

0  
2/02/11

Tiago José Rodrigues de Almeida

**Leitura Interna**

**Biblioteca UFP**

**“Habla con Ella” – Reflexões Éticas**

Faculdade de Ciências da Saúde  
Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010



Tiago José Rodrigues de Almeida

**Leitura Interna**

**Biblioteca UFP**

**“Habla con Ella” – Reflexões Éticas**

Faculdade de Ciências da Saúde  
Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

Tiago José Rodrigues de Almeida

**Leitura Interna**

**Biblioteca UFP**

**“Habla con Ella” – Reflexões Éticas**

Monografia apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do grau  
de licenciado em Enfermagem.

O Aluno

---

(Tiago José Rodrigues de Almeida)

É com um enorme orgulho e alegria, que vejo ultrapassado, este enorme desafio... Um trajecto conturbado, marcado por uma imensidão de momentos, experiências, sentimentos e emoções, como é afinal qualquer processo de aprendizagem e crescimento...!

A todos aqueles que, de forma mais ou menos directa, visível e consciente, contribuíram para esta vitória, quero manifestar o meu mais profundo reconhecimento e agradecimento.

Aos meus pais, por me ensinarem que a palavra “desistir” não consta do dicionário da vida! Pelos valores e princípios que sempre me inculcaram... Pelo amor, carinho e dedicação... Obrigada por me ajudarem a perceber que o “vencer” não existe se não nos empenharmos, que o “fracassar” não é nada se fizermos o nosso melhor e que a maior recompensa do nosso trabalho reside naquilo em que ele nos transforma!

Ao Professor Doutor José Manuel dos Santos, amigo e confidente, pelo apoio incondicional, incentivo e imenso saber transmitido... Pelas palavras certas nos momentos certos e pela forma como soube transformar este árduo e longo percurso, num desafio constante e não menos, aliciante e gratificante! Obrigada pela simpatia e permanente disponibilidade... Pela confiança que sempre depositou em mim e pelo reconhecimento do meu trabalho! Por se ter relevado determinante em todo este percurso!

A alguém muito especial, pelo afecto, paciência e dedicação... Obrigada por compreenderes os meus estados de ansiedade e “mau humor”, aturares os meus “stresses” e nunca teres deixado de acreditar em mim!

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>PARTE I - TEORIZAÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo I – Enquadramento do Estudo</b>	<b>11</b>
1. Escolha e Justificação do Tema	11
2. Questão de Investigação	11
3. Objectivos da Investigação	12
<b>Capítulo II – Debate actual sobre a temática</b>	<b>13</b>
1. Pressupostos básicos da Ética, Moral e Deontologia	13
1.1. A Ética e a Moral	13
1.2. A Deontologia	16
2. Vocabulário e Princípios Éticos Fundamentais	17
2.1. Os Princípios	18
2.1.1. O princípio da Autonomia	19
2.1.2. O princípio da Beneficência e Não-Maleficência	20
2.1.3. O princípio da Justiça	20
2.2. Os Direitos	21
2.3. Os Deveres	22
2.4. Consciência	23
2.5. Responsabilidade e Verdade	23
2.6. Valores e Vontade	24
2.7. Respeito e Reciprocidade	25
3. Código Deontológico	26
3.1. As bases da Deontologia profissional em Enfermagem	27
3.2. O Código Deontológico do Enfermeiro	29
4. Relação de ajuda e Comunicação em Enfermagem – Complexo Processo	30
4.1. Conhecimento	32
4.1.1. Conhecimento de si	32
4.1.2. Conhecimento dos processos decorrentes na relação de ajuda	33

4.2. Habilidades, Comportamentos e Competências	35
4.2.1. O Toque	35
4.2.2. Distância, posição física e o tempo	37
4.2.3. Comunicação	38
4.2.4. O Silêncio	39
4.2.5. Comunicação Verbal	40
<b>PARTE II – METODOLOGIA DO ESTUDO</b>	<b>42</b>
<b>Capítulo I – Planeamento do Estudo</b>	<b>42</b>
1. Tipo de Estudo	43
2. Estratégias de Recolha de Dados	45
3. Técnicas de Análise de Dados	47
<b>Capítulo II – Objecto de Estudo</b>	<b>50</b>
1. O Filme	50
2. O realizador	51
<b>PARTE III – REFLEXÃO</b>	<b>53</b>
<b>Capítulo I – Análise e Discussão do Caso</b>	<b>53</b>
<b>Capítulo II – Conclusão</b>	<b>61</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXO – <i>Hable con ella</i> (DVD)	

## INTRODUÇÃO

Apresentam-se, nesta introdução, os motivos que delinearão a questão orientadora do estudo, bem como a forma como se encontra organizado, descrevendo, de forma sintética, os três capítulos que o constituem.

O exercício de uma profissão implica sempre o desempenho de uma actividade socialmente valorizada, em que a comunidade deposita um conjunto de expectativas quanto à excelência do desempenho técnico e moral. Se, para algumas profissões, a conduta moral não obriga a um nível de exigência acima da *mores social*, para outras, o nível de exigência que decorre da especificidade das suas funções obriga à elaboração de normas formais que sirvam de guias no exercício profissional. Surge, assim, a Deontologia como um dever ser profissional estabelecendo um caminho que não é opcional entre outros de menor exigência (Veiga, 2006).

Veiga (2006) refere que é no âmbito da Deontologia que se determinam as normas que constituem o Código Deontológico. No contexto actual, a Deontologia é uma Ética profissional e, não se restringindo às “regras em si” (em que parcialmente consiste), também não se confina à reflexão sobre essas mesmas regras. Segundo o mesmo autor, a Deontologia é sempre de carácter normativo e tem como princípio objectivo a prossecução da excelência profissional.

Como parte da vida quotidiana das pessoas, a Ética também perpassa as práticas profissionais, expressando-se em padrões de excelência, obediência às regras e consecução de bens internos. Embora esses padrões estabelecidos possam e devam ser questionados, a iniciação na prática profissional não ocorre sem a aceitação da sua autoridade. A Enfermagem na condição de profissão não escapa a esta realidade.

Com efeito, desde as últimas décadas do século XX, assiste-se a um crescente interesse pelas questões éticas, em particular por aquelas que estão directamente relacionadas com problemas e situações resultantes da imputabilidade Moral e Ética em campos específicos da existência, característicos na Saúde e no que concerne à actuação e desenvolvimento profissional dos intervenientes na prestação de cuidados. O Código Deontológico do Enfermeiro, promulgado em 1998, veio contribuir para um incremento do estudo de questões ético-morais relacionadas com o desenvolvimento e aprimoração dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Também o

corpo, como âmago da interacção enfermeiro-utente, é uma questão actualmente pertinente e susceptível de gerar várias discussões no campo ético da profissão.

Nesse sentido, esta temática ganha particular importância enquanto estudante da Licenciatura em Enfermagem e futuro profissional. Pretende-se com este trabalho realizar uma reflexão Ética, com base nos princípios éticos e deontológicos, tendo como ponto de partida o filme *Hable con ella*, que retrata o comportamento de um enfermeiro que cuida de uma utente em estado de coma, pela qual é apaixonado, saltando à vista de quem vê o dito filme o extremo cuidado e atenção prestados pelo enfermeiro à sua utente, levando o espectador a interrogar-se sobre quais os limites da relação enfermeiro-doente e qual o enquadramento ético, moral e deontológico. Nesta óptica, o investigador partiu para este trabalho com a seguinte pergunta de partida: *Quais os princípios éticos e deontológicos são alvo de reflexão na análise do comportamento do protagonista do filme “Hable con Ella”?* Assim sendo, o investigador pensou na elaboração de um estudo com uma abordagem qualitativa, utilizando o método de Estudo de Caso para dar resposta à questão de investigação.

O objecto de estudo utilizado para a realização do trabalho é um filme espanhol, do realizador Pedro Almodóvar, *Hable con ella* (2002). Este realizador espanhol é fonte de forte crítica social, quer em Espanha quer no resto do mundo. Controverso, coloca sempre nos seus filmes temáticas susceptíveis de gerar discussões, não só a nível cinematográfico, mas também a nível social, abordando sempre com algum exagero a figura feminina, as suas fraquezas e potencialidades, bem como a questão da sexualidade.

O filme encontra-se anexado a este trabalho em formato DVD e o seu visionamento é recomendado, para melhor se perceber todo este documento. Apesar de uma obra ficcionada e passada em contexto espanhol, é uma história passível de ser real e passada em qualquer instituição de saúde em Portugal.

Dado o gosto do investigador pelo cinema e conhecedor da obra de Pedro Almodóvar, este filme despertou o interesse do mesmo, pela sua mensagem, pela sua potencialidade e facilidade na sua abordagem e interpretação. Visto que um dos objectivos do investigador é aprofundar os seus conhecimentos sobre o Código Deontológico do Enfermeiro, facto de o investigador ser português, este filme parece adequado para a reflexão que o mesmo pretende, daí ter sido escolhido este filme e não outro qualquer que aborde temáticas igualmente importantes no âmbito da ética.

Os objectivos que se pretende atingir são:

- Especificar conceitos chave, segundo vários autores, como: Ética, Moral, Deontologia, Código Deontológico, Relação de ajuda, Comunicação, bem como algum vocabulário ético;
- Aprofundar conhecimentos sobre o Código Deontológico do Enfermeiro;
- Identificar os principais princípios deontológicos, através do Código Deontológico do Enfermeiro, violados pelo Enfermeiro, protagonista do filme, ressaltando o contexto em que o mesmo filme decorre;
- Enunciar algumas questões éticas, para possíveis futuras reflexões;
- Possibilitar ao investigador o contacto com a investigação em Enfermagem, servindo, a elaboração deste trabalho como instrumento e exercício de aprendizagem na área da investigação em Enfermagem;
- Habilitar o investigador com mais e melhores conhecimentos na área da investigação em Enfermagem.

O presente estudo está dividido em três partes distintas, onde o investigador procura descrever de forma sistemática a estrutura de todo o processo de investigação.

Na primeira parte apresenta-se a construção da problemática, a questão de investigação e os objectivos do estudo, bem como, se desenvolve a revisão da literatura onde se descreve o quadro teórico de suporte à investigação, que é resultado da leitura exploratória de diferentes obras e que permite ao investigador fundamentar e clarificar diferentes aspectos relacionados com o tema e alargar o seu campo de conhecimentos. Este facto (de o investigador sentir necessidade de aprofundar os seus conhecimentos) torna esta primeira parte do documento um pouco exaustiva.

A segunda parte constitui uma descrição fundamentada dos diferentes passos da metodologia utilizada neste estudo onde se encontram presentes: tipo de estudo, estratégias de recolha de dados e técnicas de análises de dados. Inclui-se também na segunda parte deste trabalho, em capítulo próprio, o objecto de estudo.

A terceira parte destina-se à reflexão onde o investigador apresenta a análise e discussão do caso e ainda as conclusões do estudo.

As fontes a que o investigador recorreu para a elaboração deste trabalho de investigação foram livros, revistas e Internet, tendo em consideração a sua pertinência para o estudo e actualidade.

O investigador iniciou o trabalho de pesquisa no início do primeiro semestre deste ano, tendo determinado o mês de Outubro, como limite para a sua redacção e entrega.

Em suma, com a elaboração do presente trabalho, com carácter essencialmente académico, pretende-se não só cumprir uma exigência do plano curricular, como contribuir para que todos quantos tenham o interesse de o ler reflectam sobre a importância da Ética e de um Código Deontológico na profissão, e em especial no balizamento da relação profissional *versus* relação pessoal/afectiva, entre enfermeiro – utente, tornando o cuidar ainda mais humanista, com o qual ganharão certamente, quer o utente, quer o prestador de cuidados.

## **PARTE I – TEORIZAÇÃO**

### **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO DO ESTUDO**

#### **1. Escolha e Justificação do Tema**

O tema da investigação é escolhido tendo em conta vários factores, sendo os mais importantes o interesse e a motivação do investigador. São estes de grande peso e que fazem mover um trabalho de pesquisa.

Por conseguinte, o campo de interesse para o investigador centra-se na Ética, nos seus pressupostos, bem como, no âmbito do Código Deontológico do Enfermeiro, por ser um campo que o investigador ainda pouco conhece, mas que o motiva e lhe interessa não só enquanto futuro profissional, que deve conhecer e respeitar na íntegra o documento supra-citado, mas também, a nível pessoal. Dentro deste âmbito, entendeu-se que seria um bom ponto de partida para o trabalho o filme *Hable con ella*, pretendo-se assim, sobre ele fazer algumas reflexões éticas, dado o interesse do investigador por esta área, bem como o seu gosto pelo cinema, tendo sido este um filme que despertou bastante o seu interesse.

#### **2. Questão de Investigação**

Segundo Judith Bell (2002), uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações, e segundo Fortin (1999), “é um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa de conceitos chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.”

Para que o estudo seja bem delimitado, é necessário, então, definir a questão para indicar com precisão a intenção do investigador.

Nesta investigação, o projecto é enunciado pela seguinte questão: **Quais os princípios éticos e deontológicos são alvo de reflexão na análise do comportamento do protagonista do filme “Hable con Ella”?**

### **3. Objectivos da Investigação**

A citação de Fortin (1999, p. 99) diz que “o objectivo de um estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação”.

Desta forma os objectivos definidos para o meu estudo de investigação são os seguintes:

- Especificar conceitos chave, segundo vários autores, como: Ética, Moral, Deontologia, Código Deontológico, Relação de ajuda, Comunicação, bem como algum vocabulário ético;
- Aprofundar conhecimentos sobre o Código Deontológico do Enfermeiro;
- Identificar os principais princípios deontológicos, através do Código Deontológico do Enfermeiro, violados pelo Enfermeiro, protagonista do filme, ressaltando o contexto em que o mesmo filme decorre;
- Enunciar algumas questões éticas, para possíveis futuras reflexões;
- Possibilitar ao investigador o contacto com a investigação em Enfermagem, servindo, a elaboração deste trabalho como instrumento e exercício de aprendizagem na área da investigação em Enfermagem;
- Habilitar o investigador com mais e melhores conhecimentos na área da investigação em Enfermagem.

## **CAPÍTULO II – DEBATE ACTUAL SOBRE A TEMÁTICA**

### **1. Pressupostos básicos da Ética, Moral e Deontologia**

Antes de entrar propriamente na parte central do tema, ocorre perguntar o que é a Ética, a Moral e a Deontologia.

Sabe-se que as definições apenas ajudam a compreender e a preparar o caminho para uma análise de maior aprofundamento. Se se alude a estes conceitos é pela importância da relação que eles têm entre si e, neste trabalho, porque se prendem com a conceptualização e com o comportamento do ser humano numa perspectiva mais esclarecedora, merecendo esta análise.

É inegável a singularidade de cada um destes conceitos – Ética, Moral, Deontologia –, todavia, é necessário compreendê-los num processo dinâmico onde cada um com as suas próprias funções, os seus conteúdos específicos, intervêm conjuntamente nas relações básicas da acção pessoal, humana e social, nas actividades intelectuais e operativas do indivíduo, do inventor, do gestor, do empresário, do operário, seja ele qual for, numa palavra, do profissional.

Procurar-se-á, de seguida, traçar as linhas que definem o essencial da noção de Ética, Moral e Deontologia.

#### **1.1. A Ética e a Moral**

Todos os movimentos da história remetem à vida dos Homens, que buscam o entendimento do mundo em que vivem. Os filósofos costumavam formular questões sobre a natureza, mas a partir de Sócrates começaram a reflectir mais sobre a condição humana. Desse modo, empenhavam-se em explicar os comportamentos de factos existentes, valorizando-os.

Os filósofos propunham novas questões, pois as perguntas antigas já não preenchiam mais as suas necessidades e aquilo que procuravam. Passaram assim a fazer indagações de outras naturezas que não voltadas para o mítico ou religioso.

Assim, novas formas de pensar surgiram com base em algo já pensado, e com isso os Homens alcançavam novas possibilidades de olhar e interpretar o mundo de outro modo; o que o

caracterizava não apenas como parte da natureza, mas também como um ser social que interpreta e transforma a realidade, criando um novo *éthos*. Dessa forma a Ética vem se enraizando nos Homens, de todos os tempos, até aos dias de hoje (Oguisso e Zoboli, 2006).

Existiam duas concepções fundamentais de Ética, segundo Oguisso e Zoboli (2006), a primeira como ciência do fim – à qual a conduta dos Homens se deve dirigir – e dos meios para atingir esse fim, ou seja, o Homem dirigido pela sua natureza; já a segunda reporta-se aos motivos ou causas que levam o Homem a ter essa ou aquela conduta.

A Ética no seu sentido etimológico é uma palavra que vem do grego *éthos*, de que segundo Vasquez (*cit. in* Oguisso e Zoboli, 2006) a palavra tem duas formas. Assim o primeiro vocábulo *éthos*, refere-se ao modo de ser, ao carácter, à realidade interior de onde provêm os actos Humanos. O segundo vocábulo, *éthos*, indica os costumes, os hábitos ou o agir habitual; actos concretos que indicam e realizam o modo de ser implantado na pessoa.

A Ética sempre foi um tema constante da filosofia, tida como uma ciência teórica e prática. Os actos éticos são exclusivos do Homem. Hoje, sabe-se que a Ética baseia-se em princípios, valores, sentimentos, emoções que cada pessoa traz dentro de si; ela reflecte o acto de pensar e questionar, ou seja, um modo de ser, e com isso o Homem apresenta condutas conscientes que se reflectem nas suas escolhas e acções.

Um caminho possível para alcançar acções Éticas conscientes é olhar para o mundo em que se vive, percebendo a precariedade das experiências, as quais, acarretam a responsabilidade do agir humano, mas não só de forma racional. As pessoas, ao se “lançarem” ao mundo, sentem impotência para entender todos os factos e aplicar tudo aquilo que consideram ser o melhor em prol do colectivo, surgindo, assim, novas necessidades, motivações e conflitos diante dos valores éticos e morais.

Por seu turno, na operacionalização do conceito de Ética, não se pode prescindir da moral, pois, segundo Ferreira e Dias (2005), não se pode ficar ao nível da abstracção, havendo que passar da abstracção à prática. Neste sentido, a moral não pode ficar privada da Ética.

As origens etimológicas dos termos “Ética” e “Moral” podem esclarecer sobre as suas áreas de abrangência e de significado. Assim, e segundo Oguisso e Zoboli (2006), a palavra “Moral” provém do latim *mos* ou *mores*, e que quer dizer “costume ou costumes”, ou seja, conjunto de regras adquiridas pelo hábito.

Embora as palavras “Ética” e “Moral” remetam para a mesma realidade e sejam por alguns consideradas sinónimos (Argandoña, 1994 *cit. in* Ferreira e Dias, 2005), os dicionários apresentam uma certa distinção.

Essa distinção é apresentada por Ferreira e Dias (2005, p. 16) da seguinte forma:

“A Ética investiga a fundamentação do agir, os princípios e valores, a dimensão da interioridade dos actos, aquilo que é mais pessoal. A moral indica acções e normas concretas, é a aplicação dos costumes, dos hábitos e das regras daquilo que foi objecto da Ética.”

A Ética não é Moral e, portanto, não pode ser reduzida a um conjunto de normas e prescrições. A sua missão é explicar a moral efectiva e, neste sentido, pode influir na própria moral (Oguisso e Zoboli, 2006). Nessa perspectiva, a Ética pode servir para fundamentar a moral, sem ser em si mesma normativa.

Nesta ordem de ideias, Viano, (*cit. in* Ferreira e Dias, 2005), opta por uma definição operacional da Ética e da Moral que permite pensá-las em conjunto enquanto processo: a Ética define o domínio das acções consideradas boas, enquanto que o domínio moral fica reservado para as normas, obrigações, com sentido universal.

Assim, a Ética pretende estudar em profundidade o ser e o sentido das normas morais, isto é, explicar o bem moral e as suas características. A Ética é, portanto, a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De uma forma geral, como dizem Ferreira e Dias (2005, p. 18), “(...) a Ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e onde estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

Estes actos morais provêm da vivência prática e dos valores de um determinado grupo social, contextualizados num tempo e num espaço. A Ética faz parte da natureza humana, e as acções reflectem as condutas humanas. Com isso, a Ética volta-se para o agir consciente, livre e responsável, sendo essas condições fundamentais do acto moral.

Oguisso e Zoboli (2006, p. 50) referem que “(...)um acto para ser moral deve possuir motivação aceite pela colectividade”. O motivo pode ser entendido como aquilo que leva o sujeito a agir ou a buscar determinado resultado ou fim. Assim, os mesmos autores referem que, “(...) o motivo é um aspecto relevante do acto moral, além da consciência e da liberdade”.

Todo o acto moral engloba vários aspectos, como motivos, fins, meios utilizados para obtenção dos resultados. Obviamente, a liberdade e a consciência para agir são atributos imprescindíveis do acto moral. Assim, a pessoa responde pelo acto quando age conscientemente, ou seja, com autonomia e liberdade, tendo como parâmetros os valores colectivos. Outro aspecto fundamental do acto moral diz respeito à consciência do fim e do resultado almejado pelo sujeito, pois a consciência e a decisão de ir ao encontro de um resultado conferem ao acto a qualidade de voluntário (Thompson *et al.*, 2004).

Percebe-se que a moral está inserida num contexto social, no qual tem origem o Estado, como uma criação do Homem a fim de regular a convivência social dos indivíduos, por meio das normas de direito, também denominadas normas jurídicas ou legais.

## **1.2. A Deontologia**

Um outro conceito associado à Ética e à Moral é o de Deontologia. Deontologia, do grego, *deon*, dever, e *lógia*, conhecimento. A tónica da Deontologia assenta numa ciência dos deveres, do que é justo e conveniente que os Homens façam, do valor a que se visa e do dever ou normas que dirigem o comportamento humano (Avila, 1969).

Há, portanto, uma estreita ligação da Deontologia com a Ética e a Moral, embora seja considerada como uma Ética aplicada e restrita a um sector do comportamento humano, isto é, comportamento típico, apresentado pelo Homem, quando exerce determinada profissão.

Uma prática envolve padrões de excelência, obediência às regras e consecução dos bens. Iniciar uma prática significa aceitar a autoridade dos padrões e a inadequação do seu próprio desempenho aos seus próprios impulsos, ou seja, é submeter as próprias atitudes, escolhas, preferências e gostos aos padrões definidos pela prática.

Os conceitos de Ética, Moral, Deontologia, são conceitos dependentes uns dos outros, que se fundamentam em valores. A palavra “valor”, do latim *valore*, que quer dizer ser forte, veio da economia e refere-se ao uso e permutas de coisas, são ideias que o Homem introduz no real (Ferreira e Dias, 2005).

Os valores constituem normas ou critérios que afectam esferas da nossa actividade e da nossa conduta humana. Portanto, têm um carácter normativo, oriundo das leis essenciais do ser. Os

valores, não sendo metas nem objectivos, influenciam o indivíduo ou o grupo na escolha dos seus objectivos, conferindo um preço a determinados actos ou ideias (Ferreira e Dias, 2005).

Portanto, a necessidade de agir em conformidade com a Ética diz respeito a cada indivíduo, a cada grupo profissional e aos grupos na sociedade em geral. A Ética é um dos processos essenciais para mobilizar as organizações e as pessoas, em particular nas profissões que nelas desempenham. Nesta relação entre a Ética e a profissão, acentua Ferreira e Dias (2005), prevalece uma orientação deontológica, com fins de harmonização individuais, mas também uma evolução mais problematizada onde o código da moral, da continuidade da harmonia é posta em causa tornando-se um problema central do pensamento ético actualmente.

As mudanças e o desenvolvimento do mundo profissional acentuam cada vez mais a importância da Ética na interacção do quotidiano profissional, tornando-se um dado indissociável a relação entre a Ética e a profissão.

## **2. Vocabulário e Princípios Éticos Fundamentais**

A Ética nasce da necessidade de fazer o bem, o que implica o reconhecimento de um valor, das coisas e das pessoas. O ser humano vivencia, aprende e incorpora esses valores, desde o nascimento até ao final da vida.

Para o Homem agir bem é necessário que haja um processo de aprendizagem, o que requer tempo e amadurecimento, por meio da convivência com outras pessoas e com o mundo em que se encontra inserido. Isso acontece através da observação, participação, fala, diálogo, busca e troca de conhecimentos, experiências e muita reflexão (Oguisso e Zoboli, 2006).

A Ética exige compromisso pessoal, envolve uma forte vontade, exige a luta para alcançar metas relacionadas com o que os actos e as coisas têm de bom, de moral, de honestidade, de sinceridade, de lealdade, de responsabilidade, de consciência do bem comum, em suma exige cultivar a justiça e a verdade (Thompson *et al.*, 2004).

O Homem quando nasce é lançado no mundo. Na verdade, ele nasce na história dos seus pais, mas tem de realizar a sua própria história. No decorrer da vida, vai adquirindo princípios que surgem inicialmente no seio da sua família, os quais são assimilados e alguns modificados ao longo da sua vida, observando também os valores da sociedade em que está inserido.

O investigador debruçar-se-á em primeiro lugar sobre os princípios básicos da Ética para em seguida abordar um conjunto de vocábulos dotados de significado e que se associam à noção de Ética.

## **2.1. Os Princípios**

Por vezes, as circunstâncias podem modificar o comportamento, a qualidade moral de uma acção, porém se existir apoio, recorrendo a um conjunto de princípios éticos e morais, as atitudes e os comportamentos manifestar-se-ão na vida do indivíduo de determinada maneira.

O ponto de vista popular sobre a Ética é o facto de cada um ter princípios éticos diferentes. Numa sociedade liberal [e ocidental] encoraja-se a tolerância religiosa e a diversidade moral e cultural. Ao viver-se em sociedades multiculturais aprende-se que cada um é detentor das suas próprias opiniões sobre assuntos éticos, políticos entre outros; as pessoas não devem ser coibidas de expressar os seus pontos de vista; as pessoas não devem ser discriminadas devido às diferentes opiniões que têm (Thompson *et al.*, 2004).

Estes aspectos parecem implicar que todos os pontos de vista têm validade igual ou que todos os pontos de vista morais são relativos. Se todas as crenças morais forem apenas isto, não será possível falar-se de verdade moral ou de princípios morais universais.

A utilização de princípios como forma de reflexão é uma abordagem clássica e extremamente utilizada na Bioética – ramo da ética que estuda e investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e responsabilidade ambiental (Sgreccia, 1996). As diferentes abordagens propostas por diferentes autores ilustram a riqueza desta discussão.

“Assim, pois, somos chegados ao princípio de conhecimento moral da razão vulgar do Homem. A razão vulgar não necessita deste princípio tão abstracto e numa forma universal; mas, apesar de tudo, tem-no continuamente diante dos olhos, usando-o com critério nos seus raciocínios. Fora bem fácil demonstrar aqui como, com esta bússola na mão, saber distinguir perfeitamente em todos os casos que ocorrem, o que é bom, ou o que é mau, o que é conforme ao dever ou contrário ao dever, quando, sem ensinar-lhe nada de novo, faz-se-lhe esperar tão-somente, como fez Sócrates, a seu próprio princípio, e que não faz falta ciência ou filosofia alguma para saber o que é que deve fazer para ser honrado e bom e até sábio e virtuoso” (Kant, [www.ufrgs.br](http://www.ufrgs.br)).

William Frankena, em 1963, propôs que os princípios são tipos de acção correctos ou obrigatórios. Estes princípios são deveres “*prima facie*”. Frankena (1981) propõe que dois princípios devem ser observados: a beneficência e a justiça.

O Relatório Belmont, disponível em [www.impactcg.com](http://www.impactcg.com), publicado em 1978, utilizou como referencial para as suas considerações éticas, a respeito da adequação das pesquisas realizadas em seres Humanos, três princípios básicos: o respeito às pessoas, a beneficência e a justiça.

Tom Beauchamp e James Childress (1994, p. 100-103) na época, ambos vinculados ao Kennedy Institute of Ethics, publicaram o seu livro *Principles of Biomedical Ethics* (1994), que consagrou o uso dos princípios na abordagem de dilemas e problemas bioéticos. Estes autores consideravam quatro princípios: Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência e Justiça.

São numerosos os princípios éticos e morais, no entanto, serão aqui analisados apenas e só os quatro princípios fundamentais da Bioética actualmente aceites que o investigador considera mais importantes para este trabalho.

### **2.1.1. O princípio da Autonomia**

O princípio da autonomia refere-se ao respeito no que toca aos direitos fundamentais do Homem, inclusive o da autodeterminação. Esse princípio inspira-se na máxima “não faças aos outros aquilo que não queres que te façam” e está, portanto, na base de uma moralidade inspirada no respeito mútuo. É sobre este princípio que se fundamentam sobretudo a aliança terapêutica entre profissional de saúde e utente e o consentimento aos tratamentos diagnósticos e de terapias. Este princípio é parte integrante do benefício e está ao seu serviço. Sgreccia (1996) refere que tal princípio não pode ser aplicado em utentes de psiquiatria ou em situações de incapacidade em expressar o próprio consentimento (utentes em coma, menores, etc.). A referência para esse caso seria, então, o princípio da beneficência / da não-maleficência ou o princípio da justiça.

### **2.1.2. O princípio da Beneficência e Não-Maleficência**

O princípio da beneficência está intimamente relacionado com a Enfermagem, numa visão naturalista, que é o de promover o bem, em relação ao utente ou à comunidade, e de evitar o mal. É, sem dúvida, algo mais que o hipocrático *primum non nocere*, que é também chamado de princípio da não-maleficência, enquanto não comporta somente o abster-se de prejudicar, mas implica sobretudo o imperativo de fazer activamente o bem e até de prevenir o mal (Sgreccia, 1996). Assim, a exigência de que se deve fazer o bem e de não se prejudicar uns aos outros, é o fundamento necessário para os membros de qualquer comunidade moral. Sem este princípio, nenhuma sociedade poderia sobreviver ou funcionar bem.

Recentemente, a beneficência tem tido uma má divulgação. Thompson *et al.* (2004) justifica este facto com os ataques ao paternalismo em medicina e Enfermagem, indignação por parte dos leigos sobre a medicalização da vida, a ênfase dada aos direitos dos doentes por grupos de pressão militantes bem como acções empreendidas por políticos preocupados com a justiça social e com a economia política dos cuidados de saúde, resultaram numa posição defensiva por parte dos profissionais de saúde relativamente à beneficência.

É evidente que beneficência – o dever de cuidar – pode ser exercida de forma a infantilizar as pessoas e a criar dependência, mas não é necessário que assim seja. Na realidade, tem sido discutido que advogar o utente, defender os direitos em utentes vulneráveis ou actuar em nome dos que são incapazes de pugnar pelos seus direitos é uma exigência da beneficência (Sgreccia, 1996).

A beneficência é indispensável onde existir pessoas dependentes, gravemente incapacitadas, necessitadas de apoio ou de cuidados e atenção.

### **2.1.3. O princípio da Justiça**

A justiça, ou a exigência de equidade universal como lhe chama Thompson *et al.* (2004), apoia-se numa relação de tensão com o respeito pelos direitos das pessoas individuais.

O princípio da justiça refere-se à obrigação de igualdade de tratamento e, em relação ao Estado, de justa distribuição das verbas para a saúde, para a pesquisa, etc. Isto, se não quer dizer, certamente, tratar todos do mesmo modo (pois são diferentes as situações clínicas e

sociais), deveria comportar, no entanto, a adesão a alguns dados objectivos, como por exemplo, o valor da vida e o respeito à proporcionalidade das intervenções.

Justiça para com os indivíduos significa também não discriminação com base no sexo, raça ou religião (ou devido ao facto de ser jovem, idoso, ter uma doença contagiosa, uma incapacidade ou perturbação mental). Justiça significa beneficiar de iguais oportunidades, ter acesso à medicina preventiva e tratamento nos serviços de saúde e usufruir dos resultados da investigação científica (Thompson *et al.*, 2004).

Justiça significa também, igualdade de resultados para diferentes grupos, que segundo Thompson *et al.* (2004), levanta questões relativas ao dever político alargado dos profissionais de saúde, no que se refere à sua contribuição através da investigação, em debates esclarecidos sobre a justiça em cuidados de saúde e sobre uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e da sua acessibilidade.

## **2.2. Os Direitos**

No seu sentido geral, o direito liga-se à noção de dignidade pessoal. O direito à vida, ao desenvolvimento da personalidade, aos meios de subsistência, etc.

Como realçam Ferreira e Dias (2005, p. 30), o direito “Fundamenta-se na condição que lhe é dada juntamente com a sua essência sobre a condição social do mesmo Homem, fundada por sua vez na natureza da pessoa humana”.

Os direitos são uma ordenação de relações interpessoais e, como ordenação de vida em sociedade, tornam-se estruturadores de vínculos comunitários. É preciso evitar a transgressão desses vínculos, sob pena de sanção. Os direitos profissionais são, como o nome indica, os ligados à qualidade profissional; baseiam-se na condição social como membro de uma profissão, para permitir o exercício desta dentro das suas finalidades (Ferreira e Dias, 2005).

Desta concepção, pode-se deduzir que, enquanto a Ética é uma doutrina que se interessa pelas atitudes e comportamentos do indivíduo, o direito é um conjunto de normas positivas que a sociedade criou para responder a imperativos profundos e traduzi-los na prática quotidiana, supõe um consenso dos cidadãos acerca das atitudes que regulam as relações interpessoais.

Portanto, se os direitos profissionais estão ligados à qualidade do profissional, permitem o exercício eficiente da profissão e por isso devem ser protegidos.

### 2.3. Os Deveres

Associados aos direitos surgem também os deveres. Estes referem-se à obrigação moral considerada em si mesma. Embora o Homem goze de liberdade, esta não é absoluta. A obrigação é sempre moral. Por isso, o dever é uma obrigação determinada. Os direitos e os deveres específicos de cada profissão são objecto da Deontologia. É por isso que cada profissão tem o seu Código Deontológico, que toma como base os valores da profissão, como o agir humano dirigido para um fim.

A palavra “dever”, muitas vezes usada como sinónimo de “obrigação” nem sempre tem esse significado. Ferreira e Dias (2005, p. 31) sugerem uma distinção entre estes dois conceitos: “Enquanto obrigação designaria a necessidade moral que vincula o sujeito a proceder de determinado modo, dever significaria esse procedimento a que ele está obrigado”. O que significa que a obrigação seria o aspecto formal e subjectivo e o dever o material e objectivo da mesma realidade global.

O termo “dever” do latim *debere*, *de-habere*, ter de, significa de um modo geral, um imperativo que se impõe à liberdade com carácter necessitante, exigindo-lhe que actue em determinado sentido (Cabral, 1999).

Segundo Cabral (1999, p. 116): “A necessidade do dever (não material, mas moral), não suprime a liberdade nem, consequentemente, a responsabilidade, antes a pressupõe essencialmente”.

Ora, segundo o autor, o dever entendido formalmente, exprime a referida necessidade moral. Por isso, modalidades, formas, conhecimento, etc., do dever assim entendido, vêm tratadas como “obrigação”, sendo seu sinónimo. Entendido no sentido material, dever exprime o bem enquanto obrigatório, o objecto da obrigação: os “deveres”. Tanto no sentido formal como material, o dever está relacionado com a consciência moral.

## **2.4. Consciência**

A palavra consciência é uma palavra fundamental e importante para todos os profissionais. O termo consciência vem do latim *conscientia*, saber com, juntamente; conhecimento testemunhado. No sentido mais estrito, designa o conhecimento dos próprios actos ou estados internos no momento em que são vividos: sabe-se que eles existem, tem-se consciência deles (Abreu, 2001).

Para Oguisso e Zoboli (2006) a palavra “cons-ciência” significa com conhecimento, com sabedoria. A evolução do conhecimento da sociedade depende da interacção entre as pessoas, sustentada por curiosidades, necessidades e interesses que movem a busca do saber. À medida que o Homem evolui, abre-se a possibilidade para que ocorra maior compreensão do mundo, melhor discernimento e obtenção de resultados mais eficazes, e essa condição gera maior consciência e compromisso. Nesta óptica, a consciência é a percepção que o ser humano tem dos outros, de si e do meio ambiente em que vive.

A pessoa dotada de consciência e vontade vivência e compreende as situações que se manifestam no seu mundo. Na perspectiva de Chauí (2000), o Homem reconhece o sujeito à medida que aprende, elabora conceitos, cria e transforma, sendo capaz de reflectir e reconhecer-se a si mesmo. É como sujeito do conhecimento, durante todo o processo da sua vida, abarca o conhecimento que é universal, apesar da sua vivência ser singular.

A existência de uma consciência não garante uma actuação Ética na profissão; as acções são sempre governadas por uma vontade que pode ou não influenciar a consciência.

A consciência parte de normas éticas, capta a situação, indica a aplicação dessas regras, a essa situação concreta, emite um juízo sobre a bondade ou a maldade dessa acção sugerindo o que deve fazer. Deste modo, aparece sempre como intermediária interior no processo da tomada de decisões (Argandoña 1994 *cit in* Ferreira e Dias, 2005)

## **2.5. Responsabilidade e Verdade**

O Homem entra em contacto com a verdade que resulta das experiências que ele tem com outras pessoas, consigo mesmo e com o mundo. As verdades que advêm de múltiplas experiências têm grande valor, e com base nessa compreensão, o Homem deve tornar-se responsável por aquilo que escolhe ao criar algo em torno de si. Todo esse conhecimento

adquirido deve ser usado de forma Ética e de modo consciente e responsável (Oguisso e Zoboli, 2006).

A palavra responsabilidade aparece nos dicionários para significar não só o facto de exigir um esforço, mas também para revelar e defender o carácter humano da realidade em questão. Neste sentido, exprime algo fundamental da existência humana (Cabral, 1999).

Etimologicamente, a palavra responsabilidade, equivalente a responsável, deriva do verbo latino *respondere*, responder formado pelo verbo *spondere*, que significa prometer, empenhar-se, comprometer-se perante alguém. Há, portanto, um forte sentido de empenhamento (Cabral, 1999).

A responsabilidade Moral e Ética pode definir-se, segundo defendem Ferreira e Dias (2005, p. 40): “(...) como dimensão relacional da obrigação”. Isto é, estar obrigado a responder perante aquele a quem tem de prestar contas, por isso a obrigação não é um fenómeno abstracto qualquer, está relacionada com o sujeito comprometido.

Neste sentido, a palavra verdade, do grego *alethéia*, significa não oculto, não escondido, não dissimulado. Nesse sentido, Chauí (2000, p.87) refere que:

“(...) conhecer é ver e dizer a verdade que está na própria realidade e, portanto, a verdade depende de que a realidade se manifeste, ao passo que a falsidade depende de que ela se esconda ou se dissimule em aparências”.

Ser responsável significa também saber fazer escolhas. A escolha deve estar pautada naquilo que expresse as condições de verdade e não falsidade. A responsabilidade com a verdade implica a possibilidade de reconhecer o que os instrumentos são ou não.

## **2.6. Valores e Vontade**

Os valores que atribuímos às coisas e aos objectos, quer sejam naturais ou não, estendem-se àquilo que fazemos valer, dando um juízo de valor. O valor produzido pelo Homem também diz respeito à conduta humana e particularmente à conduta moral. Os valores éticos que advêm do modo de viver de cada pessoa ajudam esta a tomar decisões ao dirigir-se a algo ou alguém; neste sentido, o próprio agir humano é uma forma de expressar valores (Vasquez, 2003).

A pessoa manifesta-se baseando-se nos valores e em como recebe o mundo em que vive, e essa forma de ser também vem imbuída de valores da sociedade, pois antes de o Homem se conhecer a si mesmo ele aprende a conhecer o outro (Oguisso e Zoboli, 2006). Desse modo, o Homem utiliza a inteligência, percebe e interpreta a realidade e a qualidade do acto, se bom, certo ou não.

A vontade está ligada à potência, ou seja, o Homem que se vê quando pode visualizar as possibilidades que o mundo lhe traz, que surgem diante de si e que podem tornar-se realidade (Thompson *et al.*, 2004). A vontade é parcial ou totalmente determinada pelo social, incluindo crenças e valores, pois o desejo é tocado por algo que já existe na sociedade.

O modo de pensar, a vontade, o sentir e agir ligam os elementos que constituem a tomada de decisão, mostrando mediante o acto em si, a identidade de cada pessoa, pois o Homem existe para criar e realizar coisas, e dessa forma vai construindo o modo de viver, aprendendo a cuidar de si, do outro e do mundo como ser humano consciente das suas escolhas e actos.

## **2.7. Respeito e Reciprocidade**

Viver em sociedade pressupõe aprender a respeitar o outro e o mundo, estabelecendo relações de reciprocidade. Há um estado de sinergia para que a convivência em grupo possibilite crescer mais e mais rapidamente, abrindo espaço para que os projectos de vida se tornem realidade. Assim, Oguisso e Zoboli (2006, p.39) referem que:

“(...) cabe ao Homem perceber que a evolução se processa em todos os níveis da sua existência, e tudo isso acontece valendo-se de uma rede de acções e significados partilhados e trabalhados nas relações de grupo”.

É claro que se sabe o quanto é difícil definir o significado de respeito na situação de reciprocidade, visto que este se articula a diferentes pressupostos sobre o pensar e o agir em relação ao viver em comunidade. Aprender a respeitar o outro é de suma importância, bem como permitir desenvolver possibilidades para alcançar os projectos comuns de vida.

Desse modo, o Homem deve tornar-se consciente e reflectir sobre o que significa respeito para si mesmo. Deve definir-se para ser alguém que se respeita a si mesmo e aos outros.

Os seres Humanos têm a capacidade de se desenvolver como pessoas reflectivas e críticas. Agir eticamente é preservar a subjectividade diante da inter-subjectividade, em que a pessoa

respeita o olhar dos outros sobre uma determinada ideia ou situação, podendo escolher entre preservar as suas opiniões e sentimentos e mudar (Oguisso e Zoboli, 2006).

A reciprocidade envolve as relações com o outro e com o mundo. Também ela se sustenta nos valores e princípios em que se acredita, os quais envolvem respeito e justiça. O Homem reconhece que o importante é fazer o melhor, tendo consciência de como fazê-lo, pois tudo que faz pode repercutir na vida de outras pessoas (Ferreira e Dias, 2005).

### **3. Código Deontológico**

As profissões elaboram códigos com a intenção de fornecer elementos para o pensar e o agir do profissional diante de si mesmo e do outro, mas com pouca abertura para que sejam seguidos de forma rigorosa, dado o seu carácter prescritível. As leis de cada profissão são elaboradas com o objectivo de proteger os profissionais, a classe como um todo e as pessoas que dependem daquele profissional, mas há muitos aspectos não previstos especificamente e que fazem parte do comprometimento do profissional em ser eticamente correcto (Veiga, 2006).

Um Código Deontológico é um conjunto de regras de carácter ético, jurídico e administrativo constituindo um ideal de acção que visa a excelência técnica e moral (Veiga, 2006). Segundo Silva (2000, p. 8), a Deontologia profissional não se circunscreve às normas formalmente editadas num código, podendo ter ou não um valor jurídico. Trata-se de:

“(...) um corpo orgânico, constituído por todas ou pela generalidade das normas de conduta, escritas ou não escritas, próprias de uma comunidade profissional, cuja necessidade se fundamenta na promoção e garantia do conjunto de valores fundamentais que lhe dão consistência”.

Partindo desta definição, o investigador depreende que o exercício da Enfermagem está associado a um conjunto de expectativas internas e externas, quanto à conduta moral dos agentes e cujo teor ultrapassa o que está explicitado no seu Código Deontológico.

O investigador fará, neste ponto, uma breve abordagem história da Deontologia profissional em Enfermagem, bem como uma reflexão sobre a fundamentação do Código Deontológico do Enfermeiro em Portugal.

### 3.1. As bases da Deontologia profissional em Enfermagem

Nos primórdios da profissionalização da Enfermagem, existia uma perfeita identificação entre o papel da enfermeira e o da mulher, pelo que a excelência moral dos comportamentos se sobrepunha. As exigências morais para ser “boa-mulher” ou “boa-enfermeira” não diferiam, nomeadamente, ser casta, sóbria, honesta merecedora de confiança, verdadeira, pontual, sossegada e alegre. A enfermeira era “disciplina” através do treino moral, considerando Florence Nightingale que o exercício da profissão era um serviço aos outros realizado no espírito do dever religioso (Fry e Johnstone, 2002).

Segundo Fry e Johnstone (2002), o padrão de comportamento da enfermeira caracterizava-se pela virtude e dever moral e pelo serviço aos outros. As virtudes promovidas eram as tradicionalmente femininas, ou seja, a subjugação ao domínio masculino e a deferência para com as hierarquias, nomeadamente para com o médico e as enfermeiras supervisoras. O cumprimento do dever consistia numa adesão incondicional às normas da instituição onde se trabalhava, não indo muito além do mero cumprimento de normas de etiqueta.

É esta a moralidade da acção que subjaz ao *Juramento de Florence Nightingale*, texto que adquiriu para os enfermeiros um significado semelhante àquele que o Juramento de Hipócrates tinha para os médicos, passando a fazer parte da profissão pública nas cerimónias de conclusão dos cursos (Fry e Johnstone, 2002).

O denominado *Juramento de Florence Nightingale* foi elaborado em 1893 por um comité da Ferrand Training School of Harper Hospital, em Detroit, nos EUA. Este julgamento representava, por um lado, a excelência de comportamento e por outro, um ideal cuja personificação só poderia ser encontrada na própria Nightingale. Para manter a fidelidade ao conteúdo, faz-se uma transcrição do *Juramento de Florence Nightingale* na sua versão original:

“I solemnly pledge myself before God and in the presence of this assembly, to pass my life in purity and to practice my profession faithfully. I will abstain from whatever is deleterious and mischievous, and will not take or knowingly administer any harmful drug. I will do all in my power to maintain and elevate the standard of my profession, and will hold in confidence all personal matters committed to my keeping and all family affairs coming to my knowledge in the practice of my calling. With loyalty will I endeavor to aid the physician in his work, and devote myself to the welfare of those committed to my care” (www.utm.edu).

As organizações profissionais, entre as quais o International Council of Nursing (ICN) pela sua longevidade e pelo papel ímpar no desenvolvimento da Enfermagem, adoptaram

parcialmente o conteúdo do Juramento de Florence Nightingale, nomeadamente no que concerne à regulação das relações entre médicos e enfermeiros, sendo bem patente a sua influência, até à revisão do código efectuada em 1973 (Veiga, 2006).

Os problemas deontológicos do exercício da Enfermagem começaram a ser discutidos após a constituição do ICN em 1899, iniciando-se o projecto de elaboração de um Código Deontológico em 1923, no congresso de Montreal, Canadá (Ribeiro, 1995). A segunda Guerra Mundial viria a retardar os trabalhos que, segundo Ribeiro (1995), tiveram um impulso significativo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948, levando à aprovação do Código Deontológico do ICN em 1953, no congresso de São Paulo, Brasil. A Deontologia profissional, particularmente no que concerne às profissões de saúde, tem na Declaração Universal dos Direitos do Homem uma fonte de inspiração cujo epicentro é o respeito pela dignidade humana, não podendo os códigos deontológicos deixar de responder a este desígnio.

O código de 1953 enfatizava, sobretudo, a conduta pessoal da enfermeira, remetendo para um plano secundário a responsabilidade relativamente ao utente. Só na revisão efectuada em 1965 a obrigação de respeito pelo segredo profissional e o respeito pelos valores do utente são consagradas como normas deontológicas (Blondeau, 1999, *in* Veiga, 2006). Este facto não é alheio a uma crescente consciência Ética dos enfermeiros, isto é, à assunção de que, para além dos deveres de solidariedade que decorrem do trabalho em equipa, a responsabilidade moral do enfermeiro tem de se centrar naquele a quem presta cuidados.

No que diz respeito às relações interprofissionais, o modelo dominante era o inscrito no Juramento de Florence Nightingale, e só na revisão de 1973, a “relação de lealdade” é substituída pela “relação de cooperação” (Veiga, 2006).

Para além do valor simbólico da omissão da lealdade ao médico, que todas as normas deontológicas anteriores consagravam, o novo código elege a responsabilidade que a enfermeira assume perante as potenciais ameaças à segurança do utente, cometidas pelos seus pares ou por outros profissionais, ao afirmar: “A enfermeira exercerá a acção adequada para defender a pessoa quando o seu cuidado for colocado em perigo por um colega ou qualquer outra pessoa” (Code for Nurses, 1995, *cit. in* Veiga, 2006).

Importa referir que um Código Deontológico não abarca apenas responsabilidades de natureza estritamente moral, uma vez que a competência técnica e científica deve ser colocada ao mesmo nível; a excelência profissional engloba necessariamente estas duas componentes.

Para além do ideal de perfeição, um Código Deontológico é, em si mesmo, uma expressão de autonomia profissional com um elevado valor simbólico. Está-se perante a assunção de responsabilidades que não são delegáveis e em que a vigilância do cumprimento é feita *inter pares*.

### 3.2. O Código Deontológico do Enfermeiro

O Código Deontológico do Enfermeiro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, promulgado a 2 de Abril de 1998 e publicado no Diário da República I-Série A, de 21 de Abril de 1998, faz parte do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o que representa a delegação, por parte do Estado, do poder de controlo e vigilância do exercício profissional aos próprios. Importa salientar que os direitos e deveres dos enfermeiros em geral foram pela primeira vez formalizados na legislação nacional no Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (REPE), através do Decreto-Lei n.º 161/96, promulgado a 14 de Agosto de 1996 e publicado no Diário da República I-Série A a 4 de Setembro de 1996, cujo teor foi alterado por força da entrada em vigor do estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Não cabendo aqui uma análise aprofundada do normativo do código, o investigador não pode deixar de reflectir sobre o *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos* publicado em 2005 pela Ordem dos Enfermeiros. A metodologia do investigador, por uma questão de economia de espaço e de real interesse para este documento, é a abordagem dos pontos que, em seu entender do investigador, devem ser objecto de uma reflexão mais aprofundada, abordagem esta que se encontra no Capítulo I da terceira parte deste documento. É de salientar que, na perspectiva do investigador, o Código Deontológico do Enfermeiro tem subjacente um elevado sentido ético, alicerçando-se numa ideologia profundamente humanista em que o corporativismo é secundarizado pelo procura da excelência profissional.

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. 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.

Considerando o que vem descrito no REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4.º. Ponto 1 (1996) - é evidente que a profissão se dirige a pessoas:

“(…) 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”.

Num sentido amplo, entende-se que a Enfermagem é uma profissão cujo propósito é responder especificamente às necessidades de saúde. Por isso, os enfermeiros, individualmente, têm o dever de responder competentemente às promessas feitas e aos compromissos assumidos (ou, ao mandato social da profissão). Assim, a Deontologia proporciona orientações para julgar a acção profissional (Nunes *et al.*, 2005).

#### **4. Relação de Ajuda e Comunicação em Enfermagem – Complexo Processo**

O processo de cuidados de Enfermagem assenta num encontro entre quem presta e quem recebe cuidados, sendo que a comunicação eficaz entre estes dois interlocutores determina o ambiente em que os cuidados são prestados e recebidos.

Na perspectiva actual da profissão de Enfermagem, já afastada dos cuidados por tarefa, a relação de ajuda é parte integrante dos mesmos. Assim, a relação de ajuda deixou de estar focalizada apenas no utente e passou a abranger qualquer utilizador dos cuidados de saúde, a sua família e os amigos, contribuindo para a personalização dos cuidados de Enfermagem, exigindo criatividade, sensibilidade e um desejo profundo de partilhar sentimentos e de comunicar de uma forma individual e única (Ferreira e Dias, 2005).

Ferreira e Dias (2005) afirmam que é fundamental a existência de uma referência ou quadro conceptual desde a formação inicial que permita integrar os princípios e desenvolver as competências de modo a que quem ajuda se sirva sistematicamente das ideias, dos métodos e técnicas adequadas à prática da relação de ajuda. Exemplo de Rogers (1985), Carkhuff (1988), Chalifour (1989), Egan (1987) e Lazure (1994). Embora exprimam diversos pontos de vista todos partem da convicção que o ser humano unitário tende a desenvolver-se numa

relação em que seja experienciado respeito e compreensão. Assim, o conhecimento sobre a relação de ajuda surge no âmbito do cuidar como uma prática profissional em Enfermagem.

Roach (1992) expressa o cuidar como um modo humano de ser. Sugere que o cuidar envolve a capacidade de cuidar, o chamamento desta capacidade no próprio e nos outros; responsabilidade; actualização da capacidade de cuidar e manifestação do cuidar em actos específicos e concretos. Watson (1989) analisa o cuidar numa perspectiva psicossocial e define-o como sendo simultaneamente arte e ciência efectivamente demonstrado e praticado apenas interpessoalmente. Para Lazure (1994 p.7) “todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver”. A mesma autora considera que a relação de ajuda é fundamental para que os cuidados de Enfermagem sejam realmente eficazes.

A palavra “relação”, na relação de ajuda, tem um sentido mais profundo que um simples contacto ou ligação. E estar em relação de ajuda, para Ferreira e Dias (2005), não é só cumprir uma tarefa, é uma relação na qual aquele que ajuda fornece ao outro condições de que este precisa para satisfazer as suas necessidades fundamentais.

Para que o enfermeiro integre na sua prática a relação de ajuda de um modo efectivo é essencial que possua conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para uma elevada competência neste domínio (Ferreira e Dias, 2005). Chalifour (1989) aponta quatro elementos essenciais para um modelo de intervenção que tem por base a relação de ajuda: a pessoa ajudada, o ajudante, os processos relacionais e ambiente onde a relação se desenvolve.

O enfermeiro, tal como a pessoa com necessidade de ajuda, é um sistema aberto que, para além de possuir características biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, tem conhecimentos e habilidades (comportamentos e competências) ligadas às funções de contacto, das quais se destacam o toque, o olhar, as distâncias, as posições físicas, o tempo e a escuta e ainda atitudes que caracterizam o seu papel profissional (Lazure, 1994). São estes conhecimentos e habilidades relacionados com o processo complexo de comunicar que o investigador irá abordar em seguida.

#### **4.1. Conhecimento**

A qualidade da relação é determinante na qualidade do trabalho do enfermeiro implicando um bom conhecimento de si próprio, sensibilidade aos diferentes níveis de comunicação e perspicácia para que se aperceba de tudo o que se passa durante a mesma relação.

O cuidar em Enfermagem é exercido em ambientes e sob condições muito variáveis e complexas (pode ser dirigido à pessoa, à família ou grupos sociais; pode ter como local o domicílio, o meio escolar, o trabalho, o meio hospitalar ou outro serviço de saúde; o seu objectivo principal pode estar relacionado com a manutenção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação ou a reintegração social; pode ser exercido por um profissional ou por uma equipa de profissionais). A relação de ajuda deve estar presente seja qual for o contexto em que o cuidar acontece (Chalifour, 1989).

Ao enfermeiro cabe o papel de facilitar o desenvolvimento da “energia interior do utente”, a aquisição das informações e de todos os meios para que, por si próprio e dentro das suas possibilidades, as possa satisfazer. A acção do profissional deve ser dirigida à pessoa na sua globalidade, inserida num contexto sócio-cultural que lhe é muito próprio. Quando o enfermeiro está em relação de ajuda com o utente necessita ter profunda consciência do contacto com aquele que ele incita a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, devido ao seu alto nível de empenhamento e respeitando permanentemente o carácter único da sua personalidade (Lazure, 1994).

##### **4.1.1. Conhecimento de si**

O enfermeiro tem como objecto principal da sua actuação a pessoa e para cuidá-la tem necessidade de ser um indivíduo emocionalmente são e equilibrado.

Lazure (1994, p.14) define-o, como sendo aquele indivíduo que evolui adequadamente e é capaz de:

“Clarificar, ser preciso e concreto, estar centrado no presente tanto no que lhe diz respeito como no que se refere aos outros; respeitar-se e respeitar os outros; ser congruente em relação a si próprio em relação aos outros ser empático consigo próprio e com os outros; confronta-se consigo próprio e com os outros”.

Deve, portanto, conhecer-se muito bem a si próprio, conhecer-se e utilizar oportunamente os seus recursos pessoais. Para entrar em “contacto com”, precisa saber utilizar os seus sentidos,

ter disponibilidade de tempo e energia, ter disponibilidade intelectual e afectiva para compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda.

O desenvolvimento do processo de comunicação intrapessoal tem subjacente a formação da auto-consciência. Damásio (2000, p. 39) refere-se à formação e desenvolvimento da “consciência de si” identificando-a como consciência com um sentido de si. Para este autor, ter um sentido de si não é só necessário para o conhecimento, mas influencia também o processamento de tudo aquilo que se torna conhecido. Salienta ainda, que:

“As raízes profundas do si, incluindo o alargado que abarca a identidade e individualidade, podem ser encontradas no conjunto de dispositivos que, de forma contínua e não consciente, mantêm o estado do corpo”

Lazure (1994) refere-se à aprendizagem progressiva da relação de ajuda, em que os elementos teóricos vão sendo integrados em situações práticas que incluam cada dimensão da relação de ajuda. Um processo de auto-formação, em que cada enfermeiro, individualmente ou em grupo, deve analisar os processos em curso na vivência da relação de ajuda na sua prática clínica diária.

O enfermeiro desenvolve o seu saber ser, centraliza-se na especificidade da pessoa humana, tem em conta a sua identidade, a sua cultura, sentimentos, emoções. Não trata o utente como um número, mas cuida a pessoa que lhe está subjacente. O conhecimento inerente ao desempenho técnico deve caminhar em paralelo com o desenvolvimento de competências relacionais necessárias, para compreender as manifestações de ajuda e o contexto em que elas surgem e se desenvolvem (Ferreira e Dias, 2005)

#### **4.1.2. Conhecimento dos processos decorrentes na relação de ajuda**

A relação de ajuda é uma forma de intervenção guiada por saberes e técnicas e manifestada por comportamentos e atitudes do profissional (Lazure, 1994). É por isso um processo dinâmico que se desenvolve num dado tempo e espaço. Pressupõe uma maneira especial de agir no quadro das relações interpessoais em que cada pessoa tem necessidade de ser olhada, escutada, acolhida, compreendida e reconhecida na sua identidade e singularidade.

Para Watson (2002, p. 129):

“(…) o cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde actuais ou potenciais, conhecimentos e compreensão das necessidades individuais; saber como dar resposta às

necessidades dos outros; conhecimentos das nossas forças e limitações, o significado da situação para ele; o conhecimento sobre como confrontar, oferecer compreensão e conforto”.

Só através da sua relação com o outro, o ser humano consegue satisfazer algumas das suas necessidades fundamentais como segurança, estabilidade, amor e pertença, auto estima e auto realização (Watson, 2002).

Lazure (1994) ao referir-se ao enfermeiro como “ser em relação” diz que para além da presença física implica todo o seu ser, o seu tempo, a sua competência e a sua capacidade de escuta e compreensão. Em relação de ajuda, o utilizador dos cuidados de saúde deve experimentar, durante toda a relação, o sentimento de ser aceite pelo enfermeiro.

Foram efectuados estudos por vários autores no sentido de desenvolverem o processo de Enfermagem como método científico de trabalho baseado na técnica de resolução de problemas. O processo de Enfermagem surge como um processo de resolução de problemas organizado em cinco passos: avaliação inicial, identificação dos problemas, planeamento, execução e avaliação final. Cada uma das etapas está interrelacionada com a seguinte e focaliza a atenção do enfermeiro nas respostas humanas individuais do utente a uma determinada situação clínica, desenvolvendo, em consequência, um plano de cuidados holístico dirigido à satisfação das necessidades afectadas (Abreu, 2001).

O processo de Enfermagem é uma forma pensada de agir que abrange a relação interpessoal entre enfermeiro e utente. A atenção profissional está centrada no utente como pessoa e não no diagnóstico médico ou órgão afectado, baseia-se num relacionamento terapêutico. Como defende Watson (2002) a interacção enfermeiro/utente é um fenómeno único e singular e o enfermeiro sabe que ao compreender globalmente a pessoa defende a sua individualidade, respeitando assim a vida, preservando a autonomia e a liberdade de escolha pelo que está a preservar a sua dignidade.

Ao utilizar o processo de Enfermagem como método científico de resolução de problemas, o enfermeiro cuida o cliente em qualquer situação e transcende a perspectiva de mero executor de tarefas, pois emerge uma dimensão holística do atendimento e satisfação das necessidades do ser humano.

## **4.2. Habilidades, Comportamentos e Competências**

O êxito na abordagem humanística carece de movimentos conscientes que criem oportunidades de transformação na maneira de cuidar. Cabe ao enfermeiro desenvolver habilidades e atitudes peculiares assim como procurar conhecimentos, a fim de efectivar uma actuação que privilegie o relacionamento interpessoal e que ajude de facto o utilizador dos cuidados de saúde. O enfermeiro que se empenha numa relação de ajuda, trabalha não só com o utilizador dos cuidados de saúde, mas também consigo próprio (Ferreira e Dias, 2005).

Abreu (2001) refere que o enfermeiro para prestar cuidados de saúde de qualidade utiliza simultaneamente o seu saber fazer e o seu saber ser e deve conhecer-se, compreender-se e aceitar-se tal como é. O encontro com o outro implica todas as facetas da nossa personalidade.

Como salienta Renaud (2000), encontra-se o outro com aquilo que se é, não somente segundo as intenções conscientes e voluntárias, mas também na base da face oculta da personalidade, que inclui não só o carácter, mas igualmente os impulsos de que não se tem consciência assim como marcas deixadas pela própria história de vida.

A prática de cuidados de Enfermagem como uma interacção humana pode levar a que os técnicos se sintam impreparados e inseguros. Assim, da mesma forma que se procura conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de Enfermagem para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação em relação às habilidades designadas por comportamentos e competências ligados às funções de contacto (o toque, o olhar, as distancias, as posições físicas, o tempo, a escuta e os meios de comunicação) (Lazure, 1994). O desenvolvimento destas competências é fundamental no exercício da Enfermagem.

### **4.2.1. O Toque**

Vários autores definem o toque como uma forma de comunicação não verbal usada como forma de proporcionar conforto. A aceitação do toque como forma de comunicação interpessoal é muito variável de cultura para cultura e está muitas vezes relacionado com princípios de ordem moral e religiosa. Na nossa cultura é considerado um dos meios de contacto mais directo; contudo, a sua utilização tanto pode servir de aproximação como de

ameaça. Pode significar ternura, carência afectiva, medo, segurança, mas também agressividade e violência.

Gordon (1995) distingue três tipos de toque: o toque instrumental, o toque afectivo e o toque terapêutico. O toque instrumental é um contacto físico deliberado, utilizado pelo enfermeiro na realização de procedimentos como avaliação de sinais vitais, cuidados de desobstrução das vias aéreas, etc. O toque afectivo é uma expressão espontânea de sentimentos, uma forma de confortar, de “estar com”. No toque terapêutico existe a intenção de curar. Em inúmeras situações do cuidar, o toque está presente e é através dele que o profissional pode captar e dar informações, receber e transmitir mensagens. Em cada cuidado que presta, imbuído de sentido de ajuda, o enfermeiro utiliza o toque como instrumento, com afectividade e, muitas vezes, acrescido da intenção de curar ou, pelo menos, aumentar o bem-estar. Em situações de maior intimidade do enfermeiro com o utilizador dos cuidados de saúde, como por exemplo o banho na cama, a mobilização, as massagens corporais para prevenção de úlceras de pressão ou simplesmente de conforto, o enfermeiro pode, se estiver atento e tiver conhecimentos, aperceber-se das suas vivências e vivências do utente.

Mercadier (2004) refere-se ao toque como sendo um instrumento de extraordinário relevo na comunicação não-verbal. Pode comunicar carinho, bem-estar e facilitar a aceitação da doença e a recuperação da saúde ajudando a estabelecer sentimentos de confiança, segurança e partilha.

Pode afirmar-se que o toque não é simplesmente um contacto pele com pele, uma vez que envolve a completa comunicação e interacção recíproca da globalidade das pessoas utilizador dos cuidados / enfermeiro, como dois sistemas abertos. Pode ainda ser utilizado numa perspectiva de melhorar a comunicação durante a relação terapêutica.

O toque feito no momento oportuno pode ser extremamente útil e de grande valor terapêutico, porque raramente deixa indiferente quer a pessoa com necessidade de ajuda quer a pessoa que ajuda.

O toque é uma forma poderosa de comunicar. Porém, deve revestir-se de carácter de espontaneidade, intuição e de conhecimento, pois só assim o enfermeiro pode seleccionar adequadamente o momento em que ele deve acontecer (Mercadier, 2004). Chalifour (1989) diz mesmo que o toque pode ser o último modo de contacto, quando as palavras faltam, como no momento da morte ou perante doentes inconscientes. Durante esta comunicação, o

profissional pode aperceber-se de diferentes alterações físicas que funcionam como ótimos indicadores do que se passa com o utente (coloração da pele, temperatura e a sua humidade, o brilho e lágrimas nos olhos, as mãos a tremer, gestos subtis, etc.) e que podem direccionar os cuidados a prestar.

#### **4.2.2. Distância, posição física e o tempo**

Seja qual for a forma de contacto utilizado, o enfermeiro deve atender a três dimensões fundamentais: o tempo de contacto, as posições físicas assumidas e a distância utilizada durante a relação. Cada uma destas dimensões influencia a qualidade do contacto que se faz (Riley, 2004).

Hall, citado por Chalifour (1989, p.108) refere-se à importância da distância na comunicação entre pessoas. Diz mesmo que “Não podemos falar de comunicação não verbal sem falar na distância entre as pessoas”. Refere-se a quatro tipos de distâncias fundamentais no processo de comunicação e classifica-as em: distância de carácter íntimo, pessoal, social e público.

A distância de carácter íntimo (até 45 cm) é utilizada frequentemente quando o enfermeiro presta cuidados de manutenção (lavar, massajar, posicionar, apoiar, etc.). A esta distância a presença do outro impõe-se, podendo mesmo haver sensação de invasão. O utente pode sentir a presença do enfermeiro como atentado ao pudor, se a acção não se fizer acompanhar de uma mensagem. O enfermeiro deve ser caloroso, disponível, simples, humilde, autêntico, compreensivo e ter sentido de humor preservando e protegendo a dignidade humana (Mercadier, 2004).

A distância pessoal (45 a 125 cm) permite uma imagem muito nítida e global do outro. Esta distância é muito utilizada pelo enfermeiro tanto em entrevistas de orientação como em conversas com o utente. Para Mercadier (2004) esta distância possibilita não só a percepção do conteúdo da conversa, a entoação, o timbre de voz, mas também a observação do comportamento corporal e da postura, os movimentos, os gestos, as pausas ou silêncios usados pelo utente durante a conversa e outras alterações físicas.

A distância social (120 a 210 cm) não permite qualquer contacto físico e é utilizada em contactos formais, facilitando relações de ordem profissional. É utilizada pelo enfermeiro para

contactos banais com o utente, mas não possibilita uma relação de proximidade (Mercadier, 2004).

A distância pública (360 a 750 cm ou mais) não facilita o contacto, são possíveis interações verbais em voz alta e a comunicação não-verbal perde-se. Mercadier (2004) refere que a utilização de grandes distâncias pelos enfermeiros é uma forma de afastamento do utilizador dos cuidados de saúde, levando a uma relação superficial em que não há intimidade.

A posição física que o enfermeiro adopta no contacto pode ser reveladora da importância que o utilizador dos cuidados de saúde tem para si. Deve ser o mais confortável possível tanto para um como para outros, pois o desconforto físico e a fadiga prejudicam a qualidade da relação e podem ser causa de antecipação do final da mesma (Chalifour, 1989).

O tempo utilizado na relação enfermeiro/utente, embora muitas vezes tenha de ser gerido, nunca deve ser considerado como tempo perdido. Tal como refere Lazure (1994), é importante que o enfermeiro seja capaz de manifestar, através dos seus comportamentos, que tem tempo para os utentes.

#### **4.2.3. Comunicação**

A comunicação é um modo de entrar em relação com o outro, é muito mais do que uma simples transmissão de informação, é uma relação recíproca entre um emissor e um receptor que se torna, por sua vez, emissor (Riley, 2004). A comunicação é um processo interpessoal que envolve trocas verbais e não-verbais de informações e ideias. Potter (1999) fala em três níveis de comunicação: a comunicação intrapessoal, interpessoal e pública. A comunicação intrapessoal ocorre dentro do próprio indivíduo, é um “diálogo interno” que acontece constante e conscientemente. A comunicação interpessoal é a comunicação entre duas pessoas ou um pequeno grupo, e é a que mais se utiliza em Enfermagem. A comunicação pública é a comunicação em grandes grupos de pessoas.

Como já foi referido, a comunicação não se refere apenas ao conteúdo mas também aos sentimentos e emoções que as pessoas podem transmitir num relacionamento. Comunicar quer dizer tornar comum, como processo de transferência de significado entre as partes. Durante a interação, a comunicação verbal e não-verbal mantêm-se juntas, mas nem sempre a mensagem verbal é igual à não-verbal, que se expressa através dos movimentos, tom de voz,

expressão facial e aparência geral. O discurso é acompanhado por um conjunto complexo de sinais não-verbais que afectam o significado das expressões verbais (Riley, 2004). São muitos os autores que consideram a comunicação não-verbal a forma por excelência de construir relações com os outros.

O enfermeiro, ao dominar as habilidades da comunicação, deve considerar os meios de comunicação não-verbal como: o silêncio, o olhar, movimentos e gestos, as distâncias, as posições, o toque e os meios de comunicação verbal como a confrontação, a informação e as opiniões, a revelação de si, o feedback, as questões, a síntese, a elucidação e reformulação e a reiteração (Chalifour, 1989). Há autores que consideram que a componente não-verbal da comunicação compreende 55 a 97% da mensagem transmitida (Ferreira e Dias, 2005). Assim, a comunicação não verbal assume grande importância na interacção, pois transmite atitudes e estados emocionais, apoia ou contraria a comunicação verbal e funciona como substituto da linguagem se o discurso é impossível.

#### **4.2.4. O Silêncio**

O uso do silêncio requer habilidade e oportunidade. Embora muito útil, pode causar desconforto devido às pausas na comunicação que podem durar vários segundos ou minutos. Permite ao enfermeiro observar com mais atenção as expressões do utente e demonstra interesse e reconhecimento da necessidade que o utente tem de privacidade, de comunicar intrapessoalmente, de dispersar um pensamento emocionalmente tenso (Potter, 1999).

Para Chalifour (1989), o silêncio utilizado com pertinência pode ser um meio de comunicação extremamente útil para dar ao utente e ao enfermeiro a possibilidade de tomarem contacto com o que se passa com eles e entre eles. O silêncio, nesta perspectiva constitui de algum modo um espaço fecundo onde as emoções podem emergir e intensificar-se facilitando a aproximação entre ambos e o prosseguimento da relação de ajuda.

O silêncio interior permite eliminar juízos de valor embora, por vezes, se tenha medo de não saber o que dizer (como se houvesse sempre necessidade de dizer algo), pois crê-se que um bom enfermeiro deve saber responder a tudo imediatamente e, por isso, faz tudo para não parecer incompetente (Riley, 2004).

#### **4.2.5. Comunicação Verbal**

Ao longo de todo o processo de comunicação enfermeiro/utente, a simplicidade é fundamental e passa pelo uso de palavras de fácil compreensão, evitando o discurso demasiado técnico e complexo, de modo a permitir ao receptor perceber a mensagem na íntegra. Segundo Ferreira e Dias (2005), com frequência, em ambientes de cuidados de saúde, é utilizada uma linguagem técnica que nos é familiar, mas que para o utente é completamente estranha, podendo ser geradora de stress e obstáculo a uma relação aberta entre o enfermeiro e o utente.

O enfermeiro é uma pessoa e, como tal, no decurso de uma relação de ajuda pode ser “invadida” por pensamentos, emoções e necessidades que, não estando directamente relacionadas com o que o utente diz ou faz, podem, mesmo assim, influenciar a qualidade da relação: a fadiga física, uma dor ou uma preocupação ligada à sua vida profissional ou pessoal, bem como à vivência de uma situação de grande alegria ou tristeza, podem também impedir ou bloquear um oportuno envolvimento do enfermeiro na situação do utilizador dos cuidados de saúde (Lazure, 1994).

Pode, assim, referir-se a comunicação emocional, e como tal o investigador pensa ser importante referir o que são emoções. Na sua abordagem psico-biológica, Damásio (2000) considera as emoções como conjuntos complicados de respostas químicas e neuronais que formam um padrão e têm, em última análise, a função de manter a vida. O referido autor menciona seis emoções primárias ou universais, que são: alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão, referindo que existem muitos outros comportamentos que incluem as chamadas emoções secundárias ou sociais, como a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho.

Pode-se então afirmar que o enfermeiro no seu desempenho precisa de inteligência emocional e interpessoal. Ferreira e Dias (2005, p. 104) referem que “O conceito de inteligência emocional vem dar uma nova tónica às questões da comunicação no contexto organizacional”. Esta perspectiva admite que a inteligência não se mede apenas com o teste do QI, mas, como defende Goleman (1995), através de factores como a autoconsciência, a empatia, a motivação e capacidade para lidar com as pessoas.

Goleman (1995) considera que a inteligência emocional está relacionada com habilidades como auto e hetero-motivação, persistência face a frustrações e controlo dos impulsos. A inteligência interpessoal é a habilidade de entender outras pessoas, o que as motiva, como trabalham e como se deve trabalhar com elas. Por seu lado, a inteligência intrapessoal é a

mesma habilidade, só que voltada para si mesmo. É a capacidade para formar um modelo verdadeiro e preciso de si mesmo e usá-lo de forma efectiva e construtiva.

A posse de todas estas capacidades, acrescidas de consciência do lugar que as suas vivências ocupam no decurso de uma relação de ajuda, permitem ao enfermeiro utilizar a interacção como elemento terapêutico junto do utilizador dos cuidados de saúde. A revelação de si facilita a reciprocidade na relação, além de ser um factor encorajante no estabelecimento de relações mais próximas e portanto interacções mais ricas (Lazure, 1994).

## PARTE II – METODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia utilizada é o caminho escolhido para atingir determinado fim e o método é a forma racional e ordenada para atingir os objectivos do estudo. Assim, segundo Fortin (1999, p. 40):

“(…) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...). É necessário escolher um desenho apropriado segundo se trata de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses. O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados”.

A determinação dos métodos a utilizar na realização do estudo de investigação, assim como da população a investigar e dos instrumentos de recolha de dados, assume particular importância, uma vez que permite aprofundar conhecimentos relativamente ao tema a que o investigador se propôs.

A metodologia de uma investigação consiste na descrição do tipo de estudo realizado, na descrição do método de selecção da amostra e do método e técnica utilizados na recolha e tratamento dos dados obtidos, de forma a fundamentar o estudo de investigação. A abordagem metodológica utilizada neste estudo será uma abordagem de carácter qualitativo. Segundo Moreira (1994, p.124): “(...) questões que dão a entender a exploração de uma experiência humana são examinadas por meio da abordagem qualitativa. (...)”

Denzin e Lincoln (*cit. in* Streubert e Carpenter, 2002, p. 2) referem que: “A investigação qualitativa possibilita encontrar respostas para as questões centradas na experiência social, como é criada e como tal dá sentido á vida humana”.

### CAPÍTULO I – PLANEAMENTO DO ESTUDO

Segundo Abreu (2001), têm-se multiplicado, nos últimos vinte anos, as pesquisas de orientação qualitativa no estudo dos percursos e espaços de exercício dos profissionais de saúde. Stew (1996) *cit. in* Abreu (2001, p. 143) refere que a generalidade destes estudos, com origem nas tradições da fenomenologia, do interaccionismo simbólico e da etnografia, salienta que:

“(…) o mundo social não pode ser compreendido em termos de relações causais ou de leis universais. Isto deve-se ao facto das acções humanas se basearem em serem condicionadas por interpretações de carácter social: intenções, motivos, atitudes e crenças”.

A complexidade dos estudos deriva em grande parte dos dispositivos metodológicos utilizados na prática, os quais induzem, no investigador, a necessidade de descrever, com pormenor, os pontos de partida da pesquisa, os seus contornos, a pertinência das opções metodológicas, o seu próprio posicionamento na prática e o saber produzido em contexto. Stew (*cit. in* Abreu, 2001, p. 143) refere, a este propósito, que:

“(…) quaisquer que sejam o método ou combinação de métodos utilizados, o investigador deve descrever com clareza e justificar cada fase do processo de pesquisa por forma a preservar a integridade e rigor da pesquisa qualitativa”.

Impõe-se, por isso, explicitar, com pormenor, todo o processo, enquadramento e contornos da metodologia.

## **1. Tipo de Estudo**

Para a realização deste trabalho, e como forma de o investigador atingir os objectivos a que se propôs, considera-se adequado um estudo exploratório descritivo, de nível I, de abordagem qualitativa, pois caracteriza-se pela descoberta, exploração e descrição de factores. Este estudo é definido por Fortin (1999, p. 52) como:

“O nível I, a descoberta de factores, consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento de modo a torná-lo conhecido, o que corresponde à investigação exploratória-descritiva”.

O estudo incide sobre a pessoa com experiências próprias, enquadradas num determinado contexto específico, daí ser essencial a descrição das suas próprias experiências, vivências e atitudes. Deste modo, Fortin (1999) define-o como metodologia qualitativa, descritivo e de cariz exploratório e refere que o investigador não se coloca como um perito, dado que é uma nova relação sujeito-objecto e reforçado por Polit e Hungler (1995) os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspectos na sua totalidade.

Lincoln, (*cit. in* Lobiondo-Wood e Haber (2001, p. 125) refere:

“A pesquisa qualitativa é particularmente bem adequada ao estudo da experiência humana sobre saúde, uma preocupação fundamental da Ciência da Enfermagem. Como os métodos qualitativos concentram-se no todo da

experiência humana e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência, esses métodos permitem uma compreensão mais ampla e um *insight* mais profundo a respeito dos comportamentos Humanos complexos. (...).”

Pode ainda ler-se relativo ao mesmo assunto:

“(...) abordagens qualitativas abarcam a totalidade de seres Humanos, concentrando-se na experiência humana em cenários naturalistas. O pesquisador que usa essa abordagem acredita que seres Humanos únicos atribuem significado a suas experiências e que elas derivam-se do contexto da vida. O contexto de vida é a matriz de relações ser humano – ser humano ambiente que surgem ao longo do quotidiano. (...)”.

O presente trabalho foi realizado a partir de uma história ficcionada, como já foi referido anteriormente, em contexto espanhol mas que permite ao investigador transpor a mesma para a realidade portuguesa e fazer uma análise descritiva da história de vida do protagonista do filme, assim como, uma exploração pelo campo da Ética e da Deontologia.

Em suma, pode dizer-se que a investigação qualitativa procura compreender significados, aprofundar conceitos, identificar processos, descobrir e analisar experiências, explorar e descrever condutas e atitudes. Por tudo isto, pela natureza da pergunta de partida, bem como pelos objectivos traçados teria de ter, o investigador neste trabalho, de facto, um abordagem qualitativa.

Neste tipo de investigação, o estudo de caso é muito utilizado quando não se consegue controlar os acontecimentos e, portanto, não é de todo possível manipular as causas do comportamento dos participantes (Yin, 1994 *in* Gauthier, 2003). Segundo o mesmo autor, um estudo de caso é uma investigação que se baseia principalmente no estudo de uma pessoa, um programa ou uma instituição, utilizando para isso, entrevistas, observações, documentos, questionários e/ou artefactos. O mesmo autor refere ainda que não deve ser confundido “generalização analítica”, própria do estudo de caso, com “generalização estatística”. O que se generaliza no estudo de caso, são os aspectos do “modelo teórico encontrado”. O caso não é um elemento amostral.

Segundo Fortin (2009, p. 241) um estudo de caso “(...) consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social”. O estudo pode ser um exame em profundidade de uma situação num dado momento ou evoluindo num longo período (Gauthier, 2003).

Merriam (1988), citada por Gauthier (2003, p. 148) refere que: “O estudo de caso qualitativo caracteriza-se pelo seu carácter descritivo, indutivo, particular e a sua natureza heurística pode

levar à compreensão do próprio estudo”. Segundo a mesma autora, “um estudo de caso é um estudo sobre um fenómeno específico tal como um programa, um acontecimento, uma pessoa, um processo, uma instituição ou um grupo social”.

O estudo pode preencher dois objectivos: aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo ou de um grupo e formular hipóteses a este propósito, ou estudar as mudanças susceptíveis de se produzirem ao longo do tempo no indivíduo ou no grupo. Os estudos de caso são úteis, sobretudo, porque podem abrir caminho para estudos de maior envergadura (Fortin, 2009).

Numa abordagem qualitativa de um estudo de caso, o investigador interessa-se mais pela significação das experiências vividas pelos indivíduos do que por juntar dados, tendo em vista outros estudos ou uma generalização (Fortin, 2009).

## **2. Estratégias de Recolha de Dados**

Qualquer trabalho de investigação necessita de determinar um método de colheita dos dados pretendido. São essas informações que vão permitir a realização de investigação propriamente dita, permitindo uma discussão desses dados e guiando o investigador até à elaboração das conclusões a obter na etapa final do processo de investigação.

Relativamente a esta temática, Fortin (1999, p. 240) diz que:

“Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

A mesma autora (1996, p. 240) refere que:

“(…) antes de empreender uma colheita de dados o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação”.

Em investigação existem diversos instrumentos de colheita de dados que podem eficazmente recolher as informações relevantes ao investigador.

Um estudo de caso sem experimentação serve para descrever, explorar ou explicar um fenómeno complexo ou para verificar proposições teóricas a partir de uma análise em profundidade dos diferentes elementos do fenómeno. De acordo com Fortin (1999, p. 165),

“(...) os métodos utilizados para estudos de caso sem experimentação visam apreender o suficientemente o assunto em estudo para transmitir toda a sua complexidade de uma forma narrativa.”.

Fortin (2009), sugere que o investigador, neste tipo de estudo, comece por recolher toda a informação disponível sobre a temática e tomar nota dos autores mais referenciados. Só no caso de o investigador registar pouca informação acerca do problema, aí, deve partir para a observação, questionários, etc.

Qualquer que seja a forma que os dados assumam no início, é provável que existam lacunas, algumas das quais são evidentes mas que podem ser colmatadas ao longo da investigação com recolha de novos dados. O investigador deve tentar determinar o significado de cada caso concreto recolhendo informação proveniente de pelo menos três fontes. Estas devem compreender diferentes tipos de dados mas, qualquer que seja a sua forma devem estar de acordo com os significados atribuídos ao fenómeno (Gauthier, 2003).

Yan (1994) refere que as fontes de obtenção de dados que se podem utilizar num estudo de caso são: literatura que seja do interesse para a temática em estudo, registos em arquivos, entrevistas e através da observação.

Sendo o objecto de estudo, para o investigador, uma obra ficcionada em formato vídeo, não deixando de ser um documento e uma fonte de recolha de dados, cabe ao mesmo redigir aquilo que vê, como se de uma entrevista se tratasse ou mesmo de uma observação que é registada em forma de notas de campo, não encontrando o investigador uma metodologia apropriada para a redacção do vídeo, logo, não se aplicando o rigor a que estes métodos estão sujeitos. Entendeu-se, portanto, não se realizar uma transcrição do conteúdo verbal, nem parcial nem total, considerando o investigador que a exaustiva visualização do filme permitiria fazer uma descrição global do filme.

Para a realização deste estudo de caso o método mais utilizado foi a pesquisa bibliográfica ou como Yan (1994) lhe designa, “fontes de evidência documental”. Para este autor, a pesquisa documental é o mais importante método de recolha de dados. O material recolhido e analisado é utilizado para corroborar evidências de outras fontes e/ou acrescentar informações. É importante, tentar extrair as razões pelas quais os documentos foram criados.

Após a recolha documental, o investigador deverá fazer uma leitura crítica e, posteriormente, sublinhar aquilo que são os pontos cruciais para o investigador e que se destacam pela sua importância. Posteriormente, é importante fazer um resumo dos pontos fortes e de interesse. Como etapa final é feita uma narrativa tradicional de literatura que vai descrever aquilo que o investigador acha como importante para responder à questão de investigação.

Yan (1994) refere ainda três princípios fundamentais para a recolha de dados. A utilização de múltiplas fontes bibliográficas, que permite ao investigador o desenvolvimento da investigação em várias frentes – investigar vários aspectos relacionados com o mesmo fenómeno. As conclusões e descobertas ficam mais convincentes e apuradas já que advêm de um conjunto de corroborações. Outro princípio referido pelo mesmo autor baseia-se na construção, ao longo do estudo, de uma base de dados. Os registos podem ser realizados através de notas, documentos, tabulações e narrativas. A formulação de uma cadeia de evidências é o último princípio que o autor refere. Construir uma cadeia de evidências consiste em configurar o estudo de caso de tal modo que se consiga levar ao leitor a perceber a apresentação dessas mesmas evidências que legitimam o estudo desde a questão de pesquisa até às conclusões finais. Além disso, deve deixar claro que outras evidências não foram ignoradas e que aquelas que foram apresentadas não estão maculadas por vieses.

### **3. Técnicas de Análises de Dados**

Após uma colheita exaustiva de dados surge a análise dos mesmos. A análise dos dados é o menos desenvolvido e o mais difícil aspecto na elaboração de um estudo de caso. O sucesso depende muito da experiência, perseverança e do raciocínio crítico do investigador para construir descrições, interpretações que possibilitem a extracção cuidadosa de conclusões (Yan, 1994). Segundo o mesmo autor, o mais importante nesta fase é ter-se definida uma estratégia analítica geral já que isso implica tratar imparcialmente os dados, extrair conclusões analíticas e apresentar interpretações e descrições alternativas. Há duas maneiras de se formatar a estratégia geral de análise: basear-se nas proposições teóricas – referencial teórico – ou desenvolver uma criativa descrição do caso. A estratégia de descrição é menos preferível, servindo de alternativa quando não se tem um referencial teórico.

A busca da explicação deve ser intensa durante todo o processo de condução do estudo. Afinal, a categoria mais importante, ao lado do carácter preditivo dos achados pelo método

científico é a explicação. Para explicar um fenómeno deve-se especificar um conjunto de ligações causais.

Wolcott, *in* Vale (2002) revela três momentos fundamentais durante a fase de análise de dados: descrição, análise e interpretação. A descrição corresponde à escrita de textos resultantes dos dados originais encontrados pelo investigador. A análise é um processo de organização de dados, onde se devem salientar os aspectos essenciais e identificar factores chave. Por último, a interpretação diz respeito ao processo de obtenção de significados e ilações a partir dos dados obtidos.

Na mesma ordem de ideias, Miles e Huberman, *in* Vale (2004), propõem um modelo de análise de investigação qualitativa que consiste em três momentos: a redução dos dados, a apresentação dos dados e as conclusões e verificações. A redução dos dados diz respeito ao processo de seleccionar, simplificar e organizar todos os dados obtidos, durante a investigação. A apresentação dos dados refere-se ao momento em que a informação é organizada e compactada para assim o investigador poder ver rápida e eficazmente o que se passa no estudo. O terceiro e último momento corresponde à extracção de conclusões de toda a informação recolhida, organizada e compactada, que está dependente da quantidade de notas tiradas, dos métodos usados e, principalmente, da experiência do investigador.

Na análise dos dados, propriamente dita, o investigador teve o cuidado de ler mais do que uma vez todos os documentos obtidos a fim de seleccionar aqueles com real interesse para análise do objecto de estudo – o filme –, incluindo, obviamente a transcrição feita a partir do filme. Todo este material recolhido ao longo da investigação (pesquisa bibliografia e transcrição do filme) foi organizado num “dossier” que foi submetido a uma análise pormenorizada e indutiva e transcrito para formato digital.

No início do estudo, começou-se por analisar o conteúdo cinematográfico, com especial relevo para o enfermeiro, protagonista do filme, com o objectivo de caracterizar e melhor conhecer a sua personalidade, hábitos e características pessoais e profissionais, tendo sempre em linha de conta o carácter ficcional da personagem e o seu contexto, que no entanto, são passíveis de acontecer no mundo “real” e no contexto profissional português. Para além da transcrição e análise do filme, foram também transcritos e analisados todos os documentos reunidos (livros, revistas, artigos, pareceres).

Por fim, observou-se toda a informação compactada, elaboraram-se quadros síntese da informação que foram comentados, estabelecendo assim, conclusões fundamentadas em forma de narrativa que se pretende ser compreensível e esclarecedora para o leitor.

A análise dos dados esteve sempre relacionada com as questões levantadas e estabelecidas no início do estudo.

## CAPÍTULO II – OBJECTO DO ESTUDO

### 1. O Filme

“Fala com ela”, tradução para português de *Hable con ella*, título original em castelhano, de um filme gravado em 2001 que estreou em Espanha em meados de 2002. Uma película dramática, com pouco mais de 108 minutos, bem ao estilo do controverso realizador espanhol Pedro Almodóvar. No ponto 2 deste capítulo apresenta-se uma pequena bibliografia e cinematografia deste realizador.

Em Madrid vive Benigno Martin (Javier Cámara), um enfermeiro cujo apartamento fica à frente de uma academia de ballet, comandada por Katerina Bilova (Geraldine Chaplin). Benigno, frequentemente, fica na janela da sua casa, observando com especial atenção uma das estudantes de Katerina, Alicia Roncero (Leonor Watling), por quem está apaixonado. Benigno chega ao ponto de marcar uma consulta com o pai dela, um psiquiatra que tem um consultório na própria casa, só para ter uma hipótese de falar com Alicia, mas só consegue assustá-la. Antes, porém, Benigno entrou no quarto dela e olhou o espaço com admiração, tendo roubado um gancho de cabelos dela.

Quando Alicia fica ferida num acidente de carro, que a deixa em estado de coma, é internada no hospital onde Benigno trabalha. Ele passa a cuidar dela, mas a atenção que dispensa com Alicia é totalmente acima do normal. Além disto, Benigno fala com ela o tempo todo, movido por um misto de fé e amor, pois crê que de alguma forma ela possa ouvir. Após quatro anos, o quadro dela está inalterado e a dedicação que Benigno sente por ela também. Mantém uma relação pessoal e amorosa acima da relação de profissional e terapêutica, colocando mesmo em risco a sua profissão como enfermeiro. Acaba por ser descoberto, afastado de Alicia e punido pelos seus actos “pouco” profissionais.

Marco Zuluaga (Darío Grandinetti), um jornalista, é designado para entrevistar Lydia Gonzalez (Rosario Flores), uma conhecida toureira que teve o nome nos tablóides ao ter um tempestuoso romance com “El Nino de Valência”, um toureiro. Inicialmente, ela foi ríspida, mas após ele ter matado uma cobra que estava na casa dela, tornou-se mais amável. Logo os dois iniciam uma relação, que estava destinada a ser curta, pois Lydia é atingida por um touro e considerada clinicamente morta.

Por coincidência ela é internada no mesmo hospital onde está Alicia e logo Benigno e Marco ficam amigos, pois no início Marco nem conseguia tocar em Lydia, mas recebeu de Benigno um simples conselho: fale com ela.

No filme, aquando da violação de Alicia, é apresentado um outro filme – *Amante Minguante*, que conta a história de um indivíduo que, ao tomar uma solução para emagrecer, criada pela sua namorada cientista, acaba encolhendo até atingir o tamanho suficiente... para entrar na vagina da sua namorada. É uma cena-chave para despertar a sexualidade de Benigno, que ao assistir o filme mudo *Amante minguante*, tem o desejo de possuir Alicia, desejo este anteriormente compensado pelo simples prazer de cuidar. Benigno dedica-se de corpo e alma à adoração e aos cuidados daquela mulher viva/morta. Mais do que isso, Benigno realiza um dos sonhos mais secretos da mulher: o de ter um Homem que se dedique inteiramente a ela.

Ao despertar a sua masculinidade, Benigno reivindica o direito de exercê-la e de ter a sua dedicação compensada. A personagem, inclusive, revela a sua intenção de casar-se com Alicia. No entanto, no filme, a obediência à lei do desejo tem um preço: Benigno é preso, acusado de violar uma mulher sem defesas, contrariando o significado de seu próprio nome.

"Fala com Ela" é uma história de amor, de amizade e de uma longa batalha contra um destino incerto... Aclamado pela crítica cinematográfica um pouco por todo o mundo, Pedro Almodóvar, com *Hable con ella*, propõe-nos uma reflexão sobre a vida e sobre a morte, sobre a necessidade de cuidar e ser cuidado, e no que concerne à profissão de Enfermagem, sobre os limites relacionais entre enfermeiro/utente bem como dos dilemas éticos e morais decorrentes das atitudes do protagonista do filme.

## **2. O Realizador**

Pedro Almodóvar nasceu a 24 de Setembro de 1952 em Calzada de Calatrava uma pequena localidade situada nos arredores de Madrid.

É um actor, argumentista, produtor e realizador.

Almodóvar nunca pôde estudar cinema, pois nem ele nem a sua família tinham dinheiro para pagar os seus estudos. Iniciou a sua actividade artística na área do teatro e do movimento vanguardista, em contacto com as correntes artísticas alternativas do momento, nas quais ingressou por afinidade e com uma visão cinematográfica pouco usual.

Transformado em estandarte da Movida Madrileña (movimento de renovação cultural lançado em Madrid após a morte do ditador Francisco Franco), de 1974 a 1978 realizou filmes como *Super 8*, a sua primeira longa-metragem. A sua carreira começou realmente com *Pepi, Luci, Bom* (1979-1980), ponto de partida definitivo do estilo Almodóvar, tanto na forma como no conteúdo. Nesse filme já aparecem todos os elementos característicos dos trabalhos seguintes (*Labirinto de Paixões*, 1982; *Maus Hábitos*, 1983; *Que Fiz Eu para Merecer Isto?*, 1984; *Matador*, 1986; *A Lei do Desejo*, 1986), que já estavam presentes em algumas das suas curtas-metragens: os irmãos, a mulher, as donas-de-casa, as relações conjugais turbulentas, a rapariga super-moderna, os anúncios, a música, as fotos, as janelas, os movimentos de câmara extravagantes, a paisagem urbana (Madrid), os ambientes kitsch, a amizade entre mulheres, a homossexualidade, a transexualidade, a depravação, o absurdo ao estilo de Luis Buñuel.

Foi o primeiro espanhol a ser indicado a um Óscar, chegando mesmo, em 1999, a arrecadar o Óscar para melhor filme estrangeiro com o filme *Tudo Sobre a Minha Mãe*. Homossexual assumido, os seus filmes trazem a temática da sexualidade abordada de forme sublime.

## PARTE III – REFLEXÃO

### Capítulo I – Análise e Discussão do Caso

Neste capítulo serão apresentados e discutidos as principais reflexões desta investigação. Assim, tendo presente a revisão bibliográfica e com base nos dados recolhidos, nomeadamente do objecto de estudo, procurou-se analisar e reflectir sobre uma atitude Ética profissional em Enfermagem, quais os dilemas que são susceptíveis de gerarem confronto com o comportamento do protagonista do filme, os artigos deontológicos que poderão de alguma forma violar o Código Deontológico do Enfermeiro e algumas referências á comunicação e relação de ajuda em Enfermagem.

Tomando por base alguns dos analisadores que sustentam o presente trabalho, analisar-se-á o comportamento do protagonista do filme, procurando responder à questão de investigação previamente formulada.

Apesar da complexidade do tema e da gravidade dos elementos morais de que trata, é fácil perceber que *Hable con ella*, com a sua linearidade narrativa e suas personagens, em momento algum apela para o sentimentalismo ou a vulgaridade. Não obstante a isso, os traços mais marcantes da obra do realizador Pedro Almodóvar estão também presentes neste filme: os sentimentos contraditórios e as dificuldades de se lidar com o verdadeiro eu, o inconformismo para com os padrões impostos pela sociedade e, principalmente, a necessidade de colocar-se no lugar dos outros antes de fazer quaisquer julgamentos (o que afecta profundamente Benigno, que perde a luta contra a punição pelo seu crime mesmo antes de ela começar).

A personagem de Javier Cámara, Benigno o enfermeiro, é, inquestionavelmente, o centro afectivo do filme e é sobre esse gelo fino, da pureza de carácter confrontada com os actos vis que dele podem aflorar, que Almodóvar desenvolve com uma coragem admirável.

Benigno, mesmo sabendo que o córtex cerebral fora destruído e que a utente não teria emoções e sentimentos, cuidava-a de uma maneira especial.

Cabe então ao investigador, com todas as ressalvas já várias vezes descritas neste trabalho, reflectir sobre a actuação do enfermeiro, sobre uma atitude Ética em Enfermagem.

O ideal ético da Enfermagem é cuidar o Homem, tendo como finalidade protegê-lo, preservá-lo e respeitar a sua integridade e dignidade. Como tal, o cuidar a pessoa pressupõe uma atitude de profundo respeito, assumida em cada intervenção como o princípio de fazer o bem.

É usual ouvir pessoas dizerem que tomam uma atitude, quando na verdade assumiram um determinado comportamento específico. Sabe-se, contudo, que a atitude e comportamento não são efectivamente a mesma coisa. A atitude pode ser definida como uma orientação de avaliação relativamente persistente no que respeita a um objecto particular ou classe de objectos, seja favorável, desfavorável ou neutro (Ferreira e Dias, 2005).

São vários os autores que se preocupam com o desenvolvimento de atitudes profissionais dos enfermeiros. Chalifour (1989) assume o utente antes de tudo como um ser humano e afirma que a prestação de cuidados só é eficaz num contexto de relação de ajuda, o que o leva a salientar a importância de certas “atitudes internas”, que permitirão ao enfermeiro captar a informação do utente, compreender o seu significado e agir – isto é, essas atitudes determinam a qualidade da relação e da acção.

Ao reconhecer o utente como ser único e diferente e por conseguinte reconhecer a sua experiência de vida, o enfermeiro não se deve deixar envolver em demasia, a ponto de confundir as suas vivências com as dele. Na sua relação com o utente, o enfermeiro deve evitar a todo o custo os juízos de valor, a falta de disponibilidade interior, a necessidade de obter resultados rapidamente, dado que são condições que bloqueiam o estabelecimento de uma compreensão empática.

O enfermeiro deve identificar claramente os elementos de incongruência do utente, evitando a todo o custo a confusão para desenvolver uma relação de ajuda oportuna e de qualidade. Deve além disso, e como refere Lazure (1994), possuir conhecimentos aprofundados dos princípios científicos que caracterizam o processo relacional. Deve conhecer-se muito bem a si mesmo, possuir competências técnicas, científicas e relacionais que lhe permitam identificar as respostas que melhor satisfaçam as necessidades da pessoa ajudada. Não há dúvida de que Benigno trata de Alicia com um cuidado e atenção extremo. A nível técnico e científico, as suas competências não são questionáveis. No entanto, o zelo extremo confronta-se com os limites relacionais entre o enfermeiro e a utente, visto este se encontrar apaixonado pela utente que cuida. A atitude do enfermeiro reflecte aquilo que ele acredita e pensa sobre Enfermagem e sobre a utente como pessoa e como utilizadora dos serviços de saúde. O investigador concorda com Abreu (2001) quando refere que, de entre os factores que

influenciam a atitude do enfermeiro, são de valorizar a socialização e a preparação obtida no curso, a capacidade comunicativa, o contacto próximo com o cliente, a satisfação no trabalho e o tipo de interacção com os outros técnicos.

Ao visualizar-se, na sua globalidade, o comportamento do enfermeiro perante a utente, percebe-se que as suas atitudes ferem os princípios éticos da Enfermagem, chegando a ferir a própria lei e a moral. Pode-se falar portanto, de actos de Enfermagem que acarretam prejuízo e dano à utente (físico, moral) com intencionalidade ou não. Entende-se que o enfermeiro não deseja o malefício à utente, pelo contrário, mas isso acontece por falta de atenção e percepção da realidade em que o mesmo está inserido.

Torna-se pertinente, mediante isto, a reflexão sobre o princípio da beneficência e da não maleficência.

Convém lembrar que bem e bom, mal e mau são conceitos pivô da *Ética teórica*. Além disso, agir bem, agir de forma correcta ou, usando as palavras de Aristóteles, "*ser bons*" é tarefa da *Ética prática*. Ser um bom profissional significa, antes de mais nada, saber interagir com o utente, quer dizer, tratá-lo dignamente no seu corpo e respeitar os seus valores, crenças e desejos, o que torna o exercício profissional do cuidado na saúde uma tarefa difícil e às vezes conflituante. O profissional de saúde faz juízos prognósticos, juízos diagnósticos, juízos terapêuticos e não pode também eximir-se de fazer juízos morais. Os problemas Humanos não são nunca exclusivamente biológicos, mas também morais (Kipper e Clotet).

Beneficência, no seu significado filosófico moral, quer dizer fazer o bem. Benigno, em toda a sua acção, cuida de Alicia com essa intenção, a de ser bom, fazendo o bem. Absorvido pela sua paixão, não consegue abstrair-se realmente da realidade e da situação em que está a sua amada. No entanto, o princípio da não-maleficência, pode ser tido como desrespeitado, pois o enfermeiro culmina a sua actividade com a violação da utente, obviamente contrariando este princípio de não fazer o mal. Nem sempre o princípio da não-maleficência é entendido correctamente pois a sua prioridade pode ser questionada (Kipper e Clotet).

Uma das abordagens também sugeridas para a concretização deste trabalho é uma abordagem deontológica, utilizando-se por base o Código Deontológico do Enfermeiro – fonte principal da Deontologia profissional de Enfermagem em Portugal. Decide-se, então, fazer uma reflexão sobre alguns princípios, os que se entendem pertinentes à análise do comportamento do enfermeiro no filme.

Uma vez que o Código Deontológico do Enfermeiro está integrado no Decreto-Lei que define o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a numeração dos seus artigos começa em 78º, e é por esse mesmo artigo que se inicia a reflexão.

O artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros é considerado o “artigo ético” na medida em que “(...) expressa os princípios gerais à luz dos quais se identificam valores, se anunciam os princípios orientadores e se desdobram os deveres” (Nunes *et al.*, 2005, p. 59).

Salienta-se que este artigo coloca ênfase na defesa da dignidade e liberdade da pessoa humana, demonstrando a forte inspiração no artigo 1.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem ([www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)), bem como no artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa ([www.parlamento.pt](http://www.parlamento.pt)), cujo teor enquadra todo o seu articulado. Deve salientar-se que o conceito de dignidade humana, muito embora tenha sido utilizado em inúmeros documentos e formulações jurídicas desde a aprovação da Declaração em 1948, compreende alguma dificuldade de definição. Foi esse o facto que levou o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) a elaborar uma reflexão Ética sobre a Dignidade Humana e consequentemente a redacção de um documento de trabalho, disponível em [www.cnecv.pt](http://www.cnecv.pt), que procura esclarecer o seu significado e pelo qual o investigador se rege.

Julga-se que a fundamentação do conceito de Dignidade Humana no Código Deontológico do Enfermeiro exige uma abordagem que acautele interpretações restritivas e sugere-se uma maior atenção à reflexão elaborada pelo CNECV. Tratando-se da entidade de referência no domínio da Bioética, os seus pareceres e documentos de trabalho não podem ser ignorados quando se trata de reflectir sobre a Deontologia das profissões que têm como objecto de estudo e intervenção o Homem.

Salienta-se que no documento em apreço o CNECV faz questão de realçar que, “(...) na Ética moderna, a dignidade humana exprime-se em um “nós-humanidade” que não é a soma dos “eus” individuais” (CNEVC, 1999, p.10) o que sugere uma maior ênfase na pertença a uma rede relacional em que o respeito pela dignidade dos outros é condição fundamental da dignidade própria. Esta perspectiva pode ser muito adequada numa abordagem do conceito que preveja uma aplicação extensiva a todos os seres Humanos sem excepção, ou seja, independentemente de um conjunto de características empíricas que possam possuir, como a consciência, a racionalidade, etc, como é o caso da utente ao cuidado de Benigno.

O princípio da dignidade humana é um valor autónomo e específico, inerente aos seres Humanos. Na perspectiva Ética, a relação entre quem cuida e quem é cuidado molda-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar a partir do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções.

O exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida. Desta forma, o “pano de fundo” é a preocupação de defesa e liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

Destaca-se a alínea *b)* no n.º3 do mesmo artigo, o respeito pelos direitos Humanos que se encontra associado à assunção do outro como um ser digno, sujeito de direitos (e deveres). A Declaração Universal dos Direitos do Homem corresponde à tentativa de institucionalizar os ingredientes constituintes da dignidade humana como algo irreduzível aos quais se ligam a autonomia e individualidade.

Não basta saber que os utentes têm direito a ser tratados adequadamente, humanamente, com correcção técnica, privacidade e respeito. É necessário que a prestação de cuidados seja boa por ser zelosa e competente.

Um outro artigo que se revela pertinente é o Artigo 82.º - “Dos direitos à vida e à qualidade de vida”. Do direito à vida decorrem os deveres dos enfermeiros, assumidos no âmbito da garantia de respeito ao longo do ciclo vital (Nunes *et al.*, 2005). O enunciado do artigo afirma o direito da pessoa à vida, durante todo o ciclo vital, indiferentemente dos momentos ou dos estádios. Na análise deste artigo assume particular relevo a alínea *b)* que reitera o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, compreendendo-se a pessoa como um ser num contínuo processo de auto-realização pessoal e social.

“O reconhecimento da dignidade da pessoa humana exige o respeito pelos seus direitos, perspectivados na sua indivisibilidade” (Nunes *et al.*, 2005, p. 98). Nesta perspectiva, articula-se com o princípio geral da defesa da dignidade da pessoa humana (Artigo 78.º, n.º1), assim como com os deveres de humanização dos cuidados (Artigo 89.º).

A alínea *d)* refere que o enfermeiro deve “Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”. Trata-se da assunção de um dever de recusa, sempre que o enfermeiro se apresente a possibilidade de participar em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

O respeito pela intimidade, expresso no Artigo 86.º, é, claramente, um dos princípios violados ao longo da actuação do enfermeiro perante a utente.

Os sentimentos de pudor e interioridade, expressos no enunciado, inerentes à pessoa, têm componentes que excedem a pura satisfação de um direito formal. A protecção da intimidade física e psicológica relaciona-se com diversas vertentes, tais como a reserva da intimidade, o respeito pelo pudor individual, a protecção e a salvaguarda da privacidade (Nunes *et al.*, 2005).

O corpo concreto, que qualifica um ser real, é o espaço do ego e da personalidade. Confinado no espaço e no tempo, o corpo está envolvido nas e pelas emoções, sendo que a sensorialidade e a motricidade se misturam. Factor de identidade, o facto de se ter um corpo e de se ser um corpo representa a adaptação possível ao meio ambiente.

Nunes *et al.*, (2005, p. 87) referem que:

“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 (1989) refere que na prática de Enfermagem existe o corpo da pessoa cuidada e a qualidade de toque que a enfermeira oferece. Assim devem ser aprendidas formas de tocar o outro que confirmam um cuidar securizante e confiante”

Benigno utiliza muitas vezes o toque, o toque íntimo, para comunicar com a sua “amada”, que, estando ela em situação clínica de coma, não tem como responder, como negar, ou revelar de qualquer forma que é algo que deseja ou que a faz sentir bem. Esta forma de comunicação utilizada pelo enfermeiro acaba por colocar a integridade corporal da utente em perigo, indefesa, acto que o enfermeiro absorvido e obcecado não tem consciência acabando por infringir no seu todo este princípio.

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. Nunes *et al.*, (2005) distingue privacidade e intimidade, palavras que aparecem quase como sinónimos, sendo que o privado diz 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 protecção da ingerência (enquanto acto de se intrometer, de interferir indevidamente sem ser requerido) por terceiros.

Varia bastante a reserva da vida privada que cada pessoa entende ser-lhe devida e que deve ser respeitada. No entanto, no caso de doentes em coma, entende-se que este respeito pela intimidade e vida privada seja respeitado sem qualquer desprezo considerando o estado do doente. Neste sentido, proteger a pessoa das invasões à sua intimidade tanto pode concretizar-se na utilização de cortinas/biombos como em assegurar que a pessoa está adequadamente coberta e que as técnicas utilizadas nos cuidados de higiene e conforto não sejam de alguma forma descuidados ou “deturpados” pelo facto de a utente se encontrar inconsciente.

A nudez é sempre evocadora de erotismo, tal como se percebe quando Benigno presta cuidados de higiene à utente. Nota-se um extremo cuidado e atenção, que por vezes ele mesmo as confunde com cuidados de Enfermagem, com actos de carinho e demonstração de afecto.

Puisseux (1991) *cit. in* Mercadier (2004, p. 170) refere que sexualidade e doença, passam ambas pelo corpo:

“A sexualidade, quer seja vivida como desejo, como prazer, como frustração ou como repulsa, condena os corpos; quer eles a aceitam ou rejeitem (...) a doença não é apenas o sintoma, é também a sua expressão e a sua legibilidade. Onde quer que exista doença ou deficiência, existe ou existiu sexualidade. Onde quer que exista desejo, existe ou existirá doença”.

Poder-se-á também abordar a questão da sexualidade. O facto de um corpo doente já ser, por si só, um corpo frágil, desprotegido, juntando a isto o facto de o utente ser do sexo feminino e o cuidador do sexo masculino. Existe, inevitavelmente, por questões sociais e culturais, a imagem de que a mulher é mais fraca do que o Homem, mais vulnerável.

O documento de trabalho da CNECV referente à Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana (1999, p. 23), citando um relatório “(terrível)” da Amnistia Internacional sobre Mulheres e Direitos Humanos (1995,) aludindo a esta questão da fragilidade feminina, revela a quase ausência destes a nível mundial porque,

“As mulheres correm o risco duplo, discriminadas por serem mulheres, têm, tal como os Homens, senão mais, tendência de se tornarem vítimas de violação dos Direitos Humanos (...) todos os dias, há mais mulheres e raparigas vitimas de várias formas de discriminação com base no sexo, do que a causadas por qualquer outro tipo de abuso de Direitos Humanos”.

Dos deveres deontológicos em geral (Artigo 79º) aos deveres para com a profissão expressos no Artigo 90º do Código Deontológico do Enfermeiro,

“(…) clarifica a consciência de que a acção 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” (Nunes *et al.*, 2005, p. 113).

Tal como se afirma no preâmbulo do Estatuto, constante do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, 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, 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”.

Para confiar num profissional, um utente precisa de acreditar que aquele indivíduo tem o conhecimento necessário para o ajudar e que essa pessoa agirá no sentido dos seus melhores interesses, competindo a cada um, e individualmente, garantir o cumprimento do compromisso (Nunes *et al.*, 2005).

Nunes *et al.*, (2005) alude também, no que concerne a este princípio, que é necessário haver prudência e responsabilidade. É pelas decisões e actos praticados que respondemos perante os outros, utentes, colegas, instituição e comunidade em geral, quando a tal se é chamado. E isto fundamenta-se na existência de um dever, de um compromisso, de uma promessa que exige ser cumprida.

Logo, Benigno, ao acabar por violar a sua utente, viola também os princípios deontológicos da sua profissão. Coloca em causa a sua carreira profissional e a forma como esta é vista socialmente. O desfecho não poderá ser outro que não, depois de provado, o seu afastamento; responsabilizando-o ético-profissionalmente e legalmente. E dentro da questão da responsabilidade legal, existe o aspecto penal também.

## **Capítulo II – Conclusão**

O termo investigação pode ser definido como a aplicação de métodos científicos na procura de soluções relativas a questões essenciais e acerca de factos significativos, permitindo resolver problemas, dar respostas às questões ou explicar a relação entre factores ou acontecimentos.

A Enfermagem como profissão, reconhece a investigação científica como uma forma de ampliar o conhecimento científico e fundamental para a sua prática, em que o enfermeiro investigador adquire conhecimentos que lhe permitem tomar decisões adequadas suportadas cientificamente para prestar os melhores cuidados aos utentes.

A investigação é fundamental como meio de demonstração do campo de acção e de conhecimento de uma profissão. Segundo Fortin (1999, p.18): “A investigação numa disciplina profissional permite precisar as esferas de aplicação que lhe são próprias e definir as suas finalidades e os seus objectivos junto da comunidade”. E indo ainda mais longe refere que: “um corpo profissional é credível quando os seus membros são reconhecidos, por outros profissionais, como sendo previstos num domínio particular de conhecimentos e da prática”

Ao longo deste estudo procurou-se seguir fielmente todos os paços necessários para a realização de um trabalho de investigação. Foi baseado nestes princípios que iniciamos e concluimos este estudo, sobre “*Hable con ella – Reflexões Éticas*”.

O investigador considera que este documento pode ser um instrumento útil para estudantes e profissionais e contribuir para o início de um debate sobre os limites entre a relação profissional e a relação pessoal entre enfermeiro e utente.

Assim, com este estudo, pretende-se contribuir para uma despertar de consciência e reforçar a importância de se reflectir sobre as questões Éticas e da Deontologia profissional, relacionadas com as relações entre enfermeiro/utente, com uma reflexão íntima tendo por base o Código Deontológico do Enfermeiro.

Sendo o Código Deontológico do Enfermeiro um documento que, por fazer parte integrante do Estatuto - e, por inerência, do Decreto-lei que criou a OE –, tem uma força de lei, a Enfermagem acaba por ter uma realidade que não acontece com todas as profissões reguladas.

A Ética é uma capacidade da inteligência e é esta capacidade humana que permite actuar, tomar decisões após uma ponderação de valores; os valores que, nascem exclusivamente das percepções individuais e é através da ponderação dessas percepções que se constroem imagens e se tomam decisões. O Homem é um ser social e tem de se relacionar com os outros num universo ético. O Homem é um armazém de valores e de troca valores.

Chegado o fim deste estudo, *Quais os princípios éticos e deontológicos são alvo de reflexão na análise do comportamento do protagonista do filme “Hable con Ella”?*, é necessário tirar conclusões e sugestões sobre o mesmo.

Certamente, não será em vão referir que o Homem vive demasiado virado para ele próprio, obcecado por um “eu” que cultiva na sua vida, nas suas acções, o conceito esvaziado de verdade e responsabilidade.

O Ser Humano alimenta-se do que se vende, do que é bem pago, do que é mais fácil, do egoísmo e do individualismo, empobrecendo, defraudando os interesses da Ética profissional. “Doença” muito comum nos dias que correm, esvaziando-se de significado, do interesse comum, a instituição, a organização e a própria profissão, tirando-se partido em proveito próprio, sem precauções com o que isso possa representar para os demais.

No entanto, trata-se de egoísmo bastante refinado, inadmissível, sobretudo para os princípios básicos que fundamentam a profissão. Este sentimento indica que o egoísmo supera a Ética humana e que o Homem se esquece com muita frequência do dever ser e não apenas do dever ter. É por isso que muitas vezes por certas conveniências, sendo a história do filme *Hable con ella* aqui retratada, um exemplo de que se passa ao lado da Ética na profissão.

Passar ao lado da Ética é património das organizações, das profissões, das pessoas para se obterem benefícios próprios. Vive-se num ambiente competitivo, numa aldeia global, por isso é necessário reflectir e reconhecer que os conflitos éticos são uma realidade nos tempos modernos, mas que trazem implicações menos boas nas decisões e nos resultados.

Diversas influências podem assim, afectar a nossa Ética, porque pressões podem colocar as necessidades do “eu”, acima das do “outro”, levando a comportamentos pouco éticos. É obvio que, nalgumas ocasiões, no exercício da profissão, estas realidades em crescendo na actual sociedade, constituam uma ameaça aos valores éticos, esvaziando de sentido, desvirtuando a verdade e manipulando-os a seu belo prazer.

Esta análise leva o investigador a crer que a Ética profissional tem um carácter maioritariamente baseado na justiça. O mais importante da Ética é este sentir de responsabilidade de todos.

Efectivamente, a Ética é importante. Do ponto de vista pragmático, se uma decisão resulta pouco Ética, se há provas de se ter causado dano a pessoas, o nosso nome aparece sempre em termos negativos com desvantagens a nível profissional.

Por conseguinte, os custos para actuar sem Ética são consideráveis. A reputação e a carreira podem arruinar-se; a perda de confiança que é essencial para o êxito das relações profissionais; a perda do “bom nome”; a ineficiência do trabalho em equipa; a perda de auto-estima; a lealdade declinada; acabando mesmo à demissão e ao afastamento profissional.

O princípio bioético da beneficência / não-maleficência, tal como os princípios deontológicos abordados neste documento, que vão dos direitos dos utentes aos deveres profissionais, nomeadamente a fundamentação Ética do Código Deontológico do Enfermeiro feita referência no Artigo 78º deste código, dos deveres que reportam às responsabilidades específicas da profissão presentes no Artigo 90º, dos deveres profissionais na garantia dos Direitos – Artigo 82º e 86º –, vão elementos fundamentais que ajudaram o investigador na sua análise.

Na conclusão deste estudo tem de se reconhecer que, a metodologia qualitativa utilizada e se revelou adequada à realização do presente estudo de investigação. No entanto, é de referir a grande dificuldade encontradas pelo investigador para encontrar uma metodologia que melhor se adequasse à sua temática e objectivos, pois não foram encontrados trabalhos de investigação em Enfermagem utilizando uma obra cinematográfica como objecto de estudo. A forte motivação e interesse para o estudo desta problemática, tornou possível atingir objectivos e finalidades traçadas no início deste trabalho.

Com o desenrolar deste trabalho, surgiram dificuldades previstas no início do mesmo, sendo exemplo disso a dificuldade em transcrever uma obra ficcionada, que apesar de metodologicamente comparada com uma entrevista ou uma técnica observação, esta tornou-se mais complexa pelo simples facto de o investigador, apesar do seu profundo conhecimento da obra, não ter “experienciado” aquilo que designa de objecto de estudo. Apesar das dificuldades em adequar um método para a elaboração deste trabalho, tarefa difícil para um

investigador inexperiente, o investigador pensa ter conseguido atingir os objectivos, que se relacionam com o momento e instrumento de aprendizagem.

O investigador conclui ainda que a prática da Enfermagem inclui dois componentes igualmente importantes: o técnico-operativo e o ético-moral. Incorporar ambos, de maneira equilibrada, não se tem mostrado tarefa fácil na trajectória da profissão, com uma cisão, muitas vezes contundente, que confere supremacia ora a um ora a outro. Ao oscilar mais na direcção do extremo técnico-operativo desse continuum, corre-se o risco dos procedimentos, as rotinas e a competência técnica do enfermeiro ocuparem o foco principal, em prejuízo da percepção do beneficiário do cuidado na condição de pessoa e fim da atenção prestada. Tem-se, portanto, o procedimento pelo procedimento, a técnica pela técnica, e o utente dos serviços de saúde torna-se mero meio para se operar a concretização desses instrumentos. Em caso contrário, se o desequilíbrio pender para o lado oposto, a rigidez na observação de códigos éticos e deontológicos pode ofuscar a importância do corpo de conhecimento científico e epistemológico que fundamenta e norteia a prática da Enfermagem, levando a um exercício pautado pela correcção moral e pela boa vontade em ajudar, mas limitado pela falta de preparação técnica decorrente da superficialidade dos conhecimentos e da desactualização.

Não apenas o facto de o investigador ser inexperiente na área da investigação, também o é na área profissional. Abordar esta temática exige uma certa maturidade quer pessoal quer, no entender do investigador, profissional. Pensa-se que este facto poderá, de alguma forma, ter relativizado alguns aspectos que se tornariam pertinentes para um profissional experiente.

Apesar de tudo, a realização deste trabalho permitiu ao investigador um crescimento e enriquecimento dos conhecimentos na área da investigação e bem como na área da Ética e da Deontologia. Esperando o investigador que este documento possa vir a ser útil e contribuir como ponto de partida para futuras investigações num nível mais vasto.

Surgiram questões ao investigador às quais o mesmo, após reflexão dos conceitos, e analisando o quadro conceptual, não conseguiu responder. Nomeadamente, no que concerne ao balizamento da relação profissional e da relação pessoal/afectiva entre enfermeiro-utente e quais as consequências, quer para o técnico quer para o utente, da não distinção destas relações e da interferência de uma na outra. O investigador considera uma questão pertinente, para base de partida de um novo trabalho de investigação, utilizar uma metodologia de carácter fenomenológico, pela observação, *in loco* da actuação dos profissionais na prestação

de cuidados, como um dos instrumentos de colheita de dados, ou seja, um paradigma de investigação-acção.

Em suma, Cada pessoa é um indivíduo único e cada um é um Ser Humano, o seu carácter afecta a forma como se comporta eticamente na profissão. Por isso a Ética questiona-nos acerca dos compromissos assumidos na profissão, na instituição e na sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho – das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Beauchamp TL, Childress JF. (1994). *Principles of Bioemdmical Ethics*. 4.ª edição. New York, MacKay.
- Bell, J. (2002). *Como realizar um projecto de investigação*. Viseu, Gravida.
- Cabral, R. (1999). *Enciclopédia Luso-brasileira de cultura*. Lisboa, Verbo.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers – Une perspective holistique-humaniste*. Québec, Gaetan Morin Éditeur.
- Chauí, M. (2000). *Convite à Filosofia* 3.ª edição. São Paulo, Ática.
- CNECV. (1999). Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana: Documento de trabalho. [Em linha]. Disponível em <http://www.cneqv.pt/pareceres.php?p=3>. [Consultado em 13 de Junho de 2010].
- Constituição da República Portuguesa [Em linha]. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>. [Consultado em 2 de Julho de 2010].
- Damáso, A. (2000). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurologia da ciência*. Mem Martins, Europa América.
- Declaração Universal dos Direitos do Homem. [Em linha]. Disponível em <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>. [Consultado em 27 de Maio de 2010].
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, Artigo 4º, Ponto 1. *Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem*, Diário da República, I Série-A, n.º 205.
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, Diário da República, I Série-A, n.º 93.

Ferreira, M. e Dias, M. O. (2005). *Ética e Profissão – relacionamento interpessoal em Enfermagem*. Loures, Lusociência.

Frankena WK. (1981). *Ética*. Rio de Janeiro, Zahar.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Gauthier, B. (2003). *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. 3ª edição. Loures, Lusociência.

Goleman. D. (1995). *Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York, Bantan Boooks.

Gordon, T. (1995). *Teacher effectiveness training*. New York, MacKay

Fry, S. e Johnstone, MJ. (2002). *Ethics in Nursing Practice: A Guide to ethical decision making*. 2ª edição. Oxford, Blackwell Publising.

Kant, I.. Fundamentos da Metafísica dos Costumes. [Em linha]. Disponível em [www.ufrgs.br/bioetica/princip.htm](http://www.ufrgs.br/bioetica/princip.htm) [Consultado em 12 Junho de 2010].

Kipper, D.J. e Clotet, J. *Princípios da Beneficência e Não-Maleficência*. [Em linha]. Disponível em [http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/ParteIprincipios.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIprincipios.htm) [Consultado em 6 de Maio de 2010].

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa, Lusodidacta.

Lobiondo-Wood, LG e Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: O corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures, Lusociência.

Moreira, C. D. (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa, ISCSP.

Nunes, L.; Amaral, M. e Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

- Oguisso, T. e Zoboli, E. (2006). *Ética e Bioética: Desafios para a Enfermagem e a Saúde*. São Paulo, Editora Manole Lda.
- Polit, D. F. e Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3.<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Potter, P. (1999). *Fundamentos de Enfermagem: conceito processo e prática*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan
- Renaud, M. (2000). O encontro com o outro. *Revista Pensar Enfermagem*, 4, (2, 2º semestre), pp. 30-32
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa, Educa.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4º edição. Loures, Lusociência
- Roach, S. M. S. (1992). *The human act f caring*. Ottawa, Canadian Hospital Association Press.
- Sgreccia, E. (1996). *Manual de Bioética: Fundamentos e Ética biomédica*. São Paulo, Edições Loyola
- Silva, J. F. (2000). O Código Deontológico do Enfermeiro, *Servir*, 48(1), p.10.
- Streubert, H. e Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2.<sup>a</sup> Edição. Loures, Lusociência.
- The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW. [Em linha]. Disponível em [www.impactcg.com/docs/BelmontReport.pdf](http://www.impactcg.com/docs/BelmontReport.pdf). [Consultado em 12 junho de 2010].
- The Florence Nightingale Pledge. [Em linha]. Disponível em <http://www.utm.edu/~nursing/Nightingale%20pledge.htm>. [acedido em 26 de Maio de 2010].
- Thompson, I., Melia, K. e Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures, Lusociência.
- Vale, Isabel (2004). Algumas notas sobre Investigação Qualitativa, O Estudo de Caso. *Revista da Escola Superior de Educação*, 5, pp. 171-202.

Vazquez, A. S. (2003) *Ética*. 24ª edição Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

Veiga, J. (2006). *Ética em Enfermagem – Análise, problematização e (re)construção*. Lisboa, Climepsi Editores.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de Enfermagem*. Loures. Lusociência.

Yin, R. K. (1994). *Case Study Research – Design and Methods*. London, Sage Publications.

**ANEXO**

*Hable con Ella* (DVD)