendendo a sua dignidade, como enuncia o princípio ético do n.º 1 do artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro, fazendo da liberdade de viver uma liberdade responsável, com a possibilidade de escolha, tendo em vista o bem comum e adotando-a como valor, como estabelece a alínea b) do n.º 2 do mesmo artigo.

Desta forma, o enfermeiro, no seu agir profissional, respeita a liberdade da pessoa manifestada nas suas decisões sobre os cuidados de saúde propostos, mas, ao mesmo tempo, ajuda a pessoa nos seus processos de decisão no sentido de que o seu consentimento seja efetivamente livre e esclarecido. Ajuda a pessoa, mostrando-lhe as diversas alternativas possíveis e não apenas aquelas que o medo ou o sofrimento conseguem trazer à consciência. Disponibilizando-se ainda para procurar recursos que suportem as consequências das suas decisões, implicando para isso os outros profissionais de saúde, os familiares e amigos, assim como as organizações de saúde e outras que se mostrem adequadas como recurso face à situação concreta. É deste modo que o princípio do respeito pela liberdade e pela dignidade da pessoa humana (artigo 78.º, n.º 1 do Código Deontológico do Enfermeiro) se concilia com os deveres de respeitar o consentimento para os cuidados de enfermagem (artigo 84.º, alínea b) e de conferir à vida de qualquer pessoa igual valor, protegendo e defendendo a vida humana em todas as circunstâncias, como enunciado na alínea a) do artigo 82.º (OE, 2010).

As implicações decorrentes da aplicação do diploma em causa na prestação de cuidados de enfermagem são semelhantes às já contempladas em legislação anterior (OE, 2012).

No caso particular das decisões de fim de vida, havendo uma necessidade de procura de consenso dos diferentes profissionais e 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. 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 – nomeadamente de médicos e enfermeiros – que nos leve a evitar problemas disciplinares e jurídicos futuros (OE, 2010).

Independentemente de outorgar ou não um Testamento Vital, qualquer pessoa pode também, no mesmo documento ou em documento autónomo, nomear um procurador de cuidados de saúde, que nesta área será o seu porta-voz em caso de incapacidade, a quem confere poderes para decidir, em seu nome, sobre os cuidados de saúde a receber ou não, quando se encontre incapaz de manifestar a sua vontade de modo pessoal e autónomo. Ao contrário do que se pensa, os familiares não têm

representação legal para responder pela pessoa, assim, com a figura do procurador, passa a existir alguém que legalmente está habilitado para a representar (OE, 2012). Esta procuração é livremente revogável a todo o tempo, do mesmo modo que o procurador pode também a ela renunciar, por escrito, disso informando quem o nomeou.

As decisões tomadas pelo procurador de cuidados de saúde, dentro dos limites dos poderes representativos que lhe competem, têm o mesmo valor das do autor de Testamento Vital e devem ser respeitadas pelos profissionais que prestam os cuidados de saúde, nos termos da presente lei. Aplica-se ao procurador a doutrina do “julgamento substitutivo”, ou seja, espera-se que a decisão seja tomada com base no quadro de valores da pessoa doente. Contudo, em caso de conflito entre as disposições contidas no Testamento Vital e a vontade do procurador de cuidados de saúde, prevalecem as primeiras (artigos 11.º a 14.º Lei n.º 25/2012).

De acordo com a OE (2010), a informação fornecida pelo procurador de cuidados de saúde deve ser tida em conta nas decisões dos profissionais de saúde, no âmbito das suas competências próprias, mas não de forma absoluta, obrigando, nomeadamente, a uma procura de informação no sentido da atualidade da vontade da pessoa em causa.

NOVAS PERSPETIVAS

Encontra-se pendente a criação do RENTEVE bem como a aprovação de minuta do Testamento Vital pelo Ministério da Saúde, visto que o Governo dispõe de 180 dias para regulamentar a presente lei, a partir da sua entrada em vigor.

A Lei n.º 25/2012 cria o RENTEVE com a finalidade de registar e permitir saber da existência de documentos de DAV e de procuração de cuidados de saúde. O registo deve ser feito presencialmente no RENTEVE pelo próprio ou mediante envio por correio registado com a assinatura reconhecida.

No entanto, tal facto não impede a realização de DAV, pois, como já se mencionou, a sua inscrição no RENTEVE é facultativa. Logo, quem durante este período pretender fazer um Testamento Vital e/ou uma procuração de cuidados de saúde, deverá fazê-lo perante o notário.

O registo no RENTEVE tem valor meramente declarativo, sendo as DAV ou procuração de cuidados de saúde nele não inscritas igualmente eficazes, desde que tenham sido formalizadas de acordo com o disposto na presente lei, designadamente no que concerne à expressão clara e inequívoca da vontade do declarante.

Quando estiver a funcionar, cabe aos serviços do RENTEVE alertarem precocemente a pessoa para o fim da validade do seu Testamento Vital, salvaguardando a renovação do documento.

Futuramente, após a sua implementação, tem acesso ao RENTEVE o autor do Testamento Vital e/ou o seu procurador de cuidados de saúde da pessoa incapaz, bem como todas as pessoas que, no exercício das suas funções, tomem conhecimento da existência de Testamento Vital e ou de procuração de cuidados de saúde, ficando obrigados a respeitar o sigilo profissional, mesmo após cessarem funções. O profissional de saúde responsável pela prestação de cuidados de saúde à pessoa incapaz de expressar de forma livre e autónoma a sua vontade, deve confirmar a existência ou não do Testamento Vital registado no RENTEVE. Caso se verifique a sua existência, o documento deverá ser anexado ao processo clínico da pessoa.

A par do conhecimento científico, o profissional de saúde necessita de uma adequada formação ética, deontológica e jurídica que lhe permita procurar os adequados fundamentos capazes de suportar as suas decisões. A formação nestes domínios é indispensável para, primeiro problematizar

as situações que surgem em cada dia e depois, procurar, incluindo a necessária discussão em equipa, as melhores soluções para cada caso concreto. A formação ética, deontológica e jurídica constitui o suporte adequado para a necessidade de decidir de acordo com cada situação, muitas vezes deixando de prestar os cuidados que o conhecimento científico determinaria (OE, 2010).

Perante esta necessidade formativa específica, os diferentes agentes da saúde – poder legislativo, poder executivo, universidades e escolas, ordens profissionais e organizações de saúde – devem assumir as suas responsabilidades próprias no sentido de aumentar a formação dos estudantes e dos profissionais de saúde nestes domínios. Tal como estabelece a Lei de Bases da Saúde, na alínea i) da sua Base II, todos devemos procurar agir no sentido de promover a formação dos profissionais de saúde, promovendo, deste modo, a boa decisão científica e ética em cada caso concreto, garantindo aos cidadãos o respeito pelas suas necessidades em saúde e pelas suas decisões sobre o seu fim de vida (OE, 2010).

CONCLUSÃO

É interessante constatar que algumas das condições previstas nesta legislação que regula as DAV, já existiam na prática da prestação de cuidados de enfermagem. Contudo, este diploma vem dar voz ao utente, “empoderando-o”, pois até agora poucos eram os que tinham consciência que poderiam expressar as suas vontades em termos de cuidados de saúde. Pode-se então dizer que estamos perante um documento que permite a consciencialização do cidadão e não perante um diploma inovador que atribui novos direitos às pessoas (OE, 2012).

Apesar de o Testamento Vital, instrumento ético e jurídico, ser o corolário natural de uma trajetória de reforço do direito à autodeterminação da pessoa, convém referir também alguns dos seus limites e insuficiências. Desde logo a dificuldade em traduzir a complexidade de muitas situações clínicas em palavras, que posteriormente serão plasmadas num documento com valor jurídico. Seria audaciosa a pretensão de as DAV poderem ambicionar, prever e antecipar todas as situações que possam vir a ocorrer. Daí que, apesar de surgirem inúmeras tentativas de discriminar os cuidados de saúde passíveis de consentimento ou dissentimento prospetivo, a generalidade das legislações aprovadas neste domínio opta por formulários simples, com expressões genéricas, em que mais do que caracterizar os cuidados de saúde específicos se dá uma indicação clara dos valores éticos a respeitar, nomeadamente no que se refere à suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento (OE, 2010).

O planeamento de um Testamento Vital deverá ser encarado como um processo e não como um acontecimento. Um processo em que a pessoa doente identifica e clarifica os valores e os objetivos importantes para si e que deseja ver assegurados no futuro. Este processo pode e deve envolver o doente, os profissionais de saúde, os familiares e amigos, de modo que conste do boletim clínico e que seja do conhecimento das pessoas incluídas no círculo de relações pessoais do doente (Cunha,2004).

Mas, Cunha (2004) reforça ainda que deve igualmente salientar-se que os direitos da pessoa, nomeadamente na fase terminal da vida, não se limitam à legalização do Testamento Vital. Medidas como a generalização dos cuidados paliativos, o alívio da dor crónica, o combate à solidão e à exclusão social e familiar, o apoio espiritual e a humanização dos serviços de saúde, são fatores igualmente relevantes para uma adequada prestação de cuidados aos doentes terminais ou a outros doentes com doenças crónicas incapacitantes, que por alguma razão não estão em condições de se exprimir.

Essencial parece-nos, numa sociedade em que todos somos livres e credores de igual respeito, é que todos possamos tomar as nossas decisões de consciência, nomeadamente em matéria de organização da nossa própria morte, de maneira a que esta se insira no sentido que quisemos dar à nossa vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 5, Abril, 2013 em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9658/5/5506_TM_01_P.pdf

Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho (2012). Diário da República n.º 136, 1ª Série. Assembleia da República. Acedido em 5, Abril, 2013 em <http://www.dre.pt/pdf1s/2012/07/13600/0372803730.pdf>

Associação Portuguesa de Bioética (2010). Estudo Nº E/17/APB/10 – Testamento Vital. Acedido em 5, Abril, 2013 em http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1284923005parecer-testamento_vital.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 5, Abril, 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_VontadeAnteriormenteManifestadaDecisoesFimVida.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Testamento Vital – Respeitar a Vontade da Pessoa. [Entrevista ao Enfermeiro Rogério Gonçalves, Presidente do Conselho Jurisdicional da OE]. Revista da Ordem dos Enfermeiros. 43, 3-6. Acedido em 2, Abril, 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/RevistaOE/ROE43/index.html>

CYBERBULLYING E TOMADA DE DECISÃO

Cristina Coutinho¹, Rita Seara²

¹ ACES DOURO I – Marão e Douro Norte - USF Nuno Grande

² ACES DOURO I – Marão e Douro Norte – UCSP Alijó

Contacto: cristina.joana.coutinho@hotmail.com

Resumo

O cyberbullying é um fenómeno que pode causar danos à evolução saudável de uma criança/jovem, inculcando neles sentimentos, atitudes e comportamentos negativos para o seu desenvolvimento. A tomada de decisão nesta problemática não deve ser fácil, uma vez que estamos a lidar com pessoas que atravessam uma fase complicada da sua vida, a adolescência. Porém, compete-nos a nós, Enfermeiros, mas também à sociedade em geral, estar alerta para estas situações, assim como para a denúncia das mesmas. Neste trabalho, o grupo questiona-se sobre a tomada de decisão perante situações de cyberbullying. Para tal, pretendemos desenvolver uma análise descritiva, crítica e reflexiva com recurso à pesquisa bibliográfica.

Palavras-chave: Cibercultura, cyberbullying, tomada de decisão.

INTRODUÇÃO

Desde sempre que o Homem sentiu necessidade em relacionar-se com o mundo e usou a comunicação para interagir com a sociedade. Com o avançar do tempo surgiram as novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), como o computador, a internet e os telemóveis, que permitem comunicar e partilhar informação em tempo real, independentemente do lugar no mundo onde o Homem se encontra. Porém, as relações que se estabelecem através da internet poderão ser bastante diferentes das reais, mais abertas e menos constrangedoras, permitindo ao utilizador adotar diversos papéis e diversas personagens.

Atualmente sabe-se que o uso das novas TIC, tais como, a televisão, o telemóvel, os jogos eletrónicos, o uso da internet e das redes sociais, influenciam o comportamento das crianças e jovens, levando-as a adotar comportamentos anti-sociais. O desenvolvimento das tecnologias disponibilizam a estas crianças e jovens o uso criativo e autónomo de variados meios de comunicação e de interação que, embora ofereçam muitas vantagens, podem também acarretar vários riscos e perigos.

A propósito deste lado negativo do desenvolvimento das TIC, estudos recentes referem uma elevada incidência de situações de intimidação, insinuações e insultos praticados por crianças e jovens entre si através de mensagens eletrónicas, assim como é também comum a divulgação no YouTube de pequenos vídeos de situações de aulas, de violência entre pares e de outras situações da vida na escola, tornando-se alguns deles, objeto de análise e de divulgação nos meios de comunicação social. Perante esta realidade podemos concluir que estamos perante uma nova espécie de bullying – o bullying virtual ou cyberbullying.

De acordo com Willard (2004, 2006) cit. por Matos e Gomes (2012) o cyberbullying é definido como o ato de enviar ou publicar mensagens prejudiciais ou nocivas que utilizam a internet ou outras formas de comunicação digital.

Devido à crescente complexidade das situações de saúde e ao avanço da tecnologia e da ciência, os Enfermeiros deparam-se com situações que envolvem aspectos éticos e morais de natureza complexa, sendo evidente o confronto de valores perante a necessidade de fazerem uma escolha (Gândara, 2004).

No contexto da bioética importa identificar adequadamente o problema a ser abordado, os factos e as circunstâncias envolvidas, as alternativas e as suas consequências. Santos (2007) entende problema como uma situação difícil em que se torna necessário efetuar uma escolha, que nem sempre poderá ser fácil, mas que levará à sua resolução.

Posto isto, o grupo questiona-se sobre a tomada de decisão perante situações de cyberbullying e define assim os seguintes objetivos: aprofundar conhecimentos sobre cibercultura e ciberespaço de modo a contextualizar o fenómeno do cyberbullying; refletir sobre este fenómeno analisando o seu impacto nas crianças e jovens da atualidade; analisar o processo de tomada de decisão à luz da bioética e desenvolver uma análise crítico-reflexiva sobre a tomada de decisão perante situações de cyberbullying.

1 – CIBERCULTURA, CIBERESPAÇO E CYBERBULLYING

Num mundo moderno, onde a tecnologia quebra barreiras de espaço e de tempo, surgiu o conceito de cibercultura, que segundo Pinheiro (2009) pode ser definida como sendo a forma sociocultural resultante da tríade sociedade, cultura e novas tecnologias. Assim sendo, podemos considerar a cibercultura como a nossa cultura, tendo por base a utilização das novas tecnologias.

A cibercultura é também definida como um conjunto de técnicas, práticas, atitudes, modos de pensamento e valores que se desenvolvem em conjunto com o crescimento da internet como um meio de comunicação, que surge com a rede mundial de computadores (Bergmann, 2007).

Porém, para Lévy (1999), é o principal meio de comunicação e suporte de memória da humanidade. Trata-se de um novo espaço de comunicação, de sociabilidade, de organização, acesso e transmissão de informação e conhecimento. No contexto das TIC encontramos os conceitos de cibercultura, inteligência colectiva e ciberespaço. Com a necessidade constante em comunicar, o computador pessoal converte-se num instrumento coletivo por estar ligado em rede. Surge assim o conceito de ciberespaço, ou seja, o conjunto de computadores ligados em rede.

O conceito ciberespaço foi criado pelo escritor de ficção científica William Gibson no seu romance “Neuromancer”, escrito em 1984. Para Lévy (1999) cit. por Bergmann (2007:4), ciberespaço “é um espaço não físico ou territorial, que se compõe de um conjunto de redes de computadores através das quais todas as informações (...) circulam”.

Porém, segundo Pinheiro (2009) o conceito do ciberespaço vai muito mais além do que do material. O ciberespaço é aquilo que se construiu ao ligar os computadores em rede, isto é, é a relação estabelecida entre os utilizadores, também designados por cibernautas. Gera também com frequência uma grande confusão nas pessoas uma vez que é caracterizado pela sua inexistência física, isto é, não possui um corpo físico. É precisamente esta a chamada utopia do ciberespaço: a sua inexistência física.

A utilização das TIC, nomeadamente a internet, é efetuada através de inúmeros recursos, tais como: o e-mail, os chat's, os jogos on-line (mais populares nas crianças e jovens) e as redes sociais (Hi5, Facebook, MSN, My Space, Twitter, Fóruns, Blog's e semelhantes), entre outros, onde podemos encontrar informação diversa, grupos de discussão, imagens, diários pessoais, jornalismo,

reivindicações, vídeos e todo o tipo de criações possíveis nestes espaços onde as formas de comunicação são reinventadas de modo a satisfazer o propósito do utilizador.

A utilização das TIC pode ser vista de forma positiva e negativa, contudo, iremos refletir sobre a utilização negativa das tecnologias, uma vez que abordaremos o comportamento dos cibercrimes que tem como objectivo o reconhecimento da superioridade e/ou a humilhação de um terceiro, o cyberbullying.

Os efeitos das TIC sobre o comportamento das crianças e dos jovens têm sido objeto de estudo permanente nos últimos anos, dando-se ênfase às afinidades possíveis entre o facto das crianças e jovens estarem expostos a determinados tipos de comunicação (televisiva, via internet e jogos electrónicos) e aos comportamentos anti-sociais que manifestam.

Atualmente o cyberbullying é visto como uma nova forma do bullying e é definido como um ato agressivo intencional, levado a cabo por um indivíduo ou grupo, de forma repetida, mediante a utilização de dispositivos eletrónicos como o endereço eletrónico, o telemóvel ou páginas web, contra uma vítima que tem dificuldade em defender-se. Neste sentido, o cyberbullying desenvolve-se com características semelhantes ao bullying, em que se verifica uma assimetria de poder entre agressor e vítima, sendo responsável por causar danos psicológicos nas vítimas como a baixa da auto-estima, depressão, insucesso escolar e suicídio (Matos, Simões, Gaspar e Equipa do Projeto Aventura Social, 2012).

O cyberbullying possibilita aos agentes agressores não tomarem consciência das consequências dos seus actos sobre as vítimas, indo de encontro à expressão que simboliza este fenómeno como “um fenómeno sem rosto” (Oliveira, 2008).

No entanto, é visível a dificuldade em localizar o agressor ou o espaço em que as agressões ocorreram, uma vez que estas podem ser efetuadas em qualquer espaço físico (em casa, na escola ou noutro espaço público) onde as TIC estejam disponíveis. Surgindo desta forma questões novas referentes à identificação e delimitação deste fenómeno, à vigilância dos comportamentos das crianças e jovens por parte dos pais/educadores/outros adultos e à atribuição de responsabilidades civis. Contudo, a dificuldade na vigilância dos incidentes e dos comportamentos, sentidas quer no contexto escolar quer ao nível do seio familiar, que mantêm uma relação íntima com estes fenómenos, acabam por afetar o ambiente de boa convivência e colaboração, colocando em risco a saúde mental das crianças e dos jovens e pondo em causa os direitos fundamentais dos cidadãos (Kowalski, et al., 2008; Willard, 2007; Williams e Guerra, 2007; Kraut et al., 1998 cit. por Amado et al., 2009).

Embora esta temática, cyberbullying, já tenha começado a ser objeto de investigação em diversos países, em Portugal, apesar da preocupação crescente pela questão, são raros e limitados os estudos exclusivamente centrados sobre o cyberbullying, para que se possa analisar de forma crítica e realista este problema. O conhecimento dos factos é ainda baseado em relatos singulares e ocasionais ou em estudos efectuados em pequena escala e em geral com o objectivo de diagnosticar situações nas escolas (de modo a preparar futuras intervenções).

2 – TOMADA DE DECISÃO

No âmbito da bioética, existem vários modelos bioéticos no sentido de explicar os fenómenos e os problemas que surgem no dia-a-dia, no entanto, a utilização de qualquer modelo vai permitir ao Enfermeiro considerar alternativas e decidir em consciência, do ponto de vista ético e bioético. Tendo em conta o fenómeno do cyberbullying, o modelo principalista pode ser adoptado na tomada

de decisão, tendo em conta os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência.

Porém, tomar decisões faz parte do nosso quotidiano. Algumas decisões são mais fáceis de tomar, outras mais complexas. Deste modo, optar de entre determinadas hipóteses por uma escolha, é decidir. Quando se toma uma decisão baseamo-nos nos conhecimentos científicos, na experiência, nas regras preconizadas pela sociedade, nos princípios éticos e nas normas morais.

A tomada de decisão estabelece uma ligação próxima com a axiologia de valores, ou seja, com a capacidade de interpretar, julgar, decidir e avaliar, adaptada a cada situação e assume particular relevância na prática de Enfermagem, distinguindo os Enfermeiros de outros profissionais. Consiste num processo que envolve um diagnóstico clínico, avaliação e decidir de acordo, na escolha de alternativas.

Assim sendo, a tomada de decisão deve ser contextualizada, atendendo aos valores, atitudes e comportamentos, ao conhecimento das pessoas, dos casos, dando importância à comunicação, relação e dimensões éticas. Trata-se, pois de um processo complexo que implica o aperfeiçoamento profissional, o desenvolvimento de diferentes competências, no respeito pelos princípios orientadores da actividade dos Enfermeiros, nomeadamente, a responsabilidade decorrente do papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

O processo de tomada de decisão tem como finalidade facilitar a identificação de fatores que podem ter influência nas decisões individuais, bem como favorecer a aquisição de competências de resolução de problemas através da definição de objetivos, do desenvolvimento da capacidade de gerar e avaliar diferentes soluções, da análise das suas consequências e da execução de um plano. Pretende ainda ajudar o indivíduo a tomar consciência das pressões que influenciam as decisões pessoais (Ribeiro, 2008).

Na tomada de decisão, existem outros aspectos que devem ser considerados como a experiência profissional do Enfermeiro, o nível de competência e o estágio de desenvolvimento profissional em que se encontra, de acordo com Benner (2005).

3 – TOMADA DE DECISÃO E CYBERBULLYING

Sendo o cyberbullying um fenómeno que pode atingir grandes proporções e envolver várias pessoas, compete-nos, enquanto Enfermeiros, refletir um pouco sobre as consequências deste fenómeno e sobre o papel que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pode desempenhar perante estas situações. São escassos os estudos em Portugal acerca da violência em contexto escolar e mais escassos ainda os estudos acerca do cyberbullying, talvez porque os meios tecnológicos que são usados pelas nossas crianças e jovens sejam ainda muito recentes mas também porque estes meios estão em constante desenvolvimento, surgindo a cada dia que passa um novo meio tecnológico que nos permite estar em constante ligação com o mundo, surgindo novos ambientes de interação, embora apenas com presença virtual.

E é neste contexto que se destaca o cyberbullying, em que o ambiente em que este se desenrola é um ambiente virtual, onde as interações podem ocorrer tanto com pares conhecidos, como com estranhos, em que os agressores nem sequer tomam consciência dos seus atos. A grande disponibilidade das TIC que se verifica actualmente, faz com que haja uma grande dificuldade em identificar o agressor, bem como o local onde as agressões tiveram origem, traduzindo-se assim na

dificuldade que os pais e outros adultos têm em monitorizar os comportamentos das crianças e adolescentes.

Um estudo realizado por Ferreira, Martins e Gonçalves (2012) em que o principal objetivo prendia-se com a avaliação da eficácia das estratégias de supervisão parental na diminuição dos riscos online, veio concluir que as estratégias de supervisão parental relacionadas com software de protecção não se revelam como as mais eficazes na diminuição da exposição dos jovens aos riscos online, sobretudo nas atividades que detêm um efeito de socialização e de exploração de papéis sociais. Para além deste aspecto importa ainda, definirem-se intervenções apropriadas de modo a promover boas práticas de monitorização online, assim como encontrar um meio termo entre a supervisão parental e a privacidade do adolescente.

Porém, é fundamental perceber quando uma criança ou adolescente está a ser vítima de cyberbullying. Normalmente, estas tornam-se pessoas mais fechadas, mais caladas, menos sociáveis, apresentam mais queixas para não irem à escola, demonstrando também sinais de depressão que pode levar ao suicídio. Existem casos recentes, divulgados através da comunicação social, em que jovens decidem pôr termo à vida, anunciando através das redes sociais que o vão fazer. Compete-nos a todos, enquanto sociedade, refletir sobre estas questões, sobre o uso das TIC enquanto meio para expor tudo o que sentimos e enquanto meio para podermos também alertar a família acerca de problemáticas como esta. E é neste sentido que o papel do Enfermeiro se torna pertinente, nomeadamente, no que respeita à prevenção e à identificação precoce destas situações.

O Enfermeiro, em conjunto com a escola, tem que ter a capacidade de estar alerta para estas situações, assim como os professores e a família. Importa pois, que as escolas implementem políticas de prevenção e de denúncia de situações por parte dos seus pares. E é neste âmbito que o Enfermeiro pode ter um papel fundamental, no sentido em que pode desenvolver com a escola programas de prevenção de cyberbullying.

Para González-Pérez e Pozo (2007, cit. por Oliveira, 2012), a prevenção através da educação para uma cultura de não-violência significa mediar, criar pontes que tentem evitar o aparecimento de problemas e dificuldades, através da sua prévia identificação e da rápida intervenção, ensinando capacidades e competências aos alunos, no sentido de melhorar as suas relações interpessoais.

Nos programas de prevenção de cyberbullying devem ser incentivadas, as vítimas, a contar à família, a contar aos professores, a contar aos colegas, a procurar apoio psicológico e em última instância a pedir transferência de escola. Porém, não podemos deixar de parte os agressores, pois muitas das vezes estes também precisam de ajuda, pois não sabem como parar para deixar de fazer mal a outros. E é deste modo que a escola se destaca em primeira linha, dado que, para além de ser um lugar de aprendizagem académica, é também um lugar de aprendizagem cívica.

A escola, em conjunto com o Enfermeiro tem assim um papel fundamental no que respeita à prevenção e à denúncia de situações de cyberbullying. Muitas vezes, perante uma denúncia, nem se sabe bem o que se há-de fazer, e é aqui que o processo de tomada de decisão “entra em cena”. Após se ter conhecimento de situações de cyberbullying, compete averiguar os factos, perceber como se proporcionou esta situação, prestar o apoio necessário à vítima e se possível identificar o agressor. É também muito importante envolver as famílias (da vítima e do agressor), uma vez que quer a vítima, quer o agressor, precisam de ajuda.

Nem sempre é fácil tomar a decisão mais correcta, porém, enquanto Enfermeiros, devemos sempre ponderar cada situação, aplicar os princípios da bioética no sentido de nos ajudar a clarificar a nossa

decisão e decidir tendo em conta o melhor para todos. Os intervenientes do cyberbullying precisam todos de ajuda, de apoio, de modo a que todos sejam capazes de ultrapassar este fenómeno e não praticá-lo em prejuízo dos outros.

CONCLUSÃO

Enquanto Enfermeiros que desenvolvem a sua atividade nas escolas junto das crianças e jovens, devemos estar alerta para captar todo e qualquer sinal que a criança/jovem, enquanto vítima de cyberbullying, nos possa demonstrar. A implementação de políticas de prevenção e de denúncia destes casos, pode ser uma das medidas a implementar, em conjunto com toda a comunidade escolar e suas famílias.

De acordo com a bioética, o modelo principalista fornece-nos uma base para a nossa actuação e reflexão face a este fenómeno, reportando-nos para os princípios que sustentam este modelo. A tomada de decisão nesta problemática nem sempre será fácil, uma vez que estamos a lidar com pessoas e que muitas delas atravessam uma fase complicada da sua vida, a adolescência. Porém, compete-nos a nós, Enfermeiros, mas também à sociedade em geral, estar alerta para estas situações, assim como para a denúncia das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado, J., Matos, A., Pessoa, T. e Jäger, T. (2009). Cyberbullying: um desafio à investigação e à formação. *Interacções*, 5 (13), 301-326. Acedido em Março 12, 2013 em RCAAP: <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/360>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bergmann, H. (2007). Ciberespaço e cibercultura: novos cenários para a sociedade, a escola e o ensino de geografia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 43. Acedido em Março 22, 2013 em Google: <http://www.rieoei.org/jano/1612Bergmann.pdf>
- Ferreira, F., Martins, P. e Gonçalves, R. (2012). Vitimização online – a eficácia das estratégias de supervisão parental na diminuição da exposição aos riscos online. Acedido em Março 12, 2013 em Google: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/20377>
- Gândara, M. (2004). Dilemas éticos e processo de decisão. In: Neves, Maria do Céu Patrão e Pacheco, Susana, (coord.) (2004). *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Lévy, P. (1999). *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34.
- Matos, J. P. e Gomes, M. J. (2012). *Cyberbullying sobre os professores – uma realidade escondida*. Universidade de Lisboa. Instituto de Educação. Acedido em Março 12, 2013 em Repositorium: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/21398>
- Matos, M. G., Simões, C., Gaspar, T. e Equipa do Projeto Aventura Social (2012). Violência entre pares no contexto escolar. In: Matos, M. G. e Tomé, G.. *Aventura social: promoção de competências e do capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade*. (277 - 303). Lisboa: Placebo, Editora Lda.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE.
- Oliveira, S. (2008). Cyberbullying: fenómeno sem rosto. Acedido em Março 12, 2013 em Google: <http://www.educare.pt/educare/Atualidade.Noticia.aspx?contentid=45F563C7EFA931C9E04400144F16FAAE&opsel=1&channelid=0>

- Oliveira, H. (2012). Violência entre colegas (bullying) em contexto escolar. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus. Acedido em Março 12, 2013 em RCAAP: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/2455>
- Pinheiro, L. O. (2009). Cyberbullying em Portugal: uma perspectiva sociológica. Universidade do Minho. Acedido em Março 18, 2013 em Repositorium: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9870/1/tese.pdf>
- Ribeiro, M. C. O. (2008). Prevenção primária da violência: construção, implementação e avaliação de um programa de intervenção em contexto escolar. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido em Março 19, 2013 em Google: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1518/1/DM_Maria_Conceicao_Osorio.pdf
- Santos, M. J. A. (2007). “Da teoria à praxis”: a mobilização dos princípios bioéticos e a tomada de decisão, dos discentes de Enfermagem, em ensino clínico. Acedido em Abril 1, 2013 em RCAAP: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1074/1/5560_V%2520Mestrado%2520em%2520Bio00E9tica%2520-%2520M.%2520Jo00E3o%2520Santos.pdf

DISTANÁSIA: QUE PARADIGMAS

Carla Silva¹, Germana Brunhoso¹, Helena Fernandes¹, La Salette Barros¹, Vera Ferraz¹, Ernestina Silva¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contactos: carlamariasilva1@gmail.com

Resumo

Sendo o fim de vida parte da natureza humana seria legítimo que fosse encarado como algo integrante do ciclo da vida. No contexto atual de desenvolvimento técnico-científico verifica-se uma certa obstinação na procura de avanços para a manutenção da mesma, em algumas situações a qualquer custo, mesmo que isso implique o desrespeito pela dignidade do indivíduo. Trata-se de uma atitude médica, que visando salvar a vida do doente em fase terminal apenas provoca sofrimento. Nesta conduta, não se prolonga a vida propriamente dita mas o processo de morrer.

A distanásia consiste “em manter uma vida na qual a morte já impera”. Essa atitude de tentar preservar a vida a todo o custo é responsável por um dos maiores temores do ser humano na atualidade, que é o de ter a sua vida mantida às custas de muito sofrimento, solitário (...) tendo por companhia apenas tubos e máquinas”. (Kovács,2003,p.133).

Com este trabalho pretendemos uma abordagem elucidativa e reflexiva do tema que achamos ser pertinente e atual.

Palavras chave: distanásia, fim de vida, sofrimento

O fim da vida em contexto de sofrimento, assume contemporaneamente vários desafios que podem ser analisados á luz de quatro paradigmas:

Paradigma tecnocientífico:

Os avanços no conhecimento técnico e científico da medicina, propiciam o tratamento de patologias outrora impossíveis de ultrapassar, mas nem por isso tornou a morte um evento mais digno. O processo de morrer tornou-se mais problemático, mais difícil ainda de lidar e levanta dilemas éticos geradores de angústias e incertezas.

Não podemos questionar a modernização tecnológica mas sim a “tecnolotria”, ou seja a obstinação em atos e intervenções terapêuticas que vão para além do razoável, que são penosas e inúteis, prolongando a vida humana e agonizando uma etapa que deveria ser entendida como natural e não como falha de atuação dos profissionais.

Antigamente, a sociedade estava consciente das suas limitações perante doenças graves e assim, o papel dos profissionais de saúde não era tanto o de procurar uma cura impossível, mas sim proporcionar alívio e conforto ao doente nos seus últimos dias, garantindo uma morte tranquila e pacífica. Hoje preocupamo-nos inutilmente com a cura, colocando em segundo plano o indivíduo como ser mortal. O objetivo principal é prolongar ao máximo a duração da vida humana, não olhando á qualidade nem ao sofrimento atroz que inconscientemente infligimos aos doentes em fase terminal.

Paradigma comercial-empresarial

Se por um lado o paradigma supracitado tenta atribuir uma condição de valor absoluto à vida, este atribui à futilidade terapêutica um outro valor infelizmente tão presente na era moderna – o lucro.

Aqui presencia-se a uma exploração capitalista e desumana do doente em fase terminal e seus familiares em que os tratamentos de última geração são continuados, não para garantir uma cura e/ou o bem-estar no processo de morrer, mas sim garantir os fins lucrativos de uma instituição e os profissionais que lá trabalham. Assim os procedimentos continuam e prolongam-se até que os familiares queiram e os recursos monetários não escasseiem.

Na impossibilidade de curar é inútil intensificar os esforços para preservar uma vida que já não existe, pelo menos de forma digna. Amenizar o desconforto de morrer deveria ser o fim último e não os interesses económicos ou ideológicos. O ser humano assume aqui uma panóplia de valores consoante as situações: a vida humana como valor efémero e sacramental de uma pessoa, passa de repente para segundo plano, onde insurge o interesse e o bem material como valor essencial no crescimento de outras pessoas.

Paradigma da humanidade e solidariedade

Este paradigma, ao contrário dos outros, tenta encontrar um equilíbrio na forma de agir perante a inevitabilidade da morte: não desiste, optando por abreviar o sofrimento do outro – eutanásia; nem resiste à morte até ao extremo, utilizando a obstinação terapêutica sem benefício - distanásia. Aqui tem-se em conta a liberdade e dignidade do ser humano mortal e a terapia do cuidar é orientada para o alívio do sofrimento, preocupando-se com a pessoa doente e não com a doença da pessoa.

Além do combate à dor em doentes em fase terminal, aborda-se um conceito bem mais abrangente – o sofrimento. Entendido como uma experiência de dor não aliviada, complexa, cultural e pessoal; e que incute à vida um sentimento de vazio portanto, sem qualidade.

Pretende-se que a morte chegue na hora certa – ortotanásia -, e esteja desprovida de angústia e agonia, sem dor e na companhia de uma equipa multidisciplinar e daqueles que lhes são mais queridos, que lhe proporcionem o alívio da dor e dos sintomas e paz necessária para que a vida tenha a maior qualidade possível.

Paradigma teológico

Este paradigma só vem confirmar como certo o paradigma anterior. A vida e saúde são bens essenciais, mas não são bens absolutos. O dogma de “fazer tudo o que for possível para conservar a vida”, exige uma maior abrangência. Esta é entendida como um percurso do qual a morte também faz parte, e portanto não pode ser derrotada, nem adiada sistematicamente, como se fôssemos seres imortais.

A morte é apenas uma etapa; a última da vida. Deve ser integrada nos objetivos de todos os profissionais, como ponto final dos cuidados e não ser considerada como falha de atuação. Se for entendida e aceite assim, o cuidado com o corpo que está a morrer faz parte integral da preservação da saúde.

Não faz sentido a idolatria da vida física, se esta está desprovida de dignidade e qualidade.

Perspetiva dos enfermeiros

Existem vários desafios a serem superados nesta temática, nomeadamente relacionados com a possível falta de preparação dos profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade.

Esta falta de preparação dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde para encarar a morte como fase integrante da vida e não como um fracasso profissional, leva-os muitas vezes a cometerem distanásia sem terem essa percepção.

Uma das grandes dificuldades quando se trabalha em saúde é o reconhecimento da morte como irreversível, não fazendo sentido manter tratamentos que só prolongam funções vitais.

Segundo Mota (1999) citado por Kovács (2003,p.156) “ os tratamentos fúteis são propostos porque é difícil assistir à pessoa durante o seu processo de morte”. Para alguns profissionais de saúde só há tratamento quando algo se faz efetivamente, aliviando-se a consciência. MENESES (2009, p.6) num estudo realizado acerca da percepção dos profissionais sobre a temática diz: “...percebe-se que os enfermeiros compreendem que a distanásia como prolongamento de vida com dor e sofrimento, empenhando-se da melhor forma possível para garantir a dignidade do paciente no seu viver e no seu morrer, controlando os sintomas de desordem orgânica, procurando manter conforto e o bem-estar do paciente terminal.” Segundo o mesmo autor estes têm consciência da sua limitação na tomada de decisão perante a distanásia.

Em termos conclusivos, não tem fundamento “ iniciar ou continuar uma intervenção terapêutica quando o sofrimento ou o esforço gasto são desproporcionais aos benefícios reais antecipados. Neste caso, não é a interrupção da terapia que provoca a morte da pessoa, mas a patologia previamente existente.” (MARTIM,1998. p.189).

Esperamos ter contribuído para um maior esclarecimento sobre o que significa lidar com a morte de forma digna e quais os meios éticos para atingir esse fim.

Referências Bibliográficas

- KOVÁCS,J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. p.115-167. São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
- MARTIN, L. (1989). Iniciação á Bioética. p.171-174. Brasília. Conselhos Federais de Medicina
- MENESES,M. (2009).Distanásia: Percepção dos profissionais de enfermagem. Acedido em 8, Março,2013 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_02.pdf
- PESSINI,L. (2001).Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo. Centro Universitário São Camilo
- SANTANA, J. (2003).Cuidados paliativos aos doentes terminais: percepção da equipe de enfermagem. São Paulo. Centro Universitário São Camilo

RESUMOS DAS CONFERÊNCIAS

ASPETOS ÉTICOS DA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS NA SAÚDE: A VISÃO DE DANIEL SERRÃO

Daniel Serrão

Universidade Católica Portuguesa
Contacto: spserraodaniel@gmail.com

1. Quem paga os custos do SNS não é o Governo, somos todos nós os contribuintes. O Governo apenas usa o nosso dinheiro. Como foi dito aos cidadãos que iam ter cuidados de saúde para todas as doenças e em todo o território nacional e que não tinham nada a pagar, as pessoas deixaram de se preocupar com os custos e passaram a usá-lo com a maior liberdade e para todos os grandes ou pequenos incómodos de saúde: indo à urgência por coisas sem importância por a urgência estar a funcionar as 24 h, incluindo sábados e domingos; às vezes para obterem um receituário de continuidade para uma doença crónica.

2. Face a esta situação que se foi sempre agravando foi criada uma taxa moderadora era tão pequena e as isenções tão numerosas que para nada tem servido como meio de reduzir a procura. Outra consequência é a lista de espera: o SNS não nega o acesso mas não pode dizer quando esse acesso será um facto concreto e a pessoa é atendida.

3. O SNS nunca foi suficientemente financiado desde a sua criação. Sempre o Ministério da Saúde fechou as suas contas anuais com um défice elevado. No tempo em que havia moeda própria o banco central emitia notas para cobrir a dívida aumentando a inflação e desvalorizando o escudo. Com o Euro esta solução passou a ser impossível e o valor dos défices aumentaram sempre em cada ano. Portanto o MS, nunca teve dinheiro suficiente para cobrir os custos do trabalho que o SNS tem de realizar, por ser procurado pelas pessoas que reclamam o seu direito a cuidados gerais, universais e, tendencialmente, gratuitos.

4. Com a crise do Estado, endividado no estrangeiro o MS não vai ter dinheiro para pagar os custos dos serviços e até pode ter dificuldades em pagar os custos fixos que são impossíveis de reduzir; nem para pagar as dívidas que vêm dos anos anteriores, nem para investir na modernização dos serviços e das práticas dos profissionais.

Esta situação tem de ser explicada aos cidadãos para que compreendam que há que reduzir a oferta de serviços no SNS e para lhes pedir que reduzam ao essencial a sua procura, utilizando o SNS apenas para obterem cuidados que sejam mesmo necessários. A contenção no uso é uma exigência ética de profissionais e dos cidadãos.

Palavras-chave: – Ética, alocação de recursos na saúde.

PRIORIDADES EM SAÚDE: O PAPEL DAS PREFERÊNCIAS SOCIAIS NUM CONTEXTO DE ESCASSEZ DE RECURSOS

Carlota Quintal

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e CEISUC
Contacto: qcarlota@fe.uc.pt

RESUMO

Introdução: A escassez de recursos é uma característica presente em qualquer sociedade, tornando inevitável a definição de prioridades também no setor da saúde. Com a presente comunicação pretende-se sublinhar o papel das preferências sociais neste contexto, apresentando-se ainda um pequeno estudo exploratório no âmbito de órgãos para transplante.

Método: Os conceitos de fronteira de possibilidades de produção (FPP) e função de bem-estar social serão utilizados para demonstrar o custo de oportunidade que subjaz a qualquer escolha na afetação de recursos bem como o papel dos juízos de valor na identificação do ponto ótimo na FPP. Para o estudo empírico foi desenvolvido e aplicado um questionário onde se perguntava aos inquiridos o seu nível de concordância (escala de 1 a 4) sobre diferentes prioridades no caso da afetação de órgãos para transplante.

Resultados: Segundo a literatura, a legitimidade democrática, o contributo com novos conhecimentos, a oportunidade para informar os cidadãos e estimular o escrutínio público dos serviços de saúde são os aspetos que favorecem um maior envolvimento da população na definição da política de saúde. As principais desvantagens resultam da dificuldade em garantir a representatividade da população em geral e da falta de conhecimento técnico. No estudo empírico mencionado, 85.4% dos respondentes considera que a população deve ter um papel mais ativo na definição de prioridades e o nível médio de concordância mais alto (3.24) foi obtido no caso em que era sugerida prioridade para o doente com melhor prognóstico pós-transplante e o nível médio mais baixo (2.68) surgiu no caso do primeiro transplante. Na ordenação dos critérios, o benefício esperado foi considerado o mais importante, seguido da idade, tempo de espera, responsabilidade pela doença e número de transplantes.

Conclusões: A definição de prioridades em saúde é incontornável e deve ter em conta também as preferências da sociedade. Com base nos resultados obtidos no estudo empírico, os princípios mais importantes em termos de afetação de órgãos para transplante parecem ser a maximização dos ganhos em saúde e o 'fair innings', convergindo com estudos internacionais.

Palavras-chave: Prioridades, Preferências Sociais, Transplantes

ASPETOS ÉTICOS DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

José Neves

Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões
Contacto: dir.acesviseu@srsviseu.min-saude.pt

Sendo a Ética Médica a disciplina que avalia os méritos, riscos e preocupações sociais das atividades no campo da Medicina, levando em consideração a moral vigente em determinado tempo e local devemos ter subjacente este conceito quando alocamos recursos no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Devemos assumir responsabilidades para com os indivíduos, com a sociedade, com a instituição/financiador e com os colegas.

Na responsabilidade para com os indivíduos devemos ter em atenção a sua proteção e respeito, através do consentimento informado, privacidade, confidencialidade - valores guias das comissões de ética.

Na responsabilidade com a sociedade devemos ter presente a nossa finalidade de fazer o bem com confiabilidade, integridade e credibilidade.

Na responsabilidade com a instituição/financiador devemos guiarmo-nos por valores da qualidade pela excelência, da ética e responsabilidade civil na conduta, do respeito pelo indivíduo, do desempenho com eficácia, eficiência e efetividade, da inovação com exploração de novas ideias, do trabalho em equipa e da orientação para resultados.

Na responsabilidade com os colegas é o valor do nosso comportamento individual que potencie um trabalho em equipa privilegiando a complementaridade e a interssubstituição.

Palavras-chave: – Ética, Alocação, Recursos, CSP.

PROBLEMATICA VIH/SIDA - DESAFIOS ATUAIS FACE À SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Cristina Sousa

Associação Abraço
Contacto: cristina.sousa@abraco.pt

A Abraço desenvolve o seu trabalho há 20 anos e há 20 anos que luta por uma sociedade mais justa e igualitária, tendo sempre em mente a erradicação do VIH.

Apesar de Portugal, e toda a União Europeia, atravessarem uma das mais profundas crises financeiras da sua história, torna-se necessário um olhar ainda mais atento sobre a problemática da infecção por VIH/SIDA. Ao mesmo tempo que se defende a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, é indispensável assegurar que a preocupação com a infecção VIH/SIDA continue no centro das políticas de saúde e não permitir a fragilização das estruturas existentes.

Apesar dos progressos verificados nos últimos anos, o nosso país apresenta uma prevalência estimada de infecção por VIH que nos coloca no topo da Europa. Portugal situa-se em 1º lugar na transmissão heterossexual; em 3º lugar em termos de transmissão por via sanguínea e em 3º lugar na transmissão sexual entre homens. De positivo, destaca-se o facto de Portugal ter alcançado um incremento significativo do acesso à terapêutica antiretrovítica (TARV) nos últimos 8 anos, tendo triplicado o número de pessoas a fazer TARV. A TARV representa um avanço indiscutível, ao transformar a infecção por VIH numa doença crónica. Considerando os desafios da sustentabilidade do serviço nacional de saúde e a precariedade do modelo de solidariedade social, existe um risco acrescido de não serem implementadas as respostas e as políticas identificadas como imprescindíveis na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de qualidade e adesão terapêutica, podendo isto vir a revelar-se como um retrocesso e conseqüente custo adicional. É unânime que existe uma necessidade de controlo de custos tendo que se escolher prioridades. No entanto, não podemos normalizar o VIH comparando-o a outras doenças crónicas. O Tratamento da infecção VIH/SIDA é custo-efectivo (infecção por VIH um custo global próximo de 200 milhões de euros por ano); porém, o controlo do número de novas infecções através de um investimento na prevenção e o investimento nos diagnósticos precoces, são factores essenciais à sustentabilidade do SNS e por conseguinte a uma racionalização eficiente dos custos associados.

Palavras-chave: – VIH/SIDA; Abraço; sustentabilidade; racionalização.

VISÃO DA ALZHEIMER PORTUGAL SOBRE AS PRIORIDADES EM SAÚDE

Maria do Rosário Zincke dos Reis

ALZHEIMER PORTUGAL

Contacto: rosario.zincke@alzheimerportugal.org

INTRODUÇÃO: A perspectiva da Alzheimer Portugal é um reflexo dos seus objectivos, princípios e valores e também da sua visão: uma sociedade que verdadeiramente integre as pessoas com demência e respeite os seus direitos. A saúde tem que ser vista numa perspectiva holística para que se consiga alcançar o bem-estar físico e psíquico.

CONTEÚDO: Focaremos 5 tópicos que nos parecem fundamentais para promover a saúde: 1) - Promoção dos direitos das pessoas com demência, referindo a importância do diagnóstico atempado para que se consiga o efectivo respeito da sua autonomia e da sua dignidade; a importância das decisões antecipadas de vontade; a necessidade de se rever o regime jurídico das incapacidades; 2) - Reforço do papel das famílias: consolidação dos seus direitos, formação específica, soluções de alívio, apoio psicológico; 3) - Apoio domiciliário como resposta preferencial: aposta na formação específica e nas novas tecnologias; 4) - Formação como ferramenta para melhor cuidar e como meio, por excelência, de disseminação de boas práticas; 5) - Importância da definição de um percurso dos cuidados: referência à norma da direcção geral de saúde nº 53/2011 sobre a abordagem terapêutica das alterações cognitivas.

CONCLUSÃO: Importa reconhecer a importância estratégica da Alzheimer Portugal como instituição de referência, com 25 anos de experiência, na prestação de cuidados, na disseminação de boas práticas e na promoção dos direitos das pessoas com demência e dos seus cuidadores. É urgente criar um plano ou estratégia nacional para as demências.

Palavras-chave: - Direitos, Diagnóstico, Famílias, Formação.

RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS

ABUSOS E MAUS-TRATOS EM IDOSOS

Rosa Martins¹, Maria João Neto, Lurdes Rodrigues

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: rmartins.viseu@gmail.com

Introdução: O envelhecimento da população tem vindo a aumentar a nível mundial, devido em parte à melhoria das condições de vida, contudo, também têm aumentado os abusos e maus-tratos nos idosos, (muitas vezes em formas silenciadas), com tendência crescente e com fortes implicações na sua qualidade de vida. Assim, torna-se fundamental aprofundar conhecimentos nesta área, de modo a estabelecer políticas e intervenções no sentido de inverter este cenário.

Objetivo: Identificar formas de abusos e maus-tratos em idosos, assim como os fatores determinantes desses abusos.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo não experimental, descritivo e transversal, no qual participaram 35 idosos do concelho de Porto de Mós. O instrumento de colheita de dados utilizado, integra um formulário sociodemográfico, uma escala APGAR-Familiar e o Question to Elicit Elder Abuse (QEEA). Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS versão 20.

Resultados: A maioria da população tem idades compreendidas entre 65 e 70 anos, pertence ao sexo feminino, tem estado civil casado e possui como habilitação o ensino básico. Habita com o cônjuge, é visitada regularmente por familiares, não tem sentimentos de solidão e auferem entre 500 e 1000€ mensais. Percecionam maioritariamente famílias altamente funcionais e as formas de abuso identificadas são do tipo emocional e negligencia.

Conclusão: Verificámos que os idosos mais abusados neste estudo eram os não casados (solteiros e viúvos), os que possuíam menores habilitações académicas, aqueles que referiam sentir solidão e ainda os que percecionavam integrar famílias com alguma disfunção. As evidências encontradas, convidam-nos à reflexão e desenvolvimento de estratégias de intervenção, que contribuam para a diminuição ou extinção dos abusos e maus-tratos em idosos.

Palavras-chave: Idosos, envelhecimento, abusos e maus-tratos.

CYBERBULLYING E TOMADA DE DECISÃO

Cristina Coutinho¹, Rita Seara²

¹ ACES DOURO I – Marão e Douro Norte – USF Nuno Grande

² ACES DOURO I – Marão e Douro Norte – UCSP Alijó

Contacto: r-seara@hotmail.com

Introdução: O cyberbullying é um fenómeno que pode causar danos à evolução saudável de uma criança/jovem, incutindo neles sentimentos, atitudes e comportamentos negativos para o seu desenvolvimento. A tomada de decisão nesta problemática não deve ser fácil, uma vez que estamos a lidar com pessoas que atravessam uma fase complicada da sua vida, a adolescência. Porém, compete-nos a nós, Enfermeiros, mas também à sociedade em geral, estar alerta para estas situações, assim como para a denúncia das mesmas. Neste trabalho, o grupo questiona-se sobre a tomada de decisão perante situações de cyberbullying. Pretendemos aprofundar o fenómeno do cyberbullying; analisar o processo de tomada de decisão à luz da bioética e desenvolver uma análise crítico-reflexiva sobre a tomada de decisão perante este fenómeno. A metodologia a adoptar terá por base a análise descritiva, crítica e reflexiva e como estratégias a pesquisa bibliográfica.

Estado da arte: Sendo o cyberbullying um fenómeno que pode atingir grandes proporções e envolver várias pessoas, devemos refletir um pouco sobre as consequências deste fenómeno e sobre o papel que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pode desempenhar perante estas situações. O Enfermeiro, em conjunto com a escola, tem que ter a capacidade de estar desperto para este fenómeno, assim como os professores e a família. O desinteresse pela escola e consequentemente a diminuição do rendimento escolar são fatores que na maioria das vezes estão associados às vítimas de cyberbullying. Importa pois, que as escolas implementem políticas de prevenção e de denúncia de situações por parte dos seus pares.

Conclusão: Enquanto Enfermeiros devemos estar alerta para captar todo e qualquer sinal que as crianças e jovens, enquanto vítimas de cyberbullying, nos possam demonstrar. A implementação de políticas de prevenção e de denúncia destes casos, pode ser uma das medidas a adoptar, em conjunto com toda a comunidade escolar e suas famílias. A tomada de decisão não será fácil de ser aplicada, contudo, podemos sempre recorrer aos princípios da bioética para elucidar este processo.

Palavras-chave: – Cibercultura, cyberbullying, tomada de decisão.

TESTAMENTO VITAL: REFLEXÃO SOBRE AS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA

Ândrea Figueiredo¹, Amélia Oliveira¹, Inês Marques

¹ INEM – Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Pombal
Contacto: andreamgfigueiredo@gmail.com

Introdução: A atualidade e controvérsia inerente ao debate sobre as questões éticas relacionadas com as diretivas antecipadas de vontade e o testamento vital, estimularam-nos a desenvolver este trabalho em que pretendemos reflectir criticamente sobre a sua aplicação na prática dos cuidados de enfermagem. Para tal realizámos uma análise reflexiva baseada na revisão da literatura e legislação existente.

Estado da Arte: A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, da Assembleia da República, estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de testamento vital (TV), regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Implicações Teóricas e Práticas: O TV é um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa que preencha os requisitos cumulativos de capacidade constantes do Art.º 4.º manifesta antecipadamente a sua vontade no que se refere aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, no caso de, por qualquer motivo, se encontrar incapaz de manifestar a sua vontade pessoal. Contudo, estas diretivas são também objeto de limitações (Art.º 5.º), pois, a manifestação de uma vontade anterior face ao consentimento em fim de vida, formalizada em documento jurídico, não deve assumir natureza absoluta, uma vez que isso não consideraria a alteração das circunstâncias da vida do declarante e poderia originar um facilitismo da decisão pelo profissional de saúde que se limitaria, em cada situação concreta, a agir apenas com base no texto do documento, sem ter em conta as outras fontes de informação inerentes à decisão clínica e ética em saúde.

Novas Perspetivas: Criação do RENTEV e investimento em formação ética, deontológica e jurídica para os profissionais de saúde. Conclusão: A formalização da vontade anterior deve respeitar a possibilidade de revogação pela pessoa e assegurar que o profissional de saúde se certifica em cada situação, que a vontade expressa no TV corresponde à atual, agindo no sentido do melhor interesse da pessoa, sempre que as circunstâncias se tenham alterado.

Palavras-chave: – Testamento Vital; Diretivas Antecipadas de Vontade

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ândrea Figueiredo

INEM – Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Pombal
Contacto: andreamgfigueiredo@gmail.com

Introdução: Com este trabalho pretende-se realizar uma reflexão baseada na revisão da literatura, análise da legislação portuguesa e dos diversos documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros, sobre a tomada de decisão do enfermeiro relativamente ao acompanhamento e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica durante o transporte intra e inter-hospitalar.

Estado da Arte: No que diz respeito ao acompanhamento da pessoa em situação crítica e apesar da decisão do transporte ser um ato de responsabilidade médica, de acordo com o seu Código Deontológico, o enfermeiro deve: “responsabilizar se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”, “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respectivo tratamento” e “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

Implicações Teóricas e Práticas: O ato de transportar deve reproduzir a extensão da unidade de origem, tornando-o seguro e eficiente, sem expor a pessoa a riscos desnecessários, evitando, assim, agravar o seu estado clínico, portanto, a decisão de realizar o transporte secundário da pessoa em situação crítica deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. Para que o transporte possa ser realizado com a manutenção do nível e qualidade dos cuidados prestados é necessário que as equipas que os efetuam sejam competentes e devidamente preparadas. Assim, a pessoa em situação crítica deve ser transferida em “unidades de cuidados intensivos móveis” sob a supervisão de equipas qualificadas constituídas por médico e enfermeiro (SPCI, 2008). Em Portugal, esta matéria está regulamentada por Decreto-Lei e sujeita a recomendações por diferentes grupos de trabalho e Ordens profissionais, nomeadamente a OE.

Conclusão: O dever de cuidado dos enfermeiros não depende da qualificação dos transportes como urgentes ou programados, mas sim da necessidade de prestação ou de continuidade de prestação de cuidados de enfermagem, decisão que é do enfermeiro no exercício da sua autonomia profissional. (Parecer Jurisdicional 312/2011).

Palavras-chave: – Tomada de Decisão; Transporte Secundário

CONHECIMENTO ÉTICO-MORAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Madalena Cunha¹, Maria do Céu Cunha², Teresa Rodrigues³, Celso Nunes⁴, Estudantes do 25º CLE da ESSV¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu

² Agrupamento de Escolas de Sátão

³ Agrupamento de Escolas Cidade do Entroncamento

⁴ Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Contacto: madac@iol.pt

Introdução: O conhecimento ético, considerado comportamento moral, vai além do simples conhecer as normas ou códigos éticos da profissão, inclui as ações voluntárias que são deliberadas e sujeitas a julgamentos. Este componente é considerado o conhecimento moral da enfermagem. Envolve julgamento ético constante e implica confrontar valores/normas/interesses/princípios. O conhecimento ético não descreve/prescreve a decisão a tomar, pelo contrário, ele provê insight sobre as possíveis escolhas a serem feitas e seu porquê, (Carper,1978 cit in Silva & Batoca,2003). Estes pressupostos justificam formar para a dimensão ético-moral do cuidar.

Objetivos: Avaliar o nível de conhecimento ético/moral; Avaliar em que medida a idade e sexo influenciam o nível de conhecimento ético/moral.

Material e métodos: Estudo descritivo-analítico, transversal com uma amostra não probabilística de 85 Estudantes do 1º ciclo de formação em enfermagem, com média de idades de 21.27anos, (16% do sexo masculino e 84% do feminino). A colheita de dados suportada no Questionário "Mapeamento do Conhecimento Ético" (Cunha;Cunha,M.C.,Rodrigues,&Nunes,2013), disponível online no sítio da ESSV, decorreu de 18 de Março a 10 de Abril de 2013.

Resultados: Constatou-se que a maioria dos estudantes de enfermagem (63,2%) manifesta conhecimentos positivos, sendo que 51,7% apresentam bons conhecimentos e 11,5% suficientes conhecimentos. Os restantes manifestam défice de conhecimento (36,8%). Os homens apresentam melhores conhecimentos (92,9% vs 57,6%), e as mulheres encontram-se mais representadas no grupo com défice de conhecimentos (42,5% vs 7,1%), (Chi Square=6,423;p=.040). Os estudantes mais velhos manifestam possuir menos conhecimentos sobre os valores religiosos ($\rho=-.246;p=.021$). Verificou-se ainda associação entre os conhecimentos sobre valores religiosos e políticos ($\rho=.248;p=.021$), e entre estes e o conhecimento sobre as virtudes ($\rho=.256;p=.017$).

Conclusões: Os resultados sugerem que os estudantes de enfermagem possuem conhecimentos ético-morais adequados ao ciclo de formação que frequentam, demonstrando que a intervenção educacional promove a capacitação para o cuidar eticamente dirigido.

Palavras-chave: – Conhecimentos; Ética; Estudantes de Enfermagem.

RESUMOS DOS POSTERS

DISTANÁSIA - QUE PARADIGMAS

Carla Silva¹, Germana Brunhoso¹, Helena Fernandes¹, La Salette Barros¹, Vera Ferraz¹, Ernestina Silva²

¹ Estudantes do 3º CMESIP da Escola Superior de Saúde de Viseu

² Docente do Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde

Contacto: carlamariasilva1@gmail.com

Introdução: No contexto atual do desenvolvimento técnico -científico verifica-se uma certa obstinação terapêutica pela manutenção da vida, e em algumas situações, a qualquer custo. Isto tem levado ao receio do ser humano de ver a sua vida mantida à custa de muito sofrimento, em que não se prolonga a vida mas o processo de morrer. É nosso objectivo compreender melhor alguns dos dilemas éticos que advêm dos paradigmas inerentes à temática.

Estado da Arte: Pelo conhecimento atual e resultante das nossas práticas temos algumas inquietações que queremos aprofundar: Até que ponto as intervenções terapêuticas vão para além do razoável, prolongando a vida humana e agonizando o processo de morrer? Por outro lado, até que ponto se explora o doente em fase terminal e seus familiares com fins lucrativos, ou benefícios profissionais? De que modo se tem em conta a dignidade do ser humano, e os cuidados são orientados para o alívio do sofrimento? Sendo a morte a última etapa da vida, será que os profissionais a encaram como tal e não como falha de atuação?

Implicações teóricas e práticas: A dignidade no processo de morrer é um direito do doente e um dever profissional em que uma equipa multidisciplinar deve saber distinguir qual o paradigma emergente: tecnocientífico, comercial-empresarial, humanidade e solidariedade ou teológico. Relevamos que na fase terminal deve proporcionar-se alívio da dor, dos sintomas, favorecer a companhia dos familiares e transmitir paz, solicitude e compaixão.

Palavras-chave: – Distanásia, fim de vida, sofrimento, paradigmas.

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ POR MALFORMAÇÕES FETAIS: SIM OU NÃO?

Filomena Nogueira¹, Ana Rita Prata¹, Onélia Santos¹, Ana Sousa¹, Tânia Vaz¹, Ernestina Silva¹,
Carlos Gomes²

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu

² Centro Hospitalar Cova da Beira

Contacto: filopaulo@live.com.pt

Introdução: A gravidez e maternidade são experiências únicas para a mulher e seu companheiro, um dos acontecimentos mais significativos e marcantes da vida do casal e da sua família que, geralmente, ocorrem sem grandes sobressaltos ou problemas. No entanto, a notícia de uma malformação do feto pode perturbar esta experiência mágica. O acesso e a visualização do feto foi um dos mais revolucionários progressos da medicina, pelo que veio permitir diagnosticar, refletir e decidir sobre o secretismo do útero materno, possibilitando às mulheres a decisão de interromper a gestação quando as malformações fetais são diagnosticadas. Esta prática não está isenta de sérias questões éticas, que pretendemos refletir.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que suporta a reflexão da decisão de Interrupção Voluntária da Gravidez por malformações fetais em dois casos clínicos no Centro Hospitalar Cova da Beira, no ano de 2011 e 2012.

Resultados: Procuramos traduzir as vivências destas mulheres confrontadas com a interrupção da gravidez e relevamos as seguintes questões éticas: A decisão respeitou a dignidade e direitos do embrião? A quem coube a decisão sobre a vida do embrião? Será que foi permitida aos pais uma decisão livre? Será que foram refletidos os superiores interesses da criança? Como conseguem enfrentar todo este processo de dor e sofrimento?

Conclusão: De acordo com a legislação em vigor e princípios éticos, em ambos os casos, foi respeitada a vontade da mulher grávida, depois de lhe ser dada informação clínica para que a mesma tenha feito o seu próprio processo de assimilação e escolha consciente.

Palavras-chave: - Interrupção da gravidez, malformação fetal, decisão.

EMBRIÕES EXCEDENTÁRIOS: QUE DESTINO?

Carla Santos¹, Joana Gomes¹, Patrícia Terras¹, Sandra Figueiredo¹, Susana Severino¹, Ernestina Silva¹

¹Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: paulo.bela@live.com.pt

Introdução: Todos nós fomos, um dia, embriões vivos aos quais foi assegurado o princípio da proteção absoluta à vida e ao desenvolvimento. No seio da comunidade, a reprodução medicamente assistida generalizou-se, com apreciável aceitação médica e sociocultural, e é praticada em instituições públicas e privadas. Desta prática tem resultado um número de embriões humanos superior ao que é implantado. É nosso objetivo sensibilizar para esta questão.

Estado da arte: Os embriões excedentários pertencem a um projeto de parentalidade, e é por ele que devem ser protegidos, com responsabilidade e autonomia. Um embrião excluído deste projecto deve ser mantido em condições de criopreservação ótimas, enquanto se define o seu destino, mantendo a sua identidade e dignidade. Podendo perecer de forma inevitável, poderá ser utilizado para pesquisa da qual resulte benefício para a humanidade, ser doado a terceiros ou constituir bancos de células estaminais para programas de transplantação ou até ser destruídos.

Implicações: A discussão sobre o destino dos embriões excedentários reside precisamente nesta questão ética e moral, que vai além da ciência e religião e se posiciona num leque de questões, que colocam em causa o estatuto do embrião como um ser vivo humano que apela a viver e tem direito a viver ou como um mero aglomerado de células, sem qualidades nem interesses, passível de ser usado livremente. Pela ausência de lei reguladora e enquanto não são clarificadas as posições pela comunidade, milhares de embriões mantêm-se à espera de serem destruídos após o prazo legal estabelecido.

Palavras-chave: – Embriões excedentários; criopreservação; destino.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA EPIDEMIA INVISÍVEL

Ana Filipa Correia¹, Joana Breia¹, João Pina¹, Leticia Santos¹, M^ª João Duarte¹, Tiago Oliveira¹

¹ IPV – Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: joaopina@live.com.pt

Introdução: A violência doméstica é a violência física, sexual e psicológica que ocorre numa relação íntima ou familiar. A violência doméstica traduz-se em agressões físicas, abusos sexuais e maus tratos psicológicos.

Objetivos: Evidenciar as causas e efeitos da violência doméstica; Enunciar qual a resposta dos profissionais à situação da vítima; Contribuir para a formação dos profissionais relativamente a este problema com enfoque nas medidas preventivas.

Métodos: Pesquisa em livros, em trabalhos publicados on-line, monografias e entrevistas com profissionais de saúde.

Resultados: Qualquer pessoa pode ser vítima de violência doméstica independentemente do seu estatuto social, económico ou profissional. As principais vítimas de violência doméstica são as mulheres. Estes atos de violência acarretam graves efeitos sobre a saúde física, emocional, comportamental e social tais como, dificuldades em dormir, baixa auto-estima, vergonha, depressão, isolamento, etc. As causas da violência doméstica não são conhecidas, contudo apontam-se como principais fatores o abuso de bebidas alcoólicas ou de drogas, o modo de agir do indivíduo, doença mental, stress, frustração, subdesenvolvimento e antecedentes de violência na família.

Os profissionais de vários setores que estão em contacto com potenciais vítimas devem ser capazes de detetar sinais de violência doméstica. É importante compreender que a vítima de violência e abuso requer apoio de ordem prática e de ordem emocional.

Conclusão: Os profissionais baseiam as estratégias de prevenção na premissa de que a violência é evitável. É possível que as famílias, parceiros e todos os outros residentes no domicílio possam viver juntos sem violência. As estratégias de prevenção devem, em primeiro lugar, proteger a segurança e o bem-estar da vítima e dos que estão em risco. Precisam de funcionar a vários níveis, dirigindo-se aos mais diversos aspetos do problema. Uma estratégia abrangente para a violência doméstica requer medidas reativas (proteção, tratamento e coação legal) e pró-ativas (programas educativos e informativos) nos quais o enfermeiro pode ter um papel crucial.

Palavras-chave: - violência doméstica; agressores; vitimas.

O “PESO” DA VACINAÇÃO

Carla Nunes¹, Cristina Morgado¹, Luís Costa¹, Madalena Silva¹, Sónia Amaral¹, Ernestina Silva¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: carlacgnunes@hotmail.com

Introdução: A vacinação é uma medida preventiva, indiscutivelmente eficaz para a promoção da saúde pública. É ao mesmo tempo uma prática de saúde de grupos e individual, pois depende da decisão do indivíduo. Torna-se, por isso, importante refletir sobre a decisão ética na vacinação.

Estado da Arte: Estudos revelam as vantagens da vacinação para a diminuição das doenças infecciosas mortais e mesmo a erradicação de outras, tais como a varíola. Contudo, têm surgido situações de reações adversas às vacinas, o que tem levado a casos isolados de recusa dos pais, que poderá comprometer o sistema de vacinação, originando novos surtos de doenças como o sarampo e a rubéola.

A vacinação não é obrigatória em Portugal com exceção das vacinas contra o tétano e difteria, mas sim altamente recomendada. Porém todos os indivíduos que recusem devem assinar uma declaração. A Direcção-Geral de Saúde tem autoridade de converter uma vacina em obrigatória, caso uma doença grave reapareça.

Implicações teóricas e práticas: A vacinação é um modo seguro para a proteção das doenças sendo por isto uma medida preventiva eficaz em saúde comunitária. Por outro lado, existem ocorrências esporádicas de recusa à vacinação fundamentadas nos efeitos colaterais das vacinas. É no entanto importante reconhecer que a autonomia é apenas um valor ético e esta pode ser ultrapassada por considerações de ordem moral em que o indivíduo se deve sujeitar às regras que beneficiam todos os que pertencem à sua comunidade. A resolução deste problema passa pela disponibilização da informação pelos profissionais sobre as vantagens da vacinação preventiva e por organização de campanhas de vacinação, incentivando assim a adesão à vacinação, tendo presente o respeito pelos direitos humanos e direito de tomada de decisão. O consentimento informado para este ato deve ser obtido de forma livre e esclarecido, tendo o enfermeiro uma responsabilidade crucial nesta área.

Palavras-chave: - Vacinação – Recusa – Decisão – Comunidade.

TESTAMENTO VITAL

Ana Cláudia Santos¹, Ana Gabriela Saraiva², Ana Ribeiro³, Liliana Martins¹, Liliana Rodrigues⁴, Ernestina Silva⁵

¹ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados D. Duarte

² Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Cantanhede

³ Centro Hospitalar Tondela – Viseu

⁴ Unidade de Cuidados na Comunidade de Viseu

⁵ Escola Superior de Saúde de Viseu

Contacto: anacacauliveira@gmail.com

Introdução: A evolução da medicina permitiu o prolongar da vida, contribuindo, não só para o predomínio da doença crónica, mas também para uma utilização abusiva das novas tecnologias biomédicas.

As diretivas antecipadas de vontade (DAV), também conhecidas por testamento vital, surgem como uma forma de reinvenção do consentimento informado, de um modo prospetivo, capacitando o indivíduo relativamente à própria saúde, possibilitando a recusa a determinados tratamentos que na sua idiossincrasia são claramente inaceitáveis. O nosso objectivo consiste em esclarecer sobre as DAV.

Estado da arte: A Lei nº 25/2012 de 16 de Julho refere-se às DAV como um documento unilateral e revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade, que não se encontre interdita por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não, no caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade.

As discussões acerca do tema não são novas, permitindo-nos destacar algumas vantagens. Desde logo assumir-se como uma barreira à obstinação terapêutica, visando com isso a preservação da dignidade humana no fim da vida, permitir a contribuição para o empoderamento dos doentes, visto ter por base a vontade do indivíduo, possibilitando a realização do direito à autodeterminação preventiva, a autonomia prospetiva, facilitar o planeamento do momento da morte e reduzir o impacto emocional de tomar decisões aos familiares e aos profissionais de saúde.

Também se afiguram algumas desvantagens, como a dificuldade na sua aplicação dada a imprecisão da terminologia, a afetação da relação médico-doente pela jurisdicionalização da morte, o facto do consentimento não ser actual e já poder ter havido evolução da medicina, bem como a pessoa em situação de saúde poder ter uma opinião diferente de quando está em luta contra a dor e a morte.

Implicações: As DAV assentam num profundo sentido ético e de responsabilidade, devendo o Enfermeiro ter um papel preponderante no respeito, defesa e promoção do direito da pessoa ao consentimento informado e um apurado sentido humano nos cuidados que presta.

Palavras Chave – Autonomia, Empoderamento, DAV

REANIMAÇÃO EM NEONATOLOGIA - DILEMAS ÉTICOS

Ana Barata¹, Catarina Garcia¹, Dora Pedrosa¹, Ernestina Silva¹

¹Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: abarata86@hotmail.com

Introdução: A Reanimação é um acontecimento stressante quer para os familiares quer para a equipa multidisciplinar, pois envolve vários aspetos técnicos, éticos, morais e jurídicos (Madeira et al, 2011). É nosso objectivo compreender melhor alguns dos dilemas éticos que a reanimação em neonatologia encerra e despertar para a reflexão sobre a temática.

Estado da arte: Cada recém-nascido, independentemente da sua fragilidade, malformação ou doença, tem direito à reanimação e isto constitui um dever ético para os profissionais de saúde. Contudo, podem surgir vários dilemas, tais como: qual o limite da viabilidade do recém-nascido? ; deve reanimar-se um recém-nascido com asfixia severa ou que não apresenta sinais de vida? ; deve reanimar-se um recém-nascido com malformações severas? ; será que os pais são envolvidos na tomada de decisão de reanimação ou interrupção da mesma.

Conclusão: Em Neonatologia aliar a complexidade tecnológica com a complexidade de ética, moral e humana, envolvendo os pais, constitui uma responsabilidade dos profissionais de saúde. Acreditamos que é necessário aprofundar a reflexão ética, pois é muito mais importante dar uma vida digna de que simplesmente salvar a vida.

Palavras-chave: - Reanimação, Neonatologia, Dilemas éticos.

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

Maria Emília Neves¹, Ernestina Silva²

¹ Centro Hospitalar Baixo Vouga

² Escola Superior de Saúde de Viseu

Contacto: eoneves@msn.com

Introdução: Perante o avanço científico e tecnológico na área da saúde é constatada a possibilidade de maior interferência nos processos de morrer. É preciso mudar a vertente cultural e inverter a forma como se encara a morte, não uma situação de fracasso ou vergonha mas sim um processo natural da vida no qual o ser humano precisa de apoio. Perante situações clínicas em que não existem expectativas de recuperação, a pessoa maior de idade pode manifestar a sua vontade de recusa em receber cuidados de saúde, inúteis ou desproporcionados, com recurso às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). No sentido de refletir sobre as questões éticas do final de vida, definimos os seguintes objetivos: Analisar a percepção dos enfermeiros sobre as DAV; Determinar a relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil), socioprofissionais (formação, local e tempo de serviço) dos enfermeiros e a sua percepção sobre DAV; Identificar de que modo a experiência dos enfermeiros com as DAV influencia a sua percepção. Cada vez mais se reclama a necessidade de humanizar o fim de vida, e a elaboração do Testamento Vital permite à pessoa preparar-se para a incapacidade sobretudo, para o acontecimento vital que é a morte e aos profissionais de enfermagem cabe o papel de informar, respeitar, acompanhar e cuidar o doente em fase terminal, não podem estar alheados de todo o processo de planeamento, conceção e cumprimento de DAV.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, correlacional amostra de 150 enfermeiros do CHBV, EPE, obtida de Fevereiro a Março de 2013.

Utilizámos uma escala tipo Likert com 31 itens criada com base na Lei nº 25/2012.

Resultados: Trabalho ainda em curso e pelos dados preliminares verificamos que os enfermeiros não têm experiência com situações do doente ter manifestado a sua vontade através de DAV. A percepção sobre as implicações da Lei é insuficiente.

Conclusão: Relevamos a necessidade de maior reflexão e debate sobre as questões éticas que as DAV encerram: promoção da autonomia do doente e informações a prestar, cuidar em situações de vulnerabilidade, decisões de equipa, integridade ética do enfermeiro e objeção de consciência, eficácia do RENTEV.

Palavras-chave: - Diretivas Antecipadas de Vontade; Enfermeiros.

MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO EM CASAIS INFÉRTEIS

Daniela Leal¹, Marlene Cunha¹, Marisa Chaves¹, Vera Silva¹, Ernestina Silva¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: danielaleal@sapo.pt

Introdução: A maternidade de substituição ocorre quando um casal, frente à impossibilidade absoluta de ter um filho, recorre a outra mulher para gerar uma criança. Esta questão levanta polémica na opinião pública e questões éticas ligadas aos interesses do casal, da mulher que assumiu a maternidade de substituição e por outro lado aos interesses da criança. Este trabalho tem como objectivo reflectir acerca da maternidade de substituição em casais inférteis, enquadrando a temática à luz dos princípios bioéticos.

Estado da Arte: A legislação atual em Portugal não permite a maternidade de substituição, contudo esta situação apresenta-se como um dilema ético, pelo que devem ser refletidas várias questões. Reconhece-se que a mulher está sujeita ao papel de maternidade subalternizando o papel de grávida? Como fica a mulher que deseja ter um filho e que não tem a possibilidade de o gerar dentro de si, recorrendo ao útero de outra mulher, se a gestante de substituição não cumpre a sua palavra e quer ficar com a criança? Como resolver o problema em que a gestante, ainda que inconscientemente, desenvolve laços vinculativos com o bebé que está a crescer dentro do seu útero e como tal também tem o direito de o reivindicar como seu? Supondo que se trata de um gesto altruísta da mulher, como gerir a relação entre a gestante de substituição e o casal? Como encarar a alteração da expressão genética do embrião? **Implicações teóricas e práticas:** A maternidade de substituição é um assunto que encerra questões éticas e divergências sociais. Relevamos que nem tudo o que é cientificamente possível é ético e socialmente aceite, pois podem-se perder de vista os limites e ocorrerem situações de injustiça e exclusão.

Palavras-chave: - Maternidade substituição; Legislação; Bioética.

TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS EM "TESTEMUNHAS DE JEOVÁ"

Ana Coimbra¹, Beatriz Costa¹, Diana Oliveira¹, Joana Oliveira¹, Manuela Pires¹, Patrícia Fonseca¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: sofi.coimbra@hotmail.com

Introdução: As transfusões sanguíneas em "Testemunhas de Jeová" levantam inúmeras questões éticas e deontológicas. Para uma melhor reflexão acerca desta problemática iremos apresentar um caso clínico.

Método: O caso apresentado refere-se ao Luís, com 16 anos, Testemunha de Jeová, que recusa a transfusão sanguínea mesmo sendo este o único meio de evitar a sua morte. Os pais concordaram com o Luís, recusando o tratamento. É de sublinhar que as faculdades mentais do Luís não se encontram comprometidas.

Resultados: Este caso levanta várias questões tais como: Será a vontade do Luís superior à sua vida?; Será que o Luís está consciente das consequências da sua recusa?; Será que ele não se sente pressionado?; Atendendo à sua idade, será que a vontade expressa do Luís tem validade?; Deverá o Estado tomar essa decisão pelo Luís? No que toca às intervenções de enfermagem estas deverão ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro - isto significa que as pessoas devem ser respeitadas e reconhecidas, bem como as suas opções, crenças e valores. A pessoa tem direito a decidir e agir conforme a sua vontade, contudo o enfermeiro deverá mostrar preocupação pelo doente. O facto de ser menor não deveria ser um impedimento visto que possui 16 anos de idade. Como prova de terem sido dadas as informações, o consentimento deve ser colocado por escrito.

Conclusão: A decisão do Luís deverá ser respeitada se após uma avaliação cuidada a nível psicológico não houver comprometimento e se tiver sido fornecido o consentimento livre e esclarecido.

Palavras-chave: – Transfusões de sangue, Testemunhas de Jeová, Idade.

O DIREITO À LIBERDADE

Carlos Pontinha¹, M. Graça Cunha¹, Bruno Coelho¹, Arlete Fernandes¹, Pedro Silva¹, Sabina Silva¹

¹ Unidade Local Saúde da Guarda – Hospital Sousa Martins
Contacto: carlospontinha@portugalmail.com

Introdução: O documento de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) é um instrumento jurídico, através do qual o declarante pode determinar quais os cuidados de saúde que deseja ou não receber, no caso de, por qualquer causa, se encontrar incapaz de prestar o consentimento informado de forma autónoma. O objetivo deste trabalho foi apresentar o estado da arte no que concerne á diretiva de vontade antecipada do utente.

Estado da Arte: O registo de DAV vigora há alguns anos em países como: Estados Unidos (1970), Holanda (2001), Espanha e Bélgica (2002), França (2005), Inglaterra (2007), Argentina (2009), Itália (2011). Em Portugal o regime de DAV em matéria de cuidados de saúde, é sustentada pelo artigo n.º 1.º da Lei n.º 25/2012. Assume-se sob a forma de testamento vital, nomeação de procurador de cuidados de saúde e criação do Registo Nacional de Testamento Vital. Esta lei reúne consenso por parte de políticos, profissionais de saúde, comissões de ética e igreja.

Novas perspectivas/directrizes: A entrada em vigor deste documento veio permitir que o doente tenha voz ativa na tomada de decisões clínicas, não obstante em caso de urgência ou perigo imediato para a vida do paciente, a equipa médica não tem o dever de ter em consideração as DAV, quando o acesso às mesmas implique uma demora que agrave os riscos para a vida e saúde do outorgante. É contudo, assegurado aos médicos o direito à objeção de consciência, devendo neste caso, o estabelecimento de saúde adotar medidas em cooperação com outros estabelecimentos e profissionais de saúde, de forma a cumprir as DAV do doente.

Implicações teóricas e práticas: A DAV cria mecanismos legais para que cada doente possa exercer o direito á autodeterminação em matéria de cuidados de saúde, especialmente numa época em que o avanço da medicina é uma realidade constante. Mas, e uma vez que estas medidas não se esgotam no testamento vital, havendo ainda um longo caminho a percorrer pela garantia da liberdade de cada um, numa fase em que ainda persiste o debate sobre “forças e fraquezas” desta temática.

Palavras-chave: – Diretivas Antecipadas de Vontade, autodeterminação.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ana Rita Brito¹, Daisy Simões¹, João Pinto¹, Leandro Neves¹, Nuno Costa¹, Preciosa Ribeiro¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: ritabrito.v28@gmail.com

Introdução: O Consentimento Informado surgiu devido à necessidade de proteger e respeitar o Homem na sua individualidade, autonomia e liberdade, mas com o passar do tempo, grande parte dos casos transformou-se numa prática rotineira e afastada dos seus princípios. Tendo em conta este ponto de vista, o nosso objetivo é mostrar que todo o processo do Consentimento Informado não se trata apenas de um protocolo entre doentes e médicos, da assinatura numa folha estandardizada, constituindo assim apenas uma aceitação/imposição e não a devida transmissão de informação imprescindível ao doente.

Estado da arte: Consentimento Informado trata-se de uma decisão voluntária da pessoa para que sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem ou do tratamento. É o conceito central da Ética Médica, composto por dois componentes fundamentais: Compreensão e Informação. Assumidos pelo doente, são a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos - auto-responsabilização e liberdade de escolha.

Caso clínico: O Sr. José tem 60 anos. Foi-lhe diagnosticado um cancro no estômago, e foi-lhe sugerido a remoção do tumor. Antes da cirurgia, o Sr. José foi devidamente informado sobre todo o processo, os benefícios e os riscos do procedimento, e todas as alternativas ao tratamento cirúrgico, com vista a sua recuperação e bem-estar. Decide de forma livre e esclarecida submeter-se ao tratamento que lhe foi indicado, tendo em conta todas as informações que lhe foram dadas.

Logo, este caso clínico apresenta de uma maneira simplificada o que se pretende com este processo, o que deve surgir da comunicação enfermeiro-utente.

Conclusão: Portanto, pretendemos que haja uma reflexão por parte de todos e futuros profissionais da saúde sobre esta prática para que não se caia na rotina e deste modo se desvalorize os princípios desta prática nomeadamente, o centro de cuidados de saúde, o utente.

Palavras-chave: - Ética Médica; Reflexão; Consentimento Informado.

REANIMAR OU NÃO REANIMAR UM RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS? UM DILEMA ÉTICO

Pedro Silva¹, Sabina Silva¹, Bruno Coelho¹, Arlete Fernandes¹, Carlos Pontinha¹, Graça Cunha¹

¹ Unidade Local Saúde da Guarda – Hospital Sousa Martins
Contacto: enf.lopes@gmail.com

As questões relativas às orientações para não iniciar a reanimação neonatal e/ou interromper as manobras são complexas e dependem do contexto nacional, social, cultural e religioso, no qual os conceitos de moral e ética são discutidos. O dilema para iniciar ou interromper a reanimação dos recém-nascidos na sala de partos surge quando se está perante recém-nascidos pré-termo extremos, recém-nascidos em morte aparente e recém-nascidos polimalformados graves. Apesar de não existir um consenso em relação a "quão pequeno é pequeno", as recomendações atuais concordam que recém-nascidos abaixo de 22-23 semanas de idade gestacional não apresentam viabilidade para vida extrauterina. A discussão do início ou não da reanimação de prematuros extremos deve ser feita, sempre que possível, antes do nascimento, pela equipa multidisciplinar envolvendo a grávida e família e deve basear-se na idade gestacional, uso de corticóides pré-natal, sexo, peso, presença de gemelaridade e desnutrição intrauterina, além da vitalidade fetal, dado que estes fatores vão condicionar a estimativas de vida e de vida sem sequelas maiores. Os resultados dessas estimativas serão uma probabilidade; ou seja, de 100 prematuros com uma condição semelhante (abaixo de 22-23 semanas), um por cento sobrevive e outro sobrevive sem sequelas. Sempre que não houver uma decisão estabelecida de não iniciar a reanimação antes ou ao nascimento, os procedimentos de reanimação devem ser feitos de maneira plena e adequada, até que mais dados possam ser colhidos. Segundo o artigo 3 da Declaração Universal dos Direitos Humanos "Todo o Ser Humano tem direito à Vida, à Liberdade e a Segurança Pessoal" - A quem caberá o direito, ou o dever de decidir se se deve reanimar ou quando se deve suspender a reanimação? E quem dará respostas inequívocas às questões da família: o que vai acontecer com o nosso bebé? Que qualidade de vida terá ou teria...

Palavras-chave: – Reanimação; recém-nascido; prematuridade; dilema.

TRANSMISSÃO DE MÁ NOTÍCIAS

Jéssica Amado¹, Carolina Ferreira¹, Jéssica Figueiredo¹, Bruna Lopes¹, Sónia Almeida¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu.

Contacto: jessica_amado17@live.com.pt

Introdução: O tema “Transmissão de Más Notícias” é nos dias de hoje, estudado por profissionais de saúde em várias perspetivas pois envolve delicados contornos éticos que se prendem com as aptidões da comunicação, a pertinência e tato na comunicação da verdade, a disponibilidade e sensibilidade para perceber os sentimentos do doente e a quem transmitir a informação. Parece-nos que os profissionais de saúde não estão devidamente preparados para a comunicação de notícias especialmente delicadas. É nosso objectivo sensibilizar os profissionais de saúde para mudarem a forma de comunicação neste tipo de casos, e também incutir nos estudantes de enfermagem boas práticas na transmissão de más notícias.

Métodos: Apresentar um caso clínico verídico que envolve a morte de uma pessoa e em que os profissionais de saúde não adotaram a melhor forma de comunicação ao transmitir a notícia aos familiares, nomeadamente à filha.

Resultados: Neste caso verídico é visível a forma brusca e muito pouco adequada de transmitir uma má notícia. Através de atitudes pouco ortodoxas de alguns profissionais de saúde, qual será a imagem destes na sociedade? Será que têm a formação necessária neste tipo de questões, ou dever-se-ia investir um pouco mais nestas pequenas coisas que fazem a diferença entre um bom profissional e um mau profissional de saúde? A partir deste caso vamos elaborar um manual de boas práticas.

Conclusão: Refletir sobre uma má experiência pode demonstrar qual a atitude/procedimento que os profissionais devem ter perante as diversas situações, e que deveria ser cumprido sempre na medida de melhorar a imagem dos enfermeiros e de outros profissionais como também das instituições onde trabalham. Uma boa comunicação é a base de uma boa relação entre o cliente e o profissional, seja ele de que área for.

Palavras-chave: - Transmissão, Profissionais de saúde, más notícias.

EUTANÁSIA VS DISTANÁSIA

Ana Vieira¹, Ana Rita Carvalho¹, Ana Sofia Faro¹, Delfim Domingues¹, Rita Granja¹

¹Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: a-annaveira_19@hotmail.com

A complexidade dos temas suscita questões éticas, jurídicas e religiosas relevantes. São temas debatidos na actualidade que levantam imensos problemas éticos, pois, o compromisso com a defesa da dignidade da vida humana, na grande maioria dos casos, parece ser a preocupação comum que une as pessoas situadas nos diferentes lados da discussão sobre a eutanásia e distanásia. Estas discordâncias ocorrem mais em relação aos meios a utilizar, do que em relação ao fim desejado.

Não pretendemos resolver todos os problemas que a dinâmica da tensão entre a eutanásia e a distanásia levantam. Pretendemos, sim, contribuir para um maior esclarecimento sobre o que significa falar acerca de uma morte digna e sobre os meios éticos necessários para alcançar este fim.

A eutanásia segundo a ACP, é uma acção ou omissão por parte do médico com intervenção de, por compaixão, provocar a morte do paciente em sofrimento e a pedido deste. No nosso país não é legal e é uma prática eticamente reprovável. Por outro lado, a distanásia, é a morte em más condições, com dor, incómodos, sofrimento... seria a morte com um mau tratamento da dor e de outros sintomas ou a associada ao encarniçamento terapêutico.

Não há dúvida que é mais fácil tratar a morte como um fenómeno puramente biológico. A dificuldade é que a morte de seres humanos recusa simplificações desta natureza. Aspectos jurídicos, sociais, psicológicos, culturais, religiosos insistem no "intrrometer" e "complicar" a situação. O objecto biológico constantemente se transforma num sujeito pessoal reivindicando direitos, dignidade e respeito.

Palavras-chave: - Eutanásia; Distanásia; Morte Digna; Direito à Vida

TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Ana Pereira¹, Daniel Coelho¹, Maria Granjo¹, Micael Rodrigues¹, Pedro Monteiro¹, Rafael Esteves¹

¹Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: dani.gomescoelho@gmail.com

Introdução: Os transplantes de órgãos provocam inúmeros questionamentos éticos acerca da origem e da forma de obtenção do material a ser transplantado. É nosso objetivo analisar a questão da transplantação de órgãos, do ponto de vista ético e legal, e dar voz aos diferentes pontos de vista.

Métodos: Com esse fim, analisámos artigos científicos, documentos publicados em páginas científicas, trabalhos já realizados anteriormente, quer por alunos, quer por profissionais competentes.

Resultados: O transplante de órgãos envolve muitas questões importantes do ponto de vista ético, nos mais variados aspetos que envolvam a integridade humana. Existem alguns argumentos a favor, como a intenção de auxiliar e ajudar as pessoas que precisam de um órgão, prolongar-lhes a vida e acabar com o seu sofrimento. Isto é, pelo princípio da solidariedade a doação de um órgão constitui a esperança de vida para o rector. Mas também existem os argumentos contra, como crenças religiosas contrárias ao transplante de órgãos, no post morte, em que a família tem dificuldade em aceitar a manipulação do corpo do parente. Também a não manifestação em vida da não doação de órgãos no RENNDA não corresponder exatamente à sua vontade. As variadas perguntas e interrogações éticas são um ponto de interesse de investigação para obter as respostas desejadas, tendo interesse para toda a comunidade.

Conclusão: As respostas para esses questionamentos éticos são lógicas, e devem obedecer aos direitos da personalidade e o princípio da dignidade da pessoa humana, onde a doação não deverá causar qualquer debilidade ou sequela ao doador vivo, pois o corpo humano deve restar íntegro. Na sequência deste trabalho ficamos a valorizar ainda mais a doação de órgãos como sendo fundamental para salvar vidas, acabando ou diminuindo o sofrimento alheio e contribuindo deste modo para uma melhor saúde pública. Estas são algumas das razões que nos levam a ser a favor da doação de órgãos. Esperamos ainda que a maior divulgação deste assunto resulte numa alteração de atitudes permitindo um aumento do número de doações que leve a uma melhoria da qualidade de saúde e da esperança média de vida.

Palavras-chave: – Transplante de Órgãos, dadores, RENNDA.

O CUIDAR CULTURALMENTE CAPAZ

Filipa Machado¹, Inês Marques¹, Rafaela Sanches¹, Susana Sousa¹, Marcos Bispo¹, António Rodrigues¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: frp_machado@hotmail.com

Introdução: Os enfermeiros, no seu trabalho do dia-a-dia, deparam-se com diversas culturas, o que exige uma capacidade de adaptação para que os cuidados de enfermagem possam ser prestados da forma mais adequada e competente. Para tal, é importante a aquisição de conhecimentos para que a relação empática estabelecida seja benéfica e se alcance o objetivo dos cuidados: uma melhoria da situação de saúde da pessoa cuidada. A problemática da migração é a maior atualidade no contexto da multiculturalidade. Os fluxos migratórios cada vez mais numerosos, mais rápidos e diversificados, o que leva a uma mudança da realidade a nível mundial, incluindo Portugal, ou seja, novos fluxos migratórios implicam novos fenómenos sociais e, com isto, formas adaptadas de cuidados de saúde. Os conceitos e ideias fruto da cultura em que se está inserido promovem formas de comportamento e pensar diferentes, existindo um conjunto de valores, crenças, normas de conduta e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, partilhados e transmitidos por um grupo/cultura específicos, entre eles destacamos: "Cuidado do quotidiano", "Maternidade (Gravidez e nascimento)", "Cuidados de saúde prestados à criança nos primeiros anos de vida", "Envelhecimento/ Como é encarado o idoso", "Tradições de luto (morte infantil, luto dos pais, disposição do corpo e rituais fúnebres, crianças em luto).

Métodos: Dar exemplos de como se comportam algumas culturas nos contextos referidos; as culturas escolhidas são: Povo Cigano, povo Africano e povo Chinês.

Resultados: Perceber que as culturas se comportam de maneira diferente nas diferentes situações, de modo a saber qual a melhor forma de lidar com estas realidades. Estimular as capacidades individuais, sociais e culturais dos enfermeiros através do debate e da reflexão.

Conclusão: Existe uma necessidade de desenvolvimento de serviços de saúde culturalmente adequados à população. Contribuindo para uma melhor qualidade das práticas de enfermagem, visando uma maior humanização dos serviços e cuidados de saúde prestadas às comunidades estrangeiras em Portugal.

Palavras-chave: - Cuidado multicultural, migração, cultura.

ADOLESCÊNCIA: CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Joana Silva¹, Márcio Cardoso¹, Mariana Silva¹, Mickael Fonseca¹, Sabrina Marques¹, Sofia Orfanidis¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: joana.costa.silva@hotmail.com

Introdução: Na sociedade contemporânea a gravidez na adolescência é um problema que envolve questões éticas, morais e sociais. Como tal, a procura da contraceção é cada vez mais elevada, provocando transtornos para as jovens, para a família e profissionais de saúde. Os aspetos característicos da assistência médica aos adolescentes, ponderam a sua particular vulnerabilidade no meio social em que vivem e tendo em mente que dada a sua progressiva maturidade, tendem a exercitar a sua autonomia numa sucessão de ações próprias que inclui o nascer da sexualidade. É nosso objetivo elucidar sobre as questões que envolve a sexualidade na adolescência.

Estado de Arte: É formulada a reflexão sobre aspetos éticos da contraceção de emergência, considerando aspetos sobre o atendimento do enfermeiro em situação de procura por parte do adolescente. Neste sentido, por vezes destinado a evitar uma gravidez não desejada após uma relação sexual desprotegida ou em caso de falha do método contracetivo, os adolescentes recorrem à contraceção de emergência. Em Portugal a Lei n.º 12/2001 prevê, referente à contraceção [...] reforçar os meios de prevenção da gravidez não desejada na adolescência. A mesma refere, no Artigo 3.º que o acesso a meios de contraceção de emergência deverá ser garantido " a) Gratuitamente, nos centros de saúde, nos horários normais de funcionamento". Em relação ao direito de confidencialidade que cada pessoa tem relativamente à informação que disponibiliza ao enfermeiro, segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, é exigido o cumprimento do dever de "considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte". Por outro lado, decorrente da liberdade do enfermeiro enquanto pessoa (enunciada no Artigo 78.º, n.º 1, do Código Deontológico), é-lhe reconhecido o direito de recusar a prática de determinado acto que colida com as suas convicções ideológicas, religiosas, morais, éticas, filosóficas ou de outra índole.

Conclusão: Conclui-se que apesar de todos os problemas éticos que existam, o direito da adolescente à contraceção de emergência não pode ser negado por causa da objeção de consciência do enfermeiro.

Palavras-chave: - Adolescência, Sigilo profissional, Contraceção

BIOÉTICA EM PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

Alda Oliveira¹, Ana Ribeiro¹, Cláudia Governo¹, Cláudia Almeida¹, Davide Oliveira¹, Diogo Fernandes¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: claudiaalmeida.21@hotmail.com

Introdução: Sendo o desejo de ter filhos um sentimento inato e primitivo, a fertilidade relaciona-se com a realização pessoal, e a incapacidade de procriar representa uma falha em atingir o destino biológico, além de ser também considerado um estigma social. A infertilidade é uma doença reconhecida pela OMS, cuja prevalência se estima atingir cerca de 15 a 20% da população em idade reprodutiva, afetando cada vez mais pessoas no mundo atual. Para os casais inférteis, o único modo de obter gestação é através da Procriação Medicamente Assistida, sendo esta um conjunto de técnicas laboratoriais que visa obter uma gestação substituindo ou facilitando uma etapa deficiente do processo reprodutivo.

Ainda de acordo com a mesma organização, declara-se que todos os cidadãos afetados pela infertilidade têm o direito a um tratamento devido. No entanto, e apesar do constante desenvolvimento desta área, estão cada vez mais implícitas questões de ordem ética e moral. É nosso objetivo aflorar algumas questões éticas que a PMA encerra.

Estado da arte: Antes de formar uma ideia concisa relativamente a este tópico, é necessário pensar sobre o mesmo e compreender que existem várias alternativas, mas também várias consequências adjacentes das ações tomadas. Dentro das medidas que podem ser tomadas para incentivar a reprodução em casais inférteis temos o Coito programado, a IIU (Inseminação Intra-Uterina), Fertilização In-Vitro, Injeção Intracitoplasmática de espermatozóide, Diagnóstico genético pré-implantatório e ainda a Transferência de embriões. Podemos presenciar a ação da Bioética neste tipo de temas e situações, sendo que é importante pensar antes de atuar, para termos a possibilidade de perceber todas as diferentes opiniões existentes para diferentes casos. Será a Procriação Medicamente Assistida algo positivo ou negativo na nossa sociedade? Deveremos privar os inférteis de serem devidamente tratados, tal como a OMS defende, apenas por causa das questões éticas, morais e até religiosas que estas situações levantam?

Conclusão: É então necessário refletir conscientemente antes de tomar decisões sólidas, formar opiniões ou até julgar sobre assuntos relacionados com a PMA.

Palavras-chave: -Bioética, Reprodução, Infertilidade, Moral.

CONSENTIMENTO PRESUMIDO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ândrea Figueiredo¹, Amélia Oliveira¹, Inês Marques¹

¹ INEM – Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Pombal
Contacto: inesmendesmarques@gmail.com

Introdução: Este trabalho tem como objetivo refletir sobre a aplicação do consentimento presumido à pessoa em situação crítica. Para tal realizou-se uma análise reflexiva baseada na revisão da literatura e legislação existente.

Estado da Arte: Do direito da pessoa possuir a informação para formar uma vontade livre e esclarecida, decorre o dever de informação dos enfermeiros, estando implícito no Código Deontológico do Enfermeiro o dever de prestar esclarecimentos e informações à pessoa alvo dos cuidados, antes da realização de qualquer intervenção. No entanto, nem sempre a pessoa tem a capacidade para consentir/dissentir, impondo o princípio ético do respeito pela pessoa humana que seja tomada uma resolução no seu interesse. É muitas vezes o caso das situações de urgência/emergência, em que as pessoas se encontram em situação crítica, não podendo dar o seu consentimento, de forma a legitimar as intervenções necessárias das equipas de saúde; aplicando-se nestes contextos os princípios do consentimento presumido.

Implicações Teóricas e Práticas: Proteger a autonomia é defender os direitos da pessoa, que não se extinguem por alterações na sua situação de saúde. A salvaguarda deste direito está contemplada na lei e segundo o Código Penal qualquer intervenção ou tratamento efetuado sem consentimento poderão ser punidas. No entanto, o mesmo documento refere que não é punível quando a obtenção do consentimento exija o adiamento das intervenções necessárias implicando perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde, ou se o consentimento tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.

Conclusão: No cuidar da pessoa em situação crítica, se o consentimento não puder ser obtido, devem os enfermeiros intervir para prestar os cuidados adequados e imprescindíveis para salvar a vida da pessoa ou para evitar o agravamento do seu estado de saúde, aplicando-se os princípios do consentimento presumido.

Palavras-chave: – Consentimento Presumido; Pessoa em Situação Crítica.

CONSENTIMENTO INFORMADO: QUAL O PAPEL DO ENFERMEIRO?

Bruno Coelho¹, Arlete Fernandes¹, Pedro Lopes¹, Sabine Silva¹, Carlos Pontinha¹, Graça Cunha¹

¹ ULS da Guarda, Hospital Sousa Martins
Contacto: enf.arlete@gmail.com

O Consentimento Informado (CI) pode ser definido como sendo uma decisão voluntária e livre, realizada por uma pessoa autónoma e mentalmente capaz, decisão essa que será tomada após lhe terem sido fornecidas informações adequadas em relação à natureza, consequências e riscos dos atos médicos a praticar. É um instrumento tanto moral como ético-legal. Com a elaboração deste Poster pretendemos refletir sobre a importância do CI e identificar o papel do Enfermeiro no âmbito do CI.

Esta temática é relativamente recente e ainda hoje coloca demasiadas dúvidas, quer aos profissionais de saúde quer, sobretudo, aos próprios doentes; o princípio do CI surgiu pela primeira vez no Tribunal de Nuremberga (1947) e foi evoluindo até aos nossos dias, desde a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) até à Carta dos Direitos e Deveres do Doente (1998). O CI é fundamentado pelo primeiro princípio da Bioética – a Autonomia de qualquer ser humano e baseia-se na dignidade da pessoa e no poder de decisão da mesma. O CI é constituído por 5 elementos fundamentais: competência, comunicação, compreensão, vulnerabilidade e consentimento. Qual será então, o papel do enfermeiro nesta área? Poderá o enfermeiro ser um agente mais ativo na transmissão de informações ao doente? O enfermeiro deve estar preparado para satisfazer a necessidade de informação do doente e adotar as atitudes e procedimentos mais convenientes para que a informação seja o mais clara possível. O papel do Enfermeiro português em relação ao CI encontra abrigo em 2 documentos recentes e fundamentais para a autonomização da nossa profissão: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto de Lei nº161/96, de 4 de Setembro) e a criação da Ordem dos Enfermeiros e Aprovação do seu Estatuto (Decreto de Lei nº104/98, de 21 de Abril). Deste modo, consegue-se perceber que o CI foi um tema repetidamente abordado no passado recente e que só com a evolução da bioética é que este conceito foi verdadeiramente definido. Atualmente, para qualquer intervenção clínica, é eticamente obrigatório a obtenção do CI, sendo este um direito do doente e um dever dos profissionais que dele cuidam.

Palavras-chave: – Consentimento Informado; Bioética; Enfermagem.

ABORTO NA ADOLESCÊNCIA: QUESTÕES ÉTICAS DA DECISÃO

Inês Dias¹, Carolina Bizarro¹, Catarina Paulo¹, Cristiana Machado¹, Daniela Martins¹, Vânia Cardoso¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: nesdias_94@hotmail.com

Introdução: Ao longo dos tempos fomos assistindo a uma tendência mundial para legalizar e despenalizar o aborto. No nosso país até 1984 era proibida qualquer prática relacionada com a interrupção involuntária da gravidez (I.V.G). A lei 6/84 vem abrir algumas exceções, no caso de situações eugénicas e violação (até às 16 semanas de gestação). Esta lei veio a ser modificada (lei 90/97)) com o alargamento do prazo para as 24 semanas de gestação para as referidas situações. A grande transformação aconteceu com a lei 16/2007 que traz 3 alterações significativas, despenalização para a I.V.G.: 1º se for efetuado por um médico ou sob a sua direção (a lei salvaguarda o direito à objeção de consciência dos profissionais) em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida; 2º alargamento do caso para as 24 semanas em situação de doença grave ou mal formação congénita e sem prazo para as situações de fetos inviáveis, podendo ser praticada em qualquer tempo de gestação; 3º por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gestação onde estejam verificadas algumas circunstâncias. Neste contexto, iremos fazer uma reflexão tendo por base o caso clínico fictício de uma jovem que engravida aos 15 anos de idade.

Caso clínico: Baseamo-nos num caso clínico fictício para fazer uma reflexão sobre os aspetos éticos que envolvem esta situação. Irão ser apresentadas algumas interrogações de suporte às decisões possíveis: assumir a criança, praticar a interrupção voluntária da gravidez e ter a criança para adoção.

Conclusão: Apesar de termos evoluído em termos de suporte legislativo e hoje podermos dizer que não se comete nenhum crime ao praticar a I.V.G (sob algumas condições), de em termos sociais se registar maior abertura nas famílias e dispormos de profissionais competentes para apoiar as decisões informadas, refletimos ao realizar este resumo que quando se trata de tomar decisões próprias, que envolvem sentimentos e afetos e comprometem as nossas convicções filosóficas, religiosas e morais se levantam inúmeras questões a que temos dificuldade em responder.

Palavras-chave: - Aborto, Adolescência, adoção e gravidez.

SUSPEITA DE MAUS TRATOS NA CRIANÇA – QUESTÕES ÉTICAS

Anabela Pires¹, Andrea Leça¹, Diana Lucena¹, Manuela Pereira¹, Ernestina Silva¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu
Contacto: anabelapires_3@hotmail.com

Os maus tratos em crianças são vistos, atualmente, como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial. As crianças nem sempre têm sido encaradas como sujeitos de plenos direitos. Esta questão ética e as diferentes formas de expressão dos maus tratos têm dificultado uma ação eficaz dos profissionais de saúde. É a falta de informação que, muitas vezes, impede que se detetem e tratem de forma atempada e correta os maus tratos. Pretende-se, assim, sensibilizar os enfermeiros sobre o seu papel na prevenção, deteção e encaminhamento dos maus tratos em crianças. Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima (DGS, 2011). Estes apresentam-se sob a forma de negligência, mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e Síndrome de Munchausen. Na maioria dos casos é no ambiente familiar que ocorrem as situações de maus tratos. Em Portugal, apenas no 1º semestre de 2012, sinalizaram-se 52.166 casos de maus tratos a crianças (CPCJ, 2012). O enfermeiro, como agente cuidador da família deve, neste contexto, prestar atenção a todos os seus membros mas manter como objetivo principal da sua ação a salvaguarda do Superior Interesse da Criança. Uma intervenção eficaz implica que conheça os sinais de alerta, fatores de risco e entidades de apoio que lhe permitam agir com os objetivos de proteger a criança, intervir no risco evitando que evolua para perigo e evitar a recorrência.

Palavras-chave: - Maus tratos; Criança; Ética; Enfermeiro.



ISBN - 978-989-98305-0-9