



DEONTOLOGIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

ORDEM DOS ENFERMEIROS
2015

DEONTOLOGIA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM



ORDEM DOS ENFERMEIROS

2015

FICHA TÉCNICA

Título: Deontologia Profissional de Enfermagem

Trabalho desenvolvido por: Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional - Mandato 2008-2011

Coordenação: Enf. Sérgio Deodato

Redatores Parte I: Enfermeiros:

Ana Berta Cerdeira; Ana Germano; Assunção Magalhães; António Malha; Angela Trindade; Elvira Pimentel; Fátima Figueira; José Cerqueira; Lucília Nunes; Margarida Vieira; Maria Celeste Carvalho; Maria Conceição Martins; Manuela Amaral; Merícia Bettencourt; Rogério Gonçalves; Sérgio Deodato; Teresa Carneiro

Relatores Parte II: Enfermeiros:

Ana Berta Cerdeira; António Malha; Angela Trindade; José Cerqueira; Merícia Bettencourt; Nuno Lampreia; Sérgio Deodato

Esta obra foi elaborada no mandato de 2008-2011, mas adotada pelo Conselho Jurisdicional do mandato 2012-2015.

Edição - Ordem dos Enfermeiros - agosto 2015

Revisão técnica: Dr. Marco Aurélio Constantino

Edição de texto: Dr.ª Adelaide Oliveira

Grafismo e Paginação: Academia do Design

Impressão – NORPRINT Artes Gráficas, S.A.

ISBN: 978-989-8444-30-1

Depósito Legal:

Esta obra está redigida ao abrigo do Acordo Ortográfico, exceto nas citações referentes a obras ou diplomas anteriores à entrada em vigor do mesmo acordo.

ÍNDICE

MENSAGEM DO SR. BASTONÁRIO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS	7
PREFÁCIO I.....	9
PREFÁCIO II.....	11
CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS.....	13
DA DEONTOLOGIA PROFISSIONAL	15

PARTE I

Da deontologia profissional em Enfermagem – Anotações e comentários

ARTIGO 74.º – DISPOSIÇÃO GERAL	19
ARTIGO 75.º – DIREITOS DOS MEMBROS	21
ARTIGO 76.º - DEVERES EM GERAL.....	30
ARTIGO 77.º – INCOMPATIBILIDADES.....	36
ARTIGO 78.º – PRINCÍPIOS GERAIS	38
ARTIGO 79.º - DOS DEVERES DEONTOLÓGICOS EM GERAL.....	50
ARTIGO 80.º – DO DEVER COM A COMUNIDADE	54
ARTIGO 81.º – DOS VALORES HUMANOS	59
ARTIGO 82.º – DOS DIREITOS À VIDA E À QUALIDADE DE VIDA	64
ARTIGO 83.º – DO DIREITO AO CUIDADO	69
ARTIGO 84.º – DEVER DE INFORMAR	73
ARTIGO 85.º – DO DEVER DE SIGILO.....	78
ARTIGO 86.º – DO RESPEITO PELA INTIMIDADE	83
ARTIGO 87.º – DO RESPEITO PELO DOENTE TERMINAL	86
ARTIGO 88.º – DA EXCELÊNCIA DO EXERCÍCIO.....	91
ARTIGO 89.º – DA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS.....	97
ARTIGO 90.º – DOS DEVERES PARA COM A PROFISSÃO	100
ARTIGO 91.º – DOS DEVERES PARA COM OUTRAS PROFISSÕES.....	104
ARTIGO 92.º – DA OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA.....	108

PARTE II

Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros relacionados com a função jurisdicional

REGIMENTO DISCIPLINAR	
Preâmbulo.....	115
REGULAMENTO DO EXERCÍCIO AO DIREITO À OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA	
Preâmbulo.....	135
ANEXO I.....	138
ANEXO II.....	138
REGULAMENTO DE ATRIBUIÇÃO DE MEMBRO HONORÁRIO	
Preâmbulo.....	139
REGULAMENTO DO ACONSELHAMENTO NO ÂMBITO DO DEVER DE SIGILO	
Preâmbulo.....	143

PARTE III

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Parecer n.º 46/2008 – Preparação para o parto por enfermeiro não especialista	151
Parecer n.º 111/2009 – Informação em complementaridade.....	154
Parecer n.º 118/2009 – Responsabilidade pela administração de fármacos não prescritos em contexto de reanimação	157
Parecer n.º 276/2011 – Acompanhamento da visita médica	160
Parecer n.º 99/2009 – Procedimento do enfermeiro perante comportamentos ofensivos	162
Parecer n.º 157/2009 – Acompanhamento de doentes nas transferências inter-hospitalares e administração de medicação não prescrita em situação de emergência	164
Parecer n.º 105/2009 – O acesso à informação de saúde das pessoas pelos enfermeiros... ..	167
Parecer n.º 96/2009 – Exposição acerca da falta de condições para o exercício	173
Parecer n.º 16/2008 – Pedido de parecer sobre compatibilidade entre o exercício da profissão de enfermeiro e de psicólogo.....	178
Parecer n.º 61/2008 – Incompatibilidade do exercício cumulativo da profissão de enfermeiro e a prossecução de atividades numa parafarmácia	180
Parecer n.º 91/2009 – Papel do enfermeiro na tomada de decisão de não reanimar em unidade de cuidados intensivos neonatais.....	184
Parecer n.º 140/2009 – Regime deontológico da responsabilidade profissional durante o «Exercício Profissional Tutelado» e o «Desenvolvimento Profissional Tutelado» do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional® da Ordem dos Enfermeiros	187
Parecer n.º 78/2008 – Objeção de consciência nas consultas de interrupção voluntária da gravidez.....	191
Parecer n.º 194/2010 – Segurança da informação em saúde e sigilo profissional em Enfermagem	196

PARTE IV

Tomadas de posição e enunciados de posição

Enunciado de posição sobre Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) – Parecer n.º 35/2002	205
Enunciado de posição relativo à eutanásia – Parecer n.º 36/2002	209
Enunciado de posição relativo à perspetiva ética e deontológica da segurança dos clientes – Parecer n.º 35/2002	212
Enunciado de posição relativo a delegação e supervisão de cuidados de Enfermagem – Parecer n.º 136/2007.....	220
Enunciado de posição sobre consentimento informado para intervenções de Enfermagem – Parecer n.º 116/2007	227
Direitos humanos e deontologia em Enfermagem: desenhando o sentido, perspetivando o futuro	
Texto final do IX Seminário de Ética, 2008.....	236

MENSAGEM DO SR. BASTONÁRIO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento

Platão

Partindo desta frase célebre de um dos maiores filósofos gregos, é com todo o prazer que felicito o Conselho Jurisdicional (CJ) da Ordem dos Enfermeiros (OE) por, através da publicação desta obra, relevar a importância do pensamento deontológico em Enfermagem e colocar à disposição dos enfermeiros um livro que não só partilha conhecimento, como ajuda ao aprofundamento do mesmo.

A exemplo do que aconteceu em mandatos anteriores, pretende-se com este livro cimentar toda a sistematização da doutrina deontológica que foi sendo feita ao longo dos vários mandatos, ao longo dos 17 anos de existência da OE.

Este é, pois, mais um importante contributo para o conhecimento ético e para a regulação de uma profissão que a todos orgulha.

Por tudo o que acabei de afirmar, acredito que o «Deontologia Profissional de Enfermagem» será um instrumento ímpar para que, nas instituições de saúde ou fora delas, os enfermeiros sintam o reforço da Enfermagem, mas também o reforço da sua responsabilização ético-deontológica para com o cidadão e os outros profissionais de saúde. Consequentemente, a utilização do conhecimento patente nesta obra, traduzir-se-á num empoderamento da profissão.

Expresso o meu mais sincero agradecimento aos membros do CJ do mandato anterior que permitiram a concretização desta obra, nomeadamente ao Enf. Sérgio Deodato, Presidente do Conselho Jurisdicional no mandato 2008-2011.

Germano Couto
Bastónario da Ordem dos Enfermeiros

PREFÁCIO I

A doutrina deontológica de Enfermagem tem observado um significativo desenvolvimento desde a publicação da Deontologia de Enfermagem em 1998, no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Sobretudo através dos pareceres emitidos pelo Conselho Jurisdicional, as normas deontológicas têm sido continuamente interpretadas, numa clara harmonia entre o amplo quadro jurídico em que estão inseridas e no respeito pelos valores e pelos princípios éticos que fundamentam o agir profissional do enfermeiro.

As duas edições do Código Deontológico Anotado constituem, igualmente, um contributo substancial para a edificação desta obra. A primeira edição – «Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários» – constituiu-se como o primeiro documento oficial de análise de todos os artigos que integram o Código Deontológico (do Artigo 78.º ao Artigo 92.º do EOE). A segunda edição – «Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos» – estendeu a interpretação a todos os artigos da Deontologia, passando a incluir também comentários ao Artigo 74.º (Disposição geral), Artigo 75.º (Direitos dos enfermeiros), Artigo 76.º (Deveres em geral) e Artigo 77.º (Incompatibilidades).

Esta edição, para além de desenvolver as anotações a cada artigo, incluiu também alguns pareceres do Conselho Jurisdicional e um conjunto de casos analisados. A presente edição afirma-se, assim, como uma obra de continuidade, aprofundando alguns domínios e atualizando os referenciais de interpretação, nomeadamente no plano jurídico. A primeira parte, destinada ao comentário de cada artigo da Deontologia Profissional, mantém o texto das edições anteriores, alterando-o apenas no sentido da atualização bibliográfica e jurídica e acrescentando a reflexão que foi desenvolvida pelo Conselho Jurisdicional atual. Desde logo, é atualizada a fonte jurídica da Deontologia, que passou a ser a Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, que alterou e republicou o Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, introduzindo algumas alterações ao Artigo 77.º (Incompatibilidades), entre outros articulados. A segunda parte integra os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros diretamente relacionados com a função jurisdicional. A terceira parte inclui um conjunto de pareceres, de diferentes categorias, relativos a problemas éticos colocados e que foram objeto de análise.

O propósito desta nova edição é, assim, o de contribuir para o desenvolvimento da reflexão ética e deontológica de Enfermagem, enunciando princípios e interpretando normas, mas igualmente deixando campos de análise por continuar. Assume, igualmente, o privilegiado papel de permitir a partilha da obra construída, no sentido da sua aplicação ao exercício profissional diário dos enfermeiros.

A Deontologia de Enfermagem constitui um vasto e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional do enfermeiro. Vasto, porque completo, incluindo as diferentes dimensões da prestação de cuidados e das demais áreas de intervenção de Enfermagem. Poderoso porque, encontrando-se incluído numa lei, coloca as suas disposições a par da obrigatoriedade jurídica das demais leis do país. A sua utilização revela-se, deste modo, como essencial na procura do melhor agir profissional de todos os dias, orientando

e fundamentando as decisões e os atos dos enfermeiros.

Assim, desejamos que esta nova edição da Deontologia de Enfermagem anotada contribua para a clarificação das diversas normas que a integram, permitindo a sua aplicação concreta a todas as decisões profissionais. Desejamos, igualmente, que os pareceres e os regulamentos publicados sirvam também de suporte à responsabilidade profissional que os enfermeiros assumem perante os cidadãos.

Sérgio Deodato

Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros no Mandato 2008-2011

PREFÁCIO II

A Deontologia é uma palavra que vem associada ao dever e obrigação. É um conjunto de regras e princípios que assentam num agir por dever, dando à ação o seu valor moral, cuja perfeição só pode ser atingida por uma livre vontade. E foi neste espírito e com sentido de respeito pelos desafios que esta área tanto traz para a profissão que tive a honra de escrever este prefácio.

Tendo sido um dos coordenadores da edição «Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de casos», conjuntamente com a Sr.^a Enf.^a Lucília Nunes e a Sr.^a Enf.^a Manuela Amaral, em 2005, estava muito longe de pensar que teria a honra de poder escrever algumas palavras num livro em que não participei.

E reitero a honra porque este livro emerge do empenho de todos os conselheiros que integraram o Conselho Jurisdicional no Mandato 2008-2011, aos quais agradeço o esforço e reconheço o seu contributo, que através de um marcado envolvimento proporcionou uma reflexão ativa, contínua e efetiva do exercício. E reconhecer que o seu contributo surge na continuidade da reflexão proporcionada pelo exercício da atividade do Conselho Jurisdicional, mas que é necessário envolvimento para se conseguir produzir uma obra desta envergadura, retirando a aridez de uma área tão extensa e particular, cujos pareceres reproduzem a conjugação do que é jurídico, do pensamento filosófico moral e do contexto político/social em que a Enfermagem se desenrola.

É ainda importante reconhecer a importância prática deste livro, sendo um livro que faz falta e que os enfermeiros sentem a sua falta. A reflexão aqui plasmada é necessária, nomeadamente, à compreensão da evolução do pensamento, à necessidade de ponderação e à produção de pareceres. O enfermeiro, na sua atividade diária, vê-se cercado por uma infinidade de problemas ético/deontológicos, que às vezes aparentemente aparecem desconexos do que se encontra lavrado no Código Deontológico. Este livro permitirá estabelecer uma estreita relação entre o código e a reflexão e compreensão da evolução do pensamento em Enfermagem.

Cada um dos livros saídos do prelo por responsabilidade do Conselho Jurisdicional tem uma marca indelével do tempo a que se reportam, fundamental para compreender o que hoje é possível afirmar como o agir profissional do enfermeiro.

A única pecha deste livro é, claramente, a sua publicação tardia, pois ele encontrava-se concluído em 2011, mas as vicissitudes foram tais que só agora se reuniram as condições para honrar o trabalho produzido. E nisso sejamos claros, há que respeitar o trabalho dos conselheiros e compreender que as limitações à publicação nos ultrapassaram a todos.

Mas até este facto continua a ser uma oportunidade, pois permite aos colegas mais interessados (claramente, os leitores deste livro) identificar as diferenças que se foram construindo neste mandato. A atual construção tem uma base e essa base foi o percurso que o Conselho Jurisdicional tem efetivamente construído,

desde 1999, mas não deixará de ser uma obra cuidadosamente produzida, com uma compilação aprimorada de material, que deverá transmitir entusiasmo e gênio com a finalidade de servir como objeto de estudo, num território por vezes tão deformado e carente de alicerces conceituais.

O Conselho Jurisdicional é o supremo órgão jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. A Lei n.º 2/2013 de 10 de janeiro atribui-lhe ainda a competência de velar pela legalidade interna da Ordem. Mas mais do que isso, ou também por isso, a reflexão sobre a fundamentação ética do agir é o pilar da construção da Deontologia Profissional, para a qual o presente livro é um contributo marcante.

Aos conselheiros do Mandato 2008-2011 os meus sinceros parabéns. Os enfermeiros leitores deste livro também estão de parabéns, pois certamente vão encontrar aqui muitas respostas a dúvidas, mas também assuntos que lhes irão despertar novas questões, pois «*verba volant, spirita manent*» (as palavras voam, mas os escritos ficam).

Rogério Gonçalves

Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros no Mandato 2012-2015

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

O Código Deontológico do enfermeiro foi publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril (integrando o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) e manteve-se na primeira alteração estatutária, efetuada através da Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

O desenvolvimento da profissão tem-se realizado a diversos níveis, com realce para a compreensão da responsabilidade ética e deontológica dos enfermeiros. A codificação, neste sentido, tem função normativa e vinculativa, dizendo respeito a todos os enfermeiros.

A Deontologia chama a atenção para a conveniência ou necessidade de que uma profissão tenha certas características (que constituem o estilo do seu exercício). Trata-se de um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade de membro de um determinado corpo social. A preocupação da Deontologia é a correção da ação, apresentando indicações práticas e precisas de um modo imperativo (iniciadas por «o profissional deve»).

Em termos da correta utilização de conceitos, é importante destriçar entre Ética, Moral e Deontologia, apesar do entrecruzamento destes domínios.

A referência à Ética ocorre no domínio da reflexão filosófica sobre o agir humano, no sentido em que, à maneira de Paul Ricoeur, cada um procura caminhar no sentido de «uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas»¹. É o agir que realiza cada pessoa. No fundo, a questão ética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para **seu próprio bem**. De acordo com Savater², o cenário deste debate é, fundamentalmente, íntimo, ou seja, do domínio da consciência de cada um. A educação, a experiência, o conhecimento, tudo influi para condicionar a pessoa mas não a pode determinar por completo. O característico da opção ética é que **está sempre nas nossas mãos**, não depende senão da intenção de cada um; não precisa do consentimento ou do acordo dos demais e não requer o concurso de circunstâncias especialmente favoráveis. Falar de instituição (no sentido social), de comunidade, dos outros que nos rodeiam, é abordar a face moral, no sentido do que é costume, para uma determinada sociedade.

Quando se refere a Deontologia entra-se na área do conhecimento sobre o apropriado, o conveniente, o dever. O característico deste nível valorativo (o campo deontológico) é que não projeta juízo sobre a conduta das pessoas enquanto tais, nem se ocupa com o ideal de uma vida boa. A «jurisdição do deontológico é sobre os membros de uma profissão, enquanto comprometidos a realizar as actividades profissionais»³, afirma Savater. Se quisermos, o que se pretende com a Deontologia não é a alegria (supondo que esta é uma meta da esfera ética), mas a manutenção da ordem e a harmonia da sociedade. Estão aqui em jogo questões de procedimento, **de disciplina**, pode dizer-se.

1 RICOEUR, Paul. *Soi-Même comme un Autre*. Paris: Éditions du Seuil, 1990. p. 202.

2 SAVATER, Fernando. *O Meu Dicionário Filosófico*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 2000. p. 147-149.

3 SAVATER, Fernando. *O Meu Dicionário Filosófico*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 2000. p. 148.

A grande diferença entre a Deontologia, a Ética e a Moral decorre da própria origem das normas, uma vez que as deontológicas são estabelecidas pelos próprios profissionais, depois de reflexão sobre a prática e tendo como base o que favorece e prejudica a profissão.

Encarando a Deontologia como a formulação de um «**dever ser profissional**», poderemos defini-la como o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da Moral e do Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão. Tal como a Moral e o Direito evoluem ao longo do tempo, também as deontologias profissionais tendem a adaptar-se às circunstâncias de cada época.

É ainda importante clarificar que o Código Deontológico não pertence ao domínio da meta a alcançar, mas do imediato a cumprir, do dever de hoje (e isto em cada hoje que se vive). Enquanto conjunto articulado de deveres, assume-se como um todo, sendo que cada dever apresenta, no enunciado, a sua relação com os direitos do outro, a quem se prestam cuidados e/ou com as responsabilidades próprias da profissão (ressalve-se que existe um artigo referente aos deveres que decorrem do exercício de um direito do profissional, o Artigo 92.^o).

Considerando que a «Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível»⁴, é evidente que a profissão se dirige a pessoas.

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos «**gente que cuida de gente**»⁵, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora. E quase não seria preciso lembrar que o respeito por si próprio, enquanto pessoa, é condição fundamental para respeitar o outro, ou como afirma Jean Watson⁶, temos de tratar-nos com gentileza e dignidade para podermos olhar os outros com gentileza e dignidade.

A existência de um compromisso, por parte dos profissionais, tem um passado considerável, entendendo-se que «profissão» é, etimologicamente, uma «declaração pública», realizada em benefício da comunidade, como o patenteia, por exemplo, o juramento de Nightingale. A diferença relativamente ao Código Deontológico, publicado em decreto-lei, decorre de este constituir um documento do domínio jurídico. Existem códigos de conduta e códigos de ética em muitos países, a partir dos quais se pode compreender o desdobramento de pareceres ético-deontológicos e de enunciados de posição nestas matérias.

Num sentido amplo, entende-se que a Enfermagem é uma profissão cujo propósito é responder especificamente às necessidades de saúde (percebidas). Por isso, os enfermeiros, individualmente, têm o dever de responder competentemente às promessas feitas e aos compromissos assumidos (ou, se quisermos, ao mandato social da profissão). Assim, a Deontologia proporciona orientações para julgar a ação profissional.

4 DECRETO-LEI n.º 161/96, Artigo 48, Número 1. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. D.R. I Série, 205 (96-09-04) 2959-2962.

5 Referência à expressão de Wanda Horta.

6 WATSON, Jean. Nursing: Human Science and Human Care – A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing, 1988.

DA DEONTOLOGIA PROFISSIONAL

Procede-se, nesta primeira parte, ao comentário e análise dos artigos referentes ao capítulo VI do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, «Da deontologia profissional», na sua secção I – «Direitos, deveres em geral e incompatibilidades» (Artigos 74.º a 77.º) –, seguindo-se a secção II – «Do Código Deontológico do Enfermeiro» (Artigos 78.º a 92.º). Na presente edição, é comentado o Artigo 77.º relativo às incompatibilidades, na sua nova versão, resultado da alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril) pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. No capítulo VI, o Artigo 77.º foi o único a sofrer alterações.

Importa realçar que, no preâmbulo do decreto-lei que criou a Ordem, «os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de Enfermagem». O desenvolvimento da profissão em diversas áreas, da formação à investigação, facilita e lança o desafio e o imperativo da «assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação dos cuidados de saúde», assim como a «delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da Enfermagem na prestação de cuidados de saúde». A defesa e o pugnar pela criação de mecanismos conducentes à regulamentação e controlo do exercício profissional levaram à criação da Ordem e à «adopção de um código deontológico e de um estatuto disciplinar pelos quais os enfermeiros pautem a sua conduta profissional e, por esta via, garantam a qualidade dos cuidados de enfermagem».

Relevámos este excerto do preâmbulo para afirmar, desde já, que a criação da Ordem e a existência do Código Deontológico (publicado de forma integrada com o Estatuto da Ordem, em anexo ao mesmo decreto-lei e mantido na lei de alteração) configuram deveres cuja finalidade é garantir a qualidade dos cuidados de Enfermagem ao cidadão. Estamos, assim, a partir da protecção do interesse e do bem do público. Aliás, este é também o desígnio fundamental da Ordem, cuja criação responde «a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da Enfermagem».

PARTE I

Da Deontologia
Profissional de
Enfermagem –
Anotações e
Comentários

ARTIGO 74.º – DISPOSIÇÃO GERAL

«Todos os enfermeiros membros da Ordem têm os direitos e os deveres decorrentes do presente Estatuto e da legislação em vigor, nos termos dos artigos seguintes».

A Deontologia profissional encerra, fundamentalmente, o conjunto dos deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro, em resultado do mandato social que recebeu, para prestar cuidados de Enfermagem às pessoas, famílias ou comunidades. Todavia, correlacionados com estes deveres (enunciados no Código Deontológico), a nossa Deontologia inclui também um conjunto de direitos que se fundamentam, por um lado, na dignidade profissional do enfermeiro e, por outro lado, na pretendida excelência do exercício, como forma de garantir o direito dos clientes a cuidados de qualidade. A Deontologia profissional de Enfermagem inclui ainda as atividades profissionais consideradas incompatíveis com o exercício profissional do enfermeiro.

A Deontologia tem carácter universal neste grupo profissional, ou seja, aplica-se a todos os enfermeiros, independentemente do seu enquadramento jurídico de trabalho. Com a entrada em vigor da alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicada pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, e quando o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional® estiver implementado, a Ordem passa a contar, para além de membros efetivos, honorários e correspondentes, com **enfermeiros em Exercício Profissional Tutelado (EPT)**, inscritos provisoriamente, aguardando a emissão da cédula profissional definitiva, nos termos dos Artigos 6.º e 7.º do novo Estatuto. Ou seja, passa a haver um membro provisório da Ordem, havendo por isso necessidade de clarificar o alcance desta norma do Artigo 74.º quando, genericamente, se refere a «membros». O Parecer n.º 140/2009 do Conselho Jurisdicional clarifica o regime deontológico para as duas novas figuras no exercício de Enfermagem – enfermeiro em EPT e **enfermeiro em Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT)** – que daremos conta nos respetivos artigos.

ARTIGO 75.º – DIREITOS DOS MEMBROS

«1 – Constituem direitos dos membros efectivos:

- a) Exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem;
- b) Usar o título profissional que lhe foi atribuído;
- c) Participar nas actividades da Ordem;
- d) Intervir nas assembleias gerais e regionais;
- e) Consultar as actas das assembleias;
- f) Requerer a convocação de assembleias gerais ou regionais;
- g) Eleger e ser eleito para os órgãos da Ordem;
- h) Utilizar os serviços da Ordem».

Os números 1 e 2 deste artigo referem-se aos direitos atribuídos aos «membros efectivos». Tendo em conta a previsão de **enfermeiros em EPT** com inscrição provisória na Ordem, o Parecer n.º 140/2009 do Conselho Jurisdicional estabelece que os inscritos provisoriamente veem consagrados todos os direitos aqui estabelecidos, com exceção do direito a «Eleger e ser eleito para os órgãos da Ordem», previsto na alínea g) do número 1. A razão reside na natureza provisória desta inscrição, pelo que não seria adequado que um candidato a membro efetivo pudesse escolher ou ser titular de um cargo na Ordem.

O número 1 do Artigo 75.º enuncia os principais direitos profissionais, referindo-se a sua **alínea a)** ao exercício livre da profissão.

Esta liberdade no desempenho profissional refere-se, numa primeira abordagem, ao enfermeiro enquanto pessoa e como trabalhador a quem a ordem jurídica confere as diversas formas de exercício da liberdade (de consciência, de expressão, de associação, etc.), na plena vivência da sua cidadania.

Por outro lado, o livre exercício resulta também do próprio conceito de «cuidados de Enfermagem», enunciado no número 4 do Artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) - aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril - que os define como «as intervenções autónomas e interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais». Ou seja, o facto de os cuidados de Enfermagem serem intervenções autónomas ou interdependentes implica que sejam prestados livremente pelo enfermeiro.

Naturalmente, decorrem daqui duas ordens diferentes de consequências para o enfermeiro: por um lado, a assunção da responsabilidade pelos cuidados prestados e, por outro, os limites que se impõem ao exercício desta liberdade.

Relativamente à responsabilidade pelos atos praticados, ela traduz-se disciplinarmente no responder por

eles, de forma positiva ou negativa. Positiva quando é enaltecido o mérito (que em determinadas condições pode ser reconhecido pela Ordem, nos termos do Artigo 9.º e seguintes do seu Regimento Disciplinar). Negativa quando ocorre infração, assumindo natureza civil ou criminal (analisada nos tribunais) ou disciplinar, no âmbito da sua organização de trabalho ou da Ordem dos Enfermeiros, nos termos dos artigos 53.º e seguintes do seu Estatuto.

Os limites impostos à liberdade do exercício profissional decorrem «do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da Enfermagem». O Código Deontológico porque prescreve os principais deveres, as leis vigentes (onde podemos incluir a Constituição da República Portuguesa, quanto aos direitos fundamentais dos cidadãos; o Código Civil, relativamente aos direitos de personalidade; o Código Penal, que criminaliza determinadas condutas violadoras dos bens jurídicos), que enunciam normas a observar pelo enfermeiro, e o «regulamento do exercício da Enfermagem», onde podemos incluir o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e os demais regulamentos da Ordem, que têm força vinculativa para todos os enfermeiros.

Para além destes limites, como podemos observar, todos de natureza jurídica, uma vez que nos encontramos num Estado de Direito, não podem ser colocados outros, nomeadamente pelas entidades patronais dos enfermeiros, pelas entidades reguladoras da saúde ou pelos próprios clientes de cuidados. Ou seja, o exercício profissional do enfermeiro deve concretizar-se no respeito pelo ordenamento jurídico global que se aplica à Enfermagem portuguesa. As especificidades de cada relação de cuidado, que obrigam muitas vezes à procura de um agir próprio com determinada pessoa, deve ser encontrado no respeito por este quadro limitador, sem outros constrangimentos organizacionais ou pessoais, sob pena da liberdade de exercício ser colocada em causa e, por isso, este direito ser violado.

A liberdade profissional assume-se, assim, como uma «liberdade responsável», consagrada na alínea b) do número 2 do Artigo 78.º do Código, que contrapõe à capacidade de escolha o respeito pelo bem comum.

A **alínea b)** deste número 1 do Artigo 75.º confere o direito ao enfermeiro de usar o «título profissional que lhe foi atribuído».

O título profissional (enfermeiro e enfermeiro especialista) é atribuído nos termos do Artigo 7.º do Estatuto da Ordem e do Regulamento de Atribuição de Título Profissional.

Este direito a usar o título decorre do direito ao livre exercício profissional, consagrado na alínea anterior, e correlaciona-se também com a natureza autónoma da Ordem. Se a Ordem, no uso das suas atribuições específicas [alínea g) do número 2 do Artigo 3.º do Estatuto], atribui um título a um enfermeiro, este tem o direito de o usar no seu desempenho profissional, competindo apenas à Ordem retirá-lo ou suspendê-lo. Devemos, contudo, correlacionar este direito com a garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem assegurados aos cidadãos, assumindo o título o valor de prova que garante a confiança depositada pelo cliente no enfermeiro.

As **alíneas c) a h)** referem-se a direitos do enfermeiro como membro da Ordem. São direitos que garantem a participação nas atividades da Ordem [**alínea c)**], o direito de intervir e ser ouvido nos lugares próprios [**alínea d)**], nomeadamente nas assembleias gerais e regionais e, desta forma, contribuir para a construção das decisões da organização. Pode consultar as atas das assembleias [**alínea e)**] e requerer, de acordo com o previsto, a convocação de assembleias regionais ou nacionais [**alínea f)**]. O enfermeiro assume, assim, um papel ativo na organização.

O direito de eleger e ser eleito para qualquer órgão da Ordem é também assegurado, o que reflete a natureza democrática da organização e fomenta a participação de todos os seus membros (veremos a sua face correlativa no Artigo 76.º sobre o dever de exercer o cargo e cumprir o mandato). Como referimos no início, nos termos do Parecer n.º 140/2009 do Conselho Jurisdicional, apenas ao **enfermeiro em EPT**, com inscrição provisória na Ordem, não está atribuído este direito.

É ainda consagrado o direito a utilizar os serviços da Ordem [**alínea h**)], no que for colocado à disposição. Neste sentido, entendemos pertinente relevar e distinguir direito de benefício (até pela existência de um Regulamento de Acesso a Benefícios por parte dos Membros, aprovado em Assembleia Geral de 2002). Note-se que benefício é um determinado meio (material, económico ou físico) de vantagem individual que a Ordem dos Enfermeiros disponibiliza aos seus membros, para além dos direitos estatutários.

À Ordem compete promover a solidariedade entre os seus membros, por atribuição estatutária, conforme o previsto na alínea l) do número 2, do Artigo 3.º do Estatuto. Acresce ainda que «ser solidário com os outros membros da profissão» é uma das regras da Ética e Deontologia profissionais que a Ordem deve assegurar para que o seu desígnio seja cumprido. Neste contexto, foi desenvolvida uma estratégia de disponibilização progressiva de benefícios aos membros, de acordo com as suas disponibilidades financeiras, no que se refere a benefícios que impliquem gastos diretos ou indiretos, assim como a realizar acordos que criem facilidades de acesso a produtos de empresas considerados de utilidade para os membros. Neste regulamento foram considerados os requisitos para benefícios, como a isenção de pagamentos de emolumentos para a revalidação da cédula profissional, o seguro de responsabilidade civil profissional e o fundo de solidariedade.

A **Revista da Ordem dos Enfermeiros**, a informação disponibilizada no sítio eletrónico e a resposta a pedidos de parecer, são exemplos de serviços prestados aos membros. É igualmente o caso da possibilidade de ter uma caixa de correio pessoal no servidor da Ordem dos Enfermeiros.

«2 – Constituem ainda direitos dos membros efectivos:

- a) Ser ouvido na elaboração e aplicação da legislação referente à profissão;
- b) O respeito pelas suas convicções políticas, religiosas, ideológicas e filosóficas;
- c) Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade;
- d) Condições de acesso à formação para actualização e aperfeiçoamento profissional;
- e) A objecção de consciência;
- f) A informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado;
- g) Beneficiar da actividade editorial da Ordem;
- h) Reclamar e recorrer das deliberações dos órgãos da Ordem contrárias ao disposto no presente Estatuto, regulamentos e demais legislação aplicável;
- i) Participar na vida da Ordem, nomeadamente nos seus grupos de trabalho;
- j) Solicitar a intervenção da Ordem na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem».

No número 2, continua a identificação de direitos dos membros efetivos. Na **alínea a)**, «Ser ouvido na elaboração e aplicação da legislação referente à profissão» cruza-se com o direito de participação já expresso no número anterior. Por outro lado, atentemos que, em sentido coletivo, uma das atribuições da Ordem é «Ser ouvida em processos legislativos que respeitem à prossecução das suas atribuições» [alínea n), do Artigo 3.º do Estatuto].

A **alínea b)** do número 2 do Artigo 75.º consagra o direito ao «respeito pelas suas convicções políticas, religiosas, ideológicas e filosóficas». Notemos que este direito, próprio de ser humano e de cidadão, decorre do princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado no Artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa e também na primeira norma do nosso Código Deontológico, o número 1 do Artigo 78.º do Estatuto da Ordem. O mesmo direito está consagrado em diversos textos internacionais e nacionais. Vejamos alguns exemplos:

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos lê-se que toda a pessoa tem «direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou colectivamente, em público ou em particular» (Artigo XVIII) e o «direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras» (Artigo XIX).

De igual modo, na Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, emanada pelo Conselho da Europa, afirma-se que «qualquer pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião» e à liberdade «de manifestar a sua religião ou convicções, individual ou colectivamente, não podendo ser objecto de outras restrições senão as que, previstas na lei, constituírem disposições necessárias, numa sociedade democrática, à segurança pública, à protecção da ordem, da saúde e moral públicas, ou à protecção dos direitos e liberdades de outrem» (Artigo 9.º). Igualmente se consagra a liberdade de expressão (Artigo 10.º).

Naturalmente, o exercício deste direito implica deveres e responsabilidades. Os limites que se afirmam são os que decorrem, numa sociedade democrática, da segurança nacional, da integridade territorial ou da segurança pública, da defesa da ordem e da prevenção do crime, a protecção da saúde ou da moral, a protecção da honra ou dos direitos de outrem, para impedir a divulgação de informações confidenciais ou para garantir a autoridade e a imparcialidade do poder judicial.

O Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos consagra igualmente o «direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião» (Artigo 18.º). Mais uma vez se afirma que as restrições só podem advir do previsto na lei e só podem existir as que sejam necessárias à protecção da segurança, da ordem e da saúde públicas ou da moral e das liberdades e direitos fundamentais de outrem. Para lá destes limites, não apenas se tem direito como não se pode ser inquietado pelas suas convicções.

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia – que por força do Artigo 6.º do Tratado de Lisboa, que introduz alterações ao Tratado da União Europeia e no Tratado que institui a Comunidade Europeia, assume o mesmo valor jurídico que os tratados - afirma que «todas as pessoas têm direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião (...)» (Artigo 10.º).

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (ratificada para o ordenamento jurídico português pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, e pela Resolução da Assembleia

da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro), que constitui um importante documento regulador em Saúde, consagra no seu Artigo 2.º o «primado do ser humano», determinando que «o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência», numa clara densificação do princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana.

Na Constituição da República Portuguesa, além do já citado Artigo 1.º, que consagra o princípio da dignidade, e do Artigo 13.º, que consagra o princípio da igualdade (que impede a discriminação em função da liberdade de pensamento), destacamos que «a liberdade de consciência, de religião e de culto é inviolável» (número 1, Artigo 41.º) e que «todos têm direito de exprimir e divulgar livremente o seu pensamento pela palavra, pela imagem ou por qualquer outro meio» (Artigo 37.º).

Importa relacionar este direito do enfermeiro com o previsto no princípio geral da defesa da liberdade e da dignidade humana (Artigo 78.º do Estatuto) e os deveres de respeito pelas convicções das pessoas, famílias e grupos de quem o enfermeiro cuida (Artigo 81.º). Importa, ainda, levando ao extremo a afirmação, articular com o estabelecimento do direito à objeção de consciência, previsto na alínea e).

Na **alínea c)** afirma-se o direito a «Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade».

A este direito do enfermeiro corresponde correlativamente o dever de assegurar as melhores condições de trabalho por todos os meios ao seu alcance [alínea d), Artigo 88.º] e de comunicar os factos de que tenha conhecimento e que possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos, ou sejam suscetíveis de violar as normas legais do exercício da profissão [alínea d), Artigo 88.º, e alínea i) do n.º 1 do Artigo 76.º].

A violação deste direito a usufruir de condições de trabalho, nascido do direito do cliente a cuidados de qualidade e ancorado na Deontologia, implica a violação do direito do cidadão a cuidados de saúde de qualidade, pelo que deve ser prosseguido por todos, nomeadamente pelas entidades empregadoras dos enfermeiros.

A **alínea d)** afirma o direito a condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional.

Com a dupla face de ser direito e dever de atualização [alínea c), Artigo 88.º], o aperfeiçoamento é também um valor profissional (número 2, Artigo 78.º) e pode ser perspetivado como forma de garantir, no tempo, a prestação de um cuidado de excelência, atualizado e à luz dos saberes e conhecimentos mais recentes.

Já preconizado como direito na Carta Social Europeia, este direito implica a obrigação de os estados tomarem «medidas apropriadas e facilmente acessíveis tendo em vista a formação dos trabalhadores adultos» [alínea a), número 3 do Artigo 10.º]. Tal obrigação é transposta para as organizações, como também decorre do estipulado na alínea i) do número 1 da Base II da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

A **alínea e)** consagra o direito à objeção de consciência, forma operativa do exercício da recusa não sancionável, em ligação à liberdade de consciência.

A já citada Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia afirma que «o direito à objeção de consciência é reconhecido pelas legislações nacionais que regem o respectivo exercício» (Artigo 10.º, número 2).

À luz da Constituição da República Portuguesa, «ninguém pode ser perseguido, privado de direitos ou isento de obrigações ou deveres cívicos por causa das suas convicções ou prática religiosa» (número 2, Artigo 41.º) e «é garantido o direito de objecção de consciência, nos termos da lei» (número 6, Artigo 41.º). Como todos os direitos, este também tem limites, implica responsabilidades, e o seu exercício deve cumprir o previsto no Artigo 92.º do Código Deontológico, referente aos deveres decorrentes do exercício de um direito do enfermeiro.

Na **alínea f)** afirma-se o direito a «Informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado».

Este direito a ter informação garante a participação plena na equipa prestadora de cuidados, tanto quanto a realização do processo de cuidados de Enfermagem, de forma adequada a cada situação.

É pertinente recordar que o exercício profissional do enfermeiro se insere num contexto de atuação multiprofissional. Nas atividades interdependentes assume a responsabilidade pela implementação (de uma prescrição que é elaborada por outro profissional), enquanto nas autónomas assume a prescrição e a implementação.

A tomada de decisão e o processo de raciocínio diagnóstico carecem de informação pertinente e atualizada, de forma a serem identificadas corretamente as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa, família, grupo e comunidade. Desta identificação decorre a prescrição da intervenção de Enfermagem, «de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados» (Enquadramento Conceptual, Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Desta necessidade de aceder a toda a informação de saúde disponível das pessoas (e dos familiares) ao seu cuidado, resulta este direito de acesso a essa informação, que deve ser prosseguido em todas as organizações de saúde que se responsabilizam pela guarda da informação de saúde dos seus utentes, como fica clarificado no Parecer n.º 105/2009, do Conselho Jurisdicional.

O direito previsto na **alínea g)** do número 2 do Artigo 75.º é o de «Beneficiar da actividade editorial da Ordem». Podendo a atividade editorial congregar revistas, boletins, brochuras, livros, diversos tipos de publicações, os membros da Ordem têm direito a beneficiar da respetiva publicação.

A **alínea h)** consagra o direito de «Reclamar e recorrer das deliberações dos órgãos da Ordem contrárias ao disposto» no respetivo Estatuto, regulamentos e demais legislação aplicável. O direito de reclamar para o próprio órgão que deliberou e o de recorrer para o órgão jurisdicional competente – o Conselho Jurisdicional, nos termos da alínea a) do número 1 do Artigo 25.º do Estatuto da Ordem – constituem direitos dos membros resultantes da natureza pública da Ordem dos Enfermeiros.

Na sequência de algumas alíneas deste número 2, a **alínea i)** afirma o direito a «Participar na vida da Ordem, nomeadamente nos seus grupos de trabalho». Este direito, como outros, tem de ser exercido pelo próprio e por sua vontade.

Finalmente, na **alínea j)** refere-se o direito a «Solicitar a intervenção da Ordem na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem».

De acordo com o Estatuto, é atribuição da Ordem «Zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros» [alínea a), número 2, Artigo 3.º do Estatuto]. Nesta decorrência, o Conselho de Enfermagem [alínea i) do Artigo 30.º], os Colégios de Especialidade [alínea e) do número 4 do Artigo 31.º-A], os Conselhos Diretivos Regionais [alínea l) do número 2 do Artigo 34.º] e os Conselhos de Enfermagem Regionais [alínea d) do número 3 do Artigo 37.º do Estatuto], assumem competências de acompanhamento do exercício que têm em vista, entre outros fins, assegurar este direito dos enfermeiros.

«3 – Constituem direitos dos membros honorários e correspondentes:

- a) Participar nas actividades da Ordem;
- b) Intervir, sem direito a voto, na assembleia-geral e nas assembleias regionais».

Os membros da Ordem podem ser efetivos, honorários e correspondentes (Artigo 8.º do Estatuto).

A qualidade de membros honorários e correspondentes obedece a um perfil próprio. Designadamente, no caso dos primeiros, «indivíduos ou colectividades que, desenvolvendo ou tendo desenvolvido actividades de reconhecido mérito e interesse público, tenham contribuído para a dignificação e o prestígio da profissão de enfermeiro e sejam considerados merecedores de tal distinção». No caso dos segundos, «membros de associações congêneres estrangeiras que confirmam igual tratamento aos membros da Ordem» (números 4 e 5 do Artigo 8.º do Estatuto).

Explicitaremos melhor o perfil dos membros honorários por lhes estarem adstritos igualmente deveres (Artigo 76.º), o que não acontece com os membros correspondentes, e por haver outra situação de instrução de processo (reconhecimento de mérito) que não supõe deveres.

O que se destaca na definição é a existência de atividades «de reconhecido mérito e interesse público» que tenham contribuído para a dignificação e prestígio da profissão.

O conceito de interesse público tem contornos um pouco indefinidos, não obstante ser dos assuntos que mais foi debatido pela doutrina e jurisprudência ao longo dos tempos. De uma forma redutora, pode definir-se interesse público como o interesse coletivo, o interesse geral de uma determinada comunidade, o seu bem comum. O interesse público é deste modo considerado o motor e único fim da Administração Pública na sua ação ao serviço do Estado.

De acordo com a terminologia que remonta a São Tomás de Aquino, a noção de bem comum define-se como «aquilo que é necessário para que os homens não apenas vivam, mas para que vivam bem». O interesse público impõe, assim, uma exigência de satisfação das necessidades coletivas.

O Supremo Tribunal Administrativo considera que «o conceito de interesse público é um conceito relativo, variável com o tempo, com a região e com os homens. Interesse público é o interesse colectivo, o interesse geral de uma determinada comunidade, é o bem comum». A noção de interesse público constitui, assim, uma noção de conteúdo variável, que sofre verdadeiras alterações de alcance, com o passar do tempo. Poderemos afirmar que as realidades que se perpetuam no tempo, classificáveis como de relevância para o bem comum, podem ser consideradas de interesse público.

Com o sentido de se concretizar o conceito de interesse público, é usual proceder-se à eleição e elevação de domínios que se reconduzam àquele conceito, sendo exemplos paradigmáticos os casos da Saúde, da Justiça, da Segurança e, mais recentemente, do Ambiente, entre outros.

No que respeita à Saúde, é inquestionável e pacífica a sua aceitação como uma realidade de interesse público. Tratando-se a Saúde de uma categoria dentro do género «interesse público», o principal critério em que se pode basear o reconhecimento de uma atividade, carreira ou conjunto de ações como sendo de superlativo interesse público passará pela discriminação positiva que se possa realizar face a um critério de avaliação médio exigível a um profissional ou entidade dentro desta área. Apenas uma discriminação tendo como referência um parâmetro médio de conduta poderá permitir a conclusão de se considerar uma determinada atividade como de «reconhecido mérito» e como tendo contribuído para a «dignificação e prestígio da profissão de enfermeiro».

O exercício profissional, a evolução da profissão na sua vertente social e o desenvolvimento científico do exercício e/ou da Saúde poderão ser considerados como realidades e bitolas de referência, suscetíveis de validarem uma distinção pela sua projeção na comunidade e, assim, assumirem o estatuto de atividades de relevante interesse público.

De acordo com o Estatuto [alínea b) do número 5 do Artigo 25.º], cabe ao Conselho Jurisdicional a instrução de processos e a decisão sobre a atribuição da qualidade de membro honorário.

A **alínea a)** do número 3 do Artigo 75.º refere-se ao direito de participar nas atividades da Ordem.

A **alínea b)** preconiza a possibilidade de intervir, sem direito a voto, na assembleia geral e nas assembleias regionais. Trata-se de participar na discussão, sem executar voto.

Sugestões de leitura

BANDMAN, Elsie L.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics through Life Span**. 3rd ed. Prentice Hall International, 1995.

BARRETO, Irineu Cabral – **A Convenção Europeia dos Direitos do Homem**. Lisboa: Editorial Notícias, 1995.

LE BOTERF, Guy – **Compétence et Navigation Professionnelle**. 3.^a ed. Paris: Éditions de l'Organisation, 2000.

NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (Coord.) – **Para uma Ética da Enfermagem. Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

NUNES, Lucília – **Equacionando: Direitos humanos e necessidades em cuidados**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Número 4 (nov. 2001), p. 21-25.

RENAUD, Maria Isabel – **A pessoa humana**. Revista Servir. Lisboa. Número 4 (1990), p. 159-165.

RENAUD, Maria Isabel – **A pessoa humana e o direito à saúde**. Brotéria. Número 139 (1994), p. 323-342.

SAVATER, Fernando – **A Coragem de Escolher**. Lisboa: Publicações D. Quixote, 2004.

SERRÃO, Daniel [et al.] – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1999.

SILVA, Miguel Oliveira – **Objeção de consciência, planeamento familiar e interrupção da gravidez**. In SILVA, J. Ribeiro [et al.] (coord.) – **Contributos para a Bioética em Portugal**. Lisboa: Edições Cosmos/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa. p. 395-406.

SILVA, Paula Martinho da – **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina anotada**. Lisboa: Edições Cosmos, 1997.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES - Condições de trabalho e proteção social dos enfermeiros. *Enfermagem em Foco*. Número 36 (ago./out. 1999).

SINGER, Peter – **A Companion to Ethics**. London: Blackwell, 1993.

SNYDER, M. – **Independent Nursing Interventions**. New York: John Widny Edit., 1985.

THOMPSON, Ian [et al.] – **Ética em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004.

Documentos de suporte

Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. 16 dez. 2004.

Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (ratificada para o ordenamento jurídico português pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, e pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro).

Carta social europeia. Conselho da Europa.

Constituição da República Portuguesa.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto - Lei de Bases da Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Parecer n.º 105/2009, do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros - Acesso à informação de saúde das pessoas pelos enfermeiros.

Parecer n.º 140/2009, do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. Regime deontológico da responsabilidade profissional durante o «Exercício Profissional Tutelado» e «Desenvolvimento Profissional Tutelado» do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional® da Ordem dos Enfermeiros.

Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos. Assembleia Geral das Nações Unidas. Entrada em vigor na ordem jurídica portuguesa a 15 de setembro de 1978.

ARTIGO 76.º – DEVERES EM GERAL

«1 – Os membros efectivos estão obrigados a:

- a) Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem;
- b) Cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão;
- c) O cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes sejam aplicáveis e que tenham sido, respectivamente, ratificadas ou adoptadas pelos órgãos de soberania competentes;
- d) Exercer os cargos para que tenham sido eleitos ou nomeados e cumprir os respectivos mandatos;
- e) Colaborar em todas as iniciativas que sejam de interesse e prestígio para a profissão;
- f) Contribuir para a dignificação da profissão;
- g) Participar na prossecução das finalidades da Ordem;
- h) Cumprir as obrigações emergentes do presente Estatuto, do código deontológico e demais legislação aplicável;
- i) Comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão;
- j) Comunicar o extravio da cédula profissional no prazo de cinco dias úteis;
- k) Comunicar a mudança de domicílio profissional e o novo endereço no prazo de 30 dias úteis;
- l) Pagar as quotas e taxas em vigor».

Comentário

O termo «dever» é «aquilo que é devido. Refere-se às obrigações que devemos aos outros ou que temos segundo a lei em questão»⁷.

Os enfermeiros, porque pertencentes a um grupo profissional específico, têm uma série de deveres para com a profissão e a sociedade, distintos dos demais cidadãos, ou seja, aos deveres de cidadão acrescem deveres particulares.

Os Artigos 75.º e 76.º representam a correlação dos direitos dos membros e dos deveres em geral. Por isso, pode-se verificar a relação entre os direitos e os deveres. É o caso paradigmático da correlação entre o direito previsto no número 1, alínea a) do Artigo 75.º e o número 1, alínea a) do Artigo 76.º. Por outro lado, os membros previstos no Artigo 8.º do Estatuto são «efectivos, honorários e correspondentes». Daí que este Artigo 76.º, ao contemplar os deveres em geral, no-los apresente na diferença entre os membros efetivos (no número 1) e os membros honorários e correspondentes (número 2). Nos termos do Parecer

7 THOMPSON et al. (2004).

n.º 140/2009 do Conselho Jurisdicional já referido, os deveres atribuídos aos membros efetivos são também obrigatórios para o **enfermeiro em EPT**, com uma inscrição provisória na Ordem.

A **alínea a)** do número 1 deste artigo prescreve o dever de todo o enfermeiro «Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem».

Toda a profissão tem como razão fundamental da sua existência a resposta a necessidades sociais. Dos profissionais da Enfermagem, a sociedade espera intervenções no domínio da satisfação das suas necessidades humanas básicas e dos cuidados de reparação, baseadas em fundamentos científicos sólidos e atuais e em estratégias e procedimentos que se tenham revelado como os mais eficazes na ajuda aos utentes e suas famílias para a resolução dos seus problemas de saúde.

Ajuizando pelo descrito no Enquadramento Conceptual (Ordem dos Enfermeiros, 2002), o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Esta «relação terapêutica, promovida no âmbito do exercício profissional da Enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente». Mais se afirma que «os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente».

Atentando na alínea a), consideremos a sua decomposição em três itens complementares: o «quê», ou seja, «Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos», sob que princípios, ou seja, «com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população», e o processo preconizado, ou seja, «adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem».

«Exercer» refere-se ao agir enquanto enfermeiro; os «adequados conhecimentos» dizem respeito à necessidade de atualização, ao desenvolvimento de esforços de formação nas suas várias modalidades (incluindo a autoformação), de forma a que, possuidores das competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, os enfermeiros se encontrem em condições para prestar cuidados equitativos (cuidados certos, à pessoa certa, no momento certo, de acordo com as necessidades e expectativas dos utentes e famílias) ou proporcionar as condições para que estes sejam possíveis. É neste sentido que o enfermeiro o deve fazer, defendendo e respeitando a vida (direito inalienável, de acordo com o Artigo 3.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa) e a dignidade intrínseca ao ser humano em todas as circunstâncias, com especial atenção nas situações em que os recursos internos dos clientes e famílias não são suficientes.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática da Enfermagem. Por isso, afirmou-se que «os enfermeiros têm presente que **bons cuidados** significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros re-

quer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes» (Enquadramento Conceptual, Ordem dos Enfermeiros, 2002).

O dever do enfermeiro exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos decorre do direito dos clientes e das suas famílias a atingirem o maior nível possível de saúde e bem-estar, no mais curto espaço de tempo e através dos processos e metodologias mais recentes, eficientes e eficazes, com o menor sofrimento e a melhor qualidade de vida. A este dever do enfermeiro corresponde, correlativamente, o seu direito a exercer livremente a profissão [conforme análise do Artigo 75.º, alínea a)].

A **alínea b)** prescreve o dever duplo de «Cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão» que igualmente se aplica a todos os enfermeiros. Como noutras situações, o desconhecimento ou a sua alegação não iliba de uma eventual infração.

O quadro legal duma profissão surge da necessidade de regular essa mesma profissão, faculta aos seus elementos uma orientação para o desempenho e harmonização de condutas e, simultaneamente, para proteção dos seus alvos. Nesta perspetiva, cabe a cada um dos enfermeiros orientar a sua prática profissional no sentido do cumprimento do quadro legal existente. Este dever geral encontra-se concretizado no Código Deontológico, na alínea a) do Artigo 79.º.

A **alínea c)** do número 1 do artigo em apreço prescreve o «Cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes sejam aplicáveis e que tenham sido, respectivamente, ratificadas ou adoptadas pelos órgãos de soberania competentes». Trata-se de considerar como um dever, na sequência da alínea anterior, cumprir o enquadramento jurídico-legal, incluindo as convenções e recomendações internacionais, sob duas condições: que «sejam aplicáveis» e tenham sido «ratificadas ou adoptadas» por Portugal. Poderemos considerar que constitui um exemplo a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, do Conselho da Europa, vigente em Portugal desde janeiro de 2001, que consagra, entre outros, o regime jurídico principal em matéria de consentimento em saúde e por isso também aplicado ao exercício profissional de Enfermagem.

A **alínea d)** afirma o dever de «Exercer os cargos para que tenham sido eleitos ou nomeados e cumprir os respectivos mandatos».

Ocupar determinados cargos, após processo de eleição ou de nomeação, supõe ter-se voluntariamente disposto à responsabilidade do cargo e daí decorre o dever de exercer e de cumprir o mandato. Quando se trata de nomeação, apesar de poder não resultar de atitude voluntária inicial, reitera-se este mesmo dever.

A representação social inerente a cada uma das profissões é construída tendo como referência as atitudes, comportamentos e respostas que os seus elementos transmitem para a sociedade. À qualidade da representação social duma profissão corresponde um maior ou menor prestígio e, simultaneamente, uma maior ou menor dignidade. O percurso profissional de cada enfermeiro é relevante no sentido da dignificação da profissão.

Assim se entende a leitura dos deveres, prescritos nas **alíneas e) e f)**, de «Colaborar em todas as iniciativas que sejam de interesse e prestígio para a profissão» e «Contribuir para a dignificação da profissão». De acordo com a **alínea g)**, constitui dever «Participar na prossecução das finalidades da Ordem».

Estão previstas, no Estatuto da Ordem, as atribuições (constantes no Artigo 3.º) e a cooperação a nível nacional e internacional (Artigo 4.º). Destacamos o desígnio fundamental de «promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional» (número 1, Artigo 3.º).

Sendo expresso que cabe à Ordem «zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de cada enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros», cabe a cada enfermeiro contribuir para a dignificação da profissão.

Os deveres previstos nas alíneas e), f) e g) do Artigo 76.º reúnem-se numa participação individual de «colaborar», «contribuir» e «participar» nos mesmos propósitos.

A **alínea h)** afirma a obrigação de «Cumprir as obrigações emergentes do presente Estatuto, do código deontológico e demais legislação aplicável» nos conformes da legalidade. Do que decorre que o incumprimento se reporte à área da responsabilidade disciplinar, sendo afirmado no Artigo 55.º do Estatuto que «constitui infracção disciplinar toda a acção ou omissão que viole, dolosa ou negligentemente, os deveres consignados no presente Estatuto, no código deontológico ou demais disposições legais aplicáveis ao exercício da Enfermagem».

De acordo com a **alínea i)** do número 1 do artigo em apreço, os enfermeiros «Estão obrigados a comunicar os factos de que tenham conhecimento e que possam comprometer a dignidade da profissão, a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão».

Este dever pode ser analisado na complementaridade de duas perspetivas: por um lado, o dever geral de comunicar factos que atentem contra (possam comprometer) a dignidade da profissão, a saúde das pessoas ou as normas legais. Nesta ótica, cruza-se com a afirmação de que «quaisquer pessoas, singulares ou colectivas, podem dar conhecimento à Ordem da prática, por enfermeiros nela inscritos, de factos susceptíveis de constituir infracção disciplinar» (número 2, Artigo 55.º). Ou seja, qualquer pessoa o pode fazer; contudo, ao enfermeiro cabe o dever de o fazer.

O enfermeiro deve igualmente procurar, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, como prevê o Artigo 88.º do Código Deontológico na prescrição do dever de comunicar «através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados». Noutra perspetiva, pela informação dos factos o enfermeiro colabora no esforço para se cumprirem os objetivos e a atribuição fundamental da Ordem.

Esta comunicação deverá ser realizada pelas vias e entidades competentes. Neste sentido, os enfermeiros comunicam as deficiências que identificam [alínea d), número 1 do Artigo 88.º], quando têm conhecimento de situações que lesem a imagem da profissão ou desrespeitem as normas legais, na salvaguarda da saúde e bem-estar das pessoas.

Poderia aqui introduzir-se o conceito de função da **advocacia**, pois é exercida pelo enfermeiro em favor do cliente (Kozier, 1989) e impõe-se, dadas as situações de vulnerabilidade das pessoas de quem cuida, as quais é necessário ajudar, defender e proteger.

A **alínea j)** do número 1 do Artigo 76.º diz respeito ao dever de comunicação relativamente ao extravio da cédula profissional, no prazo de cinco dias úteis. Tenha-se em conta que a cédula é o documento de identi-

ficção do enfermeiro. Nela se encontra escrito que «o titular desta cédula é membro efectivo da Ordem dos Enfermeiros, o que lhe confere os direitos e deveres estatutariamente consagrados. O titular desta cédula está habilitado para o exercício da profissão de enfermeiro».

Cada enfermeiro apresenta a sua cédula como documento comprovativo da sua inscrição na Ordem, do seu título profissional (que pode ser enfermeiro ou enfermeiro especialista) e da regularidade da sua situação (de acordo com a vinheta aposta).

A **alínea k** do número 1 do artigo em apreço prescreve a obrigação de comunicar a mudança de domicílio profissional e o novo endereço no prazo de 30 dias úteis. Consideremos que as informações oficiais são enviadas para o domicílio profissional, o local onde trabalha o enfermeiro, e torna-se claro que este domicílio deve estar sempre atualizado na base de dados da Ordem, sob pena de o ónus da impossibilidade de localização recair sobre o próprio enfermeiro.

A **alínea l** estabelece o dever de pagar as quotas e taxas em vigor. A Ordem dos Enfermeiros faz face às despesas de pessoal, manutenção, funcionamento e demais atividades necessárias à prossecução das atribuições (Artigo 95.º), através das taxas e quotizações dos seus membros. A fixação do montante da quota decorre de aprovação em assembleia geral, que é «constituída por todos os enfermeiros membros efectivos com inscrição em vigor na Ordem» (Artigo 11.º do Estatuto).

«2 – Os membros honorários e correspondentes estão obrigados a:

- a) Cumprir as disposições do Estatuto e dos regulamentos estabelecidos pela Ordem;
- b) Participar na prossecução das finalidades da Ordem;
- c) Contribuir para a dignificação da Ordem e da profissão;
- d) Prestar a comissões e grupos de trabalho a colaboração que lhes for solicitada».

De acordo com o Artigo 8.º do Estatuto (e conforme referido no Artigo 75.º), «a qualidade de membro honorário pode ser atribuída a indivíduos ou colectividades que, desenvolvendo ou tendo desenvolvido atividades de reconhecido mérito e interesse público, tenham contribuído para a dignificação e prestígio da profissão de enfermeiro e sejam considerados merecedores de tal distinção», após a instrução do processo de membro honorário. A qualidade de membros correspondentes pode admitir membros de associações congêneres estrangeiras. Note-se que alguns dos deveres dos membros honorários são similares aos dos membros efetivos: a alínea a) deste número 2 é próxima da alínea h) do número 1; a alínea b) deste número 2 é igual à alínea g) do número 1 e a alínea c) deste número 2 é similar à alínea f) do número 1, acrescentando a dignificação da Ordem.

Pela **alínea d**) constitui obrigação dos membros honorários a prestação, a comissões e grupos de trabalho, da colaboração que lhes for solicitada pela Ordem dos Enfermeiros, concretizando um dever geral de participação.

A atribuição da qualidade de membro honorário e de membro correspondente é objeto de Regulamentos próprios da Ordem.

Sugestões de leitura

AYDELOTTE, M. – **The evolving profession: the role of the professional organization**. In CHASKA, Norma (org.) – *The Nursing Profession Turning Points*. S. Francisco: The CV Mosby Company, 1990.

HESBEEN, W. – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva do Cuidar**. Loures: Lusociência, 2000.

KOZIER, B. – **Enfermeria Fundamental: Conceptos, Procesos y Practica**. 2.^a ed. Madrid: Interamericana, 1989.

THOMPSON, I. [et al.] – **Ética em Enfermagem**. 4.^a ed. Loures: Lusociência, 2004.

VALA, J. – **Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano**. In MONTEIRO, Maria Benedita; VALA, Jorge (Orgs.). *Psicologia social*. 5.^a ed.. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

Documentos de suporte

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Ministério da Saúde.

Constituição da República Portuguesa.

Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. 4 abr. 1997.

Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais. 4 nov. 1950.

Convenção para a Protecção do Indivíduo face ao Tratamento Automático de Dados Pessoais. 28 jan. 1981.

Convenção da Eliminação de Qualquer Forma de Discriminação Contra as Mulheres. 1979.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. 10 dez. 1948.

Decreto-Lei n.º 104/98. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 21 abr. Alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. 4 set. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Lei n.º 58/2008. Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas. 9 set.

Ordem dos Enfermeiros. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: OE, 2003.

Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados. Lisboa. OE, 2003.

ARTIGO 77.º – INCOMPATIBILIDADES

«1 – O exercício da profissão de enfermeiro é incompatível com a titularidade dos cargos e o exercício das actividades seguintes:

- a) Delegado de informação médica e de comercialização de produtos médicos, sócio ou gerente de empresa com essa actividade;
- b) Farmacêutico, técnico de farmácia ou proprietário, sócio ou gerente de empresa proprietária de farmácia;
- c) Proprietário, sócio ou gerente de empresa proprietária de laboratório de análises clínicas, de preparação de produtos farmacêuticos ou de equipamentos técnico-sanitários;
- d) Proprietário, sócio ou gerente de empresa proprietária de agência funerária;
- e) Quaisquer outras que, por lei, sejam consideradas incompatíveis com o exercício da enfermagem.

2 – Os membros da Ordem que fiquem em situação de incompatibilidade, nos termos do número anterior, devem requerer a suspensão da sua inscrição no prazo máximo de 30 dias após a posse do respectivo cargo.

3 – Não sendo os factos comunicados à Ordem no prazo de 30 dias, pode o conselho jurisdicional regional propor a suspensão da inscrição».

Comentário

Sendo o último artigo da Secção I do capítulo VI do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, surge como o artigo final de garante dos pressupostos ao Código Deontológico, que surge na Secção II. Conjuntamente com os artigos anteriores (Artigo 75.º, «Direitos dos membros», e Artigo 76.º, «Deveres em geral») constitui a totalidade da referida Secção I.

Do ponto de vista geral, a pretensão deste articulado é evitar que um enfermeiro utilize esta qualidade para colher benefícios de que não usufruiria se não fosse enfermeiro, exercendo outra atividade que não a Enfermagem. Ou seja, afirmar a sua condição de enfermeiro para transmitir confiança profissional e, a seguir, propor a aquisição de um bem ou serviço de uma índole diferente.

Trata-se, por um lado, de proteger o utente de uma intervenção inadequada do enfermeiro e, por outro, de evitar que a utilização do título de enfermeiro seja feita fora do contexto da Enfermagem. O que se pretende salvaguardar é a isenção, imparcialidade e imagem do enfermeiro, tal como o comportamento que seria lícito esperar quando o utente recorre ao enfermeiro.

O regime atual de incompatibilidades resulta da alteração do Estatuto da Ordem, pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. De um modo geral, a alteração reside no facto de, em cada atividade profissional considerada incompatível, ser acrescentado o sócio ou o gerente da uma empresa que realize essa atividade.

As incompatibilidades em Enfermagem não podem, contudo, ser tão abrangentes que possam colidir com o direito à «Liberdade de escolha de profissão», tal como referido no número 1 do Artigo 47.º da Constituição da República Portuguesa. No entanto, sendo uma entidade de interesse público, a Ordem pode e

deve explicitar as restrições que entenda serem necessárias, no cumprimento do seu desígnio fundamental e no respeito pelo regime estabelecido neste artigo, assim como os seus fundamentos éticos e jurídicos. É neste sentido que têm sido emitidos pareceres pelo Conselho Jurisdicional, ou seja, para clarificar o entendimento daquilo que são as restrições ao exercício de outras profissões que colidam com o exercício da Enfermagem. Como princípios gerais, o Conselho Jurisdicional tem considerado como incompatíveis as diversas profissões da saúde e compatíveis as demais.

Uma última ressalva para a alínea e), em que se salvaguardam todas as outras situações de incompatibilidade que estejam já ou venham a ser vertidas em lei, quer seja por outras Ordens, quer não. O caso mais divulgado é o da impossibilidade de o enfermeiro ser médico porque no Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Artigo 149.º) encontra-se já escrito que o médico não pode ser enfermeiro.

ARTIGO 78.º – PRINCÍPIOS GERAIS

No seu todo, o Artigo 78.º do Código Deontológico representa o «artigo ético» do articulado deontológico – e isto porque expressa princípios gerais, à luz dos quais se identificam os valores, se enunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres.

«1 – As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro».

Comentário

O respeito pela dignidade humana é um valor autónomo e específico, inerente aos seres humanos, em virtude da sua personalidade⁸. Sendo um princípio da Ética é também assumido como um princípio moral e como uma disposição do Direito positivo (a lei escrita). Em Portugal, esta assunção jurídica do respeito pela dignidade humana encontra-se estabelecida no Artigo 1.º da Constituição que determina que «Portugal é uma república soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)». Assim, do mesmo modo que este princípio estrutura o ordenamento jurídico do país, na medida em que se encontra na primeira norma da Constituição, é também fundamental para a Deontologia de Enfermagem portuguesa, uma vez que está igualmente consagrado na primeira norma do Código Deontológico do Enfermeiro, a saber, o Artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Note-se que o conceito de «pessoa», tal como o conhecemos hoje, é recente – no final do século XIX, Kant⁹ considerava que, pela práxis, nós pertencemos ao «reino dos fins», ou seja, cada ser humano é um fim em si mesmo e nunca um meio ou um instrumento de outra vontade. O que caracteriza a pessoa e a dota de dignidade especial é exatamente ser um fim em si mesmo. Ernst Block, entre outros, aborda a questão da dignidade humana através de duas dimensões: a negativa (que a pessoa não venha a ser objeto de ofensas ou humilhações; portanto, a afirmação da integridade humana, tanto física como espiritual, surge ligada à individualidade) e a positiva (presume o pleno desenvolvimento de cada pessoa, supondo a autodisponibilidade para a autonomia).

A filosofia subjacente aos direitos do Homem parece estar imbuída da ideia kantiana, já expressa, de que as pessoas são fins em si mesmas, são únicas e insubstituíveis. **Ser pessoa** é caracterizado por dois conceitos: relação e interrelação, como constitutivos dinâmicos do ser humano. A pessoa caracteriza-se pela consciência racional (racionalidade) e pela livre vontade (liberdade). Estas duas estruturas convergem na excelência de o Homem «poder ser sempre mais»... Ser pessoa deve encarar-se como um processo, o que nos coloca perante uma realidade dinâmica e não perante um estado fixo. É a pessoa que consubstancia as dimensões

8 Assim o referem Gomes Canotilho e Vital Moreira, em anotação ao Artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa.

9 KANT, Immanuel. *Crítica da Razão Prática*. Lisboa: Edições 70.

da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia. O ser humano, como sujeito moral, possui uma dignidade absoluta.

Ortega y Gasset utilizou uma expressão adequada (e muitas vezes repetida) ao afirmar «eu sou eu e a minha circunstância». Isto é, não existe a pessoa humana abstrata, quimicamente pura. É preciso pensar a pessoa humana em si mesma para encontrar os grandes princípios do dever ser, embora o juízo ético só se faça em situação.

As dimensões da «pessoa situada» (correspondentes às situações que configuram cada um) dizem respeito à família (as raízes: tradições, cultura, casa, ambiente, desde o património genético até aos processos de educação e aculturação, no meio em que se cresceu); ao espaço e ao tempo, ou seja, ao universo concreto em que se inicia e desenrola a existência; à dimensão social; à relação com o sagrado e ao grau de auto-consciência adquirido. E como cada um de nós só existe situado, a circunstância ou a situação é algo que penetra, caracteriza e condiciona profundamente a pessoa humana.

Na perspetiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores. A dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções, tal como afirma o número 1 do Artigo 78.º. Todavia, se pode parecer redundante afirmar «a pessoa humana e o enfermeiro», pode entender-se que o legislador quis reforçar que o profissional, o enfermeiro, não está fora deste princípio, que a esfera da liberdade e da dignidade o incluem.

Para Savater¹⁰, a dignidade humana tem quatro grandes implicações. Em primeiro lugar, implica a inviolabilidade de cada pessoa, o reconhecimento de que não pode ser utilizada ou sacrificada pelos outros. Daqui resulta a segunda implicação: o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os próprios planos de vida e as próprias normas de excelência (sem outros limites a não ser o direito semelhante dos outros à mesma autonomia ou o confronto da esfera de liberdade de cada um com a dos outros, uma vez que «a minha liberdade termina onde começa a do outro»). Em terceiro lugar, a dignidade humana implica o reconhecimento de que cada um deve ser socialmente tratado de acordo com a sua conduta e não segundo os fatores aleatórios que não são essenciais à sua humanidade (como a raça, a etnia, o sexo e a classe social, entre outros). Em quarto e último lugar, implica a exigência de solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos outros seres humanos.

O exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (neste caso, o cliente e o enfermeiro).

Os princípios da liberdade e da dignidade humanas prendem-se com a **autonomia**, enquanto faculdade da pessoa para se reger por leis próprias, agindo a partir de si mesma e fazendo com que os princípios da conduta se radiquem no próprio sujeito. A palavra autonomia, cujo uso é muitas vezes ambíguo, precisa de ser clarificada e entendida como «a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afecta a vida de cada um»¹¹. Por isso, está proximamente ligada à noção de respeito pelas pessoas (e surge, como princípio ético em cuidados de saúde, no modelo principalista, com a designação de «respeito pela autonomia»).

Desta forma, o número 1 do Artigo 78.º coloca o pano de fundo da preocupação que suporta a intervenção

10 SAVATER, Fernando. *As Perguntas da Vida*. Lisboa: D. Quixote, 1999. p. 209.

11 BURKARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita. *Ethics & Issues in Contemporary Nursing*. 2nd ed. New York: Delmar, 2001. p. 41.

do enfermeiro e um compromisso maior de «defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro».

«2 – São valores universais a observar na relação profissional:

- a) A igualdade;
- b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- c) A verdade e a justiça;
- d) O altruísmo e a solidariedade;
- e) A competência e o aperfeiçoamento profissional».

Comentário

O mundo humano é um mundo cultural. Ou seja, aquilo que distingue os tempos construídos pelo Homem tem sido a defesa de determinadas realidades culturais, assumidas, em cada época, como valores próprios. Terá valor tudo o que for capaz de motivar ou promover um movimento de apetência ou de desejo por alguma coisa (como é o caso dos valores sociais ou culturais), assim como os que orientam as condutas (valores éticos) constituem expressão das crenças (valores religiosos) ou dos ideais de belo (valores estéticos). Alguns autores (de que Max Scheller é exemplo) realizaram estudos de hierarquização de valores, propondo escalas de importância crescente para a sociedade e as pessoas. Outras correntes realçam mais a necessidade de harmonizar na vida prática os diferentes valores que possam estar em conflito, procurando dessa forma soluções para os problemas emergentes.

Na generalidade, os valores são critérios segundo os quais valorizamos ou desvalorizamos as coisas e expressam-se nas razões que justificam ou motivam as nossas ações, tornando-as preferíveis a outras. Por isso se afirma que os valores se reportam a ações e as justificam – são conceitos que traduzem as nossas preferências.

A palavra «valor» costuma ser aplicada apenas com um sentido positivo, mas o valor é tudo aquilo sobre o que recai o ato de estima (positiva ou negativa). E parece claro que não atribuímos a todos os valores a mesma importância. A hierarquização é a propriedade que os valores têm de se subordinarem uns aos outros, isto é, de serem uns mais valiosos que outros. As razões por que o fazemos são múltiplas e, de certa forma, os nossos valores tendem a organizar-se em polaridades ou oposições – por exemplo, preferimos e opomos a verdade à mentira, a justiça à injustiça, a generosidade à mesquinhez.

Os valores identificados no Código Deontológico como universais, a respeitar na prática, serão brevemente analisados, um a um. Tenha-se em conta que só terão a correspondente expressão na prática se forem compreendidos e integrados na conduta, permitindo assim a sua operacionalização.

Todos os homens nascem iguais em direitos e em dignidade. O princípio da universalidade acompanha esta **igualdade** fundamental. Está na base da Constituição, por exemplo, e encontrar-se-á na operacionalização de outros deveres, como o de «cuidar da pessoa sem distinção (...)» [Artigo 81.º, alínea a)]. Podemos ver esta igualdade fundamental como traço decorrente da dignidade humana, partilhada por todos pela essência

da natureza do ser humano. A igualdade que me leva, em primeiro lugar, a procurar um agir que não discrimine ninguém que procura os meus cuidados. A igualdade no sentido da não discriminação das pessoas ao cuidado do enfermeiro, é o valor aqui estabelecido.

A **liberdade responsável** articula duas noções: responsabilidade é uma das noções éticas fundamentais e é correlativa da liberdade, uma vez que só se pode ser responsável pelas ações que se escolheu, voluntariamente, realizar. Aqui entronca a ideia de autonomia da conduta, já que agir eticamente é agir autonomamente. A responsabilidade é constitutiva **do** ato e não consecutiva **ao** ato – de onde se entende que se é responsável pelo ato ao escolhê-lo e ao realizá-lo e não apenas pelo que decorre das suas consequências. Ou seja, é-se responsável pelas decisões (de agir ou não agir), pelos atos (no sentido da ação ou da omissão) e pelas consequências (a responsabilidade detalha-se adiante, enquanto princípio orientador).

A liberdade que define o ser pessoal manifesta-se nas escolhas e liga-se, também, à autenticidade – a exigência de viver de acordo consigo mesmo e de acordo com os princípios que assume como seus. Todavia, esta liberdade responsável, com capacidade de escolha (ligada ao livre arbítrio e ao processo de tomada de decisão) tem em vista o **bem comum** e se o bem comum não se dissocia do bem pessoal, também não se confunde com ele.

As noções de bem pessoal e bem comum enquadram-se nas esferas da relação entre o Direito, a Moral e a Ética, e relacionam-se com os interesses (no sentido de verdadeiros interesses, determinados de acordo com critérios éticos e jurídicos). Ou seja, de acordo com Michel Renaud¹², o bem pessoal abrange interesses em que o titular é a pessoa (e não um grupo, em que existem interesses particulares, mas não pessoais), ao passo que o bem comum compreende interesses da comunidade no seu todo, mas que relevam das categorias de bem e mal (distinguindo-se bem comum do conceito de interesse público). Entende-se, por isso, que o bem pessoal esteja protegido, na ordem jurídica, como parte integrante do bem comum. Aliás, os direitos e as liberdades fundamentais dizem respeito ao ser humano, enquanto membro da sociedade e enquanto cidadão. O fim que procuramos atingir é mais elevado do que o nosso bem individual, embora o inclua. Muitas vezes prescindimos do bem pessoal em benefício do bem comum, cuidando e garantindo o cuidado aos nossos concidadãos. Note-se que o «bem comum» não é o «bem da maioria» nem um conjunto de bens que possam ser desfrutados pelo público. É o bem de que participam todas as pessoas que integram uma comunidade.

A liberdade responsável, como valor em Enfermagem, impele assim a um agir que pondere as vontades (do enfermeiro e da pessoa ao seu cuidado) e os limites que naturalmente se impõem a essas vontades. A liberdade que respeita a vida e o seu curso normal e que respeita igualmente o conceito individual de qualidade de vida. A liberdade que respeita o outro, que integra intrinsecamente a relação que as pessoas estabelecem entre si.

A **verdade**, referência «às coisas como elas são», no seu esforço de convergir com o real e também por contemplar a vida íntima do Homem, assume-se como um encontro (entre o pensamento e o objeto, entre o sujeito e o real, entre sujeitos, ou de uma pessoa consigo mesma). Na tradição dos países anglo-saxónicos, é usual «dizer a verdade seja ela qual for». Nos países latinos, predomina o «dizer a verdade, na medida

12 RENAUD, Michel. As tensões entre o bem da pessoa e o bem comum. «Bem da Pessoa e Bem Comum. Um desafio à Bioética». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1998. p. 9-16.

da capacidade do outro para a receber». A verdade diz respeito à verdade positiva dos factos, mas também à capacidade de assimilação do outro. Dizer a verdade não é simplesmente comunicar uma mensagem objetiva. Corresponde à realidade tal como ela é vivida pelo ser humano e manifesta-se, enquanto tal, na unidade do pensar, agir e ser.

As relações com a verdade passam, necessariamente, pela boa-fé, que é dizermos o que julgamos ser verdade e sermos fiéis, em palavras e atos, às nossas convicções. Muitas vezes, a verdade traduz-se na forma como percebemos a realidade, na forma como a assimilamos, interpretamos e transmitimos. O facto de interpretarmos implica a possibilidade, ainda que involuntária, de faltar à verdade objetiva. Ser verdadeiro comporta ser congruente e comunicar com verdade, agir na veracidade. Assim, submetemo-nos à verdade. De acordo com Comte-Sponville¹³, a boa-fé não proíbe o silêncio, e dizer a verdade pode não ser um absoluto, mas um valor a par de outros, às vezes mais necessários ou mais urgentes. Salvedade-se tanto a compaixão como a devida solicitude no cuidado e tenhamos a noção de que, em primeiro lugar, cabe ao cliente, quando pode, decidir da importância que atribui à verdade.

Quanto à **justiça**, «das quatro virtudes cardinais, (a justiça) é certamente a única que é boa em absoluto. A prudência, a temperança ou a coragem só ao serviço do bem são virtudes ou então relativamente a valores – por exemplo, a justiça – que as ultrapassam ou que as motivam»¹⁴. Assim é o horizonte de todas as virtudes e a lei da sua coexistência. Diz-se em dois sentidos: no da conformidade com o Direito – legalidade – e no da igualdade ou proporção – e torna-se equidade. Assim, a justiça surge como o «dar a cada um o que lhe é devido», na conformidade com o Direito (legalidade) e sendo uma proporção (igualdade). Justiça é igualdade dos direitos, quer sejam juridicamente estabelecidos ou moralmente exigidos. Se ajuizarmos que a exigência da justiça se estende para lá do estritamente formal (e da regra jurídica de «dar a cada um o que lhe é devido»), entenderemos que a justiça implica tratar coisas similares de forma semelhante e coisas diversas de forma diferente. «Dar a cada um o que lhe é devido» ou de acordo com as suas necessidades, não pode ser confundido com «dar o mesmo a todos», sendo antes o dar a cada um de acordo com as suas circunstâncias, o que muito provavelmente é diferente para diversas pessoas. Estamos, claramente, no domínio da equidade. No campo dos cuidados de saúde, a justiça pode referir-se à distribuição de recursos (e estaremos na esfera da justiça distributiva, intimamente ligada à alocação de recursos, humanos e materiais, respetiva distribuição e rentabilização).

O **altruísmo**, por definição, resulta da ação realizada em função do interesse do outro e surge como o valor do benefício dos outros, em vez do de si mesmo. Está associado à **solidariedade** que, enquanto comunhão de interesses e tomada de consciência desta comunhão, resulta numa interdependência mútua. Ser solidário é um estado de espírito, um valor de pertença a um conjunto (até atendendo à raiz da palavra, à ideia de solidez). Desta ideia decorre uma dupla responsabilidade: das pessoas entre si, entre grupos, e com a sociedade. Ser solidário implica respeito pelo outro, assim como a partilha de conhecimentos e saberes, a promoção de valores e a interação na busca de melhores cuidados.

Partindo do princípio de que a **competência** profissional se caracteriza «fundamentalmente como juízo e acção sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito (...) também requer

13 COMTE-SPONVILLE, André. Pequeno Tratado das Grandes Virtudes. Lisboa: Bertrand, 1996. p. 66.

14 COMTE-SPONVILLE (1996), p. 56.

conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções comuns»¹⁵, entende-se que caracterizar a competência na prestação de cuidados de Enfermagem assume foros de circunstancialidade apreciável. Ou seja, os elementos que configuram a competência estarão relacionados, de forma intrínseca, com a circunstância e os contextos em que decorre a intervenção de Enfermagem. A competência é da ordem do saber mobilizar (segundo Le Boterf) e transferir (de acordo com Patricia Benner).

O **aperfeiçoamento profissional**, mais do que mera atualização dos conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo (próprio dos trabalhadores por conta de outrem), é o caminho da construção de competências. Não é acidentalmente que se encontra associado à competência, e entende-se que as formas de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional passam pela autoformação, pela formação contínua e pelo processo de avaliação do desempenho. Ou seja, a aprendizagem ao longo da vida, num eixo de atualização e desenvolvimento profissional.

A Enfermagem tem uma dimensão moral que se constitui pelo facto de a profissão ter um mandato social, ou seja, de a sociedade esperar **alguma coisa** dos enfermeiros. Assim, considera-se o exercício das chamadas **virtudes institucionais**, a saber: o respeito, o serviço, a competência e a justiça.

A relação destas virtudes prende-se com o facto de cada pessoa se apresentar como um ser de direitos e de deveres, tendo um lugar que merece respeito. Cada um presta serviço na sociedade, aos mais diversos níveis. Serviço este que tem de ser prestado de forma competente. E entende-se que pessoas verdadeiramente competentes agem a partir de processos de pensamento (e não apenas e estritamente a partir de regras aceites) e, por isso, podem superar o facto evidente de as respostas puramente habituais não serem, muitas vezes, tão estruturadas quanto a infinita variedade de circunstâncias com que lidamos e que estamos em condições de enfrentar.

«3 – São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros:

- a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;
- c) A excelência do exercício na profissão, em geral, e na relação com outros profissionais».

Comentário

O número 3 do Artigo 78º assinala os princípios orientadores da atividade profissional, destacando-se os aspetos de concretização. Por exemplo, a **responsabilidade** é «inerente ao papel assumido perante a sociedade», como o **respeito pelos direitos humanos** se configura «na relação com os clientes», e a **excelência do exercício** «na profissão em geral e na relação com outros profissionais».

Quanto à **responsabilidade**, a palavra deriva do latim *respondere*, comprometer-se (*spondere*) com alguém, e é habitualmente usada referindo «a capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos

15 LEDDY, Susan; PEPPER, Mae. Conceptual Bases of Professional Nursing. 3rd ed. New York: Lippincott Company, 1993.

próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências»¹⁶. A responsabilidade inclui também e simultaneamente as ideias de estado (por exemplo, ser pai ou mãe comporta o sentido de responsabilidade, na medida em que os pais são responsáveis pelos seus filhos e, conseqüentemente, pelos prejuízos causados pelos filhos, quando menores), de capacidade (é função do nível de discernimento de que o indivíduo pode fazer prova, razão pela qual uns podem ser responsabilizados e outros não) e de obrigação (de responder pelos atos praticados e pelos compromissos assumidos).

Quando se aborda a responsabilidade, a primeira ideia que surge é a de que se pretende reconhecer que um ato pode ser atribuído a alguém, que é o autor. Isto é imputar e mostrar que é primeiramente a partir de uma obrigação ou dever que é assacada responsabilidade a alguém. Isto é, a responsabilidade é imputada ao agente pela verificação da infração do dever não cumprido. Trata-se de colocar na «conta»¹⁷ de alguém a responsabilidade, a «culpa» pelos atos praticados. Por isso dizemos de alguém que «tem muitas culpas no cartório», como se houvesse uma contabilidade própria para os méritos e deméritos da ação individual. Mas a responsabilidade é também a que se exerce no compromisso assumido perante uma missão que nos é atribuída quando a obrigação é a de cumprir certos deveres ou de assumir certos encargos ou compromissos. Isto é, quando se trata de responder por algo que nos foi confiado ou por alguém que temos ao nosso cuidado.

Quando se pretende saber quem é responsável por uma ação já praticada (e se quer obter resposta às questões «Quem fez isto?», «Quem deveria ter feito isto?»), trata-se de atribuir responsabilidade a alguém, de imputar a alguém tal ação. A atribuição de responsabilidade é habitualmente iniciada por um processo de investigação que levará à identificação do agente e à sua imputação, o que poderá, por sua vez, ser seguido de medidas sancionatórias ou elogiosas.

No caso de ações futuras (em que se pretende resposta à questão «Quem fará isto?»), trata-se de uma missão que é atribuída a alguém. Isto é, é confiada uma tarefa a cumprir ou função a realizar por um determinado agente. A tarefa será realizada segundo regras reconhecidas ou específicas para a circunstância ou, de um modo mais geral, o agente deverá empreender ações ainda não específicas que a função assumida implica. É o que acontece quando iniciamos a profissão e assumimos a missão de cuidar daqueles que nos vierem a ser confiados. Enquanto enfermeiros, assumimos a missão, isto é, a responsabilidade de agir de determinado modo («com a preocupação da defesa da dignidade e liberdade da pessoa») e quando respondemos a certas solicitações específicas assumimos realizar tarefas concretas (como gerir um serviço, organizar jornadas, cuidar de um doente em particular, etc.).

Somos igualmente responsáveis pelo que decidimos não fazer. É por isso que, muito rapidamente, pode ser associada à noção de negligência (não agir ou contentar-se com o esboço de uma ação depende plenamente da responsabilidade. Devemos responder pelos nossos atos), o que diz respeito tanto aos atos que se reportam a uma ação concreta como aos que decorrem da decisão de não agir.

O primeiro princípio a tomar em consideração é o de que os enfermeiros são profissionalmente responsáveis pelos seus atos. Pode considerar-se, por um lado, a relação com a intencionalidade na prestação de cuidados e o modo como cada profissional tem em conta a dignidade da pessoa e, por outro lado, o papel do enfermeiro como defensor ou advogado do doente, transmitindo informação e apoiando-se nos processos de escolha.

16 CABRAL, Roque. Responsabilidade. «Logos». 4:724.

17 RICOEUR, Paul. *Le Juste*. Paris: Séuil, 1995.

Na **alínea b)** do número 3 do Artigo 78.º, o **respeito pelos direitos humanos** encontra-se vinculado à assunção do outro como um ser digno, sujeito de direitos (e deveres). A Declaração Universal dos Direitos Humanos corresponde à tentativa de institucionalizar os elementos constituintes da dignidade humana como algo irredutível, a que se ligam a autonomia e a individualidade.

Os direitos fundamentais têm algumas características próprias, pois são:

- 1 – Naturais e universais – isto é, são inerentes à pessoa humana e transcendem as fronteiras e as leis nacionais, aplicando-se a todas as pessoas, independentemente da nacionalidade, sexo, raça ou convicções;
- 2 – Imprescritíveis – ou seja, são permanentes, não se perdem com o decurso do tempo, não têm um «prazo de validade» determinado;
- 3 – Inalienáveis – isto é, não se podem transferir de uma pessoa para outra, por mais que se goste dela ou por melhor que um terceiro possa pagar;
- 4 – Irrenunciáveis – ou seja, não se pode renunciar a eles, mesmo em favor de outra pessoa;
- 5 – Invioláveis – motivo pelo qual nenhuma lei nem autoridade podem desrespeitá-los impunemente (se tal acontecer, há razão para responsabilização civil e criminal);
- 6 – Indivisíveis e interdependentes – isto é, têm de ser tomados em conjunto e de forma relacionada. Não podemos escolher alguns que nos interessem em detrimento de outros, pois os direitos humanos fundamentais têm de ser interpretados de forma conjunta, com a finalidade da sua plena realização.

No preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos considera-se que «o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo». A razão por que «os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do Homem, na dignidade e valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres» é, no fundo, por se acreditar que há que garantir ao ser humano o respeito pelo seu direito à vida, à liberdade, à igualdade e à dignidade, bem como ao pleno desenvolvimento da sua personalidade.

Na Constituição da República Portuguesa estão definidos os direitos fundamentais. Destes, por relação com a Deontologia, salientamos: o direito à vida (Artigo 24.º), o direito à integridade pessoal (Artigo 25.º), o direito à identidade pessoal, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e à boa reputação, à imagem, à palavra e à reserva da intimidade da vida privada e familiar (Artigo 26.º) – os chamados direitos de personalidade –, o direito à liberdade e à segurança (Artigo 27.º), o direito à inviolabilidade do domicílio e da correspondência (Artigo 34.º), os direitos de defesa contra o tratamento informático de dados pessoais (Artigo 35.º), os direitos relativos à família, ao casamento e à filiação (Artigo 36.º), o direito de livre expressão do pensamento e o direito de informação (Artigo 37.º), a liberdade de consciência, religião e culto (Artigo 41.º), a liberdade de criação intelectual, artística e científica (Artigo 42.º), a liberdade de aprender e de ensinar (Artigo 43.º), o direito de deslocação e de emigração (Artigo 44.º).

Cada cidadão tem direitos e deveres que se expressam de forma correlativa. Além da situação «geral» de cidadão, cada um tem direitos específicos em determinados contextos, tal como o direito à segurança social se operacionaliza na proteção em situação de carência (doença, invalidez, etc.). Na área da Saúde, sendo o direito à proteção da saúde um direito social, foi, por exemplo, redigida a Declaração de Lisboa (1981),

enunciando os direitos dos doentes que, enquanto grupo vulnerável, foi objeto de um documento especial para salvaguardar os direitos numa situação de vulnerabilidade. São direitos consagrados na Lei de Bases da Saúde (Base V e Base XIV).

Na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, estão previstos o direito a ser tratado, no respeito pela dignidade humana, no respeito pelas respetivas convicções culturais, filosóficas e religiosas; o direito a receber os cuidados apropriados ao respetivo estado de saúde; o direito à prestação de cuidados continuados; à informação acerca dos serviços de saúde existentes, respetivas competências e níveis de cuidados; o direito a ser informado sobre a respetiva situação de saúde e a obter uma segunda opinião; o direito a dar ou recusar o consentimento; o direito à confidencialidade e de acesso aos dados registados no seu processo clínico; o direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato; e o direito, diretamente ou através de quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações. Um conjunto de direitos que resultam da sua consagração jurídica superior no Artigo 64.º da Constituição e nas Bases referidas da Lei de Bases da Saúde.

Um aspeto básico que se relaciona com a garantia efetiva dos direitos diz respeito à acessibilidade, à aplicação e distribuição dos recursos, cada vez mais caros e escassos, o que é de difícil decisão e intensifica, com elevada relevância e pertinência, o debate em torno do princípio da justiça, que se transmuta em equidade. Na compatibilização das necessidades e dos direitos com os recursos da saúde, nenhuma escolha pode ser feita sem o reconhecimento de que a pessoa é sempre sujeito e não objeto. O interesse da ciência não pode nunca colocar-se acima do direito da pessoa humana, devendo o progresso científico estar ao serviço desta. Quanto ao exercício profissional, uma ampla gama de deveres situa-se na promoção, defesa e garantia dos direitos daqueles a quem se prestam cuidados, porque «nada que seja desumano ou participe no desprezo pelos outros pode ser aceite pelos profissionais de cuidados»¹⁸.

Na **alínea c)** do número 3 do Artigo 78º, a **excelência do exercício** diz respeito à meta de qualidade no cuidado prestado numa perspetiva holística da pessoa. A avaliação da qualidade dos cuidados poderá ser realizada segundo uma tríade de vertentes (estrutura, processo e resultados), mas o que se pretende salientar é a dimensão moral do serviço que se presta e que os outros esperam de nós.

Não basta saber que os utentes têm direito a ser «tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, com correção técnica, privacidade e respeito», é necessário que a prestação de cuidados concreta seja boa, por ser zelosa e competente. Ou seja, não se trata da pura satisfação de um direito formal, mas da associação da competência técnica, científica e moral com vista à prestação de um cuidado de qualidade nas esferas física, emocional, espiritual, intelectual e social. No global, o desenvolvimento de boas práticas, na sintonia dos saberes mais atuais.

Sugestões de leitura

É muito extensa a bibliografia existente sobre os fundamentos da Enfermagem e a dimensão ético-deontológica. Selecionaram-se alguns títulos de caráter geral ou que abordam a temática da fundamentação da Enfermagem em relação à Ética.

18 HESBEEN, Walter. Cuidar no Hospital. Lisboa: Lusodidacta, 2000. p. 28.

- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter (eds.) – **Bioética**. Lisboa: Verbo, 1996.
- BANDMAN, Elsie L.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics Through the Life Span**. 3rd ed. Prentice Hall International, 1995.
- BARRETO, Irineu Cabral – **A Convenção Europeia dos Direitos do Homem**. Lisboa: Editorial Notícias, 1995.
- BURKHARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita – **Ethics & Issues in Contemporary Nursing**. Delmar, 2002.
- CABRAL, F. Sarsfield – **Ética na Sociedade Plural**. Coimbra: Tenacitas, 2001.
- CADERNOS DE BIOÉTICA – **Direitos individuais e bem comum. Verdade em saúde**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 5 (dez. 1993).
- CADERNOS DE BIOÉTICA – **Pessoa – intimidade, respeito, identidade**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 7 (dez. 1994).
- CADERNOS DE BIOÉTICA – **Alguns problemas de Bioética em saúde**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 8 (dez. 1994).
- CADERNOS DE BIOÉTICA – **Solicitude e Vulnerabilidade**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 13 (abr. 1997).
- CADERNOS DE BIOÉTICA – **Tornar-se Pessoa**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 16 (dez. 1997).
- COMTE-SPONVILLE, André – **Pequeno Tratado das Grandes Virtudes**. Lisboa: Bertrand, 1996.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – **Reflexão ética sobre a dignidade humana**. (26/CNECV/99).
- CURTIN, Leah; FLAHERTY, Josephine – **Nursing Ethics. Theories and Pragmatics**. Maryland: Prentice-Hall, 1982.
- DOSSEY, Barbara [et al] – **Holistic Nursing: a Handbook for Practice**. Gaithersburg: Editorial Resources, 1995.
- ETCHEGOYEN, Alain – **A Era dos Responsáveis**. Lisboa: Difel, 1995.
- HESSEN, Johannes – **Filosofia dos Valores**; trad. e pref. de Cabral Moncada. Coimbra: Arménio Amado Editor, 1946.
- HOTTOIS, Gilbert – **O Paradigma Bioético**. Lisboa: Edições Salamandra, 1992.
- KOERBEL, Kurt – **Notre Responsabilité les uns Envers les Autres. Pour un Code Universel des Devoirs Humains**. Quebec: Editions Fides, 2000.
- LE BOTERF, Guy – **Compétence et Navigation Professionnelle**. 3rd ed. Paris: Éditions de l'Organization, 2000.
- LEDDY, Susan; PEPPER, Mae – **Conceptual Bases of Professional Nursing**. 3rd ed. New York: Lippincott Company, 1993.
- LOPES, Armandina; NUNES, Lucília – **Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética**. Nursing. Ed. portuguesa. 90/91 (jul./ago. 1995), p. 10-13.
- MARINA, José António – **Ética Para Náufragos**. Lisboa: Caminho, 1997.
- MARTINS, Lurdes – **Beneficência e não-maleficência**. In: NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- NUNES, Lucília – **O que queremos dizer quando falamos de ética?**. Nursing. ed. portuguesa. 88 (jun. 1995).

- NUNES, Lucília – **Equacionando: direitos humanos e necessidades em cuidados**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. 4 (nov. 2001) 21-25.
- NUNES, Lucília – **Configurando a relação bioética e ética de enfermagem**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. (abr. 2004).
- OSSWALD, Walter – **Um Fio de Ética: Exercícios e Reflexões**. Coimbra: Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular, 2001.
- PARENTE, Paulo – **Veracidade e Fidelidade**. In: NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – Para uma Ética da Enfermagem. Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- PÉRIÉ, Catherine – **Soigner la dignité de l’homme**. La Revue de L’Infirmière. 5 (1991) 24-26.
- RENAUD, Maria Isabel – **A pessoa humana**. Revista Servir. Lisboa. 4 (1990) 159-165.
- RENAUD, Maria Isabel – **A pessoa humana e o direito à saúde**. Brotéria. 139 (1994) 323-342.
- RENAUD, Michel – **Os valores num mundo em mutação**. Brotéria. 139 (1994) 299-322.
- RENAUD, Michel – **Dignidade humana**. In: NEVES, Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – Para uma Ética da Enfermagem. Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- RICOEUR, Paul – **Soi-même Comme un Autre**. Paris: Du Seil, 1990.
- SAVATER, Fernando – **O Meu Dicionário Filosófico**. Lisboa: D. Quixote, 2000.
- SAVATER, Fernando – **Ética Para Um Jovem**. Lisboa: Presença, 1993.
- SAVATER, Fernando – **O Conteúdo da Felicidade**. Lisboa: Relógio D’Água, 1995.
- SAVATER, Fernando – **A Coragem de Escolher**. Lisboa: Publicações D. Quixote, 2004.
- SERRÃO, Daniel [et al.] – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1999.
- TADD, Win (Editor) – **Ethics in Nursing Education, Research and Management. Perspectives from Europe**. Palgrave Macmillan, 2002.
- THOMPSON, Ian [et al.] – **Ética em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004.
- VIEIRA, Margarida – **Para uma ética da enfermagem**. Revista Servir. ACEPS. 44:6 (nov./dez. 1993) 323-327.
- VIEIRA, Margarida – **Ética de Enfermagem: uma questão de santidade ou de justiça**. In: «Pensar Enfermagem: Mitos, Tabus e Realidades. Textos do Ciclo de Debates». Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda de Resende, 1995.
- VIEIRA, Margarida – **Da deontologia profissional à ética de enfermagem**. Revista (In)Formar. Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. Ano X, 33 (jul./dez. 2004) 68-72.
- VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2007. 160 p. ISBN 972-54-0146-8.

Documentos de suporte

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Ministério da Saúde, s/d.

Carta Social Europeia. Out. 1961.

Código Civil. Artigo 80.º: Direito à reserva sobre a intimidade da vida privada.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer sobre as Questões Éticas sobre a Distribuição e Utilização de Recursos Escassos para a Saúde.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 1.º: Direito à Dignidade Humana.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 12.º: Princípio da Universalidade.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 13.º: Princípio da igualdade.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 22.º: Responsabilidade das entidades públicas.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 25.º: Direito à vida, à integridade física e moral.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 26.º: Direito à identidade.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 27.º: Direito à Liberdade.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 41.º: Liberdade de consciência, de religião e culto.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 64.º: Saúde.

Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano relativa às aplicações da Biologia e da Medicina.

Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. 4 abr. 1997.

Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais. 4 nov. 1950.

Convenção para a Protecção do Indivíduo Face ao Tratamento Automático de Dados Pessoais. 28 jan. 1981.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. 10 dez. 1948.

Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos. 1997.

Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio. Comissões de Ética para a Saúde.

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Deliberação n.º 50/98. Comissão Nacional de Dados Pessoais Informatizados.

Lei n.º 12/93 de 22 de abril. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de natureza humana. Alterada pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, e pela Lei n.º 12/2009, de 26 de março.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Base I – Princípios gerais; Base V – Direitos e deveres dos cidadãos; Base XIV – Estatuto dos utentes; Base XVI – Formação do pessoal de saúde. Lei de Bases da Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Lei n.º 67/98 de 26 de outubro. Lei de Protecção de Dados Pessoais.

Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto. Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano.

Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos. 16 dez. 1996.

Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. 16 dez. 1996.

ARTIGO 79.º – DOS DEVERES DEONTOLÓGICOS EM GERAL

«1 – O enfermeiro, ao inscrever-se na Ordem, assume o dever de:

- a) Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
- b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega;
- c) Defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas da indispensável competência profissional;
- d) Ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência».

Comentário

Nos deveres gerais, decorrentes da inscrição na Ordem dos Enfermeiros, encontra-se na **alínea a)** do número 1 do Artigo 79.º o cumprimento das normas deontológicas e das leis que regulam a profissão. Na situação atual, e no que a todos os enfermeiros diz respeito, independentemente do seu local de trabalho e do sistema em que se encontre inserido (público, privado ou liberal), existem dois diplomas legais – o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Regulamentos ou diretrizes emanadas da Ordem (como a da não substituição de enfermeiros) aplicam-se igualmente a todos os enfermeiros em qualquer contexto. Outros diplomas aplicam-se a determinados contextos do exercício profissional, como sejam as leis relativas aos enfermeiros que exercem funções públicas. A responsabilidade, já enunciada como princípio orientador da prática do enfermeiro, surge na **alínea b)** centrada nas decisões que toma e nos atos que pratica ou delega. É este o regime deontológico e disciplinar para a responsabilidade profissional em Enfermagem.

Na sequência de um processo de tomada de decisão, o enfermeiro pode escolher agir desta ou daquela forma (incluindo a escolha de não agir). Os processos deliberativos (de ponderar os prós e os contras) conduzem da intenção à ação e, muito embora em Ética a intenção conte, o que se pode objetivamente avaliar é o resultado da decisão: o ato, em si (seja ele omissivo ou ativo).

E se o responsável responde pelos seus atos, a verdade é que o ato, uma vez realizado, tem dois tipos de consequências que são diferentes um do outro: o primeiro tipo é o do conjunto de consequências do ato (das quais decorre a eficácia, verificando-se até que ponto as consequências confirmam ou contradizem a intenção, ou seja, avaliando-se de forma imediata o que se alcança em comparação com o que se pretendia), e o segundo tipo, decorrente da identificação do autor do ato (depois de uma cadeia de efeitos, andar para trás até localizar a primeira causa, chamando-se a isto imputação).

Toda a noção de responsabilidade se situa no entrecruzamento destes dois aspetos: a eficácia e a imputação. A pessoa responsável é aquela que se torna capaz de desenvolver a ação com eficácia. Por isso, as noções de resposta e de causalidade são essenciais à responsabilidade, já que fundamentam a eficácia e a imputação. A responsabilidade opera a síntese entre os conhecimentos, a ação e os seus efeitos. E o conhecimento é sempre enriquecido quando confrontamos a intenção e os resultados. Por isso, a responsabilidade é cumulativa: o seu exercício torna-nos responsáveis, cada vez mais responsáveis.

No exercício profissional, os enfermeiros delegam, quando solicitam a profissionais que se encontram na sua dependência funcional (pessoal auxiliar) que realizem atos que são necessários para a concretização do cuidado. A delegação em Enfermagem realiza-se nos termos do Artigo 10.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que determina que «os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem».

A delegação, enquanto atribuição a terceiros de uma determinada tarefa, em sentido lato, não isenta quem delegou da responsabilidade pelos atos de que incumbiu terceiros. Dependendo do tipo de ato que é delegado, pode a prática do ato continuar a implicar supervisão por parte de quem delegou. Vale a pena apontar que a delegação pode ser expressa (verbal ou escrita) ou tácita (que se liga aos usos ou práticas reiteradas dos serviços).

Prévia à delegação é, pois, a decisão de delegar. E esta decisão supõe que se esteja perante uma escolha de cinco «certos»: tarefa certa (a delegar), circunstâncias certas (para a delegação), a pessoa certa (em quem se delega), uma transmissão de informação certa (a compreensão das indicações transmitidas) e a orientação e supervisão certa (do que foi delegado).

No que respeita à **alínea c)** do número 1 do Artigo 79.º, «Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional», estamos perante o dever de proteção e defesa das práticas ilegais, ilícitas e que atentem contra o bem comum, com agravamento na ausência de competência profissional.

Assim, é necessário estar atento à legislação existente (que é protetora em diversas situações, como a dos ensaios clínicos, e em grupos específicos, como os que decorrem do ciclo vital, da criança à pessoa idosa, conforme será analisado no Artigo 81.º).

Já definimos «bem individual» e «bem comum» (ver comentário ao Artigo 78.º) e há ainda que clarificar a noção de «indispensável competência profissional». De certa forma, é como se, por analogia ao fundamento jurídico do mínimo ético ou, na taxonomia de objetivos, do nível mínimo, pudéssemos considerar que existe um limiar mínimo indispensável de competência. Ainda assim, também se pode considerar aqui que inclui a não existência de competência profissional (na esfera do exercício ilegal da profissão, por exemplo).

A **alínea d)** do número 1 do artigo em apreço concretiza a operacionalização de um dos valores universais, a solidariedade, aqui relativa à comunidade e com enfoque peculiar na situação de **crise ou catástrofe**, mantendo-se a atuação no respeito pelas áreas de competência. Em relação ao restante articulado, a solidariedade surgirá com enfoque peculiar nos deveres para com a profissão (Artigo 90.º).

Na perspetiva deontológica, expressa-se um dever que se cruza com o plano ético e o jurídico. Se, no plano ético, cada um de nós é responsável pelo outro, este sentido não está ausente do Direito Civil e Penal. No Direito Civil, a pessoa é obrigada a responder pelas «pessoas, animais ou coisas ao seu cuidado»¹⁹ e no Código Penal, a omissão de auxílio²⁰ é considerada crime, em caso de necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum.

Sugestões de leitura

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter [et al.] – **Bem da Pessoa e Bem Comum**. Bioética. Lisboa: Verbo, 1996. Um desafio à Bioética. Ed. do Centro de Estudos de Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1998.

COLLEGE OF REGISTERED NURSES OF NOVA SCOTIA, 2004 – **Delegation Guidelines to Registered Nurses**.

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

ETCHEGOYEN, Alain – **A Era dos Responsáveis**. Lisboa: Difel, 1995.

HESSEN, Johannes – **Filosofia dos Valores**. Trad. e pref. de Cabral Moncada. Coimbra: Arménio Amado Editor, 1946.

LIPOVETSKY, Gilles – **O Crepúsculo do Dever: A Ética Indolor dos Novos Tempos Democráticos**. Lisboa: Dom Quixote, 1994.

NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING, 1997 – **The Five Rights of Delegation**.

NEVES, M. Céus Patrão – **Comissões de Ética. Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana**. 2.ª ed. rev. e aum. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.

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

SERRÃO, Daniel [et al.] – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1999.

SAVATER, Fernando – **O Conteúdo da Felicidade**. Lisboa: Relógio D'Água, 1995.

VIEIRA, Margarida – **A responsabilidade disciplinar do enfermeiro**. Revista da Ordem dos Enfermeiros. 3 (jun. 2001) 14-17.

19 «As pessoas que, por lei ou negócio jurídico, forem obrigadas a vigiar outras, por virtude da incapacidade natural destas, são responsáveis pelos danos que elas causarem a terceiro, salvo se mostrarem que cumpriram o seu dever de vigilância ou que os danos causados se teriam produzido ainda que o tivessem cumprido», Artigo 491.º do Código Civil Português; «Quem tiver em seu poder coisa móvel ou imóvel, com o dever de a vigiar, e bem assim quem tiver assumido o encargo da vigilância de quaisquer animais, responde pelos danos que a coisa ou os animais causarem, salvo se provar que nenhuma culpa houve da sua parte ou que os danos se teriam igualmente produzido ainda que não houvesse culpa sua», Artigo 493.º do Código Civil Português.

20 «Quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente ou calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, a integridade física ou a liberdade de outra pessoa, deixar de lhe prestar o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por ação pessoal, seja promovendo o socorro, é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias», Artigo 200.º do Código Penal Português.

Documentos de suporte

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

Carta Social Europeia. 18 Out. 1961.

Código Penal. Artigo 10.º: Comissão por omissão; Artigo 26.º/27.º: Autoria/Cumplicidade; Artigo 31.º: Exclusão de ilicitude; Artigo 36.º: Conflito de deveres; Artigo 37.º: Obediência devida desculpante; Artigo 38.º/39.º: Consentimento/Consentimento presumido; Artigo 148.º: Ofensa à integridade física por negligência; Artigo 149.º: Consentimento; Artigo 150.º: Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos; Artigo 156.º: Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários; Artigo 157.º: Dever de esclarecimento; Artigo 192.º: Devassa da vida privada; Artigo 195.º/196.º: Violação de segredo/Aproveitamento indevido de segredo; Artigo 200.º: Omissão de auxílio; Artigo 283.º: Propagação de doença, alteração de análise ou receituário; Artigo 284.º: Recusa de médico; Artigo 383.º: Violação de segredo por funcionário.

Constituição da República Portuguesa.

Convenção da Eliminação de Qualquer Forma de Discriminação Contra as Mulheres. 1979.

Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. 4 abr. 1997.

Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais. 4 nov. 1950.

Convenção para a Protecção do Indivíduo face ao Tratamento Automático de Dados Pessoais. 28 jan. 1981.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. 10 dez. 1948.

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Decreto-Lei n.º 48/357, de 27 de abril de 1968. Estatuto Hospitalar.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto. Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano.

Lei n.º 67/2007, de 31 de dezembro. Regime da Responsabilidade Civil Extracontratual do Estado e demais Entidades Públicas.

Lei n.º 58/2008, de 9 de setembro. Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas.

Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos e Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. 16 dez. 1996.

ARTIGO 80.º – DO DEVER PARA COM A COMUNIDADE

«O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido;
- b) Participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;
- c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade».

Comentário

São focos de atenção do enfermeiro, o indivíduo e o grupo. Deste, temos o grupo família e o grupo comunidade.

São vários os conceitos de comunidade. No entanto, contemplam três fatores comuns: pessoas, lugar e função. As pessoas são os habitantes da comunidade, o lugar refere-se às dimensões geográfica e temporal e a função às finalidades e atividades dessa mesma comunidade (Stenhope & Lancaster, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define comunidade «como um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, exhibe e cria normas, valores e instituições sociais»²¹. A definição proposta por Stenhope & Lancaster (2011) consiste em «uma entidade com base num lugar, composta por sistemas de organizações formais que refletem as instituições sociais, os grupos informais e os seus agregados» (p. 359).

Importa aqui diferenciar o dever e inerente responsabilidade do enfermeiro pelos cuidados que presta na comunidade e os deveres e responsabilidade pelos cuidados à comunidade como um alvo/cliente. Se na primeira situação os deveres referem-se aos cuidados aos indivíduos e às famílias na comunidade, no segundo referem-se aos cuidados à comunidade em si, ao seu coletivo.

A **alínea a)** do Artigo 80.º coloca o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde o enfermeiro está inserido. E entenda-se que este artigo, como os outros do Código Deontológico, diz respeito a todos os enfermeiros, seja qual for a população e a comunidade, isto é, independentemente do contexto de trabalho.

Os cuidados, atendendo ao todo, à comunidade, são fundamentais para o exercício da Enfermagem, mesmo se o cuidado direto é prestado a indivíduos e/ou a grupos específicos. Nesta situação, os resultados

21 Stanhope, Márcia [et al.]. Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. Lisboa: Lusodidacta, 1999.

dos cuidados repercutir-se-ão também na comunidade. Mas, conhecer as necessidades da população e da comunidade onde o enfermeiro está inserido pressupõe que sejam utilizados os instrumentos adequados à identificação do estado de saúde dessa mesma comunidade, com base em dados habitualmente disponíveis (idade, gênero, estatísticas vitais, etc.) e na produção de novos dados (conhecimentos, crenças, valores, sentimentos, necessidades, estruturas de poder, liderança e influência) obtidos através de entrevistas e observação, bem como na sua interpretação. Desta resultará a identificação dos reais problemas de saúde, das necessidades de intervenção, assim como dos recursos e capacidades da comunidade, com fundamento no quais se deverá desenvolver a intervenção dos enfermeiros de modo justo.

Sendo a Saúde entendida cada vez mais como assunto que respeita aos próprios indivíduos, com direitos e responsabilidades, a participação ativa de uma comunidade bem informada e fortemente motivada é indispensável para a realização do objetivo comum (As Metas de Saúde para Todos). Assim, no exercício orientado para a comunidade, a prestação de cuidados de Enfermagem fomenta o desenvolvimento de aptidões pessoais dos seus membros para o autocuidado e o autocontrole em aspetos do bem-estar social e da saúde da vida diária²². A expressão do dever de «conhecer as necessidades da população e da comunidade» tanto se pode articular com a realização de diagnóstico situacional (atendendo aos diversos meios utilizados, no que respeita à recolha de informação) como com o enquadramento das competências culturais (sendo os cuidados concebidos para um cliente específico, baseados na singularidade da pessoa e prestados com sensibilidade para o enquadramento cultural).

No que se refere à **alínea b)** do Artigo 80.º, «Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados», o referencial é o de uma ação participativa interagindo com uma finalidade comum, a saber: a busca de soluções para os problemas detetados. Por vezes, como agentes, executando programas; noutras como parceiros na mudança, funcionando como seus catalisadores, considerando a adequação das intervenções aos problemas detetados, com mobilização, participação e envolvimento da comunidade, no respeito pela sua cultura e no sentido da sua capacitação para lidar com o autocuidado, com o controlo da sua saúde e do ambiente.

Cada vez mais, as pessoas são informadas e estimuladas para usarem os seus conhecimentos, para adotarem atitudes (que potencializem as suas capacidades) e desenvolverem atividades que melhorem a saúde própria, das respetivas famílias e da respetiva comunidade. Deste modo, as populações têm mais opções válidas, o que permite exercer maior controlo sobre a respetiva saúde e sobre o ambiente, e fazer opções conducentes à saúde. Os resultados esperados são a confiança e a competência relativamente à saúde individual, familiar e comunitária, na busca de soluções para os problemas de saúde detetados (e percebidos). Parece existir uma relação muito estreita entre as três alíneas, sobretudo entre b) e c): «Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade». Coletivamente, os profissionais da saúde deverão alargar o quadro tradicional da análise dos problemas de saúde, no sentido de incluírem nele os fatores psicológicos, sociais, económicos e ambientais que têm influência na saúde. Assume-se uma mais estreita colaboração com os profissionais das disciplinas afins, sublinhando a necessidade de agir sobre esses fatores para melhorar a saúde.

22 CARTA DE OTAVA, 5.

Individualmente, os enfermeiros deverão acentuar a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados curativos e a reabilitação. Supõe-se a apreensão dos problemas de saúde de uma forma mais globalizante, procurando as causas potenciais e as soluções possíveis para numerosos problemas individuais de saúde, dentro da própria família e da comunidade.

Cabe aqui uma referência especial à conceção subjacente a esta interpretação do Artigo 80.º. Por um lado, durante algum tempo, entendeu-se desenvolver uma lógica do tipo hospitalocêntrico, de acordo com a qual os cuidados de Enfermagem se dirigem mais para os cuidados de reparação. Por outro lado, a intervenção do enfermeiro situa-se no seio da comunidade, o que pode fazer equacionar os aspetos da multiculturalidade.

Do primeiro ponto, desdobramos a universalidade do cuidar ou do cuidado. É e será indispensável à vida das pessoas e dos grupos²³. A maioria das práticas de cuidados aparece ligada às estruturas do quotidiano, como a alimentação, no sentido de sustentar a vida, e as pessoas, os grupos e as comunidades sempre asseguraram um certo tipo de cuidados. Cuidar é um ato individual sobre nós próprios, desde que adquirimos autonomia, e é também um ato de reciprocidade que prestamos aos outros que, de forma temporária ou definitiva, têm necessidade de ajuda para suprir as suas necessidades vitais.

Por outro lado, não só os cuidados têm apenas caráter universal como também multidimensional. São marcados pelas conceções, pelas crenças e pelos valores a que se ligam tanto os que têm necessidade de procurar cuidados como os que os prestam. Se a prática dos cuidados é a essência e a dimensão pragmática, intelectual e unificadora da profissão de Enfermagem²⁴, o papel do enfermeiro (e o seu dever) configura-se pela responsabilização «para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de Enfermagem» (enunciado do Artigo 80.º).

Na nossa prática, desenham-se experiências de prestação de cuidados em situações culturais específicas e, claramente, poderíamos estar a falar de pessoas de diferentes etnias ou com costumes diferentes. E «participar na orientação da comunidade» [alínea b)] e «Colaborar (...) em programas que respondam aos problemas da comunidade» [alínea c)] são formas de concretizar, de operacionalizar a ação.

A última década foi fortemente marcada por estudos multiculturais, na procura de uma atuação transcultural. Nunca se falou tanto de cultura e de multicultural. É como se, finalmente, nos tivéssemos dado conta de que o mundo é policromático.

Viver nos dias de hoje exige competências específicas, como a compreensão horizontal das sociedades multiculturais e o desenvolvimento de competências de integração *versus* segregação, de cooperação *versus* dominação e de acolhimento *versus* competição. Assim, qualquer que seja o nível da prestação de cuidados em que o enfermeiro exerce as suas funções, deverá identificar os recursos existentes, capazes de responder às necessidades dos indivíduos na continuidade dos cuidados, na interdisciplinaridade, na articulação de cuidados e no desenvolvimento de programas que promovam a saúde da comunidade.

A promoção da saúde através da intervenção concreta e efetiva na comunidade implica modelos participativos que envolvam a comunidade no domínio e controlo dos seus próprios esforços e objetivos, numa tomada conjunta de decisões. Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e o realce dos estilos de vida saudáveis. O desenvolvimento comunitário

23 COLLIÈRE, Marie-Françoise – Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: SEP, 1989.

24 LEININGER, Madeleine - Modelo transcultural do cuidar.

traça-se através dos recursos humanos e materiais existentes na própria comunidade que capacitem a ajuda e o suporte social (dos prestadores informais, por exemplo).

E se os problemas detetados (toxicod dependência ou saúde sexual e reprodutiva, por exemplo) forem enquadrados num cenário mais amplo, a nível nacional parece razoável supor a articulação da intervenção aos diversos níveis (local, regional e nacional) e, seja qual for o local e o contexto em que o enfermeiro desempenhe funções, ele deverá conhecer as necessidades e atuar em ligação e colaboração. A perspetiva multidisciplinar ou transdisciplinar está ao serviço de um fim comum: melhorar a qualidade de vida da população e da comunidade.

Sugestões de leitura

COLLIÉRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Trad. de M.^a Leonor Braga Abecassis. Lisboa: SEP, 1989.

COOKFAIR, Joan – **Nursing Care in the Community**. St. Louis: Mosby, 1996.

DANIELSON, Carol B – **Families, Health and Illness: Perspectives on Coping and intervention**. St. Louis: Mosby, 1993.

DOSSEY, Barbara [et al.] – **Holistic Nursing: a Handbook for Practice**. Gaithersburg: Resources, 1995.

DUHAMEL, Fabie – **Santé et la Famille: une Approche Systématique en Soins Infirmiers**. Montréal: Gaetan Morin 1995.

GIGER; DAVIDHIZR – **Transcultural Nursing: Assessment and Intervention**. New York: Mosby, 1985.

HANSON, Shirley May – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**. Loures: Lusociência, 2004.

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, M. R. – **Metodologia do Planeamento da Saúde**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

KÉROUAC, Suzanne [et al.] – **La Pensée Infirmière**. Laval: Edition Études Vivantes, 1994.

LEININGER, Madeleine – **Transcultural Care, Diversity and Universality: a Theory of Nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985.

MILLER, D.; PRICE, J. H. – **Dimensions of Community Health**. Boston: Mcraw-Hill, 1998.

NUNES, Lucília – **Enfermagem e cidadania: uma relação a desocultar**. Pensar Enfermagem. (Nov. 2004).

STANHOPE, Márcia [et al.] – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa: Lusodidacta, 1999.

STANHOPE, M & LANCASTER – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. Lisboa: Lusodidacta, 2011.

REDMAN, Barbara Klug – **A Prática da Educação para a Saúde**. Loures: Lusociência, 2004.

STONE, S. [et al.] – **Comprehensive Family and Community Health Nursing**. 3rd ed. S. Louis, 1991.

TESSIER, S; ANDREYS, B.; RIBEIRO, M. A. – **Santé Publique et Santé Communautaire**. Paris: Maloine, 1996.

WATSON, Jean – **Nursing: Human Science and Human Care – A Theory of Nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.

Documentos de suporte

Carta de Otava para a Promoção da Saúde. Ed. port. Lisboa: DGS, maio 1987.

Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de maio. Regime dos sistemas locais de saúde.

Decreto-Lei n.º 259/2000. Regulamenta a Lei n.º 120/99. Condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar.

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de maio.

Despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de junho. Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência. Diário da República, II Série. 138.

Despacho conjunto n.º 360/99, de 28 de abril. Criação de um grupo de trabalho interdepartamental com o objetivo de estudar e propor medidas que concorram para o desenvolvimento, valorização e incentivo da prestação de cuidados no domicílio a pessoas em situação de dependência. Diário da República, II Série. 99.

Lei n.º 3/84, de 24 de março. Educação Sexual e Planeamento Familiar. Diário da República, I Série A.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Lei n.º 120/99. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva.

Serviço Nacional de Saúde para o Virar do Século. Ministério da Saúde. 1998-2002.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2001, de 13 de março. Aprova os 30 principais objetivos da luta contra a droga e a toxicodependência. Horizonte 2004.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001, de 29 de março. Aprova o Plano de Ação Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência. Horizonte 2004.

ARTIGO 81.º – DOS VALORES HUMANOS

«O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:

- a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;
- b) Salvarguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso;
- c) Salvarguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida;
- d) Salvarguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social;
- e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida;
- f) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos».

Comentário

Existe uma relação patente entre o «cuidar da pessoa sem distinção» [alínea a)], os princípios gerais e os valores universais. Aliás, parece claro que, com a afirmação do respeito pelos direitos humanos como princípio orientador, o enfermeiro assume deveres na área dos valores humanos.

Em termos da Comunidade Europeia, afirma-se que é «proibida a discriminação em razão, designadamente, do sexo, raça, cor ou origem étnica ou social, características genéticas, língua, religião ou convicções, opiniões políticas ou outras, pertença a uma minoria nacional, riqueza, nascimento, deficiência, idade ou orientação sexual» e proíbe-se «toda a discriminação em razão da nacionalidade»²⁵.

A nível nacional, além da Constituição da República Portuguesa (já referida), são proibidas as discriminações no exercício de quaisquer direitos económicos, sociais ou culturais, por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica. Define-se discriminação como «qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência em função da raça, cor, ascendência, origem nacional ou étnica, que tenha por objectivo ou produza como resultado a anulação ou restrição do reconhecimento, fruição ou exercício, em condições de igualdade, de direitos, liberdades e garantias ou de direitos económicos, sociais e culturais»²⁶ e consideram-se práticas discriminatórias as que violem o princípio da igualdade. Assim, face ao valor universal da igualdade, o enfermeiro assume o dever de cuidar, sem discriminar por motivos económicos, sociais, políticos, étnicos, ideológicos ou religiosos.

²⁵ CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA. Artigo 21.º

²⁶ LEI n.º 134/99. Artigo 3.º (28 ago.).

O enquadramento das alíneas b), c) e d) pode ser realizado ao abrigo da configuração do modelo principalista (que configura os princípios éticos em cuidados de saúde), relativo à beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia. A este quarteto de princípios pode ser acrescentado um quinto princípio, o da vulnerabilidade, que precisa de ser aqui integrado. Naturalmente, estes princípios não têm uma relação simples nem hierárquica. Frequentemente, existem tensões na sua aplicação.

O **princípio de beneficência** relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. É evidente que a tomada de decisão baseada exclusivamente neste princípio pode incorrer em paternalismo, enquanto atuação limitadora da liberdade do outro, sendo invocado com frequência como estando ao serviço dos desejos, do bem ou dos melhores interesses das pessoas. Muitas vezes, este princípio surgiu perspetivado na forma de não fazer mal, sobretudo de não causar dano e, assim, designa-se como **princípio da não maleficência**. Alguns autores defendem que não causar dano é mais imperativo, é mais obrigatório do que a exigência de promover o bem. É de salientar que a aplicação prática do princípio de beneficência é muito complexa. A ponderação risco/benefício não é fácil: depende dos valores e interesses das pessoas implicadas, da ponderação das consequências individuais e sociais, entre outros.

O **princípio do respeito pela autonomia** diz respeito à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe (as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas mesmas tenham selecionado. Significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma, livre e autónoma, capaz de se autogovernar, de decidir por si mesma). É por isso que a informação antecede as escolhas, de forma a que possam ser livres e esclarecidas, e para que, subsequentemente, se devam respeitar estas mesmas decisões. Encontramos muitas vezes este princípio, tanto no respeito pelas pessoas como na proteção da privacidade e da intimidade, no consentimento informado, na aceitação ou recusa de tratamento.

De acordo com o **princípio da justiça**, é de relevar que situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças. Mas já abordámos a questão da justiça no Artigo 78.º. Fica, portanto, a definição de justiça como equidade.

Kemp e Rendtorf, baseados num estudo multicêntrico europeu, acrescentaram em 1998 outro princípio a estes clássicos, o da **vulnerabilidade**, que como escreveu Michel Renaud evoca «a ferida, sangrenta, dolorosa e sofrida»²⁷. A nossa vulnerabilidade perante a doença que nos coloca na situação de pessoas em necessidade reclama a solidariedade e a equidade dos prestadores de cuidados. E, podendo existir vulnerabilidade temporária ou definitiva, vão sendo apontados grupos vulneráveis como as crianças, os idosos, os deficientes e os doentes inconscientes.

Atentando nas alíneas b), c) e d), veremos que se enunciam os deveres de salvaguarda dos grupos mais vulneráveis: as crianças, a pessoa idosa e a pessoa com deficiência. E cada uma das salvaguardas tem um sentido próprio (quanto às crianças, a proteção de qualquer forma de abuso; quanto aos idosos, a promoção da independência e do autocuidado, de forma a melhorar a sua qualidade de vida; quanto à pessoa com deficiência, a colaboração ativa no sentido da sua reinserção social). Existe legislação específica de proteção para cada um destes grupos e em relação a eles é, porventura, mais claro o papel do enfermeiro como **advogado** do cliente. Sendo patente o envelhecimento da população e a associação, nos idosos, de doenças crónicas incapacitantes e desequilíbrios psicológicos, familiares ou socioeconómicos, é dever do enfermeiro ajudar a procurar o caminho da autonomia e fomentar uma longevidade com qualidade de vida (como o *slogan* «mais vida

27 RENAUD, Michel – Vulnerabilidade. Cadernos de Bioética: Solicitude e Vulnerabilidade. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 13 (abr. 1997).

aos anos» complementava). É fundamental o reconhecimento do outro (neste caso, o idoso) como pessoa autônoma.

No que respeita às alíneas e) e f), há um exposto dever de **respeitar e fazer respeitar**, na linha do respeito vivido e exigido, que garanta as condições de exercício dos direitos. É na linha abrangente do respeito que se detalha o dever de se abster, em duas vertentes: por um lado, abster-se de julgamento, suspender o ato de ajuizar, decidir não emitir sentença; por outro lado e simultaneamente, abster-se da imposição de critérios ou valores que são do próprio e não do cliente a quem deve e pretende servir.

Acresce que ao «**respeitar e fazer respeitar**» se junta o «criar condições» para que a pessoa possa exercer os seus direitos – portanto, a assunção de uma postura ativa que, efetivamente, promova o exercício dos direitos.

A progressiva divulgação da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e de muitas reflexões em torno dela tem conduzido a uma visão de que o doente é «um interlocutor e não alguém que recebe ordens, um parceiro interessado»²⁸, e não pode ser considerado apenas numa perspetiva utilitarista (segundo a qual, por exemplo, um doente envolvido adere mais às medidas terapêuticas e, portanto, garante maior sucesso), mas numa ótica de verdadeiro respeito pela sua autonomia, como de resto a alínea b) do número 1 da Base XIV da Lei de Bases da Saúde consagra de forma inequívoca.

Sugestões de leitura

BEAUCHAMP, T; CHILDRESS, J. – **Principles of Biomedical Ethics**. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.

BERGER, Louise; MAILLOUX, Daniele – **Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global**. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

CADERNOS DE BIOÉTICA – **A vida para as crianças com Sida**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 4 (dez. 1991).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Qualidade de vida**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 9 (dez. 1992).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Sufrimento e dor**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 10 (abr. 1995).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Diagnóstico pré-natal**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 18 (nov. 1995).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Tratar e não tratar**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 19 (dez. 1998).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Direito e bioética. Cuidados paliativos. Encontro com o outro na diferença**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. (abr. 1999).

HESBEEN, Walter (Dir.) – **Cuidar neste Mundo. Contribuir para um Universo mais Cuidador**. Loures: Lusociência, 2004.

HONORÉ, Bernard – **Cuidar. Persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, 2004.

28 OSSWALD, Walter – Perspetivas sobre os direitos e deveres da pessoa doente. Cadernos de Bioética. Ano XII, 30 (dez. 2002) 161.

LINDAHL, Berit; SANDMAN, Per-Olof – **The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another**. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14 (1998) 176-186.

MONIZ, José Manuel – **A Enfermagem e a Pessoa Idosa: a Prática de Cuidados como Experiência Formativa**. Loures: Lusociência, 2003.

MORAGA, Manuel – **Promouvoir une qualité de vie**. *Soins Infirmiers*, 5 (1989) 71-75.

SQUIRE, Anne – **Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas**. Loures: Lusociência, 2004.

SERRÃO, Daniel [et. al.] – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1998.

VIEIRA, Margarida – **Cuidar, defendendo a dignidade da pessoa cuidada**. *Revista Servir. ACEPS*, 43:3 (mai/jun 1995).

VIEIRA, Margarida – **A formação para o agir moral**. *Revista (In)Formar. Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição*, 2 (jul/set 1995) 20-23.

Documentos de suporte

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. (2000/C 364/01).

Carta Social Europeia. 18 out. 1961.

Código Civil.

Código Penal. Artigo 10.º: Comissão por omissão; Artigo 26.º/27.º: Autoria/Cumplicidade; Artigo 31.º: Exclusão de ilicitude; Artigo 36.º: Conflito de deveres; Artigo 37.º: Obediência devida desculpante; Artigo 38.º/39.º: Consentimento/Consentimento presumido; Artigo 148.º: Ofensa à integridade física por negligência; Artigo 149.º: Consentimento; Artigo 150.º: Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos; Artigo 156.º: Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários; Artigo 157.º: Dever de esclarecimento; Artigo 192.º: Devassa da vida privada; Artigo 195.º/196.º: Violação de segredo/Aproveitamento indevido de segredo; Artigo 200.º: Omissão de auxílio; Artigo 283.º: Propagação de doença, alteração de análise ou receituário; Artigo 284.º: Recusa de médico; Artigo 383.º: Violação de segredo por funcionário.

Constituição da República Portuguesa.

Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. 4 abr. 1997.

Convenção da Eliminação de Qualquer Forma de Discriminação Contra as Mulheres. 1979.

Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais. 4 nov. 1950.

Convenção para a Protecção do Indivíduo face ao Tratamento Automático de Dados Pessoais. 28 jan. 1981.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. 10 dez. 1948.

Declaração de Helsínquia. Jun. 1964. Vem reafirmar, em matéria de investigação biomédica em seres humanos, os princípios contidos no Código de Nuremberga de 1947. Adotada pela 18.ª Assembleia Médica Mundial, em Helsínquia, em junho de 1964.

Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Doente. 1981. Adotada pela 32.ª Associação Médica Mundial, em Lisboa, em 1981. Documento que salvaguarda os direitos do doente em situação de vulnerabilidade.

Declaração de Veneza sobre Doença Terminal. 1983. Adotada pela 34.ª Assembleia Médica Mundial,

em Veneza, em 1983.

Declaração de Hawai sobre a Investigação Biomédica em Doentes Mentais. 1983. Ratificada pela Associação Médica Mundial em 1983.

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto. Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano.

Lei n.º 58/2008, de 9 de setembro. Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas.

Recomendação sobre a Situação dos Doentes Mentais. 8 out. 1977. Adotada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa a 8 de outubro 1977.

Resolução sobre a Protecção dos Doentes Mentais. 17 dez. 1991. Adotada pela Assembleia Geral da ONU a 17 dezembro 1991.

Resolução sobre os Direitos dos Portadores de HIV/Sida. 11 abr. 1997. Adotada pela Comissão dos Direitos do Homem da ONU, a 11 de abril 1997.

Resolução sobre os Princípios de Ética Médica a Observar pelo Pessoal de Saúde no Tratamento de Reclusos. 18 dez. 1982. Adotada pela Assembleia Geral da ONU, a 18 de dezembro 1982.

ARTIGO 82.º – DOS DIREITOS À VIDA E À QUALIDADE DE VIDA

«O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;
- b) Respeitar a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa;
- c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante».

Comentário

Do direito à vida decorrem os deveres dos enfermeiros, assumidos no âmbito da garantia de respeito ao longo do ciclo vital. Aliás, este direito tem assumido o primado e é considerado um limite aos avanços científicos. De pouco ou nada adiantaria a proteção de direitos fundamentais, como a igualdade, a intimidade, a liberdade, o bem-estar, se não erigisse a vida humana como um desses direitos. Somente neste contexto se compreende a proibição do aborto (apesar de, em Portugal, hoje ser aceite em algumas circunstâncias, estabelecidas na lei, não sendo todavia legítimo a todo o tempo), proibição da eutanásia, da pena de morte e a não aceitação do suicídio. Como direito da personalidade, trata-se de um direito absoluto, indisponível, irrenunciável e intransmissível.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos assevera, no seu preâmbulo, o seguinte: «considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, a sua fé nos direitos fundamentais do Homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, e na igualdade de direitos do homem e da mulher, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida numa liberdade mais ampla». E, no Artigo III, dispõe que «todo o homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal». O enunciado deste artigo afirma o direito da pessoa à vida, durante todo o ciclo vital, independentemente dos momentos ou dos estádios em que se encontre.

A **alínea a)** considera que o enfermeiro atribui «à vida de qualquer pessoa igual valor», ou seja, indistintamente das características exteriores à sua humanidade, operacionalizando-se nesta área o valor humano preconizado no Artigo 81.º, alínea a), relacionado com «cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa». Por isso, «protege e defende a vida humana, em todas as circunstâncias».

O Artigo 2.º da Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina refere que «os interesses e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade».

O Artigo 24.º, número 1, da Constituição da República Portuguesa, ao afirmar a inviolabilidade da vida humana, não faz qualquer distinção sobre a natureza extra e intrauterina da mesma vida, pelo que a garantia da sua inviolabilidade deve ser tida em conta ao longo de todo o ciclo vital e em todas as circunstâncias. É neste pressuposto que devem assentar todos os atos de Enfermagem.

Na **alínea b)** do Artigo 82.º reitera-se o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, compreendida como um ser num contínuo processo de autorrealização pessoal e social, cujo valor não é suscetível de ser objetivado (ou seja, considera-se o valor não instrumental de cada pessoa), realidade em que consiste a sua dignidade (conforme Parecer 11/CNECV/95, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida).

O reconhecimento da dignidade da pessoa humana exige o respeito pelos seus direitos, perspetivados na sua indivisibilidade. Nesta perspetiva, articula-se com o princípio geral de defesa da dignidade da pessoa humana (Artigo 78.º, número 1), assim como com os deveres de humanização dos cuidados (Artigo 89.º). Afirma-se²⁹ que não é a personalidade jurídica que justifica o tratamento dado pelo Direito ao ser humano, antes é a circunstância de este ser possuir natureza humana que justifica o reconhecimento da personalidade jurídica pelo Direito (o que surge como consequência). Assim, o valor primário e primeiro é o ser humano, garantindo-se a inviolabilidade da sua vida e o respeito pela sua dignidade.

Na **alínea c)** deste mesmo artigo afirma-se o dever de «Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida».

Atualmente, as tecnologias biomédicas permitem salvar a vida de pessoas que estariam certamente num processo irreversível de morte, antes do extraordinário progresso da medicina e da Enfermagem intensiva. Este facto criou novos problemas éticos, entre os quais a determinação da morte cerebral e a legitimidade para iniciar ou suspender o uso de «meios extraordinários» de manutenção das funções vitais, as questões ligadas ao protocolo de dador e à transplantação. Um ser humano é declarado morto após a cessação irreversível do funcionamento do tronco cerebral. Quando a avaliação médica, tendo em conta os critérios fixados na lei, permite fazer o diagnóstico de morte cerebral, a pessoa pode ser desligada das máquinas de suporte ou ser iniciado o protocolo de manutenção de dador, tendo em vista a transplantação. A opção individual, neste caso, é de assunção negativa, ou seja, ter recusado ser dador, de acordo com o decreto-lei que previu o Registo Nacional de Não Dadores (RENDA).

E não obstante a importância das questões levantadas pelo **fim da vida** (cruzar com a análise do Artigo 87.º e ver, em anexo, o enunciado da posição do Conselho Jurisdicional relativa à eutanásia), a problemática da vida e da qualidade de vida também se situa no **início da vida**. Contudo, o embrião/feto é praticamente ignorado nas declarações de direitos que têm sido feitas a nível mundial. Só recentemente a Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina começou a fazer algumas referências à vida intrauterina, começando a falar-se do embrião/feto e da vida fetal como sujeito de direitos. É indiscutível, à luz do conhecimento atual, que o embrião/feto necessita de tutela jurídica e a sua proteção configura-se como um dever do Estado [a este respeito ver, em anexo, o Enunciado de Posição do Conselho Jurisdicional sobre a Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG)].

29 OTERO, Paulo – Personalidade e Identidade Pessoal e Genética do Ser Humano. P. 31-32.

O artigo 142.º do Código Penal determina os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de IVG. No entanto, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida defende que não é relevante a questão do prazo ou a sua extensão para as causas de exclusão de ilicitude, dado que a questão ética de fundo é a própria IVG e não a fase da vida pré-natal em que é praticada (posição sobre o procedimento a adotar em caso de fetos vivos, resultantes de abortamento – 28/CNECV/99). O Código Penal, na medida em que estabelece prazos em relação à admissibilidade da IVG, confere ao embrião/feto apenas uma «proteção escalonada».

Na perspetiva ética, não bastam a linha cultural, o desenvolvimento económico ou o ambiente social para determinar a qualidade de vida. O homem ético é profundamente humano, fiel a si próprio. A qualidade de vida poderá consistir, principalmente, na capacidade de integração e de aceitação dos desafios e desemboçar numa sabedoria pessoal e num estilo de vida, devendo assumir-se a ignorância pessoal em relação ao que é qualidade de vida para outra pessoa.

A questão da qualidade de vida merece uma referência explícita. Não compete a uma pessoa aferir e avaliar (ou ajuizar sobre) a qualidade de vida de outra pessoa. Por exemplo, a qualidade de vida de um doente não se resume a uma apreciação dos desgastes provocados pela doença em contrapartida aos desgastes provocados pelo tratamento. Cada pessoa, no sentido eticamente humano, percebe a sua qualidade de vida.

Quanto à **alínea d)** do Artigo 82.º, «Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante», encontramos eco do princípio constitucional que preserva o direito à integridade pessoal (Artigo 25.º da Constituição da República Portuguesa).

Trata-se da assunção de um dever de recusa, sempre que ao enfermeiro se apresente a possibilidade de participar em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante. E situando-se no domínio da liberdade de escolha, do livre arbítrio de cada profissional, aqui surge assumido como dever de recusar.

Sugestões de leitura

ARCHER, Luís – **Bioética: avassaladora, porquê?** Brotéria. 142 (1996) 449-472.

ARCHER, Luís ; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter EE – **Bioética**. Lisboa: Verbo, 1996.

BARRETO, Irineu Cabral – **A Convenção Europeia dos Direitos do Homem**. Lisboa: Notícias, 1995.

BRITO, António J. S.; RIJO, J. M. Subtil Lopes – **Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal. Direito sobre a Vida ou Direito de Viver?** Coimbra: Almedina, 2000.

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Qualidade de vida. Qualidade de vida no início da vida. Qualidade de vida em situações limite**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 4 (dez. 1992).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Direitos individuais e bem comum. Dimensão ética da abordagem do doente terminal. Verdade em saúde**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 5 (dez. 1993).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Pessoa – intimidade, respeito, identidade**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 7 (dez. 1994).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Diagnóstico pré-natal**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 10 (nov. 1995).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Institucionalização da Bioética**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 11 (mar. 1996).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Do sentido do corpo ao estatuto do embrião e feto**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 14 (jul. 1997).

CADERNOS DE BIOÉTICA – **Ética da Vida**. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 15 (dez. 1997).

CONSELHO INTERNACIONAL DE ORGANIZAÇÕES DE CIÊNCIAS MÉDICAS (CIOMS) – **Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos**. S. Paulo: Edições Loyola, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – **Ética da Vida: Conceções e Debates**. Atas do III Seminário 1995. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – **As condições do exercício da maternidade e da paternidade na sociedade portuguesa (36/CNECV/2001)**.

GALLAGHER, Ann; McHALE, Jean – **Nursing and Human Rights**. Filadélfia: Elsevier Science Limited, 2003.

OTERO, Paulo – **Personalidade e identidade pessoal e genética do ser humano: um perfil constitucional da bioética**. Coimbra: Almedina, 1999.

SANTOS, Alexandre Laureano – **Vida e Morte**. In NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (Coord.) – Para uma ética da enfermagem. Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

REDE EUROPEIA MEDICINA E DIREITOS DO HOMEM – **A Saúde face aos Direitos do Homem, à Ética e às Morais**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

SERRÃO, Daniel – **A medicina e a ética no século XXI**. Brotéria, n.º 144. 1997.

Documentos de suporte

VI Relatório sobre o Estado de Aplicação das Novas Tecnologias à Vida Humana. 2000.

Carta Encíclica *Evangelium Vitae* sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana. 1995.

Carta Social Europeia. 18 out. 1961.

Código Civil. Artigo 70.º: Tutela geral de personalidade; Artigo 71.º: Ofensa a pessoas já falecidas.

Código Penal. Artigo 133.º: Homicídio privilegiado; Artigo 134.º: Homicídio a pedido da vítima; Artigo 135.º: Incitamento ou ajuda ao suicídio; Artigo 150.º: Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos; Artigo 156.º: Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários; Artigo 243.º: Tortura e outros tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos; Artigo 244.º: Tortura e outros tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos graves.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer 6/CNECV/94 sobre os critérios de verificação da morte cerebral.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer 21/CNECV/97 sobre implicações éticas da clonagem.

Constituição da República Portuguesa. Artigo 24.º: Direito à vida; Artigo 25.º: Direito à integridade pessoal; Artigo 26.º: Outros direitos pessoais.

Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais. Artigo 2.º e Artigo 3.º (nov. 1950).

Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. 4 abr. 1997.

Convenção da Eliminação de Qualquer Forma de Discriminação Contra as Mulheres. 1979.

Convenção para a Protecção do Indivíduo face ao Tratamento Automático de Dados Pessoais. 28 jan. 1981.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. 10 dez. 1948.

Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro. Regulamenta a Lei n.º 120/99, de 11 de agosto, fixando condições de promoção da saúde sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar.

Lei n.º 12/93, de 22 de abril. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de natureza humana. Alterada pela Lei n.º 22/2007, de 29 de junho, e pela Lei n.º 12/2009, de 26 de março.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Base I – Princípios gerais; Base V – Direitos e deveres dos cidadãos; Base XIV – Estatuto dos utentes. Lei de Bases da Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Lei n.º 120/99, de 11 de agosto. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva.

Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos. 16 dez. 1996.

Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. 16 dez. 1996.

Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho. Estabelece as medidas a adotar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2000, de 18 de maio. Aprova os 30 principais objetivos da luta contra a droga e a toxicod dependência no horizonte 2004.

Artigo 83.º – DO DIREITO AO CUIDADO

«O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de:

- a) Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento;
- b) Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência;
- c) Respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde;
- d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas;
- e) Manter-se no seu posto de trabalho, enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados».

Comentário

A base ou o enunciado dos deveres é o direito ao cuidado na saúde e na doença. O cuidado nasceu no espaço privado, na família, muito ligado ao papel da mulher - «uma ética do cuidado, historicamente realizada sobretudo pelas mulheres na cultura ocidental, nas suas práticas quotidianas do cuidado dos vulneráveis da sociedade» (Parecer 26/CNECV/99) – e não se conforma no paradigma científico biomédico.

As instituições de saúde são lugares de controlo e de manutenção da saúde, de construção, desconstrução e reconstrução de saberes sobre a saúde e o bem-estar. Espaços onde as pessoas têm direito ao cuidado e ao conforto. O cuidado é uma atividade fim no trabalho de Enfermagem, ou seja, constitui-se como finalidade. Visa contribuir para o bem-estar e o bem viver a que todas as pessoas têm direito, considerando na promoção do «bem viver» uma vida digna que tem, como situação limite, uma morte digna. A ação de cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético e intuitivo.

O direito à proteção da saúde consagrado no artigo 64.º da Constituição, entendido na sua formulação abstrata, pode ser interpretado restritivamente como direito individual (que permitiria a cada um exigir para si a mobilização dos meios necessários ao seu caso) ou, de forma ampla, o acesso da população às ofertas disponibilizadas pelo progresso científico nesta área. O discurso da universalização dos cuidados de saúde e da acessibilidade aos mesmos, a par do desenvolvimento das tecnologias e do problema da alocação de recursos, redimensionam a questão do direito ao cuidado na saúde e na doença. O direito ao cuidado de Enfermagem inscreve-se na decorrência deste direito à proteção da saúde, consagrado em Portugal na Constituição e na lei (nomeadamente na Lei de Bases da Saúde).

Na **alínea a)** do Artigo 83.º o enfermeiro assume «Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento», o que afirma a corresponsabilização e a ação em tempo útil.

A responsabilização articulada entre intervenientes diferentes faz reportar para o domínio das atividades interdependentes, quando o enfermeiro desenvolve a sua ação, sem ser o prescritor propriamente dito. E esta corresponsabilidade significa que cada um dos intervenientes assume a responsabilidade das intervenções que lhe competem. Assim, o prescritor é responsável pela prescrição e o enfermeiro pela sua implementação, na sequência do seu processo de tomada de decisão. Entende-se que o tempo útil, dependendo da atividade e do contexto, será o necessário para assegurar que não existem atrasos «no diagnóstico da doença e respectivo tratamento» e todas as respostas que lhe são inerentes.

Na **alínea b)**, «Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência», pode entender-se que o «profissional de saúde» referido pode ser da equipa de saúde e/ou um enfermeiro. Assim, no primeiro caso, estaremos face à questão do encaminhamento e da colaboração com outros profissionais de saúde, que não enfermeiros, o que reporta para os deveres decorrentes do Artigo 91.º. Na segunda perspetiva, o enfermeiro orienta para outro enfermeiro, mais bem colocado para responder ao problema. Na base deste encaminhamento está a capacidade de o enfermeiro reconhecer e identificar as suas competências, discernindo entre as possibilidades de intervenção próprias e de terceiros. O que está em causa é a noção da «mais correta assistência» que se deve prestar à pessoa, atendendo ao seu direito a cuidados seguros.

Na **alínea c)**, «Respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de optar por ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde», pode desdobrar-se a ação de «respeitar» e de «possibilitar», estando esta duplamente condicionada (pela viabilidade e pela não existência de risco para a saúde). Assim, o exercício da liberdade de escolha que cada cliente tem (delimitada, tal como a noção geral de liberdade) pode desenvolver-se balizado pela exequibilidade e pela garantia de ambiente seguro, para o qual também contribui a confiança que o cliente revela pelo enfermeiro. No concreto, este dever recoloca o livre arbítrio da pessoa e, claramente, **respeitar** implica aceitar, tal como **possibilitar** implica favorecer a concretização.

A **alínea d)** reitera o dever de «Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas», sendo de realçar que a continuidade dos cuidados, creditada pela realização de um plano terapêutico proposto, pode ser perspetivada como *continuum* no tempo (de que é exemplo a continuidade entre os turnos, assegurando-se um trabalho contínuo, com recurso à informação recolhida nos turnos anteriores e à efetivação do plano de cuidados) e/ou entre instituições e níveis de cuidados (de que constituem exemplo a folha de transferência ou de alta).

A eficácia da intervenção é determinada também pela continuidade, que na alínea d) se assegura pelo registo fiel das observações e intervenções. E esta assunção, decorrente da expressão «fielmente», instaura um valor de verdade no registo, que deve ser relativo a «observações», «intervenções» e «resultados» do que for considerado pertinente por cada enfermeiro em cada momento. A ausência de registo pode ser

assumida como ausência de identificação/avaliação ou realização, com as implicações que decorrem desta possibilidade. Por outro lado, a extensão do registo pode condicionar a sua comunicabilidade e utilização. Assim, a expressão ética do «justo meio», da procura de equilíbrio entre o registado e os significados do registo, torna-se assaz pertinente.

A **alínea e)** refere «Manter-se no seu posto de trabalho, enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade dos cuidados», ou seja, garantir um *continuum* presencial do enfermeiro no local de trabalho sempre que a sua ausência interfira com a continuidade dos cuidados. É claro que o utente tem direito à continuidade dos cuidados (conforme a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes) e este dever reporta-se à garantia do direito do cliente. Por isso, o enfermeiro tem o dever de se manter no local de trabalho, até ser substituído, garantindo a segurança, a vigilância contínua e a disponibilidade para agir. A este dever do enfermeiro corresponderá o dever das instituições de saúde de proporcionar os recursos para que a continuidade de cuidados seja assegurada sem sobrecarga do enfermeiro.

Sugestões de leitura

BANDMAN, Elsie L.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics Through The Life Span**. 3rd ed. London: Prentice Hall International, 1995.

BURKHARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita – **Ethics & Issues In Contemporary Nursing**. Albany: Delmar Publishers, 1998.

DAVID, Anne Marie – **Ethique et Soins Infirmiers**. Paris: Lamarre, 1997.

DURAND, Guy – **Histoire de l’Ethique Medicale et Infirmiere**. Montreal: Presses Universitaires de Montreal, 2001.

GADAMER, Hans-Georg – **O Mistério da Saúde**. Lisboa: Edições 70, 1997.

PATRICK, Guyomard – **Le Desir d’Ethique**. Paris: Aubier Montagens. 1998.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Tomada de Posição Sobre Segurança do Cliente**. 2006.

QUEIRÓS, Ana – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. 2001.

VIEIRA, Margarida – **Direito ao cuidado: um compromisso profissional**. In: «1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: melhor enfermagem / melhor saúde». Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003: 36-46.

Documentos de suporte

Constituição da República Portuguesa. Artigo 64.º: Saúde.

Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano relativa às aplicações da Biologia e da Medicina. Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. 4 de abril de 1997.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Base I: Princípios gerais; Base V: Direitos e Deveres dos Cidadãos; Base XIV: Estatuto dos utentes; Base XVI: Formação do pessoal de saúde. Lei de Bases da Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos. 16 dez. 1996.

Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. 16 dez. 1996.

ARTIGO 84.º – DEVER DE INFORMAR

«No respeito pelo direito à autodeterminação, 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 feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter».

Comentário

Esta perspetiva da informação como dever assenta sobre bases sólidas, como são os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa.

Atentemos na afirmação «o respeito pelo direito à autodeterminação»: pode entender-se que tal significa o respeito pelo princípio da autonomia e considerá-la não em termos absolutos, mas como um valor, como algo que deve ser protegido, apoiado e promovido, já que se enraíza na liberdade individual e no respeito pelas decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas.

Na **alínea a)** a informação é clarificada no que respeita ao âmbito da mesma, cuidados de Enfermagem, não havendo dúvidas quanto ao conteúdo da informação que o enfermeiro tem o dever de fornecer. Pode, no entanto, equacionar-se qual a interpretação de «indivíduo» e de «família», já que se entende que a informação sobre cada um a cada um pertence. Por isso, o Professor Walter Osswald afirmava que o dever de informar é um dever para com o utente/doente. Isto é, o utente e a família, nesta matéria, não são «grandezas do mesmo género, ou seja, o dever de informar é ao doente e não à família e não a todos os colegas da equipa»³⁰. Assim, deve assegurar-se que a informação à família é facultada ou não, de acordo com a vontade expressa do indivíduo, no que a este concerne, salvaguardando-se as situações em que o princípio da beneficência se sobrepõe. Por exemplo, importa informar a família sobre as necessidades do idoso que carece de cuidados em casa e a evolução provável, para que possam agir para bem dele. Por outro lado, a família pode ser ela própria como um todo, alvo de cuidados ou considerada como unidade de cuidados e, aqui sim, destinatária da informação. Em jeito de anotação, vale a pena ter em conta que informar significa «transmitir dados sobre qualquer coisa», sendo aquilo que reduz ou elimina

³⁰ Citação de excerto da intervenção do Prof. Walter Osswald como comentador na mesa «O dever de informação», no seminário Informação e Confidencialidade, 7 de dezembro de 2000, Auditório Cardeal Medeiros, Universidade Católica.

a incerteza e contribui para o processo de adaptação e para a tomada de decisão. Assim, a informação é constituída por dados revestidos de significado e relativos a um contexto útil.

«Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado» que preconiza a **alínea b)**, fundamenta-se no respeito pela autonomia que pressupõe o consentimento. É o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os próprios doentes têm para decidir sobre si.

Também a Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, que constitui lei em Portugal, uma vez que foi ratificada para o direito interno pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, e aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro, configura como regra geral que «qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento».

A possibilidade de o consentimento ser eficaz surge, no entanto, submetida a condições:

- 1 – O consentimento deve ser voluntário, livre de coação e baseado em informação correta;
- 2 – A pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha. Ou seja, pressupõe-se a formação de uma vontade esclarecida, tanto de decisão em relação a consentir na proposta que lhe é feita (como no consentir em que lhe sejam prestados cuidados de Enfermagem), e tendo em conta que muita informação não significa esclarecimento;
- 3 – O consentimento deve ser o ato de uma pessoa competente, no sentido jurídico, desde que possuidora do discernimento necessário para avaliar o seu sentido no momento em que o presta (Artigo 38.º do Código Penal).

Assim, o consentimento é o «último» passo, depois da informação e validação da mensagem, para que o utente possua a informação e se sinta livre para decidir.

Hoje, ao falar-se de «consentimento informado» ou «livre e esclarecido», é preciso desmontar estes conceitos e perceber que o que está em causa é:

- 1 – Explicar de forma simples e compreensível, para aquele utente em concreto, quais são os seus problemas e obter o seu assentimento/consentimento (implícito, tácito);
- 2 – Compreender que as prioridades do doente não são as nossas e que outros problemas, além dos de âmbito médico, podem ser prioritários para ele;
- 3 – Não excluir o utente de qualquer decisão que lhe diga respeito;
- 4 – Respeitar o seu desejo expresso, seja ele aceitar ou recusar a proposta de intervenção/cuidados que foi feita; querer dar o seu consentimento sem receber determinadas informações; não querer ser informado, porque cada pessoa tem este direito, quando esta for a sua vontade expressa.

Considere-se ainda a figura do «consentimento presumido» que nos surge em duas situações, legalmente previstas, no artigo 156.º do Código Penal. São elas:

- 1 – Quando a obtenção do consentimento implicar adiamento que represente perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde;

- 2 – Quando tiver sido dado consentimento 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.

O consentimento presumido equipara-se, na lei, ao consentimento efetivo «quando a situação em que o agente actua permitir, razoavelmente, supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no acto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado»³¹. Assim, a necessidade de consentimento não é absoluta mas, como diz a sabedoria popular, a exceção confirma a regra.

Fazendo uso do regime de Direito Penal, verificamos que no Artigo 38.º do Código Penal se estabelece que «2) 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 execução do facto. 3) O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance, no momento em que o presta»³². Assim, se para o Direito Penal a idade para consentir se situa nos 16 anos, tem sido considerado que, em saúde, deve ser também considerada a mesma idade, o que significa que as pessoas a partir dos 16 anos têm capacidade para consentir sobre os cuidados de saúde e de Enfermagem.

Sobre a forma do consentimento, não está determinado qual o meio que dever ser utilizado. Assim, como forma geral, deve ser a oralidade ou outro modo em que a pessoa consiga exprimir-se, desde que a manifestação da sua vontade seja claramente identificada pelo enfermeiro. Nos casos em que é necessária a forma escrita, a lei assim o determina. Atualmente é necessária a forma escrita do consentimento para a interrupção voluntária da gravidez (Artigo 142.º, número 4 do Código Penal), na esterilização feminina e masculina (Artigo 10.º, número 1 da Lei n.º 3/84, de 24 de março), na doação de órgãos em vida (Artigo 8.º, número 6 da Lei n.º 12/93, de 22 de abril, alterada pela Lei n.º 22/2007, de 19 de junho), para a participação em ensaios clínicos [Artigo 6.º, número 1, alínea d) da Lei n.º 46/2004, de 19 de agosto], para a realização de electroconvulsivoterapia [Artigo 5.º, número 1, alínea d) da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho)] e para a realização de psicocirurgia (Artigo 5.º, número 2 da Lei de Saúde Mental). O Código Penal fornece mais referências ao consentimento, sendo de salientar o Artigo 157.º (Dever de esclarecimento), onde se preserva a eficácia do consentimento na situação de o paciente ter sido «devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento», mas onde não deixa de se ter a seguinte salvaguarda para tal esclarecimento: «salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica».

Como refere a **alínea c)**, os enfermeiros estão também obrigados a «Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem». Ou seja, dar resposta, com responsabilidade (logo, com exatidão e incluindo apenas os conteúdos pertinentes à sua finalidade) e cuidado (gentileza, atenção, utilizando os instrumentos básicos da profissão, como a observação e a relação de ajuda). Na área da explicação, poderemos estar a falar de explicitação de

31 Fazendo aqui uma utilização do regime estabelecido para o consentimento em Direito Penal, previsto no número 2 do Artigo 39.º do Código Penal.

32 Devemos referir que até 2007 a idade estabelecida neste artigo era de 14 anos.

mensagens, encaminhamento, validação de ensinamentos, o que quer que seja solicitado em relação aos cuidados de Enfermagem. É claro que informar baseia-se em comunicar e vive das competências e habilidades comunicacionais de cada um.

Atender com responsabilidade e cuidado remete-nos também para o princípio do privilégio terapêutico, segundo o qual cabe ao enfermeiro verificar a capacidade que a pessoa tem para lidar com a informação que vai receber e em função disso dosear o fornecimento da informação. Ou seja, a transmissão da informação, sendo feita com verdade, não obedece a uma verdade absoluta mas a uma «verdade e justiça», como se afirma como valor na alínea c) do número 2 do Artigo 78.º. A transmissão da informação em Enfermagem deve, assim, ser integrada numa relação de cuidado e concretizar-se de forma terapêutica, onde a responsabilidade do enfermeiro pelo outro continua presente. Caso contrário, havendo uma transmissão livre e absoluta, à luz de uma suposta verdade absoluta, estaríamos a abandonar a pessoa e negar-lhe o seu direito ao cuidado de Enfermagem no momento da transmissão da informação, nomeadamente na transmissão das más notícias.

Os enfermeiros são prestadores diretos e elementos integrantes de equipas multiprofissionais. Para «Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter», como refere a **alínea d)**, precisamos de saber da existência e das mobilizações de recursos à nossa volta, na organização e/ou na comunidade. Muitas vezes, não basta parar e responder à pergunta que foi colocada; é necessário ir um bocadinho mais longe e, além de «o quê», informar sobre «o como», garantindo a informação, completa e isenta, sobre os recursos e as formas de acesso.

Sugestões de leitura

ACTAS DO I SEMINÁRIO PROMOVIDO PELO CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – **Consentimento Informado**. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1992.

A DECLARATION ON THE PROMOTION OF PATIENT' RIGHTS IN EUROPE. Amsterdam: Organização Nacional da Saúde, 1994.

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter [et al.] – **Bioética**. Lisboa: Verbo, 1996.

HOTTROIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – **Dicionário da Bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1998. p. 88.

LINDHAL, Berit; Sandman, Per-Olof – **The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another**. *Intensive and Critical Care Nursing*. 14 (1998) 176-186.

MARTINHO DA SILVA, Paula – **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina Anotada**. Lisboa: Edições Cosmos, 1997.

NUNES, Lucília – **Do Dever de Informar ao de Guardar**.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer n.º 07/2000, do Conselho Jurisdicional** - Sobre recusa de tratamento/consentimento informado.

PARENTE, Paulo [et al.] – **Ética nos cuidados de saúde**. Dossier Sinais Vitais. Coimbra, s/d.

NUNES, Lucília – **A propósito do dever de informar e do dever de sigilo**. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2 (2001) 27-32.

REIS, Ana; CAMACHO, Eugénia – **Consentimento informado: direito de o doente decidir receber ou**

recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta. Nursing. Lisboa. 134 (1999) 41-50.
RENAUD, M. Isabel – **A pessoa humana.** Revista Servir. Lisboa. (1990) 159-165.
SERRÃO, Daniel – **Ética e Cuidados de Saúde.** Porto: Porto Editora, 1996.

Documentos de suporte

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Ministério da Saúde.

Código Penal. Artigo 38.º/39.º: Consentimento; Artigo 156.º: Consentimento presumido; Artigo 157.º: Dever de esclarecimento.

Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. 1997.

Direção-Geral da Saúde. Circular n.º 15/DSPCS, de 23 de março de 1998. Consentimento livre e esclarecido.

Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Lei de Saúde Mental. Regula o internamento compulsivo.

The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Maryland, 1979.

ARTIGO 85.º – DO DEVER DE SIGILO

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

- a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados».

Comentário

O segredo na Saúde é, em primeiro lugar, uma tradição deontológica que remontará a Hipócrates, no século V a. C. O célebre médico inscreveu, no seu juramento, que visava a moralização da prática médica, uma regra respeitante aos segredos do doente que formulou aproximadamente assim: «tudo o que verei ou ouvirei na sociedade, durante o exercício ou mesmo fora do exercício da minha profissão e que não deverá ser divulgado, manterei segredo, considerando uma coisa sagrada». A contextualização na profissão é clara no juramento de Nightingale, afirmando a confidencialidade do que for revelado pelos próprios e pelos familiares.

Desde a primeira formulação, a regra do segredo tem sido muitas vezes comentada e discutida. Na prática, esta regra garante a não divulgação, logo, a confidencialidade de qualquer informação relativa a uma pessoa.

A defesa do segredo surge em inúmeros documentos - como a Declaração dos Direitos do Doente (Lisboa, 1981) – e a reivindicação de semelhante direito fundamenta essencialmente a sua legitimidade no Artigo 12.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948): «Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a protecção da lei».

Com isto, salvaguarda-se que o dever de sigilo ou de segredo existe como forma de preservar um direito, ou seja, é pelo direito à confidencialidade que se afirma o dever de sigilo. Aliás, há quem estabeleça uma relação mais direta com a privacidade, como é o caso de Gavison (1980), que concebe a privacidade como

«acessibilidade limitada» e a considera o resultado de três componentes: segredo (reserva de informação sobre um indivíduo), anonimato e isolamento (no sentido de inacessibilidade física a um indivíduo). Invocando a ideia da tutela da dignidade humana, poderá configurar-se que estamos a circular na área da proteção da intimidade/reserva da vida privada, da privacidade.

«O enfermeiro deve considerar confidencial toda a informação que diga respeito ao destinatário de cuidados e família, qualquer que seja a fonte», afirma a **alínea a)**. Os enfermeiros utilizam instrumentos e metodologias de recolha de informação. Pode constituir exemplo a colheita de dados, realizada em situação de acolhimento no hospital ou no centro de saúde. Ora, seja qual for o benefício potencial da colheita de dados, é sempre uma ingerência na vida e nos sentimentos pessoais. E o acesso do profissional a uma série de informações sobre uma pessoa ocorre apenas mercê desta qualidade de profissional. Daí que haja que assegurar a confidencialidade de toda a informação, tanto dos dados narrados pelo próprio como por terceiros (incluindo nestes as pessoas significativas e os profissionais). Além de que é importante ter em conta o critério de utilidade e pertinência da informação recolhida, que deverá «servir» para contribuir para a personalização dos cuidados. Assim, só deverá ser colhida a informação necessária e, esta, sob a proteção da confidencialidade, do que foi dito ou escrito em confidência, em segredo ou sob sigilo.

O Parecer n.º 194/2010, do Conselho Jurisdicional, sobre «Segurança da Informação em Saúde e Sigilo Profissional em Enfermagem» afirma que o sigilo profissional em Enfermagem abrange, de forma inequívoca, toda a informação recolhida das pessoas e dos seus familiares, numa interpretação da alínea a) do Artigo 85.º do Estatuto. É a partir desta interpretação que se estabelece todo o regime deontológico no âmbito do segredo profissional.

Preconiza a **alínea b)** que o enfermeiro deve «Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos». Partilhar a informação é dividir com alguém algo que não é nosso; uma informação sobre outra pessoa, da qual se tomou conhecimento através da própria, de um familiar ou de outro profissional, no exercício da profissão.

E, note-se, o segredo profissional «é um caso especial do segredo confiado»³³ e não é privilégio, mas responsabilidade do profissional. Algumas informações são confiadas ao enfermeiro, com base numa relação estabelecida. Outras encontram-se escritas no processo e há que ter em conta a pertinência, o pressuposto de serem próprias para o fim a que se destinam. De entre os interlocutores possíveis, devem selecionar-se os que estão «implicados no plano terapêutico» (de onde decorre uma diferença assinalável entre equipa de saúde e equipa terapêutica).

«Partilhar informação que nos foi confiada, significa necessariamente solicitar a autorização do seu proprietário»³⁴ e fazê-lo apenas com os implicados no processo terapêutico, tendo em conta os critérios orientadores. Tem de ser acautelada a partilha accidental de informação, que tanto se pode verificar numa conversa em local inadequado (elevador, café, outro quarto, corredores, etc.), como em consulta a um perito que não fica implicado no plano terapêutico ou quando outro profissional da saúde solicita informações.

33 ARCHER (1996) p. 191.

34 Excerto da intervenção de Armandina Lopes na comunicação «Partilha da informação», na mesa «O dever de sigilo», no seminário Informação e Confidencialidade. 7 dez. 2000.

Mesmo quando o objetivo é a continuidade de cuidados, é de relevar os registos, a passagem de turno ou a mudança de local de prestação. Na Carta dos Direitos e Deveres do Doente afirma-se: «ao doente e sua família são proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio».

Também a *Declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe*, no capítulo referente à «Confidencialidade e Privacidade», declara que: «Toda a informação acerca do estado de saúde, estado clínico, diagnóstico, prognóstico e tratamento, bem como a restante informação de carácter pessoal devem ser mantidas confidenciais, mesmo após a morte»³⁵.

O direito do utente à confidencialidade reforça a ideia de que o próprio deve decidir, sempre que possível, sobre aquilo que, da informação, pode ser partilhado. E quando o interessado não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, «bem-estar, segurança física, emocional e social e os seus direitos». Parece clara a relação deste dever com o Artigo 86.º, relativo ao respeito pela intimidade.

No que respeita a «Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico», conforme constante da **alínea c)**, importa referir que o sigilo pode ser abordado do ponto de vista da **privacidade** (ou seja, a garantia da limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, do acesso à própria pessoa, à sua intimidade, e preservação do anonimato) e da **confidencialidade** (enquanto garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada).

Assim, a confidencialidade é a regra. Contudo, admite-se que é um dever com limites porque o direito do próprio tem necessariamente uma circunscrição própria. Há que ter em conta que os limites do dever de sigilo se jogam com o direito individual e coletivo, como é o caso da obrigação de notificação de algumas doenças e para ultrapassar estes limites e divulgar o que é objeto de sigilo (de acordo, também, com o Artigo 135.º do Código de Processo Penal). Caso particular é a partilha de informação com as polícias ou com os tribunais quando há necessidade da informação de Enfermagem para a resolução de casos judiciais. Nesta situação é necessário aconselhamento, pelo que cada um deve cumprir os requisitos e critérios para tal conduta, ou seja, recorrer a aconselhamento previamente à decisão de divulgar ou não a informação realçando-se que, mesmo face a um possível aconselhamento no sentido de poder ser quebrado o sigilo, é ao próprio que compete a decisão final, a assunção do ato e das respetivas consequências. O modo de obter o aconselhamento para eventual quebra de sigilo profissional encontra-se estabelecido no Regulamento n.º 165/2011 da Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da República (2.ª Série), de 8 de março de 2011.

Há que garantir a eticidade da conduta que coloca face a face a violação de segredo e a proteção do outro, do interesse público, do bem comum. Importa ainda referir que o enfermeiro deve «manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados», como estipula a **alínea d)** do Artigo 85.º.

Naturalmente, a situação de aprendizagem, de desenvolvimento do saber ou de promoção da qualidade não está isenta dos princípios orientadores gerais. O anonimato deve ser preservado, garantindo a proteção da

35 Tradução de «4.1. – All information about a patient's health status, medical condition, diagnosis, prognosis and treatment and all other information of a personal kind must be kept confidential, even after death». In: «A Declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe». Amsterdam: World Health Organisation, 1994. p.

identidade. Sendo importante que se aprenda, investigue e analise as práticas, o princípio do respeito pela confidencialidade e pela guarda de segredo nunca cede terreno a tais benefícios.

Das figuras contempladas no ordenamento jurídico português relativas ao segredo profissional (considerado princípio basilar e transversal a todas as profissões na área da saúde), destacaríamos a violação de segredo³⁶, que tem uma função específica no plano da proteção da privacidade da vida privada. Sendo considerado crime, admite a punição independentemente de qualquer perigo ou dano patrimonial que possa provocar.

O conceito de segredo significa, à luz da Lei Penal, um facto ou conjunto de factos, relativamente desconhecido e que, segundo a vontade expressa ou presumida da pessoa a que respeita, deve, em nome de um interesse legítimo ou razoável, permanecer sob reserva. No fundo, visa-se tutelar a confiança no segredo, salvaguardando a confiança na integridade.

Entende-se que a manutenção do segredo é exigida pelo interesse geral. A sua violação poderá ofender não só o particular, mas também a sociedade inteira, porque priva as profissões em que ela se apoia da confiança que devem sempre inspirar ao público.

Sugestões de leitura

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – **Bioética**. Lisboa: Verbo, 1996.

BURKHARDT, Margaret; Nathaniel, Alvita – **Ethics & Issues in Contemporary Nursing**. 2nd ed. NY: Delmar Thomson Learning, 2001.

HOTTROIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – **Dicionário da Bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1998. p. 88.

LINDAHL, Berit; Sandman, Per-Olof – **The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another**. *Intensive and Critical Care Nursing*. 14 (1998) 176-186.

NUNES, Lucília – **A propósito do dever de informar e do dever de sigilo**. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2 (2001) 27-32.

PARENTE, Paulo [et al.] – **Ética nos Cuidados de Saúde**. Dossier Sinais Vitais. Coimbra, s/d.

SERRÃO, Daniel – **Ética e Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1996.

SILVA, Paula Martinho da – **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina Anotada**. Lisboa: Edições Cosmos, 1997.

VIIEIRA, Margarida – **Sobre o Segredo Profissional do Enfermeiro**. *SOS Jornal de Enfermagem*.

Documentos de suporte

A declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe. Confidentiality and privacy.

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Artigo 135.º: Segredo profissional. Dos crimes contra a reserva da vida privada.

36 Artigo 195.º: Violação de segredo: «Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte, é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias».

Código Penal. Cap. VII. Parecer 32/CNECV/2000. Sobre o Sigilo Médico. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. Artigo 12. 1948.

Recomendação relativa à Protecção dos dados Médicos. Adotada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa a 13 de fevereiro 1997.

Regulamento n.º 165/2011 de 8 de março da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Aconselhamento Ético e Deontológico no Âmbito do Dever de Sigilo.

ARTIGO 86.º – DO RESPEITO PELA INTIMIDADE

«Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa».

Os sentimentos de pudor e interioridade, expressos no enunciado, inerentes à pessoa, têm componentes que excedem a pura satisfação de um direito formal. A proteção da intimidade física e psicológica relaciona-se com diversas vertentes, tais como a reserva da intimidade, o respeito pelo pudor individual, a proteção e a salvaguarda da privacidade.

Pensar o corpo³⁷ além das dimensões do corpo objetivo, do corpo expressivo e do corpo vivido, reporta-nos para as marcas do tempo, da saúde e da doença, para a compreensão cultural do corpo. A questão do pudor reporta para o corpo, mas não exclusivamente. O corpo concreto, que qualifica um ser real, é o espaço da ancoragem do ego e da personalidade. Confinado no espaço e no tempo, o corpo está envolvido nas e pelas emoções, misturando sensório e motricidade. Fator de identidade, o facto de se ter um corpo e de se ser um corpo representa a adaptação possível ao meio ambiente. O sentido de tocar está ligado à pele e, assim, o toque, se é securizante, permite ao outro reestruturar-se corporalmente. Todavia, pode colocar a integridade corporal em perigo, se existir recusa. Moraga (1990) refere que na prática de Enfermagem existe o corpo da pessoa cuidada e a qualidade de toque que o enfermeiro oferece. Assim, devem ser aprendidas formas de tocar o outro que confirmem um cuidar securizante e confiante.

A **alínea a)** afirma o dever de «Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família». Privacidade e intimidade aparecem quase como sinónimos, dizendo o privado respeito à pessoa, e o íntimo ao que é profundo, que constitui a essência.

Além do dever de o próprio enfermeiro respeitar a intimidade, afirma-se a proteção da ingerência (enquanto ato de intrometer-se, de interferir indevidamente sem ser requerido) de terceiros. Aqui se entronca, por um lado, o aspeto legal no sentido positivo (afirmado, no Artigo 80.º do Código Civil, o direito à reserva sobre a intimidade da vida privada), bem como no sancionatório (sendo, no Código Penal, a divulgação, por qualquer meio e com intenção de devassa, de factos ou circunstâncias inerentes à vida privada de alguém, punida criminalmente com prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias).

37 RENAUD, Isabel. Corpo humano. In: NEVES, Patrão; PACHECO, Susana (Coord.). Para uma Ética da Enfermagem. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

Varia bastante o entendimento de cada pessoa sobre a reserva da vida privada que lhe é devida e que deve ser respeitada. O conceito de vida privada não se encontra definido legalmente, sendo, por esta razão, a sua definição feita casuisticamente. Todavia, considera-se que, no geral, inclui a vida íntima, nomeadamente a afetiva, sexual e familiar. As doenças, as convicções políticas ou religiosas e o património estão também abrangidos pela reserva da vida privada.

É evidente a relação desta alínea com a humanização e a personalização dos cuidados, bem como o respeito pelos direitos humanos e pelos enquadramentos jurídicos específicos, como o decorrente da Convenção de Proteção de Dados Pessoais Informatizados.

Na **alínea b)**, «Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa», está patente o dever de proteger, seja em realização ou em delegação, a esfera da privacidade e intimidade. É possível cruzar este dever com o Artigo 11.º da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, quando se refere que qualquer «ato de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efetuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de outros elementos».

Proteger a pessoa das invasões à sua intimidade tanto pode concretizar-se na utilização de cortinas e biombo como em assegurar que a pessoa está adequadamente coberta para circular dentro e fora do serviço, ou ainda ter em conta o tom e a altura da voz com que se realizam os diálogos. A presença de estagiários tem de ser consentida pela pessoa. Assim, encontramos relação clara com o Artigo 89.º do Código Deontológico, relativo aos deveres de humanização dos cuidados de Enfermagem.

Sugestões de leitura

BENNER, Patricia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2003.

CLIN, M. – **Le toucher**. Soins Psychiatrie. 97 (1988) 35-43.

COLLIÉRE, Marie F. – **Promover a Vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COLLIÉRE, Marie Françoise – **Cuidar... A Primeira Arte da Vida**. Loures: Lusociência, 2003.

DOSSEY, Barbara [et al.] – **Holistic Nursing: a Handbook for Practice**. 2nd ed. Gaithersburg: Editorial Resources, 1995.

FOULON, Fabienne [et al.] – **Le toucher relationnel: un soin à part entière**. Revue de L'Infirmière. Paris. ISSN 0397-7900. 19/20 (1996) 20-25.

MORAGA, Manuel – **Promouvoir une qualité de vie**. Soins Infirmiers. 5 (1989) 71-75.

MORAGA, Manuel – **Utilizer la force vitale de l'individu**. In: Modelo de Análise da Prática Profissional de Enfermagem. Lisboa: DRH. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1992. p. 61-65.

PETTITAT, André – **To care: le singulier et le standart**. Pour. Paris: Été. (1992) 1-14.

RENAUD, Isabel – **Corpo humano**. In: NEVES, Patrão; PACHECO, Susana (Coord.). Para uma Ética da Enfermagem. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

WATSON, Jean – **Nursing: Human Science and Human Care – a Theory of Nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.

Documentos de suporte

Declaração dos Direitos do Doente. Lisboa, 1981.

Declaração Universal dos Direitos do Homem. Artigo 12.º. 1948.

Código Penal. Dos crimes contra a reserva da vida privada. Cap. VII.

ARTIGO 87.º – DO RESPEITO PELO DOENTE TERMINAL

«O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte».

Comentário

O enunciado afirma o enquadramento decorrente de «acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal». Considera-se que no estágio de evolução chamado «terminal» a morte é previsível a mais ou menos curto termo. Daniel Serrão (1990) afirma serem doentes terminais «aqueles para quem a ciência e a tecnologia não têm meios para suspender a morte...». Trata-se de uma pessoa que tem «a morte anunciada» (na expressão de W. Osswald), aproximando-se a sua vida do termo, pela existência de uma doença inexorável, para a qual não existe cura ou cuja progressão não existe meio de interromper. Neste caso, as intervenções levadas a cabo visam atenuar os sintomas da doença (em particular, a dor), sem agir sobre a causa. Neste contexto, o objetivo dos cuidados é preservar não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana, que é a possibilidade de cada ser humano, por intermédio da sua consciência, agir livremente, bem como de se autodeterminar. Estamos na área dos cuidados paliativos, que apelam a meios proporcionados e que, na definição da OMS, têm como objetivo «a obtenção de melhor qualidade de vida para o doente e sua família». Os desafios éticos nesta etapa da vida dizem diretamente respeito ao sentido atribuído aos últimos momentos de vida. Nas nossas sociedades, polarizamos o sentido da existência humana em torno do princípio do respeito pela vida e pela qualidade de vida. E todas as escolhas se confrontam com estas escolhas de valores. O sentido ético da morte está presente quando cada um de nós toma consciência de que temos os dias contados, o que nos impele a avançar na construção do nosso projeto de vida.

A morte biológica é universal e implacável («catástrofe biológica», na expressão de Abiven). Mas a morte humana é singular, podendo ser compassiva à medida da existência que a assume. Por isso é que a consciência da morte nos faz descobrir novos valores ou os recontextualiza. Valores como a humildade, o perdão, a coragem, a esperança. Reporta-nos a um destino comum de todos os seres humanos. Em última instância, a humanização da morte pode humanizar a vida³⁸.

38 ABIVEN, Maurice. Para uma Morte mais Humana. Loures: Lusociência, 2001. p. 34.

A ação dos enfermeiros é orientada por uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da Ética e da Deontologia profissionais.

No sentido da valorização da qualidade de vida e do acompanhamento dos doentes terminais, entende-se que há um novo valor para a vida, que nasce da omnipresença da morte. E é este valor que faz com que os gestos terapêuticos e de conforto adquiram um significado próprio. Que se revalorize o tempo de vida, da «trajetória de sobrevivência».

Kubler-Ross (1985) identificou cinco etapas nas possíveis reações emocionais vivenciadas pelas pessoas, perante o diagnóstico de doença grave ou incurável, a saber: a negação, a cólera, a negociação, a depressão e a aceitação³⁹. O conhecimento do processo de perda e, fundamentalmente, a compreensão empática das emoções vividas pelo doente e seus familiares, constituem-se como os pilares orientadores da ação do enfermeiro.

Ao definir-se, na **alínea a)**, como dever do enfermeiro «Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que o acompanhem na fase terminal da vida», atribui-se-lhe o papel de «advogado» do doente, aquele que assegura, defende os seus direitos, os seus desejos e a sua vontade, e zela por que sejam respeitados. Assim, é dever do enfermeiro assegurar o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade, princípio consagrado em todas as cartas de direitos dos doentes.

Morrer é bem mais do que um direito. É um facto universal, talvez o acontecimento mais universal na vida humana⁴⁰. E morrer com dignidade é «morrer em paz, morrer com os outros, morrer em companhia, morrer com aqueles a quem queremos e que nos querem. Não morrer só. Morrer, evidentemente, com assistência médica, que não substitui, entretanto, a assistência afetiva»⁴¹, a que Mário Raposo acrescenta o apoio espiritual, respeitando a vontade (real ou presumida) do doente terminal.

O enfermeiro acompanha o doente privilegiando a sua qualidade de vida, minorando a dor (respeitando o direito do doente a receber analgesia adequada, ajudando-o a aceitar e a preparar-se para a morte)⁴², beneficiando dos cuidados paliativos e do acompanhamento psicológico, tendo presente que a omissão de tratamentos inúteis ou a interrupção dos «meios artificiais» não são eutanásia. Compete-lhe respeitar o direito a uma morte com dignidade, não sendo a pessoa sujeita a tratamentos ou ao uso de terapia inútil («fútil»), face à convicção e ao saber científico, como o chamado «encarniçamento» (obstinação) terapêutico, ou as «terapias parciais» em casos oncológicos que conduzam apenas ao «arrastar» do sofrimento, uma vez que a cura não é mais possível⁴³.

Esta ajuda peculiar durante o processo de morrer é realizada através da solidariedade, da presença, da atenção, do auxílio a dar um sentido ao tempo que falta viver, garantindo à pessoa o direito a morrer a sua própria morte⁴⁴.

39 PACHECO, Susana. Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspetiva Ética. Loures: Lusociência, 2002.

40 MARQUES, Adelino. Da Vida à Morte. p. 204.

41 CORTINA, Adela. (s/d), p. 189.

42 Recomendação sobre os direitos dos doentes e dos moribundos.

43 LOPES CARDOSO, Augusto. Coleção Bioética. 5 (s/d) 225. Ver ainda a Declaração de Veneza sobre Doença Terminal e a Declaração Final sobre a Dignidade do Agonizante (5.ª Assembleia Geral da Academia Pontifícia para a Vida, Fev. 1999).

44 MELO, Helena P. Aspetos jurídicos dos direitos do doente. Cadernos de Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 5 (s/d) 117.

Da leitura da **alínea b)** emerge a chamada de atenção para diferentes naturezas e vivências de perda. A perda de quem se sente ser o sujeito no processo de conclusão do curso de vida e das múltiplas ligações criadas ao longo da sua história pessoal. A perda de quem está ligado a este sujeito por importantes laços de apego que não só consubstanciam o seu universo relacional como são estruturantes do seu sentido de viver. Com todo o «poder» que a morte sustenta, e face ao impacte invasor de «ausência total e permanente» que ela impõe, a «reação à perda» não pode ser entendida apenas como um «comportamento». Reveste-se de um valor muito mais abrangente, onde se interpenetram, de forma dinâmica, cognições e sentimentos, integrados numa estrutura psicológica particular e numa situação global de vida, no momento em que a perda ocorre, sendo traduzida e expressa numa cultura onde o sujeito se insere.

A reação à perda é, assim, um processo que é vivido em grande parte no imaginário individual, onde o conceito de si próprio, dos outros, das relações de apego, dos acontecimentos e da vida, regulam a perceção e a dimensão da perda. Assim, o processamento das informações referentes à perda é realizado de modo muito particular e com expressões igualmente singulares.

Não raro é a própria perspectiva de perda poder despoletar, no plano cognitivo e afetivo, a vivência da perda temida, como os pais de crianças com doenças fatais, em que o processo de luto se inicia no momento em que lhes é comunicado o diagnóstico. Quando se perde alguém, sobretudo quando se tem pouco tempo para a preparação, fica-se com raiva, revoltado, desesperado. O enfermeiro deve permitir que essas sensações se extravasem livremente, colocando-se à disposição e deixando os familiares falar, chorar e expressar livremente a sua dor. Se houver alguém que tolere a sua raiva, terá ajudado a que se tenham dado largos passos na aceitação sem culpa. Se forem recriminados por não reprimirem estes pensamentos pouco aceites socialmente, estar-se-á a prolongar o pesar, a vergonha e o sentimento de culpa, que resultam, frequentemente, em abalo da saúde física e emocional (Kubler-Ross, 1996).

Define-se na **alínea c)** como sendo dever do enfermeiro «Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte», o que se relaciona com a qualidade humana dos procedimentos *post mortem*, tanto imediatos (ao corpo) como posteriores (por exemplo, no transporte para a casa mortuária). Realce-se que não basta ao próprio enfermeiro agir de forma respeitosa, pois deve «fazer respeitar» (recorde-se, por exemplo, o Artigo 10.º do REPE, relativo à delegação de tarefas ao pessoal funcionalmente dependente dos enfermeiros).

Se já não se está perante uma pessoa, há quem se refira ao cadáver como «vestígio da pessoa», no sentido do remanescente físico. Acresce que o contacto e a visualização do corpo após a morte, facultados aos familiares em alguns locais, podem constituir um suporte ao processo de luto e de perda. E ainda que os ritos funerários se inscrevam no agir, segundo crenças e valores do próprio e da família/conviventes significativos.

Assim, os cuidados de Enfermagem ao corpo serão «a última medida a ser implementada (...) o enfermeiro necessita de estar consciente de alguns mecanismos de defesa, tais como o riso; palavras ásperas e brincadeiras podem ser particularmente desagradáveis»⁴⁵. Em última instância, o respeito para com o corpo pode ser encarado como outra forma de respeitar a família enlutada.

45 SORENSEN; Luckmann. Enfermagem Fundamental. Loures : Lusodidacta, 1998. p.1878.

Sugestões de leitura

- ABIVEN, Maurice – **Para uma Morte Mais Humana**. Loures: Lusociência, 2001.
- BURKHARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita – **Ethics & Issues in Contemporary Nursing**. Albany: Delmar Publishers, 1998.
- FRIAS, Cidália – **A Aprendizagem do Cuidar e a Morte**. Loures: Lusociência, 2003.
- MELO, Helena P. – **Aspetos jurídicos dos direitos do doente**. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Gráfica de Coimbra. 5.
- PATRICK, Guyomard – **Le Desir d’Ethique**. Paris: Aubier Montagens, 1998.
- PACHECO, Susana – **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspetiva Ética**. Loures: Lusociência, 2002.
- PERIE, Catherine – **Soigner la dignité de l’homme**. «La Revue de L’Infirmière». 5 (1991) 24–26.
- RULAND, Cornélia; MOORE, Shirley – **Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life**. «Nursing Outlook». 46:4 (1998) 169-175.
- SEBAG-LANOE, René – **Mourir accompagné**. Desclée de Brouwer. Épi: Orne, 1987.
- SINGER, Peter – **A Companion to Ethics**. London: Blackwell, 1993.
- SORENSEN; LUCKMANN – **Enfermagem Fundamental**. Loures: Lusodidacta, 1998.
- VIEIRA, Margarida – **Aspetos ético-legais dos cuidados paliativos: qual o papel do enfermeiro**. Dossier Sinais Vitais. Cuidados Paliativos. Coimbra: Sinais Vitais. 4 (2000) 29-39.
- VIEIRA, Margarida – **Comentário à mesa redonda opções difíceis: controvérsias e limites**. Atas do VII Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Tempo de Vida e Tempo de Morte. Coleção Bioética VII. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros (2001), p. 175-179.

Documentos de suporte

- Código Civil**. Artigo 70.º: Tutela geral da personalidade; Artigo 71.º: Ofensas a pessoas já falecidas.
- Código Penal**. Artigo 185.º: Ofensa à memória de pessoa falecida; Artigo 254.º: Profanação de cadáver ou de lugar fúnebre.
- Constituição da República Portuguesa**. Artigo 2.º: Outros direitos pessoais; Artigo 24.º: Direito à vida; Artigo 25.º: Direito à integridade pessoal.
- Declaração de Veneza sobre Doença Terminal**. Veneza, 1983.
- Declaração sobre a Eutanásia**: Congregação para a Doutrina da Fé. Vaticano, 1987.
- Declaração sobre Eutanásia da Associação Mundial de Medicina**. Madrid, 1987.
- Declaração sobre o Suicídio Assistido por Médico**. Marbella: Associação Mundial de Medicina, 1992.
- Decreto-Lei n.º 411/98**, de 30 de dezembro. Com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 5/2000, de 29 de janeiro: Regime jurídico da remoção, transporte, inumação, exumação, transladação e cremação de pessoas falecidas.
- Lei n.º 48/90**, de 24 de agosto. Base XIV. Estatuto dos utentes. Lei de Bases da Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.
- Lei n.º 141/99**, de 28 de agosto. Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte.

Parecer 11/CNECV/95. Sobre aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Resolução os Direitos dos Doentes e dos Moribundos e Recomendação sobre os Direitos dos Doentes e dos Moribundos adotadas pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa a 29 de janeiro de 1976.

ARTIGO 88.º – DA EXCELÊNCIA DO EXERCÍCIO

«O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

- a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;
- d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados;
- e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos;
- f) Abster-se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais».

Comentário

O enunciado do artigo afirma a procura da excelência em todo o «acto profissional» que o enfermeiro realiza. Se a preocupação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos (operacionalizando, de certa forma, o princípio orientador previsto no Artigo 78.º, número 3, alínea c) impõe ao enfermeiro uma conduta ligada ao desenvolvimento contínuo, podem considerar-se subjacentes a concretização da autonomia, a imprescindibilidade e a garantia da qualidade dos cuidados prestados. O «pano de fundo» é a busca de excelência. Todavia, não se trata de uma procura ocasional que possa estar dependente do contexto. É expresso que se refere a «todo o acto profissional», sem exceções, podendo aliar-se a procura contínua ao desenvolvimento de saberes e competências.

Se considerarmos que a Ética de Enfermagem tem por base (entre outras dimensões estruturantes) a existência de princípios orientadores para o agir profissional do enfermeiro, como propõe Nunes (2004), a **excelência do exercício** constitui um destes princípios, desde logo enunciado na alínea c) do número 3 do Artigo 78.º deste Código e densificado como dever específico, no presente Artigo 88.º.

Definir **excelência do exercício** do enfermeiro não é tarefa fácil, mas podemos associar o conceito a uma ideia de nível superior da prestação de cuidados, considerado como universalmente bom. Ou seja, um patamar do cuidar, superior ao nível que as circunstâncias conjunturais da qualidade (decorrente das condições

concretas de cada organização de saúde) muitas vezes impõem. Entendemos assim a excelência como o humanamente desejável para todo o ato de cuidar, independentemente do contexto em que se desenvolve. Fundamenta-se no direito que as pessoas (de quem o enfermeiro recebeu um mandato social para prestar cuidados) têm ao cuidado, enunciado no Artigo 83.º deste Código e na perspetiva de que este direito se concretiza com cuidados excelentes.

A excelência é uma procura constante, um caminho. Perante cada pessoa em concreto que temos à nossa frente, precisamos de agir, e esta necessidade exige a preocupação de atingir progressivamente um nível elevado de proficiência, respeitando as normas, entre as quais, as das boas práticas, as deontológicas. A ideia de perfeição é justamente uma ideia; não existe realmente, é um ideal. E o que é exigível a cada um é o cuidado devido perante as necessidades e os direitos concretos das pessoas a quem prestamos cuidados (indivíduos, famílias, grupos ou comunidades).

Considerando a excelência do exercício não como uma meta absoluta, mas como um caminhar permanente, as seis alíneas deste artigo enunciam os deveres que o enfermeiro deve respeitar no seu desempenho profissional.

A **alínea a)** prescreve que o enfermeiro deve «Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude». Este dever pode decompor-se em duas vertentes: «análise do trabalho» realizado, cuja característica é ser regular, contínua e, por outro lado, o reconhecimento de «eventuais falhas», tendo em conta uma «mudança de atitude».

Por falha entendemos (de uma forma ampla) o erro ou lapso, consubstanciados numa ação ou omissão que provoquem dano, e consideramos a atitude como geradora do comportamento.

No que se refere à análise do trabalho efetuado, a avaliação faz parte de qualquer processo de planeamento. É sabido que a avaliação pode ser realizada de múltiplas formas, seja em registo de autoavaliação (do próprio para si mesmo), heteroavaliação (por outros) ou coavaliação (feita com pares de terceiros). Todavia, seja qual for a forma de avaliação, considerando o elemento individual e/ou a modalidade de participação na equipa, é sempre necessário usar o pensamento crítico, como base fundamental da análise. Pretende-se, assim, que o enfermeiro caminhe no sentido da excelência, associando a reflexão à prática profissional, reconhecendo a «eventual mudança de atitude».

O enfermeiro, quando realiza a análise do seu trabalho e da gestão dos recursos existentes (rendibilizados e adequados ao serviço do indivíduo, família e comunidade), pode clarificar os aspetos positivos e as dificuldades ou constrangimentos existentes. Identifica igualmente as falhas e as inconsistências verificadas, o que potencia a mudança de atitude, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional. Esta mudança de atitude fundamenta-se assim na reflexão ética que permite identificar «eventuais falhas» e pode ter como base o processo de avaliação do desempenho, englobando as componentes científica, técnica e relacional. A «mudança de atitude», identificada ou reconhecida pelo próprio, pode assim ser ajudada por outrem, participante no seu processo formativo, e deve também sustentar-se na investigação, nomeadamente no que se refere à atualização dos saberes.

A **alínea b)** afirma o dever de «Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa». Estamos perante dois elementos: as normas de qualidade e as necessidades concretas das pessoas a quem se prestam cuidados.

Consideramos que as normas de qualidade dos cuidados existem no sentido de afirmar um conjunto de atributos ou indicadores de uma organização, que determinam o valor ou o bem de uma ação⁴⁶. A qualidade orienta-se pela aproximação dos resultados finais aos objetivos definidos. Assim se configura a importância da definição de padrões de qualidade, que constitui uma atribuição da Ordem dos Enfermeiros e que foi materializada em dezembro de 2001. A cada organização de saúde cabe criar/adaptar normas que concretizem estes padrões, bem como assegurar a supervisão do seu cumprimento e garantir a sua melhoria.

Todavia, como referimos anteriormente, o cumprimento destas normas, só por si, pode não resultar em cuidados excelentes. A pessoa é única (adotando o conceito de Kant) e as suas necessidades de cuidados também são individuais. Daí que a norma e os critérios ou indicadores de qualidade, enquanto enunciados genéricos, tenham muitas vezes de ser adaptados às «necessidades concretas» de cada pessoa.

De igual modo, tratando-se de famílias ou comunidades, também as necessidades específicas podem obrigar a um ajustamento das normas de qualidade. É no concreto da vida, na construção/reconstrução e apropriação dos bens e valores culturais e pessoais, na interação com processos somáticos, genéticos e físico-ambientais que se definem os diversos modos de vida, bem como as necessidades concretas de cada um. E cada pessoa, no uso da sua autonomia, pode (e deve) participar no processo de cuidados, quer através do consentimento, quer através da alteração das normas uniformizadas, tendo em conta as suas próprias escolhas.

O desenvolvimento de uma cultura de qualidade na Saúde, a partir do pressuposto da excelência do cuidar, deve ser um objetivo assumido, atendendo a que a qualidade é perspectivada não como um *standard* rígido e uniforme, mas como a melhor resposta possível com os meios e recursos de que se dispõe. Daí que, para ser excelente, o cuidado deva ultrapassar as circunstâncias do possível e pretender um patamar mais elevado. A adaptação da norma à «necessidade concreta» de cada um deve ser um meio de caminhar para a excelência.

A **alínea c)** do Artigo 88.º prescreve que o enfermeiro deve «Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos», no sentido do desenvolvimento das suas competências científicas, técnicas e relacionais. Estamos perante a consideração dos saberes, na convergência dos aspetos científicos, técnicos e relacionais (ou humanos). O dever de atualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios.

A habilitação que a escola certifica possibilita o início do percurso profissional, mas é o processo de desenvolvimento de competências individual, com base na formação, que permite a atualização ao nível do conhecimento e o amadurecimento ao nível da capacidade de reflexão.

A formação contínua, enquadrada num meio que possibilite a reflexão sobre a prática e a aplicação dos saberes, constitui um dos marcos estruturantes deste desenvolvimento de competências. É este processo que torna possível a tomada de decisão ética, essencial para que os cuidados sejam excelentes.

Debrucemo-nos sobre a **alínea d)**, onde se determina que o enfermeiro deve «Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados».

A prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade implica condições de trabalho que permitam a

46 Nouvelles. Garantia de Qualidade e Tratamento, no Cuidado e na Assistência.1998.

excelência do exercício profissional. Por um lado, porque na perspectiva pessoal do enfermeiro o trabalho é um direito e também um bem social, considerado indispensável à realização do ser humano. Por outro lado, porque as adequadas condições de trabalho para o enfermeiro e demais profissionais de saúde são um suporte fundamental para garantir o direito ao cuidado de todas as pessoas que recorrem às organizações de saúde.

Existe correlação entre o direito, que o enfermeiro tem consagrado na alínea c), número 2 do Artigo 75.º do Código Deontológico, de «usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia profissional e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade» e o dever de, quando as condições são deficientes e interferem na qualidade, «assegurar por todos os meios ao seu alcance as condições de trabalho (...)» que possibilitem a excelência do exercício profissional. Para garantir os direitos do enfermeiro e da pessoa a quem são prestados cuidados, atendendo a que a existência de condições que violam os direitos profissionais dos enfermeiros pode impossibilitá-los de cumprir os seus deveres, constituindo, por isso, uma violação dos direitos humanos e dos direitos dos clientes a cuidados de Enfermagem de qualidade.

As «vias competentes» devem ser as internas, dentro da organização de saúde (nomeadamente a hierarquia, o órgão máximo da instituição, comissões de qualidade) e as externas, ou seja, a Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros em que se inscreve o domicílio profissional do enfermeiro, a quem compete acompanhar o exercício profissional, nos termos da alínea i) do número 2 do Artigo 34.º do Estatuto da Ordem.

Garantir a qualidade e a respetiva melhoria contínua é um desafio importante para qualquer sistema político, assim como para todos os prestadores de cuidados de saúde. A preocupação está patente na recomendação do Conselho da Europa n.º 17/97 do Conselho de Ministros, que define: «(...) um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados».

Do mesmo modo, também a segurança, enquanto dimensão essencial da qualidade em saúde, tem sido uma preocupação das entidades reguladoras da saúde. A Ordem dos Enfermeiros enunciou uma tomada de posição sobre «Segurança do Cliente» em 2006 e a Organização Mundial de Saúde publicou em 2009 o *Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report*, que o Ministério da Saúde português traduziu em 2011 com o título oficial de «Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico Final».

Relaciona-se com esta reflexão a análise da **alínea e)** onde se prescreve que o enfermeiro deve «Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos».

Os enfermeiros podem delegar tarefas, mas estritamente em «pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem», nos termos no Artigo 10.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Nesta delegação, é necessário acautelar o nível de preparação adequado de quem realiza a tarefa, para que a excelência dos cuidados de Enfermagem seja garantida (*vide* comentário ao Artigo 79.º). Por outro lado, é inerente a esta delegação a assunção da responsabilidade pelos atos praticados, pelo que a sua supervisão é essencial. Assim, está assegurada a excelência pretendida, mesmo que a tarefa seja realizada por outro.

A **alínea f)** determina o dever de o enfermeiro se abster de «exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbações das faculdades físicas ou mentais». Estas substâncias podem ser o álcool ou produtos psicoativos (Ministério da Justiça, 1991).

A OMS (1993) considera que existe abuso de álcool e/ou outras drogas «quando a auto-administração repetida ou esporádica destas substâncias produza efeitos que sejam directa, social ou economicamente nefastos». As perturbações provocadas por estas substâncias, mesmo que em doses moderadas, condicionam o tempo de reação, a capacidade de atenção e o controlo motor, cuja duração de ação depende de indivíduo para indivíduo. Neste sentido, o consumidor de drogas será menos rendível e menos seguro. No caso dos enfermeiros, estas perturbações condicionam o desempenho técnico e humano, colocando o utente ao seu cuidado numa situação de risco e maior vulnerabilidade.

Esta situação pode tornar-se ainda mais gravosa em caso de urgência ou emergência, se o enfermeiro, no cumprimento dos seus deveres profissionais, não intervier ou o fizer de forma inadequada, agudizando o grau de risco para a pessoa que nele confiou.

Assim, o enfermeiro, durante o seu desempenho profissional, deve garantir a plenitude da sua capacidade para decidir, mobilizando todas as suas competências, abstendo-se de consumir substâncias que as alterem, mantendo desta forma a relação de confiança com os seus clientes, base para a relação terapêutica e para a excelência do exercício.

Sugestões de leitura

ASCENSÃO, J.O – **Teoria Geral do Direito Civil**. Lisboa: FDL. Vol. I, 1995.

BOYLE, Philip [et al.] – **Organizational Ethics in Health Care: Principles, Cases and Practical Solutions**. Jossey-Bass Health, 2001.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lidel Editora, 1999.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA.

DARR, Kurt – **Ethics in Health Services Management**. Praeger, 1987.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002.

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE. **Qualidade em Saúde**. 0 (s/d) 11,14.

NOUVELLES, Ciciams – **Garantia de qualidade no tratamento, no cuidado e na assistência**. Revista Servir. 47:1 (1999) 29–34.

NUNES, Lucília – **A qualidade na prática da formação inicial e dos cuidados de saúde na perspetiva dos valores**. Livro de Atas do Simpósio «A qualidade na formação e nos cuidados de saúde. Que caminhos?». 30.º Aniversário da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, 2002.

NUNES, Lucília – **A referência ético-deontológica na base da excelência**. Revista da Ordem dos Enfermeiros.

NUNES, Rui; REGO, Guilhermina – **Prioridades na saúde**. Lisboa: McGraw-Hill, 2002.

SALE, Diana – **Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde. Para Profissionais da Equipa de Saúde**. Lisboa: Principia, 2000.

SHARPE, Charles C. – **Nursing Malpractice: Liability and Risk Management**. Greenwood Press, 1999.

SIMEÃO, M. J. – **Na excelência dos cuidados de enfermagem**. Revista Servir. 41:3 (1993) 114-117.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – **Condições de trabalho e protecção social dos enfermeiros**. Enfermagem em Foco. 36 (ago./out. 1999).

THOMPSON, Ian E.; MELIA, Kath M.; BOYD, Kenneth M. – **Ética em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004.

REVISTA DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. **V Seminário. Ética de Enfermagem**. Pag.15 (dez 2004).

Documentos de suporte

Artigo 17.º. Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores Que Exercem Funções Públicas. Aprovado pela Lei n.º 58/2008, de 9 de setembro (suspensão).

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado pela Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro. Carreira de Enfermagem.

Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro. Carreira Especial de Enfermagem.

Despacho n.º 3/93. Regulamento da Avaliação do Desempenho.

Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Ministério da Justiça, 1991. Consumo Ilícito de Drogas.

OMS. Promotion de la santé sur les lieux de travail: abus de l'alcool et des drogues. Genève, 1993.

OMS-MS. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final.

ARTIGO 89.º – DA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

«O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa».

Comentário

Humanizar pode ser interpretado como «tornar mais humano» no contexto dos atos profissionais que ligam as pessoas. Neste caso, entre enfermeiro e cliente/família. E, aqui, entende-se por família os conviventes significativos, além dos laços de parentesco. Atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda são expressões que se podem deduzir da responsabilidade do enfermeiro «pela humanização dos cuidados».

Na **alínea a)**, «Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade», encontramos duas questões: quando «presta cuidados», dá «atenção à pessoa como(...)».

Partindo da origem etimológica, *persona* refere-se à máscara teatral usada na tragédia grega para ampliar a voz dos atores, que passou a designar a própria personagem. Transposta para a vida real, significa o papel desempenhado por cada indivíduo no contexto social em que vive⁴⁷. A pessoa «é, nesta acepção, o sujeito, o protagonista da acção que pressupõe a trama de relações intersubjetivas no interior da sociedade e está na base do conceito de pessoa social/jurídica enquanto pertencente a uma comunidade com direitos e deveres»⁴⁸.

Enquanto cidadão, a pessoa é membro de uma comunidade, no interior da qual é livre e responsável. Como afirma Mendes⁴⁹, desenvolver o ser em potência é humanizar, é cuidar. Só é possível fomentar a humanização se o ambiente for humanizador. O desafio para o enfermeiro é criar um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro, mas sobretudo desenvolver na equipa de profissionais uma **cultura de humanização**. Numa equipa em que cuidar do outro é uma prioridade, todos desenvolvem capacidades, todos **se humanizam**. Numa equipa moralmente evoluída, a preocupação pelo **outro vulne-**

47 SILVA, João Ribeiro [et al.]. Contributos para a Bioética em Portugal. Edições Cosmos, 2002. p. 18.

48 SILVA, João Ribeiro (2002).

49 MENDES, Ana. Humanização: uma Questão de (Bio)Ética?. Porto, Jul. 2004. Trabalho final de Pós-Graduação em Bioética e Ética de Enfermagem.

rável origina uma resposta eficiente às necessidades. Os cuidados, no sentido profissional, são entendidos como «comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos, técnicas, processos ou padrões que capacitam ou ajudam o indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou manter uma condição ou estilo de vida saudável» (*Transcultural Nursing*).

Retomando a questão da universalidade do cuidar ou do cuidado, já abordado no Artigo 80.º, quer seja em relação a uma doença, a uma deficiência ou a uma dificuldade, é necessário precisar a natureza dos problemas encontrados, no que respeita à funcionalidade e ao sentido. A saber, funcionalidade, enquanto capacidade de uma pessoa agir por si própria, o que se vê no poder parcial ou total de fazer alguma coisa, mas também no saber fazer. Por isso falamos do que a pessoa pode fazer sozinha, do que pode fazer com ajuda ou do que já não pode fazer. Mas como a funcionalidade não é tudo, há que ter em conta o sentido, o impacto ou a ressonância que cada pessoa sente numa determinada situação.

E existem limites aos cuidados (porque os cuidados têm de fazer sentido para quem os presta e para aquele a quem são prestados) e há que orientar o sentido, a razão de ser, a oportunidade destes cuidados. Se quisermos, os cuidados só ganham sentido e têm valor se tiverem em conta a pessoa «como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade», clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida. Assim se clarifica o dever do enfermeiro, expresso na **alínea b)**, de «Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa». O centro da ação do enfermeiro é a pessoa, sendo a relação o seu principal instrumento. Assim, humanizar converge para a qualidade do atendimento global ao cliente e à respetiva família.

Tendo em conta os **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** (Ordem dos Enfermeiros, 2002), os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e desenvolve. O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal. E cada pessoa é concebida como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se. Cada pessoa é um projeto de saúde.

O ser humano, pelo facto de ser parte integrante da nossa espécie biológica, possui uma dignidade própria que impede a sua utilização com outra finalidade que não seja a da promoção da respetiva realização pessoal (Archer, 1995). Deve-se respeitar toda a pessoa pelo «simples» facto de o ser. Mas, mais do que isto, contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades.

Em todos os atos, o desempenho dos enfermeiros realiza-se para e pela pessoa, partindo do estar com o cliente/família. Assim, os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência, na realização das atividades de vida. Os enfermeiros orientam, supervisionam e lideram os processos de adaptação individual, o autocuidado, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis. Nesta perspetiva, os enfermeiros orientam a sua intervenção mais para a saúde e para «Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa».

A humanização de qualquer atividade parte de cada pessoa e de cada grupo de pessoas que trabalha em conjunto, tendo presente a regra de ouro: «não faças aos outros o que não queres que te façam a ti». E esta regra só é aplicável na sua forma negativa, atendendo a que o desenvolvimento humano da prestação faz ultrapassar a ideia de «cuido como gostaria de ser cuidado», para a máxima ética «cuido como a pessoa gosta de ser cuidada ou quer ser cuidada».

Sugestões de leitura

- CAMPS, Victoria – **Paradoxos do Individualismo**. Lisboa: Relógio d'Água, 1996.
- CASSIRER, Ernst – **Ensaio sobre o Homem**. Lisboa: Guimarães, 1960.
- CATARINO, J. [et al.] – **O respeito como princípio moral básico e principal princípio em Enfermagem**. Nursing. Lisboa. (1996) 21–24.
- COMTE-SPONVILLE, André – **Pequeno Tratado das Grandes Virtudes**. Lisboa: Bertrand, 1996.
- CURTIN, Leah; FLAHERTY, Josephine – **Nursing Ethics. Theories and Pragmatics**. Maryland: Prentice-Hall, 1982.
- DOSSEY, Barbara [et al.] – **Holistic nursing: a Handbook for Practice**. Gaithersburg: Editorial Resources, 1995.
- JOURNAL OF ADVANCED NURSING – **A conceptual clarification of respect**. Oxford: Oxford, 1993. p. 211–217.
- LEDDY, Susan; PEPPER, Mae – **Conceptual Bases of Professional Nursing**. 3.ª ed. New York: Lippincott Company, 1993.
- LEVINAS, Emmanuel – **Ética e Infinito**. Lisboa: Edições 70, 1988.
- MENDES, Ana – **Humanização: uma Questão de (Bio)Ética?** Porto, jul. 2004. Trabalho final de Pós-Graduação em Bioética e Ética de Enfermagem.
- PERIE, Catherine – **Soigner la dignité de l'homme**. La Revue de L'Infirmière. 5 (1991) 24–26.
- SNYDER, M. – **Independent Nursing Interventions**. New York: John Widny Edit., 1985.

Documentos de suporte

- Carta Social Europeia**. 18 de out. 1961.
- Circular Normativa da DGS**. Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados. 28 jan. 2000.
- Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano relativa às aplicações da Biologia e da Medicina**. Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. 4 abr. 1997.
- Convenção para a Protecção do Indivíduo face ao Tratamento Automático de Dados Pessoais**. 28 jan. 1981.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem**. 10 dez. 1948.
- Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos**. 16 dez. 1996.

ARTIGO 90.º – DOS DEVERES PARA COM A PROFISSÃO

«Consciente de que a sua acção se repercute em toda a profissão, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão;
- b) Ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional;
- c) Proceder com correcção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas ou a outros profissionais;
- d) Abster-se de receber benefícios ou gratificações além das remunerações a que tenha direito;
- e) Recusar a participação em actividades publicitárias de produtos farmacêuticos e equipamentos técnico-sanitários».

Comentário

As alterações na Saúde que hoje se preveem precisam de uma reflexão sustentada. O apelo às questões éticas extravasa o contexto individual, no sentido do reconhecimento dos princípios e valores profissionais. O enunciado dos deveres para com a profissão clarifica a consciência de que a ação de cada enfermeiro «se repercute em toda a profissão». Aliás, no sentido de que a fidelidade ao compromisso da profissão repousa sobre os ombros dos profissionais individuais, afirma-se no preâmbulo do decreto-lei que aprovou o Estatuto da Ordem (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril) que a criação da Ordem dos Enfermeiros «responde (...) a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, no que respeita a assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem».

A **alínea a)**, «Manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão», carece de um enquadramento, separando-se, para efeitos de análise, o «manter no desempenho das actividades» e o «padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão». Para confiar num profissional, um cliente precisa de acreditar que aquele indivíduo tem o conhecimento necessário para o ajudar (e isto implica os saberes e as competências) e que essa pessoa agirá no sentido dos seus melhores interesses (e isto envolve o compromisso profissional que pode ser sintetizado em promover a qualidade de vida daqueles a quem se prestam cuidados). E compete a cada um, em sentido individual, garantir o cumprimento do compromisso.

As intervenções de Enfermagem são autónomas ou interdependentes, como afirma o REPE, sendo sempre o enfermeiro responsável pelos atos que pratica (e delega) mesmo que em interligação com outros profissionais. Isto implica que cabe ao enfermeiro garantir que os seus atos visam sempre o interesse do doente, no respeito pela deontologia e no quadro legal em vigor. Por isso, o enfermeiro compromete-se a garantir a qualidade e a assegurar a continuidade dos cuidados e das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.

Porque não basta estar escrito que a profissão é autónoma e que, como se afirma no Código Deontológico, as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Ser enfermeiro significa dar uma atenção particular ao outro, prestar ajuda utilizando as competências profissionais que lhe são próprias e compreender a atribuição de uma determinada parte dos benefícios da saúde aos cuidados de Enfermagem.

Há que ser prudente e responsável. É pelas decisões e pelos atos praticados que respondemos perante os outros, clientes, colegas, instituição e comunidade em geral, quando a tal somos chamados. E isto fundamenta-se na existência de um dever, de um compromisso, de uma promessa que exige ser cumprida.

A alínea b) enuncia o dever de «Ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional». Se bem que a solidariedade já tenha sido enunciada no Artigo 78.º, há que dar aqui o enfoque ao respeito pelo outro, à partilha de conhecimentos e saberes, ao fomento e à promoção de valores, ao interagir na busca de melhores cuidados, ao defender o colega (e não se inclui a proteção de práticas ilícitas), no sentido de estar com quem errou, colaborar na formação dos outros, apoiar os colegas no desenvolvimento. Ser solidário é fazer/ser parte do projeto do serviço, no sentido em que todos somos responsáveis e importantes. Temos de pensar na Enfermagem como uma profissão autónoma e de equipa e ser leais para com a nossa profissão e os nossos colegas.

A solidariedade humana e profissional pode ser vista como facto e tarefa, havendo nela também um chamamento para uma forma determinada de agir. Estamos na situação de cruzamento em que um facto é portador de chamamento. Por exemplo, ter um diploma de enfermeiro é um facto e é, ao mesmo tempo, uma exigência de solidariedade.

Cada enfermeiro é uma pedra sólida no todo (solidez, corpo sólido, na raiz etimológica de solidariedade). «O respeito pelo colega precisa de uma grande dose de coragem ética», afirmou Michel Renaud⁵⁰, porque lidar com colegas que se apreciam mais e outros que se apreciam menos exige de nós uma conduta ética. A solidariedade não se constitui como objeto de uma declaração nem como texto de lei ou norma; sendo a virtude que dispõe as pessoas a proteger e promover o bem comum, afirma a determinação de se empenhar em benefício comum. Por isso, não se relaciona com o encobrimento ou a ilicitude. O caminho é o da «elevação» da profissão, o mais alto grau de perfeição.

A alínea c) refere-se a proceder com correção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas ou a outros profissionais, de onde decorre a análise centrada na «correção e urbanidade» e na abstenção de conduta imprópria.

A relação com o outro carece de respeito e disponibilidade. Se, por um lado, a diversidade é inevitável, por

50 Comentários ao painel «Relações profissionais» do III Seminário de Ética (Coimbra 2002).

outro, uma boa gestão das diferenças pode enriquecer as relações nas equipas. Aqui, o outro é o colega ou outro profissional, e o cenário do relacionamento interpessoal exige posturas de «correção e urbanidade» ou, como diria Comte-Sponville, de polidez. Aliás, este autor considera a polidez uma «virtude de etiqueta, de aparato», uma qualidade «puramente formal, regra de polidez! Não dizer palavras feias, não interromper as pessoas, não empurrar, não roubar, não mentir (...)»⁵¹. Assim, a moral começa por ser polidez, «regra instituída, jogo normativo da aparência». Levada muito a sério, a cortesia é o contrário da autenticidade. Na medida certa, é uma «pequena coisa que prepara as grandes».

Fortemente ligadas às regras de trato social, a correção e urbanidade perspetivam-se como abstenção «de qualquer crítica ou alusão depreciativa a colegas e outros profissionais». Assim, ao respeitar o outro, o enfermeiro também se respeita a si mesmo, enquanto profissional (de forma paradoxal, é por se respeitar a si mesmo que promoverá o respeito pelo outro).

Na **alínea d)**, o dever de «Abster-se de receber benefícios ou gratificações, além das remunerações a que tenha direito», alicerça a isenção e imparcialidade do profissional. Busca-se o equilíbrio entre relações públicas (profissionais) e privadas (particulares) e há diferença entre a conduta, ao seu nível particular, enquanto pessoa, de receber presentes de amigos ou conhecidos (entendendo-se que não existe sanção ética) e a de os receber no âmbito profissional (sabendo-se que o comportamento violador da norma constitui uma infração disciplinar).

O enfermeiro deve abster-se de receber benefícios ou gratificações, quer se trate de expressão de reconhecimento ou de solicitação. Afastando-nos da *ratio legis* que o citado artigo incorpora, poderemos afirmar que este dever legal se inspira e nos reconduz, numa perspetiva jurídica, para os tipos penais da corrupção passiva, para os atos lícitos e ilícitos previstos nos Artigos 372.º e 373.º do Código Penal. A corrupção é entendida, numa perspetiva jurídico-penal, como a realidade que recobre as situações em que um funcionário solicita ou aceita uma vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, como contrapartida de um ato (lícito ou ilícito) que traduz o exercício efetivo do cargo em que se encontra investido.

Aliás, o Código Penal, no que se refere aos «Crimes cometidos no exercício de funções públicas», considera as penas em caso de corrupção e destaca o «solicitar ou aceitar, para si ou para terceiros, sem que lhe seja devida vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa como contrapartida» de ato ou omissão contrários (Artigo 372.º) ou não contrários (Artigo 373.º) aos deveres do cargo, considerando pena de prisão de um a oito anos (no primeiro caso) ou pena de prisão até dois anos (segundo caso).

No referente à **alínea e)**, «Recusar a participação em actividades publicitárias de produtos farmacêuticos e equipamentos técnico-sanitários», é de salientar que esta recusa se situa estritamente na área publicitária (pública, de divulgação, difusão) e é relativa a produtos farmacêuticos e equipamentos técnico-sanitários. Poderão existir duas ordens de razão: por um lado, o facto de poder conferir credibilidade a determinado produto, por ser um enfermeiro a publicitá-lo e, por outro, o facto de pôr em causa o já referido princípio de isenção do profissional.

Este artigo estabelece um vaso comunicante com o instituído das incompatibilidades presentes no Estatuto

51 COMTE-SPONVILLE. 1995. p. 19.

(Artigo 77.º), denotando, assim e de forma evidente, a coerência e a relação estreita entre as regras que se encontram expressas na Deontologia profissional e no Código.

Destaca-se ainda a relação com o preceituado nos Artigos 19.º e 25.º A do Código da Publicidade, sendo clara a proibição da publicidade a tratamentos médicos e a medicamentos que apenas possam ser obtidos mediante receita médica. Os enfermeiros, enquanto agentes atuantes na realização de terapêuticas e administração de medicamentos, deverão manter a imparcialidade e independência na divulgação de quaisquer informações de natureza publicitária respeitantes a estes domínios.

Sugestões de leitura

CARVALHO, Francisco Neto – **A Pergunta da Inês. As Raízes do Bem e do Mal**. Lisboa: Principia, 1999.

COMTE-SPONVILLE, André – **Pequeno Tratado das Grandes Virtudes**. Lisboa: Bertrand, 1996.

COREY, Gerald – **Issues and Ethics in the Helping Professions**. Londres: Wodsworth Pub. Co. 1997.

DAVID, Anne Marie – **Ethique et Soins Infirmiers**. Paris: Lamarre, 1997.

DEVERS, G. – **La Responsabilité Infirmière**. Paris: ESKA, 2000.

ETCHEGOYEN, Alain – **A Era dos Responsáveis**. Lisboa: Difel, 1995.

HESSEN, Johannes – **Filosofia dos Valores**. Trad. e pref. Cabral Moncada. Coimbra: Arménio Amado Editor, 1946.

LIPOVETSKY, Gilles – **O Crepúsculo do Dever: A Ética Indolor dos Novos Tempos Democráticos**. Lisboa: Dom Quixote, 1994.

PATRICK, Guyomard – **Le Desir d’Ethique**. Paris: Aubier Montagens, 1998.

QUEIRÓS, Ana A. – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

SAVATER, Fernando – **Ética Para Um Jovem**. Lisboa: Presença, 1993.

VARELA, Francisco J. – **Sobre a Competência Ética**. Lisboa: Edições 70, 1995.

VIEIRA, Margarida – **Solidariedade e responsabilidade**. In: NEVES, Maria do Céu Patrão (coord.). Para uma Ética de Enfermagem. Desafios. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra, Lda., em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores. 2004. p. 291-303.

Documentos de suporte

Código Penal. Artigo 372.º: Corrupção passiva para ato ilícito. Artigo 373.º: Corrupção passiva para ato lícito. Artigo 374.º: Corrupção ativa. Artigo 382.º: Abuso de poder.

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Carta Ética da Administração Pública. 2002.

ARTIGO 91.º – DOS DEVERES PARA COM OUTRAS PROFISSÕES

«Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;
- b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;
- c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços».

Comentário

O enunciado do Artigo 91.º aponta o enfermeiro «como membro da equipa de saúde». Os enfermeiros cuidam dos clientes e relacionam-se com todos os intervenientes no processo de cuidados de saúde (com administradores, médicos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos, auxiliares, entre outros). Mais: permanecendo mais tempo junto dos clientes, promovem a intervenção de outros profissionais e técnicos de saúde, referenciam as situações problemáticas identificadas, orientam os clientes em função das necessidades e dos problemas detetados e promovem, paralelamente, a aprendizagem do cliente da forma de adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde e da forma de aumentar o conhecimento dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde. Todas as profissões da saúde se preocupam com as questões éticas e com o quadro deontológico do respetivo exercício profissional. Centram-se, sobretudo, no utente dos cuidados e em assegurar o respeito pela dignidade da pessoa. E é cada vez mais claro que a prestação de cuidados de saúde globais está aquém da capacidade de uma profissão⁵², exigindo-se uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional. Assim, o conceito de equipa torna-se básico, orientando para um mesmo fim os diferentes caminhos dos diversos profissionais.

52 BANDMAN, Elise; BANDMAN, Bertram. Nursing Ethics Through Life Span. New York: Prentice-Hall, 2002.

A **alínea a)**, «Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma», volta a trazer à análise a vertente da responsabilidade, situada na área de competência e no reconhecimento da especificidade das outras profissões.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional. E isto enquadra-se nos dois tipos de intervenções de Enfermagem: as interdependentes, iniciadas por outros técnicos de saúde, e as autónomas, iniciadas ou prescritas pelo enfermeiro. De acordo com o REPE, consideram-se interdependentes as intervenções realizadas pelo enfermeiro «em conjunto com os outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas» (Artigo 9.º, número 3). Relativamente a estas intervenções de Enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro profissional da equipa de saúde (por exemplo, prescrições médicas), o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Consideram-se autónomas as intervenções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão desses cuidados, no ensino ou na formação.

Os limites das competências dos profissionais são, em determinadas circunstâncias, ténues, havendo territórios «cinzentos» em que não está assim tão claro a quem compete fazer o quê. Não parece que a resolução passe por estabelecer uma hierarquia assente no poder formal, mas na hierarquia técnica, na complementaridade e solidariedade, onde a tomada de decisão, no melhor interesse e benefício do cliente, é tomada por quem, em determinado momento, está melhor preparado para intervir.

Na **alínea b)**, «Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde», destaca-se a «articulação e complementaridade». Assume-se que a saúde é uma tarefa multidisciplinar, não podendo ser negligenciado o exercício de cada profissional. Daqui se deduz o papel importante de cada ator, não só na definição dos seus padrões de qualidade de cuidados, mas também no esforço para obter uma melhoria contínua da qualidade em saúde.

As premissas do trabalho multidisciplinar colocado ao serviço da pessoa a assistir são o objetivo comum dos diferentes grupos profissionais. A pessoa, alvo dos cuidados, não é propriedade de nenhum profissional, é um ser com plenitude de direitos que espera dos serviços de saúde e dos profissionais rapidez e efetividade no tratamento e nos cuidados, pelo que a articulação e complementaridade funcional se revelam condições imprescindíveis. Vale a pena ter em conta que a **articulação** remete para um encadeamento (de elementos distintos que concorrem para o funcionamento eficaz do todo) e que a **complementaridade** se associa à «completude» (que decorre de diversas ações de diferentes profissionais, sendo a de Enfermagem «dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia», de acordo com o Artigo 8.º, número 3 do REPE).

Um trabalho em equipa exige um conjunto de valores e princípios (tais como corresponsabilidade, honestidade, lealdade, reciprocidade, sustentabilidade, cooperação e partilha), que são reguladores da conduta entre os profissionais envolvidos e destes em relação à pessoa a assistir. Os profissionais da área da Saúde que lidam com pessoas em todas as circunstâncias de vida deparam-se com questões relacionadas com os conceitos de bem e de mal, de justo e injusto, de certo e errado, de deveres, e com eventuais diferenças de perspetiva.

A Ética nas relações interprofissionais na Saúde exige uma atitude crítica do ser humano, o que permite

questionar as práticas. Tal questionamento pressupõe um conflito entre o interesse particular e o coletivo, no melhor interesse da pessoa assistida e da comunidade. Sabemos que os conflitos interpessoais, naturais em todo o grupo de trabalho, quando não resolvidos, podem comprometer o nível de satisfação pessoal, profissional e da equipa, assim como o desempenho institucional, que se reflete na qualidade da prestação de serviços aos clientes.

Na **alínea c)** afirma-se que o enfermeiro deve «Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a recuperação, promovendo a qualidade dos serviços».

Porque as instituições de saúde existem para o cidadão, também os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular existem para servir os cidadãos e, numa perspetiva de corresponsabilidade, devem participar na definição dos objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir e corresponsabilizar-se pela respetiva implementação.

A Ética das relações interprofissionais na Saúde reporta a normas necessárias, à regulação do relacionamento interprofissional e, particularmente, à organização do processo de cuidados e partilha dos recursos disponíveis. A Ética tem também um papel de regulação das práticas profissionais, não devendo ser regidas exclusivamente por mecanismos legais. Torna-se necessário superar o isolamento dos profissionais, em matérias e decisões que impliquem cuidados de saúde fornecidos por vários intervenientes no processo de cuidados, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um e trabalhando em articulação e complementaridade.

O trabalho de equipa coloca a ênfase no desenvolvimento de competências profissionais, na capacidade de problematizar, de refletir, de debater em conjunto, no que se pode designar por inteligência coletiva, tão necessária à ação em Saúde. As relações profissionais em Saúde que enfatizam a comunicação, a articulação, a complementaridade e corresponsabilidade enfatizam o coletivo, a cidadania, e significam coesão, cooperação e convergência em torno de objetivos. Este tipo de relações contribui para que os problemas comuns sejam resolvidos com base na ajuda mútua, ou seja, na reciprocidade.

No global, o trabalho no mesmo espaço institucional pode apresentar constrangimentos (assimetrias, protagonismo, etc.), mas também abertura aos métodos e áreas de competência de cada grupo profissional e/ou de cada interveniente. Os deveres e as responsabilidades dos profissionais centram-se na garantia dos direitos da pessoa assistida, com respeito pela dignidade do colega da equipa multiprofissional, numa assunção partilhada de responsabilidades e riscos.

Será ainda de relevar que a integração (no sentido de se tornar parte) do enfermeiro na equipa de saúde se operacionaliza em colaborar na área de responsabilidade que lhe é própria e se relaciona com o dever explicitado no Artigo 80.º, em relação à comunidade [alínea c)]. Os diversos níveis de atuação expressos, «a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a recuperação», cobrem os três níveis de prevenção. Simultaneamente, é apontada a finalidade desta integração na equipa. Não é um fim em si mesmo, mas um meio para «promover a qualidade dos serviços».

Sugestões de leitura

- CARVALHO, Francisco Neto – **A Pergunta da Inês. As Raízes do Bem e do Mal**. Lisboa: Principia, 1999.
- COREY, Gerald – **Issues and Ethics in the Helping Professions**. Londres: Wodsworth Pub. Co., 1997.
- DAVID, Anne Marie – **Ethique et Soins Infirmiers**. Paris: Lamarre, 1997.
- DEVERS, G. – **La Responsabilité Infirmière**. Paris: ESKA, 2000.
- ETCHEGOYEN, Alain – **A Era dos Responsáveis**. Lisboa: Difel, 1995.
- LADORÈ, Bruno – **L’Ethique Clinique Comme Philosophie Contextuelle**. Paris: Fides, 1997.
- LAVIGNE, J. C. – **Construir Une Ethique de La Coopération**. Paris: Chronique sociale, 2000.
- PATRICK, Guyomard – **Le Desir d’Ethique**. Paris: Aubier Montagens, 1998.
- QUEIRÓS, Ana A. – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.
- RENAUD, Maria I. – **A pessoa humana e o direito à saúde**. Brotéria. 139 (1994) 323–342.
- SINGER, Peter – **A Companion to Ethics**. Londres: Blackwell, 1993.
- SERRÃO, Daniel; Nunes, Rui (coord.) – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1996.

Documentos de suporte

Carta Ética da Administração Pública. 2002.

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Lei n.º 67/2007, de 31 de dezembro. Regime da Responsabilidade Civil Extracontratual do Estado e demais Entidades Públicas.

Lei n.º 58/2008, de 9 de setembro. Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas.

ARTIGO 92.º – DA OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

«1 – O enfermeiro, no exercício do seu direito de objector de consciência, assume o dever de:

- a) Proceder segundo os regulamentos internos da Ordem que regem os comportamentos do objector, de modo a não prejudicar os direitos das pessoas;
- b) Declarar, atempadamente, a sua qualidade de objector de consciência, para que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar;
- c) Respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde.

2 – O enfermeiro não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objecção de consciência».

Comentário

Por último, o Código Deontológico contém um artigo que diz respeito aos deveres do enfermeiro relacionados com o exercício de um direito.

Na medida em que a objecção de consciência é a desobediência a «uma injunção legal ou uma ordem administrativa mais ou menos direta»⁵³, considera-se «objeto de consciência o enfermeiro que, por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que não lhe é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Deontológico»⁵⁴. Existe ainda objecção de consciência quando é feito um pedido de cuidado pelo cliente, cuja concretização violaria as convicções do enfermeiro. Neste contexto, importa analisar os seus fundamentos e as suas implicações no exercício da Enfermagem.

No exercício da profissão, as responsabilidades que vinculam deontologicamente os enfermeiros encontram a sua fonte nos direitos humanos em geral e dos clientes em particular, bem como nos objetivos da profissão. Mas o enfermeiro, enquanto pessoa, deve agir preservando também a sua liberdade e dignidade humana, conforme prescreve o Artigo 78.º, número 1, do Código Deontológico do Enfermeiro.

Ora, a dignidade fundamenta-se no poder de o ser humano se autodeterminar, que é inerente à respetiva racionalidade. A autonomia, referida à vontade, existe se, e só se, o ser humano atuar determinado por princípios morais que estejam em conformidade com imperativos éticos livremente assumidos por si. E a expressão da dignidade humana passa pelo exercício dos direitos fundamentais, entre os quais se encon-

53 RAWLS, J. Uma Teoria da Justiça. p. 285.

54 ARTIGO 2.º. Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência.

tram o direito à liberdade de consciência, que é inviolável⁵⁵. Tal como refere J. A. Soares, «a dignidade da pessoa humana exige que a sua dimensão mais específica, a sua consciência, seja respeitada, mesmo se invencivelmente errônea. É este o fundamento da objeção de consciência»⁵⁶.

Importa aqui distinguir a liberdade de consciência da liberdade de pensamento ou de religião e culto. Assim, enquanto a liberdade de pensamento se refere à possibilidade de uma pessoa pensar e expressar-se livremente, a liberdade religiosa possibilita a prática da religião adotada. Por outro lado, a liberdade de consciência, embora claramente relacionada com as anteriores, deve ser entendida num sentido mais amplo, no reconhecimento de que a consciência moral é a regra imediata e obrigatória do agir pessoal, autónomo e responsável e, portanto, a razão de ser das restantes liberdades.

Na verdade, a consciência moral deve ser respeitada porque é a dimensão mais específica da dignidade do ser humano. Inclui a capacidade de apreender os valores e as leis morais e de decidir sobre a sua aplicação às situações concretas da vida. E, na mesma medida em que a consciência é autora dos atos livres, é deles também juiz, aprovando-os ou condenando-os. Por isso, e porque a vida ética visa a **vida boa**⁵⁷, existe para cada um de nós a obrigação de máxima fidelidade e autenticidade para com o ser pessoal e, consequentemente, para com a consciência moral. E, relativamente aos outros, o dever moral de respeitar as suas buscas e opções pessoais.

Por isso se reconhece que ninguém pode ser obrigado a aceitar, em nenhuma circunstância, preceitos legais ou ordens particulares que contradigam os seus valores pessoais e, no caso concreto, os objetivos ou a essência da profissão. Para os enfermeiros, a execução de ordens contrárias à sua consciência constituiria a rutura com os seus valores e a consequente quebra do sentido da sua própria existência, pessoal e profissional. Agir de acordo com o **dever** emanado da consciência moral surge com a força de um imperativo, que não sendo obedecido não permitirá que se viva em paz consigo próprio. E, por vezes, para algumas pessoas, o dever a que a consciência obriga é o de **não agir**, ainda que a lei positiva a isso obrigue. É o dever de objetar.

Este incumprimento deve ser executado de modo individual, pacífico e privado⁵⁸, sem que haja prejuízos para terceiros. O carácter individual exclui, naturalmente, que possa ser exercido por um grupo e a atribuição de pacífico faz com que o uso da força ou de violência seja estranho a esta figura. A Constituição da República Portuguesa garante o direito à objeção de consciência, nos termos da lei, a todos os cidadãos. Aos enfermeiros é reconhecido o direito à objeção de consciência, sempre que no âmbito da profissão surja o dever de cumprir leis, ordens ou solicitações formais que entrem em contradição com as convicções pessoais, filosóficas, éticas, morais ou religiosas, ou com o Código Deontológico e que violam a consciência individual⁵⁹.

A objeção de consciência fundamentada na liberdade de pensamento, consciência e religião não pode ser objeto de outras restrições senão as que, previstas na lei, constituam disposições necessárias à segurança, à proteção da ordem, da saúde e moral públicas ou à proteção dos direitos e liberdades de outros.

Assim, no exercício do direito à objeção de consciência, os enfermeiros assumem o dever de proceder se-

55 ARTIGO 18.º. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Artigo 41.º. Constituição da República Portuguesa.

56 SOARES, J.A. Silva. Objeção de Consciência. Polis. Lisboa. Vol. IV (1986) 741.

57 Cf. Comentário ao Artigo 78.º.

58 GOUVEIA, Jorge Bacelar. Objeção de Consciência (direito fundamental). In: Dicionário Jurídico da Administração Pública. Vol.VI. Lisboa: Livraria Arco-Íris, 1994. p. 170.

59 ARTIGO 75.º, número 2, alínea e). Estatuto da Ordem: Direitos dos Membros.

gundo os regulamentos internos que regem o seu comportamento, de modo a não prejudicar os direitos das outras pessoas **[alínea a)** do Artigo 92.º]. O Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência (REDOC) foi aprovado na Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros de 18 de março de 2000 (ver anexos), preconizando que o enfermeiro deve anunciar por escrito, ao superior hierárquico imediato ou a quem faça as suas vezes, a sua decisão de recusa da prática de ato da sua profissão, explicitando as razões por que tal prática entra em conflito com a sua consciência ou contradiz o disposto no Código Deontológico. A explicitação das razões justifica-se apenas pela necessidade de clarificar a recusa como objeção de consciência e não uma desobediência formal, como pode acontecer, por exemplo, se a ordem recebida configura a prática de um crime⁶⁰.

O anúncio da decisão de recusa deve ser feito atempadamente, para que «sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar» **[alínea b)]** e para que seja possível recorrer a outro profissional, se for caso disso. A responsabilidade de assegurar os cuidados necessários, quando a objeção de consciência é comunicada nos termos previstos, cabe ao estabelecimento de saúde onde o profissional presta serviço⁶¹.

De acordo com a lei, o enfermeiro objetor de consciência goza de todos os direitos e está sujeito a todos os deveres consignados no Estatuto para os enfermeiros em geral, que não sejam incompatíveis com a situação de objetor de consciência, e não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objeção de consciência (número 2 do Artigo 9.º). Mas deve também «respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas dos clientes e dos outros membros da equipa de saúde» **[alínea c)]**.

Reconhecendo-se no objetor a pessoa que busca incessantemente a coerência pessoal, admite-se que o esclarecimento da consciência possa clarificar os valores pessoais ou que as opções de vida possam levar à cessação da situação de objeção por vontade expressa do próprio (Artigo 11.º do REDOC). Refere ainda o regulamento que o exercício ilegítimo da objeção de consciência, quando se comprove o exercício anterior ou contemporâneo pelo enfermeiro, de ação idêntica ou semelhante àquela que pretende recusar, sem que se tenham alterado os motivos que a fundamentam, constitui infração dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão.

A objeção de consciência é legitimamente exercida por aquele que refletiu bem nos seus valores e nas leis morais a que livremente se quer submeter, apostando na fidelidade a si mesmo. Assim, recusar cumprir uma ordem legal por razões de consciência, pressupõe a sinceridade subjetiva e a boa-fé daquele que objeta: o objetor não quer mudar o mundo e reconhece aos outros a mesma liberdade que exige para si. Doutro modo, tratando-se de uma recusa pública, ainda que não violenta, decidida em consciência, mas de natureza política, visando afirmar uma posição e pretendendo uma mudança nas leis ou na política seguida, estaremos perante aquilo que Rawls denomina desobediência civil⁶². De facto, há lugar à objeção de

60 Recorde-se que, de acordo com o preconizado no Artigo 5.º do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas (Lei n.º 58/2008, de 9 de setembro) apenas a desobediência a «ordem ilegal» exclui a responsabilidade disciplinar.

61 Especificamente, «os estabelecimentos em que a existência de objetores de consciência impossibilite a realização da interrupção da gravidez nos termos e prazos legais devem desde já providenciar pela garantia da sua realização, adotando as adequadas formas de cooperação com outros estabelecimentos de saúde ou com profissionais de saúde legalmente habilitados, assumindo os encargos daí resultantes» (Artigo 5º da Portaria n.º 189/98, de 21 de março).

62 RAWLS, J. Uma Teoria da Justiça. P. 281.

consciência apenas quando se trata de um dever legal, que a sociedade em geral aceita e que a comunidade profissional, na sua generalidade, concorda em cumprir.

Na prática, o enfermeiro, na tomada de decisão para o cuidado, defronta-se com a necessidade de dirimir conflitos entre direitos das pessoas. Ao existir tensão entre o direito da pessoa ao cuidado e o direito do enfermeiro à objeção de consciência poder-se-á aplicar o princípio da **concordância prática** entre estes dois direitos⁶³. Assim, perante o conflito entre o cuidado necessário e a violentação da consciência teremos que encontrar a **solução ética conciliadora**. Ao cuidado podemos retirar o conteúdo não essencial e ao direito à objeção de consciência, podemos eliminar a recusa total. Em concreto, o enfermeiro pode-se abster ao cuidado, sempre que possa ser substituído em tempo útil, e tem de assegurar o cuidado quando não exista outra pessoa que o faça.

Sugestões de leitura

DEODATO, Sérgio – **Conflitos de direitos na decisão de cuidado em enfermagem**. Revista Servir. Vol 56. Número 3-4, (maio-agosto,2008) p. 112-117.

FREITAS, Manuel da Costa – **Consciência moral**. In: Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia. Vol. 1:1135ss. Lisboa/ São Paulo: Editorial Verbo, 1989.

MARTINS, A. Gentil – **Editorial: Objeção de consciência**. Revista da Ordem dos Médicos. 7/84 (julho) 1-3.

PINTO, Vitor Feytor – **A Objeção de Consciência**. Revista Servir. 28(6) (nov.–dez. 1980) 271-279.

PINTO, José Rui da Costa – **Questões Actuais de Ética Médica**. Braga: A.O., 1979.

RAWLS, Jonh – **Uma Teoria da Justiça**. Lisboa: Editorial Presença, 1993. P. 285-287, p. 291-295.

SILVA, Miguel Oliveira – **Objeção de consciência, planeamento familiar e interrupção da gravidez**. In: Silva, J. Ribeiro (coord.) [et al.]. Contributos para a Bioética em Portugal. Lisboa: Edições Cosmos/ Centro de Bioética da Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. P. 395-406.

THOMPSON, Ian E.; Melia, Kath M.; Boyd, Kenneth M. – **Ética em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004.

Documentos de suporte

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas. 10 dez. 1948.

Constituição da República Portuguesa.

Lei n.º 3/84, de 24 de março. Educação sexual e planeamento familiar.

Lei n.º 120/99, de 11 de agosto. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva.

Lei n.º 12/2001, de 29 de maio. Contraceção de emergência.

⁶³ Cf. DEODATO, Sérgio. Conflitos de direitos na decisão de cuidado em enfermagem. Revista Servir. Vol 56. Número 3-4, (maio-agosto, 2008) p 112-117.

Lei n.º 6/84, de 11 de maio. Exclusão da ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez.

Lei n.º 90/97, de 30 de julho. Altera os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.

Lei n.º 7/92, de 12 de março. Regula a objeção de consciência (perante o serviço militar).

Lei n.º 138/99, de 28 de agosto. Altera a Lei n.º 7/92.

Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência. Ordem dos Enfermeiros. 18 mar. 2000.

PARTE II

Regulamentos
da Ordem dos
Enfermeiros
relacionados
com a função
jurisdicional

REGIMENTO DISCIPLINAR

PREÂMBULO

À Ordem dos Enfermeiros foi delegado o poder de exercer jurisdição disciplinar sobre os seus membros, por força da alínea h) do n.º 2 do Artigo 3.º do Estatuto, publicado em anexo ao Decreto-Lei 104/98, de 21 de abril.

A jurisdição disciplinar sobre os seus membros é, de facto, conjuntamente com a regulação do acesso e a regulamentação do exercício profissional, uma das principais atribuições das Ordens, enquanto associações públicas, criadas por força de lei e com poderes devolvidos pelo Estado, para assegurar a prossecução de interesses coletivos.

A jurisdição disciplinar sobre os enfermeiros é, nos termos do n.º 1 do Artigo 24.º do Estatuto da Ordem, da competência exclusiva do Conselho Jurisdicional. É também do Conselho Jurisdicional a competência para elaborar e propor alterações ao Regimento Disciplinar, que deverá ser discutido e votado em assembleia geral. E na primeira assembleia geral os membros da Ordem dos Enfermeiros têm, pela primeira vez, a oportunidade de se manifestar sobre as normas regulamentares que regerão a ação disciplinar sobre si próprios, sendo esta, porventura, a manifestação maior da sua autonomia profissional.

Entendendo-se por «disciplina» a adequação do comportamento profissional às normas profissionais estabelecidas e aos deveres deontológicos assumidos, a jurisdição disciplinar deve ser capaz de decidir com justiça, com imparcialidade e objetividade, tendo como referência o necessário equilíbrio entre o bem individual e o bem comum, permitindo-se atribuir a cada um o que lhe é devido. Neste pressuposto, entende-se que a ação disciplinar deve permitir não só punir o comportamento inobservante, mas também recompensar o mérito profissional e aqueles que transcendem o comportamento esperado.

O Regimento Disciplinar agora apresentado à discussão foi elaborado no respeito pelo já estatutariamente definido e colheu influência do direito subsidiário preconizado, não podendo deixar de obedecer à legislação aplicável. Pretende-se, em última instância, criar as regras que permitirão agir no estrito respeito pelo princípio da legalidade e garantir a todos o direito à defesa e ao bom nome no seio da profissão e da sociedade.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1.º

Ação disciplinar

A ação disciplinar da Ordem dos Enfermeiros rege-se pelo Estatuto da Ordem e pelo presente regimento e é exercida pelo Conselho Jurisdicional.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

O presente regimento aplica-se a todos os enfermeiros inscritos na Ordem, independentemente de exercerem a profissão na Administração Pública, em instituições privadas ou em regime liberal.

Artigo 3.º

Conceito de disciplina

A disciplina consiste na observação dos deveres consignados no Estatuto, no Código Deontológico e nas demais disposições legais aplicáveis ao exercício da Enfermagem.

Artigo 4.º

Medidas disciplinares

1. São medidas disciplinares o reconhecimento de mérito e as penas.
2. O reconhecimento de mérito destina-se a destacar comportamentos relevantes que transcendam o simples cumprimento dos deveres e se revelem de particular valia ou mérito profissional, e podem ser:
 - a) Menção elogiosa;
 - b) Louvor;
 - c) Louvor com distinção.
3. As penas são aplicadas na sequência de infração e procedimento disciplinares e podem ser:
 - a) Advertência escrita;
 - b) Censura escrita;
 - c) Suspensão do exercício profissional, até cinco anos;
 - d) Expulsão.
4. Das penas referidas no número anterior podem ser acessórias as penas de:
 - a) Perda de honorários;
 - b) Publicidade da pena.

Artigo 5.º

Infrações disciplinares

1. Infração disciplinar é toda a ação ou omissão que viole, dolosa ou negligentemente, os deveres ou disposições referidos no artigo 3.º deste regimento.
2. É infração disciplinar leve o comportamento violador de deveres cometidos com culpa leve e sem dolo, de que não resulte prejuízo para o cliente ou terceiro, nem ponha em causa o prestígio da profissão.

3. É infração disciplinar grave o comportamento violador dos deveres, cometido com acentuado grau de culpa ou dolo, que resulta em prejuízos para o cliente ou terceiros, que põe em causa o prestígio da profissão ou que constitui crime punível com pena de prisão até três anos.

4. É infração disciplinar muito grave o comportamento violador dos deveres, cometido com acentuado grau de culpa ou dolo e que, nomeadamente, também constitui crime punível com prisão superior a três anos, demonstre incompetência profissional notória, com perigo para a saúde dos indivíduos ou da comunidade, ou implique o encobrimento ou participação na violação de direitos de personalidade dos clientes.

Artigo 6.º

Responsabilidade disciplinar

1. A responsabilidade disciplinar perante a Ordem dos Enfermeiros coexiste com quaisquer outras previstas na lei (disciplinar, civil ou criminal) e é independente destas.

2. O processo disciplinar pode ser suspenso até à decisão final a proferir noutra jurisdição, de acordo com o estabelecido nos artigos 27.º n.º 3 e 30.º n.º 3 deste regimento.

3. A responsabilidade disciplinar prescreve três anos após a cessação dos atos ou omissões que lhe deram origem, salvo se dentro desse prazo tiver havido lugar a quaisquer diligências visando o apuramento dos factos.

4. Sem prejuízo do número anterior, a responsabilidade disciplinar prescreve também se, tendo sido apresentada participação ou queixa, não for desencadeado qualquer procedimento disciplinar ou de inquérito no prazo de 120 dias.

5. Prescreve também se, tendo havido lugar a quaisquer diligências, passarem três anos destas últimas, sem prejuízo do número seguinte.

6. A responsabilidade disciplinar, se conexas com responsabilidade criminal, prescreve nos prazos desta, quando superiores.

7. O pedido de suspensão ou de cancelamento da inscrição como membro da Ordem dos Enfermeiros não faz cessar a responsabilidade disciplinar por infrações anteriormente praticadas.

Artigo 7.º

Circunstâncias modificativas

1. São circunstâncias modificativas atenuantes da responsabilidade disciplinar:

- a) Exercício da profissão com exemplar comportamento e zelo reconhecido, durante mais de dez anos;
- b) Mérito reconhecido pela atribuição de menção elogiosa, louvor ou louvor com distinção;
- c) A confissão espontânea da infração;
- d) Comportamento posterior ao ato com intenção de reparação;
- e) A provocação;
- f) O acatamento bem intencionado de ordem de superior hierárquico, nos casos em que não fosse devida obediência, não suscetível de ser considerado conluio;
- g) A existência de condições precárias de trabalho, no momento em que é praticada a infração, que declaradamente prejudiquem a qualidade dos cuidados.

2. São circunstâncias modificativas agravantes da responsabilidade disciplinar:

- a) A vontade determinada de, pela conduta seguida, produzir resultados prejudiciais nos clientes, colegas ou outros profissionais, ou à profissão em geral, independentemente de estes se verificarem;
- b) A produção efetiva de resultados prejudiciais, nos casos em que o enfermeiro pudesse prever essa consequência como efeito necessário da sua conduta;
- c) A premeditação (desígnio formado 24 horas antes, no mínimo, da prática da infração);
- d) Conluio com outros indivíduos para a prática da infração;
- e) Facto de ser cometida durante o cumprimento de pena disciplinar;
- f) A reincidência (se a infração é cometida antes de decorrido um ano sobre o dia em que tiver findado o cumprimento da pena imposta por virtude de infração anterior).

Artigo 8.º

Circunstâncias dirimentes

1. São circunstâncias dirimentes da responsabilidade disciplinar:

- a) A coação física;
- b) A privação acidental e involuntária das faculdades intelectuais no momento da prática do ato ilícito;
- c) A legítima defesa, própria ou alheia;
- d) A não exigibilidade de conduta diversa;
- e) Exercício de um direito ou o cumprimento de um dever;
- f) Consentimento do titular do interesse jurídico lesado, quando este interesse for livremente disponível e quem o prestar possuir o discernimento necessário para o avaliar.

CAPÍTULO II

DO RECONHECIMENTO DE MÉRITO

Artigo 9.º

Competência

O reconhecimento do mérito é da competência do Conselho Jurisdicional, ouvidos os Conselhos Diretivo e de Enfermagem.

Artigo 10.º

Proposta de reconhecimento

1. O processo de reconhecimento de mérito é precedido de proposta apresentada:
 - a) Pelo presidente de qualquer órgão da Ordem, na sequência de deliberação unânime deste;
 - b) Por subscrição de 25 membros efetivos.
2. Quando a proposta é apresentada nos termos da alínea b) do número anterior, é responsável da proposta o primeiro subscritor.
3. A proposta de reconhecimento deve especificar os atos praticados e fornecer as provas necessárias.

Artigo 11.º

Decisão

1. Analisado o processo, o Conselho Jurisdicional poderá ordenar diligências com vista ao completo esclarecimento dos factos mencionados.
2. Concluindo pela existência de mérito, o Conselho Jurisdicional atribui:
 - a) Menção elogiosa, quando se verificou no exercício da profissão um comportamento digno de distinção que se revelou de particular valia para os clientes ou comunidades;
 - b) Louvor quando se verificou no exercício da profissão conduta de notável valor, com assinalável competência profissional e que contribuiu de forma particular para o desenvolvimento e prestígio da profissão;
 - c) Louvor com distinção quando se verificou o exercício da profissão com assinalável mérito durante pelo menos 25 anos.

Artigo 12.º

Notificação da decisão

1. Da decisão do Conselho Jurisdicional é notificado o visado e os proponentes.
2. A notificação é feita pessoalmente ou por carta registada, com aviso de receção para o domicílio profissional ou residência habitual do enfermeiro distinguido.
3. Quando a proposta é apresentada nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 10.º é apenas notificado o primeiro subscritor nos termos do número anterior.

Artigo 13.º

Publicidade do reconhecimento

A atribuição de menção elogiosa ou louvor é publicada no órgão informativo oficial da Ordem, referindo os fundamentos da decisão.

CAPÍTULO III DA JURISDIÇÃO DISCIPLINAR

SECÇÃO I *Disposições gerais*

Artigo 14.º

Legitimidade

1. Tem legitimidade para intervir em procedimento disciplinar, nos termos do número seguinte, quem participe facto que constitua infração disciplinar.
2. Independentemente do previsto no número anterior, qualquer pessoa com interesse direto relativamente aos factos participados, pode intervir no procedimento, requerendo e alegando o que tiver por conveniente.

Artigo 15.º

Participações e queixas

1. A queixa é apresentada por pessoa diretamente lesada pela infração disciplinar, seu representante legal (se o queixoso for menor de 16 anos ou incapaz) ou, em caso de morte, pelo cônjuge sobrevivente, não separado judicialmente de pessoas e bens, pelos descendentes ou adotados, pelos ascendentes ou adotantes, pelos irmãos e seus descendentes ou por pessoa que com o lesado vivesse em condições análogas às dos cônjuges, ou ainda por mandatário judicial ou mandatário munido de poderes especiais.
2. A participação é feita por pessoa singular ou coletiva que tiver conhecimento da prática de infração disciplinar, sendo um dever dos membros efetivos da Ordem, de acordo com o disposto no artigo 76.º n.º 1 alínea i) do Estatuto da Ordem.
3. A participação ou queixa deve conter, na medida em que isso for possível, a indicação dos factos que constituem a infração disciplinar, o dia, hora, local e circunstâncias em que for cometida, assim como tudo o que se souber acerca da identificação do enfermeiro arguido e dos lesados, bem como dos meios de prova conhecidos.
4. Os signatários da participação ou queixa devem ser devidamente identificados pelos meios legalmente admissíveis.

Artigo 16.º

Requerimento de instauração de processo disciplinar

1. Os titulares de órgãos da Ordem podem requerer instauração de processo disciplinar independentemente de participação ou queixa.
2. O requerimento de instauração de processo por parte de titular de órgão da Ordem deve ser dirigido ao Presidente do Conselho Jurisdicional Regional, da Secção Regional do domicílio profissional do enfermeiro sobre quem é requerida a instauração do processo.
3. O requerimento deve conter a identificação do requerente e, na medida em que isso for possível, a indicação dos factos que constituem a infração disciplinar, o dia, hora, local e circunstâncias em que for cometida, assim como tudo o que se souber acerca da identificação do enfermeiro arguido e dos lesados, bem como dos meios de prova conhecidos.

Artigo 17.º

Deliberação de instaurar processo disciplinar

1. A deliberação de instaurar processo disciplinar é da competência dos Conselhos Jurisdicionais Regionais cabendo recurso para o Conselho Jurisdicional.
2. O Conselho Jurisdicional Regional indeferirá as queixas ou participações contra enfermeiros inscritos na sua Secção Regional, que considere manifestamente inviáveis, na sequência de diligências preliminares que esclareçam os factos em causa.
3. A deliberação do Conselho Jurisdicional Regional deve ser sempre fundamentada e, quando necessário, precedida de inquérito preliminar e/ou da audição dos interessados.
4. Se contra o arguido penderem vários processos disciplinares, ainda que em secções regionais diferentes, serão todos apensos ao mais antigo, exceto se daí advierem sérios inconvenientes para a instrução ou se sobre o primeiro já tiver sido proferida acusação.

Artigo 18.º

Instrutor do processo

1. Será instrutor do processo preferencialmente um membro do Conselho Jurisdicional Regional que deliberou a sua instauração.
2. Em caso de impedimento, recusa ou escusa dos membros do Conselho Jurisdicional Regional, ou mediante circunstância fundamentada, pode o Conselho Jurisdicional Regional solicitar ao Conselho Jurisdicional a nomeação de instrutor de outro órgão jurisdicional.

Artigo 19.º

Desistência

A desistência de procedimento disciplinar pelo interessado extingue a responsabilidade disciplinar, salvo se o facto imputado afetar a dignidade e o prestígio da Ordem, da Enfermagem ou do enfermeiro arguido, cabendo a este, em último caso, requerer a sua continuação.

SECÇÃO II

Do processo disciplinar

Artigo 20.º

Instrução

1. Entende-se por instrução o conjunto de diligências destinadas à organização do processo, até ser proferido o despacho.
2. A instrução deve iniciar-se no prazo de 10 dias e não pode ultrapassar o prazo de 60 dias, contados da data de nomeação do instrutor.
3. O instrutor, para além de ouvir o arguido, o queixoso ou participante, o titular do interesse direto nos factos participados e as testemunhas por estes indicadas, pode ainda requerer exames, fazer juntar documentos, requisitar processos e, de modo geral, proceder a todas as diligências suscetíveis de contribuir para o apuramento da verdade.
4. O instrutor pode requisitar ao Presidente do Conselho Diretivo da Secção Regional onde decorre a ins-

trução do processo e/ou onde foram praticados os factos em causa, a realização de diligências necessárias à instrução.

5. O participante ou queixoso, o titular de interesse direto nos factos participados e o arguido podem requerer ao instrutor a realização de diligências de prova que considerem necessárias ao apuramento da verdade.
6. Só será dado deferimento aos requerimentos se lhes for reconhecida utilidade e pertinência.
7. Serão apensos ao processo todos os documentos recebidos dos interessados em qualquer fase da instrução.
8. O instrutor deve fazer prevalecer a verdade material, remover os obstáculos ao regular e rápido andamento do processo e recusar o que for inútil ou delatatório, sem prejuízo do direito de defesa e do princípio do contraditório.

Artigo 21.º

Natureza secreta do processo de instrução

1. O processo disciplinar é de natureza secreta até à notificação da acusação, podendo, contudo, ser facultado ao arguido ou interessado, a requerimento destes, o exame do processo, sob condição de não divulgarem o que dele conste e de não haver inconveniente para a instrução:
 - a) O indeferimento do requerimento deve ser devidamente fundamentado e comunicado ao arguido no prazo de cinco dias.
2. A passagem de certidões só poderá ser autorizada pelo Conselho Jurisdicional mediante requerimento que especifique o fim a que se destina:
 - a) Só será permitida a passagem de certidões quando destinadas à defesa de interesses legítimos, podendo o seu uso ser condicionado, sob pena do infrator, quando enfermeiro, incorrer em responsabilidade disciplinar.
3. O arguido e qualquer interessado, se enfermeiro, que não respeitem a natureza secreta do processo, incorrem em responsabilidade disciplinar.

Artigo 22.º

Proposta de despacho

1. O instrutor propõe despacho de arquivamento:
 - a) Quando tenha sido recolhida prova bastante de se não ter verificado infração, de o arguido não ter praticado ou de ser legalmente inadmissível o procedimento;
 - b) Quando não tenha sido possível obter indícios suficientes da verificação da infração ou de quem foram os agentes.
2. A proposta de despacho de acusação é feita quando há prova bastante de ter havido infração disciplinar.

SECÇÃO III

Das provas

Artigo 23.º

Meios de prova

São admissíveis todos os meios de prova previstos nos artigos 128º a 170º do Código do Processo Penal, com as necessárias adaptações e sem prejuízo dos artigos seguintes.

Artigo 24.º

Provas documentais

1. As provas documentais deverão ser apresentadas com a participação ou queixa.
2. Se o arguido, ao ser ouvido, apresentar algum documento para corroborar as suas afirmações, este será juntado ao processo.
3. Serão admitidas provas documentais até às alegações, quando não tenha sido possível obtê-las anteriormente ou quando tenha sido prorrogado o prazo para a sua junção.
4. O instrutor poderá determinar a junção oficiosa de documentos até à decisão final do Conselho Jurisdicional.

Artigo 25.º

Provas periciais

As provas periciais serão requeridas durante a fase de instrução e efetuadas nos termos e com as formalidades estabelecidas no Código do Processo Penal.

Artigo 26.º

Testemunhas e declarantes

1. Não serão admitidas a testemunhar as pessoas consideradas inábeis para depor de acordo com as leis processuais civil e penal.
2. As pessoas inábeis podem ser ouvidas como declarantes, se o instrutor assim o entender.
3. Na fase de instrução do processo o número de testemunhas a inquirir será definido pelo instrutor.
4. As testemunhas e declarantes serão notificadas do dia, hora e local em que devem comparecer.
5. Na audição de testemunhas ou declarantes podem estar presentes outras pessoas, por solicitação do instrutor ou com permissão deste, quando tal se justifique.
6. As testemunhas ou declarantes poderão solicitar a formulação de novas questões que contribuam para o completo esclarecimento do depoimento ou declarações prestados.
7. A redação dos depoimentos e declarações, que será sempre necessária, é da competência dos próprios; se os mesmos não o quiserem, souberem ou puderem realizar, os depoimentos ou declarações serão redigidos pelo instrutor ou pessoal administrativo presente, e depois de lidos serão assinados por quem os produziu.
8. São admitidas acareações entre testemunhas, declarantes, participantes, titulares de interesse direto nos factos participados e arguidos, e entre uns e outros, nos termos do Código do Processo Penal.

SECÇÃO IV

Do arquivamento

Artigo 27.º

Despacho

1. Recebida a proposta o Conselho Jurisdicional deve proferir despacho no prazo de oito dias.
2. O despacho de arquivamento deve especificar a identidade do arguido, do autor da queixa ou participação ou de quem requereu a instauração do processo, bem como os fundamentos que o justificam de acordo com o número 1 do artigo 22.º deste regimento.

3. Decorrendo processo noutra jurisdição, o Conselho Jurisdicional pode decidir pela suspensão do processo até ali ser proferida decisão.

Artigo 28.º

Notificação aos interessados

Do despacho de arquivamento é feita notificação aos interessados pessoalmente ou por carta registada, com aviso de receção, para o seu domicílio, no prazo máximo de oito dias a contar da data do respetivo despacho.

Artigo 29.º

Publicidade

1. O despacho de arquivamento é publicado no órgão informativo da Ordem, a pedido do interessado.
2. Tendo interesse na publicação do despacho de arquivamento do processo em que foi arguido, o enfermeiro deve solicitá-la ao Presidente do Conselho Jurisdicional, por escrito, no prazo de 10 dias a partir da data em que dele obteve conhecimento.

SECÇÃO V

Da acusação

Artigo 30.º

Despacho

1. Recebida a proposta, o Conselho Jurisdicional deve proferir despacho no prazo de oito dias.
2. O despacho de acusação, devidamente fundamentado, deve especificar:
 - a) A identidade do arguido;
 - b) Os factos que lhe são imputados;
 - c) As circunstâncias em que foram praticados;
 - d) Os deveres, normas legais e regulamentares violados;
 - e) As circunstâncias modificativas já apuradas.
3. Decorrendo processo noutra jurisdição, o Conselho Jurisdicional pode decidir pela suspensão do processo até ali ser proferida decisão.

Artigo 31.º

Notificação da acusação

1. A notificação da acusação é feita pessoalmente ou por carta registada, com aviso de receção, no prazo máximo de oito dias a partir da data do referido despacho.
2. A notificação é feita para o domicílio profissional do arguido, ou para a sua residência habitual, se não tiver a inscrição em vigor.
3. No caso de ausência em parte incerta, ou no estrangeiro, a notificação é feita por edital a afixar no domicílio profissional ou na residência habitual.

Artigo 32.º

Nomeação de instrutor/relator

1. Os processos são distribuídos entre os membros do Conselho Jurisdicional de forma equitativa.
2. Quando os processos são remetidos às Secções é observado o mesmo procedimento.

Artigo 33.º

Informação às autoridades judiciárias

Sempre que os factos apurados forem passíveis de constituir ilícito penal será dado conhecimento à autoridade judiciária competente.

SECÇÃO VI

Da defesa

Artigo 34.º

Prazo para defesa

1. O prazo para apresentação de defesa é de 20 dias.
2. Se o arguido for notificado no estrangeiro ou por edital, o prazo para a defesa é estabelecido entre 30 e 60 dias.

Artigo 35.º

Exercício do direito de defesa

1. O arguido pode constituir advogado em qualquer fase do processo, nos termos gerais do direito, o qual assiste, querendo, ao respetivo interrogatório.
2. A defesa deve ser apresentada ao relator do Conselho Jurisdicional, por escrito, e expor clara e concisamente os factos e as razões que a fundamentam.
3. Com a defesa, pode o arguido apresentar o rol das testemunhas, até três por cada facto, juntar documentos e requerer quaisquer diligências.
4. As diligências requeridas podem ser recusadas, em despacho fundamentado pelo instrutor, quando se mostrem manifestamente impertinentes ou desnecessárias para o apuramento da verdade.
5. Recebida a defesa, o instrutor deve reunir os elementos de prova oferecidos e inquirir as testemunhas no prazo de 20 dias, observando, com as adaptações necessárias, o previsto no artigo 20º deste regimento.

SECÇÃO VII

Da decisão final

Artigo 36.º

Relatório

1. Terminada a instrução, o relatório a elaborar pelo instrutor deve ser apresentado ao Conselho Jurisdicional no prazo de 30 dias.
2. Se a complexidade do processo o justificar, pode o Conselho Jurisdicional prorrogar o prazo para apresentação do relatório por mais 20 dias.

3. O relatório deve concluir sobre a prova produzida, e incluir, se assim o entender o relator, o seu parecer.

Artigo 37.º

Decisão

1. Analisado o relatório apresentado, pode o Conselho Jurisdicional concordar ou não com as conclusões, podendo, neste caso, ordenar novas diligências a realizar no prazo que para tal estabeleça ou solicitar parecer ao Conselho de Enfermagem.
2. O despacho que ordene novas diligências ou solicite a emissão de parecer nos termos do número anterior será proferido no prazo de 20 dias contados da data de receção do relatório.
3. A decisão final em procedimento disciplinar é da competência do plenário do Conselho Jurisdicional. Da decisão é lavrado e assinado o respetivo acórdão.
4. As penas previstas nos n.º 3, 4 e 5 do Artigo 62.º do Estatuto só podem ser aplicadas mediante deliberação por unanimidade.

Artigo 38.º

Notificação da decisão

1. As decisões finais são notificadas ao arguido e interessados, nos termos do previsto no artigo 31.º deste regimento.
2. A decisão de aplicar pena de suspensão ou expulsão é também notificada à entidade empregadora do infrator.
3. Os acórdãos do Conselho Jurisdicional serão publicados no órgão informativo da Ordem.

SECÇÃO VIII

Das penas

Artigo 39.º

Conceitos

1. As penas disciplinares referidas no n.º 3 do Artigo 4.º consistem em:
 - a) Advertência escrita – notificação escrita da irregularidade verificada;
 - b) Censura escrita – admoestação crítica do comportamento que constituiu a infração;
 - c) Suspensão do exercício profissional até cinco anos – suspensão da inscrição pelo período que for fixado com inibição do exercício profissional. Pode ser de:
 - i. Até 2 anos;
 - ii. De 2 a 5 anos.
 - d) Expulsão – cancelamento da inscrição com inibição definitiva do exercício profissional.
2. As penas acessórias referidas no n.º 4 do Artigo 4.º consistem em:
 - a) Perda de honorários – devolução dos honorários já recebidos com origem no ato profissional objeto da infração punida ou, no caso de ainda não terem sido pagos, na perda do direito de os receber;
 - b) Publicidade da pena – afixação de aviso nos estabelecimentos de saúde ou publicação em órgãos de comunicação social, de âmbito nacional, regional ou local, da pena aplicada.

Artigo 40.º

Graduação das penas

Na aplicação das penas atender-se-á aos antecedentes profissionais e disciplinares do arguido, ao grau de culpa, às consequências das infrações e a todas as demais circunstâncias modificativas.

Artigo 41.º

Aplicação das penas

1. A pena de advertência escrita é aplicável a infrações leves.
2. A pena de censura escrita é aplicável a infrações graves, a que não deva corresponder sanção superior.
3. A pena de suspensão até dois anos é aplicável a infrações graves, nomeadamente:
 - a) Desobediência a determinações da Ordem que correspondam ao exercício de poderes vinculados atribuídos por lei;
 - b) Violação de quaisquer deveres consagrados em lei ou no Código Deontológico e que visem a proteção da vida, da saúde, do bem-estar ou da dignidade das pessoas, a que não deva corresponder sanção superior.
4. A pena de suspensão de dois a cinco anos é aplicável a infrações muito graves, nomeadamente:
 - a) Encobrimento do exercício ilegal da Enfermagem;
 - b) Incentivo ao exercício ilegal da profissão;
 - c) Quando se verifique incompetência profissional a que não deva corresponder sanção superior.
5. A pena de expulsão é aplicável a infrações muito graves, nomeadamente:
 - a) Quando o ato praticado também constitua crime punível com pena de prisão superior a três anos;
 - b) Quando se verifique incompetência profissional notória com perigo para a saúde dos indivíduos ou da comunidade;
 - c) Quando ocorra encobrimento ou violação de direitos de personalidade dos clientes.
6. A pena acessória de perda de honorários só é aplicável cumulativamente com a pena de suspensão.
7. A publicidade da pena é aplicável:
 - a) Nos estabelecimentos de saúde onde o punido exerça atividade, qualquer que seja o tempo de suspensão e em caso de expulsão;
 - b) Em órgãos de comunicação local ou regional, quando o punido seja suspenso por período de até dois anos;
 - c) Em órgãos de comunicação local ou regional e nacional, quando o punido seja suspenso por período superior a dois anos ou em caso de expulsão.
8. A aplicação da pena referida no número 2 deste artigo a um membro de qualquer órgão da Ordem implica a demissão do cargo.
9. A aplicação das penas referidas nos números 3 a 5 deste artigo a um membro de qualquer órgão da Ordem implica a demissão do cargo e a inibição de candidatura a qualquer órgão até ao fim do cumprimento da pena e no mandato seguinte ao término desta.

SECÇÃO IX
Da execução das penas

Artigo 42.º
Competência

1. Compete ao Presidente do Conselho Diretivo Regional dar execução a todas as decisões proferidas nos processos em que sejam arguidos enfermeiros com domicílio profissional na área da respetiva secção.
2. Compete ao Presidente do Conselho Jurisdicional Regional zelar pelo cumprimento da pena.

Artigo 43.º
Cumprimento da pena

1. O cumprimento da pena deve ter início no dia imediato à data da respetiva notificação.
2. Sendo aplicada pena de suspensão e à data de início do cumprimento da pena estiver suspensa ou cancelada a inscrição do arguido, o cumprimento da pena tem início a partir do dia imediato àquele em que tiver lugar o levantamento da suspensão da inscrição ou da reinscrição e ainda a partir do termo da anterior pena de suspensão.
3. Quando o arguido não cumpra a pena que lhe for aplicada, o Presidente do Conselho Jurisdicional Regional suspende a inscrição do enfermeiro punido até ao seu completo cumprimento.

CAPÍTULO IV DOS IMPEDIMENTOS, RECUSAS E ESCUSAS

Artigo 44.º

Impedimentos

1. Nenhum membro dos Conselhos Jurisdicionais pode intervir na instrução ou decisão em processo disciplinar quando:
 - a) Ele ou seu cônjuge, ou pessoa que com ele viva em circunstância análoga à dos cônjuges, por si ou como representante de outra pessoa, seja participante, requerente, titular de interesse direto nos factos participados ou arguido;
 - b) Seja participante, requerente, titular de interesse direto nos factos participados ou arguido algum parente seu, de seu cônjuge ou de pessoa que com ele viva em circunstância análoga à dos cônjuges, em linha reta ou até ao terceiro grau na linha colateral, bem como seu tutelado ou adotado, por si ou como representantes de outras pessoas.
2. O membro dos Conselhos Jurisdicionais que for indicado com testemunha, deverá declarar nos autos, sob juramento legal, se tem conhecimento de factos que possam influir na decisão do processo, e em caso afirmativo estará impedido de intervir neste.
3. Quem se considerar impedido por alguma das causas referidas, deve declará-lo no processo logo que tenha conhecimento deste.

Artigo 45.º

Processo e decisão sobre impedimentos

1. Os impedimentos podem ser deduzidos pelas partes em qualquer altura do processo, em requerimento dirigido ao Presidente do Conselho Jurisdicional, com junção de provas.
2. Recebido o requerimento, será ouvido o visado, que responderá por escrito no prazo máximo de cinco dias.
3. Admitido o impedimento, o visado é substituído, se tal for necessário; em caso contrário serão produzidas provas e proferida decisão pelo Presidente do Conselho Jurisdicional no prazo de 10 dias.
4. Da decisão do Presidente do Conselho Jurisdicional cabe recurso para o plenário do Conselho.

Artigo 46.º

Recusas e escusas

1. A intervenção de um membro dos Conselhos Jurisdicionais num processo pode ser recusada quando correr o risco de ser considerada suspeita, por existir motivo sério e grave, adequado a gerar desconfiança sobre a sua imparcialidade.
2. Podem ser fundamento de suspeição:
 - a) Ter este sido direta ou indiretamente atingido pela infração;
 - b) Ter este processo pendente em tribunal, no qual intervenha também o arguido ou qualquer das partes interessadas;
 - c) Ser este credor ou devedor do arguido ou dos interessados, ou de qualquer parente, de um ou de outros, em linha reta ou até ao terceiro grau em linha colateral;

- d) Haver inimizade grave ou grande intimidade com o arguido, o participante ou ofendido.
3. A recusa pode ser requerida por titular de qualquer órgão da Ordem, pelo arguido ou quem tiver interesse no processo.
 4. A escusa pode ser solicitada pelo próprio.
 5. Os atos praticados pelos membros recusados ou escusados, até ao momento em que a recusa é requerida ou escusa solicitada, só serão anulados quando se verificar que deles resulta grave prejuízo para a justiça da decisão final.
 6. Os atos praticados pelos membros recusados ou escusados, após o momento em que a recusa é requerida ou escusa solicitada, só serão válidos quando não puderem ser repetidos e deles não resultar grave prejuízo para a justiça da decisão final.

Artigo 4.7º

Processo e decisão sobre recusas e escusas

1. A recusa deve ser requerida e a escusa solicitada ao Presidente do Conselho Jurisdicional, indicando-se com precisão os factos que as justificam e anexando os elementos comprovativos.
2. O Presidente do Conselho Jurisdicional pode recusar o requerimento ou pedido, se o considerar manifestamente infundado ou solicitar ao Conselho Diretivo as diligências que considerar necessárias à decisão.
3. O visado será notificado em 48 horas e deverá pronunciar-se por escrito no prazo máximo de cinco dias.
4. O Presidente do Conselho Jurisdicional pronuncia-se no prazo de 15 dias a contar da receção do requerimento ou pedido.
5. Da decisão do Presidente do Conselho Jurisdicional cabe recurso para o plenário do Conselho.

CAPÍTULO V DOS RECURSOS

Artigo 48.º

Legitimidade

Têm legitimidade para recorrer quaisquer das partes intervenientes que se considerem lesadas com as decisões que forem proferidas.

Artigo 49.º

Competência

1. Das decisões do Conselho Jurisdicional Regional cabe recurso para o Conselho Jurisdicional.
2. Das decisões das Secções cabe recurso para o plenário do Conselho Jurisdicional.
3. Da decisão do Presidente de Conselho Jurisdicional cabe recurso para o plenário do Conselho Jurisdicional.
4. Da decisão do Conselho Jurisdicional cabe recurso para o Tribunal Administrativo nos termos da lei.

Artigo 50.º

Prazos

1. A interposição de recurso das decisões previstas nos n.ºs 1 a 3 do artigo anterior deverá ser apresentada nos 10 dias seguintes à data que delas for tido conhecimento.
2. O prazo anterior conta-se a partir da data da receção da notificação.
3. Com o recurso devem ser referidos os factos ou provas que fundamentam as alegações.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 51.º

Aplicação no tempo

Só estão abrangidas por este regimento as infrações disciplinares praticadas após a entrada em vigor do Estatuto da Ordem.

Artigo 52.º

Omissões

As situações omissas serão resolvidas pelo Conselho Jurisdicional, considerando o previsto no Estatuto da Ordem, no Estatuto Disciplinar dos Funcionários Públicos e no Código de Processo Penal.

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO AO DIREITO À OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

PREÂMBULO

A liberdade de pensamento, consciência e religião subjaz ao direito à objeção de consciência. Não pode ser objeto de outras restrições senão as que, previstas na lei, constituam disposições necessárias à segurança, à proteção da ordem, da saúde e moral públicas ou à proteção dos direitos e liberdades de outros.

Assim, o enfermeiro tem o direito de recusar a prática de ato da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária ou contradiga o disposto no Código Deontológico. Sendo necessário reconhecer e acautelar o direito de legítima e positiva atitude da objeção de consciência, pressupõe-se que o profissional tem conhecimento concreto da situação e capacidade de decisão pessoal, sem coação física, psicológica ou social.

O direito à objeção de consciência é reconhecido pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros como um direito dos membros efetivos, assumindo estes, no exercício deste direito, o dever, entre outros, de proceder segundo os regulamentos internos que regem o seu comportamento de modo a não prejudicar os direitos das outras pessoas.

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1.º

Direito à objeção de consciência

O direito à objeção de consciência está consagrado no Código Deontológico como direito dos membros efetivos da Ordem dos Enfermeiros.

Artigo 2.º

Conceito de objeter de consciência

Considera-se objeter de consciência o enfermeiro que, por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que lhe não é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Deontológico.

Artigo 3.º

Princípio da igualdade

1. O objetor de consciência goza de todos os direitos e está sujeito a todos os deveres consignados no Estatuto para os enfermeiros em geral, que não sejam incompatíveis com a situação de objetor de consciência.
2. O enfermeiro não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objeção de consciência.

CAPÍTULO II

EXERCÍCIO DE OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Artigo 4.º

Âmbito do exercício de objeção de consciência

O direito à objeção de consciência é exercido face a uma ordem ou prescrição particular, cuja ação de Enfermagem a desenvolver esteja em oposição com as convicções religiosas, morais ou éticas do enfermeiro e perante a qual é manifestada a recusa para a sua concretização fundamentada em razões de consciência.

Artigo 5.º

Informação no contexto do local de trabalho

1. O enfermeiro deve anunciar por escrito, ao superior hierárquico imediato ou a quem faça as suas vezes, a sua decisão de recusa da prática de ato da sua profissão, explicitando as razões porque tal prática entra em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária ou contradiz o disposto no Código Deontológico (exemplo em Anexo I a este regulamento).
2. O anúncio da decisão de recusa deve ser feito atempadamente, de forma a que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar e seja possível recorrer a outro profissional, se for caso disso.

Artigo 6.º

Informação à Ordem

1. O enfermeiro deve comunicar também a sua decisão, por carta, ao Presidente do Conselho Jurisdicional Regional da Secção da Ordem onde está inscrito, no prazo de 48 horas após a apresentação da recusa.
2. A informação à Ordem deverá conter a identificação, número de cédula profissional, local e circunstâncias do exercício do direito à objeção de consciência (exemplo em Anexo II a este regulamento).
3. Esta informação não dispensa o cumprimento dos trâmites de carácter hierárquico, instituídos na organização em que o enfermeiro desempenha funções.

Artigo 7.º

Deveres do objeter de consciência

Para além do estipulado no presente regulamento, o objeter de consciência deve respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas dos clientes e dos outros membros da equipa de saúde.

Artigo 8.º

Cessação de situação de objeter de consciência

A situação de objeter de consciência cessa em consequência da vontade expressa do próprio.

Artigo 9.º

Ilegitimidade da objeção de consciência

1. É ilegítima a objeção de consciência quando se comprove o exercício anterior ou contemporâneo pelo enfermeiro, de ação idêntica ou semelhante àquela que pretende recusar, quando não se tenham alterado

os motivos que a fundamentam, previstos no artigo 2.º deste regulamento.

2. Para além da responsabilidade inerente, o exercício ilegítimo da objeção de consciência constitui infração dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão.

Anexo I

DECLARAÇÃO DE OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Eu, (1) _____, abaixo assinado, enfermeiro do (2) _____, venho, por razões de ordem (3) _____, apresentar a recusa de executar as ações de Enfermagem para o cumprimento de (4) _____, com base no meu direito à Objeção de Consciência, reconhecido pelo art. 75.º, n.º 2, al. e) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

(5) _____, ___/___/___

O Objeto de Consciência

(assinatura)

- (1) Nome e número de Bilhete de Identidade e/ou número mecanográfico;
- (2) Serviço e instituição;
- (3) Especificar as razões de ordem ética, moral ou deontológica, religiosa, humanitária ou outras;
- (4) Indicar a ordem, prescrição ou intervenção que se recusa a realizar;
- (5) Localidade.

Anexo II

COMUNICAÇÃO DO EXERCÍCIO DE OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Eu, (1) _____, com Cédula Profissional n.º (2) _____, informo que em ___/___/___, apresentei recusa de executar as ações de Enfermagem para o cumprimento de (3) _____ por razões de ordem (4) _____ no serviço (5) _____ com base no meu direito à Objeção de Consciência.

(6) _____, ___/___/___

O Enfermeiro/Enfermeiro Especialista

(assinatura)

- (1) Nome e número de Bilhete de Identidade;
- (2) Número de cédula profissional;
- (3) Indicar a ordem, prescrição ou intervenção que se recusou a realizar;
- (4) Especificar as razões de ordem ética, moral ou deontológica, religiosa, humanitária ou outras;
- (5) Serviço e instituição;
- (6) Localidade.

REGULAMENTO DE ATRIBUIÇÃO DE MEMBRO HONORÁRIO

Preâmbulo

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros prevê, no Artigo 8.º, a existência de membros efetivos, honorários e correspondentes. Apenas o título de profissional como membro efetivo, de que faz prova a cédula profissional, constitui pressuposto da existência das condições requeridas para o exercício da atividade profissional. No entanto, importa reconhecer o contributo de todos aqueles, pessoas singulares ou coletivas, que tenham contribuído ou contribuam para a dignificação e prestígio da profissão de enfermeiro.

A par do exercício da competência disciplinar, na perspetiva da adequação do comportamento profissional às normas profissionais estabelecidas e aos deveres deontológicos assumidos, mediante a qual se visa recompensar o mérito profissional e aqueles que transcendem o comportamento esperado, numa relação estreita com esse procedimento, assente numa matriz de atuação em obediência aos ditames do princípio da justiça, com imparcialidade e objetividade, a atribuição do título de membro honorário deve, para além das razões relevantes para a decisão de reconhecimento de mérito, ser fundada no relevante interesse público das atividades desenvolvidas pelo distinguido para a dignificação e prestígio da profissão.

Por efeito da identificação da necessidade de revisão dos critérios de atribuição da qualidade de membro honorário pelo Conselho Jurisdicional, em conformidade com os procedimentos de reconhecimento do mérito em sede disciplinar, entende o Conselho Jurisdicional propor ao Conselho Diretivo a submissão da presente alteração ao Regulamento à aprovação pela Assembleia Geral nos termos dos artigos 25.º, n.º 5, alínea b), 20.º, n.º 1, alínea o) e 12.º, alínea i) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, com a redação dada pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento define os princípios e regras gerais respeitantes à atribuição de título de membro honorário, prevista no Artigo 8.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Artigo 2.º

Âmbito

O presente Regulamento aplica-se a todos os enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros e bem assim a todas as pessoas individuais ou coletivas, de direito público ou privado, nacionais ou estrangeiros, cuja atividade se coadune com os fins e objetivos prosseguidos por esta Ordem profissional.

Artigo 3.º

Membro honorário

Para os efeitos do presente regulamento, entende-se por membro honorário a pessoa individual ou coletiva que desenvolvendo ou tendo desenvolvido atividades de reconhecido mérito e interesse público, tenha contribuído para a dignificação e prestígio da profissão de enfermeiro e seja considerada merecedora de tal distinção.

Artigo 4.º

Competência

A atribuição dos títulos de membro honorário é da competência exclusiva do Conselho Jurisdicional e deve ser tomada por deliberação em sessão plenária.

Artigo 5.º

Proposta de atribuição de títulos

1. O processo de atribuição de títulos de membros honorários é precedido de proposta apresentada:
 - a) Pelo presidente de qualquer órgão da Ordem, na sequência da deliberação unânime deste;
 - b) Por subscrição de 25 membros efetivos.
2. Quando a proposta for apresentada nos termos da alínea b) do número anterior, é responsável da proposta o primeiro subscritor.
3. A proposta de atribuição de título de membro honorário deve especificar os atos praticados e fornecer as provas adequadas.
4. A proposta de atribuição do título de membro honorário a enfermeiros que tenham deixado o exercício da Enfermagem após a haverem exercido durante pelo menos 25 anos com assinalável mérito, deve ser feita sob proposta do Conselho Diretivo.

Artigo 6.º

Instrução e decisão

1. Apreciada a proposta, o Conselho Jurisdicional poderá ordenar diligências com o objetivo do completo esclarecimento dos factos mencionados.
2. A decisão de atribuição do título de membro honorário depende da verificação do desenvolvimento de atividades de reconhecido mérito e do interesse público das mesmas para a dignificação e prestígio da profissão de enfermeiro.

Artigo 7.º

Notificação

1. Da decisão final dos órgãos da Ordem dos Enfermeiros é notificado o visado e os proponentes, pelo Bastonário.
2. A notificação é feita pessoalmente ou por carta registada para o domicílio profissional, residência habitual ou sede do distinguido.
3. Quando a proposta é apresentada nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 5º, é notificado o primeiro subscritor da proposta apresentada, nos termos do número anterior.

Artigo 8.º

Cédula

1. O membro honorário é titular de cédula específica.
2. A titularidade da cédula referida no número anterior não habilita ao uso do título profissional de enfermeiro e ao exercício da profissão de Enfermagem.

Artigo 9.º

Direitos e deveres dos membros honorários

1. Os membros honorários estão obrigados a:
 - a) Cumprir as disposições do Estatuto e dos regulamentos estabelecidos pela Ordem;
 - b) Participar na prossecução das finalidades da Ordem;
 - c) Contribuir para a dignificação da Ordem e da profissão;
 - d) Prestar a comissões e grupos de trabalho a colaboração que lhes for solicitada.
2. Constituem direitos dos membros honorários:
 - a) Participar nas atividades da Ordem;
 - b) Intervir, sem direito a voto, na Assembleia Geral e na Assembleia Regional da Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros que abranja o distrito onde tenham residência habitual, domicílio profissional ou sede.
3. Os membros honorários estão isentos do pagamento de quotas.

Artigo 10.º

Informação

Deve ser enviada aos membros honorários:

- a) A revista da Ordem dos Enfermeiros;
- b) As convocatórias para as reuniões da Assembleia Geral e da Assembleia Regional respetiva;
- c) A informação relativa a ações de formação.

Artigo 11.º

Publicidade

1. A atribuição formal do título de membros honorários será feita pelo Bastonário da Ordem dos Enfermeiros em sessão solene.
2. Cabe à Ordem dos Enfermeiros, através do Conselho Diretivo, dar a necessária publicidade ao evento.

Artigo 12.º

Outras aquisições de títulos honoríficos

O enfermeiro que tenha exercido cargos nos órgãos da Ordem dos Enfermeiros conserva honorariamente a designação correspondente ao cargo mais elevado que haja ocupado.

Artigo 13.º

Cessação do título

O título de membro honorário é cancelado nos termos do Artigo 9.º, n.º 2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros:

- a) Aos membros que o requeiram;
- b) Aos membros que deixem de ser considerados merecedores de tal distinção, aplicando-se nestes casos, com as devidas adaptações, o disposto nos artigos 5.º e 6.º deste Regulamento.

Artigo 14.º

Casos omissos

As situações omissas serão resolvidas pelo Conselho Jurisdicional, considerando o previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e demais legislação aplicável.

REGULAMENTO DO ACONSELHAMENTO NO ÂMBITO DO DEVER DE SIGILO

PREÂMBULO

O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde.

O enfermeiro, de acordo com o Código Deontológico, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, encontra-se obrigado ao dever de segredo profissional, em consequência da relação terapêutica próxima que estabelece com as pessoas de quem cuida, sedimentada na confiança.

Nos termos do artigo 85.º do Código Deontológico, o enfermeiro obriga-se a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, independentemente da fonte de informação, devendo partilhar apenas a informação pertinente e só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico.

O Código Deontológico prevê, porém, que o segredo profissional a que o enfermeiro se encontra vinculado possa ser quebrado, exigindo-lhe que assuma o dever de «Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico» [alínea c) do artigo 85.º].

Não obstante o Código Deontológico prever a possibilidade de quebra do segredo profissional, limitada aos casos previstos na lei, o enfermeiro deve obter o devido aconselhamento jurídico e deontológico da Ordem dos Enfermeiros sempre que seja suscitada a questão da divulgação de informação confidencial, cujo conhecimento tenha advindo do exercício profissional ou por causa dele, em situações em que esteja em causa a compressão dos direitos de personalidade do titular das informações em face da proteção e garantia de outros direitos e interesses ou de bens jurídicos tutelados pelo ordenamento jurídico.

Assim:

Nos termos do Artigo 85.º, alínea c) e do Artigo 12.º, alínea i) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, por proposta do Conselho Diretivo, ouvidos os Conselhos Diretivos Regionais e parecer do Conselho Jurisdicional conforme alínea o) do n.º 1 do artigo 20.º, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1.º

Objeto

O presente Regulamento estabelece os princípios e as regras para obtenção pelo enfermeiro do aconselhamento ético e deontológico para efeitos de divulgação de informação sujeita a segredo profissional, previsto na alínea c) do artigo 85.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Artigo 2.º

Âmbito

O presente Regulamento é aplicável a todos os enfermeiros que exerçam ou que tenham exercido a profissão no território da República Portuguesa, independentemente da relação contratual estabelecida com a entidade empregadora ou com a pessoa, da prestação efetiva de cuidados à pessoa e da natureza gratuita ou onerosa da prestação.

CAPÍTULO II

SIGILO PROFISSIONAL

Artigo 3.º

Dever de sigilo

O enfermeiro encontra-se obrigado a guardar segredo profissional sobre toda a informação de que tenha tido conhecimento no exercício da profissão, em respeito pelo disposto no Código Deontológico, no presente Regulamento e nas demais disposições legais aplicáveis.

Artigo 4.º

Âmbito do dever de sigilo

1. O dever de sigilo abrange toda a informação sobre a pessoa ou seus familiares de que o enfermeiro tenha tomado conhecimento no exercício da sua profissão ou por causa dele, independentemente da fonte, e compreende, designadamente, o seguinte:
 - a) As informações reveladas diretamente pela pessoa, por outrem a seu pedido ou por terceiro com quem tenha contactado durante a prestação de cuidados ou por causa dela;
 - b) As informações recolhidas pelo enfermeiro, por efeito da observação da pessoa ou de terceiro durante a prestação de cuidados;
 - c) As informações constantes dos suportes de informação relativos à pessoa a que tenha acesso no exercício da sua profissão;
 - d) As informações comunicadas por outro enfermeiro ou profissional de saúde, obrigado, quanto aos mesmos, a segredo;
 - e) As informações produzidas, no âmbito da prestação de cuidados.
2. O dever de guardar segredo por parte do enfermeiro vigora durante todo o tempo, não se extinguindo com a cessação do exercício profissional ou com a morte da pessoa.

Artigo 5.º

Quebra do segredo

1. O enfermeiro deve partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos.
2. A divulgação de informação aos familiares ou pessoas significativas, fica sujeita aos critérios enunciados no número anterior.
3. A divulgação de informação sujeita a segredo, fora dos casos previstos nos números anteriores, está limitada aos casos previstos na lei com a prévia obtenção de aconselhamento ético e deontológico pelo enfermeiro junto da Ordem dos Enfermeiros, nos termos do presente Regulamento.
4. O enfermeiro, após obter o aconselhamento ético e deontológico, é livre de decidir divulgar a informação e assume, em exclusivo, a responsabilidade pela sua decisão.
5. Nas situações em que o enfermeiro exerce a sua atividade profissional em entidades que mantenham protocolos para partilha de informação de saúde das pessoas com outras entidades, haverá dispensa de aconselhamento, desde que os protocolos ou normas existentes tenham obtido prévio

parecer positivo do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros e disponham claramente sobre a dispensa.

Artigo 6.º

Denúncia a entidades policiais ou autoridades judiciárias de factos sujeitos a segredo

A denúncia de factos sujeitos a segredo suscetíveis de consubstanciar a prática de crime, não dispensa o enfermeiro do dever de aconselhamento deontológico nos termos deste Regulamento.

Artigo 7.º

Intervenção em juízo

1. O enfermeiro que seja notificado ou que se apresente a quaisquer agente ou órgão policial ou a autoridade judiciária (juiz, juiz de instrução e Ministério Público, nos termos da alínea b) do n.º 1 do Código de Processo Penal) deve escusar-se da divulgação de informação abrangida por segredo profissional, sempre que não tenha obtido previamente aconselhamento deontológico pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, invocando para esse efeito o artigo 85.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redação dada pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.
2. A legitimidade da escusa é apreciada nos termos da lei processual penal ou outra aplicável e decidida após prévia audição do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.
3. A audição da Ordem dos Enfermeiros nos termos da lei sobre a legitimidade da escusa de divulgação, não dispensa o enfermeiro do dever de obtenção do aconselhamento, nos termos do presente Regulamento.

Artigo 8.º

Cobrança de honorários

1. O enfermeiro encontra-se vinculado ao dever de sigilo na cobrança extrajudicial ou judicial de honorários ou de importâncias a que tenha direito pela prestação de serviços.
2. Nas ações judiciais para cobrança de honorários e de outras importâncias o enfermeiro apenas pode divulgar o que for estritamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos seus legítimos interesses, e após prévio aconselhamento ético e deontológico nos termos do presente Regulamento.

CAPÍTULO III

ACONSELHAMENTO DEONTOLÓGICO

Artigo 9.º

Princípios

1. O aconselhamento ético e deontológico para a divulgação de informação sujeita a segredo, prevista na lei, rege-se pelos princípios da resposta em tempo útil, da análise casuística e da não vinculação.
2. A informação conhecida no âmbito de pedidos de aconselhamento encontra-se sujeita a segredo, vinculando todos os enfermeiros que tomem conhecimento dessa informação.

Artigo 10.º

Competência

1. O Conselho Jurisdicional é responsável por prestar o aconselhamento deontológico para a divulgação de informação sujeita a segredo.
2. Em situações cujo aconselhamento não tenha efeito útil na data da sessão plenária, compete ao Presidente do Conselho Jurisdicional prestar o aconselhamento ético e deontológico, ou designar um outro conselheiro do Conselho Jurisdicional, para o fazer por si.
3. O Presidente do Conselho Jurisdicional, ou quem o substituir nessa função, informará o Plenário do Conselho Jurisdicional de todos os atos de aconselhamento ético e deontológico praticados no sentido da divulgação de informação sujeita a segredo profissional, na reunião ordinária desse órgão imediatamente seguinte à prática desses aconselhamentos.

Artigo 11.º

Pedido de aconselhamento

1. O enfermeiro deve solicitar o aconselhamento ético e deontológico sempre que confrontado com uma situação de quebra do segredo e, obrigatoriamente, antes da decisão de divulgação.
2. O pedido de aconselhamento deve ser requerido ao Presidente do Conselho Jurisdicional, preferencialmente por escrito, com menção obrigatória dos seguintes elementos:
 - a) Nome e número de cédula profissional do enfermeiro requerente;
 - b) Descrição sucinta dos factos cuja divulgação foi solicitada ou se pretende divulgar, sem identificação dos dados relativos às pessoas e aos lugares onde a situação ocorreu;
 - c) Fim e destinatário da divulgação;
 - d) Forma de contacto.

Artigo 12.º

Resposta ao pedido

1. A resposta ao pedido de aconselhamento deve ser fundamentada e prestada por escrito, após deliberação do Conselho Jurisdicional na sessão plenária imediata ao pedido.
2. Nas situações previstas no n.º 2 do artigo 10.º do presente Regulamento, o Presidente do Conselho Jurisdicional prestará o aconselhamento deontológico pela via que se revelar mais eficaz.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES ESPECIAIS

Artigo 13.º

Notificações judiciais

A resposta às notificações judiciais da Ordem dos Enfermeiros para intervir em incidentes processuais relacionados com a quebra do sigilo é da competência do Conselho Jurisdicional ou, em situações cuja resposta não tenha efeito útil na data da sessão plenária, do Presidente do Conselho Jurisdicional.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 14.º

Aplicação no tempo

1. O presente Regulamento é aplicável aos pedidos apresentados após a sua entrada em vigor.
2. O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua aprovação pela Assembleia Geral.

15.º

Omissões

As situações omissas serão resolvidas pelo Conselho Jurisdicional, considerando o previsto no Estatuto da Ordem e demais legislação aplicável na matéria do sigilo profissional.

PARTE III

Pareceres do
Conselho
Jurisdicional

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Deveres para com a profissão

Subcategoria: Competências dos enfermeiros

Parecer n.º 46/2008

Preparação para o parto por enfermeiro não especialista

1 - As questões colocadas

A enfermeira acima referida informa que é responsável de Enfermagem pela UCS de X onde se desenvolve um projeto desde há quatro anos no qual «são ministrados regularmente cursos de preparação para o parto, num trabalho de interdisciplinaridade, que engloba enfermeira, fisioterapeuta e nutricionista e conta com a colaboração de psicóloga e higienista oral».

Neste contexto e comentando o parecer CJ 123/2007, solicita os seguintes esclarecimentos:

«No que respeita aos adequados conhecimentos técnicos e científicos, pergunto se nesta fase do desenvolvimento de Enfermagem, só os detentores do título ou categoria de especialista em saúde materna e obstétrica estão habilitados a educar para a saúde e a promover as competências parentais?».

«Os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, não estão habilitados a «aconselhar» os pais em matéria de higiene e alimentação dos seus filhos? E os enfermeiros generalistas, que o fazem diariamente, em inúmeros centros de saúde onde não existem enfermeiros especialistas que os possam tutelar, estão a extrapolar as suas competências?».

«Estou a cometer uma ilegalidade, a desrespeitar os Estatutos da minha profissão, e a permitir que um elemento da equipa, pela qual respondo, esteja em infração?».

«Será que não é meu dever dar continuidade a uma participação da Enfermagem num projeto que visa a promoção de processos de readaptação nesta fase do ciclo vital e que tem sido parte importante da visibilidade do papel do enfermeiro junto da população, sendo que é consensual que esta intervenção tem repercussões positivas no bem-estar das famílias e que favorece o estabelecimento da relação/vinculação precoce da díade pais/bebé?».

2 - Fundamentação

Atualmente, em Portugal podemos observar uma diversidade de cursos direcionados para os casais grá-

vidos ministrados por diferentes profissionais da área da saúde e de outras, em colaboração, ou não, com enfermeiros. A diversidade estende-se ainda à terminologia que identifica os referidos cursos, sendo alguns dos exemplos mais frequentes a preparação para o parto, para a maternidade, para a parentalidade, ginástica pré-parto, ginástica para grávidas, entre outros. Poderá depreender-se, portanto, que os conteúdos ministrados, as práticas, as educações, os treinos, as avaliações desses conteúdos corresponderão a idêntica diversidade.

Em apelo pelo direito dos clientes a cuidados seguros e de excelência, importa assim destringir entre o que é disponibilizado à comunidade enquanto cuidado de Enfermagem e outras atividades de diferentes profissionais. Percebe-se pelo contexto acima referido, que podem surgir situações em que os limites entre os conteúdos profissionais não se apresentem claramente definidos, e conseqüentemente possam colocar em causa a transparência que deve nortear a profissão de enfermeiro. Esta problemática de conteúdos profissionais semelhantes, ou com limites pouco claros e que pode levantar suspeita de usurpação de funções (com as devidas imputações legais que a legislação portuguesa contempla) é apenas aparente, uma vez que o profissional que detém em Portugal competência para a intervenção no âmbito da saúde materna e obstétrica é o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tal como referido no parecer do Conselho Jurisdicional (CJ) 123/2007: «Segundo a Directiva 80/155/CEE, de 21 de janeiro de 1980, do Conselho das Comunidades, transposta para o ordenamento jurídico interno pelos Decretos-Lei n.ºs 322/87, de 28 de agosto e 333/87, de 1 de outubro, que regulamenta o acesso e a actividade profissional de parteira (enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica), são estas que estão habilitadas para o exercício da actividade de estabelecer um programa de preparação dos futuros pais tendo em vista a sua nova função, assegurar a preparação completa para o parto e aconselhá-los em matéria de higiene e de alimentação» (n.º 4, Artigo 4.º, da Directiva supracitada).

Reforce-se ainda, e segundo o parecer CJ 123/2007, que «Sendo esta uma área de actividade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, só aos detentores do título de enfermeiro especialista é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados, na área clínica da sua especialidade» (n.º 2, Artigo 7.º, do EOE).

O enfermeiro que intervém na Saúde Comunitária tem um contexto de atuação que se cruza com diferentes áreas de saúde especializadas, nomeadamente a Saúde Materna e Obstétrica. Deste facto, cabe salientar que é dever do enfermeiro, ao abrigo da alínea a) do artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), exercer a profissão com os conhecimentos técnicos e científicos adequados, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços da comunidade.

Conforme se interpreta do artigo 80.º do EOE, é clara a responsabilidade do enfermeiro para com a comunidade em que está inserido, conhecendo as suas necessidades para assim proporcionar intervenções de promoção da saúde e respostas adequadas às necessidades de saúde. Neste sentido, obriga-se a colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

Resta acrescentar que o enfermeiro, enquanto profissional autónomo, é sempre responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica e delega [alínea b) do artigo 79.º do EOE].

3 - Conclusões

Face ao solicitado e com base nestes pressupostos entende-se que:

3.1. Só aos detentores do título de enfermeiro especialista «é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados, na área clínica da sua especialidade» (n.º 2, Artigo 7.º, do EOE).

3.2. Nos termos do Parecer nº 123/2007 do Conselho Jurisdicional, com base no Parecer da CESMO de 02.03.07, os cursos de preparação para o parto são da competência de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

3.3. Os restantes cuidados de Enfermagem dirigidos à família devem ser prestados conforme as competências de cada profissional, tendo em conta as necessidades específicas das pessoas.

Foi relatora Ângela Trindade.

Discutido e votado por unanimidade em reunião plenária de 6 de outubro de 2008.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Deveres para com outras profissões

Subcategoria: Agir em complementaridade

Parecer n.º 111/2009 **Informação em complementaridade**

1 - A questão colocada

«A nossa unidade vai dar início à realização dos testes rápidos VIH/Sida. (...) A questão que se colocou foi o facto de ser o enfermeiro a dar resposta ao utente quando é este a realizar o teste. (...) A informação que damos ao indivíduo é que o teste é reativo, depois é referenciado segundo o protocolo, para confirmação pelo método Western Blot no Hospital. (...) Esta resposta faz ou não parte da informação que podemos dar ao indivíduo que realizou o teste? (...)».

2 - Fundamentação

A lei define o conceito de informação em saúde como «incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei» nos termos do n.º 1 do Artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.

Enfermeiro é o «profissional habilitado com um curso de Enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, à família, aos grupos e à comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária», nos termos do n.º 2 do Artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro.

Cuidados de Enfermagem, «são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais», refere o n.º 4 do Artigo 4.º do REPE.

De acordo com o Artigo 9.º do REPE, as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

Consideram-se «interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas». Reforce-se que, nos termos da alínea b) do Artigo 79.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, o enfermeiro assume o dever de responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, mesmo os que decorrem de prescrições de outros profissionais.

O n.º 3 do Artigo 8.º do REPE dispõe também que «os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional».

No exercício das suas funções e nos termos do n.º 1 do Artigo 8.º do REPE, «os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos».

Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume também o dever de «actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma», como estabelece a alínea a) do Artigo 91.º do EOE. Ainda, segundo a alínea b) do citado artigo, o enfermeiro tem o dever de «trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde». Entende-se complementaridade por um conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da competência de cada grupo profissional e dirigidas a um objetivo comum, ou seja, a resolução dos problemas de saúde dos clientes.

Colocado perante a necessidade de tomar uma decisão, o enfermeiro deve agir de acordo com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, no respeito pelo seu Código Deontológico e na concretização dos princípios que consagram os direitos dos clientes. Assume, também, conforme refere expressamente a alínea a) do Artigo 83.º do Código Deontológico, parte integrante do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o dever de «co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento» e, conforme dispõe a alínea b) do mesmo artigo, deve também «orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência».

Conscientes de que a ação dos enfermeiros se repercute sobre toda a profissão, o enfermeiro deve «manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão», como refere a alínea a) do Artigo 90.º do EOE. Neste sentido, conforme referido pelas alíneas a) e c) do Artigo 84.º do Código Deontológico, o enfermeiro assume o dever de «informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de Enfermagem» e «atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem».

Constitui direito dos enfermeiros, nos termos do n.º 1 do Artigo 75.º do EOE, «exercer livremente a pro-

fissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem».

É dever dos enfermeiros, nos termos da alínea a) do n.º 1 do Artigo 76.º do EOE, «exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem».

3 - Conclusão

Tendo em atenção o exposto, o Conselho Jurisdicional considera que:

3.1. A informação em saúde é propriedade da pessoa.

3.2. O enfermeiro tem o dever de informar a pessoa no que respeita aos cuidados de Enfermagem, atendendo com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem.

3.3. A articulação e a complementaridade funcional dos profissionais são condições imprescindíveis no trabalho da equipa de saúde.

3.4. Neste sentido, é nosso entendimento que nada impede que o enfermeiro informe acerca de informação da esfera de competência de outro profissional de saúde, ou vice-versa, desde que previamente consentido e em complementaridade entre os profissionais envolvidos, preferencialmente estabelecido em protocolo ou de outro modo.

Foi relatora Ana Berta Cerdeira.

Apresentado à votação e aprovado por unanimidade na reunião plenária de 2 de junho de 2009.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Parecer n.º 118/2009

Responsabilidade pela administração de fármacos não prescritos em contexto de reanimação

1 - A questão colocada

«A equipa de Enfermagem do serviço onde exerço funções encontra-se a realizar uma formação em serviço sobre reanimação cardiorespiratória.

O grupo ao qual pertença encontra-se a realizar uma pesquisa bibliográfica sobre «considerações profissionais e éticas na reanimação cardiorespiratória».

Deste modo, pretendíamos um parecer pela vossa instituição sobre o tema, bem como a bibliografia que nos aconselham.

Gostaríamos de saber também se legalmente, embora o enfermeiro possa ser o líder da equipa de reanimação por ser o mais experiente ou com mais formação, poderá administrar terapêutica de urgência sem a prescrição clínica, ou usar o desfibrilhador quando observa um traçado cardíaco que necessita dessa atuação.

E que implicações legais surgem dessa atuação, ou dessa não atuação, já que adquiriu competências para saber agir».

2 - Fundamentação

2.1. Em contexto hospitalar existem áreas de intervenção atribuídas a determinados grupos profissionais e que se fundamentam no conteúdo funcional inerente a cada uma. Mas, para que a abordagem a cada cliente possa ser devidamente direcionada às suas reais necessidades e, desejavelmente, cada vez mais eficaz, esse exercício profissional deverá complementar-se através de um trabalho de equipa. Assim, no seu exercício profissional, o enfermeiro deverá ter uma «actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de igual nível de dignidade e autonomia de exercício profissional», nos termos do n.º 3 do Artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Este princípio encontra-se, ainda, claramente enunciado na alínea b) do Artigo 91.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, que prescreve que o enfermeiro deve «trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde». Igualmente, relativamente aos outros profissionais, a alínea a) deste artigo normaliza que o enfermeiro assume o dever de «actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma».

2.2. No entender do Conselho Jurisdicional, a questão colocada insere-se na área das intervenções interdependentes. No n.º 1 do Artigo 9.º do REPE, estatui-se que as intervenções de Enfermagem são consideradas como autónomas e interdependentes. No mesmo Artigo 9.º, mas no n.º 3, é clarificado que «consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de

acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas».

2.3. O ato de reanimar é uma intervenção extrema, tendente a que num determinado momento de falência orgânica se consiga, adequada e rapidamente, revertê-la, para assim podermos preservar a vida. Conforme a alínea a) do Artigo 82.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), o enfermeiro deve «atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias». Neste contexto, e sendo uma intervenção que se deseja imediata, deverá ser efetuada por quem estiver melhor colocado para a realizar. Desejavelmente, e em contexto hospitalar, o ato de reanimar deve ser efetuado por uma equipa multidisciplinar onde cada profissional saiba antecipadamente onde se insere, o que irá desempenhar e quais as responsabilidades decorrentes, com base nas suas competências, que lhes possibilitem a segurança e rapidez fundamentais à prossecução da reanimação.

2.4. Embora a administração de fármacos seja uma intervenção interdependente cuja prescrição compete a outrem, a tomada de decisão relativamente à administração de qualquer fármaco implica que o enfermeiro decida com base em conhecimentos científicos, de maneira a permitir-lhe, fundamentadamente, analisar e validar a prescrição do mesmo, bem como administrá-lo segundo regras e princípios gerais de boas práticas. É com base neste princípio e com esta fundamentação que o enfermeiro deve atuar no ato de reanimar.

2.5. Todavia, se a situação de emergência o determinar, o enfermeiro assume o dever de agir, segundo as suas competências, no sentido de garantir a vida das pessoas suas clientes. Deste «agir» em emergência faz, naturalmente, parte a prescrição e administração de fármacos. É neste sentido que dispõe a alínea e) do n.º 4 do Artigo 9.º do REPE, que determina que os enfermeiros «procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais».

2.6. Sendo o enfermeiro responsável pelos atos que pratica ou delega, e assumindo a responsabilidade por todas as suas decisões, nos termos da alínea a) do Artigo 79.º do EOE, numa situação extrema e em contexto de preservação da vida humana não pode subsistir qualquer dúvida relativamente à obrigatoriedade da sua intervenção, nem quanto à «bondade» do seu ato. Na verdade, é sua obrigação «co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento» conforme estatuído na alínea a) do Artigo 83.º do EOE. A situação descrita, quanto à administração de fármacos, consubstancia, objetivamente, este dever.

2.7. Do mesmo modo, a utilização do desfibrilhador ou quaisquer outras «técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de Enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes (...)» [alínea c) do n.º 4 do Artigo 9.º do REPE] deverá nortear e fundamentar a tomada de decisão do enfermeiro. A utilização desse equipamento, com a importância reforçada pelo contexto de emergência, poderá e deverá ser efetuada pelo enfermeiro se para tal este detiver «os adequados conhecimentos científicos e técnicos, no exercício da profissão», conforme dispõe a alínea a) do Artigo 76.º do EOE.

3 - Conclusão

Tendo em atenção o exposto, o Conselho Jurisdicional considera que:

3.1. O enfermeiro é autónomo na sua decisão de cuidado, nos termos do n.º 3 do Artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, assumindo por ela, numa clara consagração da sua autonomia profissional, a responsabilidade pelo praticado, como prescreve a alínea b) do Artigo 79.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

3.2. Em contexto de emergência, o enfermeiro, nos termos do n.º 4 do Artigo 9.º do REPE, assume o dever de «agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais», devendo, se tal for necessário, prescrever e administrar os fármacos necessários a manter a vida das pessoas, tendo em conta os conhecimentos e as competências que detém. Deste modo, assegura o cumprimento do seu dever deontológico de «co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil», como determina a alínea a) do Artigo 83.º do Código Deontológico, incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Foi relator António Malha.

Discutido e votado por unanimidade em reunião plenária de 2 de março de 2010.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Parecer n.º 276/2011
Acompanhamento de visita médica

1- A questão colocada

O membro acima referido solicita parecer à Ordem dos Enfermeiros sobre se «(...) tenho a obrigação de acompanhar SEMPRE a visita médica, quando estou a desempenhar funções durante o meu turno (...) não pondo em causa as vantagens desse procedimento, gostaria de saber, como profissional autónomo com competências específicas, se tenho ou não essa obrigatoriedade».

2 - Fundamentação

2.1. Nos termos do n.º 1 do Artigo 7.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, «o título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade nos três níveis de prevenção».

2.2. Os enfermeiros, nos termos da alínea a) do n.º 1 do Artigo 75.º do EOE, têm o direito de «exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da Enfermagem».

2.3. Ainda nos termos do n.º 1 do Artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

Em ambos os tipos de intervenções de Enfermagem, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnico-científicos que detêm, a identificação da problemática do cliente, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, atuando no melhor interesse da pessoa assistida.

2.4. À autonomia corresponde, nos termos da alínea b) do Artigo 79.º do EOE, o dever do enfermeiro de «Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega», entendendo-se a responsabilidade como a capacidade de responder perante o próprio, o outro e a sociedade.

2.5. Nos termos das alíneas a) e b) dos Artigos 83.º e 85.º do EOE, o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou na doença, assume o dever de «co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento» e o de «Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família assim como os seus direitos».

A visita médica, em muitos casos, pode constituir uma oportunidade para a troca de informação de saúde do cliente, imprescindível à segurança na prestação de cuidados médicos e de Enfermagem.

2.6. Ainda nos termos do n.º 3 do Artigo 8.º do REPE, «os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional», pelo que, nos termos das alíneas a) e b) do Artigo 91.º

do EOE, o enfermeiro assume, respetivamente, os deveres de «Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde» e «Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços».

2.7. Entende-se por trabalho em complementaridade, a associação dos contributos específicos e da esfera autónoma de cada profissional de saúde, neste caso médico e enfermeiro, para a resolução de um problema concreto apresentado pelo cliente, indivíduo ou família. Assim, o dever de agir em complementaridade é diferente da conceção hierárquica dos cuidados de saúde, por vezes prevalecente nos serviços de saúde.

2.8. Também, no respeito pelo direito do cliente a cuidados seguros e na procura da excelência do exercício, o enfermeiro deve, nos termos das alíneas b) e d) do Artigo 88.º do EOE, respetivamente, «procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas» e «assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia (...)».

3 - Conclusão

Tendo em atenção o exposto, os membros do Conselho Jurisdicional consideram que:

3.1. Os enfermeiros exercem livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do Código Deontológico, das leis vigentes e do regulamento do seu exercício profissional, onde estão incluídas a sua autonomia, a complementaridade com as outras profissões da saúde e a salvaguarda da segurança dos clientes.

3.2. A presença de um enfermeiro durante a visita médica a um ou mais clientes enquadra-se no domínio da sua atuação em complementaridade, tendo em conta a segurança dos clientes.

3.3. A decisão do enfermeiro de estar, ou não, presente durante a visita médica deve resultar de um processo de pensamento e ponderação que considere a pertinência da mesma, atendendo à segurança dos cuidados ao cliente em causa e dos que, eventualmente, poderão ver o seu direito ao cuidado em tempo útil não respeitado, porque a opção seguida pelo enfermeiro foi a de estar presente na visita médica.

3.4. Neste sentido, será sempre o enfermeiro a decidir, responsabilmente, em cada caso, se deve acompanhar a visita médica ou continuar a prestar cuidados a outros clientes, pelo que não deverá sentir-se sempre obrigado a optar por uma única das duas possibilidades.

Foi relatora Merícia Bettencourt.

Discutido e votado por unanimidade em reunião plenária de 14 de julho de 2011.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Direito ao cuidado

Subcategoria: Recusa de cuidados

Parecer n.º 99/2009

Procedimento do enfermeiro perante comportamentos ofensivos

1 - Questão colocada

O membro solicita parecer «sobre o procedimento que devemos ter face à agressão de utentes».

2 - Fundamentação

2.1. Nos termos do princípio enunciado no n.º 1 do Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, o respeito pela dignidade da pessoa humana, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, implica os destinatários de cuidados e o enfermeiro.

2.2. No exercício da profissão, a deontologia a que os enfermeiros se encontram vinculados encontra a sua fonte nos direitos humanos em geral, nos direitos dos clientes em particular e nos princípios éticos desse exercício.

2.3. Se os enfermeiros têm o dever de preservar e defender os direitos dos seus clientes a cuidados de saúde adequados às suas necessidades, de acordo com os recursos disponíveis e em conformidade com o estado atual da ciência e o seu Código Deontológico, têm, igualmente, o direito a usufruir de condições de trabalho que permitam o seu exercício profissional, de acordo com as leis vigentes, num clima de segurança pessoal, livre de maus tratos, violência, ameaças ou intimidações. Este direito a «Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade» está, claramente, consagrado na alínea c) do n.º 2 do Artigo 75º do EOE (Código Deontológico).

2.4. No atual quadro legislativo da Saúde são atribuídos direitos específicos aos clientes, mas também deveres, como enuncia a Base XIV da Lei de Bases da Saúde e a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

2.5. Entende o Conselho Jurisdicional⁶⁴ que a recusa de qualquer ato ou intervenção de Enfermagem só terá

64 CONSELHO JURISDICIONAL. Analisando as Possibilidades de Recusa do Enfermeiro na Prestação de Cuidados. Revista da Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646 – 2629. N.º 17 (julho 2005). P. 21-24.

legitimidade quando se fundamenta na recusa do próprio cliente, na falta de condições mínimas para uma prática segura (por exemplo, no domínio das competências próprias para a realização de uma determinada intervenção ou por existir ameaça à integridade do enfermeiro por parte de um cliente que não corre risco de vida) ou na objeção de consciência.

2.6. No entanto, o direito ao cuidado deverá ser sempre assegurado, nos termos do Artigo 83.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

2.7. Se, por um lado, o enfermeiro não pode desvincular-se dos seus deveres profissionais, deverá ter sempre uma atitude de ensino e aconselhamento, cumprindo com o dever de informação. Não sendo possível a sensibilização, o enfermeiro deve encaminhar o cliente para outro profissional de saúde, respeitando assim o direito ao cuidado e comunicar devidamente a situação ocorrida.

2.8. Por outro lado, os clientes têm o dever de colaborar com os profissionais de saúde. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), nas Bases V e XIV, estatui ser dever do cliente «Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação». Refere, ainda, que «Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e coletivamente, tendo o dever de a defender e promover».

2.9. A não observância dos preceitos vigentes pode colocar em causa a correta prestação dos cuidados e, nos casos em que o cliente inviabilize a sua prestação, justificar a recusa por parte do enfermeiro.

2.10. No entanto, nos casos de alteração da consciência, de perigo para a vida ou para a integridade física do cliente, o enfermeiro não deverá deixar de prestar os cuidados devidos.

2.11. A avaliação da situação requer sempre uma análise casuística, sendo a atuação do enfermeiro pautada pelo princípio da proporcionalidade, devendo efetuar uma ponderação dos valores e dos direitos em causa.

2.12. O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem a pessoa e os grupos, nos termos do Artigo 81º do EOE, mas enquanto pessoa e membro de um grupo, espera que os seus valores e direitos sejam respeitados.

3 - Conclusão

3.1. Em termos gerais, ao ser desrespeitado na sua dignidade, o enfermeiro tem o direito de recusar a prestação de cuidados ao autor de tais atos, desde que praticados por clientes conscientes e desde que tal recusa não coloque em risco a vida e a integridade física dos clientes.

3.2. O enfermeiro deverá, simultaneamente, diligenciar para que a pessoa não fique sem cuidados, comunicando pelas vias competentes e em tempo útil a sua decisão.

3.3. Salvaguardamos que a intervenção do enfermeiro (de ação ou recusa) depende, porém, das circunstâncias concretas de cada caso.

Foi relatora Ana Berta Cerdeira.

Aprovado por unanimidade na reunião plenária de 3 de março de 2009.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Direito ao cuidado

Subcategoria: Atendimento em tempo útil

Parecer n.º 157/2009

Acompanhamento de doentes nas transferências inter-hospitalares e administração de medicação não prescrita em situação de emergência

1 - A questão colocada

O membro supracitado expõe à Ordem dos Enfermeiros as suas dúvidas relativas a «se os enfermeiros durante o acompanhamento de doentes nas transferências inter-hospitalares, ou quando vão realizar exames de diagnóstico ou tratamentos a outros hospitais mais diferenciados, podem administrar medicamentos não prescritos, em situações de emergência». Acrescenta «que, na maior parte das vezes, o doente não é acompanhado pelo médico e o seu estado clínico pode agravar-se durante o transporte». Questiona ainda a Ordem sobre a «obrigação dos enfermeiros em acompanharem os doentes sempre que o médico decide desse acompanhamento exclusivamente por enfermeiro».

2 - Fundamentação

2.1. Nos termos do n.º 1 do Artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, as intervenções do enfermeiro são autónomas e interdependentes. Consideram-se intervenções autónomas, nos termos do n.º 2 do mesmo Artigo, «as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais» e, nos termos do seu n.º 3, intervenções interdependentes são «as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas».

2.2. Em ambos os tipos de intervenções de Enfermagem, autónomas ou interdependentes, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnico-científicos que detêm, a identificação da problemática do cliente, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, atuando no melhor interesse da pessoa assistida.

2.3. Nos termos da alínea e) do n.º 4 do Artigo 9.º do REPE, os «enfermeiros procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais».

2.4. Nos termos da alínea a) do Artigo 83.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), integrante do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 13 de setembro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, o enfermeiro assume o dever de «co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento».

2.5. O enfermeiro observa na relação profissional e orienta a sua atividade, nos termos das alíneas e) do n.º 2 e c) do n.º 3 do Artigo 78.º do CDE, respetivamente, a competência e o aperfeiçoamento profissional e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais. Ainda nos termos da alínea c) do Artigo 88.º, o enfermeiro procura «Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas».

2.6. Nos termos da alínea b) do Artigo 79.º do CDE, o enfermeiro assume o dever de «Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega», entendendo-se a responsabilidade como a capacidade de responder perante o próprio, o outro e a sociedade.

2.7. Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro, nos termos das alíneas a) e b) do Artigo 91.º do CDE, assume o dever de «Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma» e «Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde», mantendo, nos termos do n.º 3 do Artigo 8.º do REPE, idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

2.8. No respeito pelo direito ao cuidado na saúde ou na doença, o enfermeiro assume o dever de, nos termos da alínea b) do Artigo 83.º, «Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas».

3 - Conclusão

Tendo em atenção o exposto, os membros do Conselho Jurisdicional consideram que:

3.1. Desde que o enfermeiro se confronte com um cliente em situação de emergência não prevista, a qual o faça correr risco de vida ou o afete gravemente e na ausência do médico, o enfermeiro, quando detentor da competência técnico-científica para tal e após ponderados os riscos e benefícios, deve administrar a terapêutica medicamentosa adequada à situação, assumindo a responsabilidade pela decisão que tomou e pelo ato que praticou. Se estas situações são conhecidas e frequentes, dever-se-á optar pela utilização de protocolos terapêuticos.

3.2. A decisão do enfermeiro em proceder ao acompanhamento do cliente em transferências inter-hospitais, cabe ao próprio, tendo subjacente o juízo sobre a situação apresentada, os eventuais riscos e a segurança do cliente durante o decurso do transporte, assumindo, igualmente, a responsabilidade pela decisão que tomou e pelo ato que praticou.

3.3. No entanto, é aconselhável que quando o médico tem a iniciativa de «decidir» sobre o acompanhamento do cliente pelo enfermeiro, tal «decisão» seja equacionada/analísada pelos dois intervenientes de modo a que não se desperdicem recursos e os clientes não corram riscos, mantendo, todavia, a clareza de que o exercício autónomo de Enfermagem obriga a que seja o enfermeiro a decidir sobre os cuidados que planeou e não outro profissional.

Foi relatora Merícia Bettencourt.

Votado em reunião plenária de 14 de janeiro de 2010.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Direitos dos enfermeiros

Subcategoria: Direito à informação clínica

Parecer n.º 105/2009

O acesso à informação de saúde das pessoas pelos enfermeiros

1 - A questão colocada

Coloca-se a questão de saber qual o regime deontológico e jurídico que regula o acesso do enfermeiro à informação de saúde das pessoas ao seu cuidado.

O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, enquanto «supremo órgão jurisdicional da Ordem», como determina o n.º 1 do Artigo 24.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, emite o seguinte Parecer, tendo como base a norma da alínea f) do n.º 2 do Artigo 75.º do Estatuto (artigo relativo aos direitos dos enfermeiros) integrado no capítulo «Da deontologia profissional».

2 - Do enquadramento jurídico e deontológico do exercício profissional de Enfermagem

O exercício da profissão de enfermeiro (e de enfermeiro especialista) em Portugal, desenvolve-se com base num quadro regulador, com dois pilares jurídicos essenciais: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, que inclui a deontologia profissional de Enfermagem (direitos dos enfermeiros, incompatibilidades e princípios e deveres que integram o Código Deontológico) e altera o REPE em matéria de direitos e deveres.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, define, nos termos do seu Artigo 1.º, «os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros» e, como prescreve o n.º 1 do seu Artigo 2.º, «é vinculativo para todas as entidades empregadoras dos sectores público, privado, cooperativo e social», sendo «abrangidos pelo REPE todos os enfermeiros que exerçam a sua actividade no território nacional, qualquer que seja o regime em que prestem a sua actividade», como enuncia o seu Artigo 3.º.

O n.º 3 do Artigo 8.º do REPE define dois princípios estruturantes para o exercício da profissão de enfermeiro em Portugal: o princípio da **autonomia de exercício profissional** e o princípio da **complementaridade funcional** na articulação com os demais profissionais de saúde. Na íntegra, esta norma estabelece que «os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional».

Verificamos, assim, que os enfermeiros exercem autonomamente, o que implica a tomada de decisão com base em conhecimento científico próprio e a prática de atos, pelos quais assumem em exclusivo a responsabilidade profissional. É exatamente o que determina a alínea b) do Artigo 79.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, ao prescrever como dever deontológico geral, «responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega».

Considerando que o exercício profissional de Enfermagem, como acontece com as demais profissões da saúde, se concretiza através do trabalho em equipa, o REPE estabelece também como princípio a **complementaridade funcional**. Este princípio encontra densificação no dever enunciado na alínea b) do Artigo 91.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril (artigo que integra o Código Deontológico) que prescreve que o enfermeiro deve «trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde». Com o mesmo sentido, a alínea a) deste artigo prescreve que o enfermeiro assume como dever «actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma».

Ou seja, verificamos que o exercício profissional de Enfermagem, quando articulado com outro profissional de saúde (médico, técnico de diagnóstico e terapêutica, farmacêutico, psicólogo ou outro) se exerce de forma autónoma no âmbito da sua esfera de competência e interliga-se em **complementaridade funcional**, quando a natureza dos cuidados implica o trabalho em equipa.

É nesta decorrência que o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, tipifica as intervenções de Enfermagem como **autónomas e interdependentes**. São «autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em Enfermagem» e «interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas», como enunciam os números 2 e 3, respetivamente, do Artigo 9.º do Regulamento.

Da articulação destes preceitos com o regime geral da responsabilidade profissional de Enfermagem enunciado na já referida alínea b) do Artigo 79.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, que prescreve que o enfermeiro é responsável pelas decisões e pelos atos, concluímos que enquanto que nas **intervenções autónomas** a responsabilidade é inerente a todo o

processo de decisão e de execução do cuidado, nas **intervenções interdependentes** a responsabilidade é relativa à decisão do ato de execução do plano de ação comum, da prescrição ou orientação previamente formalizada, sendo a decisão da prescrição da responsabilidade do profissional prescriptor. Ou seja, nas **intervenções autónomas** a autonomia profissional do enfermeiro é relativa a todo o processo de decisão e execução do cuidado, e nas **intervenções interdependentes** a autonomia do enfermeiro materializa-se na decisão sobre a execução ou não execução do ato prescrito, em função da avaliação que realize em concreto. O que significa que em nenhuma circunstância existe dependência do exercício de Enfermagem face a outros profissionais. De igual modo, o enfermeiro não recebe por delegação atos de outros profissionais, uma vez que isso contrariaria o princípio da **complementaridade funcional**, segundo o qual as esferas de competência de cada profissão não são afetadas pelas outras.

A delegação em Enfermagem diz respeito à **delegação de tarefas** que os enfermeiros decidam transferir para «pessoal deles funcionalmente dependente, quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem», como prescreve o Artigo 10.º do REPE.

Naturalmente que, inerente a este exercício autónomo da profissão de enfermeiro, encontra-se a produção de informação relativa aos cuidados de Enfermagem. A informação produzida pelos enfermeiros constitui informação de saúde das pessoas, que no âmbito da prestação de cuidados de saúde em equipa se junta à informação produzida pelos outros profissionais de saúde.

O princípio da **complementaridade funcional**, que sedimenta a articulação do enfermeiro com os demais profissionais de saúde, determina que a informação se situe nesta esfera de interligação. Deste modo, a informação produzida pelos enfermeiros será necessária à avaliação de outros profissionais, assim como a avaliação de Enfermagem necessita igualmente da informação produzida por outros. De outro modo, verificando-se pesquisa de informação de forma separada por cada profissional, levaria a repetições que seriam violadoras do bem-estar das pessoas. Igualmente, a guarda separada da informação de cada profissional, levaria a que cada profissional usasse apenas a informação produzida por si, o que seria sempre limitador da abordagem global que os cuidados de saúde implicam, colocando em risco a segurança das pessoas e privando-as do direito ao cuidado assente em diferentes fontes de informação, imprescindíveis à tomada de decisão de cuidados seguros.

3 - Do regime jurídico do acesso do enfermeiro à informação de saúde das pessoas ao seu cuidado

O regime jurídico do acesso do enfermeiro à informação de saúde das pessoas, famílias ou comunidades a quem presta cuidados encontra-se estabelecido na alínea f) do n.º 2 do Artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Esta norma, integrada no capítulo da **deontologia profissional**, consagra como direito do enfermeiro «a informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado».

Desta forma, o enfermeiro tem consagrado o direito ao acesso à informação de saúde das pessoas, famílias

ou comunidades, pelas quais é responsável pela prestação de cuidados de Enfermagem. Trata-se de um direito que se fundamenta no exercício profissional desenvolvido segundo os princípios e os valores profissionais enunciados no Artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (o primeiro artigo do Código Deontológico) e no cumprimento dos deveres deontológicos. O direito à informação de saúde das pessoas encontra-se consagrado na esfera jurídica dos enfermeiros, como forma de assegurar o adequado planeamento dos cuidados, garantindo o cuidado. É através do acesso à informação de saúde das pessoas que o enfermeiro assume o seu dever de «co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento», como prescreve a alínea a) do Artigo 83.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (artigo que integra o Código Deontológico).

Deste modo, quando a alínea f) do n.º 2 do Artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros consagra o direito de acesso à informação «sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado», está a considerar toda a informação de saúde das pessoas. Ou seja, a formulação «diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar» desta norma, assume o sentido do conjunto da informação de saúde, uma vez que pretende abranger a totalidade da informação sobre a situação de saúde/doença da pessoa. Se o propósito da norma fosse o de limitar o âmbito deste direito, teria adotado uma formulação restritiva que deixasse claro qual a parte da informação de saúde a que o enfermeiro teria acesso.

Assim, e nestes termos, para além do acesso à informação por si produzida, o enfermeiro, no âmbito do direito consagrado na alínea f) do n.º 2 do Artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, tem também acesso a toda a informação de saúde produzida por outros enfermeiros ou por outros profissionais de saúde. Só desta forma assegura o direito ao cuidado das pessoas com quem estabelece relações profissionais.

4 - Do regime jurídico da informação de saúde

O regime jurídico da informação de saúde encontra-se estabelecido na Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro. Nos termos do Artigo 2.º desta Lei, «a informação em saúde abrange todo o tipo de informação directa ou indirectamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar». A informação de saúde, nos termos do n.º 1 do Artigo 3.º desta Lei é **propriedade da pessoa** a quem a informação pertence, «sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei».

O n.º 1 do Artigo 5.º desta Lei define **informação médica** como a «informação de saúde destinada a ser utilizada em prestações de cuidados ou tratamentos de saúde». O n.º 2 deste mesmo artigo, define **processo clínico** como «qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação de saúde sobre doentes ou seus familiares».

Nos termos do n.º 4 deste artigo, «a informação médica é inscrita no processo clínico pelo médico que tenha assistido a pessoa ou, sob a supervisão daquele, informatizada por outro profissional igualmente sujeito ao dever de sigilo, no âmbito das competências específicas de cada profissão e dentro do respeito pelas

respectivas normas deontológicas» e o n.º 5 determina que «O processo clínico só pode ser consultado por médico incumbido da realização de prestações de saúde a favor da pessoa a que respeita ou, sob a supervisão daquele, por outro profissional de saúde obrigado a sigilo e na medida do estritamente necessário à realização das mesmas».

Desta forma, parece que a produção de informação de saúde e a consulta do processo clínico por profissionais não médicos ficará na dependência da supervisão de um profissional médico. A ser assim, este regime poria em causa a autonomia do exercício profissional de Enfermagem, conforme se encontra consagrado no n.º 3 do Artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/98, de 4 de setembro, e colocaria em risco a segurança dos cuidados prestados às pessoas.

5 - Conclusão

Assim e nestes termos, o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, enquanto «supremo órgão jurisdicional da Ordem», nos termos do n.º 1 do Artigo 24.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, interpretando a alínea f) do n.º 2 do Artigo 75.º do mesmo Estatuto, que consagra o direito de acesso do enfermeiro à informação de saúde das pessoas, famílias e comunidades ao seu cuidado, considera que o âmbito deste direito não pode ser limitado pelo acesso sob supervisão de outro profissional de saúde.

Deste modo, havendo conflito entre normas jurídicas de igual valor [a alínea f) do n.º 2 do Artigo 75.º do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, e os números 4 e 5 do Artigo 5.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro] entende o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros dever aplicar-se aquela que não limita o exercício autónomo do enfermeiro, não colocando assim em risco o cuidado em tempo útil às pessoas, por força da limitação do acesso à sua informação de saúde.

O direito das pessoas à confidencialidade da sua informação de saúde, que o regime jurídico da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, pretende salvaguardar, encontra total proteção no dever de sigilo do enfermeiro, prescrito no Artigo 85.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. A alínea a) deste artigo prescreve como dever do enfermeiro «considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte».

Deste modo e com esta garantia, deve prevalecer o direito das pessoas ao cuidado de Enfermagem, enquadrado no direito à proteção da saúde consagrado no Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, para o qual a informação de saúde, propriedade das pessoas, é um fator essencial para o planeamento e prestação em tempo útil e segura, dos cuidados de Enfermagem. É com este fundamento que a alínea f) do n.º 2 do Artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, consagra ao enfermeiro o acesso à informação de saúde das pessoas, sem qualquer limitação, a não ser as resultantes do consentimento efetuado nos termos da lei.

O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros promoverá os adequados procedimentos institucio-

nais junto da Assembleia da República para a necessária harmonização jurídica entre o regime da informação de saúde e o quadro jurídico regulador do exercício de Enfermagem em Portugal.

Foi relator Sérgio Deodato.

Aprovado por unanimidade pelo plenário do Conselho Jurisdicional, em 7 de abril de 2009.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Excelência do exercício

Subcategoria: Condições do exercício

Parecer n.º 96/2009

Exposição acerca de falta de condições para o exercício

1 - Questão colocada

Da análise à exposição efetuada por membro supramencionado salientamos aspetos relativos a condições de trabalho existentes na U.C.I.P. do Hx (...).

2 - Fundamentação

2.1. O *International Council of Nurses* (ICN)⁶⁵ considera que a segurança dos clientes é fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de Enfermagem. Na sua posição sobre segurança dos doentes, datada de 2002, salienta que a melhoria da segurança dos doentes envolve um conjunto vasto de ações ao nível do «recrutamento, formação, retenção de profissionais de saúde, melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco, incluindo o controlo de infeção, utilização segura dos medicamentos, segurança do equipamento, prática clínica segura, ambiente de cuidados seguros e acumulação de um corpo integrado de conhecimentos científicos focados na segurança do doente e as infra-estruturas para apoiar o seu desenvolvimento». Refere, também, que recursos humanos insuficientes e sem a adequada formação constituem uma ameaça séria à segurança das pessoas e à qualidade dos cuidados.

2.2. Desadequadas dotações contextualizadas em ambientes desfavoráveis à prática podem ser geradoras de eventos adversos, os quais podem ser definidos como «um dano ou lesão provocados pelo tratamento de uma doença ou estado de um doente por profissionais de saúde e não pela doença ou estado em si⁶⁶». Ao nível das dotações seguras, o ICN⁶⁷ apresenta diversos métodos para a estimativa da dimensão e combinação das equipas de Enfermagem: «1. Abordagem do juízo profissional; 2. Método do número de enfermeiros por cama ocupada; 3. Método da qualidade-acuidade; 4. Abordagens de tarefas/atividades cronometradas; sistemas baseados na regressão.».

65 ICN. Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho=Cuidados de Qualidade, 2007, p. 67.

66 Cf. Posição do ICN. Segurança dos Doentes, 2002 in ICN – Dotações seguras, salvam vidas, 2006, p.68.

67 ICN. Dotações seguras, salvam vidas, 2006, pág.49.

2.3. No que se refere a dotações de enfermeiros em Portugal, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde divulgou, para cálculo de dotações de Enfermagem, diferentes indicadores de horas de cuidados através da Circular Normativa n.º 1, de 12/01/2006, «Para conhecimento de todos os serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde». Neste documento são, também, definidos critérios para atribuição do regime de trabalho de horário acrescido, caso não estejam satisfeitas as dotações de pessoal de acordo com as fórmulas de cálculo apresentadas, relativamente a necessidades de enfermeiros, agrupadas em especialidades básicas, intermédias, diferenciadas e camas técnicas conforme se apresentam no seu anexo I.

2.4. A dotação de pessoal de Enfermagem insere-se nas questões relacionadas com a Segurança dos Clientes. Neste domínio, a Ordem dos Enfermeiros emanou a «Tomada de Posição sobre segurança do cliente»⁶⁸, em 2006, que refere:

- «1. Os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros;
2. A segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde;
3. O exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*), aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente;
4. Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao *melhor cuidado* em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional;
5. Os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando activamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à protecção dos grupos de maior vulnerabilidade;
6. Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados;
7. A responsabilidade do enfermeiro associa a capacidade de responder pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, e o sentido projectivo, por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício;
8. As organizações têm a obrigação ética de proteger a segurança dos clientes, na persecução da sua responsabilidade institucional, e de desenvolver uma cultura de responsabilização e não punitiva, valorizando a dimensão formativa;
9. As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos;
10. Devem ser desenvolvidos programas organizacionais que comuniquem claramente a importância da segurança, incluindo gestão e desenvolvimento dos profissionais, assim como sistemas e processos que promovam a segurança;

68 Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/TomadaPosio_segurancadoente\(1\).pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/TomadaPosio_segurancadoente(1).pdf).

11. Deve promover-se um envolvimento activo em investigação, integrando evidências em recomendações para a prática clínica.».

2.5. Também o Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros sobre o «Exercício da Profissão, Estatuto e Garantias dos Enfermeiros»⁶⁹, aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, em 15 de março de 2007, é claro quando recomenda no ponto B «Aos Enfermeiros Gestores» que, nos termos das alíneas a) e b), respetivamente, «assegurem os meios necessários à garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem» e «que assegurem a implementação das tomadas de posição e outras orientações emanadas pela Ordem no que se refere às condições para a garantia dos padrões de qualidade e das dotações seguras».

2.6. A complexidade da atividade profissional do enfermeiro, decorrente das imprevisibilidades das necessidades apresentadas pelos clientes e dos contextos de trabalho, nem sempre dotados duma eficiente e eficaz organização do trabalho e/ou do número suficiente de profissionais, implica que se veja confrontada na sua prática quotidiana com problemas de difícil resolução. Estes constituem muitas vezes situações dilemáticas, em que uma decisão terá que ser tomada para prevenir eventos adversos. No entanto, nos termos do n.º 1 do Artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, o enfermeiro no exercício das suas funções tem sempre o dever de «adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos do cidadão».

2.7. De acordo com a alínea a) do Artigo 83.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (artigo integrante do Código Deontológico), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de «co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento». Também no que concerne os deveres em geral e conforme dispõe a alínea a) do Artigo 76.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro está obrigado a «exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem».

2.8. Também a alínea a) do Artigo 88.º do Código Deontológico prescreve que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de «analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude». Ainda segundo a alínea b) do mesmo artigo, tem o dever de «procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas» e, conforme a alínea d) do citado artigo, deve sempre «assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados».

2.9. No exercício da profissão, conforme dispõe a alínea a) do n.º 1 do Artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, constituem direitos dos membros «exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do Código Deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da Enfermagem» e, ainda, segundo a alínea c) do n.º 2 do mencionado artigo têm também direito a «usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do

⁶⁹ Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedestaques/TomadaPosio_segurancadoente\(1\).pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedestaques/TomadaPosio_segurancadoente(1).pdf).

cliente a cuidados de Enfermagem de qualidade». Das condições de trabalho fazem parte as dotações em número de profissionais de Enfermagem com competências para poderem corresponder, em segurança, às necessidades dos clientes em cuidados de Enfermagem.

2.10. O Código Deontológico dos enfermeiros enuncia como princípio orientador, na alínea a) do n.º 3 do Artigo 78.º, «a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade» e, na alínea b) do Artigo 79.º, prescreve, claramente, o dever de «responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega». Assim, perante as necessidades em cuidados de Enfermagem dos clientes, os enfermeiros estabelecem prioridades e decidem sobre o que fazer ou delegar ou o que não fazer, adequando os recursos disponíveis ou mobilizando novos recursos. As tomadas de decisão e os seus efeitos em qualquer uma das opções seguidas pelos enfermeiros são da sua responsabilidade.

2.11. Compete às instituições de saúde adequar recursos e criar as estruturas que permitam aos profissionais de saúde desempenhar em pleno as suas funções e assegurar as medidas de gestão que permitam proteger os direitos dos clientes. Também conforme dispõe a alínea a) do n.º 1 do Artigo 76.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, os membros efetivos estão obrigados a «comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão». Não obstante, às eventuais deficiências apresentadas pelas unidades de saúde que comprometam a qualidade dos cuidados, e ao dever do enfermeiro de o comunicar pelas vias competentes, não corresponde o direito do enfermeiro de tomar a decisão de não agir ou diminuir-lhe a responsabilidade pelas suas tomadas de decisão.

2.12. Constitui, também, direito dos membros efetivos solicitar a intervenção da Ordem, na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de Enfermagem, nos termos da alínea j) do n.º 2 do Artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

3 - Conclusão

3.1. Os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros, o que passa pela salvaguarda de dotações de recursos humanos com competência e número adequado.

3.2. Às instituições incumbe o dever de proporcionar as condições imprescindíveis ao exercício da profissão, onde se incluem dotações seguras, para que os enfermeiros possam cumprir com o dever de assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados.

3.3. No respeito pelo direito ao cuidado e a par da excelência, impõe-se o dever dos enfermeiros de se corresponsabilizar pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento, como refere a alínea a) do Artigo 83.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

3.4. O julgamento sobre as necessidades e prioridades de cuidados de Enfermagem é feito pelo enfermeiro, sendo responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, nos termos da alínea b) do Artigo 79.º do Código Deontológico. Ao enfermeiro compete garantir os melhores cuidados com os recursos disponíveis e a sua responsabilidade não diminui face às deficiências apresentadas nas unidades de cuidados.

3.5. Compete às instituições de saúde assegurar as condições de segurança aos clientes e aos enfermeiros,

enquanto profissionais de saúde, garantindo a proteção dos direitos das pessoas internadas e o exercício dos deveres dos enfermeiros.

Foi relator José Cerqueira.

Aprovado por unanimidade em reunião de plenário de 7 de abril de 2009.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Incompatibilidades

Parecer n.º 16/2008

Pedido de parecer sobre compatibilidade entre o exercício da profissão de enfermeiro e de psicólogo

1 - As questões colocadas

Uma enfermeira, também licenciada em psicologia, solicita via correio eletrónico informação sobre a compatibilidade entre o exercício da profissão de Enfermagem e a de psicólogo.

2 - Fundamentação

1.1. Este parecer teve como base pareceres anteriores emitidos pelo Conselho Jurisdicional (CJ), relativamente à compatibilidade entre o exercício cumulativo e/ou simultâneo de Enfermagem e o de outras atividades ou profissões, nomeadamente a de psicólogo.

1.2. No que respeita ao exercício cumulativo da profissão de Enfermeiro e de psicólogo, tem sido doutrina constante da Ordem dos Enfermeiros em observância dos dispositivos legais, nos diversos pareceres já emitidos sobre incompatibilidades, afirmar que a impossibilidade legal de exercer conjuntamente certos cargos ou atividades tem como objetivo proteger e garantir a isenção do exercício de profissão, salvaguardando a imparcialidade e a transparência na atuação profissional.

1.3. Relativamente à incompatibilidade entre o exercício cumulativo da profissão de Enfermagem e a titularidade de cargos e exercício de outras atividades, o n.º 1 do Artigo 77.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) identifica especificamente os seguintes:

- «a) Delegado de informação médica e de comercialização de produtos médicos;
- b) Farmacêutico ou técnico de farmácia;
- c) Proprietário de laboratório de análises clínicas, de preparação de produtos farmacêuticos ou de equipamentos técnico-sanitários;
- d) Proprietário de agência funerária;
- e) Quaisquer outras que por lei sejam consideradas incompatíveis com o exercício da enfermagem».

1.4. De acordo com as disposições legais existentes não se encontram evidências de incompatibilidade entre o exercício cumulativo das profissões de enfermeiro e de psicólogo. No entanto, a apreciação desta situação sob o ponto de vista ético e deontológico carece de algumas considerações que passamos a enunciar.

1.5. A profissão de enfermeiro tem o seu contexto de atuação na área da Saúde, tal como determinadas valências de intervenção da profissão de psicólogo. Este facto, por si, pode promover situações em que as fronteiras de cada uma das profissões não se apresentem claramente definidas e possam colocar em causa a transparência que deve nortear a profissão de enfermeiro. De facto, e no cumprimento do dever para com outras profissões [alínea a) do Artigo 91.º do EOE], o enfermeiro intervém com responsabilidade no âmbito da sua competência, reconhece a especificidade das outras profissões de saúde e respeita os limites impostos pelas áreas de competência de cada uma.

1.6. Relativamente ainda ao pressuposto que cada uma das profissões apreciadas apresenta o seu campo específico e desempenha um papel social único, há a salientar que os clientes quando a elas recorrem vão na expectativa de um determinado serviço. Assim, uma situação menos clara que provoque a diluição do conteúdo funcional, pode conduzir à criação de um sentimento de suspeição e de quebra de credibilidade e de confiança em relação aos atos próprios de cada profissão que tenham de ser prestados à comunidade.

1.7. Reforça e agrava o que ficou predito o facto de na área da Enfermagem se verificar a existência da especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, realidade que em determinadas circunstâncias poderá esbater ainda mais as fronteiras cinzentas existentes em certas áreas destas duas profissões quando atuantes na área da Saúde.

1.8. Nesta conformidade, e não obstante não se verificarem nos termos legais quaisquer constrangimentos no que respeita ao exercício simultâneo das duas profissões, em termos éticos, o exercício cumulativo de ambas atividades deve ser censurado.

3 - Conclusão

É parecer deste Conselho que:

3.1. Uma vez que a acumulação pretendida com o exercício da profissão de enfermeiro não consubstancia, nos termos legais em vigor, qualquer caso de incompatibilidade, entendemos que o exercício cumulativo da profissão de enfermeiro e de psicólogo não é incompatível.

3.2. Contudo, em termos éticos, e em defesa quer da clareza entre os limites de competência da profissão de Enfermagem, quer, consequentemente, da identidade do perfil profissional perante a comunidade e o cliente, o exercício cumulativo das duas profissões é censurável e deverá ser desaprovado.

Foram relatores Angela Trindade e Nuno Lampreia.

Apresentado a votação em reunião plenária de 1 de julho de 2008.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Parecer n.º 61/2008

Incompatibilidade do exercício cumulativo da profissão de enfermeiro e a prossecução de atividades numa parafarmácia

1 - A questão colocada

O membro acima identificado, numa exposição dirigida a esta Ordem por mensagem eletrónica, via Internet, colocou a questão de saber se é incompatível, nos termos legais, o exercício cumulativo da profissão de enfermeiro e a prossecução de atividades e desenvolvimento de funções numa «parafarmácia».

Antes de apreciarmos a questão em apreço, como questão prévia, cumpre esclarecer que nos termos do n.º 1 do Artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, «é proibida a utilização, na designação da farmácia, de quaisquer vocábulos enganosos ou que constituam concorrência desleal».

Sem nos debruçarmos sobre a possibilidade do uso legal do termo «parafarmácia», realidade da qual não se ocupa este parecer, cumpre, no entanto, fixar que se entende, à luz da linguagem corrente, que uma «parafarmácia» é um local de venda de produtos cosméticos.

Assumiremos esta asserção como pressuposto para a nossa análise, porquanto a questão colocada pelo membro encontra-se conexas com a definição legal dada a esses espaços comerciais e com a classificação estabelecida para essa categoria de produtos.

Apreciemos à luz da legislação pertinente.

2 - Fundamentação

Como tem sido reafirmado em diversos pareceres do Conselho Jurisdicional, a impossibilidade legal de exercer conjuntamente certos cargos ou atividades tem como objetivo proteger e garantir a isenção do exercício da profissão.

O n.º 1 do Artigo 77.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, define claramente as atividades que são incompatíveis com o exercício da profissão de enfermeiro, a saber:

- «a) Delegado de informação médica e de comercialização de produtos médicos;
- b) Farmacêutico ou técnico de farmácia;
- c) Proprietário de laboratório de análises clínicas, de preparação de produtos farmacêuticos ou de equipamentos técnico-sanitários;
- d) Proprietário de agência funerária;
- e) Quaisquer outras que por lei sejam consideradas incompatíveis com o exercício de Enfermagem».

Da norma transcrita conclui-se igualmente que o exercício da profissão de enfermeiro também é incompatível com a titularidade de cargos e o exercício das atividades que permitam estabelecer uma ligação entre o exercício da profissão e a obtenção de proveitos indiretos daí emergentes.

Nos termos da alínea b) do artigo citado estatui-se que as profissões de farmacêutico ou de técnico de farmácia são incompatíveis com o exercício cumulativo e simultâneo da profissão de enfermeiro.

No mesmo seguimento se retira da alínea c) do mesmo normativo legal que a qualidade de proprietário de laboratório de preparação de produtos farmacêuticos é, também, incompatível com o exercício da profissão de enfermeiro.

Da análise do teor das normas em apreço decorre que o legislador pretendeu vedar, a montante e a jusante, o exercício cumulativo e simultâneo da profissão de enfermeiro com qualquer outra atividade ou função relacionada com a área farmacêutica.

Nesta conformidade, e no que respeita aos produtos cosméticos e de higiene corporal que poderão ser comercializados no tipo de estabelecimento conotado como «parafarmácia», os mesmos classificam-se, nos termos da alínea p), do Artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 142/2005, de 24 de agosto, como «qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspecto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais».

Os produtos definidos no ponto anterior integram-se no género dos produtos para uso humano que se divide nas categorias de medicamentos de uso humano e de produtos de saúde.

A categoria dos produtos de saúde compreende por sua vez, os dispositivos médicos, os produtos homeopáticos e os cosméticos.

Apesar de os produtos cosméticos e de higiene corporal não carecerem de autorização administrativa prévia para a sua comercialização e de não terem de ser comercializados em farmácias, poderemos considerá-los, à luz de uma interpretação histórica e sistemática do bloco de legalidade, como uma categoria de produtos que se reconduzem à sua presença no mercado, naquele tipo de estabelecimentos.

Acresce a esta realidade o facto de os produtos cosméticos e de higiene corporal serem produtos que são classificados como «produto de saúde» e que se destinam a limpar, proteger e manter em bom estado determinadas partes do corpo humano, entre outras funcionalidades, relacionando-se intimamente com a atividade de manter, melhorar e recuperar a saúde do ser humano, são ou doente, e que se enquadra na competência profissional do enfermeiro.

Deste modo, esta categoria de produtos poderá ser conotada e aproximada, mesmo que de um modo algo próximo, com o âmbito da área da Saúde e, em concreto, com a esfera de ação e com a prestação de cuidados ínsitos à profissão de farmacêutico ou de proprietário de laboratório de preparação de produtos farmacêuticos. Como é pacificamente consabido e aceite, os produtos cosméticos são invariavelmente prescritos ou indicados para utilização a título terapêutico, tendo uma projeção em áreas profissionais suscetíveis de confusão com a prestação de cuidados de saúde, como são exemplo, no caso vertente, as profissões de enfermeiro e de farmacêutico, para além das outras atividades ligadas à atividade farmacêutica.

Na verdade, estes produtos, por terem em muitas situações um fim terapêutico, são também conotados e relacionados com a prestação de cuidados inerentes à profissão de enfermeiro.

A mero título de exemplo e para melhor ilustrar o predito, basta pensar que muitos desses produtos têm como fim auxiliar a cicatrização, hidratação ou proteção da pele humana, entre outras características que lhes são próprias e relacionadas com a área da Saúde.

Do citado exemplo pode-se retirar a hipótese de a um cliente ser prescrito um determinado produto destinado à cicatrização, hidratação ou proteção da pele humana, e dessa circunstância poder decorrer um possível conflito de interesses entre o exercício da profissão de enfermeiro e a função de comercialização daqueles tipos de produtos.

Tem sido doutrina da Ordem dos Enfermeiros, em observância dos dispositivos legais, nos diversos pareceres já emitidos sobre incompatibilidades, afirmar que a impossibilidade legal de exercer conjuntamente certos cargos ou atividades, tem por objetivo proteger e garantir a isenção do exercício da profissão, salvaguardando a imparcialidade e a transparência na atuação profissional.

A possibilidade do exercício paralelo de uma atividade ou função, da qual possa decorrer a obtenção de dividendos, só deve existir quando as fronteiras entre a realização de cada atividade se apresentarem claramente definidas, o que nos parece não ser o caso. Uma situação dúbia que provoque a diluição do conteúdo funcional de cada uma das atividades pode contender com o princípio de confiança que deve existir entre o cliente e o enfermeiro.

O exercício da profissão de enfermeiro é também incompatível com o exercício de atividades que, em abstrato, permitam estabelecer uma ligação entre o exercício da profissão e a obtenção de proveitos indiretos daí emergentes.

Ou seja, impõe-se deixar claro que qualquer atividade ou titularidade de cargo que, de uma forma direta ou indireta, com proximidade ou distância com as fronteiras da profissão de enfermeiro, e as quais sejam suscetíveis de sobreposição, de constituírem uma alternativa ou de se traduzirem numa extensão do exercício da Enfermagem e da prestação dos cuidados que lhe são próprios, são consideradas incompatíveis de cumulação com o exercício da profissão de enfermeiro.

Como ficou predito, o preceituado no Artigo 77.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros tem como escopo impossibilitar, quer a montante, quer a jusante, o exercício cumulativo e simultâneo da profissão de enfermeiro com qualquer outra atividade ou função relacionada com a área farmacêutica.

Tendo em consideração o que ficou exposto, dever-se-á recorrer a uma interpretação extensiva por forma a que se extraia a regra implícita num texto imperfeito, devido à evolução das necessidades da vida moderna e legislativa, e entender que o legislador ao decretar a incompatibilidade entre o exercício cumulativo e simultâneo da profissão de enfermeiro e da profissão de farmacêutico ou técnico de farmácia, pretendeu também incluir a qualidade de trabalhador ou de prestador de serviços numa «parafarmácia» [cfr. alínea b), do n.º 1 do Artigo 77.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros].

Do que ficou firmado, e tendo em atenção como critério a categoria dos produtos em exame, onde releva a sua natureza, função e aplicabilidade, origem e traçado histórico, somos no entendimento que é incompatível o exercício cumulativo e simultâneo da profissão de enfermeiro com o desenvolvimento de atividades, na qualidade de trabalhador ou de prestador de serviços, numa «parafarmácia».

3 - Conclusão

Tendo em atenção o exposto, somos em conclusão que a qualidade de trabalhador ou de prestador de serviços numa «parafarmácia» é incompatível com o exercício cumulativo e simultâneo da profissão de enfermeiro.

Salvo melhor é este o nosso parecer.

Foi relator Nuno Lampreia.

Apresentado à votação em reunião plenária de 2 de setembro de 2008.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Fim de vida

Subcategoria: Decisão de não reanimar

Parecer n.º 91/2009

Papel do enfermeiro na tomada de decisão de não reanimar em unidade de cuidados intensivos neonatais

1 – Questões colocadas

A presidente do Conselho de Enfermagem, em complemento ao parecer n.º 85/2009 emitido por este Conselho, solicita ao Conselho Jurisdicional eventuais contributos:

«Qual o papel do enfermeiro na tomada de decisão de não reanimar em unidade de cuidados intensivos neonatais».

2 - Fundamentação

2.1. Segundo o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre «Aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final de vida» (11/CNECV/95), a decisão de interromper tratamentos a um doente grave, que se tornaram claramente ineficazes, com base numa rigorosa avaliação clínica da situação, deve ser uma decisão tomada em equipa e, se for assegurado que o processo de morte decorra com respeito pela dignidade da pessoa, a decisão será eticamente correta e de boa prática. A decisão de «não reanimar» deve ser tomada quando, numa análise global e depois de adequada reflexão, se conclui que o tempo de morrer efetivamente chegou e, à equipa de saúde, resta reconhecer e conferir ao seu doente a dignidade que, no final de vida, tem inequívoco direito. Assim, todos os membros da equipa terapêutica devem conhecer os objetivos das medidas tomadas em todas as fases da doença e, quando é possível conhecer as situações com antecipação, as instruções de «não reanimar» devem ser decididas em conjunto, por consenso e anotadas no processo clínico, especificando por escrito a natureza precisa do tratamento ou dos meios terapêuticos a não aplicar ou a suspender.

2.2. Proteger e respeitar a dignidade da pessoa é um princípio fundamental da profissão de Enfermagem e, conforme dispõe o n.º 1 do Artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (artigo integrante do Código Deontológico), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, «as intervenções de Enfermagem são

realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro». Também a alínea a) do Artigo 82.º do Código Deontológico prescreve que o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de «Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias» e, ainda, segundo a alínea c) do mesmo artigo, tem o dever de «participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida» e, conforme a alínea d) do citado artigo, deve sempre «Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante».

2.3. Também a alínea a) do Artigo 88.º do Código Deontológico prescreve que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de «Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude». De igual forma, segundo a alínea a) do Artigo 91.º do Código Deontológico, o enfermeiro, como membro da equipa de saúde, assume o dever de «Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma» e, ainda, segundo a alínea b) do mesmo artigo, deve «Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde». Tendo o enfermeiro o dever de trabalhar em «articulação e complementaridade» com os outros profissionais, realça-se a importância dos espaços de reflexão e debate no seio da equipa que presta cuidados no decurso do processo de morrer. O conceito de doente terminal deve ser corretamente aplicado, esclarecido, partilhado e refletido por toda a equipa de saúde, para agir em consonância com a situação concreta.

2.4. A responsabilidade, entendida como a capacidade de responder pelos próprios atos e omissões, aceitando as suas consequências, pressupõe que a pessoa responda perante a sua própria consciência, os outros e a sociedade. A par da condição jurídica que o termo «responsabilidade» encerra, está a conotação ética, a qual apela aos valores da consciência pessoal do enfermeiro, das motivações e intencionalidades, assim como ao papel que assume na sociedade. O Código Deontológico dos enfermeiros enuncia como princípio orientador, na alínea a) do n.º 3 do Artigo 78.º, «A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade» e, na alínea b) do Artigo 79.º, prescreve claramente o dever de «Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega». A decisão de «não tentar reanimar» ou de «reanimar» um doente terminal, deve ser da responsabilidade da equipa de saúde e contar com a participação do enfermeiro, mas não deve ser por este tomada unilateralmente. A decisão médica unilateral de prescrever «não reanimar» ou «reanimar» pode colocar o enfermeiro perante o dilema de ter de optar entre o dever de cumprir a prescrição e o dever de agir salvaguardando o que, em consciência, entende ser o melhor interesse da pessoa ao seu cuidado. A tomada de decisão e os seus efeitos em qualquer uma das opções seguidas pelo enfermeiro são da sua responsabilidade.

3 - Conclusão

3.1. A decisão de «reanimar» ou «não reanimar» deverá ser uma decisão consensual da equipa de saúde, para que todos disponham do mesmo nível de informação. Segundo as boas práticas dos sistemas de informação em saúde, da continuidade de cuidados, deverá estar registada no processo clínico e especificado por escrito a natureza do tratamento ou dos meios terapêuticos a não aplicar ou suspender.

3.2. A decisão de «não reanimar» não deve ser tomada unilateralmente pelo enfermeiro, mas decidida em equipa de saúde com a sua participação. O enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica e deve, por isso, avaliar, em consciência, as razões que o poderão levar a recusar a participação em medidas terapêuticas ou de reanimação. A sua decisão, sempre dependente dos conhecimentos e competências que detém, deverá fundamentar-se na evidência e considerar o melhor interesse da pessoa.

É este, salvo melhor, o nosso parecer.

Foi relator José Cerqueira.

Aprovado por unanimidade na reunião plenária de 3 de março de 2009.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Responsabilidade profissional
Subcategoria: Dimensão deontológica do
Modelo de Desenvolvimento Profissional® (MDP®)

Parecer n.º 140/2009

Regime deontológico da responsabilidade profissional durante o «Exercício Profissional Tutelado» e «Desenvolvimento Profissional Tutelado» do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional® da Ordem dos Enfermeiros

Nota introdutória

A implementação do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP®) da Ordem dos Enfermeiros vai implicar a elaboração e respetiva aprovação de um conjunto de regulamentos. Uns serão elaborados pela Ordem, no âmbito das suas atribuições, e outros serão da responsabilidade do governo, conforme está previsto na alteração do Estatuto da Ordem.

Após a conceptualização pelo Conselho de Enfermagem dos diversos aspetos relacionados com o MDP®, compete agora ao Conselho Jurisdicional e antes da referida atividade regulamentar, identificar as questões de natureza jurisdicional e apresentar as respetivas soluções. À partida, ao Conselho Jurisdicional compete a análise da articulação do quadro conceptual definido com a Deontologia profissional de Enfermagem. Em concreto, importa clarificar, no novo enquadramento de desempenho criado, nomeadamente com o «Exercício Profissional Tutelado» (EPT) e o «Desenvolvimento Profissional Tutelado» (DPT), qual o regime de responsabilidade aplicável e quais os direitos, deveres e incompatibilidades atribuídos aos profissionais, nestes períodos. Ou seja, importa desenhar um quadro clarificador da Deontologia profissional de Enfermagem, interpretado para esta nova realidade, com vista à elaboração dos regulamentos previstos.

Assim, ao abrigo do Artigo 25.º, n.º 1, alínea h) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, o Conselho Jurisdicional emite o seguinte parecer:

Da responsabilidade profissional no EPT

Clarificado o conceito de EPT⁷⁰ como «um período de indução e transição para a prática profissional (...)

⁷⁰ Cf. Conselho de Enfermagem – Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional: Supervisão Clínica. 2009. p. 1.

suportando a gradual assunção da responsabilidade e intervenção autónoma, de forma segura para o profissional e para os clientes» que tem como objetivo «a transição dos licenciados a enfermeiros responsáveis por cuidados gerais», estamos agora em condições de adaptar a este desempenho, o regime da responsabilidade profissional em Enfermagem.

Do mesmo modo, encontrando-se definido o conceito de **supervisão clínica** como sendo um «processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica», é também necessário clarificar, do ponto de vista da responsabilidade profissional, qual o papel do supervisor clínico.

A responsabilidade disciplinar em Enfermagem é relativa aos **enfermeiros** e é assumida perante a Ordem dos Enfermeiros, nos termos do Artigo 53.º e seguintes do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. Com o início do EPT, há necessidade de regulamentar a norma do n.º 1 do Artigo 53.º, considerando que para além dos **enfermeiros**, os enfermeiros em EPT também «estão sujeitos à jurisdição disciplinar da Ordem, nos termos previstos no presente Estatuto e nos respectivos regulamentos».

O regime jurídico e deontológico da responsabilidade disciplinar em Enfermagem encontra-se definido na alínea b) do Artigo 79.º do EOE. Nos termos deste regime o enfermeiro é responsável «pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega». Assim, a responsabilidade disciplinar em Enfermagem encerra estas três dimensões: a responsabilidade pelas decisões; a responsabilidade pelos atos praticados e a responsabilidade pelos atos delegados. Quanto aos atos delegados, estes ocorrem nos termos do Artigo 10.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, que prescreve que «os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem».

Quanto às decisões, enquanto objeto de responsabilidade profissional, estas terão que ser analisadas no quadro conceptual definido para a **supervisão clínica** de EPT. Se o enfermeiro em EPT caminha no sentido da decisão autónoma e se essa capacidade para decidir e realizar os cuidados conforme ao decidido, constitui o fim do EPT, teremos um período de contínua progressão da autonomia para a decisão. Ao longo deste percurso, existirão um conjunto significativo de decisões de cuidado que serão assumidas pelo **supervisor clínico**, cabendo ao enfermeiro em EPT apenas a execução, no âmbito do seu processo de aprendizagem. Por estas decisões, será o seu autor a responder, ou seja o **supervisor clínico**. Se a decisão for tomada pelo supervisor e o cuidado executado pelo enfermeiro em EPT, o primeiro assumirá a responsabilidade pela decisão e o segundo pelo ato praticado. Deste modo, ficam separadas as autorias, da decisão e do ato «cuidado», o que pode originar dois responsáveis pelas consequências do mesmo cuidado, ficando assim garantida a proteção integral da pessoa cliente. Do mesmo modo, quer a decisão, quer o ato, têm imputados autores, cumprindo-se assim o regime da alínea b) do Artigo 79.º do EOE.

Relativamente aos atos praticados pelo enfermeiro em EPT, não poderão existir dúvidas de que estes serão da responsabilidade do agente, como de resto acontece em qualquer modalidade de responsabilidade, nomeadamente civil, penal ou administrativa. Considerando que os atos praticados resultam de processos de decisão em que estiveram envolvidos o enfermeiro em EPT e o **supervisor**, e que estes atos dependerão do nível de autonomia daquele, a responsabilidade será assumida por quem os praticou, no caso, o enfermeiro em EPT. De outro modo, se não respondesse pelo praticado, estaríamos a considerá-lo inimputável para estes atos, o que não faz sentido num licenciado que está em processo de autonomização profissional. De igual modo, tendo em conta a proteção dos clientes e considerando que o enfermeiro em EPT praticará de forma autónoma cada vez mais atos profissionais, assumindo a responsabilidade pelos cuidados prestados, o enfermeiro responde perante eles, pelas consequências dos seus atos.

No que se refere aos atos delegados, considerando que a delegação implica também autonomia para a decisão, é igualmente o enfermeiro em EPT a assumir a responsabilidade por eles. Não havendo autonomia suficiente para haver delegação por parte do enfermeiro em EPT, os atos delegáveis serão delegados pelo **supervisor clínico**, que assumirá, ele próprio, a autoria e a responsabilidade por aquilo que delegar.

Deste modo, podemos concluir que, durante o EPT, se aplica o regime jurídico e deontológico da responsabilidade disciplinar em Enfermagem, respondendo cada participante (enfermeiro em EPT e **supervisor clínico**) na medida da sua autoria na decisão ou no ato, praticado ou delegado.

Da responsabilidade profissional no DPT

O período de «Desenvolvimento Profissional Tutelado» (DPT) com vista à especialização em Enfermagem, está definido como um «período de socialização a um novo perfil de competências (especialista), suportando a gradual assunção da responsabilidade e intervenção autónoma, de forma segura para o profissional e para os clientes»⁷¹. Neste caso, são enfermeiros, detentores de cédula profissional e portanto aptos para a prestação de cuidados gerais de Enfermagem, que entram num período de desenvolvimento de competências tendo em conta a aquisição do título de enfermeiro especialista. São, assim, enfermeiros sujeitos ao regime de responsabilidade vigente. A sua entrada num período de desempenho com supervisão não altera a sua qualidade de agente autónomo para os cuidados gerais. O que é novo no seu desempenho é o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão autónoma enquanto enfermeiro especialista. Assim, o enfermeiro em DPT, apto a tomar decisões e a prestar cuidados de Enfermagem gerais, assume a responsabilidade profissional pelas decisões e pelos atos que praticar ou delegar, considerando a sua capacidade para gerir a sua própria autonomia profissional. Pelos atos que executar com decisão do **supervisor clínico**, assume a responsabilidade pelo ato, enquanto que o **supervisor** assume a responsabilidade pela decisão.

Deste modo, a responsabilidade profissional pelas decisões e pelos atos praticados ou delegados no âmbito

⁷¹ Cf. Conselho de Enfermagem – Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional: Supervisão Clínica. 2009. p. 1.

do DPT, é assumida pelo enfermeiro em DPT e/ou pelo **supervisor clínico**, na medida da sua autoria na decisão ou no ato praticado ou delegado, nos termos do regime vigente.

Da deontologia profissional no EPT e no DPT

A Deontologia profissional de Enfermagem tem como **disposição geral** no Artigo 74.º do EOE que «todos os enfermeiros membros da Ordem têm os direitos e os deveres decorrentes do presente Estatuto e da legislação em vigor, nos termos dos artigos seguintes». Assim, importa regulamentar esta norma e, em concreto, definir o regime dos direitos, dos deveres e das incompatibilidades para o enfermeiro em EPT e para o enfermeiro em DPT.

Dos direitos, dos deveres e das incompatibilidades dos profissionais em EPT

Quanto aos direitos, estes estão atribuídos no Artigo 75.º do EOE aos «membros efectivos» da Ordem. No âmbito do MDP®, só são membros efetivos os enfermeiros em DPT, enquanto que os enfermeiros em EPT têm uma inscrição provisória na Ordem, não sendo por isso membros efetivos.

Assim, e tendo em consideração a natureza da sua inscrição na Ordem, que sendo provisória pode não dar origem a uma inscrição efetiva, não devem gozar do direito de «eleger e ser eleito para os órgãos da Ordem», enunciado na alínea g) do n.º 1 do Artigo 75.º do EOE.

No que se refere aos deveres em geral, enunciados no Artigo 76.º do EOE e no Código Deontológico (Artigo 78.º a 92.º do EOE), devem ser cumpridos na íntegra pelo enfermeiro em EPT, uma vez que constituem a base para o exercício ético e para a responsabilidade disciplinar em Enfermagem.

Igualmente, o regime das incompatibilidades previsto no Artigo 77.º do EOE deve ser aplicado ao enfermeiro em EPT, uma vez que a sua fundamentação ética e a sua *ratio legis* residem na incompatibilidade entre atividades profissionais, independentemente de quem as exerça. No caso, o enfermeiro em EPT exerce a atividade profissional de Enfermagem, apesar da sua condição de candidato a título profissional definitivo.

Dos direitos, dos deveres e das incompatibilidades dos profissionais em DPT

O enfermeiro em DPT tem já uma inscrição efetiva na Ordem, pelo que não podem ser reduzidos direitos, deveres ou incompatibilidades. Assim, e nestes termos, os enfermeiros em DPT gozarão de todos os direitos consagrados no Artigo 75.º do EOE, cumprirão os deveres enunciados no Artigo 76.º do EOE e no Código Deontológico e estão sujeitos às incompatibilidades previstas no Artigo 77.º do EOE, do mesmo modo como até aí.

Foi relator Sérgio Deodato.

Aprovado por unanimidade na reunião plenária de 9 de setembro de 2009.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enfermeiro Sérgio Deodato
(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Objeção de consciência
Subcategoria: Objeção de consciência na
Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)

Parecer n.º 72/2008

Objeção de consciência nas consultas de interrupção voluntária da gravidez

1 - As questões colocadas

O solicitante acima identificado expõe a seguinte situação:

«É objeto de consciência»;

Refere que procedeu aos devidos trâmites de comunicação da sua condição de objeto de consciência;

«Tem sentido por parte de outros profissionais pressão pelo facto de ser objeto de consciência, o que atenta contra a sua dignidade pessoal, ética e moral (materializada verbalmente com afirmações como: «...tem de colaborar...», «...porque não custa nada dar uns comprimidos...», «...este serviço não é um serviço para ele estar...», e pressão dos profissionais médicos, que apesar de saberem, desde o início deste processo (há exatamente um ano) e de repetidas vezes ter sido chamada a atenção para o facto, insistem em pedir a colaboração ao enfermeiro em causa em vez de se dirigirem, conforme protocolo estabelecido pela equipa médica e de Enfermagem, aos enfermeiros, para prestarem os devidos cuidados de Enfermagem;

Tendo em conta o direito à objeção de consciência, (...), considera não fazer sentido ser solicitado para dar assistência nesta consulta (...);

Porque há dúvidas, quer na equipa médica, quer de Enfermagem, de quais são os limites onde a objeção de consciência se aplica;

Relevante também a informação do facto de a mesma equipa que faz consulta de aconselhamento poder estar a fazer consultas de outra especialidade como, por exemplo, planeamento familiar adolescente ou de consultas de referência no mesmo período, o que coloca alguns problemas no conhecimento do enfermeiro objeto de quando se trata de interrupção ou de acompanhamento de outra consulta;

Vem por este meio requerer parecer quanto às boas práticas de Enfermagem nestas situações, de modo a se definir o enquadramento e os comportamentos a adotar em situações futuras».

2 - Fundamentação

Para as considerações que tomaremos de seguida, urge clarificar o conceito de enfermeiro objeto de consciência. Assim, considera-se que aquele é o profissional que «por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que lhe não é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Deontológico», nos termos do Artigo 2.º do Regulamento do Exercício do Direito de Objeção de Consciência (REDOC), aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, em março de 2000, e o qual tem aplicabilidade a todos os membros efetivos.

Quanto ao âmbito do exercício de objeção de consciência, considera-se que este «é exercido face a uma ordem ou prescrição particular, cuja acção de Enfermagem a desenvolver esteja em oposição com as convicções religiosas, morais ou éticas do enfermeiro e perante a qual é manifestada a recusa para a sua concretização, fundamentada em razões de consciência», de acordo com o Artigo 4.º do mesmo Regulamento.

O direito do enfermeiro à objeção de consciência

A objeção de consciência é um direito fundamental, contemplado no n.º 6 do Artigo 41.º da Constituição da República Portuguesa. A liberdade de consciência é inviolável, sendo que, no exercício deste direito, nenhuma pessoa pode ser perseguida ou privada dos seus direitos. Do mesmo modo, no decurso deste direito, ninguém pode ficar isento das suas obrigações e deveres.

Relativamente à profissão de Enfermagem, e de acordo com os princípios gerais da Deontologia profissional, consignados no Artigo 78.º do Código Deontológico, incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), publicado no Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, «as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro». Observe-se que a objeção de consciência se encontra fundamentada no direito da pessoa à liberdade de consciência. Neste caso, aplica-se o respeito pela liberdade no exercício da sua autonomia e a preservação da sua dignidade de pessoa que decide incumprir uma ordem se esta atentar contra as suas convicções filosóficas, morais ou religiosas. Neste contexto, perante determinada situação, o enfermeiro pode optar por não agir.

O enfermeiro vê o seu direito à objeção de consciência contemplado no Artigo 92.º do Código Deontológico, incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicado no Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, onde, no seu n.º 2, se clarifica que do exercício do direito à objeção de consciência não poderá advir qualquer prejuízo pessoal ou profissional. Sublinhe-se que o desrespeito pela qualidade de objeto constitui não só infração dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão mas, também, de um dos direitos fundamentais constantes na Constituição da República Portuguesa, estando sujeito aos procedimentos e respetivas sanções previstas na lei.

Mais especificamente, quanto à interrupção voluntária da gravidez (IVG), a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, sobre a exclusão de ilicitude nos casos de IVG, no n.º 1 do seu Artigo 6.º, versa sobre a objeção de consciência e concretiza que o exercício deste direito se estende a todos e quaisquer atos que se encontrem no âmbito dos procedimentos e cuidados inerentes à IVG. Interessa considerar que, nos termos do n.º 2 do referido artigo (e em defesa do respeito pela decisão da pessoa), os enfermeiros objetores de consciência

não podem participar nas consultas anteriores àquela em que se efetua a IVG e se encontrem, no âmbito dos procedimentos inerentes a este ato, ou seja, todas as previstas na alínea b) do n.º 4 do referido artigo. De modo semelhante (agora na defesa do respeito pela condição de objeto do enfermeiro), deve considerar-se a objeção de consciência relativamente às restantes consultas e procedimentos a jusante do ato de IVG e que, de acordo com a lei, se enquadram no mesmo contexto. Em resumo, se a já referida Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, considera obrigatória a disponibilização de uma consulta de planeamento familiar específica a todas as mulheres grávidas que solicitem a IVG nos termos definidos na lei, pelas instituições onde se pratique este procedimento, logo, esta consulta inclui-se no contexto da IVG (n.º 4 do Artigo 2.º da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril).

Considerando o princípio da coerência e da transparência do agir na profissão, devem ser respeitadas determinadas condições, nomeadamente, conforme se prevê no n.º 3 do Artigo 6.º da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, a manifestação da condição de objeto produz efeitos, qualquer que seja a natureza dos estabelecimentos de saúde (pública ou privada) nos quais o profissional preste serviços. Relativamente à ilegitimidade da objeção de consciência, o Artigo 9.º do REDOC clarifica que esta ocorre quando se comprova o exercício anterior ou contemporâneo pelo enfermeiro, em situação idêntica ou semelhante àquela que pretende recusar, desde que não tenha ocorrido alteração dos motivos que fundamentam a objeção (ordem filosófica, ética, moral ou religiosa). Resta ainda sublinhar que o exercício ilegítimo da objeção de consciência é uma infração dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão, estando sujeito às sanções previstas na lei e no Regimento Disciplinar.

O direito dos clientes ao cuidado e aos cuidados de qualidade

Confirmado o reconhecimento de idêntico respeito pela dignidade e autonomia das pessoas, em geral, e dos enfermeiros e clientes dos cuidados, em particular, acresce, no entanto, ao enfermeiro, por via do seu Código Deontológico, o respeito pelos deveres para com a profissão e a responsabilidade como enfermeiro perante a sociedade, tal como se preconiza nos princípios orientadores da atividade profissional, no n.º 3 do Artigo 78.º do EOE.

Concomitantemente, neste, como em outros casos, ao exercício da liberdade e da autonomia individuais acresce a responsabilidade perante as consequências da aplicação da objeção de consciência. O Artigo 92.º do Código Deontológico confere ao enfermeiro a responsabilidade inerente ao exercício da objeção de consciência, nomeadamente, os deveres necessários na garantia da salvaguarda das pessoas: proceder segundo os regulamentos (entenda-se REDOC, nos seus Artigos 5.º e 6.º) da Ordem dos Enfermeiros, efetuar atempadamente os procedimentos legais para declaração de objeto de consciência ao seu imediato superior hierárquico, à instituição ou instituições onde preste cuidados, e à Ordem dos Enfermeiros, devendo cumprir ainda outros procedimentos internos solicitados pela instituição/instituições onde preste serviços. Por fim, respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde.

A necessária informação da qualidade de objeto permite que as instituições de saúde procedam em tempo útil à gestão dos recursos disponíveis para que o respeito pelos direitos de pessoas e enfermeiros não comprometa o normal funcionamento dos serviços. Em consonância com o estabelecido no Código De-

ontológico e no REDOC, já descrito, o n.º 4 do Artigo 6.º da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, estabelece a obrigação de manifestar em documento escrito a qualidade de objeter ao diretor de Enfermagem de todas as instituições onde exerça funções e se pratique a IVG. Os n.ºs 3 e 4 do Artigo 12.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, que estabelece as medidas a adotar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos, clarifica que «Os profissionais de saúde objectores de consciência devem assegurar o encaminhamento das mulheres grávidas que solicitem a interrupção da gravidez para os serviços competentes, dentro dos prazos legais» e «os estabelecimentos de saúde oficiais em que a existência de objectores de consciência impossibilite a realização da interrupção da gravidez nos termos e prazos legais devem garantir a sua realização, adoptando, sob coordenação da administração regional de saúde territorialmente competente, as adequadas formas de colaboração com outros estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos e assumindo os encargos daí resultantes».

Assente no direito da pessoa ao cuidado, contemplado no Artigo 83.º do EOE, atenda-se que o enfermeiro se compromete a agir em tempo útil, fazendo uso dos conhecimentos e capacidades adequados e necessários a cada cliente, em qualquer situação. Daí aplica-se, igualmente, este princípio, no caso de não ser substituído atempada e legitimamente no seu posto de trabalho, não obstante ter manifestado, de acordo com todos os procedimentos legais, a sua condição de objeter de consciência. Em resumo, em situação alguma o exercício dos direitos do enfermeiro pode colidir prejudicando a segurança das pessoas e o seu direito aos cuidados de qualidade.

Para melhor compreensão da operacionalização da objeção de consciência, sugere-se ainda a consulta do documento «Sinopse e Esquematização – Objeção de Consciência», do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, de 2007, disponível no *site* da Ordem dos Enfermeiros.

3 - Conclusões

Face ao solicitado e com base nestes pressupostos entende-se que:

- a) O exercício da objeção de consciência é um direito inalienável da pessoa. Subjaz, no entanto, para o enfermeiro o respeito pelos deveres para com a profissão: a salvaguarda do direito dos clientes ao cuidado. Na existência de conflito de valores entre o direito do enfermeiro à objeção de consciência e o direito da pessoa ao cuidado, e face à indisponibilidade absoluta de substituição do enfermeiro em questão, prevalece o direito ao cuidado.
- b) O enfermeiro é responsável por manifestar, de acordo com os trâmites legais e atempadamente, a sua condição de objeter de consciência, possibilitando o desencadear por parte das instituições das medidas necessárias para, no respeito ao direito do enfermeiro, garantir a qualidade dos cuidados.
- c) As instituições de saúde, quando devidamente informadas, nos termos da legislação vigente, estão obrigadas a assegurar os cuidados de saúde necessários às pessoas, ou na sua impossibilidade, encaminhar as mesmas para os serviços que garantam os referidos cuidados.
- d) O desrespeito pela qualidade de objeter constitui não só infração dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão, mas também de um dos direitos fundamentais constantes na Constituição da República Portuguesa, estando sujeito aos procedimentos e respetivas sanções previstas na lei.

Foi relatora Angela Trindade.

Discutido e votado por unanimidade em reunião plenária de 9 de dezembro de 2008.

Pel' O Conselho Jurisdicional

Enf.º Sérgio Deodato

(presidente)

Pareceres do Conselho Jurisdicional

Categoria: Segurança da informação e sigilo profissional

Subcategoria: Segurança da informação

Parecer n.º 194/2010

Segurança da informação em saúde e sigilo profissional em Enfermagem

O Conselho Jurisdicional, enquanto **supremo órgão jurisdicional** da Ordem dos Enfermeiros e decorrente da sua função interpretativa da lei enquadrada nesta suprema competência, nos termos do n.º 1 do Artigo 24.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, emite o seguinte Parecer relativo ao regime deontológico da segurança da informação de saúde e do sigilo profissional de Enfermagem.

Nos termos conjugados do n.º 1 do Artigo 24.º e do n.º 1 do Artigo 2.º do EOE, a interpretação ora feita é aplicável ao exercício profissional de Enfermagem em todo o «território da República Portuguesa».

1 - Enquadramento

A **Segurança da Informação** foi o tema adotado para as diversas atividades que o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros realizou ao longo do ano de 2009. A principal atividade de aprofundamento da reflexão ética de Enfermagem, o Seminário de Ética, na sua décima edição realizada em 25 de setembro no Porto, trouxe um valioso contributo para a identificação de problemas e para a procura de princípios éticos relacionados com este tema.

Este ano de trabalho neste domínio permite-nos agora enriquecer e desenvolver a reflexão ética e criar nova doutrina interpretativa da Deontologia de Enfermagem nestas matérias. Permite-nos igualmente enunciar os princípios e estabelecer orientações mais claras de harmonização entre as normas deontológicas e o restante quadro jurídico nos domínios da informação de saúde e do sigilo profissional.

2 - Área de regulamentação

A **Segurança da Informação** constitui uma dimensão do domínio mais amplo da informação de saúde. Refere-se em concreto aos problemas relacionados com a necessidade do dever de guarda da informação das pessoas, recolhida e produzida pelos profissionais de saúde.

Em especial, interessa à Ordem dos Enfermeiros e ao Conselho Jurisdicional, por força da função pública que exercem, a regulamentação quanto à segurança da informação de Enfermagem. Daí que, em ligação

direta com esta área problemática, consideremos o dever de sigilo dos enfermeiros como mecanismo deontológico de garantia dessa segurança. É este quadro deontológico, com as suas normas específicas, que importa interpretar, em harmonia com as restantes normas jurídicas afins, tendo como base os princípios éticos e jurídicos aplicáveis.

3 - Fundamentação

Princípios éticos e jurídicos

A informação de saúde recolhida pelos profissionais de saúde resulta da necessidade que estes têm em conhecer determinados detalhes da vida das pessoas, no sentido de planearem a melhor resposta em termos de cuidados de saúde. A informação de Enfermagem constitui uma parcela do todo que é a informação de saúde e suporta-se nos mesmos princípios éticos e jurídicos.

Os dados de saúde das pessoas são recolhidos, em primeiro lugar, daquilo que estas nos transmitem. Deste modo, a decisão de cada um de fornecer informação sobre si é uma decisão individual, livre, em resultado do princípio da autonomia que hoje consideramos consagrado em saúde. De facto, os profissionais de saúde procuram a informação que necessitam, mas obtêm aquela que cada pessoa decide fornecer. É desta forma que o autogoverno sobre si, enquanto expressão da autonomia pessoal, se concretiza.

De todo o modo, a informação de saúde não é fornecida isolada, mas é transmitida no seio de uma relação que a pessoa estabelece com o profissional de saúde. Uma relação que assenta na confiança como garantia da guarda do segredo. As pessoas confiam-se aos profissionais e confiam a informação sobre si. É deste modo que devemos entender a confiança como uma base ética essencial à recolha de dados de saúde em geral e de Enfermagem em particular.

Na mesma linha de análise e decorrente daquilo que é a natureza da atividade em saúde, que hoje se realiza predominantemente no contexto de equipas multidisciplinares, o dever de sigilo estende-se também à informação que é produzida e que resulta dos processos de trabalho intrínsecos à multidisciplinaridade. Estamos a falar de informação cuja fonte não é o cliente ou pessoas significativas, mas os próprios profissionais envolvidos nos tratamentos das pessoas e que se constitui *ex novo* em cada contacto que as pessoas realizam com as equipas de saúde ao longo do seu ciclo vital. Esta informação, que resulta dos juízos diagnósticos sobre as pessoas, do planeamento das intervenções, da avaliação dos resultados e das intervenções realizadas, é essencial para a garantia da segurança e da continuidade das intervenções, tem o mesmo fundamento ético e, como tal, terá de estar sujeita ao mesmo regime de garantia de confidencialidade.

Numa outra perspetiva, devemos equacionar a titularidade dos dados de saúde. Atualmente, o regime jurídico da informação de saúde, estabelecido na Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, prevê, inequivocamente no seu Artigo 3.º, que a informação das pessoas é sua «propriedade». A utilização da expressão «propriedade» pelo legislador quererá vincar a natureza pessoal da titularidade dos dados de saúde. Através deste princípio, clarificou-se em definitivo a natureza da informação de saúde, consagrando-se a informação como uma dimensão não destacável da vida das pessoas. De tal forma, que às organizações de saúde cabe a guarda dessa informação que não lhes pertence, constituindo-se como **depositários**, conservando fielmente o depósito dessa informação, «a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados

e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei», como estabelece o n.º 1 do Artigo 3.º da referida Lei. Do mesmo modo, a lei de proteção de dados pessoais (Lei n.º 67/98, de 26 de outubro) atribui, no n.º 1 do seu Artigo 7.º, a natureza de **dados sensíveis** à informação de saúde, a par dos dados relativos a «convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica (...) à vida sexual, incluindo os dados genéticos», consagrando-lhe um regime jurídico com especial proteção, nomeadamente quanto ao tratamento dos dados. Deste modo, a partilha de dados de saúde com terceiros fica fortemente condicionada, em resultado deste regime jurídico.

Outra questão que deve ser analisada é relativa ao acesso aos dados de saúde pelo seu titular. Sendo **proprietário** da sua informação de saúde, devemos questionar sobre se cada pessoa tem acesso livre aos seus dados de saúde, nomeadamente ao seu **processo clínico**.

Nesta reflexão, necessitamos chamar à colação, para além do já referido princípio da autonomia, outros fundamentos éticos. Devemos, em primeiro lugar, considerar o titular da informação como pessoa plena, dotada de dignidade e de direitos, mas ao mesmo tempo especialmente vulnerável nas situações de saúde/doença. Uma pessoa que recorre aos profissionais para resolver os seus problemas de saúde, na procura do melhor bem-estar possível. Como sabemos, o acesso a informação de saúde que não seja **boa notícia** pode causar, ela própria, uma situação de mal-estar e até de doença súbita. Deste modo, não seria eticamente aceitável que aqueles que assumem o dever de proteger o outro pudessem agir no sentido de lhe causar desconforto ou dano.

É com base neste sentido de proteção do outro em todas as circunstâncias que o profissional de saúde, na transmissão da informação de saúde ao próprio, deve manter um adequado agir ético. Em concreto, cabe aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros em particular, considerar a transmissão da informação como uma intervenção, levada a cabo no respeito pelos valores e pelos princípios éticos da profissão. Isto significa que compete ao profissional de saúde assumir a responsabilidade pela transmissão da informação de saúde que recolheu, fazendo dessa transmissão um ato terapêutico.

Encontramo-nos, assim, no domínio do princípio da mediação na transmissão da informação, segundo o qual o acesso aos dados de saúde deve ser feito através de profissional de saúde, no sentido de garantir uma adequada interpretação e, ao mesmo tempo, impedir riscos para a saúde, nos casos particulares de **más notícias**. Trata-se, não de limitar a autonomia individual, mas de harmonizar esta com o princípio da proteção da pessoa.

Estes princípios encontram-se consagrados no regime jurídico da informação de saúde, nomeadamente no n.º 2 do Artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 janeiro, que estabelece que «o titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial (...)». No mesmo sentido, prescreve o Artigo 157.º do Código Penal, relativamente ao consentimento em saúde, que este «só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica». É por esta razão que o regime de acesso aos dados de saúde, estabelecido no n.º 3 do Artigo 3.º e do n.º 5 do Artigo 5.º da referida lei de informação de saúde, assim como no n.º 5 do Artigo 11.º da lei de proteção de dados (Lei n.º 67/98, de 26 de outubro), prevê a mediação através de «médico».

Naturalmente que esta previsão deve ser estendida também aos enfermeiros, por aplicação do princípio

da autonomia profissional do enfermeiro [estabelecido no n.º 3 do Artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 21 de setembro, e conjugado com a alínea a) do Artigo 84.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 setembro, como analisa o Parecer n.º 105/2009 do Conselho Jurisdicional], assim como aos demais profissionais de saúde de exercício autónomo.

Regime deontológico da informação de Enfermagem e do sigilo profissional do enfermeiro

A **segurança da informação** de Enfermagem encontra uma inequívoca proteção da Deontologia profissional de Enfermagem. Desde logo, o princípio do respeito pela dignidade humana, consagrado no n.º 1 do Artigo 78.º do EOE, determina que os dados de saúde das pessoas, na medida em que integram a personalidade de cada um, ficam abrangidos por esta proteção pela pessoa e pelos bens jurídicos que a integram. De outro modo, considerando a informação de saúde da esfera privada de cada pessoa, o respeito pela privacidade, sendo um direito humano (consagrado no Artigo 12.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos e no n.º 1 do Artigo 26.º da Constituição), está salvaguardado no princípio enunciado na alínea b) do n.º 3 do Artigo 78.º do EOE.

Considerando a especificidade da transmissão da informação ao seu titular, e bem assim aos seus familiares, o Código Deontológico dos enfermeiros estabelece, na alínea c) do n.º 2 do Artigo 78.º do EOE, como valor universal da profissão, a **verdade e a justiça**. No mesmo sentido, o Artigo 84.º do EOE estabelece na sua alínea c) o dever de «atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem». Neste sentido, o dever de informar consagra em si a segurança da informação, determinando que a transmissão de dados de Enfermagem ao próprio se insira numa relação de cuidado, mantendo a proteção da pessoa em causa. Ou seja, a transmissão da informação deve atender ao especial dever de cuidado, procurando-se a harmonia entre dizer a verdade e a justa medida da capacidade para lidar com ela, tendo em vista o bem-estar da pessoa, devendo o enfermeiro guardar em segurança a informação que, naquele momento, possa ser-lhe prejudicial. É deste modo que se concretiza o princípio da mediação na transmissão da informação de Enfermagem.

De outro modo, a segurança da informação de Enfermagem encontra plena proteção no dever de sigilo, prescrito no Artigo 85.º do EOE.

A alínea a) deste artigo estabelece que o enfermeiro assume o dever de «considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte». Deste modo, a expressão «toda a informação» estabelece de forma inequívoca a previsão de que não há nenhum dado, independentemente da sua origem, que não esteja sujeito a sigilo profissional. Assim, dados biográficos, profissionais, académicos ou outros, para além dos específicos dados de saúde, encontram-se na esfera de proteção deste dever, pelo que deverão ser considerados pelo enfermeiro como confidenciais e, por isso, sujeitos a segredo.

Relativamente à partilha da informação com outros além do seu titular, a alínea b) deste artigo estabelece o regime. O enfermeiro mantém a informação da pessoa ao seu cuidado em segurança, assumindo o dever de «partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como

os seus direitos». Deste modo, qualquer pessoa ou entidade, para além do titular da informação, é considerado terceiro face à relação de cuidado de Enfermagem e não tem qualquer direito a receber informação de saúde de outros. Mesmo perante os familiares, só poderá haver quebra de sigilo se forem preenchidos os requisitos desta alínea. Ou seja, apenas se estiverem **implicados no plano terapêutico**, por exemplo sendo cuidadores informais, mas tendo em conta proporcionar **bem-estar** ou proteger os **direitos** da pessoa cuidada.

Do mesmo modo, nos termos da alínea c) do mesmo Artigo 85.º do EOE, o enfermeiro apenas poderá «divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico». Na previsão desta norma devemos enquadrar os casos em que a informação de Enfermagem pode ser necessária em casos de investigação criminal. De facto, nos termos da lei, todos temos o dever de colaborar com a Justiça. Todavia, este dever de colaborar com a Justiça não se sobrepõe ao dever de sigilo do enfermeiro. Assim, a divulgação de informação de Enfermagem perante as entidades policiais ou judiciais deve obedecer ao estipulado nas normas jurídicas respetivas. De facto, o Artigo 135.º do Código de Processo Penal prevê, no seu n.º 1, a possibilidade do enfermeiro se escusar a depor em processos crime. O mesmo artigo estabelece nos seus números 2 e 3 a possibilidade da autoridade judiciária [o juiz, o juiz de instrução ou o Ministério Público, nos termos da alínea b) do Artigo 1.º do Código de Processo Penal] ordenar a prestação de depoimento, com quebra de sigilo, «sempre que esta se mostre justificada, segundo o princípio da prevalência do interesse preponderante, nomeadamente tendo em conta a imprescindibilidade do depoimento para a descoberta da verdade, a gravidade do crime e a necessidade de protecção de bens jurídicos». Todavia, este procedimento por parte da autoridade judiciária é decidido, nos termos do n.º 4 do mesmo Artigo 135.º do Código de Processo Penal, «ouvido o organismo representativo da profissão relacionado com o segredo profissional em causa», ou seja, o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.

Assim sendo, verificamos que há uma clara harmonia entre o regime deontológico do sigilo profissional do enfermeiro, estabelecido no Artigo 85.º do EOE, e a eventual quebra de segredo, nos casos de investigação criminal. De tal modo que, da mesma forma que o enfermeiro vê consagrado o direito e prescrito o dever de solicitar aconselhamento deontológico ao Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros [nos termos da alínea c) do referido Artigo 85.º *in fine*], também a autoridade judiciária que preveja a possibilidade de necessitar do depoimento do enfermeiro, com a consequente quebra de segredo, está igualmente obrigada a solicitar parecer a este órgão.

De outro modo, não havendo regime jurídico estabelecido para uma eventual quebra de sigilo fora da previsão do referido Artigo 135.º do Código de Processo Penal, o enfermeiro não deve revelar informação confidencial para quaisquer outras entidades, nomeadamente autoridades policiais. A eventual necessidade de partilha de informação de Enfermagem com entidades que exerçam funções de investigação judicial ou que se destinem a proteger pessoas em risco, deve, na ausência de regime jurídico próprio, ser objeto de regulamentação específica, nomeadamente através de protocolos das entidades envolvidas, após o necessário Parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, no sentido de garantir a harmonia com a Deontologia Profissional de Enfermagem, concretamente o regime deontológico do dever de sigilo. A última norma do referido Artigo 85.º do EOE prescreve o dever do enfermeiro «manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados». Deste modo, sendo necessária a informação de saúde de uma pessoa para estes fins, esta deve ser usada de forma não nominal, sem ligação ao seu titular, mantendo-se assim o anonimato da pessoa em

causa. Desta forma, a segurança da informação é mantida, uma vez que não é possível estabelecer relação entre os dados e a pessoa sua titular.

4 - Conclusões

- a) Tendo em conta a fundamentação ética e jurídica discutida, a informação de saúde das pessoas e o tratamento dos seus dados pelos enfermeiros deve ter por base os princípios da confiança que obriga à guarda da informação recolhida, da titularidade da informação que legitima que os dados recolhidos pertençam ao próprio, e o princípio da mediação na transmissão da informação que estabelece a necessidade do enfermeiro assumir como uma intervenção autónoma e exclusiva o fornecimento dos dados de Enfermagem ao próprio.
- b) A transmissão da informação de Enfermagem ao seu titular deve basear-se no princípio da mediação, devendo o enfermeiro, nos termos da alínea c) do Artigo 84.º do EOE, decidir em cada circunstância concreta sobre a informação a fornecer, tendo em vista a manutenção da relação de cuidado e mantendo como finalidade da sua intervenção, o bem-estar da pessoa.
- c) Para efeitos de sigilo profissional, deve considerar-se toda a informação recolhida e produzida como confidencial, nos termos da alínea a) do Artigo 85.º do EOE, não sendo assim possível revelá-la a nenhuma outra pessoa ou entidade.
- d) A partilha de informação com outros deve ser apenas feita com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, ou seja, os outros profissionais da equipa de saúde de cada pessoa em causa e os seus familiares, na estrita medida em que esta partilha seja necessária para garantir o bem-estar ou os direitos da pessoa cuidada, como estabelecido na alínea b) do referido Artigo 85.º do EOE.
- e) Nas situações de necessidade de quebra de sigilo em processos penais, o enfermeiro tem o direito e assume o dever de pedir prévio aconselhamento deontológico ao Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros e deve ver garantido que a decisão da autoridade judiciária de chamá-lo a depor obteve parecer prévio do mesmo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, nos termos da alínea c) do Artigo 85.º do EOE e do n.º 4 do Artigo 135.º do Código de Processo Penal.
- f) A partilha de informação com autoridades policiais ou outras entidades com funções públicas de proteção das pessoas deve fazer-se, na ausência de regime jurídico próprio, mediante normas regulamentares ou protocolares institucionais, após parecer do Conselho Jurisdicional, de modo a garantir a aplicação do regime deontológico do sigilo profissional do enfermeiro, estabelecido no Artigo 85.º do EOE.
- g) Nas situações de investigação, ensino e avaliação da qualidade, os dados de Enfermagem fornecidos devem manter o anonimato das pessoas, nos termos da alínea d) do Artigo 85.º do EOE.

Aprovado por unanimidade em reunião extraordinária do plenário do Conselho Jurisdicional de 25 de março de 2010.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.º Sérgio Deodato
(presidente)

PARTE IV

Tomadas de
posição e
enunciados de
posição

Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG)

Eutanásia

Perspectiva ética e deontológica da segurança dos clientes

Delegação e supervisão de cuidados de Enfermagem

Consentimento

Direitos humanos e Deontologia de Enfermagem: desenhando o sentido, perspetivando o futuro. Texto final do IX Seminário de Ética, 2008

Enunciado de posição sobre Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)

Parecer n.º 35/2002

A Ordem dos Enfermeiros tem como desígnio fundamental «promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controle do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional» (Artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).

Um dos deveres deontológicos a que os enfermeiros estão obrigados, é «exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população» (Artigo 76.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) e ainda: «o enfermeiro no respeito do direito da pessoa igual à vida, durante todo o ciclo vital, assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias» (Artigo 82.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).

Assim, no que concerne a uma tomada de posição sobre Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG), há que ter em conta que:

A IVG é uma problemática em permanente discussão e debate social, sem que se consiga chegar a um consenso, visto ser um tema que toca valores muito profundos de cada pessoa, como o da inviolabilidade e respeito pela vida e o carácter único e insubstituível de cada ser humano. No entanto, atualmente poucos são os que adotam uma postura de total intransigência relativamente à IVG, apesar de limitarem o recurso ao abortamento apenas a casos verdadeiramente excepcionais, dignificando ao máximo o respeito pela vida humana.

A lei portuguesa, continuando a manter a regra geral da punibilidade do abortamento, enquanto «acto de extrair ou de forçar a expulsão do útero, do produto da concepção antes da sua viabilidade», descriminaliza-o em certas circunstâncias terapêuticas, ético-criminológicas (violação) ou eugénicas, sem que isso signifique que o preconiza. Pressupõe também, o livre consentimento dos pais, sendo por isso eticamente reprovável impô-lo; no entanto, desde que obedecendo aos critérios da lei da descriminalização do aborto, deve ser respeitado.

Os direitos do embrião/feto parecem estar aqui em colisão com o poder paternal absoluto, exercido nesta fase muito precoce da vida. Há que refletir sobre o conflito entre o direito do feto à vida, à saúde e ao acolhimento e a capacidade dos pais poderem dispor do destino dos seus filhos dentro do útero e o direito à autonomia e, por vezes, à integridade física e psíquica da mãe.

A nível da sociedade portuguesa, a procura de uma tomada de posição referendada (junho/1998) sobre a liberalização do aborto até às dez semanas de gestação, foi pouco conclusiva, devido à grande percentagem

de abstenção e à pequena prevalência do «não». Algumas facções políticas portuguesas são de opinião de que se deveria referendar de novo esta matéria, outras consideram que deve ser a Assembleia da República a tomar a decisão e outras ainda, são totalmente contra a discussão deste assunto, visto ter a ver com questões éticas complexas e sensíveis da consciência individual de cada um.

O Parlamento Europeu defendeu recentemente (junho/2002) a despenalização da IVG, em todos os Estados membros da União Europeia. No entanto, há quem defenda que todas as questões ligadas à prestação de cuidados em matéria de saúde sexual e reprodutiva, devem ser da exclusiva competência dos Estados membros.

O que está por detrás de toda a discussão sobre o abortamento é a não existência de consenso entre os que sustentam que o ser humano tem direitos e merece toda a proteção desde a conceção e os que defendem que o ser humano adquire direitos progressivamente com o desenvolvimento embrionário, até ao nascimento. Não existe consenso sobre a definição de pessoa ou, mais concretamente, sobre o início da vida humana não ser uma questão biológica (pois biologicamente não existiria dúvidas de que coincidiria com o momento da fecundação), mas sim normativa e valorativa, daí remeter para o direito interno de cada Estado a concretização de legislação.

O Comité Francês de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde considera que o embrião humano deve ser considerado como «pessoa potencial desde o momento da conceção». O Parlamento Europeu, na sequência de audições públicas levadas a cabo pela Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos, elaborou extenso relatório no qual afirma sem hesitações, que «a vida humana começa com a fecundação e desenvolve-se sem saltos de qualidade, numa continuidade permanente até à morte». Entre nós, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (fevereiro/93), ao emitir parecer sobre o momento a partir do qual o embrião humano está revestido de dignidade de pessoa humana, entendeu que «enquanto a controvérsia não for resolvida e subsistir a dúvida, deve prevalecer o princípio ético que estabelece ser gravemente ilícito atentar contra uma entidade que se dúvida se, sim ou não, constitui um sujeito investido de plena dignidade humana».

O embrião/feto é praticamente ignorado nas Declarações de Direitos que têm sido proclamadas a nível mundial. Só recentemente a Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Biomedicina (1997) fez algumas referências à vida intrauterina, começando a falar-se do embrião/feto e da vida fetal como sujeito de direitos. É indiscutível, à luz do atual conhecimento, que o embrião/feto necessita de tutela jurídica e a sua proteção configura-se como um dever do Estado.

Ao abrigo do n.º 1 do Artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa, onde se proclama que a «vida é inviolável», o embrião/feto encontra-se protegido, mas não goza de proteção do direito à vida, enquanto direito fundamental porque, segundo o Artigo 66.º do Código Civil, ele só adquire personalidade jurídica no momento do nascimento completo e com vida; só a partir daí é reconhecido pelo Direito como titular de direitos e obrigações. Considerando-se, do ponto de vista jurídico, que em determinadas situações, se o bem jurídico vida intrauterina se encontra em conflito com outros bens ou direitos constitucionalmente protegidos, como a vida ou integridade física ou psíquica da mãe e o seu direito a uma maternidade consciente, o direito do embrião/feto pode mesmo ter de ceder com destruição da sua própria vida.

O facto de a IVG ser praticada em circunstâncias específicas, de acordo com a legislação portuguesa (Artigo 142.º do Código Penal, com a redação que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março), não o torna numa ação boa, do ponto de vista da avaliação ética, apenas significa que a socie-

dade, através do seu legislador, confere aos casais alguma autonomia no que se refere às suas escolhas reprodutivas. Esta autodeterminação poderá permitir-lhes interromper a gravidez quando exista um motivo suficientemente válido. A legislação portuguesa reflete esta dupla tendência: por um lado, o direito à autodeterminação no que respeita às escolhas reprodutivas e, por outro, o reconhecimento de que o embrião/feto deve ser não só reconhecido, mas também um sujeito portador de direitos e interesses fundamentais.

A Lei n.º 90/97, de 30 de julho, determina os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de IVG. No entanto, o Conselho Nacional de Ética e Ciências da Vida defende que não é relevante a questão do prazo ou sua extensão, para as causas de exclusão de ilicitude, dado que a questão ética de fundo é a própria IVG e não a fase da vida pré-natal em que é praticada (posição sobre o procedimento a adotar em caso de fetos vivos, resultantes de abortamento – 28/CNECV/99). O Código Penal, na medida em que estabelece prazos em relação à admissibilidade da IVG, confere ao embrião/feto apenas uma «proteção escalonada».

Quando se trata de IVG, estamos a lidar com duas entidades humanas distintas, a mãe e o feto/embrião, pelo que é difícil determinar com clareza quem está a ser beneficiado com uma determinada ação. Não podemos ser tentados a conferir apenas à mãe o direito à autodeterminação, sem nos interrogarmos quando é que os seus interesses prevalecem sobre os do feto. Por um lado, temos o direito da mulher poder dispor livremente do seu corpo e, por outro, o direito do embrião/feto de ser reconhecido como um novo ser humano e, portanto, merecedor do maior respeito e com interesses e direitos, do ponto de vista ético (e não jurídico).

O direito à privacidade individual tem sido frequentemente invocado como justificação ético-legal para a IVG, por motivos alheios à saúde materna, isto é, quando não está em causa um aborto terapêutico. Mas, neste caso, a liberdade ética da mulher grávida seria exercida independentemente de quaisquer direitos ou interesses embrionários ou fetais. Caso se reconheçam esses direitos, há que encontrar uma justificação eticamente válida para avaliar os diferentes interesses e direitos em jogo e quais deles devem prevalecer.

Apesar do sentir dominante da população portuguesa, parece ir ao encontro da perspetiva de que a IVG deve ser restringida a situações excecionais, como o aborto terapêutico, o aborto eugénico e o aborto social e, assim, de que são as circunstâncias que rodeiam a prática da IVG, o pilar fundamental da sua avaliação ética. No entanto, declarações éticas e princípios deontológicos não são sinónimo de regulamentação legal; importa que o respeito que é devido ao ser humano, desde a sua conceção, seja garantido através de explícitação de alguns dos seus direitos.

O Artigo 24.º, n.º 1 da Constituição da República Portuguesa, ao afirmar a inviolabilidade da vida humana, não faz qualquer distinção sobre a natureza extra e intrauterina dessa mesma vida, pelo que a garantia da sua inviolabilidade deve ser tida em conta «ao longo de todo o ciclo vital e em todas as circunstâncias» (Artigo 82.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). É neste pressuposto que devem assentar todos os atos de Enfermagem.

Conclusão

- a) O enfermeiro, no cumprimento do seu Código Deontológico e das leis vigentes, tem o dever de respeitar, proteger e defender a vida humana, em qualquer circunstância, sem distinção da sua natureza intra ou extrauterina;
- b) Não faz parte das competências dos enfermeiros proceder autonomamente a uma IVG, mas ape-

nas o desempenho de funções interdependentes associadas ao método da IVG adotado pelo médico ou a administração de terapêutica devidamente prescrita por este;

- c) Independentemente dos valores individuais do enfermeiro, a decisão de interromper ou não uma gravidez deve ser respeitada, nos termos da lei vigente;
- d) Ao enfermeiro é reconhecido o direito à objeção de consciência, nos termos do Artigo 92.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Foi relatora Manuela Amaral.

Apresentado à votação e aprovado por unanimidade na reunião plenária de 3 de novembro de 2002.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.ª Margarida Vieira
(presidente)

Enunciado de posição relativo à eutanásia

Parecer n.º 36/2002

Enquadramento

As diversas utilizações que tem tido a palavra e a ambiguidade do termo levam a que seja necessário clarificar, em primeiro lugar, o que se quer dizer quando se fala de eutanásia.

O Relatório da Comissão Europeia sobre os Direitos do Doente descreve eutanásia como «qualquer morte que não seja inteiramente natural, nem acidental (o que supõe que uma decisão é tomada conscientemente), nem um suicídio (para o qual se requer a intervenção do interessado), nem um assassínio (portanto, não é morte contrária à vontade do interessado)».

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, no parecer sobre aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida (11/CNECV/95), considera eutanásia a morte deliberada e intencional de uma pessoa, na sequência de pedido consciente desta, por profissional que acolheu o pedido e decidiu dar-lhe execução, distinguindo de suicídio assistido e de abstenção de terapêuticas inúteis ou daquelas que o doente recusa.

Assim, considera-se **eutanásia** a ação iniciada pelo profissional de saúde que tem como fim pôr termo à vida, a pedido expresso do interessado. Ou seja, o processo de morte é deliberadamente provocado, em virtude de um quadro patológico incurável e em que a pessoa solicita a morte.

Há que distinguir de:

- Ortotanásia - a morte ocorre, dentro de uma situação terminal, por não se iniciar (ex: ordem de não reanimação) ou por se interromper uma medida terapêutica inútil (ex: desligar o ventilador);
- Suicídio assistido - em que o apoio dos profissionais de saúde resulta de pôr os meios/recursos à disposição da pessoa que pretende pôr termo à vida;
- Recusa de tratamento - sendo que o doente solicita a suspensão de tratamentos e/ou de meios artificiais de manutenção da vida, em que não há diretamente pedido de morte mas de recusa de uma terapêutica/tratamento (do qual pode, em boa verdade, resultar a morte, mas que difere da eutanásia por não ser solicitada uma ação que a provoque);
- Distanásia - em que existe um prolongamento artificial da vida, também designado por processo de encarniçamento ou obstinação terapêutica, no único objetivo de prolongar a sobrevivência, sem qualidade de vida.

Há expressões ligadas à discussão da eutanásia que têm vindo a perder sentido (como a questão da defini-

ção dos meios ordinários e dos meios extraordinários) e outras que têm vindo a ganhar terreno, na abordagem ética do fim de vida, como o progresso dos tratamentos da dor e o desenvolvimento dos cuidados paliativos, que têm sido ligados à operacionalização do morrer com dignidade, promovendo a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, em situação de doença terminal.

No enquadramento deontológico, os deveres dos enfermeiros, no «respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital» (Artigo 82.º do Estatuto), reportam-se a:

- «a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;
- b) Respeitar a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa;
- c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante».

Mais concretamente, perante o doente terminal, os deveres dos enfermeiros incluem:

- «a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida;
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte» (Artigo 87.º).

Na perspetiva do enquadramento jurídico, o quadro legal em Portugal é de considerar a eutanásia (na conceção assumida) como crime de homicídio a pedido da vítima, punível com pena de prisão até três anos (Artigo 134.º do Código Penal). Define-se ainda como crime o homicídio privilegiado, onde se integra o homicídio por compaixão, com pena de prisão de um a cinco anos (Artigo 133.º do Código Penal) e o incitamento ou ajuda ao suicídio (Artigo 135.º do Código Penal), punível igualmente com prisão até três anos. Face a esta matéria, entendeu o Conselho Jurisdicional desenvolver uma metodologia de procura de consenso, tendo realizado um *panel Delphi*, onde foram incluídos como peritos os enfermeiros das comissões de ética dos hospitais, os professores que lecionam ética nos cursos de licenciatura em Enfermagem e os membros dos órgãos sociais da Ordem dos Enfermeiros. Dos 106 respondentes ao último questionário, 99,1% aceitam o texto do projeto de posição (sendo que 58,4% «concordam e aceitam totalmente», 34,9% «concordam e aceitam», 4,1% «discordam mas neste momento aceitam» e 0,9% «discorda e não aceita»).

Enunciado de posição

No atual panorama bioético da questão da eutanásia, parece possível consensualizar a reserva da palavra **eutanásia** para a ação que tem, como primeira e principal consequência, a interrupção deliberada da vida de alguém, que se encontra próximo da morte ou numa situação irreversível, e que pede a morte.

Assim, enuncia-se como posição a assumir pela Ordem dos Enfermeiros:

1. Os enfermeiros assumem a defesa e proteção da vida e da qualidade de vida, recusando posições extremadas como o são a eutanásia e a distanásia (obstinação terapêutica). No que se refere à eutanásia, considera-se a necessidade de distinguir entre uma ação que pretende provocar ativamente a morte («tirar a

vida») e a omissão de uma ação (de que pode ser exemplo uma tentativa de reanimação, quando se trate de paragem cardiorespiratória em situação terminal ou quando há evidência de que a qualidade de vida pós-reanimação não seria aceite pela pessoa), considerando-se que a valoração ética é diferente e que a abstenção de ações, em determinadas situações, pode não ser contrária à ética: quando tal ocorre por obediência à vontade competente e esclarecida do doente ou por razões de boa práticas, isto é, abstenção de tratamentos inúteis, que se traduz na ação ética de recusar a obstinação terapêutica (distanásia).

2. Considera-se não existir diferença ética relevante entre não aplicar uma terapia que pode prolongar artificialmente a vida e retirar um tratamento que se tornou desproporcionado ou inútil, no domínio da ortotanásia; ou seja, a pessoa encontra-se incurso num processo que, segundo o conhecimento atual, levará à morte. Assim, não se determina o encurtamento ou suspensão da vida (limita-se a suspender tratamentos artificiais, inúteis e/ou desproporcionados, que na maior parte dos casos provocam sofrimento inútil ao doente), deixando de prolongar artificial e inutilmente a vida.

3. A recusa de tratamento encontra-se na situação de **recusa livre e esclarecida**, em contraponto ao consentimento livre e esclarecido; ou seja, decorre da autonomia de cada pessoa, de decidir livremente aceitar ou recusar a proposta de tratamento ou terapêutica que lhe é feita; e se a pessoa, no exercício do direito à auto determinação, recusa um tratamento estando esclarecida das consequências e competente para decidir, e se desta recusa resulta abreviar a vida, esta não é uma ação positiva no sentido de tirar a vida mas de não intervir, prolongando-a.

4. Deve haver uma preocupação efetiva dos enfermeiros em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional, conforme preconizado pelos Artigos 82.º e 87.º do Código Deontológico.

Em concordância com a posição expressa e no sentido da valorização da qualidade de vida e do acompanhamento dos doentes terminais, a Ordem dos Enfermeiros deverá assumir um papel ativo na promoção dos cuidados de Enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos, ao nível da formação ao longo da vida e na visibilidade das práticas nos cuidados prestados no internamento, ambulatório e domicílio.

Lisboa, 4 de junho de 2002

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.ª Margarida Vieira
(presidente)

Enunciado de posição relativo à perspetiva ética e deontológica da segurança dos clientes

Parecer n.º 35/2002

Decorrente da preparação e da realização do 2º Ciclo de Debates, sob a temática «Cuidados Seguros», entende o Conselho Jurisdicional relevante propor um **enunciado de posição relativo à perspetiva ética e deontológica da segurança dos clientes**.

1 - Fundamentação

Consideraremos o enquadramento internacional das preocupações na área da segurança, o princípio de responsabilidade ligado à prevenção e precaução, os fundamentos éticos e deontológicos.

1.1. Enquadramento internacional

A Organização Mundial da Saúde⁷² (OMS) considera que a incidência de efeitos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados, causa importante de sofrimento humano, que poderia ser evitável, e instrumento de perda financeira e custos dos serviços de saúde, relevando-se que um incremento importante do desempenho dos sistemas de saúde pode decorrer da prevenção de eventos adversos, em particular, e do desenvolvimento da segurança dos doentes e da qualidade dos cuidados em geral.

No sentido de operacionalizar intervenções dos prestadores de cuidados relativamente à segurança dos clientes, o *European Forum of National Nursing and Midwifery Associations* e a OMS⁷³ emanaram uma posição conjunta, que aponta áreas de intervenção dos enfermeiros, reconhecendo o seu papel crucial na segurança das pessoas. Foram apontados alguns fatores como a falta de cultura de responsabilização, a ausência de relato de erros cometidos e de problemas encontrados, os riscos de infeção nosocomial ou a falta de recursos humanos. Alguns programas já tiveram início a nível internacional como o *Safety without Borders (SIMPATIE - Safety IMprovement for PATients in Europe*, abril 2005), da responsabilidade da Comissão Europeia, ou o *Global patient safety challenge: Clean care is safer care* (outubro 2005), OMS.

72 Cf. WHA55.18 Quality of care: patient safety, 18 de maio 2002.

73 World Health Organisation Regional Office for Europe – Seventh Annual Meeting of the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO, pág. 11, 12 – março 2003.

A posição conjunta⁷⁴ do *International Council of Nurses (ICN)*, *International Pharmaceutical Federation (FIP)* e *World Medical Association (WMA)*, coloca a segurança dos clientes como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde, realizadas em benefício das pessoas mas numa combinatória complexa de processos, tecnologia e interações humanas, sendo inevitável o risco de ocorrência de eventos adversos. Neste enunciado define-se evento adverso como «dano ou prejuízo causado pela gestão da doença ou condição de um cliente por profissionais de saúde».

Existe, desde o Relatório do *Institute of Medicine (To Err is Human: Building a Safer Health System, 1999)* e dos estudos de Needleman (2002) e Kovner (2002), uma evidência crescente da relação entre a dotação de enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos, tais como quedas das camas, erros de terapêutica, infeções nosocomiais e readmissões.

Sobre este assunto, releva-se ainda a posição da *Agency for Healthcare Research and Quality* (2003), que define erros em cuidados de saúde como «enganos realizados no processo de cuidados e que resultam ou têm o potencial para resultar em dano para o doente»⁷⁵, e considera que estes erros podem ser de comissão (fazer uma coisa errada), de omissão (não fazer uma coisa certa) e de execução (fazer uma coisa certa incorretamente). No sentido global, esta agência considera o agrupamento dos erros em quatro categorias: erros de diagnóstico, de tratamento, de cuidados preventivos e envolvendo falhas (do sistema de comunicação, dos equipamentos, do sistema de cuidados de saúde).

1.2. Responsabilidade, prevenção e precaução

Os riscos existem de facto, sejam inerentes ou adquiridos, e por influência da economia e da estatística, o risco esteve precocemente associado a uma probabilidade objetiva, fundada sobre a ocorrência de eventos aleatórios numa certa realidade. Por isso se distingue entre riscos prováveis, previsíveis ou possíveis e se diferenciam os potenciais, os incertos, que se ligam à ignorância científica sobre o assunto. Neste entendimento, pode usar-se claramente a fórmula que liga a prevenção ao conhecimento sobre o risco e à incerteza. O princípio de precaução surgiu em filiação direta ao **princípio da responsabilidade** de Hans Jonas, sendo paradigmática a sua admoestação a agir «de modo que os efeitos da tua ação não sejam destruidores da possibilidade da vida humana na terra»⁷⁶. As possibilidades a que a ciência conferiu hoje uma força insuspeita reclamam uma ética alargada, da responsabilidade humana face ao ambiente, em que se delimitem «entraves», ou melhor, limites livremente consentidos. Acrescenta-se, por via da relação entre a responsabilidade e o perigo para a humanidade por vir, um traço de distinção com a imputabilidade: «considera-se responsável, sente-se efetivamente responsável, aquele a quem é confiada a guarda de algo perecível»⁷⁷.

Note-se que, primeiro, esta responsabilidade resulta de um dever para com a essência da humanidade, a possibilidade de existência, de criação de condições para as gerações futuras. Se quisermos, uma **responsabilidade de cuidado** para com o futuro, a desenvolver tanto a nível individual como coletivo.

74 <http://www.whpa.org/factptsafety.htm>.

75 «Healthcare errors as mistakes made in the process of care that result in or have the potential to result in harm to patients», (AHRQ, 2003).

76 JONAS, Hans. *Le Principe Responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. 3^a ed. (Das Prinzip Verantwortung, 1979). Traduit de l'allemand par Jean Greisch. Paris: Flammarion, 1995.

77 RICŒUR, Paul. *Leituras 2. A região dos filósofos*. P. 230.

A **prevenção** é relativa à gestão do risco tal como a **precaução** é relativa à gestão de informação sobre a potencialidade de risco. Todas as políticas de prevenção decidem hoje com os conhecimentos de hoje; as políticas de precaução reenviam para a abstenção da decisão arriscada e definitiva e para a escolha de uma decisão prudente e provisória⁷⁸. A questão que se coloca extravasa a mera aceitabilidade social de um nível de risco ou a escolha de um investimento razoável na prevenção deste ou daquele risco. Aliás, a prevenção refere-se a uma decisão adaptada à natureza, gravidade e probabilidade de um risco conhecido e identificável. Portanto, um conjunto de ações destinadas a evitar um evento danoso ou a advertir (informar, formar) eventuais vítimas. Estamos perante uma periculosidade estabelecida.

Note-se que o **dever de precaução** se distingue porque responde ao hipotético, ao imponderável, num contexto de (maior ou menor) incerteza. Do ponto de vista geral, apela a acautelar um risco **antes de**, ou seja, quando a periculosidade é incerta, potencial. A abordagem da precaução foi referida nos quadros da preocupação ambiental⁷⁹, que constitui uma das atuais inquietações da humanidade, alargada progressivamente a outros domínios do saber e da *praxis*, incluindo a proteção da saúde pública.

A precaução insta a agir, fazendo da incerteza a pedra de toque da **proteção** devida a todas as pessoas. Por isso, é importante a vigilância e uma **pedagogia do risco**. A tomada de consciência da falibilidade das fontes científicas do conhecimento pode ser vista, não como capitulação mas como condição de abertura, de questionamento.

Seria, ainda, relevante ligar à virtude da **prudência**, sobre a qual se ergue a excelência da ação, pois implica deliberar bem. Na deliberação consideram-se as alternativas, esboçam-se os cenários possíveis, pesando os prós e os contras; só se delibera acerca dos meios, do que se crê capaz de fazer, do futuro e do contingente. Não se delibera sobre o passado, o submetido a leis ou verdades eternas nem sobre o que depende do acaso. A prudência ocupa-se da escolha dos meios. Assim, não reporta ao que é escolhido mas à regra da escolha. Trata, se quisermos, da qualidade do critério. Assim, é preciso ter uma ideia prévia dos riscos e das possíveis ou prováveis consequências que lhe possam ser atribuídas. A prudência supõe a existência de risco, de incerteza, de acaso, do desconhecido, e tem em conta o que pode acontecer, quer se venha a provar real ou não. Sendo toda a deliberação uma indagação, segue-se a escolha e depois cabe agir de acordo com a decisão tomada, relevando-se a sabedoria **para e na** ação.

1.3. Fundamentos éticos e deontológicos

A profissão de Enfermagem tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital, tomando como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue⁸⁰. O enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem⁸¹.

78 Cf. TREICH, Nicolas. Décision séquentielle et Principe de Précaution, Cahiers d'économie et sociologie rurales, 2000, n.º 55-56.

79 Destaque para a Charte des Nations Unies pour la Nature (1982), para a Rio Declaration on Environment and Development (1992) e para o preâmbulo do Cartagena Protocol on Biosafety (2003).

80 Cf. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual. Conselho de Enfermagem OE, dezembro de 2001.

81 Cf. n.º 1, Artigo 76.º, Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril – Estatuto da OE.

Numa abordagem do **Código Deontológico**, encontramos múltiplas referências à segurança das pessoas. Sendo valores universais a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum assim como a competência e o aperfeiçoamento profissional [Artigo 78.º, n.º 2, alíneas b) e c)], o enfermeiro orienta a sua atividade pela responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (Artigo 78.º, n.º 3).

Assumindo cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão [Artigo 79.º, alínea a)], o enfermeiro responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega [*idem*, alínea b)], assim como a proteção e defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum [*idem*, alínea c)]. A solidariedade, como valor, operacionaliza-se em ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência [Artigo 79.º, alínea d)].

Sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de Enfermagem, o enfermeiro conhece as necessidades, participa na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, e colabora com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Artigo 80.º).

O enfermeiro respeita a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa [Artigo 82.º, alínea b)] e recusa a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante [*idem*, alínea d)].

Sendo certo que a segurança e os cuidados seguros podem ser perspetivados em sentido holístico, nas dimensões física, química, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, o enfermeiro corresponsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento [Artigo 83.º, alínea a)], orientando para outro profissional mais bem colocado para responder ao problema [*idem*, alínea b)], assegurando a continuidade dos cuidados [*idem*, alínea c)].

Tendo o dever de respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, tal se realiza quando a opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde [Artigo 83.º, alínea c)], devendo atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem [Artigo 84.º, alínea c)].

Assegurando-se de que a sua ausência não interfere com a continuidade de cuidados [Artigo 83.º, alínea e)], o enfermeiro garante a qualidade e assegura a continuidade dos cuidados das atividades que delega, assumindo a responsabilidade pelos mesmos [Artigo 88.º, alínea e)].

Cabe ao enfermeiro informar no que respeita aos cuidados de Enfermagem [Artigo 84.º, alínea a)] e respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado [*idem*, alínea b)]. A informação sobre os riscos, sobre a proteção e a segurança da saúde encontra-se incluída, no que se refere aos cuidados de Enfermagem.

Sendo confidencial toda a informação, note-se que a partilha pertinente aos implicados no plano terapêutico tem de atender aos critérios orientadores do bem-estar, da segurança física, emocional e social, assim como aos direitos das pessoas [Artigo 85.º, alínea b)].

O enfermeiro respeita a intimidade da pessoa, protege-a de ingerência e salvaguarda sempre a privacidade e a intimidade da pessoa (Artigo 86.º).

Na procura da excelência, analisa regularmente o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que me-

reçam mudança de atitude [Artigo 88.º, alínea a)], procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa [*idem*, alínea b)] e mantém a atualização contínua [*idem*, alínea c)], assegurando, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados [*idem*, alínea d)]. Neste mesmo enquadramento se entende a abstenção de exercer funções sob influência de substâncias suscetíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais [Artigo 88.º, alínea f)].

A responsabilidade pela humanização dos cuidados concretiza-se com o dever de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa [Artigo 89.º, alínea b)].

Trabalhando em articulação e complementaridade [Artigo 90.º, alínea b)], o enfermeiro atua responsabilmente na sua área de competência e reconhece a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma [*idem*, alínea a)] e integrando a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços [*idem*, alínea c)].

Inclusivamente quando o enfermeiro exerce o seu direito à objeção de consciência, declara-o, atempadamente, para que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar [Artigo 92.º, alínea b)]. A assunção fundamental, na prática de Enfermagem, é que a profissão tem obrigações éticas para com a sociedade e para com os clientes em ordem a prestar cuidados de elevada qualidade. Controlar o risco na prática promove a prestação de cuidados de qualidade e isso corresponde a realizar plenamente a obrigação para com a sociedade.

1.4. Da prática profissional

Em pleno acordo com o ICN, a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de Enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infeção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro), e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infraestruturas necessárias para o garantir. Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança e isto inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco. Enquanto que, por um lado, as intervenções são realizadas com a preocupação de beneficiar o público (as pessoas), por outro há um elemento de risco decorrente dos eventos adversos e dos erros, numa complexa combinação de processos, tecnologias e fatores humanos relacionados com os cuidados de saúde. Por exemplo, se definirmos um evento adverso «como um mal ou um dano causado pela gestão da condição ou da situação clínica de uma pessoa, por profissionais», a maior parte das ameaças pode advir de erros de terapêutica, infeções nosocomiais, exposição a doses elevadas de radiação ou a medicamentos de contrafação.

Ainda de acordo com o ICN, existe uma evidência crescente de que os níveis inadequados de *staff* estão correlacionados com eventos adversos, tais como quedas das camas, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infeções nosocomiais e readmissões. A escassez de recursos e um desempenho pobre do pessoal

pela baixa motivação ou por insuficientes habilidades técnicas também são importantes para determinar a segurança das pessoas.

Os erros e os *near-misses* (erros evitados) são uma fonte comum de risco reconhecido ainda que insuficientemente relatado. Acredita-se que a situação de subinformação se deve ao receio de punição, seja em forma de sanções, pelo receio de perda de emprego ou desaprovação dos colegas. Como resultado de uma subinformação, não existem indicadores fiáveis para os erros e a severidade dos problemas de erro, ou seja, o não relato dos erros reduz a capacidade de levar a cabo um processo de redução de erros e, de certa forma, obscurece os riscos que deveriam ter-se em conta ao assumir o controlo do risco da prática individual. Todos os passos na intervenção de Enfermagem junto de um cliente envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança deste. Uma clara identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é passo primeiro para os prevenir⁸², considerando a amplitude necessária ao escopo de ação do enfermeiro, desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de Enfermagem se fundam, aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício.

1.5. Do ciclo de debates sobre «cuidados seguros»

Tendo levado a cabo o 2º ciclo de debates, nas cinco secções regionais, os aspetos debatidos impõem-se como parte do fundamento da posição do Conselho Jurisdicional. Realça-se que se trata de uma síntese, procurando os elementos comuns aos cinco debates.

Os problemas em torno das condições para o exercício e a sua ligação à segurança dos cuidados de Enfermagem, foram abordados em todos os debates. Começou-se quase sempre das condições de exercício enquanto responsabilidade de cada organização de saúde, para a responsabilidade individual de cada enfermeiro, à luz do Código Deontológico. Foi introduzido na discussão o lema do ICN para o Dia Internacional do Enfermeiro deste ano «Dotações seguras, salvam vidas», enquadrado na tripla perspetiva da qualidade, excelência e segurança dos cuidados de Enfermagem. Emergiram questões relacionadas com as dotações, a mobilidade e a integração dos profissionais, assim como os estilos de liderança e o enquadramento da gestão (tanto dos cuidados como dos recursos).

As questões relativas à transmissão da informação clínica pelos enfermeiros aos seus clientes e familiares e a sua relação com a segurança dos cuidados, foram também debatidas em todos os locais. Foi realizada uma abordagem ética, deontológica e jurídica, no sentido da clarificação do estabelecido, encontrando pistas de resolução para os problemas identificados.

Os aspetos da complementaridade do papel do enfermeiro face aos outros profissionais da equipa de saúde foram particularmente presentes, tendo-se colocado o enfoque nas reais necessidades da pessoa cuidada como elemento mediador na tomada de decisão sobre a informação a fornecer em cada caso concreto.

Outra questão abordada em praticamente todos os debates foi a da segurança psicológica das pessoas doentes, nomeadamente das internadas em organizações de saúde. Vincou-se a importância da relação enfermeiro-pessoa cuidada no respeito pelos seus direitos e no cumprimento dos deveres profissionais, quer na prestação de cuidados, quer na gestão, enquanto instrumento fundamental na promoção da segurança.

82 Adaptado de «A enfermagem conta», Trad. de «Nursing Matters – Medication errors», International Council of Nurses.

Os problemas ligados ao erro na prestação de cuidados foram outro elemento comum. Realçaram-se os erros com a administração de terapêutica, também pelos estudos sobre a sua relevância e pelo facto de serem apontados como o tipo de erro mais frequente; foi veiculada a necessidade de uma cultura positiva sobre a análise do erro e a pedagogia do risco, em que os benefícios com o conhecimento da realidade, tendo em vista a melhoria dos processos, deverão predominar sobre a ideia de punição.

Ligada a esta problemática do erro, discutiu-se o risco, como elemento presente na atividade profissional do enfermeiro, com a inevitabilidade da sua discussão entre nós, como forma de melhorar a segurança. Designadamente, na análise de casos e no desenvolvimento de linhas de investigação que permitam sustentar as ações e as eventuais necessidades de mudança.

Outro aspeto debatido em alguns locais, foi relativo aos meios para garantir a segurança dos cuidados, partilhados em equipa, nomeadamente os protocolos de unidade. Discutiu-se sobretudo o papel do enfermeiro nas tomadas de decisão na elaboração e execução dos protocolos, entendidos como prescrição diferida no tempo, e competindo ao enfermeiro ajuizar da sua aplicação em cada caso concreto.

Interligado com este aspeto, analisaram-se aspetos da responsabilidade do enfermeiro na execução das intervenções interdependentes, verificando-se algumas dúvidas neste domínio, debatidas no plano ético, deontológico e jurídico.

2. Enunciado de posição

Face ao exposto e atendendo ao desígnio fundamental da Ordem dos Enfermeiros, «promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população»⁸³, **enuncia-se:**

1. Os clientes e as famílias têm direito a cuidados seguros;
2. A segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde;
3. O exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*), aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente;
4. Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao *melhor cuidado* em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional;
5. Os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade;
6. Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados;

83 Cf. n.º 1 do Artigo 3.º Atribuições, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, in DL 104/98, de 21 de abril.

7. A responsabilidade do enfermeiro associa a capacidade de responder pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, e o sentido projetivo, por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício;
8. As organizações têm a obrigação ética de proteger a segurança dos clientes, na persecução da sua responsabilidade institucional, e de desenvolver uma cultura de responsabilização e não punitiva, valorizando a dimensão formativa;
9. As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos;
10. Devem ser desenvolvidos programas organizacionais que comuniquem claramente a importância da segurança, incluindo gestão e desenvolvimento dos profissionais, assim como sistemas e processos que promovam a segurança;
11. Deve promover-se um envolvimento ativo em investigação, integrando evidências em recomendações para a prática clínica.

Foi relatora Lucília Nunes.

Apresentado ao Plenário de 2 de maio de 2006.

Pel'O Conselho Jurisdicional

Lucília Nunes

(presidente)

Enunciado de posição relativo a delegação e supervisão de cuidados de Enfermagem

Parecer n.º 136/2007

Enuncia-se como posição a assumir pela Ordem dos Enfermeiros:

Este enunciado de posição tem o objetivo de prover um recurso que clarifique, apoie e oriente a tomada de decisão para a delegação e supervisão de cuidados de Enfermagem.

1. Todas as decisões relacionadas com a delegação são baseadas no princípio de proteção da saúde, segurança e bem-estar do público;
2. O enfermeiro, membro efetivo da Ordem, tem a responsabilidade e a obrigação de prestar contas pela prestação e gestão de cuidados que realiza. É seu dever «Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega» bem como «Assegurar a qualidade e a continuidade das actividades que delegar» [Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 79.º, alínea b) e Artigo 88.º, alínea c)];
3. Entende-se por delegação a transferência, para um indivíduo competente, da autoridade para realizar uma determinada tarefa de Enfermagem, escolhida numa situação concreta, e por supervisão, a provisão de orientação, avaliação e acompanhamento, pelo enfermeiro, do desempenho da tarefa delegada;
4. De acordo com o REPE, «os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem» (Artigo 10.º, do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril);
5. O enfermeiro, que avalia as necessidades do cliente e planeia os cuidados, determina que tarefas podem ser delegadas, sendo responsável pela apropriada delegação, devendo agir no sentido de proteger o cliente e tomar as medidas adequadas para assegurar uma prestação de cuidados segura;
6. Os clientes têm direito a cuidados de saúde conformes aos padrões de qualidade de cuidados. Assim, quando uma tarefa de Enfermagem é delegada, a tarefa deve ser desempenhada de acordo com os padrões de qualidade e procedimentos estabelecidos;
7. O enfermeiro é responsável pela avaliação individualizada do cliente e das circunstâncias situacionais e por ajuizar da competência daquele a quem vai delegar, antes de delegar qualquer tarefa;
8. Considera-se **uso apropriado da autoridade para delegar** o que cumpre o enquadramento regulador e a adequação do processo de tomada de decisão para a delegação, sendo que o processo de cuidados (colheita de dados, diagnóstico de Enfermagem, planeamento e avaliação) e juízo clínico de Enfermagem não podem ser delegados; são delegados componentes dos cuidados, isto é, tarefas;
9. A delegação de tarefas em outros é realizada sob determinadas condições e cumprindo determinados

critérios. Assim, de forma sintética, o enfermeiro delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada;

10. Delega-se, de modo apropriado, a prestação de tarefas em pessoal preparado para assistir (e não para substituir) o enfermeiro;
11. O algoritmo de tomada de decisão para delegar considera:
 - a) Verificação dos critérios para a delegação, relativos a quem delega, ao que é delegado (natureza da tarefa e a relação com o grau de dependência em cuidados de Enfermagem) e a quem;
 - b) Avaliação da situação, considerando as necessidades do cliente, o planejamento de cuidados, as circunstâncias e os recursos disponíveis;
 - c) Plano para a tarefa específica a delegar, especificando a natureza da tarefa, a preparação para a realizar adequadamente e as implicações (para o cliente, outros clientes, conviventes significativos);
 - d) Quem delega, e em quem é delegado, aceitam a responsabilidade;
 - e) Fornecimento de orientações claras para a realização da tarefa, o que implica um adequado processo de comunicação;
 - f) Supervisar, acompanhar e avaliar o desempenho da tarefa;
 - g) Assegurar apropriada documentação (registro) da tarefa;
 - h) Avaliar o processo global e prover *feedback*;
 - i) Reajustar o plano de cuidados conforme necessário.

Enquadramento

Para responder às necessidades dos cidadãos em cuidados, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de maximizar a utilização dos recursos disponíveis, incluindo os recursos humanos, e assegurar apropriada delegação de atividades e tarefas.

Os enfermeiros, que são preparados e qualificados de modo único para promover a saúde de todas as pessoas, em virtude da sua formação e experiência, devem estar ativamente envolvidos na política de saúde e na tomada de decisões, incluindo a delegação das tarefas de Enfermagem a outros prestadores, pessoal deles dependente. Os aspetos relacionados com a delegação tornam-se mais complexos, hoje, nos contextos, pelas alterações nos ambientes de cuidados, fazendo emergir a necessidade de orientações para o processo de decisão delegatária.

A Ordem dos Enfermeiros é responsável pela regulação da profissão e compete-lhe a articulação de princípios claros relativos à delegação.

Propósito

Este enunciado de posição tem o objetivo de prover um recurso que clarifique, apoie e oriente a tomada de decisão para a delegação e supervisão de cuidados de Enfermagem.

Premissas

Constituem a base do processo de tomada de decisão para a delegação:

1. Todas as decisões relacionadas com a delegação devem ser baseadas no princípio de proteção da saúde, segurança e bem-estar do público;
2. O enfermeiro, membro efetivo da Ordem, tem a responsabilidade e a obrigação de prestar contas pela prestação e gestão de cuidados que realiza. É seu dever «Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega» bem como «Assegurar a qualidade e a continuidade das actividades que delegar» [Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 79.º, alínea b), e Artigo 88.º, alínea c)];
3. O enfermeiro, de cuidados gerais ou especialista, deve estar ativamente envolvido no processo de gestão de cuidados;
4. Existe a necessidade e o espaço de ação para pessoal competente, apropriadamente supervisionado, para a prestação de cuidados, sendo de relevar que este pessoal é preparado para assistir, e não para substituir, o enfermeiro;
5. Enfermagem é uma profissão autónoma e uma disciplina científica, e não pode ser reduzida a uma lista de tarefas ou atos;
6. De acordo com o REPE, «os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem» (Artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril);
7. Enquanto as tarefas podem ser delegadas, o conhecimento hoje existente relativo aos processos de cuidados de Enfermagem indica que as funções de apreciação, avaliação e juízo clínico de Enfermagem não devem ser delegadas;
8. O enfermeiro, que avalia as necessidades do cliente e planeia os cuidados, determina quais as tarefas que podem ser delegadas;
9. O enfermeiro determina e é responsável pela apropriada delegação de tarefas. É inapropriado que empregadores ou outros profissionais requeiram que o enfermeiro delegue quando, no juízo profissional desse enfermeiro, a delegação não é segura e não responde ao melhor interesse do cliente. Nestas situações, o enfermeiro deve agir no sentido de proteger o cliente e tomar as medidas adequadas para assegurar uma prestação de cuidados segura. Se o enfermeiro determina que a delegação é inadequada mas ainda assim delega, conforme orientado por terceiros, pode ser responsabilizado por violação dos deveres profissionais;
10. Os clientes têm direito a cuidados de saúde conformes aos padrões de qualidade dos cuidados. Assim, quando uma tarefa de Enfermagem é delegada, a tarefa deve ser desempenhada de acordo com os padrões de qualidade e procedimentos estabelecidos;
11. Uma tarefa delegada a um colaborador não pode ser, por este, redelegada (sub-delegada) a outro.

Definições

Delegação – a transferência, para um indivíduo competente, funcionalmente dependente do enfermeiro, da autoridade para realizar uma determinada tarefa de Enfermagem, escolhida numa situação concreta. O enfermeiro mantém e retém a responsabilidade pela delegação. De acordo com esta definição, exclui-se considerar a transferência do cuidado para um cuidador informal, convivente significativo, como delegação.

Supervisão – a provisão de orientação, avaliação e acompanhamento, pelo enfermeiro, da realização da tarefa delegada.

Delegante – o enfermeiro, membro efetivo da Ordem dos Enfermeiros, que realiza a delegação.

Colaborador – qualquer pessoal, independentemente da designação profissional, a quem a tarefa de Enfermagem foi delegada.

Atividade – conjunto de tarefas elementares, com um objetivo comum que as relaciona e integra, realizada com um comportamento homogéneo, permitindo obter um resultado, na prestação de serviço.

Tarefa – elemento parcelar de uma atividade, pode ser desagregada em operações (ou atos que constituem a unidade mais pequena ao nível do planeamento das atividades) e representa a forma como uma atividade é desenvolvida.

Uso apropriado da autoridade para delegar

O enfermeiro pode delegar componentes dos cuidados mas não delega o processo de Enfermagem em si mesmo. E delega tarefas em outros, sob determinadas condições e cumprindo determinados critérios.

De acordo com o REPE, «os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem», o que afirma, em nosso entender:

1. A exclusividade da possibilidade de delegação («só podem(...)»), em sujeição à satisfação de condições, «quando»:
 - a) O pessoal a quem se delega seja funcionalmente dependente;
 - b) Tenha a preparação necessária;
 - c) Se conjugue a natureza das tarefas com o grau de dependência em cuidados de Enfermagem, o que supõe:
 - i. Apreciação da natureza da tarefa a delegar;
 - ii. Juízo diagnóstico do enfermeiro;
 - iii. Avaliação do grau de dependência em cuidados de Enfermagem;
 - iv. Relação da tarefa com a dependência em cuidados de Enfermagem.
2. A inaceitabilidade do incumprimento de qualquer das condições:
 - a) Não se saber se a pessoa a quem vai ser delegada a tarefa tem a preparação necessária (ou saber que não tem);
 - b) A natureza das tarefas não ser apropriada a delegação;
 - c) A delegação ser desajustada ao grau de dependência em cuidados prestados pelo enfermeiro.

O enfermeiro é responsável pela avaliação individualizada do cliente e das circunstâncias situacionais, e por ajuizar da competência daquele a quem vai delegar, antes de delegar qualquer tarefa.

De acordo com as **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**, no sub-domínio «delegação» e «supervisão» (B.1.2.3.), estão descritas três competências:

80 – Delega noutros atividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.

81 – Utiliza uma série de estratégias de suporte, quando supervisiona aspetos dos cuidados delegados a outro.

82 – Mantém responsabilidade quando delega aspetos dos cuidados noutros.

Releve-se a proporcionalidade, a esfera do âmbito de prática, a utilização de estratégias de suporte na supervisão e a manutenção da responsabilidade do delegante.

De acordo com o **Código Deontológico do Enfermeiro**, «deve garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade dos mesmos» [alínea e) do Artigo 88.º].

Considera-se **uso apropriado da autoridade para delegar** o que cumpre o enquadramento e a adequação do processo de tomada de decisão para a delegação, sendo que o processo de cuidados (colheita de dados, diagnóstico de Enfermagem, planeamento e avaliação) e o juízo clínico de Enfermagem não podem ser delegados. A supervisão, monitorização, avaliação e acompanhamento pelo enfermeiro são componentes cruciais da delegação.

Do mesmo modo, essencial para a delegação são a natureza da autoridade de delegação do enfermeiro, as qualificações e a competência, na área relevante para a tarefa, daquele a quem se pensa delegar. Este é responsável por aceitar a delegação e pelos seus atos na realização da tarefa, em conformidade com a orientação dada.

A decisão de delegar deve ser consistente com o processo de cuidados de Enfermagem (colheita de dados, planeamento, execução e avaliação). Não foi opção da regulação da Enfermagem portuguesa a existência de uma lista de tarefas que podem ser, de modo uniforme e rotineiro, delegadas em todos os clientes e em todas as circunstâncias. O processo e a decisão de delegação em Enfermagem devem ser baseados numa análise cuidadosa das necessidades do cliente e das circunstâncias concretas.

Processo de decisão para a delegação

Ao delegar, o enfermeiro deve assegurar-se de ter realizado um apropriado processo de planeamento de cuidados.

O processo de tomada de decisão para delegar deve seguir a seguinte sequência:

I. Verifica critérios para a delegação

- A. Regulação de Enfermagem:
 - 1.1. Permite delegação;
 - 1.2. Autoriza o enfermeiro a decidir delegar.
- B. Qualificações do enfermeiro que delega:
 - 1.3. Tem a competência para delegar;
 - 1.4. Tem a autoridade para delegar.
- C. Qualificações daquele a quem é delegado:
 - 1.5. Preparação adequada - formação adequada, treino e experiência para realizar a tarefa.

II. Avalia a situação

- A. Identifica as necessidades do cliente;
- B. Formula ou consulta o plano de cuidados;

- C. Considera o contexto e as circunstâncias;
- D. Assegura a disponibilidade dos recursos adequados, incluindo supervisão.

Se as necessidades do cliente, as circunstâncias ou os recursos disponíveis indicam que a segurança do cliente será mantida, prosseguir.

III. Realiza plano para a tarefa a delegar

- A. Especifica a natureza da tarefa e o conhecimento e habilidades requeridas para a realizar;
- B. Requer demonstração ou tem evidência das competências atuais do indivíduo a quem vai delegar a tarefa;
- C. Determina as implicações para o cliente, outros clientes, pessoas significativas.

Se a natureza da tarefa, a competência do colaborador e as implicações indicam que a segurança do cliente será mantida, prosseguir.

IV. Delega

- A. Como delegante, aceita a responsabilidade pelo desempenho da tarefa por outro;
- B. Verifica que a delegação é aceite pela pessoa e que tem condições de ser corretamente levada a cabo.

Se quem delega e em quem é delegada aceitam a responsabilidade pelos respetivos papéis, prosseguir.

V. Supervisa o desempenho da tarefa

- A. Fornece orientações e expectativas claras de como a tarefa deve ser realizada;
- B. Monitoriza o desempenho da tarefa para assegurar o cumprimento dos padrões de qualidade e procedimentos definidos;
- C. Intervém corretivamente, se necessário;
- D. Assegura apropriada documentação da tarefa.

VI. Avalia o processo total da delegação

- A. Avalia o cliente;
- B. Avalia o desempenho da tarefa;
- C. Obtém e dá *feedback*.

VII. Reavalia e reajusta o plano de cuidados conforme necessário

O enfermeiro utiliza o pensamento crítico e o julgamento clínico na aplicação dos cinco certos da delegação, que constituem um recurso adicional para a tomada de decisão. De forma sintética, **delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada.**

- A tarefa certa, isto é, a que é adequadamente delegável, relativamente a um cliente específico;
- Nas circunstâncias certas, isto é, contexto de cuidados, disponibilidade de recursos e outros elementos relevantes;
- À pessoa certa para a levar a cabo;
- Com a comunicação e orientação certa, ou seja, descrição clara e concisa da tarefa, incluindo objeti-

- vos, limites e expectativas de resultado; e valida a compreensão da tarefa a realizar;
- Sob supervisão e avaliação, ou seja, com monitorização, avaliação e intervenção adequadas e *feedback*.

Foi relatora Lucília Nunes.

Aprovado por unanimidade, no Plenário de 23 de abril de 2007.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.ª Lucília Nunes
(presidente)

Enunciado de posição sobre consentimento informado para intervenções de Enfermagem

Parecer n.º 116/2007

O enquadramento e a fundamentação ética, deontológica e jurídica do consentimento informado que se apresentam, suportam o enunciado na tomada de posição, no final do documento.

Considera-se 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.

1 - Da dignidade humana

O consentimento informado decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa. Está, assim, ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal. Entende-se por autonomia a capacidade de autorreger-se, no princípio da liberdade, isto é, no sentido kantiano da capacidade de determinar por si mesmo a lei à qual se submete.

O facto de a pessoa ter dignidade própria é uma convicção relativamente recente, no percurso histórico-filosófico da humanidade - quando Kant escreveu que as pessoas têm valor absoluto, e devem ser consideradas «sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio»⁸⁴, estava a definir o que faz com que o ser humano seja dotado de dignidade especial, pois que acima de qualquer preço⁸⁵ e, portanto, sem existir equivalente. E a dignidade da pessoa humana é o núcleo essencial dos direitos humanos fundamentais. Mais: o ser humano não só é o único ser capaz de orientar as suas ações em função de finalidades racionalmente percebidas e livremente desejadas, como é, sobretudo, o único ser cuja existência, em si mesma, constitui um valor absoluto, isto é, um fim em si e nunca um meio para a prossecução de outros fins. Se em Kant se procura a ideia de respeito (da dignidade e da pessoa como fim em si mesmo), em Hegel identifica-se a ideia de reconhecimento⁸⁶. Talvez por ser mais básica, mas sobretudo por implicar

84 Kant, Immanuel - Fundamentação da Metafísica dos Costumes. (1785) Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1986. p.69.

85 Idem, p. 77. «No reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se, em vez dela, qualquer outra coisa como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então ela tem dignidade».

86 Vide Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Reflexão ética sobre a dignidade humana. Documento de Trabalho. 26/ CNECV/ 1999. Disponível (20.08.2006, 16h) em <http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/C718779C-F747-43D0-A3D0-67F394F937EC/0/P026DignidadeHumana.pdf>.

a relação com o olhar do outro. Porque a dignidade é, realmente, efeito do reconhecimento recíproco que fazemos uns aos outros.

A dignidade da pessoa humana constitui um princípio estruturante da nossa ordem jurídica, por força do disposto no Artigo 1º da Constituição⁸⁷, servindo, neste aspeto, como fundamentação ética. É como que o retrato do que a Nação busca efetivar, quais os seus ideais mais profundos. Portugal, como outros países, declara ser a dignidade da pessoa humana um princípio que fundamenta os direitos pessoais, um núcleo inviolável, inerente à personalidade.

Assim, o princípio é que a dignidade é um atributo essencial, independentemente das qualificações específicas de género, de raça, de religião, de nacionalidade, de posição social, ou de qualquer outra. O pleonismo da expressão **direitos humanos**, ou direitos do Homem, é assim justificado, porque se trata de exigências de comportamento fundadas essencialmente na participação de todos os indivíduos do género humano, sem atenção às diferenças concretas de ordem individual ou social, inerentes a cada um.

A **Declaração Universal dos Direitos do Homem** sublinha tanto a dignidade⁸⁸ como o caráter de igualdade fundamental dos direitos humanos, ao dispor que «todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação»⁸⁹.

Percebe-se, pois, que a titularidade dos direitos humanos se funda na existência do Homem, sem necessidade de qualquer outra precisão ou concretização. É que os direitos humanos são direitos próprios de todos os homens, enquanto homens, à diferença de outros direitos, que só existem e são reconhecidos, em função de particularidades individuais ou sociais do sujeito.

Da dignidade humana deriva a inviolabilidade de cada pessoa, o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os seus próprios planos de vida e as suas próprias normas de excelência, sem outros limites a não ser o direito semelhante dos outros à mesma autonomia.

Deste modo, um dos direitos decorrentes da dignidade do ser humano é o da autodeterminação, na operacionalização da sua autonomia, isto é, a aptidão para formular as próprias regras de vida. Proteger a autonomia é defender os direitos, da pessoa e do cidadão, que não se extinguem por alterações na situação de saúde. O respeito pela dignidade da pessoa humana significa, na realidade, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir.

A proteção da pessoa é fundante 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** de que «as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro»⁹⁰.

87 Que enuncia que «Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)». http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/Constituicao/constituicao_p01.htm.

88 Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), Artigo 1.º. «Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade». <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhumanos/cidh-dudh.html>.

89 Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948, Artigo 2.º. <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhumanos/cidh-dudh.html>.

90 Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78.º, n.º 1.

Afirma-se, igualmente, que um dos princípios orientadores da prática profissional é «o respeito pelos direitos humanos, na relação com os clientes»⁹¹.

2 - Do dever de informar

A **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina** enuncia como uma regra geral que «qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento»⁹², ou seja, independentemente de ser escrito ou oral o consentimento não é definitivo e em qualquer momento quem autorizou pode dizer que afinal não quer o que lhe foi proposto.

Na **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia**, sob o título «direito à integridade do ser humano», afirma-se que no «domínio da medicina e da biologia, devem ser respeitados, designadamente o consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei»⁹³.

No **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**, prescreve-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.»⁹⁴.

Atentemos que na afirmação «o respeito pelo direito à autodeterminação» pode entender-se que tal significa o respeito pelo princípio da autonomia e considerá-lo não em termos absolutos, mas como um valor, como algo que deve ser protegido, apoiado e promovido, já que se enraíza na liberdade individual e no respeito pelas decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas.

Em síntese do analisado e comentado⁹⁵ em relação ao expresso no Código Deontológico, releva-se que a eficácia do consentimento informado surge submetida a condições, ou requisitos:

- 1) Competência e capacidade para decidir, pois que o consentimento deve ser o ato de uma pessoa competente;
- 2) Informação correta, necessária para realizar uma escolha, em veracidade;

91 Idem, Artigo 78.º, n.º 3, alínea b).

92 Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (Artigo 5.º). Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. Ratifica a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de abril de 1997. Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001. Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina (Artigo 5.º).

93 Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (Artigo 3.º). http://www.acime.gov.pt/docs/Legislacao/Leuropeia/Carta_direitos_UE.pdf.

94 Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 84.º.

95 Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

- 3) Validação da compreensão da informação fornecida, ou seja, a pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha. Pressupõe-se, assim, a formação de uma vontade esclarecida;
- 4) Liberdade para decidir, ou seja, voluntariamente, sem coação externa.

Assim, a escolha da pessoa (consentimento ou dissentimento) é o último passo depois da informação e validação da mensagem de forma a que o utente possua a informação e se sinta livre para decidir.

Vale a pena ter em conta que informar diz respeito «a transmitir dados sobre qualquer coisa», sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza, contribuindo para o processo de adaptação e para a tomada de decisão. A informação é constituída por dados relativos a um contexto útil e revestidos de significado. É um meio e não um fim em si mesma; mais importante que «apenas» dizer é ser compreendido, ou seja, que a informação seja transformada em significado para a pessoa.

Do direito da pessoa possuir a informação para formar uma vontade livre e esclarecida, decorre o dever de informação dos profissionais.

Na nossa lei penal 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»⁹⁶ e pode ser livremente revogado até à execução. Mais, que só é eficaz⁹⁷ se prestado por quem tiver, além de mais de 14 anos, o discernimento necessário e estiver devidamente esclarecido. 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 de que a pessoa se oporia ou quando a obtenção do consentimento implicar adiamento que represente perigo para a vida ou perigo grave), oral ou escrito.

3 - Das especificidades do consentimento

É de realçar que o consentimento escrito está especificamente previsto para algumas situações, em que os requisitos formais devem ser cumpridos. É o caso dos ensaios clínicos⁹⁸, da interrupção voluntária de gra-

96 Código Penal, Artigo 38.º: «2 – 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 execução do facto. 3 – O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (...).»

97 Código Penal, Artigo 157.º: «Dever de esclarecimento, onde se preserve a eficácia do consentimento na situação de o paciente ter sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento.»

98 Decreto-Lei n.º 97/94, de 9 de abril. Regras a que devem obedecer os ensaios clínicos. Artigo 10.º (Consentimento) – «1 - O consentimento para a participação em ensaios clínicos deve ser livre, esclarecido, expresso e dado por escrito. 2 - É ineficaz o consentimento obtido sem observância do disposto no n.º 1 e no artigo anterior. 3 - O consentimento é livremente revogável a todo o tempo, não incorrendo o sujeito na obrigação de indemnizar os prejuízos daí decorrentes. 4 - No caso de menores ou incapazes, só é permitida a realização do ensaio clínico quando resultar benefício clínico direto para o sujeito. 5 - Tratando-se de sujeitos menores ou incapazes, o consentimento deve ser prestado pelos seus representantes legais, sem prejuízo da necessidade do consentimento dos menores que disponham de capacidade de entendimento e manifestação de vontade.»

videz⁹⁹, da procriação medicamente assistida¹⁰⁰, da colheita de órgãos e tecidos em dadores vivos para fins de transplante¹⁰¹, da electroconvulsivoterapia¹⁰² e do tratamento automatizado de dados pessoais relativos ao estado de saúde¹⁰³.

Tenha-se igualmente em conta que existem exceções ao consentimento, designadamente:

1. Por incompetência ou incapacidade (menoridade, inabilitação - o caso de pessoa com anomalia psíquica, inconsciente, incapaz de consentir ou de expressar vontade - ou interdição);
2. Em situações de urgência: «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 da Biomedicina);
3. Em situação de «privilegio terapêutico», uma salvaguarda do dever de esclarecimento, prevista no Artigo 157.º do Código Penal, «salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica».

Considerando a possibilidade de decisão de «privilegio terapêutico», é necessário acautelar dentro da equipa de

99 Código Penal, Artigo 142.º (Interrupção da gravidez não punível). «3. O consentimento é prestado: a) Em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de 3 dias relativamente à data da intervenção; ou b) No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respetiva e sucessivamente, conforme os casos, pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral. 4. Se não for possível obter o consentimento nos termos do número anterior e a efetivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos».

100 Lei n.º 32/2006, de 26 de julho. Regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida (PMA). Artigo 14.º. Consentimento – «1 - Os beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável. 2 - Para efeitos do disposto no número anterior, devem os beneficiários ser previamente informados, por escrito, de todos os benefícios e riscos conhecidos resultantes da utilização das técnicas de PMA, bem como das suas implicações éticas, sociais e jurídicas. 3 - As informações constantes do número anterior devem constar de documento, a ser aprovado pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, através do qual os beneficiários prestam o seu consentimento. 4 - O consentimento dos beneficiários é livremente revogável por qualquer deles até ao início dos processos terapêuticos de PMA».

101 Lei n.º 12/93, de 22 de abril, relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana; Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de setembro (Registo Nacional De Não Dadores - RENNDA).

102 Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Lei de Saúde Mental. Artigo 5.º. Direitos e deveres do utente; «1 - Sem prejuízo do previsto na Lei de Bases da Saúde, o utente dos serviços de saúde mental tem ainda o direito de: a) Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis; b) Receber tratamento e protecção, no respeito pela sua individualidade e dignidade; c) Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros; d) Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito; e) Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação».

103 O tratamento automatizado de dados pessoais relativos ao estado de saúde depende, de acordo com o disposto nos Artigos 11.º n.º 3, e 17.º, n.º 2, da Lei n.º 10/91, de 29 de abril, na redação dada pela Lei n.º 28/94, de 29 de agosto, entre outras condições, do «consentimento dos titulares dos dados com o conhecimento do seu destino e utilização». O Artigo 2.º, alínea h) da Diretiva Comunitária 95/46/CE, de 24/10 define-o como sendo «qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, pela qual a pessoa em causa aceita que dados pessoais que lhe dizem respeito sejam objeto de tratamento». Especificamente quanto ao tratamento de dados relativos ao estado de saúde, o Artigo 8.º, n.º 2, alínea a) e seguintes, adianta que tal consentimento deve, neste caso, ser «explícito». Ou seja, a necessidade de consentimento escrito, único que preencherá os requisitos referidos, mais ainda quando o nosso legislador impõe que, a par do referido consentimento, sejam também, simultaneamente, conhecidas a finalidade e a utilização do tratamento.

saúde os processos de comunicação de modo a garantir a harmonização dos procedimentos dos profissionais. Em termos de consentimento livre e esclarecido, há que ter em conta que as prioridades do cliente ou de quem o represente (caso exista representante legal) não são as nossas e que outros problemas além dos de âmbito da saúde podem ser prioritários para ele.

Assim, o respeito pela autonomia leva à aceitação da vontade da pessoa informada, seja aceitar (consentir) ou recusar (dissentir), a proposta de intervenção e/ou cuidados, querer dar consentimento sem ser informado ou não querer ser informado, porque cada pessoa tem esse direito, quando essa for a sua vontade expressa, em querer segunda opinião, em pretender que as informações sejam dadas a terceiros. O respeito pela autonomia da pessoa implica também o respeito pela sua decisão de ser substituída na decisão, e o consequente respeito pela decisão do substituto que o cliente indicar.

Do respeito pela autonomia do outro caminha-se para a capacitação, para uma verdadeira participação (empoderamento) do cliente. Considerando o consentimento informado na atividade clínica, devem ser criteriosamente escolhidas estratégias de Enfermagem que facilitem as escolhas, de acordo com os valores da pessoa, especialmente em momentos críticos da vida, como quando está doente, incapaz, moribunda ou vulnerável devido à idade, perturbação mental ou situação concreta.

No que se refere à investigação, reforçando a importância¹⁰⁴ conferida aos aspetos relacionados com a autonomia e o consentimento, destacam-se o enunciado de posição sobre Investigação (1999) e as diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem do *International Council of Nurses* (1996, atualizadas em 2003), bem como a posição sobre investigação da Ordem dos Enfermeiros (2006).

Seja qual for o caminho epistemológico, a investigação está regida por regras internacionais e nacionais, relativas à proteção das pessoas. Afirma-se o primado do ser humano sobre o interesse da sociedade e da ciência. Assim, a pedra angular de uma investigação eticamente sólida é o consentimento fundamentado, que designaríamos de livre e esclarecido, sendo que o profissional tem um dever de proteção das pessoas, ao caso sujeitos do estudo.

No documento das *Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem* (2003) consideram-se como princípios a ter em conta a beneficência, a avaliação da maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e a confidencialidade. E definem-se o não receber dano, o conhecimento pleno, a autodeterminação, direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade como direitos dos participantes.

4 - Informação e consentimento nos cenários do exercício de Enfermagem

Dos enunciados de posição do **Conselho Internacional de Enfermeiros** destacamos três, que se articulam com o tema:

1. A perspetiva da saúde como um direito de todos os indivíduos, sem considerações financeiras, políticas, geográficas, raciais ou religiosas. Este direito inclui o direito de escolher ou recusar o cuidado (inclusive o direito de aceitar ou recusar o tratamento ou a nutrição), o consentimento informado, a confidencialidade, e a dignidade, inclusive o direito de morrer com dignidade (*Nurses and Human Rights*, atualizada em 2006);

104 Enumeram-se o Código de Nuremberg, 1947; Declaração de Helsínquia, 1964, ult. rev. 2002; Relatório Belmont, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978; Diretrizes internacionais propostas para pesquisa biomédica com seres humanos - CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) e OMS, 1982, revista 1993; Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, 2001.

2. O direito dos clientes a informação atualizada, relacionada com a manutenção de saúde, e a prevenção e tratamento da doença. Tal informação deve ser facilmente acessível, oportuna, exata, clara, relevante, fiável e baseada em evidência ou na melhor prática; as pessoas têm direito à privacidade e confidencialidade da informação sobre a sua saúde (*Informed Patients*, 2003);

3. O suporte e proteção da privacidade dos clientes e a participação do próprio e família nos cuidados, pela informação. Os clientes têm direito a informação e partilha equitativa de conhecimento diretamente relacionado aos seus problemas de saúde, às ações propostas ou tomadas pelos prestadores de cuidados e às consequências dessas ações (*Health Information: Protecting Patient Rights*, 2000).

No *Code of Ethics*¹⁰⁵, afirma-se que o enfermeiro promove um ambiente no qual os direitos humanos, os valores, as crenças do indivíduo, família e comunidade são respeitados e assegura que a pessoa recebe a informação suficiente em que basear o consentimento de cuidado e tratamento relacionado.

Considerando o **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**¹⁰⁶, os cuidados de Enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais¹⁰⁷.

Consideram-se autónomas as «ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em Enfermagem»¹⁰⁸ e interdependentes as «realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas»¹⁰⁹.

No «exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos»¹¹⁰.

Reforce-se que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega [conforme Artigo 79.º, alínea b), do Estatuto da Ordem], mesmo as que decorrem de prescrições de outros profissionais.

De acordo com o **Enquadramento conceptual** dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a pessoa é um «ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se»¹¹¹ e «o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)».

A parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, caracteriza a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem. E assim se entende que os cuidados tomem «foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue».

105 Cf. Code of Ethics, International Council of Nurses. «In providing care, the nurse promotes an environment in which the human rights, values, customs and spiritual beliefs of the individual, family and community are respected. The nurse ensures that the individual receives sufficient information on which to base consent for care and related treatment». <http://www.icn.ch/icncode.pdf>.

106 Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.

107 Idem, Artigo 4.º.

108 Idem, Artigo 8.º, n.º 2.

109 Idem, Artigo 8.º, n.º 3.

110 Idem, Artigo 8.º.

111 Enquadramento conceptual, Ordem dos Enfermeiros (2003).

De entre os **enunciados descritivos** de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, salientamos que, «na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes» e «na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde». A informação é um elemento-chave, particularmente quando geradora de aprendizagem cognitiva, de novas capacidades pelo cliente e promotora da capacidade de decisão.

No enquadramento das **competências do enfermeiro de cuidados gerais**, realçam-se as competências relativas ao sub-domínio da comunicação e relação interpessoal, e destas, as que afirmam caber ao enfermeiro comunicar com consistência a informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência; assegurar-se que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara; responder apropriadamente às questões, solicitações e problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.

Finalmente, retome-se o articulado do **Código Deontológico do Enfermeiro** como um todo, e com particular enfoque nos princípios gerais (Artigo 78.º), nos valores humanos (Artigo 81.º), do direito ao cuidado (Artigo 83.º), do dever de informar (Artigo 84.º), da excelência do exercício (Artigo 88.º) e da humanização dos cuidados (Artigo 89.º).

Com este enquadramento e fundamentação, enuncia-se como posição a assumir pela Ordem dos Enfermeiros:

1 – A Ordem dos Enfermeiros defende o direito de cada pessoa à autodeterminação e a uma adequada informação que permita tomar decisões face aos projetos de cuidados que lhe são propostos.

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

O respeito pela pessoa significa, principalmente, reconhecer e promover a sua capacidade para pensar, decidir e agir. Ao ser-lhe reconhecida esta capacidade, a pessoa está a ser considerada um ser autónomo e independente, portador de crenças e valores que devem ser respeitados. Por isso, qualquer intervenção de um profissional da saúde só deverá realizar-se se a pessoa em causa o permitir, através do seu consentimento livre e esclarecido.

O consentimento/dissentimento deve ser o ato de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo. Por princípio, a pessoa com mais de 14 anos poderá consentir, de acordo com a legislação em vigor. No entanto, a competência, no sentido da capacidade para tomar decisões, poderá variar com a decisão a ser tomada, implicando, muitas vezes, a necessidade de determinação do nível de competência dos clientes para consentir ou recusar tratamento, com o objetivo de os proteger de eventuais decisões que possam tomar e que não sejam do seu melhor interesse. O julgamento sobre a competência de uma pessoa permitirá distinguir aquelas cuja decisão deverá ser respeitada das que necessitarão de ser substituídas na decisão, por representante legal.

2 – A Ordem dos Enfermeiros reforça a obrigação profissional de salvaguardar e proteger os direitos humanos, o que inclui assegurar que os cuidados adequados são prestados com os recursos disponíveis e de acordo com a ética e deontologia profissional. Igualmente, os enfermeiros estão obrigados a assegurar-se que os clientes recebem informação adequada e compreensível para eles, em ordem a consentirem nos cuidados, incluindo participação em investigação. Os enfermeiros são responsáveis pelas suas ações e omissões na salvaguarda dos direitos humanos, pois lhes incumbe cuidar das pessoas e o cuidado inclui a proteção e a salvaguarda do outro, assim como a promoção do seu desenvolvimento, no sentido do autocuidado.

3 – Os enfermeiros têm o dever de informar e de obter consentimento para a realização de intervenções de Enfermagem, de acordo com o Artigo 84.º do Código Deontológico, sendo que as pessoas têm direito a aceder à informação, num formato apropriado e ao nível da sua própria escolha, que lhes permite participar ativamente de modo informado em decisões sobre a sua saúde.

A informação deve ser adequada às suas necessidades e circunstâncias, inclusive as suas necessidades religiosas, étnicas e culturais, bem como as suas habilidades de língua e níveis de alfabetização de saúde. Os riscos e os benefícios de intervenções de serviço de saúde e opções devem ser explicados aos clientes e, onde e quando apropriado, às suas famílias.

Agir contra a vontade expressa de um cliente consciente, esclarecido e competente para decidir, é violador das *legis artis* e das regras da deontologia profissional.

4 – A Ordem dos Enfermeiros considera que a formação, inicial e contínua, deve prover as competências necessárias para assegurar que os clientes são adequadamente informados.

Sabe-se que quando os clientes participam nas decisões sobre a sua saúde, maior probabilidade existe de ser satisfeita a sua necessidade de cuidados e melhores serão os resultados de saúde.

A capacitação (ou empoderamento) da pessoa é fundamental e o perfil do enfermeiro que promove esse poder treina-se e desenvolve-se. Para tal, a formação contribui para a aquisição e o desenvolvimento das competências relacionadas com a comunicação e a relação interpessoal.

Os enfermeiros têm de ter o conhecimento e as habilidades de adequar e dirigir a informação, constituir recursos para os clientes no acesso e utilização de informação, e contribuir e avaliar a base de evidência quanto ao impacto de clientes informados em resultados de saúde.

A informação deve ser feita utilizando as tecnologias disponíveis e apresentada conforme padrões de qualidade aprovados ou aceites.

Foi relatora Lucília Nunes.

Aprovado por unanimidade em Plenário, a 9 de janeiro de 2007.

Pel' O Conselho Jurisdicional
Enf.^a Lucília Nunes
(presidente)

Direitos humanos e deontologia de Enfermagem: desenhando o sentido, perspetivando o futuro

Texto final do IX Seminário de Ética, 2008

O exercício de Enfermagem e a proteção das pessoas

O exercício profissional da Enfermagem centra-se na prestação de cuidados ao outro, assumindo-se que «os cuidados de Enfermagem centram a atenção na promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue»¹¹². O cuidado concretiza-se numa relação interpessoal entre a pessoa e o enfermeiro e, sendo de natureza profissional, toma como objeto da relação o outro e as necessidades de cuidados do outro. É, por isso, uma relação que, não subtraindo a personalidade dos dois intervenientes, se dirige de forma terapêutica à ajuda do outro.

Nesta relação de cuidado, a pessoa encontra-se, frequentemente, com alterações do seu estado de saúde, o que lhe confere uma especial vulnerabilidade. De igual modo, dependendo do estágio de desenvolvimento do seu ciclo vital, as pessoas podem apresentar-se aos cuidados de Enfermagem com dependência parcial ou absoluta. Assim, o enfermeiro, ao prestar cuidados, toma como objeto do seu papel social a pessoa e a sua condição particular decorrente do estado de saúde/doença.

Do nascimento à fase final da vida, o enfermeiro responsabiliza-se pela prestação do cuidado, na defesa da proteção de cada pessoa. O cuidado de Enfermagem não surge isolado, enquanto resposta a um problema determinado, mas inclui a pessoa na sua totalidade única. É neste sentido ético que o enfermeiro concretiza a responsabilidade pelo outro.

A defesa dos direitos como uma dimensão da proteção das pessoas

A proteção das pessoas pode ser refletida de diferentes perspetivas, consoante as diversas dimensões em que essa proteção se concretiza. Uma dimensão fundamental integra o respeito pelos direitos das pessoas. A pessoa considerada nos cuidados de Enfermagem é um ser com direitos, que entra na relação de cuidado com o enfermeiro, com a sua titularidade plena. Enquanto cidadão, vê atribuído pelo Estado um conjunto de direitos que permite a sua vivência em sociedade.

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa consagra um leque amplo de direitos, garantindo, assim, o exercício da cidadania. Esta consagração constitucional fundamenta o exercício de cada direito por cada pessoa em particular, nos termos em que as leis determinam.

112 ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos, 2002.

O reconhecimento da titularidade dos direitos fundamentais é dever de todos, assim como o respeito pelo exercício num ambiente de liberdade responsável, de cada um em especial. Ao Estado e à Administração Pública Portuguesa, onde a Ordem dos Enfermeiros se inclui, cabe um papel de promoção e proteção relativas à efetivação dos direitos pelas pessoas.

É nesta medida que a Ordem dos Enfermeiros assume a responsabilidade institucional de fomentar a promoção e a defesa dos direitos das pessoas a quem são prestados cuidados de Enfermagem, em especial aos cidadãos em geral. Para tal, as suas atribuições devem ser interpretadas no sentido do fim último da garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem, «assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional», como enuncia a formulação do seu **desígnio fundamental**, formalizado no n.º 1 do Artigo 3.º do seu Estatuto, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Garantindo a qualidade dos cuidados, a Ordem dos Enfermeiros defende os direitos das pessoas.

Esta defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem não consubstancia um princípio abstrato, de onde não decorrem atividades concretas por parte da Ordem dos Enfermeiros. Materializa-se na definição de padrões de qualidade, na criação de normas de boas práticas profissionais, na tomada de posições políticas sobre assuntos específicos da saúde e na emissão de pareceres sobre problemas concretos. Do mesmo modo, a garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem em Portugal integra uma componente muito significativa da interpretação e defesa da aplicação das normas da Deontologia profissional.

De facto, no uso do seu poder regulamentar enquanto entidade pública, compete à Ordem interpretar os direitos dos enfermeiros no sentido da proteção dos direitos das pessoas, uma vez que os direitos consagrados no Artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, integram eles próprios uma dimensão de proteção das pessoas clientes de cuidados. Por exemplo, quando a alínea c) do n.º 2 deste Artigo consagra o direito a «usufruir de condições de trabalho», acrescenta que estas condições de exercício visam assegurar «o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de Enfermagem de qualidade».

Do mesmo modo, as incompatibilidades previstas no Artigo 77.º do Estatuto destinam-se a proteger as pessoas de eventuais conflitos de interesses que pudessem existir em resultado do desempenho de atividades diferentes pela mesma pessoa.

Finalmente, os deveres do enfermeiro, que decorrem dos princípios e valores profissionais que integram o Código Deontológico¹¹³, dirigem-se diretamente à proteção dos direitos das pessoas.

Desta forma, a interpretação formal que a Ordem dos Enfermeiros faz da deontologia profissional de Enfermagem, nomeadamente através dos pareceres emitidos pelo Conselho Jurisdicional, assume como fundamento ético o respeito pela dignidade humana, da qual os direitos individuais constituem um seu corolário. É neste sentido que o Código Deontológico enuncia como dever geral, na alínea c) do Artigo 79.º, que o enfermeiro assume o dever de «Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional».

Quando o Código Deontológico prescreve no seu Artigo 83.º o dever de prestar cuidado «em tempo útil», fundamenta este dever no «respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença». Ou seja, a responsabilidade pela prestação de cuidados ao outro decorre do direito atribuído a este, no âmbito de um direito mais amplo de proteção da saúde, que a Constituição da República Portuguesa estabelece para todos os cidadãos, no seu Artigo 64.º.

113 Incluído no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Artigos 78.º a 92.º).

Do mesmo modo, ao prescrever no seu Artigo 82.º o dever de «atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor» e defender a «vida humana em todas as circunstâncias», o Código Deontológico suporta-se no «respeito pelo direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital». Igualmente, a consagração do direito à vida pela Constituição, no seu Artigo 24.º, encontra proteção especial na deontologia profissional de Enfermagem.

O direito à autodeterminação, que constitui uma dimensão do princípio da dignidade humana consagrado no Artigo 1.º da Constituição e no n.º 1 do Artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico) encontra também proteção especial no Código. O respeito pelo consentimento para os cuidados de Enfermagem constitui uma manifestação essencial deste direito, encontrando-se estabelecido como dever na alínea b) do Artigo 84.º.

Assim, e com esta interpretação, a Ordem dos Enfermeiros tem contribuído para a clarificação do quadro deontológico da profissão, no respeito pela base ética que o suporta e na relação formal adequada com o ordenamento jurídico do País. No centro desta regulamentação, encontra-se a pessoa e a especial proteção dos seus direitos pelos cuidados de Enfermagem.

Os direitos humanos e a deontologia profissional de Enfermagem

Quando nos referimos aos direitos das pessoas, estamos a considerar uma esfera ampla de direitos, em que se podem identificar diversas categorias. Como pano de fundo ou base ética de suporte, encontram-se os direitos humanos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembleia Geral da Nações Unidas, constitui um documento histórico para a proteção das pessoas no mundo. Inscrevendo os diversos direitos que os países conseguiram considerar por consenso, formaliza em texto escrito a definição de cada um. O ser humano passou, assim, a contar com um instrumento que pode ser utilizado para a regulação da sua vida em sociedade.

Em Portugal, a Declaração Universal foi ratificada apenas em 1978¹¹⁴, mas desde 1976 que constitui uma base interpretativa para os direitos consagrados na Constituição. De facto, o n.º 2 do Artigo 16.º da Lei Fundamental estabelece que «os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados em harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem». Assim, na dúvida sobre o alcance de um determinado direito, este é determinado com base na formulação dos direitos humanos.

Desta forma, quando refletimos os direitos das pessoas, a partir dos deveres deontológicos do enfermeiro, devemos discutir a sua esfera de proteção, nos termos em que os direitos humanos correlacionados o fazem. Assim, podemos considerar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos constitui um fundamento ético essencial à deontologia profissional do enfermeiro em Portugal.

114 Publicada no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de março de 1978, mediante Aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

À Ordem dos Enfermeiros cabe promover o desenvolvimento da reflexão neste sentido, garantindo que a interpretação institucional realizada concretize esta premissa. A cada um de nós, compete participar neste desenvolvimento e apropriar-se da reflexão ética e da interpretação da Deontologia, em cada relação de cuidado que estabelecemos.

Autoria:

Enf.º Sérgio Deodato, Enf.ª Conceição Martins e Enf.ª Teresa Carneiro

Conselho Jurisdicional



ORDEM DOS ENFERMEIROS
2015

