

Se bem que a deontologia profissional tenha raízes tão antigas quanto a prática de enfermagem, o *Código Deontológico do Enfermeiro* adquiriu a sua versão actual muito recentemente, com a publicação do Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril. Enquanto conjunto articulado de deveres, assume-se como um todo e cada dever tem enunciada a relação com os direitos do Outro, a quem prestamos cuidado e/ou com as responsabilidades próprias, atendendo ao compromisso e mandato social da profissão.

O concelho Juridiscional da Ordem dos Enfermeiros (no quadriplénio 2000-2003), assumiu o compromisso de lançar uma primeira edição de comentários e anotações ao código Deontológico do Enfermeiro, que promovam o aprofundamento da reflexão. Para cada artigo do código, apresentam-se comentários de análise e interpretação (resultantes da pesquisa e reflexão de quatro anos de actividade, necessária à emissão dos pareceres na área da deontologia, e das conclusões dos Seminários de Ética) assim como sugestões de leitura e documentação de suporte. Em anexo, incluem-se alguns documentos que se entendem fundamentais à reflexão subsequente e à tomada de decisão por parte dos enfermeiros.

Edição da Ordem dos  
Enfermeiros



Código Deontológico do Enfermeiro

ORDEM DOS ENFERMEIROS



## Código Deontológico do Enfermeiro

Dos Comentários à Análise dos Casos



# **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**

## **Coordenação de:**

Lucília Nunes

Manuela Amaral

Rogério Gonçalves

**2005**





# Índice

Mensagem .....	
Prefácio .....	
Parte I – Deontologia profissional .....	
Considerações introdutórias .....	
Da deontologia profissional .....	
Artigo 74.º – Disposição geral .....	
Artigo 75.º – Direitos dos membros .....	
Artigo 76.º – Princípios gerais .....	
Artigo 77.º – Incompatibilidades .....	
Código Deontológico do Enfermeiro .....	
Artigo 78.º – Princípios gerais .....	
Artigo 79.º – Dos deveres deontológicos em geral .....	
Artigo 80.º – Do dever para com a comunidade .....	
Artigo 81.º – Dos valores humanos .....	
Artigo 82.º – Dos direitos à vida e à qualidade de vida .....	
Artigo 83.º – Do direito ao cuidado .....	
Artigo 84.º – Dever de informar .....	
Artigo 85.º – Do dever de sigilo .....	
Artigo 86.º – Do respeito pela intimidade .....	
Artigo 87.º – Do respeito pelo doente terminal .....	
Artigo 88.º – Da excelência do exercício .....	
Artigo 89.º – Da humanização dos cuidados .....	

Artigo 90.º – Dos deveres para com a profissão . . . . .	
Artigo 91.º – Dos deveres para com outras profissões . . . . .	
Artigo 92.º – Da objecção de consciência . . . . .	
Parte II – Pareceres Emitidos pelo Conselho Jurisdicional . . . . .	
Enquadramento . . . . .	
Das condições para o exercício . . . . .	
Parecer CJ-59/2003 – Recusa de cuidados na falta de condições para o internamento dos doentes . . . . .	
Parecer CJ-5/2004 – Falta de condições para o exercício . . . . .	
Parecer CJ-6/2004 – Posição sobre falta de condições para o exercício . . . . .	
Da informação . . . . .	
Parecer CJ-32/2002 – Informação aos familiares pelos funcionários administrativos . . . . .	
Parecer CJ-68/2003 – Direito de acesso por parte do doente ao seu processo clínico . . . . .	
Parecer CJ-19/2004 – Comunicação da notícia da morte aos familiares, em estabelecimentos hospitalares . . . . .	
Dos procedimentos . . . . .	
Parecer CJ-03/1999 – Aspectos éticos do reprocessamento de dispositivos médicos de uso único . . . . .	
Parecer CJ-13/2000 – Audição de rádio (música) na sala de operações . . . . .	
Parecer CJ-33/2002 – Legalidade de a equipa A administrar terapêutica preparada pela equipa B . . . . .	
Parecer CJ-55/2003 – Aspectos ético-deontológicos que se colocam aos enfermeiros no desenvolvimento da sua actividade profissional . . . . .	
Parecer CJ-26/2004 – Sobre a realização de provas laboratoriais pelos enfermeiros . . . . .	
Da continuidade de cuidados . . . . .	
Parecer CJ-41/2002 – Obrigatoriedade de continuidade de cuidados em cuidados de saúde primários . . . . .	
Parecer CJ-09/2004 – Obrigatoriedade de continuar jornada de trabalho em cuidados de saúde primários . . . . .	
Da recusa do profissional . . . . .	
Parecer CJ-25/2001 – Recusa de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário . . . . .	

---

Parecer CJ-42/2002 – Legitimidade comportamental e profissional em relação à recusa de administração terapêutica analgésica no espaço epidural .....	
Parecer CJ-48/2002 – Recusa de cuidados face a ofensa .....	
Do consentimento .....	
Parecer CJ-07/2000 – Recusa de tratamento / Consentimento informado .....	
Parecer CJ-21/2001 – Consentimento informado .....	
Parecer CJ-31/2002 – Consentimento livre e esclarecido .....	
Da profissão .....	
Parecer CJ-4/2004 – Do direito ao cuidado (Artigo 83) – A liberdade de a pessoa optar por ser cuidada por outro enfermeiro .....	
Parecer CJ-17/2004 – Declinação de responsabilidades .....	
Do sigilo .....	
Parecer CJ-20/2001– Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias ...	
Parecer CJ-22/2001– Quebra de sigilo / denúncia .....	
Da investigação .....	
Parecer CJ-23/2001 – Ensaio clínico .....	
Parecer CJ-23/2004 – Aspectos ético-deontológicos e a investigação qualitativa em enfermagem .....	
Das intervenções interdependentes .....	
Parecer CJ-11/2000 – Verificação e certificação da morte .....	
Parecer CJ-16/2000 – Procedimento de um enfermeiro quando chama o médico para acorrer a uma situação de urgência .....	
Parecer CJ-24/2001 – Face a um caso: informação, obstinação terapêutica, decisão de não reanimar .....	
Parecer CJ-43/2002 – Prescrições terapêuticas telefónicas – aspectos legais – e informação telefónica .....	
Parecer CJ-54/2002 – Prescrições terapêuticas telefónicas .....	
Parte III – Análise de casos .....	
Adolescente e contraceção de emergência .....	
Afirmção não tem idade .....	
Acompanhamento na fase terminal da vida .....	
Intoxicação voluntária: informação e sigilo .....	
Fazer com a pessoa, tanto quanto ela possa .....	
Face a família de risco .....	

Autonomia e heteronomia na decisão . . . . .

Dissentimento livre e esclarecido . . . . .

“Quero ver o meu bebé...” . . . . .

Final feliz . . . . .

Bibliografia e documentação de suporte . . . . .

Bibliografia . . . . .

Documentação de suporte . . . . .

Anexos . . . . .

Enunciado de Posição – Orientações relativas às atribuições  
do Enfermeiro Circulante . . . . .

Enunciado de posição sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez . . . . .

Enunciado de posição sobre a Eutanásia . . . . .

REDOC – Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência . . . . .

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros . . . . .

Carta dos Direitos do Doente Internado . . . . .

Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia . . . . .

Convenção sobre os Direitos das Crianças . . . . .

Declaração Universal dos Direitos do Homem . . . . .

## **Mensagem**

O nosso Código Deontológico é um pilar essencial para a prática dos enfermeiros portugueses. Nele se enunciam os deveres profissionais, enraizados nos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como nas responsabilidades que a profissão assumiu.

É neste escopo que nos orgulhamos, como Ordem dos Enfermeiros, através do seu Conselho Jurisdicional, de poder tornar possível, a todos em geral e a cada um em particular, o acesso ao percurso de maturação e à riqueza partilhada, que a reflexão ética e deontológica tem permitido. Fazemos votos para que esta possa contribuir para a melhoria contínua da assunção do nosso mandato social, como enfermeiros e como profissão da saúde.

Esta é a segunda publicação desta natureza num período curto de existência da nossa organização profissional, que no seu pleno funcionamento conta apenas seis anos. Este facto, em si mesmo, é, por um lado, a afirmação da importância estruturante que esta vertente assume na responsabilidade de auto-regulação que a sociedade portuguesa, através do Estado, confiou aos enfermeiros pela criação da sua Ordem. Representa, por outro lado, a visibilidade dada à permanente atenção e à continuidade na reflexão ética e deontológica para a prática quotidiana dos enfermeiros.

Nesta perspectiva, salientamos, como importantes instrumentos para a reflexão individual e colectiva, os capítulos que, trabalhando questões práticas, permitem afirmar orientações a respeito de áreas sobre as quais somos quotidianamente questionados do ponto de vista ético e deontológico.



Refiro e quero aqui deixar expresso o meu agradecimento, em nome de todos os enfermeiros, pela forma tão bem conseguida como estão apresentados os pareceres emitidos e a análise de casos, decorrente de uma ampla participação dos membros das cinco regiões, no ciclo de debates promovido pelo Conselho Jurisdicional, que teve lugar no início deste ano de 2005.

Sendo certo que os pareceres ora publicados e os casos aqui analisados não esgotam os pareceres emitidos nem as situações relatadas ao Conselho Jurisdicional, destacaria a preocupação de tratar as questões que mais frequentemente são objecto de interrogações ou são consideradas problemáticas.

O esforço realizado, que conduziu à publicação deste livro terá, estou certa, vários reflexos mais ou menos visíveis:

- nos enfermeiros, pelo crescimento na reflexão sobre a sua prática profissional e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;

- nas tomadas de posição da Ordem, sempre que esteja em causa a salvaguarda dos direitos dos cidadãos a cuidados de enfermagem;

- no contributo dos enfermeiros portugueses, para a construção da ética da Enfermagem no plano internacional pela participação institucional da Ordem e de enfermeiros nos vários fóruns internacionais, em geral, e no ICN em particular;

- na sociedade em geral e nos que agem mais directamente na área da saúde, pela desocultação do pensamento e da responsabilidade ético-deontológica dos enfermeiros e, neste sentido, pelo reforço da participação dos cidadãos.

Para terminar, permitam-me que confidencie: se afirmo aqui os vários níveis em que se esperam reflexos mais ou menos visíveis da partilha que este livro representa, é porque estou convicta de que todos ficamos mais ricos no pensamento e na acção quando aceitamos fazer caminho, dando sentido ao caminhar co-construído.

Fazer deste percurso a co-construção do nosso caminho na reflexão ética e deontológica de enfermagem é o desafio que se lança a todos os que aceitem ler, ver e escutar o que está na escrita e para além dela nas páginas que se seguem.

Maria Augusta Sousa  
Bastónaria da Ordem dos Enfermeiros

## Prefácio

Quando se conclui uma tarefa e se apresenta o resultado, muitas vezes, o próprio processo extingue-se ou deixa de parecer relevante. Este texto preliminar deveria, em bom rigor, designar-se *tópicos para um prefácio*, por pretender preservar exactamente o processo do que foi realizado, e explicitar os fundamentos de algumas escolhas.

O título do livro expressa a estrutura e os conteúdos – caminhamos dos *comentários* ao texto da Deontologia e do Código para os *pareceres* seleccionados (de entre os emitidos pelo Conselho Jurisdicional) e, depois, para um conjunto de dez *casos* sujeitos a análise (de forma similar à dos pareceres). Portanto, foi intitulado **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários às Análises de Caso**.

A imagem da capa, a de um *Nautilus*, apareceu pela primeira vez no cartaz do V Seminário de Ética de Enfermagem (2004) e, depois, na **Revista da Ordem** dedicada aos textos deste encontro. Optámos por manter o *Nautilus* pelo significado metafórico<sup>1</sup> do crescimento em espiral logarítmica, da separação comunicante das câmaras internas, que permite o controlo da pressão no interior, e de um mecanismo de flutuação – portanto, dirigir-se e manter a estabilidade. Pareceu-nos uma boa metáfora para o que temos procurado fazer.

---

1 Mais detalhes sobre o assunto em *Ética de Enfermagem: percursos e desafios*. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». (Dez. 2004).

Com a data de 2005 e apresentado nas comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, este livro resulta de percursos realizados, sendo assinaláveis as etapas da discussão profissional, nas décadas de 80 e 90, a publicação do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, a tomada de posse do primeiro Conselho Jurisdicional (1999-2003), presidido por Margarida Vieira, e a continuidade-em-desenvolvimento, proposta para este segundo mandato (2004/2007). Prefaciar este livro traz, naturalmente, à lembrança o *Preâmbulo* da edição do **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**, assinado pela então presidente do Conselho Jurisdicional.

Como a ideia de percursos também pode apontar para o futuro, para as trajectórias a realizar, adiante de todos nós se relança, a cada dia, o desafio de cumprir o compromisso declarado de cuidar das pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promover a qualidade de vida daqueles a quem prestamos cuidados.

Sabemos que as decisões de Enfermagem afectam significativamente a vida das pessoas, tanto no presente como no amanhã, e que, no domínio da prática, se entroncam os aspectos relacionados com os padrões de excelência, as *legis artis*, o juízo deontológico, decorrente da assunção de deveres estatuídos, que acarretam a dimensão disciplinar. Dizer que existem regras significa igualmente dizer que as regras podem ser ameaçadas pelo incumprimento e de pouco serviria uma deontologia esvaziada da capacidade disciplinar, da possibilidade de sancionar as violações dos deveres.

A deontologia apresenta, assim, um rosto com duas faces – de um lado, a expressão das normas e dos deveres; do outro, o poder e a possibilidade de reconhecer mérito ou aplicar pena. Sendo parte de um todo complexo, os deveres emergem em ligação à moral profissional e ao direito. Dito de outra forma: sempre foi preciso um esquadro, uma régua ou uma medida, menos mutável que a própria realidade do dia-a-dia, para ajuizar sobre as coisas – por isso, a norma, a regra ou o cânone podem ser vistos como padrão para o juízo. No nosso caso e na perspectiva da profissionalização, este padrão tem uma história que remonta a Nightingale (1820-1910) e, por isso, o Dia Internacional do Enfermeiro, que assinala o seu nascimento, foi escolhido para a apresentação deste livro.

A estrutura, após um breve capítulo de considerações introdutórias, integra, na Parte I, a apresentação dos artigos 74.º a 92.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com o texto de cada artigo, o respectivo comentário, algumas sugestões de leitura e a indicação de documentos de suporte. Na Parte II, encontra-se uma

selecção temática de pareceres e, na Parte III, um conjunto de casos. Cada parte é iniciada por uma apresentação ou enquadramento descritivo ou explicativo. No final, a seguir às referências bibliográficas, incluem-se alguns documentos que se consideram relevantes, entre os quais o Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência e enunciados de posição da Ordem.

Todos os relatores dos pareceres foram identificados e, no fim de cada análise de caso, consta a identificação dos respectivos autores e dos revisores dos textos. Sem eles, este livro não teria sido possível, sendo importante realçar ainda outras participações que tornaram possível este livro: desde os debates entre os membros do Conselho aos pedidos de parecer formulados pelos enfermeiros.

Convictos de que existem muitas matérias sobre que reflectir e a aprofundar, entendemos este livro como mais uma etapa no percurso, um contributo para a doutrina específica de ética de Enfermagem, um aporte para o delinear dos contornos da deontologia profissional; em suma, mais uma possibilidade de reflectir sobre o Código e as suas implicações no dia-a-dia dos enfermeiros.

Lucília Nunes  
Presidente do Conselho Jurisdicional



# **Código Deontológico do Enfermeiro**

## Parte I

---



## Considerações introdutórias

O Código Deontológico do Enfermeiro foi publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril (referente ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).

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

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

Em termos da correcta utilização de conceitos, é importante destringir entre ética, moral e deontologia, apesar do entrecruzamento destes domínios.

A referência à Ética ocorre no domínio da reflexão filosófica sobre o agir humano, no sentido em que, à maneira de Paul Ricoeur, cada um procura caminhar no sentido de “uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas”<sup>1</sup>. É o agir que realiza cada pessoa – no fundo, a questão ética ocupa-se da administração que cada qual faz da sua vida, para *seu próprio bem*. De acordo

---

<sup>1</sup> RICOEUR, Paul – **Soi-Même comme un Autre**. Paris; Éditions du Seuil, 1990. p. 202.



com Savater<sup>2</sup>, o cenário deste debate é, fundamentalmente, íntimo, ou seja, do domínio da consciência de cada um. A educação, a experiência, o conhecimento, tudo influi para condicionar a pessoa mas não a pode determinar por completo. O característico da opção ética é que *está sempre nas nossas mãos*, não depende senão da intenção de cada um; não precisa do consentimento ou do acordo dos demais e não requer o concurso de circunstâncias especialmente favoráveis.

Falar de instituição (no sentido social), de comunidade, dos Outros que nos rodeiam, é abordar a face moral – no sentido do que é costume, para uma determinada sociedade.

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

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

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

É ainda importante clarificar que o Código Deontológico não pertence ao domínio da meta a alcançar mas do imediato a cumprir, do dever de hoje (e isto em cada hoje que se vive). Enquanto conjunto articulado de deveres, assume-se como um todo, sendo que cada dever apresenta, no enunciado, a sua relação com os direitos do Outro, a quem se prestam cuidados, e / ou com as responsabilidades

---

<sup>2</sup> SAVATER, Fernando – **O Meu Dicionário Filosófico**. Lisboa: Publicações D. Quixote, 2000. p. 147/149.

<sup>3</sup> SAVATER, Fernando – **O Meu Dicionário Filosófico**. Lisboa: Publicações D. Quixote, 2000. p. 148

próprias da profissão (ressalve-se que existe um artigo referente aos deveres que decorrem do exercício de um direito do profissional, o Artigo 92).

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

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos *gente que cuida de gente*<sup>5</sup>, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora. E quase não seria preciso lembrar que o respeito por si próprio, enquanto pessoa, é condição fundamental para respeitar o Outro, ou, como afirma Jean Watson<sup>6</sup>, temos de tratar-nos com gentileza e dignidade para podermos olhar os outros com gentileza e dignidade.

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

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

---

<sup>4</sup> DECRETO-LEI n.º 161/96, Artigo 4.º, Ponto 1. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (4 Set.).

<sup>5</sup> Referência à expressão de Wanda Horta.

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



## Da deontologia profissional

Procede-se, nesta primeira parte, ao comentário e análise dos artigos referentes ao capítulo VI, “Da deontologia profissional”, na sua secção I – “Direitos, deveres em geral e incompatibilidades” (Artigos 74.º a 77.º) –, seguindo-se a secção II – “Do Código Deontológico do Enfermeiro” (Artigos 78.º a 92.º).

Importa realçar que, no preâmbulo do Decreto-Lei que criou a Ordem (n.º 104/98 de 21 de Abril), “os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”. O desenvolvimento da profissão em diversas áreas, da formação à investigação, facilita e lança o desafio e o imperativo da “assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação dos cuidados de saúde”, assim como a “delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde”. A defesa e o pugnar pela criação de mecanismos conducentes à regulamentação e controlo do exercício profissional levaram à criação da Ordem e à “adopção de um código deontológico e de um estatuto disciplinar pelos quais os enfermeiros pautem a sua conduta profissional e, por esta via, garantam a qualidade dos cuidados de enfermagem”.

Relevámos este excerto do preâmbulo para afirmar desde já que a criação da Ordem e a existência do Código Deontológico (publicado em anexo no mesmo

Decreto-Lei) configuram deveres cuja finalidade é garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem ao cidadão. Estamos assim a partir da protecção do interesse e do bem do público. Aliás, este é também o desígnio fundamental da Ordem, cuja criação responde “a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem”.

## **Artigo 74.º – Disposição geral**

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

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

A deontologia tem carácter universal neste grupo profissional, ou seja, aplica-se a todos os enfermeiros, independentemente do seu enquadramento jurídico de trabalho.



## Artigo 75.º – Direitos dos membros

1 – Constituem direitos dos membros efectivos:

- a) exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do Código Deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem;
- b) usar o título profissional que lhe foi atribuído;
- c) participar nas actividades da Ordem;
- d) intervir nas assembleias gerais e regionais;
- e) consultar as actas das assembleias;
- f) requerer a convocação de assembleias gerais ou regionais;
- g) eleger e ser eleito para os órgãos da Ordem;
- h) utilizar os serviços da Ordem.

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

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



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

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

Relativamente à responsabilidade pelos actos praticados, ela traduz-se disciplinarmente no responder por eles, de forma positiva ou negativa. Positiva quando é enaltecido o mérito (que em determinadas condições poder ser reconhecido pela Ordem, nos termos do Artigo 9.º e seguintes do seu Regimento Disciplinar). Negativa quando ocorre infracção, assumindo natureza civil ou criminal (analisada nos tribunais) ou disciplinar, no âmbito da sua organização de trabalho ou da Ordem dos Enfermeiros, nos termos dos artigos 53.º e seguintes do Estatuto da Ordem.

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

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

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

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

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

As *alíneas c) a h)* referem-se a direitos do enfermeiro como membro da Ordem. São direitos que garantem a participação nas actividades da Ordem (*alínea c)*, o direito de intervir e ser ouvido nos lugares próprios (*alínea d)*, nomeadamente nas assembleias gerais e regionais, e, desta forma, contribuir para a construção das decisões da organização.

Pode consultar as actas das assembleias (*alínea e)* e requerer, de acordo com o previsto, a convocação de assembleias regionais ou nacionais (*alínea f)*. O enfermeiro assume assim um papel activo na organização.

O direito de eleger e ser eleito para qualquer órgão da Ordem é também assegurado, o que reflecte a natureza democrática da organização e fomenta a participação de todos os seus membros (veremos a sua face correlativa no Artigo 76.º, sobre o dever de exercer o cargo e cumprir o mandato).

É ainda consagrado o direito a utilizar os serviços da Ordem (*alínea h)*, no que for colocado à disposição.

Neste sentido, entendemos pertinente relevar e distinguir direito de benefício (até pela existência de um Regulamento de Acesso a Benefícios por parte dos membros, aprovado em Assembleia Geral de 2002). Note-se que benefício é um determinado meio (material, económico ou físico) de vantagem individual que a OE disponibiliza aos seus membros, para além dos direitos estatutários.

À Ordem compete promover a solidariedade entre os seus membros, por atribuição estatutária, conforme o previsto na *alínea i)* do n.º 2, do Artigo 3.º do Estatuto. Acresce ainda que “ser solidário com os outros membros da profissão” é uma das regras da ética e deontologia profissional que a Ordem deve assegurar para que o seu designio seja cumprido. Neste contexto, foi desenvolvida uma estratégia de disponibilização progressiva de benefícios aos membros, de acordo com as suas disponibilidades financeiras, no que se refere a benefícios que impliquem gastos directos ou indirectos, assim como a realizar acordos que criem

facilidades de acesso a produtos de empresas considerados de utilidade para os membros. Neste regulamento foram considerados os requisitos para benefícios, como a isenção de pagamentos de emolumentos para a revalidação da cédula profissional, o seguro de responsabilidade civil profissional e o fundo de solidariedade.

A **Revista da Ordem** e a resposta a pedidos de parecer são exemplos de serviços prestados aos membros. É igualmente o caso da possibilidade de ter uma caixa de correio pessoal no servidor da OE.

2 – Constituem ainda direitos dos membros efectivos:

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

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

A *alínea b)* consagra o direito ao “respeito pelas suas convicções políticas, religiosas, ideológicas e filosóficas”. Notemos que este direito fundamental, de ser humano e de cidadão, decorre do princípio da dignidade da pessoa humana (Artigo 1.º, Constituição da República Portuguesa). O mesmo direito está consagrado em diversos textos internacionais e nacionais. Vejamos alguns exemplos.

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

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

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

O Pacto Internacional Sobre os Direitos Cívicos e Políticos consagra igualmente o “direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião” (Artigo 18.º).

Mais uma vez se afirma que as restrições só podem advir do previsto na lei, e só podem existir as que sejam necessárias à protecção da segurança, da ordem e da saúde públicas ou da moral e das liberdades e direitos fundamentais de outrem. Para lá destes limites, não apenas se tem direito como não se pode ser inquietado pelas suas convicções.

O documento europeu mais recente, Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (16 de Dezembro de 2004) afirma que “todas as pessoas têm direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião” (Artigo II-70.º).

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

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

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

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

A violação deste direito a usufruir de condições de trabalho, nascido do direito do cliente a cuidados de qualidade e ancorado na deontologia, implica a violação do direito do cidadão a cuidados de saúde de qualidade.

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

Com a dupla face de ser direito e dever de actualização (*alínea c)*, Artigo 88.º), o aperfeiçoamento é também um valor profissional (n.º 2, Artigo 78.º) e pode ser

perspectivado como forma de garantir, no tempo, a prestação de um cuidado de excelência, actualizado e à luz dos saberes e conhecimentos mais recentes.

Já preconizado como direito na Carta Social Europeia, este direito implica a obrigação de os estados tomarem “Medidas apropriadas e facilmente acessíveis tendo em vista a formação dos trabalhadores adultos” (alínea a, n.º 3, do Artigo 10.º). Tal obrigação é transposta para as organizações.

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

A já citada Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia afirma que “o direito à objecção de consciência é reconhecido pelas legislações nacionais que regem o respectivo exercício” (Artigo II-70.º).

À luz da Constituição da República Portuguesa, “ninguém pode ser perseguido, privado de direitos ou isento de obrigações ou deveres cívicos por causa das suas convicções ou prática religiosa” (n.º 2, Artigo 41.º) e “é garantido o direito de objecção de consciência, nos termos da lei” (n.º 6, Artigo 41.º).

Como todos os direitos, este também tem limites e implica responsabilidades – e o seu exercício deve cumprir o previsto no Artigo 92.º, o artigo do Código Deontológico referente aos deveres decorrentes do exercício de um direito do enfermeiro.

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

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

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

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

O direito previsto na *alínea g)* é o de beneficiar da actividade editorial da Ordem. Podendo a actividade editorial congregar revistas, boletins, brochuras, livros, diversos tipos de publicações, os membros da Ordem têm direito a beneficiar da respectiva publicação.

A *alínea h)* consagra o direito de reclamar e recorrer das deliberações dos órgãos da Ordem, contrárias ao disposto ao respectivo Estatuto, regulamentos e demais legislação aplicável.

Este direito de reclamar tem traços gerais, pois consta em diversos documentos como a Lei de Bases da Saúde (Base XIV) e a Declaração dos Direitos e Deveres dos Doentes.

Neste articulado, tem o traço particular de se tratar do direito a reclamar e a recorrer de deliberações de órgãos da Ordem. Assim, e porque das deliberações cabe recurso, compete ao Conselho Jurisdicional julgar os recursos interpostos (conforme alínea a, do n.º 1, do Artigo 25.º do Estatuto).

Na sequência de algumas alíneas, do n.º 1, a *alínea i)* afirma o direito a participar na vida da Ordem, nomeadamente nos seus grupos de trabalho. Este direito, como outros, tem de ser exercido pelo próprio e por sua vontade – pretende-se com este reparo afirmar que tal participação é um direito, ainda que não seja frequentemente invocado.

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

De acordo com o Estatuto, é atribuição da Ordem “zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros” (alínea a, n.º 2, Artigo 3.º do Estatuto).

3 – Constituem direitos dos membros honorários e correspondentes:

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

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

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

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

O que se destaca na definição é a existência de actividades “de reconhecido mérito e interesse público” que tenham contribuído para a dignificação e prestígio da profissão.

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

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

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

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



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

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

De acordo com os Estatutos, cabe ao Conselho Jurisdicional a instrução de processos e a decisão sobre a atribuição da qualidade de membro honorário.

A alínea a) refere-se ao direito de participar nas actividades da Ordem. A alínea b) preconiza a possibilidade de intervir, sem direito a voto, na Assembleia Geral e nas assembleias regionais. Trata-se de participar na discussão, sem executar voto.

### Sugestões de leitura

BANDMAN, Elsie L.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics through Life Span**. 3.<sup>a</sup> ed. Prentice Hall International, 1995.

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

LE BOTERF, Guy – **Compétence et Navigation Professionnelle**. 3.<sup>a</sup> ed. Paris; Éditions de l'Organisation, 2000.

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

NUNES, Lucília – Equacionando: Direitos humanos e necessidades em cuidados. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». 4 (Nov. 2001) 21-25.

RENAUD, Maria Isabel – A pessoa humana. «Servir». Lisboa. 4 (1990) 159-165.

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

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

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

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

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

Condições de trabalho e protecção social dos enfermeiros. «Enfermagem em Foco». Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 36 (Ago. / Out. 1999).

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

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

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

## Documentos de suporte

**Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia**. 16 Dez. 2004.

**Carta Social Europeia**. Conselho da Europa.

**Constituição da República Portuguesa**.

**Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. Conselho da Europa**.

DECRETO-LEI n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.(4 Set.). alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.

DECRETO-LEI n.º 104/98. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (21 Abr.).

**Declaração Universal dos Direitos do Homem**.

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



## **Artigo 76.º – Princípios gerais**

1 – Os membros efectivos estão obrigados a:

- a) exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem;
- b) cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão;
- c) o cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes sejam aplicáveis e que tenham sido, respectivamente, ratificadas ou adoptadas pelos órgãos de soberania competentes;
- d) exercer os cargos para que tenham sido eleitos ou nomeados e cumprir os respectivos mandatos;
- e) colaborar em todas as iniciativas que sejam de interesse e prestígio para a profissão;
- f) contribuir para a dignificação da profissão;
- g) participar na prossecução das finalidades da Ordem;
- h) cumprir as obrigações emergentes do presente Estatuto, do Código Deontológico e demais legislação aplicável;

- i) comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão;
- j) comunicar o extravio da cédula profissional no prazo de cinco dias úteis;
- l) comunicar a mudança de domicílio profissional e o novo endereço no prazo de 30 dias úteis;
- m) pagar as quotas e taxas em vigor.

### Comentário

O termo “dever” é “aquilo que é devido – refere-se às obrigações que devemos aos outros ou que temos segundo a lei em questão”\*.

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

Os Artigos 75.º e 76.º representam a correlação dos direitos dos membros e dos deveres em geral. Por isso se pode verificar a relação entre os direitos e os deveres – é o caso paradigmático da correlação entre o direito previsto no n.º 1, alínea a) do 75.º e o n.º 1, alínea a) do 76.º. Por outro lado, os membros previstos no Artigo 8.º dos Estatutos são “efectivos, honorários e correspondentes”. Daí que este Artigo 76.º, ao contemplar os deveres em geral, no-los apresente na diferença entre os membros efectivos (no n.º 1) e os membros honorários e correspondentes (n.º 2).

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

Toda a profissão tem como razão fundamental da sua existência a resposta a necessidades sociais. Dos profissionais da enfermagem, a sociedade espera

---

\* THOMPSON [et al.] (2004), p.154.

intervenções no domínio da satisfação das suas necessidades humanas básicas e no dos cuidados de reparação, baseadas em fundamentos científicos sólidos e actuais e em estratégias e procedimentos que se tenham revelado como os mais eficazes na ajuda aos utentes e suas famílias para a resolução dos seus problemas de saúde.

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

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

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

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática da enfermagem. Por isso se afirmou que “os enfermeiros têm presente que *bons cuidados* significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (**Enquadramento Conceptual**, Ordem dos Enfermeiros, 2002).

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

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

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

A *alínea c)* prescreve o “cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes sejam aplicáveis e que tenham sido, respectivamente, ratificadas ou adoptadas pelos órgãos de soberania competentes”. Trata-se de considerar como um dever, na sequência da alínea anterior, cumprir o enquadramento jurídico-legal, incluindo as convenções e recomendações internacionais – estas, sob duas condições: que “sejam aplicáveis” e tenham sido “ratificadas ou adoptadas” por Portugal.

Poderemos considerar que constituem exemplo a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, do Conselho da Europa, vigente em Portugal desde Janeiro de 2003. A Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto (que transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2001/20/CE, de 4 de Abril de 2001, do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa à aplicação das boas práticas clínicas na condução

de ensaios clínicos) criou um organismo independente e multidisciplinar designado por Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC).

A *alínea d)* afirma o dever de “exercer os cargos para que tenham sido eleitos ou nomeados e cumprir os respectivos mandatos”.

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

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

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

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

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

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

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



De acordo com a *alínea i)*, os enfermeiros “estão obrigados a comunicar os factos de que tenham conhecimento e que possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão”.

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

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

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

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

A *alínea j)* diz respeito ao dever de comunicação relativamente ao extravio da cédula profissional, no prazo de cinco dias úteis. Tenha-se em conta que a cédula é o documento de identificação do enfermeiro – nela se encontra escrito que “o titular desta cédula é membro efectivo da Ordem dos Enfermeiros, o que lhe confere os direitos e deveres estatutariamente consagrados. O titular desta cédula está habilitado para o exercício da profissão de Enfermeiro”.

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

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

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

2 – Os membros honorários e correspondentes estão obrigados a:

- a) cumprir as disposições do Estatuto e dos regulamentos estabelecidos pela Ordem,
- b) participar na prossecução das finalidades da Ordem,
- c) contribuir para a dignificação da Ordem e da profissão,
- d) prestar a comissões e grupos de trabalho a colaboração que lhes for solicitada.

De acordo com o Artigo 8.º do EOE (e conforme referido no Artigo 75.º), “a qualidade de membro honorário pode ser atribuída a indivíduos ou colectividades que, desenvolvendo ou tendo desenvolvido actividades de reconhecido mérito e interesse público, tenham contribuído para a dignificação e prestígio da profissão de enfermeiro e sejam considerados merecedores de tal distinção”, após a instrução do processo de membro honorário; a qualidade de membros correspondentes pode admitir membros de associações congéneres estrangeiras.

Note-se que alguns dos deveres dos membros honorários são similares aos dos membros efectivos: a *alínea a)* deste n.º 2 é próxima da *alínea h)* do n.º 1; a *alínea b)* deste n.º 2 é igual à *alínea g)* do n.º 1; a *alínea c)* deste n.º 2 é similar à *alínea f)* do n.º 1, acrescentando a dignificação da Ordem.

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

## Sugestões de leitura

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

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

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

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

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

## Documentos de suporte

**Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.**

**Constituição da República Portuguesa.**

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

**Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.** 4 Abr. 1997.

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

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

**Declaração Universal dos Direitos do Homem.** 10 Dez. 1948.

DECRETO-LEI n.º 24/84. Estatuto Disciplinar dos Funcionários Públicos. (16 Jan).

DECRETO-LEI n.º 104/98. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (21 Abr.).

DECRETO-LEI n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (4 Set.).

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

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

## **Artigo 77.º – Incompatibilidades**

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

- a) delegado de informação médica e de comercialização de produtos médicos;
- b) farmacêutico ou técnico de farmácia;
- c) proprietário de laboratório de análises clínicas, de preparação de produtos farmacêuticos ou de equipamentos técnico-sanitários;
- d) proprietário de agência funerária;
- e) quaisquer outras que por lei sejam consideradas incompatíveis com o exercício da enfermagem.

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

3 – Não sendo os factos comunicados à Ordem, no prazo de 30 dias, pode o Conselho Jurisdicional Regional propor a suspensão da inscrição.

### **Comentário**

Sendo o último artigo da secção I do capítulo VI do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, surge como o artigo final de garante dos pressupostos ao Código

Deontológico, que surge na secção II. Conjuntamente com os artigos anteriores (Artigo 75.º, Direitos dos membros, e Artigo 76.º, Deveres em geral) constitui a totalidade da referida secção I.

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

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

Estas incompatibilidades não podem contudo ser tão abrangentes que possam colidir com o direito à “Liberdade de escolha de profissão...”, tal como referido no n.º 1 do Artigo 47.º da Constituição da República<sup>7</sup>. Ou seja, não se deve extrapolar mais do que aquilo que está previsto na lei, sob pena de inconstitucionalidade. No entanto, sendo uma entidade de interesse público, a Ordem pode e deve explicitar as restrições que entenda serem necessárias, no cumprimento do seu desígnio fundamental<sup>8</sup>.

É neste sentido que têm sido emitidos pareceres pelo Conselho Jurisdicional, ou seja, para clarificar o entendimento daquilo que são as restrições ao exercício de outras profissões que colidam com o exercício da enfermagem, sem prejuízo de uma posterior proposta de alteração ao próprio Estatuto da OE. Neste sentido, procedemos à divulgação dos pareceres até agora emitidos, muito embora tenham sido pensados casuisticamente, salvas as restrições devidas, e julga-se vantajoso o conhecimento alargado.

Uma última ressalva para a *alínea e)*, em que se salvaguardam todas as outras situações de incompatibilidade que estejam já ou venham a ser vertidas em lei,

---

<sup>7</sup> “Artigo 47.º – Liberdade de escolha de profissão e acesso à função pública – 1. Todos têm direito de escolher livremente a profissão ou o género de trabalho, salvas as restrições legais impostas pelo interesse colectivo ou inerentes à sua própria capacidade.”.

<sup>8</sup> ARTIGO 3.º, n.º 1. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

quer seja por outras Ordens quer não. O caso mais divulgado é o da impossibilidade de o enfermeiro ser médico, porque no Código Deontológico da Ordem dos Médicos estava já escrito que o médico não pode ser enfermeiro<sup>9</sup>.

Transcrevemos alguns destes pareceres, seleccionados segundo o critério de terem sido os mais repetidos e / ou os que não apresentam incompatibilidade, podendo assim esclarecer algumas situações.<sup>10</sup>

## **1 – Alguns pareceres *com* incompatibilidade**

### **Parecer CJ-05/2000 – Incompatibilidade do exercício da profissão de enfermeiro com a actividade de farmacêutico**

A questão colocada resume-se no seguinte:

1 – ao Conselho Jurisdicional foi feito um pedido de esclarecimento relativo à incompatibilidade do exercício da profissão de enfermeiro com a actividade de farmacêutico;

2 – mais se considera “por esclarecer se o exercício de funções como farmacêutico, que não seja a Direcção Técnica” é também incompatível, no sentido de poder ser enfermeiro numa instituição hospitalar e farmacêutico noutra, solicitando ainda “o fundamento da incompatibilidade caso exista”.

Face ao exposto, vem o Conselho Jurisdicional clarificar o seguinte:

1 – a definição das incompatibilidades visa, genericamente, salvaguardar a isenção e a imparcialidade no exercício de uma função, ou seja, proteger e garantir a independência do exercício;

2 – em causa, está a função e não os locais de exercício – a título de exemplo, refira-se que a situação de acumulação de funções públicas e privadas poderá verificar-se no caso de a actividade a acumular não ser considerada legalmente incompatível e cumprir requisitos próprios (Artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 413/93, de 23 de Dezembro);

---

<sup>9</sup> ARTIGO 134, n.º 2. Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

<sup>10</sup> Desde Maio de 1999 a Dezembro de 2003 foram solicitados 15 pareceres relativos a incompatibilidades, e em 2004 foram solicitados nove pareceres. A listagem completa encontra-se no final deste artigo.

3 – de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 77.º, n.º 1, “o exercício da profissão de enfermeiro é incompatível com a titularidade dos cargos e o exercício das actividades.” – ou seja, existe conjugação entre a titularidade do cargo e o exercício da actividade – o que é concretizado, na alínea b): “[...] de farmacêutico ou técnico de farmácia”;

4 – o enfermeiro em causa afirma estar “perfeitamente esclarecido que é incompatível o exercício de enfermagem quando estiver a exercer funções de Director Técnico de Farmácia” – ora, é por força legal semelhante que o exercício da profissão de Enfermeiro é incompatível com o exercício da função de farmacêutico, tal como é proibido o exercício cumulativo de médico e enfermeiro ou é proibida a concessão de alvará para abrir / transferir farmácia a enfermeiros.

É de salientar que os membros da Ordem dos Enfermeiros em situação de incompatibilidade “devem requerer a suspensão da sua inscrição no prazo máximo de 30 dias após a posse do respectivo cargo” (n.º 2 do Artigo 77.º, do Estatuto da Ordem), podendo, no caso de não serem os factos comunicados à Ordem, o Conselho Jurisdicional Regional propor a suspensão da inscrição (n.º 3 do Artigo 77.º, do Estatuto da Ordem).

### **Parecer CJ-26/2001 – Incompatibilidade de exercício da profissão de enfermeiro com a actividade de sócio-gerente numa empresa de prestação de serviços domiciliários e transporte de doentes**

Foi solicitada à Ordem informação acerca da existência ou não de incompatibilidade entre o exercício da profissão e a formação de uma empresa que se descreve: “[...] tenho um projecto de formação de uma empresa de prestação de serviços domiciliários e transporte de doentes. Empresa essa onde além de ser sócio (eventualmente sócio-gerente), também prestarei serviços.”

A fundamentação do Parecer do Conselho Jurisdicional foi a que se segue.

1 – O pedido foi enviado ao Conselho Jurisdicional e analisado em reunião. Os membros presentes concordaram que o pedido era pouco claro quanto à actividade que o subscritor pretendia exercer, nomeadamente o âmbito dos serviços domiciliários ali referidos (em lado algum se falava em cuidados de enfermagem).

Entendeu-se assim solicitar ao interessado informação sobre o tipo de serviço domiciliário a prestar pela empresa que pretendia formar e sobre qual a actividade que pretendia desenvolver na mesma. O caso foi de novo posteriormente analisado e, não tendo sido recebida resposta, decidiu-se que seria apresentada proposta de parecer, tendo em conta os dados existentes.

2 – Assim, e considerando o previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 77.º, e nos Pareceres CJ-05, CJ-08, CJ-10, CJ-12, CJ-14, CJ-17 já emitidos sobre incompatibilidades,

– reafirma-se que a definição das incompatibilidades que configuram a impossibilidade legal de exercer conjuntamente certos cargos ou actividades tem como objectivo proteger e garantir a isenção do exercício de profissão;

– o exercício da profissão de enfermeiro é por isso incompatível com a titularidade dos cargos e o exercício das actividades que permitam estabelecer uma ligação entre o exercício da profissão e a obtenção de proveitos indirectos daí emergentes;

– verifica-se que em causa está a função e não os locais de exercício – a título de exemplo, refira-se que a situação de acumulação de funções públicas e privadas poderá verificar-se no caso de a actividade a acumular não ser considerada legalmente incompatível e cumprir requisitos próprios (cf. Artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 413/93, de 23 de Dezembro);

– recorda-se que o Artigo 77 do Estatuto, no n.º 1, define claramente as actividades que são incompatíveis com o exercício da profissão de Enfermeiro: "*c) Proprietário de laboratório de análises clínicas, de preparação de produtos farmacêuticos ou de equipamentos técnico-sanitários*";

– como tem vindo a ser afirmado, assume-se que o enfermeiro que, no âmbito da sua actividade, vende ou aluga equipamentos que constituem meios para concretizar as suas intervenções (de que são exemplos: seringas, bombas perfusoras, material de pensos etc.), tem por principal objectivo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, e os proveitos daí obtidos referem-se ao exercício da profissão;

– também como tem vindo a ser afirmado e foi já publicado na **ROE** (n.º 1, p. 24), a finalidade das empresas que vendem serviços de transporte de doentes, ou das que vendem ou alugam equipamento, é apenas o transporte de doentes ou a venda e aluguer de equipamento, e não a prestação de cuidados de enfermagem.



O Conselho Jurisdicional concluiu que:

1 – se a empresa que o subscritor pretende criar se destina à prestação de cuidados de enfermagem, não há incompatibilidade entre o exercício da profissão de Enfermeiro e o desempenho desta actividade;

2 – se a empresa de que o enfermeiro pretende ser sócio (portanto proprietário) se destina a outros serviços que sejam considerados equipamentos técnico-sanitários, será incompatível com o exercício da profissão;

3 – a propriedade de uma empresa de transporte de doentes, actividade que se inclui na denominação genérica de equipamentos técnico-sanitários, será incompatível com o exercício da profissão.

### **PARECER CJ-8/2004 – Incompatibilidade do exercício da profissão de enfermeiro com a actividade de naturopata**

As questões colocadas foram as que se seguem.

1 – Será que é correcto ser enfermeiro e ser ao mesmo tempo naturopata?

2 – Será que a acumulação dos papéis de enfermeiro e de naturopata poderá, de algum modo, prejudicar o nome da enfermagem, a pessoa do enfermeiro ou, mais importante, o utente?

O Parecer do Conselho Jurisdicional apoiou-se na fundamentação que se segue.

1 – Considerando os pareceres CJ-05/2000, CJ-08/2000, CJ-10/2000, CJ-12/2000, CJ-17/2000 e CJ-26/2001 sobre incompatibilidades e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros entende-se que:

– a definição das incompatibilidades tem por objectivo assegurar a isenção e a incompatibilidade no exercício da profissão;

– os cargos e as actividades incompatíveis com o exercício da profissão de enfermeiro, segundo o Artigo 77.º, n.º 1 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, são os de “Delegado de informação médica e de comercialização de produtos médicos; farmacêutico ou técnico-sanitário; proprietário de agência funerária; quaisquer outras que por lei sejam consideradas incompatíveis com o exercício da enfermagem”;

– o exercício da profissão de enfermeiro é incompatível com o exercício de actividades inerentes a outra profissão, que permita estabelecer uma ligação entre o exercício da profissão e a obtenção de proveitos indirectos daí resultantes;

– o que aqui está em causa é a função de naturopata, a qual resulta de uma formação específica de nível superior e recorre a princípios naturopatas para o tratamento e cura das doenças humanas, utilizando, para tal, forças, processos, produtos da natureza e pequenas cirurgias.

Face ao exposto, concluímos que:

1 – cada uma das profissões da área da saúde tem o seu campo específico e desempenha um papel social único;

2 – os utentes, quando recorrem a um profissional da saúde, fazem-no na expectativa dum determinado serviço;

3 – dos enfermeiros, os utentes esperam ajuda para a satisfação das suas necessidades humanas básicas, de modo a adquirirem conforto e bem-estar, no máximo de independência possível, e / ou que lhes prestem cuidados derivados da iniciativa de outros técnicos de saúde, por exemplo, prescrições médicas;

4 – os elementos duma profissão têm o dever de elevar e dignificar o bom-nome da sua profissão;

5 – conclui-se que a profissão de enfermeiro e de naturopata são incompatíveis, pois são duas profissões complementares na área da saúde, além de o enfermeiro poder vir a obter proveitos indirectos.

### **PARECER CJ-14/2004 – Incompatibilidade de exercício da profissão de Enfermeiro com a de distribuidora dos produtos comercializados pela empresa Herbalife**

A questão foi colocada pela Presidente do Conselho Directivo da Secção Regional, que, no âmbito do controlo do exercício profissional, tomou conhecimento de que uma enfermeira era distribuidora autorizada dos produtos comercializados pela empresa Herbalife International Portugal, S. A., utilizando o seu título de enfermeira em cartão publicitário. Dado o facto, solicitou ao CJ parecer sobre a possibilidade de haver incompatibilidade entre as duas actividades.

A fundamentação do Parecer é a que se segue.

1 – O Artigo 77.º do Estatuto, no seu ponto n.º 1, define as actividades que são incompatíveis com o exercício da profissão de Enfermeiro, nomeadamente as de: “*a) Delegado de informação médica e de comercialização de produtos médicos*”.

2 – Tem sido doutrina constante do CJ, em observância dos dispositivos legais, nos diversos pareceres já emitidos sobre incompatibilidades, afirmar que a impossibilidade legal de exercer conjuntamente certos cargos ou actividades tem como objectivo proteger e garantir a isenção do exercício da profissão, salvaguardando a imparcialidade e a transparência na actuação profissional.

3 – A possibilidade do exercício paralelo de uma actividade ou função, da qual possa decorrer a obtenção de dividendos, só deve existir quando as fronteiras entre a realização de cada actividade se apresentarem claramente definidas, o que nos parece não ser o caso. Uma situação dúbia, que provoque a diluição do conteúdo funcional de cada uma das actividades, pode colidir com o princípio de confiança que deve existir entre o cliente e o enfermeiro.

O Conselho Jurisdicional chegou às conclusões que a seguir se enunciam.

1 – Comercializando a empresa Herbalife International, S. A., produtos para fins de “nutrição, saúde, controle de peso e rejuvenescimento”, como é referido no próprio cartão publicitário, a actividade descrita refere-se, quanto a nós, ao exercício da actividade de “*Delegado de comercialização de produtos médicos*” o que é incompatível com o exercício da profissão de enfermeiro, de acordo com o previsto na alínea a) do n.º 1 do Artigo 77.º.

2 – Recorde-se que os membros da Ordem que fiquem em situação de incompatibilidade devem requerer a suspensão da sua inscrição no prazo máximo de 30 dias após a posse do respectivo cargo e que, caso o não façam, pode o CJ Regional propor a suspensão da inscrição, de acordo com o previsto nos pontos n.os 2 e 3 do Artigo 77.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

### **PARECER CJ-22/2004 – Incompatibilidade de exercício da profissão de Enfermeiro e a de Médico-Dentista**

A questão foi colocada por um membro que solicitou à Ordem o seguinte esclarecimento: “[...] após concluir o curso de médico dentista poderei inscrever-me

na Ordem dos Médicos Dentistas e se poderei exercer em simultâneo as duas profissões.”

O Parecer do Conselho Jurisdicional fundamentou-se no que se segue.

1 – Quanto à primeira parte da questão colocada, não nos cabe a nós responder, mas sim à Ordem dos Médicos-Dentistas, de acordo com os requisitos por esta exigíveis aos seus membros.

2 – Quanto à possibilidade de exercício simultâneo das duas profissões, cabe-nos dizer o que se segue.

– Tem sido doutrina constante do CJ, em observância dos dispositivos legais, nos diversos pareceres já emitidos sobre incompatibilidades, afirmar que a impossibilidade legal de exercer conjuntamente certos cargos ou actividades tem como objectivo proteger e garantir a isenção do exercício da profissão, salvaguardando a imparcialidade e a transparência na actuação profissional.

– O Artigo 77.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu ponto n.º 1, define as actividades que são incompatíveis com o exercício da profissão de enfermeiro, nomeadamente as de: “[...] a) Delegado de informação médica e de comercialização de produtos médicos; b) farmacêutico ou técnico de farmácia; c) proprietário de laboratório de análises clínicas, de preparação de produtos farmacêuticos ou de equipamentos técnico-sanitários; d) proprietário de agência funerária; e) quaisquer outras que por lei sejam consideradas incompatíveis com o exercício da enfermagem”.

– A possibilidade do exercício paralelo de uma actividade ou função, da qual possa decorrer a obtenção de dividendos, só deve existir quando as fronteiras entre a realização de cada actividade se apresentarem claramente definidas, o que nos parece não ser o caso. Uma situação dúbia, que provoque a diluição do conteúdo funcional de cada uma das actividades, pode colidir com o princípio de confiança que deve existir entre o cliente e o enfermeiro.

– Tendo em conta o Artigo 77.º, alínea e), do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros é de referir que a Ordem dos Médicos-Dentistas, no seu Artigo 25.º, ponto 2, alínea d), também refere estar vedado ao médico-dentista “o exercício de qualquer outra profissão ou ofício susceptível de lhe permitir aumentar os seus benefícios através de prescrições ou conselhos de ordem pessoal.”

Eis as conclusões do Conselho Jurisdicional.

1 – Apesar de a situação descrita não se consubstanciar em qualquer um dos cargos ou actividades anteriormente mencionados, é nosso parecer que a sua actividade conjunta *é incompatível*, em virtude de:

- cada uma das profissões da área da saúde ter o seu campo específico e desempenhar um papel social único;
- a profissão de enfermeiro e a de médico-dentista serem duas profissões autónomas que trabalham em articulação e complementaridade na área da saúde;
- o enfermeiro poder vir a obter proveitos indirectos do seu exercício conjunto.

2 – Recorde-se que os membros da Ordem que fiquem em situação de incompatibilidade devem requerer a suspensão da sua inscrição no prazo máximo de 30 dias após a posse do respectivo cargo, e que, caso o não façam, pode o CJ Regional propor a suspensão da inscrição, de acordo com o previsto nos pontos n.º 2 e 3 do Artigo 77.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

## **2 – Alguns pareceres relativos a situações de não-incompatibilidade**

### **PARECER CJ-10/2000 – Incompatibilidade do exercício da profissão de Enfermeiro com o desempenho da actividade de sócio-gerente numa sociedade de prestação de cuidados continuados e de apoio domiciliário.**

A questão colocou-se quando foi solicitado parecer ao Conselho Jurisdicional sobre a existência ou não de incompatibilidade entre o exercício da profissão de enfermeiro e o desempenho da actividade de sócio-gerente, numa firma de cuidados continuados e de apoio domiciliário.

O Parecer do Conselho Jurisdicional fundamentou-se no que a seguir se expõe.

Na sequência do parecer CJ-05, entende-se que:

- 1 – a definição das incompatibilidades visa, genericamente, salvaguardar a isenção e a imparcialidade no exercício de uma função, ou seja, proteger e garantir a independência do exercício;
- 2 – em causa está a função e não os locais de exercício – a título de exemplo, refira-se que a situação de acumulação de funções públicas e privadas poderá

verificar-se no caso de a actividade a acumular não ser considerada legalmente incompatível e cumprir requisitos próprios (Artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 413/93, de 23 de Dezembro);

3 – o exercício da profissão de enfermeiro é por isso incompatível com a titularidade dos cargos e o exercício das actividades que permitam estabelecer uma ligação entre o exercício da profissão e a obtenção de proveitos indirectos daí emergentes;

4 – de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, n.º 1 do Artigo 77.º: “o exercício da profissão de enfermeiro é incompatível com [...]”.

O Conselho Jurisdicional concluiu que, não sendo praticadas na firma de que o enfermeiro pretende ser sócio-gerente quaisquer das actividades referidas no Artigo 77.º, n.º 1, não há incompatibilidade entre o exercício da profissão de enfermeiro e o desempenho da referida actividade.

### **PARECER CJ-17/ 2001 – Incompatibilidade do exercício da profissão de enfermeiro com a actividade de proceder a colheitas de sangue**

Colocou-se a questão da existência de incompatibilidade do exercício da profissão de enfermeiro que exerce num centro de saúde, pertencendo ao respectivo quadro, e a actividade de “proceder a colheitas de sangue” em centro privado, “devidamente legalizado”, nas instalações da Santa Casa da Misericórdia.

A fundamentação do Parecer do Conselho Jurisdicional foi a que se segue.

1 – Como já tem sido afirmado, a definição das incompatibilidades visa, genericamente, salvaguardar a isenção e a imparcialidade no exercício de uma actividade, ou seja, proteger e garantir a independência do exercício profissional.

2 – O exercício da profissão de enfermeiro é por isso incompatível com a titularidade dos cargos e o exercício das actividades que permitam estabelecer uma ligação entre o exercício da profissão e a obtenção de proveitos indirectos daí emergentes.

3 – De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, n.º 1 do Artigo 77.º, o exercício da profissão de enfermeiro é incompatível com a titularidade de alguns cargos e o exercício de algumas actividades ali definidos.

4 – Na definição de incompatibilidades com o exercício da profissão de enfermeiro, estão em causa os cargos e as actividades e não os locais do exercício da profissão, como é o caso na questão colocada.

5 – A situação de acumulação de funções públicas e privadas poderá verificar-se no caso de a actividade a acumular não ser considerada legalmente incompatível e cumprir requisitos próprios (Artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 413/93, de 23 de Dezembro), salvaguardando-se o regime privativo dos corpos especiais da função pública (Artigo 13.º, do mesmo diploma).

6 – A acumulação do exercício da profissão de enfermeiro no sector público e privado tem apenas como requisitos a compatibilidade de horários, o não comprometimento da isenção e imparcialidade, e a inexistência de prejuízo efectivo para o interesse público (Circular Normativa n.º 16/94 do DRH da Saúde).

Concluiu-se, assim, não ser incompatível o exercício da profissão de enfermeiro no centro de saúde com a actividade profissional, na situação referida.

### **PARECER CJ-27/2001 – Incompatibilidade de exercício da profissão de enfermeiro com a actividade de gerente dum centro de análises clínicas**

Um membro solicitou informação, colocando a seguinte questão: “[...] sou enfermeiro a exercer funções na Função Pública (trabalho num Centro de Saúde), existe alguma incompatibilidade de funções com o poder ser Gerente de um Centro de análises clínicas?” (sic).

Eis a fundamentação do Parecer emitido.

1 – O pedido foi analisado em reunião do Conselho Jurisdicional, e os membros presentes concordaram em que o pedido era pouco claro quanto à actividade a desenvolver no referido centro de que o enfermeiro pretende ser gerente, nomeadamente, quanto a se se trataria de um laboratório de análises clínicas ou apenas de um local de colheita de produtos para análise, ou outra actividade. Entendeu-se assim solicitar ao interessado informação sobre o assunto, o que foi feito por *e-mail*.

O caso foi de novo analisado e, não tendo ainda havido resposta, decidiu-se que seria apresentada proposta de parecer, tendo em consideração os dados presentes na reunião seguinte. Em data posterior, o subscritor do pedido respondeu, prestando as seguintes informações: “[...] o centro de análises clínicas é

um centro de Colheitas de espécimes para análise, e tem alguns gabinetes para consultas médicas de especialidades. A minha função no referido centro é somente de gestão, não exercendo qualquer função de enfermagem.” (sic).

2 – Assim, considerando o previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 77.º, e o constante nos Pareceres CJ-05; CJ-08 e CJ-10, CJ-12, CJ-14, CJ-17, já emitidos, sobre incompatibilidades,

– reafirma-se que a definição das incompatibilidades que definem a impossibilidade legal de exercer conjuntamente certos cargos ou actividades tem como objectivo proteger e garantir a isenção do exercício da profissão;

– o exercício da profissão de enfermeiro é por isso incompatível com a titularidade dos cargos e o exercício das actividades que permitam estabelecer uma ligação entre o exercício da profissão e a obtenção de proveitos indirectos daí emergentes;

– recorda-se que em causa está a função e não os locais de exercício – a título de exemplo, refira-se que a situação de acumulação de funções públicas e privadas poderá verificar-se no caso de a actividade a acumular não ser considerada legalmente incompatível e cumprir requisitos próprios (Artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 413/93, de 23 de Dezembro);

– analisando o Artigo 77.º do Estatuto, no n.º 1, que define as actividades que são incompatíveis com o exercício da profissão de Enfermeiro – *c) Proprietário de laboratório de análises clínicas, de preparação de produtos farmacêuticos ou de equipamentos técnico-sanitários* – verifica-se que a alínea c) que aqui poderia ser chamada, se refere à propriedade e não às funções de gestão, que o enfermeiro diz pretender exercer, exclusivamente.

Conclui-se, pois, que as funções de gestão de um centro de colheita de espécimes (e outros serviços de saúde, como se refere no pedido) não são incompatíveis com o exercício da profissão de enfermeiro.

### **PARECER CJ-11/2004 – Incompatibilidade de exercício da profissão de enfermeiro com funções na área da restauração (“café”)**

Um membro da Ordem levantou a questão de pretender “iniciar funções na área da restauração, especificamente adquirindo um estabelecimento comercial “café” [...] associa funções nos tempos livres em colaboração com seu marido”.



A fundamentação do Parecer emitido é a que se segue.

1 – Como tem sido referido (Pareceres CJ-5, 8, 10, 12, 14, 25, 26, 27, 28 e outros do mandato anterior), reafirma-se que a impossibilidade legal de exercer conjuntamente certos cargos ou actividades tem como objectivo proteger e garantir a isenção do exercício da profissão.

2 – O Artigo 77.º do Estatuto, no n.º 1, define claramente as actividades que são incompatíveis com o exercício da profissão de enfermeiro.

3 – O exercício da profissão de enfermeiro é, assim, incompatível com a titularidade de cargos e o exercício das actividades que permitam estabelecer uma ligação entre o exercício da profissão e a obtenção de proveitos indirectos daí emergentes.

Conclui-se, assim, que a aquisição e colaboração na área da restauração, mais concretamente um estabelecimento comercial do tipo “café”, em si mesma, não é incompatível com o exercício da profissão.

### **PARECER CJ-25/2004 – Incompatibilidade de exercício da profissão de enfermeiro com o cargo de directora de uma clínica médico-dentária**

A questão colocada prendia-se com a possibilidade de, sendo membro efectivo da Ordem, uma enfermeira poder vir a ser directora de uma clínica médico-dentária.

O Conselho Jurisdicional apoiou-se na fundamentação que se segue.

1 – Tem sido doutrina constante do CJ, em observância dos dispositivos legais, nos diversos pareceres já emitidos sobre incompatibilidades, afirmar que a impossibilidade legal de exercer conjuntamente certos cargos ou certas actividades tem como objectivo proteger e garantir a isenção do exercício da profissão, salvaguardando a imparcialidade e a transparência na actuação profissional.

2 – O Artigo 77.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu ponto n.º 1, define as actividades que são incompatíveis com o exercício da profissão de enfermeiro.

3 – A possibilidade do exercício paralelo de uma actividade ou função, da qual possa decorrer a obtenção de dividendos, só deve existir quando as fronteiras

entre a realização de cada actividade se apresentarem claramente definidas, o que nos parece ser o caso. Uma situação dúbia, que provoque a diluição do conteúdo funcional de cada uma das actividades, pode colidir com o princípio de confiança que deve existir entre o cliente e o enfermeiro.

Concluiu-se, portanto, que a actividade pretendida, consubstanciando-se em funções de gestão e direcção, e não se reconduzindo estas a qualquer um dos cargos ou actividades mencionados como incompatíveis, e no pressuposto de que as actividades em causa se desenvolvem em horários não coincidentes e de que não é comprometida a necessária imparcialidade no exercício das mesmas, não é incompatível com o exercício da enfermagem.

### **Em resumo**

Foram emitidos pareceres segundo os quais o exercício da profissão de enfermeiro é incompatível com as actividades de:

1. delegado de informação médica e de comercialização de produtos médicos;
2. farmacêutico ou técnico de farmácia;
3. proprietário de laboratório de análises clínicas, de preparação de produtos farmacêuticos ou de equipamentos técnico-sanitários;
4. proprietário de agência funerária;
5. médico;
6. proprietário de uma empresa de transporte de doentes;
7. naturopata;
8. vendedor de Herbalife;
9. médico-dentista.

Foram ainda emitidos pareceres segundo os quais o exercício da profissão de enfermeiro é compatível com as actividades de:

1. sócio-gerente numa sociedade de prestação de cuidados continuados e de apoio domiciliário;
2. actividade de proceder a colheitas de sangue;
3. funções de gestão de um centro de colheita de espécimes;
4. aquisição e colaboração na área da restauração, mais concretamente um estabelecimento comercial do tipo “café”;
5. directora de uma clínica médico-dentária.

Realizando uma listagem completa, foram os seguintes os *pedidos de parecer* sobre eventuais incompatibilidades, que resultaram em alguns pareceres confirmando a incompatibilidade e noutros pareceres confirmando a compatibilidade

<p>1999 – 2003</p>	<p>do exercício da profissão de enfermeiro</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– com a actividade de farmacêutico (n.º 5),</li><li>– com a propriedade de equipamentos técnico-sanitários (n.º 8),</li><li>– com o desempenho da actividade de sócio-gerente numa sociedade de prestação de cuidados continuados e de apoio domiciliário (n.º 10),</li><li>– com a actividade de sócio-gerente numa empresa prestadora de cuidados de saúde no domicílio, que pretende a comercialização de produtos de higiene e conforto e material de penso (n.º 12),</li><li>– com o trabalho numa empresa médico-farmacêutica (n.º 14),</li><li>– com a actividade de colheita de sangue em centro privado (n.º 17),</li><li>– com a actividade de sócio-gerente numa empresa de prestação de serviços domiciliários de transporte de doentes (n.º 26),</li><li>– com a actividade de gerente dum centro de análises clínicas (n.º 27),</li><li>– com a criação de uma empresa de comércio a retalho e por grosso de artigos médicos e ortopédicos, e a retalho e por grosso de mobiliário e artigos de iluminação, bem como a propriedade de tal empresa por familiares próximos (n.º 28),</li><li>– com a exploração de um centro policlínico (n.º 37),</li><li>– com o curso de fisioterapia (n.º 53),</li><li>– com o exercício de funções políticas (n.º 73),</li><li>– com o desempenho de outras profissões incompatíveis com o exercício de enfermagem (n.º 74),</li><li>– no caso de aceitar proposta de trabalho por parte de laboratório farmacêutico (n.º 78);</li></ul>
--------------------	---

2004	<ul style="list-style-type: none"><li>– com a actividade de naturopata (n.º 8),</li><li>– com funções na área da restauração (“café”) (n.º 11),</li><li>– com a comercialização de produtos e equipamentos médico-hospitalares e geriátricos (n.º 12),</li><li>– com a de distribuidora dos produtos comercializados pela empresa Herbalife (n.º 14),</li><li>– com a abertura de gabinete de enfermagem em sala disponível de laboratório de colheita de análises (n.º 18),</li><li>– com a de médico-dentista (n.º 22 e n.º 24),</li><li>– com a actividade de directora de uma clínica médico-dentária (n.º 25),</li><li>– com o desempenho de funções na área da formação para enfermeiros, acerca da utilização de produtos de cobertura cirúrgica, em regime de exclusividade numa empresa de comercialização de produtos clínicos (n.º 30).</li></ul>
------	--



## **Código Deontológico do Enfermeiro**

### **Artigo 78.º – Princípios gerais**

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

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

#### **Comentário**

O princípio da dignidade humana é um valor autónomo e específico, inerente aos seres humanos, em virtude da sua personalidade<sup>11</sup>. O direito positivo revela uma visão unitária da pessoa, uma vez que o homem é “sujeito de direito” e não objecto. O conceito de dignidade é assumido como um princípio moral e como uma disposição do direito positivo.

---

<sup>11</sup> Assim o referem Gomes Canotilho e Vital Moreira, em anotação ao Artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa.

Note-se que o conceito de “Pessoa”, tal como o conhecemos hoje, é recente – no final do século XIX, Kant<sup>12</sup> considerava que, pela práxis, nós pertencemos ao “reino dos fins”, ou seja, cada ser humano é um fim em si mesmo e nunca um meio ou um instrumento de outra vontade. O que caracteriza a Pessoa e a dota de dignidade especial é exactamente ser um fim em si mesmo. Ernst Block, entre outros, aborda a questão da dignidade humana através de duas dimensões: a negativa (que a pessoa não venha a ser objecto de ofensas ou humilhações – portanto, a afirmação da integridade humana, tanto física como espiritual, surge ligada à individualidade) e a positiva (presume o pleno desenvolvimento de cada pessoa, supondo a autodisponibilidade para a autonomia).

A filosofia que subjaz aos direitos do homem parece estar imbuída da ideia kantiana, já expressa, de que as pessoas são fins em si mesmas, são únicas e insubstituíveis. *Ser pessoa* é caracterizado por dois conceitos: relação e inter-relação, como constitutivos dinâmicos do ser humano. A Pessoa caracteriza-se pela consciência racional (racionalidade) e pela livre vontade (liberdade) – estas duas estruturas convergem na excelência de o homem “poder ser sempre mais”. Ser pessoa deve encarar-se como um processo, o que nos coloca perante uma realidade dinâmica e não perante um estado fixo. É a Pessoa que consubstancia as dimensões da individualidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia. O ser humano, como sujeito moral, possui uma dignidade absoluta.

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

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

---

<sup>12</sup> KANT, Immanuel – **Crítica da Razão Prática**. Lisboa: Edições 70.

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

Para Savater<sup>13</sup>, a dignidade humana tem quatro grandes implicações. Em primeiro lugar, implica a inviolabilidade de cada pessoa, o reconhecimento de que não pode ser utilizada ou sacrificada pelos outros. Daqui resulta a segunda implicação: o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os próprios planos de vida e as próprias normas de excelência (sem outros limites, a não ser o direito semelhante dos outros à mesma autonomia, ou o confronto da esfera de liberdade de cada um com a dos outros, uma vez que “a minha liberdade termina onde começa a do outro”). Em terceiro lugar, a dignidade humana implica o reconhecimento de que cada um deve ser socialmente tratado de acordo com a sua conduta e não segundo os factores aleatórios que não são essenciais à sua humanidade (como a raça, a etnia, o sexo e a classe social, entre outras). Em quarto e último lugar, implica a exigência de solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos outros seres humanos.

O exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, bem como deverá reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (no caso, o cliente e o enfermeiro).

Os princípios da liberdade e da dignidade humanas prendem-se com a *autonomia*, enquanto faculdade da pessoa para se reger por leis próprias, agindo a partir de si mesmo e fazendo com que os princípios da conduta se radiquem no próprio sujeito. A palavra autonomia, cujo uso é muitas vezes ambíguo, precisa de ser clarificada e entendida como “a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afecta a vida de cada um”<sup>14</sup>. Por isso está proximamente ligada à noção de respeito pelas pessoas (e surge, como princípio ético em cuidados de saúde, no modelo principalista, com a designação de “respeito pela autonomia”).

---

<sup>13</sup> SAVATER, Fernando – **As Perguntas da Vida**. Lisboa: D. Quixote, 1999. p. 209.

<sup>14</sup> BURKARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvia – **Ethics & Issues in Contemporary Nursing**. 2.ª ed. New York: Delmar, 2001. p. 41.



Desta forma, o n.º 1 coloca o pano de fundo da preocupação que suporta a intervenção do enfermeiro e um compromisso maior de “defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

2 – São valores universais a observar na relação profissional:

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

### **Comentário**

O mundo humano é um mundo cultural. Ou seja, aquilo que distingue os tempos construídos pelo homem tem sido a defesa de determinadas realidades culturais, assumidas, em cada época, como valores próprios. Terá *valor* tudo o que for capaz de motivar ou promover um movimento de apetência ou de desejo por alguma coisa (como é o caso dos valores sociais ou culturais), assim como os que orientam as condutas (valores éticos) ou constituem expressão das crenças (valores religiosos) ou dos ideais de belo (valores estéticos). Alguns autores (de que Max Scheller é exemplo) realizaram estudos de hierarquização de valores, propondo escalas de importância crescente para a sociedade e as pessoas.

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

A palavra “valor” costuma ser aplicada apenas com um sentido positivo, mas o valor é tudo aquilo sobre o que recai o acto de estima (positiva ou negativa). E parece claro que não atribuímos a todos os valores a mesma importância. A hierarquização é a propriedade que os valores têm de se subordinarem uns aos outros, isto é, de serem uns mais valiosos que outros. As razões por que o fazemos são múltiplas e, de certa forma, os nossos valores tendem a organizar-se

em polaridades ou oposições – por exemplo, preferimos e opomos a verdade à mentira, a justiça à injustiça, a generosidade à mesquinhez.

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

Todos os homens nascem iguais em direitos e em dignidade. O princípio da universalidade acompanha esta *igualdade* fundamental – está na base da Constituição, por exemplo, e encontrar-se-á na operacionalização de outros deveres, como o de “Cuidar da pessoa sem distinção.” (Artigo 81.º, a). Podemos ver esta igualdade fundamental como traço decorrente da dignidade humana, partilhada por todos pela essência da natureza do ser humano.

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

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

As noções de bem pessoal e bem comum enquadram-se nas esferas da relação entre o direito, a moral e a ética, e relacionam-se com os interesses (no sentido de verdadeiros interesses, determinados de acordo com critérios éticos e jurídicos). Ou seja, de acordo com Michel Renaud<sup>15</sup>, o bem pessoal abrange interesses em que o titular é a pessoa (e não um grupo, em que existem interesses particulares,

---

<sup>15</sup> RENAUD, Michel – As tensões entre o bem da pessoa e o bem comum. «Bem da Pessoa e Bem Comum. Um desafio à Bioética». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1998. p. 9-16.

mas não pessoais) ao passo que o bem comum compreende interesses da comunidade no seu todo, mas que relevam das categorias de bem e mal (e distingue-se bem comum do conceito de interesse público). Entende-se, por isso, que o bem pessoal esteja protegido, na ordem jurídica, como parte integrante do bem comum – aliás, os direitos e as liberdades fundamentais dizem respeito ao ser humano, enquanto membro da sociedade e enquanto cidadão. O fim que procuramos atingir é mais elevado do que o nosso bem individual, embora o inclua. Muitas vezes prescindimos do bem pessoal em benefício do bem comum, cuidando e garantindo o cuidado aos nossos concidadãos. Note-se que o “bem comum” não é o “bem da maioria” nem um conjunto de bens que possam ser desfrutados pelo público – é o bem de que participam todas as pessoas que integram uma comunidade.

A *verdade* – referência “às coisas como elas são” –, no seu esforço de convergir com o real e também por contemplar a vida íntima do homem, assume-se como um encontro (entre o pensamento e o objecto, entre o sujeito e o real, entre sujeitos, ou de uma pessoa consigo mesma). Na tradição dos países anglo-saxónicos, é usual “dizer a verdade seja ela qual for”; nos países latinos, predomina o “dizer a verdade, na medida da capacidade do outro para a receber”. A verdade diz respeito à verdade positiva dos factos, mas também à capacidade de assimilação do outro. Dizer a verdade não é simplesmente comunicar uma mensagem objectiva. Corresponde à realidade tal como ela é vivida pelo ser humano e manifesta-se, enquanto tal, na unidade do pensar, agir e ser.

As relações com a verdade passam, necessariamente, pela boa-fé – que é dizermos o que julgamos ser verdade e sermos fiéis, em palavras e actos, às nossas convicções. Muitas vezes, a verdade traduz-se na forma como percebemos a realidade, na forma como a assimilamos, interpretamos e transmitimos. O facto de interpretarmos implica a possibilidade, ainda que involuntária, de faltar à verdade objectiva. Ser verdadeiro comporta ser congruente e comunicar com verdade, agir na veracidade – assim, submetemo-nos à verdade. De acordo com Comte-Sponville<sup>16</sup>, a boa-fé não proíbe o silêncio – e dizer a verdade pode não ser um absoluto, mas um valor a par de outros, às vezes mais necessários ou mais urgentes. Salvar-se tanto a compaixão como a devida solicitude no cuidado e tenhamos a noção de que, em primeiro lugar, cabe ao cliente, quando pode, decidir da importância que atribui à verdade.

---

<sup>16</sup> COMTE-SPONVILLE, André – **Pequeno Tratado das Grandes Virtudes**. Lisboa: Bertrand, 1996. p. 66.

Quanto à *justiça*, “das quatro virtudes cardinais, (a justiça) é certamente a única que é boa em absoluto. A prudência, a temperança ou a coragem só ao serviço do bem são virtudes ou então relativamente a valores – por exemplo, a justiça – que as ultrapassam ou que as motivam”<sup>17</sup>. Assim é o horizonte de todas as virtudes e a lei da sua coexistência. Diz-se em dois sentidos: no da conformidade com o direito – legalidade – e no da igualdade ou proporção – e torna-se equidade. Assim, a justiça surge como o “dar a cada um o que lhe é devido”, na conformidade com o direito (legalidade) e sendo uma proporção (igualdade); justiça é igualdade dos direitos – quer sejam juridicamente estabelecidos ou moralmente exigidos. Se ajuizarmos que a exigência da justiça se estende para lá do estritamente formal (e da regra jurídica de “dar a cada um o que lhe é devido”), entenderemos que a justiça implica tratar coisas similares de forma semelhante e coisas diversas de forma diferente. “Dar a cada um o que lhe é devido”, ou de acordo com as suas necessidades, não pode ser confundido com “dar o mesmo a todos”, sendo antes o dar a cada um de acordo com as suas circunstâncias, o que, muito provavelmente, é diferente para diversas pessoas. Estamos, claramente, no domínio da equidade. No campo dos cuidados de saúde, a justiça pode referir-se à distribuição de recursos (e estaremos na esfera da justiça distributiva, intimamente ligada à alocação de recursos, humanos e materiais, respectiva distribuição e rentabilização).

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

Partindo do princípio de que a *competência* profissional se caracteriza “fundamentalmente como juízo e acção sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito... também requer conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções comuns”<sup>18</sup>, entende-se que

---

<sup>17</sup> COMTE-SPONVILLE (1996), p. 56.

<sup>18</sup> LEDDY, Susan; PEPPER, Mae – **Conceptual Bases of Professional Nursing**. 3.ª ed. New York: Lippincott Company, 1993.

caracterizar a competência na prestação de cuidados de enfermagem assume foros de circunstancialidade apreciável. Ou seja, os elementos que configuram a competência estarão relacionados, de forma intrínseca, com a circunstância e os contextos em que decorre a intervenção de enfermagem. A competência é da ordem do saber mobilizar (segundo Le Boterf), e transferir (de acordo com Patricia Benner).

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

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

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

3 – São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros:

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

## Comentário

Este ponto assinala os princípios orientadores da actividade profissional, destacando-se os aspectos de concretização. Por exemplo, a *responsabilidade* é “inerte ao papel assumido perante a sociedade”, como o respeito pelos direitos humanos se configura “na relação com os clientes”, e a *excelência do exercício* “na profissão em geral e na relação com outros profissionais”.

Quanto à responsabilidade, a palavra deriva do latim *respondere*, comprometer-se (*spondere*) com alguém, e é habitualmente usada referindo “a capacidade-e-obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências”<sup>19</sup>. A “responsabilidade” inclui também e simultaneamente as ideias de estado (por exemplo, ser pai ou mãe comporta o sentido de responsabilidade na medida em que os pais são responsáveis pelos seus filhos e, conseqüentemente, pelos prejuízos causados pelos filhos, quando menores), de capacidade (é função do nível de discernimento de que o indivíduo pode fazer prova, razão pela qual uns podem ser responsabilizados e outros não) e de obrigação (de responder pelos actos praticados e pelos compromissos assumidos).

Quando se aborda a responsabilidade, a primeira ideia que surge é a de que se pretende reconhecer que um acto pode ser atribuído a alguém, que é o autor. Isto é imputar e mostrar que é primeiramente a partir de uma obrigação ou dever que é assacada responsabilidade a alguém; isto é, a responsabilidade é imputada ao agente pela verificação da infracção do dever não cumprido. Trata-se de colocar na “conta”<sup>20</sup> de alguém a responsabilidade, a “culpa”, pelos actos praticados – por isso dizemos de alguém que “tem muitas culpas no cartório”, como se houvesse uma contabilidade própria para os méritos e deméritos da acção individual.

Mas a responsabilidade é também a que se exerce no compromisso assumido perante uma missão que nos é atribuída; quando a obrigação é a de cumprir certos deveres ou de assumir certos encargos ou compromissos; isto é, quando se trata de responder por algo que nos foi confiado ou por alguém que temos ao nosso cuidado.

<sup>19</sup> CABRAL, Roque – Responsabilidade. «Logos». 4:724.

<sup>20</sup> RICOEUR, Paul – **Le Juste**. Paris: Séuil, 1995.

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

No caso de acções futuras (em que se pretende resposta à questão “Quem fará isto?”, trata-se de uma missão que é atribuída a alguém. Isto é, é confiada uma tarefa a cumprir ou função a realizar por um determinado agente. A tarefa será realizada segundo regras reconhecidas ou específicas para a circunstância ou, de um modo mais geral, o agente deverá empreender acções ainda não específicas que a função assumida implica.

É o que acontece quando iniciamos a profissão e assumimos a missão de cuidar daqueles que nos vierem a ser confiados. Enquanto enfermeiros, assumimos a missão, isto é, a responsabilidade de agir de determinado modo (“com a preocupação da defesa da dignidade e liberdade da pessoa”) e, quando respondemos a certas solicitações específicas, assumimos realizar tarefas concretas (como gerir um serviço, organizar jornadas, cuidar de um doente em particular).

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

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

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

Os direitos fundamentais têm algumas características próprias, pois são

1 – naturais e universais – isto é, são inerentes à pessoa humana e transcendem as fronteiras e as leis nacionais, bem como se aplicam a todas as pessoas, independentemente da nacionalidade, sexo, raça ou convicções;

2 – imprescritíveis – ou seja, são permanentes, não se perdem com o decurso do tempo, não têm um “prazo de validade” determinado;

3 – inalienáveis – isto é, não se podem transferir de uma pessoa para outra, por mais que se goste dela ou por melhor que um terceiro possa pagar;

4 – irrenunciáveis – ou seja, não se pode renunciar a eles, mesmo em favor de outra pessoa;

5 – invioláveis – motivo pelo qual nenhuma lei nem autoridade podem desrespeitá-los impunemente (se tal acontecer, há razão para responsabilização civil e criminal);

6 – indivisíveis e interdependentes – isto é, têm de ser tomados em conjunto e de forma relacionada; não podemos escolher alguns que nos interessem em detrimento de outros, pois os direitos humanos fundamentais têm de ser interpretados de forma conjunta, com a finalidade da sua plena realização.

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

Na Constituição da República Portuguesa estão definidos os direitos fundamentais. Destes, por relação com a deontologia, salientamos: o direito à vida (24.º), o direito à integridade pessoal (25.º), o direito à identidade pessoal, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e à boa reputação, à imagem, à palavra e à reserva da intimidade da vida privada e familiar (26.º) – os chamados direitos de personalidade –, o direito à liberdade e à segurança (27.º), o direito à inviolabilidade do domicílio e da correspondência (34.º), os direitos de defesa contra o tratamento informático de dados pessoais (35.º), os direitos relativos à família, ao casamento e à filiação (36.º), o direito de livre expressão do pensamento e o direito de



informação (37.º), a liberdade de consciência, religião e culto (41.º), a liberdade de criação intelectual, artística e científica (42.º), a liberdade de aprender e de ensinar (43.º), o direito de deslocação e de emigração (44.º).

Cada cidadão tem direitos e deveres que se expressam de forma correlativa. Além da situação “geral” de cidadão, cada um tem direitos específicos em determinados contextos – tal como o direito à segurança social se operacionaliza na protecção em situação de carência (doença, invalidez etc.). Na área da saúde, sendo o direito à saúde um direito social, foi, por exemplo, redigida a Declaração de Lisboa (1981), enunciando os direitos dos doentes, que, enquanto grupo vulnerável, foi objecto de um documento especial para salvaguardar os direitos numa situação de vulnerabilidade.

Na Carta dos Direitos dos Doentes, estão previstos o direito a ser tratado, no respeito pela dignidade humana, no respeito pelas respectivas convicções culturais, filosóficas e religiosas; o direito a receber os cuidados apropriados ao respectivo estado de saúde; o direito à prestação de cuidados continuados; à informação acerca dos serviços de saúde existentes, respectivas competências e níveis de cuidados; o direito a ser informado sobre a respectiva situação de saúde e a obter uma segunda opinião; o direito a dar ou recusar o consentimento; o direito à confidencialidade e o de acesso aos dados registados no seu processo clínico; o direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto; e o direito, directamente ou através de quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

Um aspecto básico que se relaciona com a garantia efectiva dos direitos diz respeito à acessibilidade, à aplicação e distribuição dos recursos, cada vez mais caros e escassos, o que é de difícil decisão e intensifica, com elevada relevância e pertinência, o debate em torno do princípio da justiça, que se transmuta em equidade. Na compatibilização das necessidades e dos direitos com os recursos da saúde, nenhuma escolha pode ser feita sem o reconhecimento de que a pessoa é sempre sujeito e não objecto. O interesse da ciência não pode nunca colocar-se acima do direito da pessoa humana, devendo o progresso científico estar ao serviço desta.

Quanto ao exercício profissional, uma ampla gama de deveres situa-se na promoção, defesa e garantia dos direitos daqueles a quem se prestam cuidados... porque “nada que seja desumano ou participe no desprezo pelos outros pode ser aceite pelos profissionais de cuidados”<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital**. Lisboa: Lusodidacta, 2000. p. 28.

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

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

### **Sugestões de leitura**

É muito extensa a bibliografia existente sobre os fundamentos da enfermagem e a dimensão ético-deontológica. Seleccionaram-se alguns títulos de carácter geral ou que abordam a temática da fundamentação da enfermagem em relação à ética.

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

BANDMAN, Elsie L.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics Through the Life Span**. 3.<sup>a</sup> ed. Prentice Hall International, 1995.

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

BURKHARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita – **Ethics & Issues in Contemporary Nursing**. 2.<sup>a</sup> ed. New York: Delmar, 2001.

CABRAL, F. Sarsfield – **Ética na Sociedade Plural**. Coimbra: Tenacitas, 2001.

Direitos individuais e bem comum. Verdade em saúde. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 5 (Dez. 1993).

Pessoa – intimidade, respeito, identidade. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 7 (Dez. 1994).

Alguns problemas de Bioética em saúde. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 8 (Dez. 1994).

Solicitude e Vulnerabilidade. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 13 (Abr. 1997).

Tornar-se Pessoa. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 16 (Dez. 1997).

Reflexão ética sobre a dignidade humana. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (26/CNECV/99).

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

CURTIN, Leah; FLAHERTY, Josephine – **Nursing Ethics. Theories and Pragmatics**. Maryland: Prentice-Hall, 1982.

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

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

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

HOTTOIS, Gilbert – **O Paradigma Bioético**. Lisboa: Edições Salamandra, 1992.

KOERBEL, Kurt – **Notre Responsabilité les uns Envers les Autres. Pour un Code Universel des Devoirs Humains**. Québec: Editions Fides, 2000.

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

LEDDY, Susan; PEPPER, Mae – **Conceptual Bases of Professional Nursing**. 3.<sup>a</sup> ed. New York: Lippincott Company, 1993.

LOPES, Armandina; NUNES, Lucília – Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética. «Nursing». ed. portuguesa. 90/91 (Jul./Ago. 1995) 10-13.

MARINA, José António – **Ética Para Náufragos**. Lisboa: Caminho, 1997.

MARTINS, Lurdes – Beneficência e não-maleficência. In: NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

NUNES, Lucília – O que queremos dizer quando falamos de ética?. «Nursing». ed. portuguesa. 88 (Jun. 1995).

NUNES, Lucília – Equacionando: direitos humanos e necessidades em cuidados. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». 4 (Nov. 2001) 21-25.

NUNES, Lucília – Configurando a relação bioética e ética de enfermagem. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». (Abr. 2004).

OSSWALD, Walter – **Um Fio de Ética: Exercícios e Reflexões**. Coimbra: Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular, 2001.

PARENTE, Paulo – Veracidade e Fidelidade. In: NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

PÉRIÉ, Catherine – Soigner la dignité de l’homme. «La Revue de L’Infirmière». 5 (1991) 24-26.

RENAUD, Maria Isabel – A pessoa humana. «Servir». Lisboa. 4 (1990) 159-165.

RENAUD, Maria Isabel – A pessoa humana e o direito à saúde. «Brotéria». 139 (1994) 323-342. RENAUD, Michel – Os valores num mundo em mutação. «Brotéria». 139 (1994) 299-322.

RENAUD, Michel – Dignidade humana. In: NEVES, M. C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios.». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

RICOEUR, Paul – **Soi-même Comme un Autre**. Paris: Du Seil, 1990.

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

SAVATER, Fernando – **O Meu Dicionário Filosófico**. Lisboa: D. Quixote, 2000.

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

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

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

TADD, Win (Editor) – **Ethics in Nursing Education, Research and Management. Perspectives from Europe**. Palgrave Macmillan, 2002.

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

VIEIRA, Margarida – Para uma ética da enfermagem. «Servir». ACEPS. 44:6 (Nov./Dez. 1993) 323-327.

VIEIRA, Margarida – Ética de Enfermagem: uma questão de santidade ou de justiça. In: «Pensar Enfermagem: Mitos, Tabus e Realidades. Textos do Ciclo de Debates». Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda de Resende, 1995.

VIEIRA, Margarida – Da deontologia profissional à ética de enfermagem. «Revista (In)Formar». Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. X:33 (Jul./Dez. 2004) 68-72.

## Documentos de suporte

ARTIGO 80.º: Direito à reserva sobre a intimidade da vida privada. «Código Civil».

ARTIGO 1.º: Direito à Dignidade Humana. «Constituição da República Portuguesa».

ARTIGO 12.º: Princípio da Universalidade. «Constituição da República Portuguesa».

ARTIGO 13.º: Princípio da igualdade. «Constituição da República Portuguesa».

ARTIGO 22.º: Responsabilidade das entidades públicas. «Constituição da República Portuguesa».

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

ARTIGO 26.º: Direito à identidade. «Constituição da República Portuguesa».

ARTIGO 27.º: Direito à Liberdade. «Constituição da República Portuguesa».

ARTIGO 41.º: Liberdade de consciência, de religião e culto. «Constituição da República Portuguesa».

ARTIGO 64.º: Saúde. «Constituição da República Portuguesa».

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

**Carta Social Europeia.** Out. 1961.

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

**Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.** 4 Abr. 1997.

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

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

**Declaração Universal dos Direitos do Homem.** 10 Dez. 1948.

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

DECRETO-LEI n.º 97/94 de 9 de Abril. Estabelece as regras a que devem obedecer os ensaios clínicos em seres humanos.

DECRETO-LEI n.º 97/95 de 10 de Maio. Comissões de Ética para a Saúde.

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros.

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

LEI n.º 12/93 de 22 de Abril: colheita e transplante de órgãos e tecidos de natureza humana.

LEI n.º 48/90, de 24 de Agosto. Base I – princípios gerais; Base V – Direitos e deveres dos cidadãos; Base XIV – Estatuto dos utentes; Base XVI – Formação do pessoal de saúde. «Lei de Bases da Saúde».

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

LEI n.º 46/04 de 16 de Agosto. Criação do Conselho de Ética para a Investigação Clínica.

**Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos.** 16 Dez. 1996.

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

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



## Artigo 79.º – Dos deveres deontológicos em geral

- 1 – O enfermeiro, ao inscrever-se na Ordem, assume o dever de:
- a) cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
  - b) responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega;
  - c) defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas da indispensável competência profissional;
  - d) ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência.

### Comentário

Nos deveres gerais, decorrentes da inscrição na Ordem, encontra-se, na *alínea a)*, o cumprimento das normas deontológicas e das leis que regem a profissão. Na situação actual, e no que a todos os enfermeiros diz respeito, independentemente do seu local de trabalho e do sistema em que se encontre inserido (público, privado ou liberal), existem dois diplomas legais – o REPE e os Estatutos da Ordem. Regulamentos (como o do Exercício da Objecção de Consciência) ou directrizes emanadas da Ordem (como a da não-substituição de enfermeiros)



aplicam-se igualmente a todos os enfermeiros em qualquer contexto. Outros diplomas, como a carreira ou o regulamento da avaliação do desempenho, têm aplicação na esfera da administração pública (tal como aparece definido em cada diploma legal). A responsabilidade, já enunciada como princípio orientador da prática do enfermeiro, surge na *alínea b)*, centrada nas decisões que toma e nos actos que pratica ou delega.

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

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

Toda a noção de responsabilidade se situa no entrecruzamento destes dois aspectos: a eficácia e a imputação. A pessoa responsável é aquela que se torna capaz de desenvolver a acção com eficácia – por isso, as noções de resposta e de causalidade são essenciais à responsabilidade, já que fundamentam a eficácia e a imputação.

A responsabilidade opera a síntese entre os conhecimentos, a acção e os seus efeitos. E o conhecimento é sempre enriquecido quando confrontamos a intenção e os resultados. Por isso, a responsabilidade é cumulativa: o seu exercício torna-nos responsáveis, cada vez mais responsáveis.

No exercício profissional, os enfermeiros delegam – quer se trate do tempo em que se ausentam para se alimentarem (“delegação” nos colegas), quer a tarefa que designam a outros que sejam funcionalmente dependentes deles (caso do auxiliar de acção médica). A diferença relevante é que quando realmente delegam em “funcionalmente dependentes”, assumem as responsabilidades decorrentes dessa delegação. No sentido mais rigoroso, delegar nos colegas é confiar, a alguém que tem o mesmo nível de responsabilidade, as actividades que o próprio teria de desenvolver – e a pessoa a quem são confiadas, responde por elas.

A delegação, enquanto atribuição a terceiros de uma determinada tarefa, em sentido lato, não isenta quem delegou da responsabilidade pelos actos de que incumbiu terceiros – dependendo do tipo de acto que é delegado, pode a prática do acto continuar a implicar supervisão por parte de quem delegou. Se forem delegados actos de execução, em que a supervisão é mínima, a responsabilidade é do agente que aceitou a delegação. Sem pretender aprofundar esta questão, vale a pena apontar que a delegação pode ser expressa (verbal ou escrita) ou tácita (que se liga aos usos ou práticas reiteradas dos serviços).

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

No que respeita à *alínea c)* – proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional –, estamos perante o dever de protecção e defesa das práticas ilegais, ilícitas e que atentem contra o bem comum, com agravamento na ausência de competência profissional.

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

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

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

Na perspectiva deontológica, expressa-se um dever que se cruza com o plano ético e o jurídico – se, no plano ético, cada um de nós é responsável pelo Outro,

este sentido não está ausente do direito civil e penal. No direito civil, a pessoa é obrigada a responder pelas “pessoas, animais ou coisas ao seu cuidado”<sup>22</sup> e no Código Penal, a omissão de auxílio<sup>23</sup> é considerada crime, em caso de necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente ou calamidade pública ou situação de perigo comum.

### Sugestões de leitura

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

**Bem da Pessoa e Bem Comum. Um desafio à Bioética**. Ed. do Centro de Estudos de Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1998.

**Delegation Guidelines to Registered Nurses**. College of Registered Nurses of Nova Scotia, 2004.

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

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

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

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

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

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

---

<sup>22</sup> “As pessoas que, por lei ou negócio jurídico, forem obrigadas a vigiar outras, por virtude da incapacidade natural destas, são responsáveis pelos danos que eles causarem a terceiro, salvo se mostrarem que cumpriram o seu dever de vigilância ou que os danos causados se teriam produzido ainda que o tivessem cumprido”, Artigo 491.º do Código Civil Português; “Quem tiver em seu poder coisa móvel ou imóvel, com o dever de a vigiar, e bem assim quem tiver assumido o encargo da vigilância de quaisquer animais, responde pelos danos que a coisa ou os animais causarem, salvo se provar que nenhuma culpa houve da sua parte ou que os danos se teriam igualmente produzido ainda que não houvesse culpa sua”, Artigo 493.º do Código Civil Português.

<sup>23</sup> “Quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente ou calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, a integridade física ou a liberdade de outra pessoa, deixar de lhe prestar o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o socorro, é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias”, Artigo 200.º do Código Penal Português.

**The Five Rights of Delegation.** National Council of State Boards of Nursing, 1997.

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

## **Documentos de suporte**

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

**Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.**

**Carta Social Europeia.** 18 Out. 1961.

**Constituição da República Portuguesa.**

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

**Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.** 4 Abr. 1997.

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

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

**Declaração Universal dos Direitos do Homem.** 10 Dez. 1948.

DECRETO-LEI n.º 24/84 de 16 de Janeiro. Estatuto Disciplinar dos Funcionário Públicos.

DECRETO-LEI n.º 97/94 de 9 de Abril. Estabelece as regras a que devem obedecer os ensaios clínicos em seres humanos.

DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 48 051 de 27 de Novembro de 1967. Responsabilidade do Estado.

DECRETO-LEI n.º 48 357 de 27 de Abril de 1968. Estatuto Hospitalar.

LEI 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde.

**Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos e Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais.** 16 Dez. 1996.

## Artigo 80.º – Do dever para com a comunidade

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

- a) conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido,
- b) participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detectados,
- c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.

### Comentário

A responsabilidade do enfermeiro perante a comunidade surge expressa na “promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem” – a Organização Mundial de Saúde (OMS) define comunidade “como um grupo social determinado por limites geográficos e / ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, exhibe e cria normas, valores e instituições sociais”<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> STANHOPE, Márcia [et al.] – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa: Lusodidacta, 1999.

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

Os cuidados, atendendo ao todo, à comunidade, são fundamentais para o exercício da enfermagem, mesmo se o cuidado directo é prestado a indivíduos e / ou a grupos específicos. Mas, para tal, é necessário que as necessidades sejam identificadas e conhecidas, utilizando-se os instrumentos adequados.

Sendo a saúde entendida cada vez mais como assunto que respeita aos próprios indivíduos, com direitos e responsabilidades, a participação activa de uma comunidade bem informada e fortemente motivada é indispensável para a realização do objectivo comum (As Metas de Saúde para Todos). Assim, no exercício orientado para a comunidade, a prestação de cuidados de enfermagem fomenta o desenvolvimento de aptidões pessoais dos seus membros para o autocuidado e o autocontrolo em aspectos do bem-estar social e da saúde da vida diária<sup>25</sup>. A expressão do dever de “conhecer as necessidades da população e da comunidade” tanto se pode articular com a realização de diagnóstico situacional (atendendo aos diversos meios utilizados, no que respeita à recolha de informação), como o enquadramento das competências culturais (sendo os cuidados concebidos para um cliente específico, baseados na singularidade da pessoa e prestados com sensibilidade para o enquadramento cultural).

No que se refere à *alínea b)* – “participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados” – o referencial é o de uma acção participativa interagindo com uma finalidade comum, a saber: a busca de soluções para os problemas detectados.

Cada vez mais, as pessoas são informadas e estimuladas para usarem os seus conhecimentos; para adoptarem atitudes (que potencializem as suas capacidades) e a desenvolverem actividades que melhorem a saúde própria, a das respectivas famílias e a da respectiva comunidade. Deste modo, as populações têm mais opções válidas, o que permite exercer maior controlo sobre a respectiva saúde e sobre o ambiente, e permite fazer opções conducentes à saúde. Os resultados esperados são a confiança e a competência relativamente à saúde individual, familiar e comunitária, na busca de soluções para os problemas de saúde detectados (e percebidos).

---

<sup>25</sup> Carta de Otava, 5.

Parece existir uma relação muito estreita entre as três alíneas, sobretudo entre b) e c) – colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. Colectivamente, os profissionais da saúde deverão alargar o quadro tradicional da análise dos problemas de saúde, no sentido de incluírem nele os factores psicológicos, sociais, económicos e ambientais que têm influência na saúde. Assume-se uma mais estreita colaboração com os profissionais das disciplinas afins, sublinhando a necessidade de agir sobre esses factores para melhorar a saúde.

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

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

Do primeiro ponto, desdobramos a universalidade do cuidar ou do cuidado. É e será indispensável à vida das pessoas e dos grupos<sup>26</sup>. A maioria das práticas de cuidados aparece ligada às estruturas do quotidiano, como a alimentação, no sentido de sustentar a vida – e as pessoas, os grupos e as comunidades sempre asseguraram um certo tipo de cuidados. Cuidar é um acto individual sobre nós próprios, desde que adquirimos autonomia, e é também um acto de reciprocidade que prestamos aos outros que, de forma temporária ou definitiva, têm necessidade de ajuda para suprir as suas necessidades vitais.

Por outro lado, não os cuidados têm apenas carácter universal, mas também multidimensional. São marcados pelas concepções, pelas crenças e pelos valores a que se ligam tanto os que têm necessidade de procurar cuidados como os que os prestam. Se a prática dos cuidados é a essência e a dimensão pragmática, intelectual e unificadora da profissão de enfermagem<sup>27</sup>, o papel do enfermeiro

---

<sup>26</sup> COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: SEP, 1989.

<sup>27</sup> Modelo transcultural do cuidar, de Madeleine Leininger.



(e o seu dever) configura-se pela responsabilização “para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem” (enunciado do Artigo 80.º).

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

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

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

A promoção da saúde através da intervenção concreta e efectiva na comunidade implica modelos participativos que envolvam a comunidade no domínio e controlo dos seus próprios esforços e objectivos, numa tomada conjunta de decisões. Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e o realce dos estilos de vida saudáveis. O desenvolvimento comunitário traça-se através dos recursos humanos e materiais existentes na própria comunidade que capacitem a ajuda e o suporte social – dos prestadores informais, por exemplo.

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

## Sugestões de leitura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

STONE, S. [et al.] – **Comprehensive Family and Community Health Nursing**. 3.<sup>a</sup> ed. S. Louis, 1991.

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

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

## Documentos de suporte

**Carta de Otava para a Promoção da Saúde.** ed. port. Lisboa: DGS, Maio 1987.

DECRETO-LEI n.º 156/99 de 10 de Maio. «Diário da República I Série A».

DECRETO-LEI n.º 157/99 de 10 de Maio. «Diário da República I Série A». Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.

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

DESPACHO conjunto n.º 407/98 de 18 de Junho. «Diário da República II Série». 138.

DESPACHO conjunto n.º 360/99 de 28 de Abril. «Diário da República II Série».

LEI n.º 3/84 de 24 de Março. Educação Sexual e Planeamento Familiar. «Diário da República I Série A».

LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde.

LEI n.º 120/99. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva. «Diário da República I Série A».

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

Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001 de 29 de Março. Aprova o Plano de Acção Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004.

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

## **Artigo 81.º – Dos valores humanos**

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

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

## Comentário

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

Em termos da Comunidade Europeia, afirma-se que é “proibida a discriminação em razão, designadamente, do sexo, raça, cor ou origem étnica ou social, características genéticas, língua, religião ou convicções, opiniões políticas ou outras, pertença a uma minoria nacional, riqueza, nascimento, deficiência, idade ou orientação sexual” e proíbe “toda a discriminação em razão da nacionalidade”<sup>28</sup>.

A nível nacional e além da Constituição da República Portuguesa (já referida), são proibidas as discriminações no exercício de quaisquer direitos económicos, sociais ou culturais, por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica. Define-se discriminação como “qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência em função da raça, cor, ascendência, origem nacional ou étnica, que tenha por objectivo ou produza como resultado a anulação ou restrição do reconhecimento, fruição ou exercício, em condições de igualdade, de direitos, liberdades e garantias ou de direitos económicos, sociais e culturais”<sup>29</sup> e consideram-se práticas discriminatórias as que violem o princípio da igualdade. Assim, face ao valor universal da igualdade, o enfermeiro assume o dever de cuidar, sem discriminar por motivos económicos, sociais, políticos, étnicos, ideológicos ou religiosos.

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

O *princípio de beneficência* relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. É evidente que a tomada de decisão

---

<sup>28</sup> ARTIGO 21.º. «Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia». 2000/C 364/01.

<sup>29</sup> LEI n.º 134/99. Artigo 3.º (28 Ago.).

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

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

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

Kemp e Rendtorf, baseados num estudo multicêntrico europeu, acrescentaram, em 1998, outro princípio a estes clássicos, o da *vulnerabilidade*, que, como escreveu Michel Renaud, evoca “a ferida, sangrenta, dolorosa e sofrida”<sup>(30)</sup>. A nossa vulnerabilidade perante a doença que nos coloca na situação de pessoas em necessidade reclama a solidariedade e a equidade dos prestadores de cuidados. E, podendo existir vulnerabilidade temporária ou definitiva, vão sendo apontados grupos vulneráveis como as crianças, os idosos, os deficientes e os doentes inconscientes.

---

<sup>30</sup> RENAUD, Michel – Vulnerabilidade. «Cadernos de Bioética: Solicitude e Vulnerabilidade». Coimbra: Gráfica de Coimbra. 13 (Abr. 1997).

Atentando nas alíneas b), c) e d), veremos que se enunciam os deveres de salvaguarda dos grupos mais vulneráveis: as crianças, a pessoa idosa e a pessoa com deficiência. E cada uma das salvaguardas tem um sentido próprio – quanto às crianças, a protecção de qualquer forma de abuso; quanto aos idosos, a promoção da independência e do autocuidado, de forma a melhorar a sua qualidade de vida; quanto à pessoa com deficiência, a colaboração activa no sentido da sua reinserção social. Existe legislação específica de protecção para cada um destes grupos – e, em relação a eles, é, porventura, mais claro o papel do enfermeiro como *advogado* do cliente.

Sendo patente o envelhecimento da população, e a associação, nos idosos, de doenças crónicas incapacitantes e desequilíbrios psicológicos, familiares ou socioeconómicos, é dever do enfermeiro ajudar a procurar o caminho da autonomia e a fomentar uma longevidade com qualidade de vida (como o *slogan* “mais vida aos anos” complementava). É fundamental o reconhecimento do Outro (neste caso, o idoso) como pessoa autónoma.

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

Acresce que ao “respeitar e fazer respeitar” se junta o “criar condições” para que a pessoa possa exercer os seus direitos – portanto, a assunção de uma postura activa que, efectivamente, promova o exercício dos direitos.

A progressiva divulgação da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e de muitas reflexões em torno dela tem conduzido a uma visão de que o doente é “um interlocutor e não alguém que recebe ordens, um parceiro interessado”<sup>31</sup>, e não pode ser assim considerado apenas numa perspectiva utilitarista (segundo a qual, por exemplo, um doente envolvido adere mais às medidas terapêuticas e, portanto, garante maior sucesso), mas numa óptica de verdadeiro respeito pela sua autonomia.

---

<sup>31</sup> OSSWALD, Walter – Perspectivas sobre os direitos e deveres da pessoa doente. «Cadernos de Bioética». XII:30 (Dez, 2002) 161.

## Sugestões de leitura

A vida para as crianças com Sida. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 4 (Dez. 1991).

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. – **Principles of Biomedical Ethics**. 5.<sup>a</sup> ed. New York: Oxford University Press, 2001.

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

Diagnóstico pré-natal. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 18 (Nov. 1995).

Direito e bioética. Cuidados paliativos. Encontro com o outro na diferença. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. (Abr. 1999).

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

HONORÉ, Bernard – Cuidar. Persistir em Conjunto na Existência. Loures: Lusociência, 2004.

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

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

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

Qualidade de vida. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 9 (Dez. 1992).

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

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

Sufrimento e dor. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 10 (Abr. 1995).

Tratar e não tratar. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 19 (Dez. 1998).

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



VIEIRA, Margarida – Cuidar, defendendo a dignidade da pessoa cuidada. «Servir». ACEPS. 43:3 (Mai./Jun. 1995).

## **Documentos de suporte**

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

**Carta Social Europeia.** 18 Out. 1961.

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

**Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.**

**Constituição da República Portuguesa.**

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

**Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.** 4 Abr. 1997.

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

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

**Código Civil.**

DECRETO-LEI n.º 24/84 de 16 de Janeiro. Estatuto Disciplinar dos Funcionários Públicos.

DECRETO-LEI n.º 97/94 de 9 Abr. Estabelece as regras a que devem obedecer os ensaios clínicos em seres humanos.

DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

**Declaração Universal dos Direitos do Homem.** 10 Dez. 1948.

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

**Declaração de Helsínquia.** Jun. 1964. Vem reafirmar, em matéria de investigação biomédica, em seres humanos os princípios contidos no Código de Nuremberga de 1947. Adoptada pela 18.º Assembleia Médica Mundial, em Helsínquia em Junho de 1964.

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

**Declaração de Veneza sobre Doença Terminal.** 1983. Adoptada pela 34.ª Assembleia Médica Mundial em Veneza em 1983.

**Recomendação sobre a Situação dos Doentes Mentais.** 8 Out. 1977. Adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa a 8 de Outubro 1977.

**Resolução sobre a Protecção dos Doentes Mentais.** 17 Dez. 1991. Adoptada pela Assembleia Geral da ONU a 17 Dezembro 1991

**Resolução sobre os Direitos dos Portadores de HIV/Sida.** 11 Abr. 1997. Adoptada pela Comissão dos Direitos do Homem da ONU, a 11 de Abril 1997.

**Resolução sobre os Princípios de Ética Médica a Observar pelo Pessoal de Saúde no Tratamento de Reclusos.** 18 Dez. 1982. Adoptada pela Assembleia Geral da ONU, a 18 de Dezembro 1982.



## **Artigo 82.º – Dos direitos à vida e à qualidade de vida**

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

- a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;
- b) respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
- c) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- d) recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

### **Comentário**

Do direito à vida decorrem os deveres dos enfermeiros, assumidos no âmbito da garantia de respeito ao longo do ciclo vital. Aliás, este direito tem assumido o primado e é considerado um limite aos avanços científicos – de pouco ou nada adiantaria a proteção de direitos fundamentais, como a igualdade, a intimidade, a liberdade, o bem-estar, se não erigisse a vida humana como um desses direitos.

Somente neste contexto se compreende a proibição do aborto, da eutanásia, da pena de morte e a não-aceitação do suicídio. Como direito da personalidade, trata-se de um direito absoluto, indisponível, irrenunciável e intransmissível.

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

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

O Artigo 2.º da Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina, adoptada, em Novembro de 1996, pela assembleia parlamentar do Conselho da Europa, refere que “os interesses e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade”.

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

Na *alínea b)*, reitera-se 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, cujo valor não é susceptível de ser objectivado (ou seja, considera-se o valor não-instrumental de cada pessoa) – realidade em que consiste a sua dignidade (conforme parecer 11/CNECV/95).

O reconhecimento da dignidade da pessoa humana exige o respeito pelos seus direitos, perspectivados na sua indivisibilidade. Nesta perspectiva, articula-se com

o princípio geral de defesa da dignidade da pessoa humana (Artigo 78.º, 1), assim como com os deveres de humanização dos cuidados (Artigo 89.º).

Afirma-se<sup>32</sup> que não é a personalidade jurídica que justifica o tratamento dado pelo Direito ao ser humano, antes é a circunstância de este ser possuir natureza humana que justifica o reconhecimento da personalidade jurídica pelo direito (o que surge como consequência). Assim, o valor primário e primeiro é o ser humano, garantindo-se a inviolabilidade da sua vida e o respeito pela sua dignidade.

Na *álínea c)*, afirma-se o dever de “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida”.

O Parlamento Europeu, na sequência de audições públicas levadas a cabo pela Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos, elaborou um extenso relatório no qual afirma, sem hesitações, que “a vida humana começa com a fecundação e desenvolve-se sem saltos de qualidade, numa continuidade permanente até à morte”. Neste sentido, equaciona-se uma linha do início ao fim de vida.

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

E, não obstante a importância das questões levantadas pelo *fim da vida* (cruzar com a análise do Artigo 87.º e ver, em anexo, o enunciado da posição do Conselho Jurisdicional relativo à eutanásia), a problemática da vida e da qualidade de vida também se situa no *início da vida* – o embrião / feto é praticamente ignorado nas declarações de direitos que têm sido feitas a nível mundial. Só recentemente a Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Biomedicina (1997) começou a fazer algumas referências à vida intra-uterina, começando a falar-se

<sup>32</sup> OTERO, Paulo – **Personalidade e Identidade Pessoal e Genética do Ser Humano**. p. 31-32.

do embrião / feto e da vida fetal como sujeito de direitos. É indiscutível, à luz do actual conhecimento, que o embrião / feto necessita de tutela jurídica, e a sua protecção configura-se como um dever do Estado (a este respeito, ver, em anexo, o Enunciado de Posição do Conselho Jurisdicional sobre a interrupção voluntária de gravidez – IVG).

A Lei n.º 90/97, de 30 de Julho, determina os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de IVG. No entanto, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida defende que não é relevante a questão do prazo ou a sua extensão para as causas de exclusão de ilicitude, dado que a questão ética de fundo é a própria IVG e não a fase da vida pré-natal em que é praticada (posição sobre o procedimento a adoptar em caso de fetos vivos, resultantes de abortamento – 28/CNECV/99). O Código Penal, na medida em que estabelece prazos em relação à admissibilidade da IVG, confere ao embrião / feto apenas uma “protecção escalonada”.

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

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

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

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

## Sugestões de leitura

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

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

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

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

CONSELHO Internacional de Organizações de Ciências Médicas (CIOMS) – **Directrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos**. S. Paulo: Edições Loyola, 2004.

CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – **As condições do exercício da maternidade e da paternidade na sociedade portuguesa (36/CNECV/2001)**.

CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – **Ética da Vida: Concepções e Debates**. Actas do III Seminário 1995. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1996.

Diagnóstico pré-natal. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 10 (Nov. 1995).

Direitos individuais e bem comum. Dimensão ética da abordagem do doente terminal. Verdade em saúde. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 5 (Dez. 1993).

Do sentido do corpo ao estatuto do embrião e feto. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 14 (Jul. 1997).

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

Institucionalização da Bioética. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 11 (Mar. 1996).

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

Pessoa – intimidade, respeito, identidade. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 7 (Dez. 1994).



Qualidade de vida. Qualidade de vida no início da vida. Qualidade de vida em situações-limite. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 4 (Dez. 1992).

REDE Europeia Medicina e Direitos do Homem – **A Saúde face aos Direitos do Homem, à Ética e às Morais**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

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

SERRÃO, Daniel – A medicina e a ética no século XXI. «Brotéria». 144 (1997).

Ética da Vida. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 15 (Dez. 1997).

### Documentos de suporte

ARTIGO 2.º; ARTIGO 3.º. «Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais». (4 Nov. 1950).

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

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

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

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

**Carta Social Europeia**. 18 Out. 1961.

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

**Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina**. 4 Abr. 1997.

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

DECRETO-LEI n.º 259/2000 de 17 de Outubro. Regulamenta a Lei 120/99 de 11 de Agosto, fixando condições de promoção da saúde sexual e de acesso

dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar.

**Declaração Universal dos Direitos do Homem.** 10 Dez. 1948.

LEI n.º 12/93 de 22 de Abril. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de natureza humana.

LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto. Base I – Princípios gerais; Base V – Direitos e deveres dos cidadãos; Base XIV – Estatuto dos utentes. «Lei de Bases da Saúde».

LEI n.º 120/99 de 11 de Agosto. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva.

PARECER 21/CNECV/97 sobre implicações éticas da clonagem.

PARECER CNECV sobre os critérios de morte cerebral.

PORTARIA n.º 189/98 de 20 de Novembro. Estabelece as medidas a adotar nos estabelecimentos oficiais de saúde que possuam serviços de obstetrícia, com vista à efectivação da interrupção da gravidez, nos casos e circunstâncias previstos no Artigo 142.º do Código Penal.

**Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos.** 16 Dez. 1996.

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

**Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2000 de 18 de Maio.** Aprova os 30 principais objectivos da luta contra a droga e a toxicodependência. Horizonte 2004.

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



## **Artigo 83.º – Do direito ao cuidado**

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

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

### **Comentário**

A base ou o enunciado dos deveres é o direito ao cuidado na saúde e na doença. O cuidado nasceu no espaço privado, na família, muito ligado ao papel

da mulher – “uma ética do cuidado, historicamente realizada sobretudo pelas mulheres na cultura ocidental, nas suas práticas quotidianas do cuidado dos vulneráveis da sociedade” (Parecer 26/CNECV/99) –, e não se conforma no paradigma científico biomédico.

As instituições de saúde são lugares de controlo e de manutenção da saúde, de construção, desconstrução e reconstrução de saberes sobre a saúde e o bem-estar. Espaços onde as pessoas têm direito ao cuidado e ao conforto.

O cuidado é uma actividade-fim no trabalho de enfermagem, ou seja, constitui-se como finalidade. Visa contribuir para o bem-estar e o bem-viver a que todas as pessoas têm direito – considerando, na promoção do “bem-viver”, uma vida digna que tem, como situação-limite, uma morte digna. A acção de cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético e intuitivo.

O “direito à saúde”, entendido na sua formulação abstracta, pode ser interpretado restritivamente como direito individual (que permitiria a cada um exigir para si a mobilização dos meios necessários ao seu caso), ou, de forma ampla, o acesso da população às ofertas disponibilizadas pelo progresso científico nesta área. O discurso da universalização dos cuidados de saúde e da acessibilidade aos mesmos, a par do desenvolvimento das tecnologias e do problema da alocação de recursos, redimensionam a questão do direito ao cuidado na saúde e na doença.

Na *alínea a)*, o enfermeiro assume “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”, o que afirma a co-responsabilização e a acção em tempo útil.

A responsabilização articulada entre intervenientes diferentes faz reportar para o domínio das actividades interdependentes – quando o enfermeiro desenvolve a sua acção, sem ser o prescriptor propriamente dito. E esta co-responsabilidade define-se no sentido de garantir o atendimento “em tempo útil” – e entende-se que o tempo útil, dependendo da actividade e do contexto, será o necessário para assegurar que não existem atrasos “no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”.

Na *alínea b)* – “orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência” – pode entender-se que o “profissional de saúde” referido pode ser da equipa de saúde e / ou um enfermeiro. Assim, no primeiro caso, estaremos face à questão do encaminhamento e da colaboração com outros profissionais de saúde, que não enfermeiros, o que reporta para os deveres decorrentes do Artigo 91.º. Na

segunda perspectiva, o enfermeiro orienta para outro enfermeiro, mais bem colocado para responder ao problema. Na base deste encaminhamento está a capacidade de o enfermeiro reconhecer e identificar as suas competências, discernindo entre as possibilidades de intervenção próprias e de terceiros. O que está em causa é a noção da “mais correcta assistência” que se possa prestar à pessoa.

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

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

A eficácia da intervenção é determinada também pela continuidade – que, na *alínea d)*, se assegura pelo registo fiel das observações e intervenções. E esta assunção – decorrente da expressão “fielmente” – instaura um valor de verdade no registo, que deve ser relativo a “observações” e “intervenções”. A ausência de registo pode ser assumida como ausência de realização, com as implicações que decorrem desta possibilidade. Por outro lado, a extensão do registo pode condicionar a sua comunicabilidade e utilização – assim, a expressão ética do “justo meio”, da procura de equilíbrio entre o registado e os significados do registo, torna-se assaz pertinente.

A *alínea e)* – “manter-se no seu posto de trabalho, enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade dos cuidados” – ou seja, garantir um *continuum* presencial do enfermeiro no local de trabalho, sempre que a sua ausência interfira com a continuidade dos cuidados. É claro que o utente tem direito à continuidade dos cuidados (conforme à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes) e este dever reporta-se à garantia do direito do cliente. Por isso,

o enfermeiro tem o dever de se manter no local de trabalho, até ser substituído, garantindo a segurança, a vigilância contínua e a disponibilidade para agir.

### Sugestões de leitura

BANDMAN, Elsie L.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics Through The Life Span**. 3.<sup>a</sup> ed. London: Prentice Hall International, 1995.

BURKHARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita – **Ethics & Issues In Contemporary Nursing**. 2.<sup>a</sup> ed. New York: Delmar, 2001.

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

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

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

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

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

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

### Documentos de suporte

ARTIGO 64.º: Saúde. «Constituição da República Portuguesa».

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

DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (21 Abr.).

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros.

LEI 48/90 de 24 de Agosto. Base I: Princípios gerais; Base V: Direitos e Deveres dos Cidadãos; Base XIV: Estatuto dos utentes; Base XVI: Formação do pessoal de saúde. «Lei de Bases da Saúde».

**Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos**. 16 Dez. 1996

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

## Artigo 84.º – Dever de informar

No respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de:

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

### Comentário

Esta perspectiva – da informação como dever – assenta sobre bases sólidas, como são os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da Pessoa.

Atentemos na afirmação “o respeito pelo direito à autodeterminação”: pode entender-se que tal significa o respeito pelo princípio da autonomia e considerá-la não em termos absolutos, mas como um valor, como algo que deve ser protegido, apoiado e promovido, já que se enraíza na liberdade individual e no respeito



pelas decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas.

Na alínea a), a informação é clarificada no que respeita ao âmbito da mesma – cuidados de enfermagem –, não havendo dúvidas quanto ao conteúdo da informação que o enfermeiro tem o dever de fornecer. Pode, no entanto, equacionar-se qual a interpretação de “indivíduo” e de “família”, já que se entende que a informação sobre cada um a cada um pertence. Por isso, o Professor Walter Osswald afirmava que o dever de informar é um dever para com o utente / doente. Isto é, o utente e a família, nesta matéria, não são “grandezas do mesmo género, ou seja, o dever de informar é ao doente e não à família e não a todos os colegas da equipa”<sup>33</sup>. Assim, deve assegurar-se que a informação à família é facultada ou não, de acordo com a vontade expressa do indivíduo, no que a este concerne, salvaguardando-se as situações em que o princípio da beneficência se sobrepõe. Por exemplo, importa informar a família sobre as necessidades do idoso que carece de cuidados em casa e a evolução provável, para que possam agir para bem dele. Por outro lado, a família pode ser, ela própria, como um todo, alvo de cuidados ou considerada como unidade de cuidados e, aqui sim, destinatária da informação. Em jeito de anotação, vale a pena ter em conta que informar significa “transmitir dados sobre qualquer coisa”, sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza, e contribui para o processo de adaptação e para a tomada de decisão. Assim, a informação é constituída por dados revestidos de significado e relativos a um contexto útil.

“Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, que preconiza a alínea b), fundamenta-se no respeito pela autonomia que pressupõe o consentimento. É o “direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os próprios doentes têm, para decidir sobre si [...] Este novo modelo conceptual é precisamente o fundamento da teoria do consentimento informado”<sup>34</sup>.

Também a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina configura como regra geral que: “qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois de a pessoa em causa dar o seu consentimento de forma

---

<sup>33</sup> Citação de Excerto da intervenção do Prof. Walter Osswald como comentador na mesa “O dever de informação”, no Seminário *Informação e Confidencialidade*, 7 de Dezembro de 2000, Auditório Cardeal Medeiros – Universidade Católica.

<sup>34</sup> Consentimento livre e esclarecido. «Circular Direcção Geral de Saúde». p. 1.

livre e esclarecida. A esta pessoa deverá ser dada previamente uma informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como quanto às consequências e riscos. A pessoa em causa poderá, a qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”<sup>35</sup>.

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

1 – o consentimento deve ser voluntário, livre de coacção e baseado em informação correcta;

2 – a pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha – ou seja, pressupõe-se a formação de uma vontade esclarecida, tanto de decisão em relação a consentir na proposta que lhe é feita (como no consentir em que lhe sejam prestados cuidados de enfermagem), e tenha-se em conta que muita informação não significa esclarecimento;

3 – o consentimento deve ser o acto de uma pessoa competente, no sentido jurídico – desde que possuidora do discernimento necessário para avaliar o seu sentido no momento em que o presta (Artigo 38.º do Código Penal).

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

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

1– explicar de forma simples e compreensível, para aquele utente em concreto, quais são os seus problemas e obter o seu assentimento / consentimento (implícito, tácito);

2 – compreender que as prioridades do doente não são as nossas e que outros problemas, além dos de âmbito médico, podem ser prioritários para ele;

3 – não excluir o utente de qualquer decisão que lhe diga respeito;

4 – respeitar o seu desejo expresso, seja ele:

– aceitar ou recusar a proposta de intervenção / cuidados que foi feita,

– querer dar o seu consentimento sem receber determinadas informações,

– não querer ser informado, porque cada pessoa tem este direito, quando esta for sua vontade expressa.

---

<sup>35</sup> MARTINHO DA SILVA, Paula – Parte II: Consentimento; Artigo 5.º: Regra geral. «Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina anotada». Lisboa: Edições Cosmos, 1997. p. 38.

Considere-se ainda a figura do “consentimento presumido”, que nos surge em duas situações, legalmente previstas<sup>36</sup>:

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

2 – quando tiver sido dado consentimento para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde.

O consentimento presumido equipara-se, na lei, ao consentimento efectivo “quando a situação em que o agente actua permitir, razoavelmente, supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no acto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado”<sup>37</sup>. Assim, a necessidade de consentimento não é absoluta, mas, como diz a sabedoria popular, a excepção confirma a regra.

Na nossa legislação sobre o consentimento, mais concretamente, no Artigo 38 do Código Penal refere-se o seguinte: “[...] 2 – O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto. 3 – O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance, no momento em que o presta [...]”.

O Código Penal fornece mais referências ao consentimento, sendo de salientar o Artigo 157.º – Dever de esclarecimento – onde se preserva a eficácia do consentimento na situação de o paciente ter sido “devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento”, mas onde não deixa de se ter a seguinte salvaguarda para tal esclarecimento: “salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica”.

Como refere a alínea c), “os enfermeiros estão também obrigados a atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”. Ou seja, dar resposta,

---

<sup>36</sup> ARTIGO 156.º, n.º 2. «Código Penal».

<sup>37</sup> ARTIGO 39.º, n.º 2. «Código Penal».

com responsabilidade (logo, com exactidão e incluindo apenas os conteúdos pertinentes à sua finalidade) e cuidado (gentileza, atenção, utilizando os instrumentos básicos da profissão, como a observação e a relação de ajuda). Na área da explicação, poderemos estar a falar de explicitação de mensagens, encaminhamento, validação de ensinamentos, seja o que for que seja solicitado em relação aos cuidados de enfermagem. É claro que informar baseia-se em comunicar – e vive das competências e habilidades comunicacionais de cada um.

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

### Sugestões de leitura

**A Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe.** Amsterdam: World Health Organisation, 1994.

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

Consentimento Informado. In: «Actas do I Seminário promovido pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida». Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1992.

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

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

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

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

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

PARECER CJ/07-2000 sobre recusa de tratamento / consentimento informado. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.

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

REIS, Ana; CAMACHO, Eugénia – Consentimento informado: direito de o doente decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta. «Nursing». Lisboa. 134 (1999) 41-50.

RENAUD, Maria Isabel – A pessoa humana. «Servir». Lisboa. (1990) 159-165.

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

### **Documentos de suporte**

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

CIRCULAR DGS n.º 15/DSPCS de 23 DE MARÇO de 1998. Consentimento livre e esclarecido.

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

**Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina**. 1997.

LEI n.º 36/98 de 24 de Julho. Lei de Saúde Mental. Regula o internamento compulsivo.

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

## **Artigo 85.º – Do dever de sigilo**

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

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

### **Comentário**

O segredo, na saúde, é, em primeiro lugar, uma tradição deontológica que remontará a Hipócrates, no século V a. C. O célebre médico inscreveu, no seu

juramento, que visava a moralização da prática médica, uma regra respeitante aos segredos do doente que formulou aproximadamente assim: “Tudo o que verei ou ouvirei na sociedade, durante o exercício ou mesmo fora do exercício da minha profissão e que não deverá ser divulgada, manterei segredo, considerando uma coisa sagrada.” A contextualização na profissão é clara no juramento de Nightingale, afirmando a confidencialidade do que for revelado pelos próprios e pelos familiares.

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

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

Com isto, salvaguarda-se que o dever de sigilo ou de segredo existe como forma de preservar um direito, ou seja, é pelo direito à confidencialidade que se afirma o dever de sigilo. Aliás, há quem estabeleça uma relação mais directa com a privacidade, como é o caso de Gavison (1980), que concebe a privacidade como “acessibilidade limitada” e a considera o resultado de três componentes: segredo (reserva de informação sobre um indivíduo), anonimato e isolamento (no sentido de inacessibilidade física a um indivíduo). Invocando a ideia da tutela da dignidade humana, poderá configurar-se que estamos a circular na área da protecção da intimidade / reserva da vida privada, da privacidade.

“O enfermeiro deve considerar confidencial toda a informação que diga respeito ao destinatário de cuidados e família, qualquer que seja a fonte, afirma a alínea a). Os enfermeiros utilizam instrumentos e metodologias de recolha de informação – pode constituir exemplo a colheita de dados, realizada em situação de acolhimento no hospital ou no centro de saúde. Ora, seja qual for o benefício potencial da colheita de dados, é sempre uma ingerência na vida e nos sentimentos pessoais. E o acesso do profissional a uma série de informações sobre uma pessoa ocorre apenas mercê desta qualidade de profissional. Daí que haja que assegurar a confidencialidade de toda a informação – tanto dos dados narrados pelo próprio como por terceiros (incluindo nestes as pessoas significativas

e os profissionais). Além de que é importante ter em conta o critério de utilidade e pertinência da informação recolhida, que deverá “servir” para contribuir para a personalização dos cuidados – assim, só deverá ser colhida a informação necessária e, esta, sob a protecção da confidencialidade, do que foi dito ou escrito em confidência, em segredo ou sob sigilo.

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

E, note-se, o segredo profissional “é um caso especial do segredo confiado”<sup>38</sup> e não é privilégio, mas responsabilidade do profissional. Algumas informações são confiadas ao enfermeiro, com base numa relação estabelecida. Outras encontram-se escritas no processo e há que ter em conta a pertinência, o pressuposto de serem próprias para o fim a que se destinam. De entre os interlocutores possíveis, devem seleccionar-se os que estão “implicados no plano terapêutico” (de onde decorre uma diferença assinalável entre equipa de saúde e equipa terapêutica).

“Partilhar informação que nos foi confiada, significa necessariamente solicitar a autorização do seu proprietário”<sup>39</sup> e fazê-lo apenas com os implicados no processo terapêutico, tendo em conta os critérios orientadores. Tem de ser acautelada a partilha acidental de informação, que tanto se pode verificar numa conversa em local inadequado (elevador, café, outro quarto, corredores etc.), como em consulta a um perito que não fica implicado no plano terapêutico ou quando outro profissional da saúde solicita informações.

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

---

<sup>38</sup> ARCHER (1996) p. 191.

<sup>39</sup> Excerto da intervenção de Armandina Lopes na comunicação “Partilha da informação”, na mesa “O dever de sigilo”, no seminário *Informação e Confidencialidade*. 7 Dez. 2000.



Também a **Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe**, no capítulo referente à “Confidencialidade e Privacidade”, declara que: “Toda a informação acerca do estado de saúde, estado clínico, diagnóstico, prognóstico e tratamento, bem como a restante informação de carácter pessoal devem ser mantidas confidenciais, mesmo após a morte”<sup>40</sup>

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

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

Assim, a confidencialidade é a regra. Contudo, admite-se que é um dever com limites – porque o direito do próprio tem necessariamente uma circunscrição própria. Há que ter em conta que os limites do dever de sigilo se jogam com o direito individual e colectivo, como é o caso da obrigação de notificação de algumas doenças. Trata-se de um confronto de valores que não consideramos do mesmo valor. E para ultrapassar estes limites e divulgar o que é objecto de sigilo (de acordo também com o Artigo 135.º do Código Penal, relativo ao segredo profissional), é necessário aconselhamento, pelo que cada um deve cumprir os requisitos e critérios para tal conduta – ou seja, recorrer a aconselhamento previamente à decisão de divulgar ou não a informação realçando-se que, mesmo face a um possível aconselhamento no sentido de poder ser quebrado o sigilo, é ao próprio que compete a decisão final, a assunção do acto e das respectivas consequências).

---

<sup>40</sup> Tradução de “4.1. – All information about a patient’s health status, medical condition, diagnosis, prognosis and treatment and all other information of a personal kind must be kept confidential, even after death.”. In: «A Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe». Amsterdam: World Health Organisation, 1994. p. 13.

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

Naturalmente, a situação de aprendizagem, de desenvolvimento do saber ou de promoção da qualidade não está isenta dos princípios orientadores gerais – o anonimato deve ser preservado, garantindo a protecção da identidade. Sendo importante que se aprenda, investigue e analise as práticas, o princípio do respeito pela confidencialidade e pela guarda de segredo nunca cede terreno a tais benefícios.

Das figuras contempladas no ordenamento jurídico português relativas ao segredo profissional (considerado princípio basilar e transversal a todas as profissões na área da saúde), destacaríamos a violação de segredo<sup>41</sup>, que tem uma função específica no plano da protecção da privacidade da vida privada. Sendo considerado crime, admite a punição independentemente de qualquer perigo ou dano patrimonial que possa provocar.

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

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

## Sugestões de leitura

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

BURKHARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita – **Ethics & Issues in Contemporary Nursing**. 2.ª ed. New York: Delmar, 2001.

---

<sup>41</sup> ARTIGO 195.º: Violação de segredo: “Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte, é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias”.

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

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

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

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

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

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

VIEIRA, Margarida – Sobre o Segredo Profissional do Enfermeiro. «SOS Journal de Enfermagem». (2000) 9.

### **Documentos de suporte**

ARTIGO 12.º. «Declaração Universal dos Direitos do Homem». 1948.

ARTIGO 135.º: Segredo profissional. Dos crimes contra a reserva da vida privada. «Código Penal». Cap. VII.

#### **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.**

**Confidentiality and privacy.** A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe.

PARECER CNECV sobre o Sigilo Médico, 2001.

**Recomendação relativa à Protecção dos dados Médicos.** Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa a 13 de Fevereiro 1997.

## Artigo 86.º – Do respeito pela intimidade

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

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

Os sentimentos de pudor e interioridade, expressos no enunciado, inerentes à pessoa, têm componentes que excedem a pura satisfação de um direito formal. A 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.

Pensar o corpo<sup>42</sup> além das dimensões do corpo objectivo, do corpo expressivo e do corpo vivido, reporta-nos para as marcas do tempo, da saúde e da doença, para a compreensão cultural do corpo. A questão do pudor reporta para o corpo, mas não exclusivamente. O corpo concreto, que qualifica um ser real, é o espaço

---

<sup>42</sup> RENAUD, Isabel – Corpo humano. In: NEVES, M. C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.). «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

da ancoragem do ego e da personalidade. Confinado no espaço e no tempo, o corpo está envolvido nas e pelas emoções, misturando sensório e motricidade. Factor de identidade, o facto de se ter um corpo e de se ser um corpo representa a adaptação possível ao meio ambiente. O sentido de tocar está ligado à pele, e, assim, o toque, se é securizante, permite ao outro reestruturar-se corporalmente – todavia, pode colocar a integridade corporal em perigo, se existir recusa. Moraga (1990) refere que na prática de enfermagem existe o corpo da pessoa cuidada e a qualidade de toque que a enfermeira oferece. Assim devem ser aprendidas formas de tocar o outro que confirmem um cuidar securizante e confiante.

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

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

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

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

Na alínea b) – “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” – está patente o dever de proteger, seja em realização ou em delegação a esfera da privacidade e intimidade. É possível cruzar este dever com o Artigo 11.º da Carta

dos Direitos e Deveres dos Doentes, quando se refere que qualquer “acto de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de outros elementos”.

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

### Sugestão de leituras

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RENAUD, Maria Isabel – Corpo humano. In: NEVES, M. C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

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

### **Documentos de suporte**

ARTIGO 12.º. «Declaração Universal dos Direitos do Homem». 1948.

**Declaração dos Direitos do Doente.** Lisboa, 1981.

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

## **Artigo 87.º – Do respeito pelo doente terminal**

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

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

### **Comentário**

O enunciado afirma o enquadramento decorrente de “acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal”. Considera-se que no estágio de evolução chamado “terminal” a morte é previsível a, mais ou menos, curto termo. Daniel Serrão (1990) afirma serem doentes terminais “aqueles para quem a ciência e a tecnologia não têm meios para suspender a morte.”. Trata-se de uma pessoa que tem “a morte anunciada” (na expressão de W. Osswald), aproximando-se a sua vida do termo, pela existência de uma doença inexorável, para a qual não existe cura ou cuja progressão não existe meio de interromper. Neste caso, as intervenções levadas a cabo visam atenuar os sintomas da doença (em particular,



a dor), sem agir sobre a causa. Neste contexto, o objectivo dos cuidados é preservar não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana, que é a possibilidade de cada ser humano, por intermédio da sua consciência, agir livremente, bem como de se autodeterminar. Estamos na área dos cuidados paliativos – que apelam a meios proporcionados e que, na definição da OMS, têm como objectivo “a obtenção de melhor qualidade de vida para o doente e sua família.”

Os desafios éticos nesta etapa da vida dizem directamente respeito ao sentido atribuído aos últimos momentos de vida. Nas nossas sociedades, polarizamos o sentido da existência humana em torno do princípio do respeito pela vida e pela qualidade de vida. E todas as escolhas se confrontam com estas escolhas de valores. O sentido ético da morte está presente quando cada um de nós toma consciência de que temos os dias contados, o que nos impele a avançar na construção do nosso projecto de vida.

A morte biológica é universal e implacável (“catástrofe biológica”, na expressão de Abiven). Mas a morte humana é singular, podendo ser compassiva à medida da existência que a assume. Por isso é que a consciência da morte nos faz descobrir novos valores ou os recontextualiza – valores como a humildade, o perdão, a coragem, a esperança. Reporta-nos a um destino comum de todos os seres humanos. Em última instância, a humanização da morte pode humanizar a vida<sup>43</sup>.

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

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

Kubler-Ross (1985) identificou cinco etapas nas possíveis reacções emocionais vivenciadas pelas pessoas, perante o diagnóstico de doença grave ou incurável, a saber: a negação, a cólera, a negociação, a depressão e a aceitação<sup>44</sup>. O conhecimento do processo de perda e, fundamentalmente, a compreensão

---

<sup>43</sup> ABIVEN, Maurice – **Para uma Morte mais Humana**. Loures: Lusociência, 2001. p. 34.

<sup>44</sup> PACHECO, Susana – **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética**. Loures: Lusociência, 2002.

empática das emoções vividas pelo doente e seus familiares constituem-se como os pilares orientadores da acção do enfermeiro.

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

Morrer é bem mais do que um direito. É um facto universal, talvez o acontecimento mais universal na vida humana<sup>45</sup>. E morrer com dignidade é “morrer em paz, morrer com os outros, morrer em companhia, morrer com aqueles a quem queremos e que nos querem. Não morrer só. Morrer, evidentemente, com assistência médica – que não substitui, entretanto, a assistência afectiva”<sup>46</sup>, a que Mário Raposo acrescenta o apoio espiritual, respeitando a vontade (real ou presumida) do doente terminal.

O enfermeiro acompanha o doente privilegiando a sua qualidade de vida; minorando a dor – respeitando o direito do doente a receber analgesia adequada, ajudando-o a aceitar e a preparar-se para a morte<sup>47</sup>, beneficiando dos cuidados paliativos e do acompanhamento psicológico, tendo presente que a omissão de tratamentos inúteis ou a interrupção dos “meios artificiais” não são eutanásia. Compete-lhe respeitar o direito a uma morte com dignidade, não sendo a pessoa sujeita a tratamentos ou ao uso de terapia inútil (“fútil”), face à convicção e ao saber científico como o chamado “encarniçamento” (obstinação) terapêutico, ou as “terapias parciais” em casos oncológicos que conduzam apenas ao “arrastar” do sofrimento, uma vez que a cura não é mais possível<sup>48</sup>.

Esta ajuda peculiar durante o processo de morrer é realizada através da solidariedade, da presença, da atenção, do auxílio a dar um sentido ao tempo que falta viver, garantindo à pessoa o direito a morrer a sua própria morte<sup>49</sup>.

<sup>45</sup> MARQUES, Adelino – **Da Vida à Morte**. p. 204.

<sup>46</sup> CORTINA, Adela. (s/d), p. 189.

<sup>47</sup> **Recomendação sobre os direitos dos doentes e dos moribundos.**

<sup>48</sup> LOPES CARDOSO, Augusto – «Colecção Bioética». 5 (s/d) 225. Ver ainda a Declaração de Veneza sobre Doença Terminal e a Declaração Final sobre a Dignidade do Agonizante (5.ª Assembleia Geral da Academia Pontifícia para a Vida (Fev. 1999)).

<sup>49</sup> MELO, Helena P. – Aspectos jurídicos dos direitos do doente. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Gráfica de Coimbra. 5 (s/d) 117.

Note-se que, de acordo com a Lei n.º 36/96 de 29 de Agosto, se adoptam providências relativamente a cidadãos condenados a pena de prisão, afectados por doença grave e irreversível, em fase terminal. Preconiza esta lei que, nesta situação, “podem beneficiar de modificação da execução da pena quando a tal se não oponham exigências de prevenção ou ordem e paz social” (Artigo 1.º, n.º 1), sendo possível que a modificação da execução da pena revista a modalidade de internamento do condenado em estabelecimento de saúde ou de acolhimento adequado ou obrigação de permanência em habitação. Assim, o enquadramento legal prevê que, em situação de doença terminal, e com pedido de modificação de execução de pena (por parte do condenado ou de familiar), um condenado a pena de prisão possa escolher o local (e as pessoas) que o acompanham na fase final da vida.

Da leitura da *alínea b)*, emerge a chamada de atenção para diferentes naturezas e vivências de perda – a perda de quem se sente ser o sujeito no processo de conclusão do curso de vida e das múltiplas ligações criadas ao longo da sua história pessoal. A perda de quem está ligado a este sujeito por importantes laços de apego que não só consubstanciam o seu universo relacional como são estruturantes do seu sentido de viver.

Com todo o “poder” que a morte sustenta, e face ao impacte invasor de “ausência total e permanente” que ela impõe, a “reação à perda” não pode ser entendida apenas como um “comportamento”, mas reveste-se de um valor muito mais abrangente, onde se interpenetram, de forma dinâmica, cognições e sentimentos, integrados numa estrutura psicológica particular e numa situação global de vida, no momento em que a perda ocorre, sendo traduzida e expressa numa cultura onde o sujeito se insere.

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

Não raro é a própria perspectiva de perda poder espoletar, no plano cognitivo e afectivo, a vivência da perda temida, como os pais de crianças com doenças fatais, em que o processo de luto se inicia no momento em que lhes é comunicado o diagnóstico. Quando se perde alguém, sobretudo quando se tem pouco tempo para a preparação, fica-se com raiva, revoltado, desesperado. O enfermeiro deve permitir que essas sensações se extravasem livremente, colocando-se à

disposição e deixando os familiares falar, chorar e expressar livremente a sua dor. Se houver alguém que tolere a sua raiva, terá ajudado a que se tenham dado largos passos na aceitação sem culpa. Se forem recriminados por não reprimirem estes pensamentos pouco aceites socialmente, estar-se-á a prolongar o pesar, a vergonha e o sentimento de culpa, que resultam, frequentemente, em abalo da saúde física e emocional (Kubler-Ross, 1996).

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

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

Assim, os cuidados de enfermagem ao corpo serão “a última medida a ser implementada [...] o enfermeiro necessita de estar consciente de alguns mecanismos de defesa, tais como o riso, palavras ásperas e brincadeiras podem ser particularmente desagradáveis”<sup>50</sup>. Em última instância, o respeito para com o corpo pode ser encarado como outra forma de respeitar a família enlutada.

## Sugestões de leituras

ABIVEN, Maurice – **Para uma Morte Mais Humana**. Loures: Lusociência, 2001.

BURKHARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita – **Ethics & Issues in Contemporary Nursing**. 2.ª ed. New York: Delmar, 2001.

FRIAS, Cidália – **A Aprendizagem do Cuidar e a Morte**. Loures: Lusociência, 2003.

---

<sup>50</sup> SORENSEN; LUCKMANN – **Enfermagem Fundamental**. Loures; Lusodidacta, 1998. p.1878.

MELO, Helena P. – Aspectos jurídicos dos direitos do doente. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Gráfica de Coimbra. 5.

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

PACHECO, Susana – **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética**. Loures: Lusociência, 2002.

PERIE, Catherine – Soigner la dignité de l’homme. «La Revue de L’Infirmière». 5 (1991) 24-26.

RULAND, Cornèlia; MOORE, Shirley – Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. «Nursing Outlook». 46:4 (1998) 169-175.

SEBAG-LANOË, René – Mourir accompagné. Desclée de Brouwer. Épi: Orne, 1987.

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

SORENSEN; LUCKMANN – **Enfermagem Fundamental**. Loures; Lusodidacta, 1998.

VIEIRA, Margarida – Aspectos ético-legais dos cuidados paliativos: qual o papel do enfermeiro. «Dossier Sinais Vitais – Cuidados Paliativos». Coimbra: Sinais Vitais. 4 (2000) 29-39.

VIEIRA, Margarida – Comentário à mesa redonda opções difíceis: controvérsias e limites. «Actas do VII Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Tempo de Vida e Tempo de Morte». Coleção Bioética VII. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. (2001), p. 175-179.

### Documentos de suporte

ARTIGO 2.º: Outros direitos pessoais; ARTIGO 24.º: Direito à vida; ARTIGO 25.º: Direito à integridade pessoal. «Constituição República Portuguesa».

ARTIGO 70.º: Tutela geral da personalidade; ARTIGO 71.º: Ofensas a pessoas já falecidas. «Código Civil».

ARTIGO 185.º: Ofensa à memória de pessoa falecida; ARTIGO 254.º: Profanação de cadáver ou de lugar fúnebre. «Código Penal».

**Declaração de Veneza sobre Doença Terminal**. Veneza, 1983.

**Declaração sobre Eutanásia da Associação Mundial de Medicina**. Madrid, 1987.

**Declaração sobre a Eutanásia: Congregação para a Doutrina da Fé**. Vaticano, 1987.

**Declaração sobre o Suicídio Assistido por Médico.** Marbella: Associação Mundial de Medicina, 1992.

DECRETO-LEI n.º 411/98 de 30 de Dezembro. Com alterações introduzidas pelo D.-L. n.º 5/2000 de 29 de Janeiro: Regime jurídico da remoção, transporte, inumação, exumação, transladação e cremação de pessoas falecidas.

LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto. Base XIV – Estatuto dos utentes. «Lei de Bases da Saúde».

LEI n.º 141/99 de 28 de Agosto. Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte.

**PARECER CNECV sobre o Acompanhamento do Doente Terminal.**

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



## **Artigo 88.º – Da excelência do exercício**

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

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



## Comentário

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

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

Definir *excelência* do exercício do enfermeiro não é tarefa fácil, mas podemos associar o conceito a uma ideia de nível superior da prestação de cuidados, considerado como universalmente bom. Ou seja, um patamar do cuidar, superior ao nível que as circunstâncias conjunturais da qualidade (decorrente das condições concretas de cada organização de saúde) muitas vezes impõem. Entendemos assim a excelência como o humanamente desejável para todo o acto de cuidar, independentemente do contexto em que se desenvolve. Fundamenta-se no direito que as pessoas (de quem o enfermeiro recebeu um mandato social para prestar cuidados) têm ao cuidado, enunciado no Artigo 83.º deste código e na perspectiva de que este direito se concretiza com cuidados excelentes.

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

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

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

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

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

O enfermeiro, quando realiza a análise do seu trabalho e da gestão dos recursos existentes (rendibilizados e adequados ao serviço do indivíduo, família e comunidade), pode clarificar os aspectos positivos e as dificuldades ou constrangimentos existentes. Identifica igualmente as falhas e as inconsistências verificadas, o que potencia a mudança de atitude, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional.

Esta mudança de atitude fundamenta-se assim na reflexão ética que permite identificar “eventuais falhas” e pode ter como base o processo de avaliação do desempenho, englobando as componentes científica, técnica e relacional. A “mudança de atitude”, identificada ou reconhecida pelo próprio, pode assim ser ajudada por outrem, participante no seu processo formativo, e deve também sustentar-se na investigação, nomeadamente no que se refere à actualização dos saberes.

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

Consideramos que as normas de qualidade dos cuidados existem no sentido de afirmar um conjunto de atributos ou indicadores de uma organização, que determinam o valor ou o bem de uma acção<sup>51</sup>. A qualidade orienta-se pela aproximação dos resultados finais aos objectivos definidos. Assim se configura a importância da definição de padrões de qualidade, que constitui uma atribuição da Ordem dos Enfermeiros e que foi materializada em Dezembro de 2001. A cada organização de saúde cabe criar / adaptar normas que concretizem estes padrões, bem como assegurar a supervisão do seu cumprimento e garantir a sua melhoria.

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

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

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

A *alínea c)* do Artigo 88.º prescreve que o enfermeiro deve “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos”, no sentido do desenvolvimento das suas competências científicas, técnicas e relacionais. Estamos perante a consideração dos saberes, na convergência dos aspectos científicos, técnicos e

---

<sup>51</sup> NOUVELLES – **Garantia de Qualidade e Tratamento, no Cuidado e na Assistência**. 1998.

relacionais (ou humanos). O dever de actualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios.

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

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

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

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

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

As “vias competentes” devem ser as internas, dentro da organização de saúde (nomeadamente a hierarquia, o órgão máximo da instituição, comissões de qualidade) e as externas, ou seja, a secção regional da Ordem dos Enfermeiros em que se

inscreve o domicílio profissional do enfermeiro, a que compete acompanhar o exercício profissional, nos termos da alínea i) do n.º 2 do Artigo 34.º do Estatuto da Ordem.

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

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

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

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

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

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

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

### Sugestões de leituras

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

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

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

#### **Constituição da República Portuguesa.**

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

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

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

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

NUNES, Lucília – A referência ético-deontológica na base da excelência. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». 5 (2002) 23-25.

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

Qualidade em Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde. 0 (s/d) 11,14.

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

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

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

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – Condições de trabalho e protecção social dos enfermeiros. «Enfermagem em Foco». 36 (Ago./Out. 1999).

THOMPSON, Ian E.; Melia, Kath M.; Boyd, Kenneth M. – Ética em Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004.

V Seminário – Ética de Enfermagem. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». 15 (Dez. 2004).

### **Documentos de apoio**

ARTIGO 24.º: Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Central, Regional e Local: (suspensão).

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

DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 Novembro. Carreira de Enfermagem.

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

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

## Artigo 89.º – Da humanização dos cuidados

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

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

### Comentário

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

Na *alínea a)* – “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” – encontramos duas questões: quando “presta cuidados”, dá “atenção à pessoa como...”.

Partindo da origem etimológica, *persona* refere-se à máscara teatral usada na tragédia grega para ampliar a voz dos actores, que passou a designar a própria



personagem. Transposta para a vida real, significa o papel desempenhado por cada indivíduo no contexto social em que vive<sup>52</sup>. A pessoa “é, nesta acepção, o sujeito, o protagonista da acção que pressupõe a trama de relações intersubjectivas no interior da sociedade e está na base do conceito de pessoa social / jurídica enquanto pertencente a uma comunidade com direitos e deveres”.<sup>53</sup>

Enquanto cidadão, a pessoa é membro de uma comunidade, no interior da qual é livre e responsável. Como afirma Mendes<sup>54</sup>, desenvolver o ser em potência é humanizar, é cuidar. Só é possível fomentar a humanização se o ambiente for humanizador. O desafio para o enfermeiro é criar um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro, mas sobretudo desenvolver na equipa de profissionais uma *cultura de humanização*. Numa equipa em que cuidar do outro é uma prioridade, todos desenvolvem capacidades, todos *se humanizam*. Numa equipa moralmente evoluída, a preocupação pelo *outro vulnerável* origina uma resposta eficiente às necessidades. Os cuidados, no sentido profissional, são entendidos como “comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos, técnicas, processos ou padrões que capacitam ou ajudam o indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou manter uma condição ou estilo de vida saudável” (*Transcultural Nursing*).

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

E existem limites aos cuidados – porque os cuidados têm de fazer sentido para quem os presta e para aquele a quem são prestados, e há que orientar o sentido, a razão de ser, a oportunidade destes cuidados. Se quisermos, os cuidados só ganham sentido e têm valor se tiverem em conta a pessoa “como uma

---

<sup>52</sup> SILVA, João Ribeiro [et al.] – **Contributos para a Bioética em Portugal**. Edições Cosmos, 2002. p. 18.

<sup>53</sup> SILVA, João Ribeiro (2002).

<sup>54</sup> MENDES, Ana – **Humanização: uma Questão de (Bio)Ética?**. Porto, Jul. 2004. Trabalho final de Pós-Graduação em Bioética e Ética de Enfermagem.

totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”, clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida. Assim se clarifica o dever do enfermeiro, expresso na *alínea b)*, de “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”. O centro da acção do enfermeiro é a Pessoa, sendo a relação o seu principal instrumento. Assim, humanizar converge para a qualidade do atendimento global ao cliente e à respectiva família.

Tendo em conta os **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** (Ordem dos Enfermeiros, 2001), os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e desenvolve. O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal. E cada pessoa é concebida como um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se. Cada pessoa é um projecto de saúde.

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

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

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

## Sugestão de leituras

A conceptual clarification of respect. «Journal of Advanced Nursing». Oxford: Oxford, 1993. p. 211-217.

CAMPS, Victoria – **Paradoxos do Individualismo**. Lisboa: Relógio d'Água, 1996.

CASSIRER, Ernst – **Ensaio sobre o Homem**. Lisboa: Guimarães, 1960.

CATARINO, J. [et al.] – O respeito como princípio moral básico e principal princípio em Enfermagem. «Nursing». Lisboa. (1996) 21-24.

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

CURTIN, Leah; FLAHERTY, Josephine – **Nursing Ethics. Theories and Pragmatics**. Maryland: Prentice-Hall, 1982.

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

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

LEVINAS, Emmanuel – **Ética e Infinito**. Lisboa: Edições 70, 1988.

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

PERIE, Catherine – Soigner la dignité de l'homme. «La Revue de L'Infirmière». 5 (1991) 24-26.

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

## Documentos de suporte

**Carta Social Europeia**. 18 de Out. 1961.

CIRCULAR Normativa da DGS. Visitas e Acompanhamento familiar a doentes internados. 28 Jan. 2000.

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

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

**Declaração Universal dos Direitos do Homem**. 10 Dez. 1948.

**Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos**. 16 Dez. 1996.

## **Artigo 90.º – Dos deveres para com a profissão**

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

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

### **Comentário**

As alterações na saúde que hoje se prevêem precisam de uma reflexão sustentada. O apelo às questões éticas extravasa o contexto individual, no sentido do reconhecimento dos princípios e valores profissionais.

O enunciado dos deveres para com a profissão clarifica a consciência de que a 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. Afirma-se, no preâmbulo do Estatuto, que a criação da Ordem dos Enfermeiros “responde [...] a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, no que respeita a assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem”.

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

O enfermeiro não é mais o profissional que age sob a responsabilidade de outrem. As intervenções de enfermagem são autónomas ou interdependentes, como afirma o REPE. Dependência hierárquica ou funcional não significa isenção de responsabilidade, isto é, não significa que o enfermeiro não precisa de assumir os actos que pratica, mesmo que realizados na sequência da iniciativa de outro profissional. Isto implica que cabe ao enfermeiro garantir que os seus actos visam sempre o interesse do doente, no respeito pela deontologia e no quadro legal em vigor. Por isso, o enfermeiro compromete-se a garantir a qualidade e a assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.

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

compreender a atribuição de uma determinada parte dos benefícios da saúde aos cuidados de enfermagem.

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

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

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

Cada enfermeiro é uma pedra sólida no todo (solidez, corpo sólido, na raiz etimológica de solidariedade). “O respeito pelo colega precisa de uma grande dose de coragem ética”, afirmou Michel Renaud<sup>55</sup>, porque lidar com colegas que se apreciam mais e outros que se apreciam menos exige de nós uma conduta ética. A solidariedade não se constitui como objecto de uma declaração nem como texto de lei ou norma – sendo a virtude que dispõe as pessoas a proteger e promover o bem comum, afirma a determinação de se empenhar em benefício comum. Por isso, não se relaciona com o encobrimento ou a ilicitude. O caminho é o da “elevação” da profissão, o mais alto grau de perfeição.

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

---

<sup>55</sup> Comentários ao painel “Relações profissionais” do III Seminário de Ética (Coimbra 2002).

A relação com o Outro carece de respeito e disponibilidade – se, por um lado, a diversidade é inevitável, por outro lado, uma boa gestão das diferenças pode enriquecer as relações nas equipas. Aqui, o Outro é o colega ou outro profissional – e o cenário do relacionamento interpessoal exige posturas de “correção e urbanidade” ou, como diria Comte-Sponville, de polidez. Aliás, este autor considera a polidez uma “virtude de etiqueta, de aparato”, uma qualidade “puramente formal, regra de polidez! Não dizer palavras feias, não interromper as pessoas, não empurrar, não roubar, não mentir [...]”<sup>56</sup>. Assim, a moral começa por ser polidez, “regra instituída, jogo normativo da aparência”. Levada muito a sério, a cortesia é o contrário da autenticidade – na medida certa, é uma “pequena coisa que prepara as grandes”.

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

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

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

---

<sup>56</sup> COMTE-SPONVILLE (1995) p. 19.

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

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

Este artigo estabelece um vaso comunicante com o instituído das incompatibilidades presentes no Estatuto (Artigo 77.º), denotando, assim e de forma evidente, a coerência e a relação estreita entre as regras que se encontram expressas na Deontologia Profissional e no Código.

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

### Sugestões de leituras

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

VIEIRA, Margarida – Solidariedade e responsabilidade. In: NEVES, M. C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética de Enfermagem. Desafios». Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra, Lda. Em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo Açores. 2004. p. 291-303.

### **Documentos de suporte**

ARTIGO 372.º: Corrupção passiva para acto ilícito; ARTIGO 373.º: Corrupção passiva para acto lícito; ARTIGO 374.º: Corrupção activa; ARTIGO 382.º: Abuso de poder. «Código Civil».

**Carta Ética da Administração Pública**. 2002.

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

## **Artigo 91.º – Dos deveres para com outras profissões**

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

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

### **Comentário**

O enunciado do Artigo aponta o enfermeiro “como membro da equipa de saúde”. Os enfermeiros cuidam dos clientes e relacionam-se com todos os intervenientes no processo de cuidados de saúde – com administradores, médicos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos, auxiliares, entre outros. Mais: permanecendo mais tempo junto dos clientes, promovem a intervenção

de outros profissionais e técnicos de saúde, referenciam as situações problemáticas identificadas, orientam os clientes em função das necessidades e dos problemas detectados e promovem, paralelamente, a aprendizagem do cliente da forma de adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde e da forma de aumentar o conhecimento dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Todas as profissões da saúde se preocupam com as questões éticas e com o quadro deontológico do respectivo exercício profissional – centradas, sobretudo, no utente dos cuidados e em assegurar o respeito pela dignidade da pessoa. E é cada vez mais claro que a prestação de cuidados de saúde globais está aquém da capacidade de uma profissão<sup>57</sup>, exigindo-se uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional. Assim, o conceito de equipa torna-se básico, orientando para um mesmo fim os diferentes caminhos dos diversos profissionais.

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

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. E isto enquadra-se nos dois tipos de intervenções de enfermagem: as interdependentes, iniciadas por outros técnicos de saúde; e as autónomas, iniciadas ou prescritas pelo enfermeiro. De acordo com o REPE, consideram-se interdependentes as intervenções realizadas pelo enfermeiro “em conjunto com os outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (Artigo 9.º, 3). Relativamente a estas intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro profissional da equipa de saúde (por exemplo, prescrições médicas), o enfermeiro assume a responsabilidade pela

---

<sup>57</sup> BANDMAN, Elise; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics Through Life Span**. New York: Prentice-Hall, 2002.

sua implementação. Consideram-se autónomas as intervenções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão desses cuidados, no ensino ou na formação.

Os limites das competências dos profissionais são, em determinadas circunstâncias, ténues, havendo territórios “cinzentos” em que não está assim tão claro a quem compete fazer o quê. Não parece que a resolução passe por estabelecer uma hierarquia assente no poder formal, mas na hierarquia técnica, na complementaridade e solidariedade, onde a tomada de decisão, no melhor interesse e benefício do cliente, é tomada por quem, em determinado momento, está melhor preparado para intervir.

Na *alínea b)* – “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” – destaca-se a “articulação e complementaridade”. Assume-se que a saúde é uma tarefa multidisciplinar, não podendo ser negligenciado o exercício de cada profissional. Daqui se deduz o papel importante de cada actor, não só na definição dos seus padrões de qualidade de cuidados, mas também no esforço para obter uma melhoria contínua da qualidade em saúde.

As premissas do trabalho multidisciplinar colocado ao serviço da pessoa a assistir são o objectivo comum dos diferentes grupos profissionais. A pessoa, alvo dos cuidados, não é propriedade de nenhum profissional, é um ser com plenitude de direitos que espera dos serviços de saúde e dos profissionais rapidez e efectividade no tratamento e nos cuidados, pelo que a articulação e complementaridade funcional se revelam condições imprescindíveis. Vale a pena ter em conta que a *articulação* remete para um encadeamento (de elementos distintos que concorrem para o funcionamento eficaz do todo) e que a complementaridade se associa à “completude” (que decorre de diversas acções de diferentes profissionais, sendo a de enfermagem “dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia”, de acordo com o REPE).

Um trabalho em equipa exige um conjunto de valores e princípios (tais como co-responsabilidade, honestidade, lealdade, reciprocidade, sustentabilidade, cooperação e partilha), que são reguladores da conduta entre os profissionais envolvidos e destes em relação à pessoa a assistir. Os profissionais da área da saúde que lidam com pessoas em todas as circunstâncias de vida deparam-se com questões relacionadas com os conceitos de bem e de mal, de justo e injusto, de certo e errado, de deveres, e com eventuais diferenças de perspectiva.

A ética nas relações interprofissionais na saúde exige uma atitude crítica do ser humano, o que permite questionar as práticas. Tal questionamento pressupõe um conflito entre o interesse particular e o colectivo, no melhor interesse da pessoa assistida e da comunidade. Sabemos que os conflitos interpessoais, naturais em todo o grupo de trabalho, quando não resolvidos, podem comprometer o nível de satisfação pessoal, profissional e da equipa, assim como o desempenho institucional, que se reflecte na qualidade da prestação de serviços aos clientes.

Na *alínea c)* afirma-se que o enfermeiro deve “integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”.

Porque as instituições de saúde existem para o cidadão, também os profissionais da saúde em geral e os enfermeiros em particular existem para servir os cidadãos, e, numa perspectiva de co-responsabilidade, devem participar na definição dos objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir e co-responsabilizar-se pela respectiva implementação.

A ética das relações interprofissionais na saúde reporta a normas necessárias, à regulação do relacionamento interprofissional e, particularmente, à organização do processo de cuidados e partilha dos recursos disponíveis. A ética tem também um papel de regulação das práticas profissionais, não devendo ser regidas exclusivamente por mecanismos legais. Torna-se necessário superar o isolamento dos profissionais, em matérias e decisões que impliquem cuidados de saúde fornecidos por vários intervenientes no processo de cuidados, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um e trabalhando em articulação e complementaridade.

O trabalho de equipa coloca a ênfase no desenvolvimento de competências profissionais, na capacidade de problematizar, de reflectir, de debater em conjunto – no que se pode designar por inteligência colectiva, tão necessária à acção em saúde. As relações profissionais em saúde que enfatizam a comunicação, a articulação, a complementaridade e co-responsabilidade enfatizam o colectivo, a cidadania, e significam coesão, cooperação e convergência em torno de objectivos. Este tipo de relações contribui para que os problemas comuns sejam resolvidos com base na ajuda mútua, ou seja, na reciprocidade.

No global, o trabalho no mesmo espaço institucional pode apresentar constrangimentos (assimetrias, protagonismo etc.), mas também abertura aos

métodos e áreas de competência de cada grupo profissional e / ou de cada interveniente. Os deveres e as responsabilidades dos profissionais centram-se na garantia dos direitos da pessoa assistida, com respeito pela dignidade do colega da equipa multiprofissional, numa assunção partilhada de responsabilidades e riscos.

Será ainda de relevar que a integração (no sentido de se tornar parte) do enfermeiro na equipa de saúde se operacionaliza em colaborar na área de responsabilidade que lhe é própria e se relaciona com o dever explicitado no Artigo 80.º, em relação à comunidade (alínea c). Os diversos níveis de actuação expressos – *a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a recuperação* – cobrem os três níveis de prevenção. Simultaneamente, é apontada a finalidade desta integração na equipa – não é um fim em si mesmo, mas um meio para *promover a qualidade dos serviços*.

### Sugestões de leitura

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

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

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

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

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

LADORÈ, Bruno – **L’Ethique Clinique Comme Philosophie Contextuelle**. Paris: Fides, 1997.

LAVIGNE, J.-C. – **Construir Une Ethique de La Coopération**. Paris: Chronique sociale, 2000.

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

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

RENAUD, Maria I. – A pessoa humana e o direito à saúde. «Brotéria». 139 (1994) 323–342.

SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui (coord.) – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1996.

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

## Documentos de suporte

### **Carta Ética da Administração Pública. 2002.**

DECRETO-LEI n.º 24/84 de 16 de Janeiro. Estatuto Disciplinar dos Funcionários Públicos.

DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 48 051 de 27 de Novembro de 1967. Responsabilidade do Estado.

LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto. «Lei de Bases da Saúde».

## Artigo 92.º – Da objecção de consciência

1 – O enfermeiro, no exercício do seu direito de objector de consciência, assume o dever de:

- a) proceder segundo os regulamentos internos da Ordem que regem os comportamentos do objector, de modo a não prejudicar os direitos das pessoas;
- b) declarar, atempadamente, a sua qualidade de objector de consciência, para que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar;
- c) respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde.

2 – O enfermeiro não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objecção de consciência.

### Comentário

Por último, o Código Deontológico contém um artigo que diz respeito aos deveres do enfermeiro relacionados com o exercício de um direito.

Na medida em que a objecção de consciência é a desobediência a “uma injunção legal ou uma ordem administrativa mais ou menos directa”<sup>58</sup>, considera-se

---

<sup>58</sup> RAWLS, J. – **Uma Teoria da Justiça**. p. 285.



“objector de consciência o enfermeiro que, por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que não lhe é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Deontológico”<sup>59</sup>. Neste contexto, importa analisar os seus fundamentos e as suas implicações no exercício da enfermagem.

No exercício da profissão, as responsabilidades que vinculam deontologicamente os enfermeiros encontram a sua fonte nos direitos humanos em geral e dos clientes em particular, bem como nos objectivos da profissão. Mas o enfermeiro, enquanto pessoa, deve agir preservando também a sua liberdade e dignidade humana, conforme prescreve o Artigo 78.º, n.º 1, do Código Deontológico do Enfermeiro.

Ora, a dignidade fundamenta-se no poder de o ser humano se autodeterminar, que é inerente à respectiva racionalidade. A autonomia, referida à vontade, existe se, e só se, o ser humano actuar determinado por princípios morais que estejam em conformidade com imperativos éticos livremente assumidos por si. E a expressão da dignidade humana passa pelo exercício dos direitos fundamentais, entre os quais se encontram o direito à liberdade de consciência, que é inviolável<sup>60</sup>. Tal como refere J. A. Soares, “ a dignidade da pessoa humana exige que a sua dimensão mais específica, a sua consciência, seja respeitada, mesmo se invencivelmente errónea. É este o fundamento da objecção de consciência”<sup>61</sup>.

Importa aqui distinguir a liberdade de consciência da liberdade de pensamento ou de religião e culto. Assim, enquanto a liberdade de pensamento se refere à possibilidade de uma pessoa pensar e expressar-se livremente, a liberdade religiosa possibilita a prática da religião adoptada. Por outro lado, a liberdade de consciência, embora claramente relacionada com as anteriores, deve ser entendida num sentido mais amplo, no reconhecimento de que a consciência moral é a regra imediata e obrigatória do agir pessoal, autónomo e responsável, e, portanto, a razão de ser das restantes liberdades.

Na verdade, a consciência moral deve ser respeitada porque é a dimensão mais específica da dignidade do ser humano. Inclui a capacidade de apreender os valores e as leis morais e de decidir sobre a sua aplicação às situações concretas da vida. E, na mesma medida em que a consciência é autora dos actos livres, é deles também

---

<sup>59</sup> ARTIGO 2.º. «Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência».

<sup>60</sup> ARTIGO 18.º. «Declaração Universal dos Direitos Humanos». ARTIGO 41.º. «Constituição da República Portuguesa».

<sup>61</sup> SOARES, J.A. Silva – Objecção de Consciência. «Polis». Lisboa. Vol. IV (1986) 741.

juiz, aprovando-os ou condenando-os. Por isso, e porque a vida ética visa a *vida boa*<sup>62</sup>, existe, para cada um de nós, a obrigação de máxima fidelidade e autenticidade para com o ser pessoal e, conseqüentemente, para com a consciência moral. E, relativamente aos outros, o dever moral de respeitar as suas buscas e opções pessoais.

Por isso se reconhece que ninguém pode ser obrigado a aceitar, em nenhuma circunstância, preceitos legais ou ordens particulares que contradigam os seus valores pessoais e, no caso concreto, os objectivos ou a essência da profissão. Para os enfermeiros, a execução de ordens contrárias à sua consciência constituiria a ruptura com os seus valores e a conseqüente quebra do sentido da sua própria existência, pessoal e profissional. Agir de acordo com o dever emanado da consciência moral surge com a força de um imperativo, que não sendo obedecido não permitirá que se viva em paz consigo próprio. E, por vezes, para algumas pessoas, o dever a que a consciência obriga é o de *não* agir, ainda que a lei positiva a isso obrigue – é o dever de objectar.

Este incumprimento deve ser executado de modo individual, pacífico e privado<sup>63</sup>, sem que haja prejuízos para terceiros. O carácter individual exclui, naturalmente, que possa ser exercido por um grupo e a atribuição de pacífico faz com que o uso da força ou de violência seja estranho a esta figura. A Constituição da República Portuguesa garante o direito à objecção de consciência, nos termos da lei, a todos os cidadãos. Aos enfermeiros é reconhecido o direito à objecção de consciência, sempre que no âmbito da profissão surja o dever de cumprir leis, ordens ou solicitações formais que entrem em contradição com as convicções pessoais, filosóficas, éticas, morais ou religiosas, ou com o Código Deontológico e que violam a consciência individual<sup>64</sup>.

Sendo regulada para o exercício militar, também na área da saúde se prevê explicitamente a objecção de consciência na área da educação sexual e planeamento familiar<sup>65</sup>, bem como no que concerne à interrupção voluntária da gravidez<sup>66</sup>.

---

<sup>62</sup> Comentário ao Artigo 78.º.

<sup>63</sup> GOUVEIA, Jorge Bacelar – Objecção de Consciência (direito fundamental à). In: «Dicionário Jurídico da Administração Pública». Vol.VI. Lisboa: Livraria Arco-Íris, 1994. p. 170.

<sup>64</sup> ARTIGO 75.º, n.º 2, alínea e). Estatuto da Ordem: Direitos dos Membros.

<sup>65</sup> “É assegurado aos médicos o direito à objecção de consciência, quando solicitados para a prática da inseminação artificial ou de esterilização voluntária”. (Artigo 11.º da Lei n.º 3/84 de 24 de Março).

<sup>66</sup> “1 – É assegurado aos médicos e demais profissionais de saúde, relativamente a quaisquer actos respeitantes à interrupção da gravidez voluntária e lícita, o direito à objecção de consciência. 2 – A objecção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objector e a sua decisão deve ser imediatamente comunicada à mulher grávida ou a quem no seu lugar pode prestar o consentimento, nos termos do Artigo 141.º do Código Penal” (Artigo 4.º da Lei 6/84 de 11 de Maio).

A objecção de consciência fundamentada na liberdade de pensamento, consciência e religião não pode ser objecto de outras restrições senão as que, previstas na lei, constituam disposições necessárias à segurança, à protecção da ordem, da saúde e moral públicas ou à protecção dos direitos e liberdades de outros.

Assim, no exercício do direito à objecção de consciência, os enfermeiros assumem o dever de proceder segundo os regulamentos internos que regem o seu comportamento, de modo a não prejudicar os direitos das outras pessoas – alínea a) do Artigo 92. O Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência (REDOC) foi aprovado na Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros de 18 de Março de 2000 (ver anexos), preconizando que o enfermeiro deve anunciar por escrito, ao superior hierárquico imediato ou a quem faça as suas vezes, a sua decisão de recusa da prática de acto da sua profissão, explicitando as razões por que tal prática entra em conflito com a sua consciência ou contradiz o disposto no Código Deontológico. A explicitação das razões justifica-se apenas pela necessidade de clarificar a recusa como objecção de consciência e não uma desobediência formal, como pode acontecer, por exemplo, se a ordem recebida configura a prática de um crime<sup>67</sup>.

O anúncio da decisão de recusa deve ser feito atempadamente, para que “sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar” (alínea b) e para que seja possível recorrer a outro profissional, se for caso disso. A responsabilidade de assegurar os cuidados necessários, quando a objecção de consciência é comunicada nos termos previstos, cabe ao estabelecimento de saúde onde o profissional presta serviço<sup>68</sup>.

De acordo com a lei, o enfermeiro objector de consciência goza de todos os direitos e está sujeito a todos os deveres consignados no Estatuto para os enfermeiros em geral, que não sejam incompatíveis com a situação de objector de consciência, e não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo

---

<sup>67</sup> Recorde-se que, de acordo com o preconizado no Artigo 10.º do Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Pública (Decreto-Lei 24/84) apenas a desobediência a “ordem ilegal”, exclui a responsabilidade disciplinar.

<sup>68</sup> Especificamente, “os estabelecimentos em que a existência de objectores de consciência impossibilite a realização da interrupção da gravidez nos termos e prazos legais devem desde já providenciar pela garantia da sua realização, adoptando as adequadas formas de cooperação com outros estabelecimentos de saúde ou com profissionais de saúde legalmente habilitados, assumindo os encargos daí resultantes” (Artigo 5.º da Portaria n.º 189/98 de 21 de Março).

exercício do seu direito à objecção de consciência (n.º 2 do Artigo 92.º). Mas deve também “respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas dos clientes e dos outros membros da equipa de saúde” (alínea c).

Reconhecendo-se no objector a pessoa que busca incessantemente a coerência pessoal, admite-se que o esclarecimento da consciência possa clarificar os valores pessoais ou que as opções de vida possam levar à cessação da situação de objecção por vontade expressa do próprio (Artigo 11.º do REDOC). Refere ainda o regulamento que o exercício ilegítimo da objecção de consciência, quando se comprove o exercício anterior ou contemporâneo pelo enfermeiro, de acção idêntica ou semelhante àquela que pretende recusar, sem que se tenham alterado os motivos que a fundamentam, constitui infracção dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão.

A objecção de consciência é legitimamente exercida por aquele que reflectiu bem nos seus valores e nas leis morais a que livremente se quer submeter, apostando na fidelidade a si mesmo. Assim, recusar cumprir uma ordem legal por razões de consciência, pressupõe a sinceridade subjectiva e a boa-fé daquele que objecta: o objector não quer mudar o mundo e reconhece aos outros a mesma liberdade que exige para si. Doutro modo, tratando-se de uma recusa pública, ainda que não violenta, decidida em consciência, mas de natureza política, visando afirmar uma posição e pretendendo uma mudança nas leis ou na política seguida, estaremos perante aquilo que Rawls denomina desobediência civil<sup>69</sup>. De facto, há lugar à objecção de consciência apenas quando se trata de um dever legal, que a sociedade em geral aceita e que a comunidade profissional, na sua generalidade, concorda em cumprir.

### Sugestões de leitura

FREITAS, Manuel da Costa – Consciência moral. In: «Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia». Lisboa / São Paulo: Editorial Verbo, 1989. Vol. 1:1135ss.

MARTINS, A. Gentil – Editorial: objecção de consciência. «Revista da Ordem dos Médicos». 7/84 (Julho) 1-3.

PINTO, José Rui da Costa – Questões Actuais de Ética Médica. Braga: A.O., 1979.

---

<sup>69</sup> RAWLS, J. – **Uma Teoria da Justiça**. p. 281.

PINTO, Vitor Feytor – A Objecção de Consciência. «Servir». 28(6) (Nov./Dez. 1980) 271-279.

RAWLS, Jonh – **Uma Teoria da Justiça**. Lisboa: Editorial Presença, 1993. p. 285-287, p. 291-295.

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

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

## Documentos de suporte

### **Constituição da República Portuguesa.**

**Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Assembleia Geral das Nações Unidas. 10 Dez. 1948.

LEI n.º 3/84 de 24 de Março. Educação sexual e planeamento familiar.

LEI n.º 6/84 de 11 de Maio. Exclusão da ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez.

LEI n.º 7/92, de 12 de Março. Regula a objecção de consciência (perante o serviço militar).

LEI n.º 12/2001 de 29 de Maio. Contracepção de emergência.

LEI n.º 90/97 de 30 de Julho. Altera os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.

LEI n.º 120/99 de 11 de Agosto. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva.

LEI n.º 138/99, de 28 de Agosto. Altera a Lei n.º 7/92. **Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência.** Ordem dos Enfermeiros. 18 Mar. 2000.

**Código Deontológico  
do Enfermeiro**

Parte II – Pareceres  
emitidos pelo Conselho  
Jurisdicional

---



## Enquadramento

No âmbito da competência prevista no Artigo 25, n.º 1, alínea h) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Conselho Jurisdicional (CJ) emitiu, durante o primeiro mandato (iniciado a 1 Junho 1999), 81 pareceres. De acordo com os relatórios anuais, foram emitidos 17, em 1999 e 2000; 14, em 2001; 21, em 2002; e 29, em 2003. Considerando todo o período (quatro anos e meio), a média foi de 18 pareceres por ano. Em 2004, foram emitidos mais 28 pareceres.

Período	N.º
1999-2000	17
2001	14
2002	21
2003	29
2004	28
	109

Atendendo ao propósito deste trabalho, de entre os tipos<sup>1</sup> de pedidos, considerámos exclusivamente os que se centram em questões ético-deontológicas,

---

<sup>1</sup> Os pareceres agruparam-se em três tipos: 1 – pareceres referentes à legalidade, visando garantir a legalidade no funcionamento da Ordem – oito pareceres – e decorrentes de interrogações dos enfermeiros sobre aspectos legais – 31 pareceres, dos quais 25 relativos a incompatibilidades, alguns já transcritos no comentário ao Artigo 77.º do Código Deontológico do Enfermeiro; 2 – reencaminhados para outro órgão – quatro pareceres; 3 – centrados nas questões ético-deontológicas. Seguimos a caracterização utilizada em NUNES, Lucília – **Justiça, Poder e Responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2004.



excluindo<sup>2</sup> análises de documentos e enunciados de posição. Assim, identificamos um total de 63 pareceres com carácter ético-deontológico ligados à prática de enfermagem, decorrentes de pedidos, apresentados por membros, de esclarecimento sobre questões e / ou de solitações de parecer ao Conselho Jurisdiccional.

Categorizámos os pedidos e alguns abrangem mais de uma área temática, pelas questões colocadas e pelos conteúdos envolvidos. Por exemplo, um parecer pode ter questões da área da informação e do sigilo ou da continuidade. Daí que, ao agrupá-los de acordo com as temáticas, resulte um número de unidades de enumeração (69) superior ao número total de pareceres (63).

Área temática	Descritivo simples das questões	N.º
Condições para o exercício	Questões centradas na acção perante a falta de condições para o exercício. Número de doentes / de enfermeiros. Problemática do aumento de número de doentes distribuídos por enfermeiro. Interrogações sobre recusa de cuidados por falta de condições. Relação entre a garantia da qualidade e as condições do exercício.	10
Informação	Informação ao doente / aos familiares. Informação por administrativos. Informação à família. Direito a acesso a processo pelo cliente. Comunicação da notícia da morte aos familiares.	7
Procedimentos	Aspectos éticos do reprocessamento de dispositivos médicos de uso único. Audição de rádio (música) na sala de operações. No desenvolvimento da actividade profissional no Bloco Operatório. Administração de terapêutica preparada por outra equipa. Colheita de sangue a um morto a pedido da GNR. Recolha de sangue venoso e administração de produtos endovenosos. Realização de provas laboratoriais.	7

<sup>2</sup> Excluimos os pareceres: 1 – relativos a documentos em consulta; a saber: os contributos para o Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas, a Carta dos Direitos do Doente Internado e o documento sobre os ensaios clínicos, o anteprojecto de diploma que transpõe para a ordem jurídica interna a directiva comunitária; 2 – os enunciados de posição, relativos à *eutanásia* e à *interrupção voluntária de gravidez*. Dos pedidos cujo tema sai do âmbito da prática profissional, retirámos ainda um sobre as implicações deontológicas da elaboração de um *poster* com o código deontológico.

Continuidade de cuidados		Obrigatoriedade da continuidade de cuidados em Cuidados de Saúde Primários, continuação da prestação de cuidados de enfermagem, implicações legais, deontológicas e disciplinares.	5
Recusa do profissional		Recusa de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário. Recusa face a ofensa. Legitimidade comportamental e profissional em relação à recusa de administração de terapêutica analgésica no espaço epidural. Implicações éticas da recusa ao acompanhamento de grávidas a outras unidades hospitalares.	5
Consentimento		Consentimento informado. Consentimento livre e esclarecido para actos de enfermagem. Recusa do doente em ser cuidado por enfermeira.	4
Relativos à profissão	Área de competência	Constituição e designação da actividade "consulta de enfermagem". Parecer sobre procedimentos do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (SMO). Declinação de responsabilidades. Parecer face a "descrédibilização da competência, dignidade e imagem dos enfermeiros especialistas de reabilitação".	4
	Imagem da profissão	Documento "abaixo-assinado" por grupo de enfermeiros. Publicitação de prestação de apoio domiciliário, no âmbito dos cuidados de enfermagem.	4
	Clarificação	Análise de artigo de opinião, publicado em jornal. Explicitação do Artigo 83.º – direito ao cuidado, alínea c)	2
Sigilo		Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Quebra de sigilo / denúncia. Quebra de sigilo em processo de averiguações.	3
Investigação		Ensaio clínico. Projecto de investigação em Enfermagem. Investigação qualitativa em Enfermagem.	3
Interv. Interdependentes	Prescrições	Prescrições terapêuticas não escritas. Prescrições terapêuticas telefónicas.	3
	Actuação em urgência	Procedimento de chamada do médico para acorrer a uma situação de urgência. Protocolo de actuação imediata nas situações de risco de vida para o utente.	2
	Em fim de vida	Verificação e certificação da morte. Informação, obstinação terapêutica, decisão de não reanimar.	2

Responsabilidade perante a instituição	Aspectos ético-deontológicos de cessação do exercício de funções de uma equipa de enfermeiros. Culpa <i>in vigilando</i> . Compromisso profissional.	3
Formação	Desigualdade de oportunidades na formação pós-graduada, nas especialidades em Enfermagem. Orientação de formandos do curso de Enfermagem, promovido pelo Departamento de Educação Permanente.	2
Registos	Aspectos éticos-legais de folha de "registos de cuidados de enfermagem". Problemática da assinatura dos alunos nos impressos de registo clínico de enfermagem.	2
Privacidade	Violação de privacidade (presença de terceiros em sala de tratamento, durante a realização de penso).	1
<b>Total</b>		69

A estrutura dos pareceres do Conselho Jurisdicional tem, habitualmente, três momentos: enunciam-se as *questões colocadas*, apresenta-se a *fundamentação* e clarificam-se sinteticamente as *conclusões*. Notar-se-ão diferenças no decurso do tempo, pois os pareceres começaram por ter uma estrutura mais simples em 1999 e foram-se consolidando no tempo. Naturalmente, todas as questões foram alvo de cuidadosa atenção, tendo-se procurado apreciá-las devidamente, mantendo as matérias de fundamentação, por vezes um pouco extensas, por se entender que o parecer deve ser explicativo, com sentido pedagógico.

Na preparação para publicação, existiu a preocupação de remover os dados nominativos, de forma a proteger a identidade dos profissionais que colocaram as questões ou os contextos aos quais se referem. Explicita-se que as referências a Artigos (do 74.º a 92.º) se reportam sempre ao Código Deontológico.

Pela extensão, foram seleccionados os pareceres relativos às questões mais frequentes, cuja fundamentação pode contribuir para clarificar aspectos da prática de enfermagem. Por outro lado, atendendo às categorias descritas, agregaram-se por analogia e similitude. Apresentamos os pareceres sob dez títulos: condições do exercício (3), da informação (3), procedimentos (5), continuidade de cuidados (2), recusa do profissional (3), consentimento (3), relativos à profissão (2), sigilo (2), investigação (2) e intervenções interdependentes (5).

## **Das condições para o exercício**

Sendo o grupo relativamente ao qual se regista um maior número de solicitações, publicam-se três pareceres – um de 2003 e dois de 2004 –, dada a repetição da fundamentação apresentada. Conclui-se com a posição sobre o assunto.

### **PARECER CJ-59/2003 Recusa de cuidados na falta de condições para o internamento dos doentes**

#### **A questão colocada**

É questionada a possibilidade de os enfermeiros se negarem a prestar cuidados, quando os doentes são internados de forma programada, em serviços de cirurgia, sem vaga, ficando em macas.

#### **Fundamentação**

Os factos invocados referem-se à falta de condições para garantir cuidados de enfermagem de qualidade a doentes internados para cirurgia programada, em macas.

Os enfermeiros, de acordo com o seu Código Deontológico, têm o direito de “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da

profissão e o direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade” (Artigo 75.º, n.º 2, alínea c).

Por outro lado, o direito à protecção da saúde, conforme está consagrado na Constituição da República Portuguesa, assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, princípios que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e que, de acordo com a situação descrita, não estão a ser respeitados. Se não, vejamos.

1 – “O doente tem direito a ser tratado com respeito pela dignidade humana”, direito este que para além de abranger todo o processo de prestação de cuidados, acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes, abrange “as condições das instalações e equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra”. Ora, há uma clara violação deste direito quando o que é proporcionado a um doente é a sua estadia numa maca, colocada num corredor, sem um mínimo de conforto nem de privacidade.

2 – No que concerne ao direito a “receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde”, é referido que “em nenhuma circunstância os doentes podem ser objecto de discriminação”. No entanto, os doentes que têm de ser cuidados em macas estão em clara desvantagem. É ainda referido que “os recursos existentes devem ser integralmente postos ao serviço do doente e da comunidade”, o que não parece estar a ser feito, tendo em conta que existe, no mesmo serviço, uma ala com vinte e seis camas que ainda não foi aberta.

3 – Outro dos direitos consignados é o de o doente “dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico”. O consentimento deve ser livre e esclarecido, o que nos parece questionável, tendo em conta que o doente sabe que, se não anuir a ficar numa maca, não será operado e verá a resolução do seu problema de saúde adiado.

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade implica determinadas condições de trabalho. A inexistência destas condições, como na situação referida, é violadora dos direitos profissionais dos enfermeiros, ao impossibilitá-los de cumprir os seus deveres e constituem, por isso, uma violação dos direitos humanos e dos direitos dos clientes a cuidados de enfermagem de qualidade.

Cabe aos enfermeiros, na procura da excelência do exercício (Artigo 88.º, alínea d) “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho

que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade do cuidados”.

## **Conclusão**

Em resposta à questão colocada:

1 – os enfermeiros, no respeito pelo direito ao cuidado (Artigo 83.º), não podem negar-se a prestar cuidados e devem agir com o máximo de qualidade que as condições permitirem;

2 – os clientes têm direito a cuidados de enfermagem de qualidade, a serem assistidos em situação de conforto e com equidade, no mesmo serviço;

3 – os clientes têm direito ao respeito pela dignidade humana, por parte de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados e por parte da instituição;

4 – os clientes têm direito ao respeito pela sua intimidade;

5 – os enfermeiros têm o direito de “solicitar a intervenção da Ordem na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem” (Artigo 75.º, ponto 2, alínea g), devendo comunicar os factos ao Conselho Directivo Regional da área.

Foi relatora Manuela Amaral.

Aprovado a 22 de Abril de 2003.

## **PARECER CJ-5/2004**

### **Falta de condições para o exercício**

#### **A questão colocada**

Perguntou-se sobre qual a relação entre a garantia de qualidade dos cuidados de enfermagem e as condições para o exercício.

#### **Fundamentação**

Na Cimeira Europeia de Nice, em 2000, foi proclamada a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia; deste modo, o cidadão encontra-se no centro

do processo da construção europeia. Nos termos do seu Artigo 35.º, na definição e execução de todas as políticas e acções da União Europeia, será assegurado um elevado nível de protecção da saúde humana, tendo todas as pessoas o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos [...]. Acrescenta-se ainda, no seu Artigo 31.º, que todos os trabalhadores têm direito a condições de trabalho saudáveis, seguras e dignas.

O direito à protecção da saúde encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa assentando num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade, princípios orientadores que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. O direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover surge consagrado no Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa.

As intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, observando valores universais na relação profissional, como refere o Artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ainda no mesmo artigo surgem consagrados os princípios orientadores da actividade dos enfermeiros, como sejam a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício da profissão em geral e na relação com outros profissionais.

Deste modo, os enfermeiros têm direito a exercer livremente a profissão de enfermagem, sem qualquer tipo de limitações que não sejam as decorrentes da Lei. Os enfermeiros são obrigados a exercer a profissão, com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem, nos termos da alínea a) do n.º 1 do Artigo 76.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

No entanto, para o exercício, o enfermeiro tem o direito de usufruir de condições de acesso à formação para actualização e aperfeiçoamento profissional, deverá aceder a informação sobre aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado e tem o direito de usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade (Artigo 75.º n.º 2).

O conhecimento de factos que possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais

do exercício da profissão, obrigam à sua comunicação por parte dos enfermeiros. Assim, na procura da excelência do exercício, o enfermeiro tem o dever de assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados, nos termos da alínea d) do Artigo 88.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Constitui um direito dos membros efectivos solicitar a intervenção da Ordem, na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem, nos termos da alínea j) n.º 2 do Artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. “*Vias competentes*” para comunicação são tanto as da organização como as da Secção Regional da Ordem dos Enfermeiros em que se inscreve o domicílio profissional.

## Conclusão

O parecer do Conselho Jurisdicional é o seguinte:

1 – a existência de condições que interfiram no cumprimento dos deveres dos enfermeiros constituem uma violação dos direitos humanos, em geral, e dos clientes, em particular, a cuidados de enfermagem de qualidade;

2 – na procura da excelência do exercício, os enfermeiros têm o dever de prestar cuidados com o máximo de qualidade que as condições permitirem, assegurando, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, aquelas deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados, nos termos da alínea d) do Artigo 88.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros;

3 – no respeito pelo direito ao cuidado impõe-se o dever de se co-responsabilizar pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento, como refere a alínea a) do Artigo 83.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros;

4 – os enfermeiros têm o direito de solicitar a intervenção da Ordem, na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem, nos termos da alínea j) n.º 2 do Artigo 75.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros;

5 – face ao exposto, reafirma-se que o acompanhamento do exercício profissional é competência do Conselho Directivo Regional, conforme as alíneas i),



o) e p) do n.º 2 do Artigo 34.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e as alíneas b) e c) do n.º 2 do Artigo 37.º do referido Estatuto.

Foi relatora Ana Berta Cerdeira.

Aprovado a 6 de Julho de 2004.

## **PARECER CJ-6/2004**

### **Posição sobre falta de condições para o exercício**

#### **A questão colocada**

Com base em exposição de membro, a Digníssima Bastonária solicita análise pelo CJ, no sentido da apreciação deontológica, de “sobreocupação das enfermarias, doentes internados em macas, com violação de dignidade e direitos de privacidade”, por forma a integrar enunciado de posição sobre a matéria.

#### **Fundamentação**

Os factos invocados referem-se à falta de condições para garantir cuidados de enfermagem de qualidade a doentes internados num serviço de medicina, muitas vezes em macas e com deficiência de recursos humanos.

Os enfermeiros, de acordo com o Código Deontológico, têm o direito de “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e o direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade” (Artigo 75.º, ponto 2, alínea c).

Por outro lado, o direito à protecção da saúde conforme está consagrado na Constituição da República Portuguesa, assenta num conjunto de valores fundamentais como a *dignidade humana*, a *equidade*, a *ética* e a *solidariedade*, princípios que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e que, de acordo com a situação descrita, poderão efectivamente não estar a ser respeitados.

Se não, vejamos.

1 – “O doente tem direito a ser tratado com respeito pela dignidade humana”, direito este que para além de abranger todo o processo de prestação de cuidados, acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes, abrange “as condições das instalações e equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o

bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra”. Ora, há uma clara violação deste direito quando o que é proporcionado a um doente é a sua permanência numa maca, colocada ou não num corredor, sem um mínimo de conforto e de privacidade.

2 – No que concerne ao direito a “receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde”, é referido que “em nenhuma circunstância os doentes podem ser objecto de discriminação”, no entanto, os doentes que têm de ser cuidados em macas, estão em clara desvantagem. É ainda referido, que “os recursos existentes devem ser integralmente postos ao serviço do doente e da comunidade”, o que não parece estar a ser feito, tendo em conta que, por vezes, existem vagas reservadas, no mesmo serviço ou noutro com as mesmas características.

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade implica determinadas condições de trabalho. A inexistência destas condições, como na situação referida, é violadora dos direitos profissionais dos enfermeiros, ao impossibilitá-los de cumprir os seus deveres e constituem, por isso, uma violação dos direitos humanos e dos direitos dos clientes a cuidados de enfermagem de qualidade.

Cabe aos enfermeiros, como é referido, na procura da excelência do exercício (Artigo 88.º, alínea d), “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”.

## **Conclusão**

Em resposta à questão colocada:

1 – os enfermeiros, no respeito pelo direito ao cuidado (Artigo 83.º), devem “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”, e agir com o máximo de qualidade que as condições permitirem;

2 – os clientes têm direito a cuidados de enfermagem de qualidade, a serem assistidos em situação de conforto e com equidade;

3 – os clientes têm direito ao respeito pela dignidade humana, por parte de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados e por parte da instituição;

4 – os clientes têm direito ao respeito pela sua intimidade;

5 – os enfermeiros têm o direito de “solicitar a intervenção da Ordem na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem” (Artigo 75.º, ponto 2, alínea g), devendo comunicar os factos ao Conselho Directivo Regional, cumprindo o seu dever de “comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão”, assim como o direito de “solicitar a intervenção da Ordem na defesa dos seus direitos e interesses profissionais, para garantia da sua dignidade e da qualidade dos serviços de enfermagem” (Artigo 75.º, ponto 2, alínea j).

Foi relatora Conceição Martins.  
Aprovado a 7 de Setembro de 2004.

## Da informação

Transcrevemos três pareceres, um de cada ano (2002, 2003 e 2004), dando enfoque a perspectivas diferentes da informação.

### **PARECER CJ-32/2002 – Informação aos familiares pelos funcionários administrativos**

#### **A questão colocada**

1 – De que forma estão os funcionários administrativos implicados no processo terapêutico?

2 – Deverão ser estes a recolher informação junto do médico / enfermeiro e a transmiti-la aos familiares do doente?

#### **Fundamentação**

Para emitir este parecer há que reflectir sobre o direito à informação e sobre quem deverá estar encarregado de a veicular.

Segundo a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, em **Doentes: direitos e deveres**, profissionais de saúde são os que prioritariamente dispensam cuidados (médicos e enfermeiros), mas também todos os outros (desde os técnicos, auxiliares, administrativos.) que intervêm no complexo

sistema de saúde. Poder-se-á inferir que esta definição corresponde à equipa de saúde onde o administrativo se inclui e, conforme o Estatuto Disciplinar dos funcionários e agentes da administração pública, no que se refere ao dever do sigilo, “deverá guardar segredo profissional relativamente aos factos de que tenha conhecimento em virtude do exercício das suas funções e que não se destinem a ser do domínio público”.

O secretário dos serviços de saúde, vulgarmente denominado por secretário da unidade e / ou secretário do piso, surge na sequência da Circular Normativa n.º 24/93 de 25/10/93, do DRH da Saúde, no sentido “de se concretizarem outros meios para o acolhimento e atendimento personalizado dos utentes, em substituição de outros recursos humanos menos qualificados ou desadequados”. A Circular n.º 24/93 recomenda ainda que os serviços que os admitirem deverão estabelecer um programa de formação que contemple áreas específicas dos serviços de saúde.

É sabido que os registos clínicos (médicos e de enfermagem) estão acessíveis a outros, incluindo os secretários, que os manuseiam diariamente. Mas também é indiscutível que o doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam. Assim, a informação sobre cada pessoa a ela pertence e só pode ser partilhada com aqueles que estejam implicados no plano ou processo terapêutico. Os dados que dizem respeito à sua doença são rigorosamente confidenciais, não podendo ser comunicados senão ao próprio ou a quem este determinar e por quem de direito (o médico e o enfermeiro) dentro da competência específica.

Porque o doente está situado num contexto social, a família, a informação deverá ser partilhada de acordo com a vontade expressa da pessoa, estando ela em condições de o fazer. Porém, quando isto não acontece e a família possa ser considerada como unidade de cuidados e, portanto, destinatária da informação, há que fornecê-la, mas será só aquela que venha a reverter em benefício do próprio e / ou da família como prestadora de cuidados. Assim, o direito da família à informação sobre a situação de um doente justifica-se para que possa agir no interesse deste e sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação que deva ser preservada.

Do Código Deontológico do Enfermeiro importa referir o Artigo 84.º – do dever de informação, alínea c): “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação”; e o Artigo 85.º – do dever do sigilo, alínea b) “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico” e

ainda o Artigo 86.º – do respeito pela intimidade, alínea b) “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções, e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”. De reforçar ainda que o enfermeiro só fornece informação que diga respeito aos cuidados de enfermagem, encaminhando o doente e familiares para o médico quando a informação solicitada for do foro médico e para outros profissionais, de acordo com o pretendido.

## **Conclusão**

1 – Quanto à primeira questão: o secretário da unidade é um elemento administrativo da equipa de saúde admitindo-se que possa estar implicado no processo terapêutico e, dependendo do contexto em que se insere, ter um papel activo no acolhimento e informação aos doentes e familiares sobre aspectos da área da sua competência.

2 – Quanto à segunda questão: o Conselho Jurisdicional entende não dever manifestar-se sobre o que deverão ou não fazer outros profissionais, sendo certo que a informação relativa a cuidados de enfermagem é uma competência específica dos enfermeiros que, por princípio, não deve ser delegada noutros profissionais. Assim, a eventual partilha de informação sobre cuidados de enfermagem com o secretário de unidade visará o processo terapêutico e não a delegação de competência para informar os familiares sobre cuidados de enfermagem.

Foi relatora Ana Maria Germano.

Aprovado a 2 de Abril de 2002.

## **PARECER CJ-68/2003 – Direito de acesso por parte do doente ao seu processo clínico**

### **A questão colocada**

1 – Quem tem direito a consultar o processo clínico de um doente?

2 – Poderá o próprio doente ter acesso ao seu processo clínico?

3 – Poderão ser facultados para consulta partes do processo clínico, como são exemplo os resultados dos meios de diagnóstico e terapêutica?

## Fundamentação

A resposta às questões colocadas implicam a sua análise na vertente ética, deontológica e legal, importando também ter em conta a figura do “privilégio terapêutico” e apreciar as regras legais que regulam esta matéria relativamente à sua projecção nas instituições integradas no sector público e privado.

O processo clínico de um doente pode ser constituído pelos registos médicos, de enfermagem e bem assim os demais registos de outros profissionais de saúde. Este acervo de informação clínica é partilhado pelos diferentes profissionais da saúde, de forma a que cada grupo profissional prossiga, no limite das suas competências, os mais correctos cuidados de saúde. Todavia, a referida partilha de informação deverá ser feita na estrita medida do necessário à prestação dos cuidados de saúde e na defesa do interesse do utente.

Esta cautela na circulação de informação clínica fundamenta-se nos fins do segredo profissional a que se encontram obrigados todos os profissionais da saúde, visando proteger a intimidade e privacidade do doente e a relação de confiança entre este e o profissional de saúde. Reportamo-nos, assim, ao princípio da “confidência necessária” e ao dever de sigilo do enfermeiro (Artigo 85.º do Código Deontológico do Enfermeiro).

É na observância do princípio do segredo profissional que os processos clínicos deverão ser constituídos, devendo constar neles as informações que sejam necessárias e adequadas e sendo a sua divulgação no estrito interesse do doente e dos cuidados que lhe deverão ser prestados.

Face ao exposto, entendemos que poderão consultar o processo clínico de um doente os profissionais da saúde que se encontrem directamente envolvidos na sua prestação de cuidados, no respeito pelos ditames do segredo partilhado e da confidência necessária.

No que respeita ao direito de acesso ao processo clínico por parte do doente, cabe antes de mais diferenciar o acesso ao processo e o direito a ser informado.

São diferentes as fontes legislativas que regulam a matéria em apreço, consoante a natureza pública ou privada do estabelecimento de saúde. No que concerne às regras que vinculam o sector público, estas encontram-se estabelecidas na Lei de Acesso aos Documentos Administrativos<sup>3</sup>, que, no Artigo 1.º, consagra

---

<sup>3</sup> LEI n.º 65/93 de 26 de Agosto. Alterada pela Lei n.º 8/95 de 29 de Março e pela Lei n.º 94/99 de 16 de Julho.

o princípio da administração aberta. Esta determina que o acesso dos cidadãos aos documentos administrativos é assegurado pela Administração Pública, de acordo com os princípios da publicidade, da transparência, da igualdade, da justiça e da imparcialidade. Nesta conformidade, este normativo legal dispõe, no Artigo 3.º, que a comunicação de dados de saúde, incluindo dados genéticos, deverá ser feita ao doente por intermédio de médico designado pelo próprio.

No que respeita às regras que regem o direito de acesso a documentos que contenham informações clínicas e que estejam na posse de entidades privadas, cabe, primeiramente, enunciar o dever de deter um registo de todos os doentes atendidos e, bem assim, os processos clínicos referentes a cada um, cuja confidencialidade esteja garantida. Relativamente ao direito de acesso aos processos clínicos, a Lei da Protecção de Dados Pessoais<sup>4</sup> reproduz uma redacção quase igual ao consagrado no n.º 3 do Artigo 8.º da Lei de Acesso aos Documentos Administrativos.

Verifica-se deste modo uma identidade de regimes entre o sector público e o privado, no que importa a esta matéria, não obstante a sua regulamentação em diplomas legais de natureza diferente. A congruência e unicidade do bloco da legalidade assim o impõem perante valores iguais.

Está garantido o direito de acesso dos doentes às informações constantes do seu processo clínico, inclusive no teor da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Todavia, aceder às informações é diferente de aceder ao processo propriamente.

A informação, enquanto direito do utente, deve ser facultada de forma adequada, “com responsabilidade e cuidado” (Artigo 84.º, alínea c) – e deve ter-se em conta a figura do *privilegio terapêutico*, podendo o profissional de saúde decidir que as informações a facultar sê-lo-ão gradualmente, no sentido de proteger o utente. O Código Penal fornece esta referência legal no Artigo 157.º – Dever de esclarecimento – onde se salvaguarda a informação “salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica”.

## Conclusão

Face ao exposto, o Conselho Jurisdicional entende que:

1 – podem consultar o processo clínico de um doente todos os profissionais da saúde que se encontrem envolvidos na prestação de cuidados ao mesmo,

<sup>4</sup> LEI n.º 67/98 de 26 de Outubro. n.º 5, Artigo 11.º.



sendo as informações partilhadas no respeito pelos ditames do segredo e da confidência necessária;

2 – o doente tem direito de acesso às informações sobre o seu estado de saúde, do que pode não decorrer acesso directo ao processo clínico.

É este, salvo melhor, o nosso parecer.

Foram relatores Nuno Lampreia e Lucília Nunes.

Aprovado a 21 de Julho de 2003.

## **PARECER CJ-19/2004 – Comunicação da notícia da morte aos familiares, em estabelecimentos hospitalares**

### **A questão colocada**

A questão que se coloca é a de saber, do ponto de vista ético e legal, de quem é a responsabilidade de comunicar a notícia da morte aos familiares do falecido, em estabelecimentos hospitalares.

### **Fundamentação**

1 – Atendendo ao que se encontra legalmente definido, o director do serviço no qual o cadáver estiver depositado é responsável pela comunicação da notícia da morte aos familiares do morto. Contará, no entanto, na execução deste dever, com a colaboração de todos os serviços do hospital cujo apoio se mostre necessário, designadamente com a do Gabinete do Utente, a do Serviço Social e a do Serviço de Atendimento de Doentes<sup>5</sup>.

2 – As competências atinentes às responsabilidades descritas no ponto anterior podem ser delegadas em outro funcionário do serviço, o qual designará, por sua vez, o seu substituto para que nas suas faltas ou impedimentos tome as medidas seguintes às responsabilidades em causa. Mesmo não tendo lugar a delegação, o director do serviço designará um funcionário do serviço para que, nas

---

<sup>5</sup> DESPACHO Ministerial 12/89 de 8 de Abril.

suas faltas e impedimentos, tome as medidas sequentes às responsabilidades em causa<sup>6</sup>.

3 – De acordo com o mesmo despacho, os interesses essenciais a assegurar pelo responsável e pelo executante das competências referidas, no processo de comunicação da notícia da morte aos familiares do morto, são a celeridade e o rigor na identificação do corpo, quando for caso disso; celeridade, correcção e discrição na informação aos familiares do morto, devendo a todo o custo ser evitado que os familiares sejam informados do óbito por entidade estranha ao hospital; bom e estreito entendimento com as outras entidades que, por lei, têm interferência no processo de identificação, controlo e transporte de cadáveres. Quanto ao relacionamento com as agências funerárias, deverá ser preservado o cumprimento da lei, a limitação da actividade dos seus representantes à natureza própria das suas funções, o princípio de nunca serem estes representantes a informarem os familiares do óbito, e a regra da livre escolha da agência por parte dos familiares<sup>7</sup>.

4 – Acresce que, não sendo a comunicação directa feita por um médico, deve ser garantido o contacto, tão urgente quanto possível, entre os familiares do falecido e o ou um dos médicos que o assistiram nos últimos tempos ou que observaram o corpo chegado ao hospital já sem vida<sup>8</sup>.

5 – A consciência da morte faz descobrir em nós novos valores ou recontextualiza valores como os da humildade, do perdão, da coragem, da esperança. Associada à morte surge a perda. O conhecimento do processo de perda e, fundamentalmente, a compreensão empática das emoções vividas pelo doente e seus familiares constituem-se como pilares orientadores da acção do enfermeiro, perante a morte<sup>9</sup>.

6 – O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte, nos termos da alínea c) do Artigo 87.º do Código Deontológico do Enfermeiro. Respeita ao que se relaciona com a qualidade humana dos procedimentos *post mortem*, imediatos ao corpo e posteriores, como sejam o transporte para a casa mortuária, por exemplo.

7 – Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de

<sup>6</sup> DESPACHO Ministerial 12/89 de 8 de Abril.

<sup>7</sup> DESPACHO Ministerial 12/89 de 8 de Abril.

<sup>8</sup> DESPACHO Ministerial 12/89 de 8 de Abril.

<sup>9</sup> **Código Deontológico do Enfermeiro. Anotações e Comentários.**

saúde, nos termos da alínea b) do Artigo 91.º do Código Deontológico do Enfermeiro. O n.º 3 do Artigo 8.º do REPE dispõe ainda que os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais da saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e de autonomia no exercício profissional. Com efeito, os enfermeiros cuidam dos clientes e relacionam-se com todos os intervenientes no processo de cuidados de saúde (administradores, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, auxiliares, psicólogos, entre outros).

8 – A permanência por mais tempo junto dos clientes, os conhecimentos / formação que possibilitam a referenciação de situações problemáticas identificadas, com a conseqüente promoção da intervenção de outros profissionais, são factores que tornam os enfermeiros funcionários-alvo privilegiados na comunicação da notícia da morte aos familiares do morto.

## **Conclusão**

Na seqüência do pedido, o parecer do Conselho Jurisdicional é o que se segue.

1 – A articulação e a complementaridade funcional dos profissionais são condições imprescindíveis no trabalho da equipa de saúde. Com efeito, a pessoa / família, alvo dos cuidados, não é “propriedade” de nenhum profissional; é, sim, um ser pleno de direitos que espera dos profissionais e dos serviços de saúde rapidez e efectividade na sua actuação, no respeito pela sua dignidade.

2 – Do ponto de vista jurídico, o director do serviço em que o cadáver estiver depositado é responsável pela comunicação da notícia de morte aos familiares do morto, podendo as responsabilidades em causa ser efectuadas pelo próprio director do serviço, ou funcionário por ele designado ou com delegação de competências, para que nas suas faltas ou impedimentos tome as medidas seguintes.

3 – Permanecendo mais tempo junto dos clientes e possuindo conhecimentos / formação que possibilitam a referenciação de situações problemáticas identificadas com a conseqüente promoção da intervenção de outros profissionais, os enfermeiros são os funcionários-alvo privilegiados na comunicação da notícia da morte aos familiares do morto.

4 – Em cada contexto, a escolha do profissional que dá a notícia da morte – ou seja (utilizando a linguagem do Despacho), o executante, aquele que

efectivamente faz a comunicação da notícia da morte aos familiares do morto – resulta do processo de articulação e complementaridade que se verifica na equipa de saúde, visando objectivos comuns. Deverá, em nosso entender, considerar-se o profissional melhor colocado no contexto do serviço.

Foi relatora Ana Berta Cerdeira.  
Aprovado a 2 de Novembro de 2004.



## **Dos procedimentos**

Havendo sete pedidos de parecer relativos a este tópic, seleccionaram-se cinco, pela diversidade de assuntos focados.

### **PARECER CJ-03/1999 – Aspectos éticos do reprocessamento de dispositivos médicos de uso único**

1 – De acordo com a Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, a Base XIV é clara quanto aos direitos dos doentes a “serem tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito” (ponto 1, alínea c). Tanto os meios adequados como a correcção técnica se equacionam na abordagem do assunto em epígrafe. Mais se refere que, de acordo com os Estatutos da Ordem, constitui dever dos enfermeiros “o cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes sejam aplicáveis e que tenham sido, respectivamente, ratificadas ou adoptadas pelos órgãos de soberania competentes” (Artigo 76.º, alínea c). Ora, a matéria em apreço foi alvo de uma Directiva europeia, adequadamente referenciada no próprio documento.

2 – Atendendo ao princípio da equidade de tratamento, consideramos que só será lícita a utilização de material reesterilizado se se verificar a inexistência de material novo, ou seja, havendo material de uso único, deverá este ser utilizado em primeira linha, e somente em situação de inexistência de material, será lícito utilizar material de uso único reesterilizado.

3 – Quanto aos aspectos éticos relativos à informação e consentimento, numa abordagem geral dos princípios definidos, será importante ter em conta o que se segue.

– De acordo com um dos direitos definidos na já referida Lei de Bases da Saúde, os doentes têm direito a “ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado” (Base XIV, ponto 1, alínea c).

– De acordo com a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, estes têm direito a receber cuidados apropriados ao estado de saúde e a informação “acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados”.

– O consentimento é uma questão que se coloca consoante a capacidade ou incapacidade de consentir, por parte da pessoa. É claro que o consentimento não é ilimitado e tem excepções: a situação de emergência ou a incompetência do doente. Todavia, a possibilidade do consentimento e a sua qualidade surgem submetidas a condições: 1 – o consentimento deve ser voluntário, livre de coacção ou pressão externa e baseado em informação correcta; 2 – o doente deve ser informado e compreender a informação que lhe é dada para fazer a sua escolha; 3 – o consentimento deve ser o acto de uma pessoa competente, no sentido jurídico. São estas as linhas gerais da circular informativa da Direcção-Geral da Saúde, sobre o consentimento livre e esclarecido.

– De acordo com o Estatuto Hospitalar, Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968, definem-se e salvagam-se os direitos à informação e ao consentimento (Artigos 81.º e 82.º).

– Atendendo ao Código Deontológico dos Enfermeiros e ao previsto no Artigo 84.º, constitui dever do enfermeiro “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (alínea b).

Considera-se, pois, que os utentes deverão ser informados acerca da reutilização dos dispositivos médicos de uso único e da existência de eventuais riscos inerentes ao tipo de material utilizado. Esta informação deverá ser veiculada por quem realiza o acto.

Foi relatora Lucília Nunes.  
Aprovado em reunião plenária.

## **PARECER CJ-13/2000 – Audição de rádio (música) na sala de operações**

### **A questão colocada**

“Será um procedimento ético a utilização de rádio (aparelhagem de música) dentro de uma sala de operações junto a doentes em situação de indução anestésica e de procedimento cirúrgico, sem critérios em relação a músicas ou a emissão de conteúdos pela rádio, neste cenário?”

### **Fundamentação**

Tendo o assunto sido remetido ao Conselho Jurisdicional, cumpre-lhe analisar o cenário apresentado:

1 – a utilização de rádio (aparelhagem de música) dentro da sala de operações não colide com os diversos artigos do Código Deontológico;

2 – porque a música tem acção positiva nas emoções do ser humano poderá funcionar como factor de relaxação, poderá até contribuir para a qualidade de vida do doente naquele momento (Artigo 82.º, alínea c, do Código Deontológico);

3 – também poderemos considerar a música como um factor de humanização dos cuidados de enfermagem (Artigo 89.º, alínea b), se tal “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”.

Considerando os efeitos referidos deve ser respeitado o direito à informação (Artigo 84.º), nomeadamente o de “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter”, se a utilização de música for um recurso de bem-estar e humanização de cuidados.

### **Conclusão**

Dever-se-á, em todas as situações, ter em conta a vontade expressa do doente sempre que este se possa manifestar.

Os “critérios em relação a músicas ou emissão de conteúdos pela rádio.” deverão necessariamente pautar-se pelos conhecimentos científicos sobre o



assunto já produzidos e pelo bom senso que sempre deve guiar as acções dos profissionais da saúde.

Foi relatora Conceição Martins.

Aprovado a 31 de Outubro de 2000.

## **PARECER CJ-33/2002 – Legalidade de a equipa A administrar terapêutica preparada pela equipa B**

### **A questão colocada**

É descrita uma “situação hipotética 1”, em que um utente está internado num serviço (designado A) e noutra serviço (designado B) existe uma câmara de fluxo laminar vertical “e enfermeiros experientes na manipulação, preparação e administração” dos citostáticos. De acordo com a situação descrita, “a equipa médica do serviço B é co-responsável pelo tratamento do utente”.

Pergunta 1: “É legal que esta equipa médica (serviço B) dê indicações para que seja a equipa de enfermagem do serviço B a preparar a referida quimioterapia e a entregá-la preparada para a equipa de enfermagem do serviço A administrar?”

Na “situação hipotética 2”, a equipa de enfermagem do serviço B teria colocado a questão 1 ao enfermeiro-chefe, que a tentou resolver junto do seu homólogo e expôs o assunto ao enfermeiro-supervisor. E “este decide que a equipa de enfermagem do serviço B deve preparar a referida quimioterapia, contudo não refere que esta deva administrá-la. Assume no entanto que a equipa de enfermagem do serviço A pode administrar os referidos citostáticos”.

Pergunta 2: “É legal que o enfermeiro-supervisor dê indicações para que seja a equipa de enfermagem do serviço B a preparar a referida quimioterapia e a entregá-la preparada para a equipa de enfermagem do serviço A administrar, desrespeitando assim um dos princípios básicos de Enfermagem?”

### **Fundamentação**

Para enquadrar a situação no âmbito da prescrição, preparação e administração de quimioterapia, estamos na área das intervenções interdependentes – “as

acções realizadas pelos enfermeiros, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um fim comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (REPE, Artigo 9.º, n.º 3).

Relativamente à responsabilidade profissional, refira-se que o enfermeiro, tal como descrito no Artigo 81.º do Código Deontológico, “no respeito pelo direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de:

- a) co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento; [...]
- d) assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

Assim, e se claramente existe uma racionalização e / ou centralização dos processos de preparação (rendibilizando recursos materiais e humanos), há que assegurar a responsabilidade pelos actos em qualquer momento do processo (com registos fiéis, conforme alínea d) do citado Artigo 81.º), seja de maneira formal mais ampla (de que constitui exemplo o protocolo de actuação) ou em sentido mais concreto (como a identificação adequada da terapêutica e da pessoa que assume a responsabilidade do manuseamento / da preparação).

São expostas duas situações hipotéticas a que correspondem outras tantas perguntas, sendo certo, porém, que as duas questões estão intimamente interligadas.

Quanto à primeira questão – se é legal, atentos os pressupostos de facto enunciados, que a equipa médica do serviço B dê indicações para que seja a equipa de enfermagem do serviço B a preparar um tratamento de quimioterapia para ser administrado pela equipa de enfermagem do serviço A – a nosso ver, não se trata de uma questão de legalidade *stricto sensu*, mas de uma questão de boa prática de Enfermagem (*leges artis*). Em tese, poder-se-ia dizer que a equipa de enfermagem que prepara a terapêutica deveria ser a que, conseqüentemente, a administraria ao utente. Porém, em concreto, atentas as circunstâncias do caso e designadamente tendo em conta o equipamento disponível, poder-se-á revelar mais adequada uma solução como aquela que está referenciada na pergunta 1. Mas trata-se, antes do mais, de matéria do foro técnico ou de boa prática da profissão (sobre a qual existe parecer do Conselho Regional de Enfermagem), e não de uma questão do foro legal.

Em qualquer caso, avançando para a pergunta 2 – se é legal que o enfermeiro-supervisor dê indicações para que seja a equipa de enfermagem do serviço B a preparar a referida quimioterapia e a entregá-la preparada para a equipa de enfermagem do serviço A administrar – diremos que, para além da boa prática no exercício da profissão, estamos perante uma questão de hierarquia, sendo conhecido que as chefias têm, naturalmente, poderes de direcção e de coordenação como fazendo parte integrante das suas competências.

Aliás, havendo um eventual conflito de competências entre equipas ou serviços, cabe, naturalmente, à entidade competente para a decisão do procedimento dirimir o conflito, ouvidas as partes, como aliás decorre do disposto no Artigo 43.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA).

## **Conclusão**

Sendo duas questões interligadas, o Conselho Jurisdicional é de parecer que se inserem, de pleno, no âmbito da boa prática do exercício da profissão de enfermagem (*leges artis*), sendo, naturalmente, o titular do cargo supervisor ou coordenador das equipas em presença quem, em última análise, deve dirimir um eventual conflito surgido na definição das respectivas competências ou funções técnicas.

Foi relatora Lucília Nunes.

Aprovado a 7 de Maio de 2002.

## **PARECER CJ-55/2003 – Aspectos ético-deontológicos que se colocam aos enfermeiros no desenvolvimento da sua actividade profissional**

### **A questão colocada**

É colocada ao Conselho Jurisdicional a dúvida que se transcreve: “Que aspectos ético-deontológicos se colocam aos profissionais de enfermagem, a exercerem a sua actividade em ambiente de bloco operatório, quando confrontados com a necessidade de colaboração em cirurgia programada em que detectem falta ou deficiente cumprimento dos procedimentos de técnica asséptica exigível?”

## Fundamentação

A Ordem dos Enfermeiros “tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional.” (Artigo 3.º, n.º 1, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). De acordo com o descrito, os enfermeiros do bloco operatório depararam-se com um problema deontológico, na medida em que a descontaminação de material está fora de prática no hospital, por indicação da Comissão de Análise e Controle da Infecção Hospitalar. Se aceitassem participar nesta prática, os enfermeiros, de todo não estariam a cumprir este desígnio fundamental da Ordem dos Enfermeiros.

Analisando o Artigo 78.º, ponto 2, alínea a) – “ a igualdade”, como valor universal –, o enfermeiro deve providenciar para que seja garantida a igualdade na assistência a todos os doentes que procedimentos assistenciais tenham uma base que garanta a todos a correcção e a melhor qualidade da prática (Artigo 88.º).

Também de acordo com o Artigo 79.º, a alínea c), o enfermeiro assume o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética e o bem comum [...]”. Se “a prática de descontaminação de material no bloco operatório fora abolida há mais de três anos por indicação da Comissão de Análise e Controle da Infecção Hospitalar (CHCIH)”, o enfermeiro está a dar cumprimento à regra em vigor no hospital para a protecção da pessoa humana, no que respeita a infecção hospitalar, com o objectivo de proteger o doente de vir a correr riscos acrescidos.

Ainda de acordo com o Artigo 88.º, alínea d), o enfermeiro assume o dever de “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”. Dando cumprimento a esta alínea, deve o enfermeiro comunicar através dos seus superiores hierárquicos que a deficiência da prática de utilização do referido equipamento prejudica a qualidade dos cuidados prestados, com o provável aumento do risco de infecção, para o doente sujeito a tal prática.

Com o Artigo 91.º, alínea c) – “Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, [...], promovendo a qualidade dos serviços” – pretende-se que a equipa funcione para

um bem comum, para a melhor qualidade na assistência ao doente e, conseqüentemente, para uma promoção da qualidade dos serviços prestados.

### **Conclusão**

O enfermeiro, ao actuar no sentido da garantia da qualidade, recusando-se a participar em práticas que a lesem, está a dar cumprimento ao seu Código Deontológico. Preocupa-se em manter a qualidade do cuidado, pelo seu desempenho de rigor, tudo fazendo para que os outros elementos da equipa desenvolvam as actividades com o mesmo objectivo e processo de qualidade.

Foi relatora Conceição Martins.

Aprovado a 14 de Fevereiro de 2003.

## **PARECER CJ-26/2004 – Sobre a realização de provas laboratoriais pelos enfermeiros**

### **A questão colocada**

A situação descrita é a de, em horário normal de trabalho (das 9 horas às 17 horas), os testes laboratoriais de provas de compatibilidade (dador / receptor), pesquisa de anticorpos irregulares e determinação de grupo sanguíneo, serem efectuados por uma técnica superior. Foi solicitado, pelo director do serviço, que, das 17 horas às 8 horas, os mesmos testes fossem efectuados pelos enfermeiros do serviço.

Este pedido de parecer foi enviado à Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que deu parecer e sugeriu apreciação do Conselho Jurisdicional. Foi solicitado parecer jurídico, integrado no parecer deontológico.

### **Fundamentação**

É princípio orientador da actividade dos enfermeiros a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, de acordo com a alínea a) do número 3 do Artigo 78.º.

Exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população,

adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem é um dever geral de todos os membros efectivos da Ordem dos Enfermeiros como estatui a alínea a) do Artigo 76.º. No mesmo Artigo, a alínea i) refere que é também dever dos membros comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão.

O título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção, e é atribuído aos profissionais habilitados com os seguintes cursos:

- a) Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal;
- b) Curso de bacharelato em Enfermagem ou equivalente legal;
- c) Curso de licenciatura em Enfermagem;
- d) Outros cursos superiores de enfermagem que, nos termos do diploma da instituição, confirmam competência para a prestação de cuidados gerais.

(Artigo 7.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

De acordo com o Artigo 79.º, que fala dos deveres em geral, o enfermeiro ao inscrever-se na Ordem deve:

- 1 – cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
- 2 – responsabilizar-se pelas decisões que toma e os actos que pratica ou delega;
- 3 – proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional.

De acordo com o Artigo 91.º, referente a deveres para com as outras profissões, o enfermeiro tem o dever de actuar responsabilmente na sua área de competência, reconhecendo a especificidade das outras profissões da saúde e respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um.

## **Conclusão**

1 – O Conselho Jurisdicional, concordando com o parecer da Comissão de Enfermagem Médico-Cirúrgica, reitera a preocupação com a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem aos cidadãos.

2 – A actuação em articulação e complementaridade não supõe a substituição de outros profissionais pelos enfermeiros. Na observância das regras da ética e deontologia profissional, e de acordo com as competências do enfermeiro de cuidados gerais e restante regulamentação de suporte, a realização deste tipo de provas laboratoriais – provas de compatibilidade (dador / receptor), pesquisa de anticorpos irregulares e determinação de grupo sanguíneo – não compete aos enfermeiros.

É este, salvo melhor, o parecer do Conselho Jurisdicional.

Foi relator José António Fraga.

Aprovado a 4 Janeiro de 2005.

## **Da continuidade de cuidados**

Procurando não repetir a argumentação (ou o menos possível), seleccionaram-se dois pareceres.

### **PARECER CJ-41/2002 – Obrigatoriedade de continuidade de cuidados em cuidados de saúde primários**

#### **A questão colocada**

“Qual o entendimento sobre a necessidade de continuidade de cuidados em Cuidados de Saúde Primários. Se existe obrigatoriedade de o enfermeiro continuar a assegurar o serviço, no caso de não ser rendido, tendo assim de fazer doze horas, pois em situações de greve ou de reuniões esses serviços encerram.”

Estamos assim perante duas questões:

1 – “Saber se, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, existe obrigatoriedade de o Enfermeiro assegurar o serviço, em caso de não ser rendido.”

2 – “Se se aplica o mesmo princípio, utilizado em situação de greve, segundo o qual não existem cuidados mínimos a assegurar, ou em situação de reunião em que também encerram o serviço”.



## Fundamentação

Para emitir parecer sobre a primeira questão colocada, há que ter presente que: “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Artigo 8.º n.º 1 do REPE). Deverão ainda ser consideradas as disposições existentes na carreira de Enfermagem, D-L 437/91, Artigo 56.º, n.º 1 e 6, que define regras de organização, prestação e compensação de trabalho: “a semana de trabalho, entendida de segunda-feira a domingo, é, em regra, de 35 horas e de 5 dias, *podendo sofrer alterações por necessidade do serviço* ou do enfermeiro, salvaguardando os interesses do serviço”. É ainda referido que “os enfermeiros podem trabalhar por turnos e / ou *jornada contínua*.” (o sublinhado é nosso).

Considerou-se ainda o que está consignado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 83.º: “O enfermeiro, no respeito pelo direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: [...] d) assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.” Foi também levada em conta a nova formulação do Artigo 11.º do REPE, n.º 2, alínea b): “Constitui ainda direito dos enfermeiros serem substituídos após cumprimento da sua jornada de trabalho.”

Quanto à segunda questão, a situação vivida em dia de greve rege-se pela lei da greve (D-L n.º 65/77 de 26/8, Artigo 7.º, n.º 1) que determina que em dia de greve o trabalhador está na dependência hierárquica de estrutura sindical, o que não é o caso da situação exposta. Recordar-se ainda que os serviços de saúde, que não assegurem cuidados nas 24 horas podem fechar em situação de greve, o que também não é o caso.

A situação descrita implica a manutenção dos cuidados a uma população, em horário normal de funcionamento de um serviço, no caso, a prestação de cuidados de enfermagem. Rege-se, portanto, pela legislação em vigor e já referida.

Quando há reunião de serviço, caso em que este encerra, deve ser acautelada a informação de encerramento aos utentes, ou garantir que alguém da equipa saia da reunião para assegurar os cuidados ao utente que se dirige ao serviço, dentro do horário de funcionamento deste.

## Conclusão

O enfermeiro deve adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

1 – Existe obrigatoriedade de o enfermeiro assegurar o serviço. Se, por um lado, o enfermeiro tem o direito de ser substituído após cumprimento da sua jornada de trabalho, também tem o dever de dar continuidade aos cuidados.

2 – A situação relatada não está contextualizada em período de greve, mas sim em período normal de trabalho, com obediência hierárquica à instituição, de onde decorre a não aplicabilidade da lei da greve.

3 – A organização do trabalho deve ser garantida, no sentido da assistência ao cidadão, dentro do horário estabelecido e divulgado, sem prejuízo da normal organização interna das equipas.

Foi relatora Conceição Martins.

Aprovado a 15 de Junho de 2004.

## **PARECER CJ-09/2004 – Obrigatoriedade de continuar jornada de trabalho em cuidados de saúde primários**

### **A questão colocada**

“Qual o entendimento sobre a necessidade de continuidade de cuidados em Cuidados de Saúde Primários. Se existe obrigatoriedade de o enfermeiro continuar a assegurar o serviço, no caso de não ser rendido, tendo assim de fazer doze horas, pois em situações de greve ou de reuniões esses serviços encerram.”

Estamos assim perante duas questões:

1 – “Saber se, no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, existe obrigatoriedade de o Enfermeiro assegurar o serviço, em caso de não ser rendido.”

2 – “Se se aplica o mesmo princípio, utilizado em situação de greve, segundo o qual não existem cuidados mínimos a assegurar, ou em situação de reunião em que também encerram o serviço.”

### **Fundamentação**

Para emitir parecer sobre a primeira questão colocada, há que ter presente que: “no exercício das suas funções, os Enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no direito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Artigo 8.º, n.º 1, do REPE).

Considerou-se ainda o que está consignado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 83.º: “O enfermeiro, no respeito pelo direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: [...] d) assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.” Foi também levada em conta a nova formulação do Artigo 11.º do REPE, n.º 2, alínea b): “Constitui ainda direito dos enfermeiros serem substituídos após cumprimento da sua jornada de trabalho.”

Consideram-se, para os funcionários e agentes da Administração Pública, as disposições existentes na carreira de Enfermagem, D-L 437/91 de 8 de Novembro, Artigo 56.º, n.º 1 e 6, com as alterações introduzidas pelo D-L 412/98 de 30 de Dezembro, as quais definem regras de organização, prestação e compensação de trabalho: “a semana de trabalho, entendida de segunda-feira a domingo, é, em regra, de 35 horas e de cinco dias, podendo sofrer alterações por necessidade do serviço ou do enfermeiro, salvaguardando os interesses do serviço.” É ainda referido que “os enfermeiros podem trabalhar por turnos e / ou jornada contínua.”

Quanto à segunda questão, a situação vivida em dia de greve rege-se pela lei da greve (D-L n.º 65/77 de 26/8 Artigo 7.º, n.º 1) que determina que em dia de greve o trabalhador está na dependência hierárquica de estrutura sindical, o que não é o caso da situação exposta. Recorda-se ainda que os serviços de saúde que não assegurem cuidados nas 24 horas podem fechar em situação de greve, o que também não é o caso.

A situação descrita implica a manutenção dos cuidados a uma população, em horário normal de funcionamento de um serviço, no caso, a prestação de cuidados de enfermagem. Rege-se, portanto, pela legislação em vigor e já referida.

No caso de reunião de serviço, caso em que este encerra, deve ser acautelada a informação de encerramento aos utentes, ou garantir que alguém da equipa esteja disponível para assegurar os cuidados ao utente que se dirige ao serviço, dentro do horário de funcionamento deste.

Ademais, refira-se o enquadramento específico de cada centro de saúde / extensão e das respectivas modalidades de funcionamento.

## **Conclusão**

O enfermeiro deve adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

1 – Existe obrigatoriedade de o enfermeiro assegurar o serviço. Por um lado, o enfermeiro tem o direito de ser substituído após cumprimento da sua jornada de trabalho e, por outro lado, tem o dever de dar continuidade aos cuidados.

2 – A situação relatada não está contextualizada em período de greve, mas, sim, em período normal de trabalho, com obediência hierárquica à instituição, de onde decorre a não aplicabilidade da lei da greve.

3 – A organização do trabalho deve ser garantida, no sentido da assistência ao cidadão, dentro do horário estabelecido e divulgado, sem prejuízo da normal organização interna das equipas.

Foi relatora Conceição Martins.

Aprovado a 6 de Julho de 2004



## **Da recusa do profissional**

Fora do contexto das condições para o exercício, em que a recusa foi interrogada como manifestação de indignação, neste tópico seleccionaram-se três pareceres que interrogam a possibilidade de recusa do enfermeiro.

### **PARECER CJ-25/2001 – Recusa de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário**

#### **A questão colocada**

Estamos perante um pedido de esclarecimento face à situação que a seguir se descreve.

1 – “Uma doente do sexo feminino, com 60 anos de idade, residente numa freguesia deste concelho, que dista cerca de 25 km da sede, apresenta o seguinte quadro clínico: deiscência de sutura do abdómen resultante de consecutivas intervenções cirúrgicas a uma hérnia umbilical, com lesão extensa, cheiro fétido, persistência acentuada de sinais inflamatórios acompanhado de agravamento consecutivo do estado de saúde. Segundo o parecer do médico-cirurgião, a situação só poderá ser solucionada com nova intervenção, de modo que todos os tratamentos que possam ser efectuados em nada contribuirão para a melhoria do estado de saúde da utente. Porém, a doente recusa-se terminantemente a ser alvo da dita cirurgia, solicitando a prestação de cuidados no domicílio pela equipa

de enfermagem deste centro de saúde. A doente, apesar disso, não apresenta qualquer tipo de dificuldades motoras ou psíquicas que impossibilitem a sua deslocação à unidade de saúde. O caso foi analisado e discutido em reunião da equipa de enfermagem.

2 – Após ponderação das vantagens e desvantagens da prestação de cuidados a esta utente, eu própria me recusei a pactuar com tal situação, na tentativa de incentivar a doente a optar por uma solução definitiva, menos traumática em termos de saúde e menos dispendiosa relativamente à mobilização de recursos humanos e materiais. Foi por mim exigido que esta situação ficasse registada em acta e dada a conhecer ao director do centro de saúde.

3 – Posto isto, gostaria que esclarecesse a seguinte dúvida: posso recusar-me a prestar os respectivos cuidados de enfermagem em contexto domiciliário?”

### **Análise e fundamentação**

Esta dúvida levanta algumas questões que importa analisar de forma a chegar a uma conclusão.

1 – A Senhora Enfermeira não põe em dúvida que a utente necessite de cuidados de enfermagem. De facto, a “deiscência da sutura no abdómen. com lesão extensa, cheiro fétido e persistência acentuada de sinais inflamatórios” justificariam, só por si, essa necessidade.

2 – No entanto, entende poder recusar a prestação de cuidados de enfermagem apenas e só em contexto domiciliário. Porquê? Porque entende que se deve “incentivar a doente a optar por uma solução definitiva”. E a solução definitiva que a Senhora Enfermeira entende incentivar é uma “nova intervenção” cirúrgica, “segundo o parecer do médico-cirurgião”.

3 – E por duas razões: é “menos traumática em termos de saúde”; é “menos dispendiosa relativamente à mobilização de recursos humanos e materiais.”

4 – Alicerça, pois, as suas razões na opinião do médico, que assume como sua, na medida em que “a situação só poderá ser solucionada com nova intervenção”. E apresenta ainda argumentos económicos em favor dessa solução.

5 – Não podemos pôr em causa os argumentos apresentados. Com efeito, a nossa formação técnica e científica, a nossa experiência profissional, a nossa prática com casos semelhantes poderá levar, naturalmente, à aceitação da solução proposta. São ainda, e também naturalmente, de aceitar os argumentos económicos,

na medida em que é nossa obrigação prestar os melhores cuidados com o mínimo dispêndio de recursos, de acordo com o princípio da justiça e equidade.

6 – “Porém, a doente recusa-se terminantemente a ser alvo da dita cirurgia.”, o que impede a “solução definitiva” e “menos dispendiosa”, recomendada pela ciência, pela técnica e pela prática. Estamos, pois, perante a recusa do doente em receber um determinado tratamento.

7 – Na realidade, a utente não recusou todos os tratamentos, como o prova o seu pedido de assistência domiciliária. Recusou ser alvo da cirurgia, isto é, recusou uma proposta de tratamento. E é evidente que esta recusa se alicerça no âmbito dos seus direitos individuais, nomeadamente o direito à autodeterminação.

8 – Ora, os direitos das pessoas, e, por maioria de razão, os das pessoas doentes, fundamentam os deveres que os enfermeiros estão obrigados a cumprir; e de acordo com o previsto no Código Deontológico do Enfermeiro (Capítulo VI – Secção II do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicado em anexo ao Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril), “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Artigo 78.º, n.º 1). Também no Artigo 84.º, alínea b), se afirma o dever do enfermeiro de “promover e defender o direito da pessoa ao consentimento informado”.

9 – A utente mantém o direito a outras opções quanto a tratamento. Só assim se entende a *liberdade*. Opções essas que lhe serão propostas por quem, dentro da legislação em vigor, tenha as competências necessárias para tal.

10 – A utente tem pois o direito a recusar a cirurgia, assim como tem direito a outro tipo de tratamento. Acontece que a utente solicitou “a prestação de cuidados no domicílio pela equipa de enfermagem do centro de saúde”.

11 – Estamos perante uma situação em que não está em causa o direito ao tratamento, qualquer que ele seja, mas sim ao local onde o tratamento se realiza. Ou nas instalações do centro de saúde ou no domicílio da utente. Tendo a utente direito a ser assistida nos dois locais, este direito não é uma opção sua. É antes uma alternativa da instituição centro de saúde, fixada por quem de direito, em função de critérios assistenciais previamente definidos. Neste sentido, se a utente está dentro destes critérios, deve ser assistida no domicílio, se não está, deve ser assistida nas instalações do centro de saúde.

12 – No processo de tomada de decisão, por parte da equipa de enfermagem, o facto de que “a doente não apresenta qualquer tipo de dificuldades locomotoras ou psíquicas que impossibilitem a sua deslocação à unidade de saúde”,



apesar de ser contraditório com a afirmação de que existe um “agravamento consecutivo do (seu) estado de saúde”, pode ser um critério que recomende a assistência no centro de saúde.

13 – A “recusa em pactuar com tal situação”, por parte da enfermeira, entendida como discordância da atitude e do comportamento da utente, não pode ser um critério de exclusão para a assistência no domicílio. É que, se a discordância pode ser legítima em função de uma atitude profissional que visa a excelência do exercício, o critério de exclusão que lhe subjaz contraria o Artigo 81.º, alínea e), do Código Deontológico do Enfermeiro que obriga o enfermeiro a “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”.

14 – A recusa da utente a uma proposta de tratamento é um conflito entre a doente e a doença, ou, neste caso, entre a utente e os resultados do tratamento, tanto mais que já foi submetida a “consequentes intervenções cirúrgicas”.

15 – Naturalmente, é sempre desagradável esta recusa. Tanto mais quanto esta recusa choca com as nossas certezas. Mas há que ter cuidado no sentido de que as boas intenções não sejam objectivamente uma falta de respeito relativamente aos direitos da utente.

16 – Haverá outros meios de intervenção previstos no Artigo 84.º, alíneas c) e d), do Código Deontológico do Enfermeiro. Assim, há que “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” ou, ainda, “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.”

17 – Desde o estabelecimento de relação de ajuda, na medida em que tal for possível, à substituição da enfermeira, na opção de a pessoa poder ser cuidada por outro profissional, se tal for viável e desde que não ponha em risco a sua saúde (no sentido do Artigo 83.º, alínea c) são alternativas a equacionar.

18 – Todavia, tendo presente que o princípio da beneficência (que leva a enfermeira a defender aquilo que julga ser o melhor interesse da utente) se encontra em claro confronto com o princípio da autonomia (e existindo uma clara expressão da vontade da pessoa), podem ainda ser trazidos para a fundamentação os deveres relativos a “participar nos esforços para valorizar a vida e a qualidade de vida” (Artigo 82.º, alínea c) e / ou “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (Artigo 88.º, alínea b).

## **Conclusão**

Na sequência da fundamentação exposta, é parecer do Conselho Jurisdicional que há que respeitar a vontade expressa da utente, se tal não for contra a sua saúde e bem-estar e se for possível, no contexto de prestação de cuidados.

Foi relator Nelson Fernandes.  
Aprovado a 26 de Novembro de 2001.

### **PARECER CJ-42/2002 – Legitimidade comportamental e profissional em relação à recusa de administração terapêutica analgésica no espaço epidural**

#### **A questão colocada**

Na sequência de um parecer solicitado à Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, face à existência de dúvidas relativas às competências técnicas dos enfermeiros especialistas, conclui-se perguntando se há “Legitimidade comportamental e profissional em relação à recusa na administração terapêutica analgésica no espaço epidural”. Sobre o assunto, a Comissão de Especialidade afirmou ser tal prática da competência dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica e o Conselho de Enfermagem, na conclusão do seu próprio parecer sugere que seja ouvido o Conselho Jurisdicional.

#### **Fundamentação**

O parecer do Conselho Jurisdicional fundamenta-se no que a seguir se enuncia.

1 – De acordo com o REPE (D-L n.º 161/96, de 4 de Setembro), o enfermeiro especialista é “um enfermeiro a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados, na área da sua especialidade” (REPE, Artigo 4.º, n.º 3);

2 – No parecer da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, recorda-se que, segundo a Directiva 80/155/CEE, “a analgesia, anestesia e reanimação” são da competência dos enfermeiros especialistas nesta área, para o que deverão ter os conhecimentos científicos e técnicos;

3 – A administração de terapêutica analgésica no espaço epidural enquadra-se no âmbito das “intervenções interdependentes”, enquanto “acção a realizar pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrente de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições e orientações previamente formalizadas” (REPE, Artigo 9.º, n.º 3). e de acordo com o parecer da Comissão de Especialidade, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deverão possuir estas qualificações profissionais.

4 – De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril), os enfermeiros:

- têm como valor universal a observar, na relação profissional, “a competência e o aperfeiçoamento profissional” (Estatuto, Artigo 78.º/2, alínea e) e, enquanto membro da equipa de saúde, assumem o dever de “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais da saúde” (Estatuto, Artigo 91.º, alínea b);

- têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Estatuto, Artigo 76.º, n.º 1, alínea a);

- também é seu dever, no respeito pelo direito ao cuidado “orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema quando o pedido ultrapassa a sua competência” (Estatuto, Artigo 83.º, alínea b);

- devem procurar, em todo o acto profissional, a excelência do exercício assumindo o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente.” (Estatuto, Artigo 88.º, alínea c).

## **Conclusão**

O Conselho Jurisdicional, considerando o parecer da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a fundamentação apresentada, é de parecer que:

1 – a recusa de qualquer acto ou intervenção de enfermagem prescritos só terá legitimidade quando se fundamente na recusa do próprio cliente, na falta de condições mínimas para uma prática segura e na objecção de consciência;

2 – fazendo parte das suas competências científicas e técnicas, enquanto enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, não há legitimidade para a recusa da administração de terapêutica analgésica no espaço epidural;

3 – como é referido no parecer da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, se os enfermeiros não se sentirem devidamente preparados, deverão promover a actualização dos seus conhecimentos.

Foi relatora Manuela Amaral.  
Aprovado a 2 de Julho de 2002.

## **PARECER CJ-48/2002 – Recusa de cuidados face a ofensa**

### **A questão colocada**

Será que um enfermeiro se pode recusar a cuidar de um doente, quando antes se sentiu agredido por este? Será que um enfermeiro pode justificar a sua ausência do serviço, socorrendo-se do argumento da “perturbação emocional e indisposição física, com a obrigatoriedade de cuidar de um cliente que o agrediu recentemente”?

### **Fundamentação**

Afigura-se de referir, em primeiro lugar, que os factos evocados vêm muito sinteticamente expostos, sendo impossível aquilatar assim da gravidade do comportamento do utente em concreto. Por isso, o que se pode admitir, em abstracto, é que, dependendo da gravidade da ofensa ao enfermeiro, poderá justificar-se a recusa deste profissional de saúde em prestar os cuidados requeridos ao doente, em virtude de existir uma colisão de direitos de idêntica natureza.

O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos (Artigo 81.º do Código Deontológico), mas, enquanto indivíduo e membro de um grupo, espera que os seus valores sejam respeitados, o que parece ter sido posto em causa.

Atendendo aos sentimentos de pudor e de interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de respeitar, no seu exercício, a intimidade e a privacidade do utente (Artigo 86.º do Código Deontológico), mas conta que este respeite o seu pudor e a sua interioridade.

Se o utente tem o direito de ser atendido com qualidade – como refere a enfermeira em causa – também o profissional de saúde tem o direito de não ser lesado na sua dignidade por comportamentos que desrespeitem os seus direitos de personalidade, como poderá suceder através de contactos físicos deliberados, semelhantes ao que é relatado no pedido de parecer. Os direitos em colisão não têm entre si uma relação de subalternidade, devendo, como tal, coexistir (Artigo 335.º do Código Civil). Tudo depende, porém, das circunstâncias concretas do caso, pelo que um parecer conclusivo só é possível mediante um relato circunstanciado dos factos ocorridos.

No actual quadro legislativo da saúde, são atribuídos direitos específicos aos doentes, mas também deveres (Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes), entre os quais está o de ser respeitado e de respeitar a dignidade humana dos outros doentes e dos profissionais da saúde.

## **Conclusão**

1 – No que respeita à primeira questão, entende-se que:

– ao ser desrespeitada na sua dignidade pessoal, a enfermeira tem o direito de recusar a prestação de cuidados ao autor de tais actos;

– a dignidade e os direitos do doente exigem que o exercício dos direitos profissionais não coloque em risco a vida dele; pelo que, quando necessário, a enfermeira deverá diligenciar no sentido de o doente não ficar sem assistência, comunicando, pelas vias competentes e em tempo útil, a sua decisão.

2 – No que concerne à segunda questão, a justificação da sua ausência de serviço é matéria do foro estritamente laboral, transcendendo o âmbito das competências da Ordem.

Foi ouvida a assessora jurídica do Conselho Jurisdicional.

Foi relatora Manuela Amaral.

Aprovado a 5 de Novembro de 2002.

## **Do consentimento**

O enfoque no consentimento, a par da informação, foi considerável nos primeiros anos de exercício do Conselho Jurisdicional – seleccionaram-se três pareceres, procurando a diversidade das questões colocadas.

### **PARECER CJ-07/2000 – Recusa de tratamento / Consentimento informado**

#### **A questão colocada**

Ao Conselho Jurisdicional é solicitado um parecer, no sentido de resolver as dúvidas levantadas pela questão que a seguir se transcreve.

«Perante a existência de uma “Declaração de Isenção de Responsabilidade”, datada e assinada pelo interessado e testemunhas, redigida no sentido de ilibar os profissionais por qualquer dano que venha a ocorrer à pessoa pela não– administração de sangue e seus derivados – que recusam –, como são as efectuadas, por exemplo, pelas testemunhas de Jeová, em perfeito estado de consciência, não admitindo que posteriormente venha a ser dado consentimento por quem quer que seja, ainda que a pessoa se encontre – no momento – inconsciente ou incapaz de transmitir a sua vontade, qual a validade legal da assinatura de um “Consentimento Livre e Esclarecido para Actos Médicos”, autorizando o que aquela proibia, feita em data posterior – por exemplo com uma diferença de um

ano e meio – por um familiar directo – que tinha servido de testemunha na DIR. E, em consequência, qual a atitude ou atitudes, correctas e possíveis dos enfermeiros».

## **Fundamentação**

Na reflexão acerca deste assunto, é importante referir algumas considerações prévias que fundamentam o parecer do Conselho Jurisdicional, quer as relativas ao consentimento informado e ao direito a uma vontade actual e esclarecida de recusar tratamento, quer ao conceito de representação legal e aos deveres do enfermeiro aqui aplicáveis.

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

O respeito pela pessoa significa, principalmente, reconhecer e promover a sua capacidade para pensar, decidir e agir. Ao ser-lhe reconhecida esta capacidade, a pessoa está a ser considerada um ser autónomo e independente, portador de crenças e valores que devem ser respeitados. Por isso, qualquer intervenção de um profissional da saúde só deverá realizar-se se a pessoa em causa o permitir, através do seu consentimento livre e esclarecido. O consentimento surge, assim, submetido a condições: 1) o consentimento deve ser voluntário, livre de qualquer manipulação ou coacção externa; 2) deve ser baseado em informação correcta que o doente compreenda; 3) o consentimento deve ser o acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo.

Em relação à primeira condição – que a decisão seja voluntária, livre de qualquer manipulação ou coacção externa e baseada em informação correcta –, compete aos profissionais avaliar a existência de qualquer influência, intrínseca ou extrínseca, que possa perturbar a decisão: circunstâncias relacionadas com o doente, como o sofrimento intenso, alterações psíquicas ou emocionais, ou factores exteriores, nomeadamente, forças coercivas ou manipuladoras.

Por outro lado, é a informação a dar que lhe vai permitir, efectivamente, consentir no tratamento proposto ou recusá-lo. Importa, por isso, que a informação seja proporcionada numa verdadeira relação de confiança, ultrapassando obstáculos culturais e linguísticos muitas vezes presentes. E a compreensão da informação

precisa de ser validada pelo profissional que a forneceu, esclarecendo as dúvidas, muitas vezes solicitando a reformulação do conteúdo da informação.

Por último, o consentimento deve ser o acto de uma pessoa competente para tomar decisões e com capacidade para comunicar o seu desejo. Por princípio, a pessoa adulta, maior de dezoito anos, deverá ser considerada competente, de acordo com a legislação em vigor. No entanto, a competência, no sentido da capacidade para tomar decisões, poderá variar com a decisão a ser tomada, implicando, muitas vezes, a necessidade de determinação do nível de competência dos doentes para consentir ou recusar tratamento, com o objectivo de os proteger de eventuais decisões que possam tomar e que não sejam do seu melhor interesse. O julgamento sobre a competência de uma pessoa permitirá distinguir aquelas cuja decisão deverá ser respeitada das que necessitarão de ser substituídas na decisão, por representante legal.

As intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos não são considerados ofensas à integridade física, desde que sigam as *leges artis* e tenham o consentimento do doente (Artigo 150.º do Código Penal).

Na nossa legislação, refere-se ao consentimento o Artigo 38.º do Código Penal: “[...] 2 – O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto. 3 – O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta [...]”.

Assim, para qualquer acto, deve ser sempre obtido o consentimento do doente. No entanto, a obtenção do consentimento explícito reserva-se para actos que ultrapassem o risco mínimo aceitável, considerando-se que, nas outras circunstâncias, há um consentimento tácito e implícito na procura de cuidados de saúde e mantido pela relação de confiança estabelecida. No plano ético, não faz sentido distinguir o consentimento oral ou escrito, pelo que qualquer formulário de consentimento (nomeadamente o designado no pedido de parecer, o CLEAM<sup>10</sup>) é apenas uma formalidade com utilidade jurídica, que pode ser utilizada como prova documental. Também o consentimento testemunhado, escrito ou oral, com valor jurídico, não acrescenta qualquer validade ao consentimento, sob o ponto de vista ético.

---

<sup>10</sup> Tem a forma de impresso e surgiu proposto em circular da Direcção-Geral da Saúde, com um campo “a preencher pelo médico” e outro “a preencher pelo doente / pais / representante legal”.



O consentimento pode ainda ser presumido, equiparando-se na lei ao consentimento efectivo “quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no acto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado” (Artigo 39.º, n.º 2, do Código Penal). A situação de emergência em que se verifica a incompetência do doente, impedindo a obtenção do seu consentimento explícito, legitima o profissional a agir no melhor interesse daquele, tendo em conta o princípio da beneficência, e a presumir o seu consentimento. Do mesmo modo, quando a situação do doente se agrava, exigindo procedimentos sobre os quais não se manifestou, é igualmente legítima a presunção do consentimento.

Evidentemente, as intervenções de enfermagem carecem do consentimento do doente, não devendo, ética e legalmente, ser praticados actos que a pessoa, por meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida, recusou.

Sendo o consentimento necessário a qualquer tratamento, nem todas as pessoas têm capacidade para o prestar. Como é sabido, até aos 18 anos<sup>11</sup> a incapacidade dos menores é suprida pelo poder paternal, cabendo aos pais a representação legal dos filhos. Importa referir que o poder paternal cabe, em princípio, aos pais (na constância do matrimónio), que devem agir de comum acordo, não sendo a falta de acordo oponível a terceiro de boa fé. Em caso de divórcio, separação judicial ou de facto ou declaração de nulidade ou anulação do casamento, o poder paternal será regulado e homologado pelo tribunal. Se a filiação estiver estabelecida apenas quanto a um dos progenitores, é a este que cabe o poder paternal. Se a filiação estiver estabelecida quanto a ambos os progenitores e estes não estiverem casados entre si, o poder paternal cabe ao que tiver a guarda do filho, presumindo-se que é a mãe. Os menores estão obrigatoriamente sujeitos a tutela, exercida por tutor designado pelos pais ou pelo tribunal, se os pais tiverem falecido, estiverem inibidos do poder paternal, estiverem há mais de seis meses impedidos de facto de exercer o poder paternal ou forem incógnitos.

Para além da menoridade, há pessoas incapazes por interdição (todos aqueles que, por anomalia psíquica, surdo-mudez ou cegueira, se mostrem incapazes de governar as suas pessoas e bens). A interdição é decretada pelo tribunal e os

---

<sup>11</sup> Sem prejuízo de poderem ter dado consentimento eficaz os maiores de 14 anos, se para tal possuírem o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance, no momento em que o dão, como já foi referido.

interditos são equiparados aos menores, ficando dependentes de tutor. Também por anomalia psíquica, surdo-mudez ou cegueira, as pessoas podem ser consideradas inábeis, sendo a incapacidade do inabilitado menor e constando da sentença que decretou a inabilitação os actos a ser assistidos por curador.

Nos casos referidos, o consentimento deve ser prestado pelo representante legal. Este deverá, sempre que possível, basear-se nas decisões já conhecidas e expressas previamente pelo doente, respeitando as suas crenças e valores. À parte os casos referidos, deve a competência da pessoa ser presumida, a não ser que os profissionais da saúde encontrem sérios indícios de que a sua capacidade está afectada, ou da existência de coacção, casos em que ficará inviabilizado um consentimento válido. Quando a causa da incompetência é reversível, o objectivo primordial deve ser o de restituir ao paciente a capacidade necessária para tomar decisões.

Na impossibilidade de obter consentimento do próprio, e na ausência de representantes legais, é dever de qualquer profissional agir no melhor interesse do doente, se possível atendendo às preferências, crenças e valores que tiver manifestado. Por melhor interesse do doente, entende-se a restauração ou preservação das funções vitais, o alívio do sofrimento e a manutenção da qualidade de vida.

No cumprimento do Código Deontológico, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (n.º 1, Artigo 78.º do Estatuto). No exercício da profissão, o enfermeiro deve “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; [...] abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (alíneas a, e, f do Artigo 81.º do Estatuto). No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (alínea b do Artigo 84.º do Estatuto).

## **Conclusão**

Na exposição do caso, refere-se que a vontade do doente foi explicitamente manifestada, em perfeito estado de consciência e que esta correspondia à recusa da administração de sangue e dos seus derivados, inclusivamente em qualquer

situação em que posteriormente viesse o doente a encontrar-se. De acordo com a mesma vontade, nenhuma outra pessoa poderia posteriormente decidir por ele. Sendo a vontade do doente actual, competente e esclarecida, a mesma deverá ser respeitada.

No entanto, na apresentação da questão, não é referido se os profissionais tiveram oportunidade de confirmar a vontade actual do doente ou se colocaram em dúvida a sua competência e liberdade, aquando da expressão da decisão de recusar tratamento. Também não se indica se esta foi tomada na posse de toda a informação necessária, nomeadamente, com conhecimento dos riscos inerentes à recusa. Não havendo conhecimento da vontade, livre e esclarecida, do doente na situação actual, a decisão dos profissionais deve considerar o melhor interesse do doente e reger-se pelo princípio da beneficência.

A expressão formal da vontade actual de terceiros, autorizando actos médicos, deverá ser tida em conta, e é válida, se estivermos perante o representante legal do doente, o que não parece ser o caso, dado referir-se apenas tratar-se de familiar directo. Juridicamente, a autorização de um familiar não iliba o profissional de ter agido, só por isso, contra a vontade expressa do doente.

Colocado perante a necessidade de tomar uma decisão, o enfermeiro deve agir de acordo com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, no respeito pelo Código Deontológico e na concretização dos princípios que consagram os direitos dos doentes. É-lhe, ao mesmo tempo, reconhecido o direito de recusar praticar ou participar em actos que, em consciência, considere atentarem contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Deontológico (alínea e, do Artigo 75.º e Artigo 92.º do Estatuto e Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência).

Foram relatoras Lucília Nunes e Margarida Vieira.

Aprovado a 2 de Maio de 2000.

## **PARECER CJ-21/2001 – Consentimento informado**

### **A questão colocada**

O subscritor solicita “análise e respectivo parecer” sobre “ordem de serviço” emitida pelo director de serviço, com o seguinte conteúdo: “As folhas de

consentimento serão dadas a assinar a todos os doentes (para operar ou não) pela Secretária da Unidade e, na ausência desta, pelas Senhoras Enfermeiras”.

Tendo tomado conhecimento do referido documento, o subscritor analisou-o e confrontou-o com a circular informativa n.º 15/DSPCS, emanada pela Direcção-Geral da Saúde, em 23-3-1998, verificando que o documento em causa “contraria de forma clara o espírito e a letra desta circular, assim como viola os preceitos legais em que ela se fundamenta. Contraria, igualmente, a matéria vertida no Artigo 84.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alíneas a), b) e c)”.

Refere ainda ser seu “entendimento que não é bastante e suficiente dar a assinar a folha de consentimento a todos os doentes. Em primeiro lugar, porque, em alguns deles, pode não estar presente o pressuposto definido no ponto 2.1.1 da circular informativa [referente à competência para dar consentimento]; em segundo lugar, porque incumbe ao médico prestar a informação a que se refere o ponto 2.1.2 da referida circular.”

Diz também que “ainda que a secretária da unidade ou a enfermeira conseguissem obter a assinatura do doente na folha de consentimento, este não teria qualquer validade ou relevância jurídica, se ao acto de assinar não correspondesse um cabal esclarecimento sobre a situação clínica e procedimentos médico-cirúrgicos a adoptar.”

Conclui o subscritor na sua exposição que “não podem os enfermeiros/as do serviço de cirurgia dar cumprimento à ordem de serviço em causa, sob pena de – ao fazê-lo – poderem vir a ser responsabilizados civil, criminal ou disciplinarmente.”

Posteriormente, foi dirigida à Senhora Bastonária uma comunicação subscrita por 28 enfermeiros, manifestando o seu desagrado face à mesma ordem de serviço, por entenderem que a mesma viola o conteúdo funcional da carreira de enfermagem, descrito no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, “relativamente à obrigatoriedade de o enfermeiro substituir as funções de secretária de piso”, solicitando parecer sobre o assunto.

## **Fundamentação**

1 – Para emitir parecer sobre este assunto, são importantes algumas considerações prévias, relativas ao consentimento informado e ao direito a uma vontade actual e esclarecida de recusar tratamento, já feitas a propósito do Parecer CJ-7, de 2 de Maio de 2000. Omitem-se tais considerações por se entender ser suficiente a fundamentação apresentada na circular informativa da DGS,

n.º 15/DSPCS, de 23-03-1998, documento certamente bem conhecido do subscritor do pedido de parecer e dos outros intervenientes.

2 – Recorda-se que, no cumprimento do Código Deontológico:

– “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Artigo 78.º, n.º 1, do Estatuto);

– são princípios orientadores da actividade profissional “[...] o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” (Artigo 78.º, n.º 3, alínea b, do Estatuto);

– o enfermeiro tem o dever, no respeito pelo direito à autodeterminação, de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (alínea b, do Artigo 84.º do Estatuto).

3 – De acordo com a lei<sup>12</sup> e os princípios éticos, para qualquer acto médico, de enfermagem ou de outro profissional, deve ser sempre obtido o consentimento do doente. No entanto, a obtenção do consentimento explícito e escrito reserva-se para actos que ultrapassem o risco mínimo aceitável, considerando-se que, nas outras circunstâncias, há um consentimento tácito e implícito na procura de cuidados de saúde, e mantido pela relação de confiança estabelecida. No plano ético, não faz sentido distinguir o consentimento oral ou escrito, pelo que qualquer formulário de consentimento (nomeadamente o designado no pedido de parecer) é apenas uma formalidade com relativa utilidade jurídica, que pode ser utilizada como prova documental. Do mesmo modo, o consentimento testemunhado, escrito ou oral, ainda com maior valor jurídico, não acrescenta qualquer validade ao consentimento sob o ponto de vista ético.

4 – A exposição nada refere sobre o processo de esclarecimento dos doentes, que poderá e deverá, se possível, acompanhar a relação estabelecida com o doente, e não ser apenas o fornecimento de informação, no momento em que aquele deverá assinar a declaração de autorização para os procedimentos médicos.

5 – A assinatura do doente na declaração é feita na sequência e em concordância com o que “foi proposto e explicado pelo médico que assina também o

---

<sup>12</sup> É de salientar, a este propósito, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, onde se lê no Artigo 5.º: “Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”.

documento". Obviamente, o médico deverá informar o doente sobre o diagnóstico, as intervenções ou tratamentos propostos e explicá-los ao doente, na extensão e forma que melhor se adequa às suas capacidades de compreensão e desejos, sem prejuízo do privilégio terapêutico, antes de este assinar.

6 – Não é lícita, sob o ponto de vista ético, nem juridicamente válida a assinatura de um doente feita num documento "em branco", sem qualquer informação prévia; e não será, com certeza, a secretária da unidade que poderá informar o doente, de forma a este poder dar um consentimento que se pretende livre e esclarecido. Mesmo que um enfermeiro conheça o plano de tratamento a realizar, dificilmente se justificará que seja ele a informar o doente para obtenção do consentimento para tratamento médico ou cirúrgico – é o médico quem está em melhores condições, e a quem compete dar, sobre o tratamento médico ou cirúrgico, toda a informação, bem como responder às dúvidas do doente.

7 – Colocado perante a necessidade de tomar uma decisão, o enfermeiro deve agir de acordo com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, no respeito pelo Código Deontológico e na concretização dos princípios que consagram os direitos dos doentes. Ao mesmo tempo, é-lhe reconhecido o direito de recusar praticar ou participar em actos que, em consciência, considere atentarem contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o Código Deontológico (alínea e, do Artigo 75.º e do Artigo 92.º do Estatuto e Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência).

## **Conclusão**

1 – Perante a situação referida, e com base no exposto, não devem os enfermeiros colaborar na aquisição de uma assinatura em impresso por preencher, nem quando, mesmo estando o impresso preenchido, verifiquem que o doente não está suficientemente esclarecido para dar consentimento.

2 – O Conselho Jurisdicional congratula-se com a posição tomada pelo subscritor, que revela conhecimento dos princípios que regem a profissão e o Código Deontológico, e manifesta a adopção de uma posição em defesa dos direitos dos doentes.

Foi relatora Margarida Vieira.  
Aprovado a 10 de Julho de 2001.

## **PARECER CJ-31/2002 – Consentimento livre e esclarecido**

### **A questão colocada**

Quais os actos de enfermagem, autónomos, que carecem de consentimento livre e esclarecido, documentado ou não, do doente ou do seu representante?

Quais as consequências jurídicas (penais, civis e disciplinares) para o enfermeiro que execute actos prescritos por médico e se aperceba de que o doente não prestou o consentimento escrito ou mesmo verbal?

### **Fundamentação**

Para emitir parecer sobre a primeira questão, há que clarificar o sentido de intervenções autónomas, de consentimento livre e esclarecido para actos de enfermagem autónomos, e de representação legal. Importará ainda proceder a uma última reflexão sobre as consequências da prática de actos sem consentimento.

Os actos de enfermagem autónomos são aqueles que decorrem da “única e exclusiva iniciativa e responsabilidade” do enfermeiro (REPE, 9.º, 2). Do quadro conceptual proposto pelo Conselho de Enfermagem da OE, considera-se que “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecussão do seu projecto de saúde.”

Assim, o planeamento dos cuidados é realizado com a participação activa do doente, pelo que este toma parte na decisão, sempre que para tal tenha competência. Quando o doente não tem competência ou capacidade funcional para participar na decisão sobre os cuidados de enfermagem, estes realizam-se tendo em vista o melhor interesse do doente, atendendo às suas preferências, crenças e valores, se os tiver manifestado ou deles haja conhecimento. Por melhor interesse do doente entende-se a restauração ou preservação das funções vitais, o alívio do sofrimento e a manutenção da qualidade de vida.

A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, ratificada por Portugal em Janeiro 2001, prescreve que “qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois de a pessoa em causa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida. A esta pessoa deverá ser dada previamente uma

informação adequada quanto à natureza e ao objectivo da intervenção, bem como quanto às suas consequências e aos seus riscos. A pessoa em causa poderá em qualquer momento revogar livremente o seu consentimento” (Artigo 5.º).

De acordo com o Código Deontológico, “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Artigo 84.º dos Estatutos da Ordem).

Clarifique-se que “consentimento” implica aceitação por parte da pessoa, podendo, todavia, haver situações em que a pessoa não quer ser informada e esse desejo de recusa de informação deverá ser igualmente atendido, de acordo com o princípio de respeito pela autonomia da pessoa. Do mesmo modo, o esclarecimento necessário para um consentimento eficaz não inclui a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou mental (Código Penal, Artigo 157.º).

O consentimento escrito, cuja relevância é estritamente jurídica, surge como exigência feita pela própria sociedade de produção de uma prova documental do acto de consentimento em procedimentos que ultrapassem o risco mínimo, sendo habitualmente utilizado em defesa dos profissionais envolvidos.

Na sequência do que foi referido no ponto anterior, o consentimento do doente para actos autónomos de enfermagem, sempre necessário, surge na sequência da informação e validação da informação dada e está implícito na parceria estabelecida entre o enfermeiro e o cliente para a concretização dos cuidados de enfermagem. Quando o doente não tem capacidade para decidir / participar nos cuidados de enfermagem, e na ausência de representante legal, dada a natureza de manutenção da vida que é inerente aos cuidados de enfermagem, deverá presumir-se o consentimento (i.e., supor que o doente consentiria se para tal tivesse capacidade ou competência).

Sendo o consentimento necessário a qualquer tratamento, nem todas as pessoas têm capacidade para o prestar. Como é sabido, até aos 18 anos<sup>13</sup> a incapacidade dos menores é suprida pelo poder paternal, cabendo aos pais a

---

<sup>13</sup> Sem prejuízo de poderem ter dado consentimento eficaz os maiores de 14 anos, se para tal possuírem o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance, no momento em que o prestam.



representação legal dos filhos. Importa referir que o poder paternal cabe, em princípio, aos pais (na constância do matrimónio), que devem agir de comum acordo, não sendo a falta de acordo oponível a terceiro de boa fé. Em caso de divórcio, separação judicial ou de facto ou declaração de nulidade ou anulação do casamento, o poder paternal será regulado e homologado pelo tribunal. Se a filiação estiver estabelecida apenas quanto a um dos progenitores, é a este que cabe o poder paternal. Se a filiação estiver estabelecida quanto a ambos os progenitores e estes não estiverem casados entre si, o poder paternal cabe ao que tiver a guarda do filho, presumindo-se que é a mãe. Os menores estão obrigatoriamente sujeitos a tutela, exercida por tutor designado pelos pais ou pelo tribunal, se os pais tiverem falecido, estiverem inibidos do poder paternal, estiverem há mais de seis meses impedidos de facto de exercer o poder paternal ou forem incógnitos.

Para além da menoridade, há pessoas incapazes por interdição (todos aqueles que, por anomalia psíquica, surdo-mudez ou cegueira, se mostrem incapazes de governar as suas pessoas e bens). A interdição é decretada pelo tribunal e os interditos são equiparados aos menores, ficando dependentes de tutor. Também por anomalia psíquica, surdo-mudez ou cegueira, as pessoas podem ser consideradas inábeis, sendo a incapacidade do inabilitado menor. Os actos a serem assistidos por curador constarão da sentença que decretou a inabilitação.

Nos casos referidos, o consentimento deve ser prestado pelo representante legal; este deverá, sempre que possível, basear-se nas decisões já conhecidas e expressas previamente pelo doente, respeitando as suas crenças e valores. À parte os casos referidos, deve a competência da pessoa ser presumida, a não ser que os profissionais da saúde encontrem sérios indícios de que a sua capacidade está afectada, ou da existência de coacção, casos em que ficará inviabilizado um consentimento válido. O respeito pela autonomia da pessoa implica também o respeito pela sua decisão de ser substituída na decisão, e o conseqüente respeito pela decisão do substituto que o doente indicar.

Quanto à segunda questão colocada, referente às consequências jurídicas (penais, civis e disciplinares) para o enfermeiro que executa actos prescritos por médico e se apercebe de que o doente não prestou o consentimento, o problema só existirá para o enfermeiro que pretenda prestar os cuidados, mesmo quando o doente, não tendo dado consentimento de forma explícita, de facto o recusa para os cuidados referentes a intervenções interdependentes.

De acordo com a lei penal, as pessoas que realizarem tratamentos sem o consentimento dos doentes incorrem em pena de prisão até três anos ou em

pena de multa (Artigo 156.º do Código Penal), a menos que o adiamento dos tratamentos implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde, ou tiver sido dado o consentimento para um dado tratamento tendo vindo a realizar-se outro imposto pelo estado de conhecimentos como meio de evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde.

As consequências civis são mais difíceis de provar, em abstracto, pelo que só ante o caso concreto se poderá equacionar algum dever de indemnização. Quanto às consequências disciplinares, elas decorrem directamente do Estatuto Disciplinar dos Enfermeiros (Capítulo V do Estatuto da Ordem), mas só caso a caso se poderão determinar, sendo certo que, em princípio, a violação do dever de respeitar o direito ao consentimento informado não provocará a aplicação de uma pena de expulsão, uma vez que o respectivo “crime” não é punível com pena de prisão superior a três anos (Artigo 62.º, n.º 5, alínea a, do Estatuto da OE), a menos que se comprove a existência de incompetência notória, com perigo para a saúde dos indivíduos ou da comunidade (Artigo 62.º, n.º 5, alínea b, do Estatuto da OE).

## **Conclusão**

As intervenções de enfermagem são autónomas ou interdependentes. Na participação do doente (ou seu representante) no planeamento, execução e avaliação dos actos autónomos de enfermagem está implícito o seu consentimento. A característica de manutenção da vida ou da qualidade de vida inerente aos cuidados de enfermagem permite presumir o consentimento dos doentes incapazes de o expressar. O consentimento escrito para actos de enfermagem autónomos só se justifica se tal for necessário como prova documental da sua existência, podendo ser solicitada quando tal se verifique.

As intervenções de enfermagem, decorrentes da prescrição de outros profissionais, quando o paciente as não consentir, podem ser punidas com pena de prisão até três anos ou com pena de multa. Pela infracção disciplinar poderá ser aplicada uma das penas previstas no Artigo 60.º do Estatuto da Ordem, com exclusão da pena de expulsão.

Foi ouvida a assessora jurídica do Conselho Jurisdicional.

Foi relatora Conceição Martins.

Approvado a 15 de Fevereiro de 2002.



## **Da profissão**

Sob este tópico, colocamos dois pedidos de parecer que se reportam a clarificação de alínea do Código e a interrogação sobre as responsabilidades.

### **PARECER CJ-4/2004 – Do direito ao cuidado (Artigo 83.º) – A liberdade de a pessoa optar por ser cuidada por outro enfermeiro**

#### **A questão colocada**

É solicitado um parecer que refira o entendimento que a Ordem tem do conteúdo da alínea c) do Artigo 83.º do Código Deontológico do Enfermeiro.

1 – O enfermeiro tem o dever de respeitar a opção do seu cliente em ser cuidado por outro enfermeiro?

2 – Quais os deveres do segundo enfermeiro escolhido, perante a pessoa que optou pelos seus cuidados?

3 – Que adaptações se deverão desencadear nas organizações de saúde para que os direitos dos clientes e os deveres dos enfermeiros sejam respeitados?

## Fundamentação

Tal como consta no **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários** (Ordem dos Enfermeiros, 2003), o cuidado visa produzir o bem-estar e o bem-viver, a que todas as pessoas têm direito – considerando, na promoção do “bem-viver”, uma vida digna que tem, como situação-limite, uma morte digna. O dever de cuidado, ligado à actividade-fim do trabalho de enfermagem (prestação de cuidados), é universal, extravasando o contexto deste ou daquele nível de prevenção (seja primária, secundária ou terciária) e o tipo de intervenção do enfermeiro (autónoma ou interdependente).

No texto da alínea c) – “respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde” – pode desdobrar-se a acção de “respeitar” e de “possibilitar”. Note-se que o “possibilitar” está duplamente condicionado pela viabilidade e pela inexistência de risco para a saúde. Assim, o exercício desta liberdade de escolha, que cada cliente tem delimitada (tal como a noção geral de liberdade), pode exercer-se quando balizada pela exequibilidade e pela garantia de ambiente seguro. Entende-se assim que este dever recoloca o livre arbítrio da pessoa e, claramente, respeitar implica aceitar, tal como possibilitar implica favorecer a concretização.

O facto de um doente solicitar ser cuidado por outro enfermeiro deve ser encarado como um desejo legítimo, que não constitui apreciação da competência do enfermeiro em causa, sendo antes expressão de preferência do doente. A viabilidade e a segurança são as únicas condicionantes apresentadas, pelo que a organização do trabalho do enfermeiro não surge directamente como limitador. Vejamos algumas situações a atender para garantir a segurança e / ou a viabilidade de “ser cuidado por outro enfermeiro”.

Haverá que ter em conta a distribuição do trabalho entre os enfermeiros existentes no turno, por forma a respeitar os direitos de todos os doentes – o que está naturalmente ligado à questão dos rácios enfermeiro / doente – e pode acontecer que tenham de ser ajustados os critérios no momento, por forma a garantir que as horas de cuidados dos doentes a cargo do segundo enfermeiro não os colocam em risco.

Outra situação específica pode ocorrer se o doente preferir um enfermeiro generalista quando os cuidados que requer são do foro do cuidado especializado – e, aqui, introduziríamos a alínea b), alusiva ao dever de “orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência”. Portanto, por analogia, considera-se que tal opção (ser cuidado por generalista) poderá pôr em causa a exequibilidade e a segurança.

Atendendo aos cuidados que o doente requer, ao perfil profissional dos enfermeiros, aos métodos de distribuição do trabalho, em cada serviço, a análise terá de ser casuística e concreta, de acordo com os traços próprios do trabalho de enfermagem naquele serviço.

O “outro enfermeiro”, que o doente manifesta preferir, aceita o dever de cuidado dessa pessoa, com excepção da possibilidade de ocorrência legítima de recusa de cuidados (por exemplo, objecção de consciência pelo tipo de cuidado prescrito, o que sai fora do âmbito da questão, por se interrogar acerca das intervenções autónomas).

## **Conclusão**

Face ao exposto, o Conselho Jurisdicional entende

1 – que está consagrada a liberdade de opção do indivíduo doente de ser cuidado por outro enfermeiro, desde que tal seja viável e não coloque em risco a sua saúde;

2 – reafirmar o dever do enfermeiro de respeitar e possibilitar esta opção, atendendo aos parâmetros de viabilidade e exequibilidade, em cada situação concreta;

3 – que, conseqüentemente, na generalidade, é dever do segundo enfermeiro cuidar do doente que solicitou o seu cuidado;

4 – que a (re)organização dos cuidados, no turno, deverá ser alvo de análise casuística e concreta, de modo a garantir a qualidade na prestação dos cuidados e o exercício dos direitos de todos os doentes.

Foram relatoras Lucília Nunes e Manuela Amaral.

Aprovado a 6 de Abril 2004.

## **PARECER CJ-17/2004 – Declinação de responsabilidades**

### **A questão colocada**

Qual a opinião do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros sobre a apresentação de declarações individuais ou em grupo, a pretexto de variadas razões, em que os enfermeiros declinam responsabilidades pela prestação de cuidados?

## Fundamentação

A responsabilidade entendida como a “capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as suas consequências” (**Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia**) pressupõe que a pessoa responda perante a sua própria consciência, os outros e a sociedade. Esta capacidade é intransmissível e inerente ao homem, sobretudo na idade adulta, situação dos enfermeiros, e implica o assumir de um compromisso. Mais do que a condição jurídica que o termo “responsabilidade” encerra, está a conotação ética ou moral que apela aos valores da consciência pessoal do enfermeiro, das suas motivações e intencionalidades. Assim, à decisão responsável corresponderá uma tomada de posição livre, à luz dos valores éticos e deontológicos.

Pelo Artigo 75.º, n.º 1, alínea a), do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros têm o direito de “exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do Código Deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da Enfermagem”. Pelo n.º 2, alínea c) têm o direito “de usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade”. No que concerne aos deveres em geral, pelo Artigo 76.º, n.º 1, alínea a), os enfermeiros estão obrigados a “exercer a profissão [...] adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

O Código Deontológico do Enfermeiro refere no Artigo 78.º, n.º 3, alínea a), como princípio orientador da actividade dos enfermeiros, a “responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”. O Artigo 79.º, alínea b), prescreve como dever deontológico em geral o “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”.

A múltipla diversidade e constantes alterações das necessidades expressas pelos utentes ao cuidado dos enfermeiros, bem como os contextos em que estas ocorrem, exigem dos enfermeiros um apurado sentido de avaliação das diferentes circunstâncias e tomadas de decisão sobre o que fazer, delegar ou sobre o que não fazer. As tomadas de decisão e os seus efeitos em qualquer uma das opções feitas pelos enfermeiros são da sua responsabilidade.

Ainda pelo Artigo 88.º, alínea d), o enfermeiro assume o dever de “assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam

exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados”. Ao dever de o enfermeiro comunicar pelas vias competentes as lacunas ou deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados, não corresponde o direito de o enfermeiro tomar a decisão de não agir ou a diminuição da responsabilidade pelas suas tomadas de decisão. No entanto, ao dever de prestação de cuidados de enfermagem justos, corresponde o dever, que incumbe às instituições da saúde, de proporcionarem as condições materiais e humanas imprescindíveis à sua consecução.

## **Conclusão**

Face ao exposto, o Conselho Jurisdicional entende que:

1 – todo o enfermeiro tem a capacidade e obrigação de prestar contas pelas decisões que toma, as quais resultam em actos concretos / cuidados ou na omissão destes;

2 – a prestação de contas (responsabilização) far-se-á perante a sua própria consciência, os outros e a sociedade e resulta dum compromisso assumido como profissional de enfermagem;

3 – todo o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão seguindo as prescrições do Código Deontológico, entre as quais se incluem “o dever de adoptar todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, de responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica e de assegurar as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, pelas vias competentes as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”;

4 – às instituições cabe o dever de proporcionar as condições imprescindíveis ao exercício da profissão;

5 – às deficiências apresentadas pelas unidades da saúde não corresponde a diminuição da responsabilização dos prestadores de cuidados, neste caso enfermeiros;

6 – a todo o enfermeiro é atribuída responsabilidade disciplinar profissional, administrativa, civil e criminal.

Foi relatora Merícia Bettencourt.  
Aprovado a 2 de Novembro de 2004.





## **Do sigilo**

Muito ligado às questões de informação e da partilha voluntária ou acidental, foram seleccionados dois pareceres.

### **PARECER CJ-20/2001 – Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias**

#### **A questão colocada**

Pedido de esclarecimento: “efectuar a passagem de turno junto ao doente, estando este em enfermarias, coloca em causa os direitos dos utentes e / ou os deveres do profissional de enfermagem?”.

#### **Fundamentação**

A questão colocada envolve alguns conceitos sobre os quais importa reflectir, já que neles assenta o parecer do Conselho Jurisdicional. É o caso da passagem de turno e da continuidade dos cuidados, do direito à privacidade e do dever de sigilo, bem como do privilégio terapêutico.

A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal da informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em

serviço / em situação. A passagem de informação realiza-se de forma oral, complementando a informação escrita – e não substitui o registo de enfermagem, realizado em notas de evolução / continuidade e / ou avaliação do planeamento de cuidados.

A continuidade dos cuidados constitui matéria de referência no Código Deontológico, sendo de salientar:

1 – a relação entre a continuidade dos cuidados e os registos, na área do direito ao cuidado, tal como consta no Artigo 83.º dos Estatutos da Ordem: “O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: [...] d) assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas; e) manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados”;

2 – os deveres relativos à excelência do exercício, tal como consta no Artigo 88.º dos Estatutos da Ordem: “O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: [...] e) garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”.

Os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho e atendendo às suas características, da forma considerada mais adequada para responder às finalidades – e tanto podem ser utilizados espaços de trabalho específicos ou exclusivos dos enfermeiros como espaço da unidade de cada utente, ou outras, não sendo estas opções mutuamente exclusivas.

Ponderando vantagens e inconvenientes de cada opção (passagem de turno em presença do utente em enfermarias ou em gabinete / sala de enfermagem), tendo em conta o aporte que cada uma delas pode trazer à finalidade da passagem de turno, pode equacionar-se, inclusivamente, no contexto de trabalho, uma utilização dos dois tipos de espaços, em sequência. Em situação de passagem de turno junto do utente e em espaço de enfermaria, terão de ser acautelados alguns aspectos, já que os conteúdos da informação tenderão a ser diferentes dos que poderão ser transmitidos posteriormente / anteriormente em gabinete / sala de enfermagem.

Referir a área específica da passagem de informação reporta ao direito relativo à confidencialidade e privacidade, protecção da intimidade / reserva da vida privada.

Atende-se a que os deveres dos profissionais decorrem da protecção dos direitos dos utentes – assim, é da salvaguarda do direito à privacidade (ou seja, garantia da limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, preservar o seu anonimato) e confidencialidade

(enquanto garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a protecção contra a sua revelação não autorizada) que decorre o dever do sigilo profissional.

E, se toda a informação colhida pelos profissionais deve ser considerada confidencial, porque realizada mercê dessa qualidade de profissional, há que revelar ainda que tal informação só deve ser partilhada em determinadas situações, conforme se afirma na alínea b) do Artigo 85.º dos Estatutos da Ordem (“partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”). Saliente-se que a expressão “implicados no plano terapêutico” é clara relativamente à informação partilhada que, além disto, se define como devendo ser a que é pertinente.

O respeito pelo direito à privacidade implica o dever dos profissionais de saúde de praticar qualquer acto no respeito pela intimidade da pessoa (estando, em princípio, apenas presentes as pessoas necessárias para a prática do acto) e é de reforçar a ideia de que, quando o interessado não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, o bem-estar, a segurança física, emocional e social e os seus direitos. Está definido o conceito de privilégio terapêutico, de forma jurídica, enquanto possibilidade de “omitir informação se entender que a mesma se revela prejudicial ao seu estado de saúde ou restabelecimento” (Artigo 157.º do Código Penal).

Não constituindo uma regra geral, a possibilidade de “privilégio terapêutico” decorre de o profissional da saúde constatar que determinadas informações podem ser manifestamente prejudiciais para o doente – e, assim, este omite parte ou a totalidade da informação, de acordo com o princípio da beneficência. Se bem que a sua utilização se reserve a casos excepcionais (e distingue-se do desconforto psicológico associado a informação de doença grave com prognóstico reservado), tem de ser preservada a possibilidade, sendo também esta a preocupação que deve presidir à selecção da informação a veicular.

## **Conclusão**

Eis o parecer do Conselho Jurisdicional.

1 – A passagem de turno pode ser realizada num ou em vários espaços, de acordo com as características de cada contexto de trabalho, podendo a informação veiculada em presença do doente em enfermaria ser complementada em espaço de trabalho específico dos enfermeiros (com a abrangência necessária para atingir os restantes objectivos da passagem de turno).

- 2 – No decorrer do exercício profissional têm de ser:
- salvaguardados os direitos dos utentes, nomeadamente, o que respeita à privacidade e confidencialidade;
  - garantida a possibilidade de utilização do “privilégio terapêutico”.
- 3 – O que poderá estar em causa, não será o local, propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas, diante de terceiros.

Foi relatora Lucília Nunes.

Aprovado a 14 de Maio de 2001.

## **PARECER CJ-22/2001 – Quebra do sigilo / denúncia**

### **A questão colocada**

Descreve-se um caso que deu entrada no serviço de urgência de um indivíduo que “passa pela triagem e aguarda na sala de espera que seja atendido pelo médico. Verifica-se um agravamento do seu estado geral, detectado pela enfermeira que o encaminha de imediato para a sala de reanimação”, tendo tido episódio de melenas e, posteriormente, de hematemeses. Expele, no acto do vómito, uma luva cirúrgica rasgada e algumas substâncias sólidas, “sugestivas de plantas, tipo cato”. O facto de o indivíduo ser toxicodependente, estrangeiro e ter vindo do aeroporto, “levou os técnicos de saúde que prestavam cuidados (...) a suspeitarem da possibilidade de tais substâncias serem “droga”, nomeadamente estupefacientes e substâncias psicotrópicas”.

Pergunta-se: “Devemos ou não declarar este caso às autoridades judiciais? [...] Constituirá este caso uma das situações previstas na lei em que devemos divulgar informação confidencial, recorrendo a aconselhamento deontológico e jurídico, como sublinha a alínea c) do Artigo 85.º, referente ao dever de sigilo, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros?”

### **Fundamentação**

Para responder às questões, importa apreciar os fundamentos para a decisão. Começaremos, pois, por reflectir sobre o dever de sigilo, a obrigação de denunciar e sobre a quebra do segredo.

O dever de sigilo, ou de segredo, existe como forma de preservar o direito à confidencialidade. O acesso do enfermeiro a uma série de informações sobre uma pessoa ocorre apenas mercê dessa qualidade de profissional – daí que haja que assegurar a confidencialidade de toda a informação (tanto dos dados narrados pelo próprio como por terceiros).

O segredo profissional é uma responsabilidade do enfermeiro – algumas informações são-lhe confiadas com base numa relação estabelecida. Outras encontram-se escritas no processo... e há que ter em conta a pertinência, o pressuposto de serem próprias para o fim a que se destinam. De tal modo que na **Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe** se afirma: “Toda a informação acerca do estado de saúde, estado clínico, diagnóstico, prognóstico e tratamento, e toda a outra informação de carácter pessoal, deve ser mantida confidencial, mesmo após a morte”.<sup>14</sup>

O direito do utente à confidencialidade reforça a ideia de que o próprio deve decidir, sempre que possível, aquilo que, da informação, pode ser partilhado. E quando o interessado não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, o bem-estar, a segurança física, emocional e social e os seus direitos.

O Artigo n.º 242 do Código de Processo Penal (CPP) sobre denúncia obrigatória determina: “A denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos [...] b) para os funcionários, na acepção do Artigo 386.º do Código Penal<sup>15</sup>, quanto aos crimes de que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.”

Assim, quando o enfermeiro – enquanto funcionário ou agente do Estado – detecta, no exercício de funções, e por causa deste mesmo exercício, que um crime (público) foi praticado, poderá considerar-se a existência da obrigação de o denunciar.

O profissional da saúde tem a função de cuidar das necessidades de saúde das pessoas que a ele acorrem – assim, a denúncia é também exigida em benefício do

---

<sup>14</sup> Trad. de “4.1. – All information about a patient’s health status, medical condition, diagnosis, prognosis and treatment and all other information of a personal kind must be kept confidential, even after death.” **A Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe**. World Health Organisation: Amsterdam, 1994. p.13.

<sup>15</sup> ARTIGO 386.º. «Código Penal»: “1 – Para efeito da lei penal a expressão funcionário abrange: a) o funcionário civil; o agente administrativo; e c) quem, mesmo provisória ou temporariamente, mediante remuneração ou a título gratuito, voluntária ou obrigatoriamente, tiver sido chamado a desempenhar ou a participar no desempenho de uma actividade compreendida na função pública administrativa ou jurisdicional, ou, nas mesmas circunstâncias, desempenhar funções em organismos de utilidade pública ou nelas participar”.

utente, como é o caso de crianças maltratadas ou de mulheres vítimas de violência doméstica (considerado crime público).

Mas, se o cidadão comum não tem o dever de denunciar, os profissionais da saúde só o poderão fazer nos estritos casos a que alude o Artigo 242.º do CPP, se isso não colidir com o dever de sigilo. O que é exigível a cada cidadão será responder ao dever de testemunhar – todavia, está também previsto na Lei que “as pessoas a quem a Lei impuser que guardem segredo profissional podem escusar-se a depor sobre os factos abrangidos por aquele segredo” (Artigo 135.º do CPP). Isto é, mesmo em sede de tribunal, quando um enfermeiro é chamado a testemunhar, só não será aceite uma escusa que venha a ser considerada ilegítima, devendo o tribunal ouvir o organismo representativo da profissão relacionada com o segredo profissional em causa (a Ordem dos Enfermeiros, tratando-se de enfermeiros), antes de ordenar o depoimento.

A confidencialidade é a regra. Contudo, admite-se que o dever de segredo tem limites – que se jogam com o direito individual e colectivo, como é o caso da obrigação de notificação de algumas doenças ou da defesa de valores superiores. Para ultrapassar estes limites e divulgar o que é objecto de sigilo, é necessário aconselhamento, pelo que cada um *deve* cumprir os requisitos e critérios de tal conduta.

De acordo com o Artigo 85.º, “O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de: [...] c) divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico”.

No caso que é exposto, a divulgação da informação confidencial não pode ser feita individualmente pelo enfermeiro – o aconselhamento deontológico deve ser prévio à divulgação. A situação relatada – do indivíduo “toxicodependente, estrangeiro e acabado de chegar do aeroporto” – pode dificultar a análise. A diferença entre consumo e tráfico é a diferença entre comportamento e crime. Não há justificação para violar o dever de sigilo, porquanto a situação concreta com que se depararam os profissionais de enfermagem não configura a prática de crime.

## Conclusão

1 – A informação / chamada da autoridade judiciária, no caso relatado, constituiria violação ilegítima de confidencialidade, porquanto:

– não há justificação de quebra de segredo por existência de um perigo real e iminente para alguém;

– não se enquadra na obrigação de denúncia da qual se ocupa o Artigo 242.º do Código do Processo Penal para os funcionários públicos, por virtude de os factos, por si só, não integrarem a prática de um crime.

2 – O aconselhamento deontológico e jurídico é obrigatório para a quebra de sigilo nas situações previstas na lei (o que não é o caso da situação descrita), devendo também a ele recorrer todos os enfermeiros que sobre o assunto tenham dúvidas.

Foi ouvida a assessora jurídica do Conselho Jurisdicional.

Foi relatora Lucília Nunes.

Aprovado a 23 de Outubro de 2001.





## **Da investigação**

Nesta vertente da actuação da enfermagem, foram seleccionados dois pareceres, por se reportarem a vertentes e problemáticas distintas da investigação – ensaios clínicos e investigação qualitativa. No que se reporta aos ensaios cabe referir a mudança de legislação em 2004 e a nomeação da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (2005).

### **PARECER CJ-23/2001 – Ensaio clínico**

#### **A questão colocada**

No serviço, foi assinado um protocolo para ensaio clínico de um medicamento, autorizado pelo Conselho de Administração e com parecer da Comissão de Ética. A verba, atribuída por doente estudado, foi distribuída pelo hospital, serviço de imagiologia (que “participa no estudo com a realização de um exame”) e o próprio serviço, na figura de uma associação a que pertencem exclusivamente os médicos. A equipa de enfermagem “foi excluída de quaisquer benefícios resultantes deste protocolo” e “irá colaborar na administração do medicamento em estudo, que será fornecido pelo laboratório, efectuar os respectivos registos em impresso próprio, e fazer a avaliação do doente, em termos gerais, isto é, alertar o médico para a ocorrência de qualquer alteração”.

Pergunta-se:

1 – “Os enfermeiros podem recusar-se a administrar o medicamento prescrito, uma vez que é ensaio clínico e o produto não faz parte do formulário nacional?”

2 – “Os enfermeiros têm direito a exigir benefícios, na sequência do referido protocolo, para também efectuarem formação, como contrapartida da sua participação no estudo clínico?”

3 – “Nestas situações e quando não houver acordo com a equipa médica, qual a atitude mais correcta a tomar pelos enfermeiros?”

## **Fundamentação**

Para apreciar as questões, importa ter em conta alguns aspectos relacionados com os ensaios clínicos. Começaremos por fazer um breve enquadramento dos mesmos, para depois procedermos a uma abordagem dos aspectos operativos.

A realização de um ensaio clínico está associada a um protocolo (documento que expõe as razões, objectivos, método estatístico e metodologia do ensaio, com as respectivas condições de realização e gestão, de acordo com a directiva da CEE n.º 65/65 e 75/318). Em Portugal, existe legislação própria relativa aos ensaios clínicos, quer no documento de criação das comissões de ética para a saúde (Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de Maio) quer no estabelecimento de regras a que devem obedecer os ensaios clínicos (Decreto-Lei n.º 97/94 de 9 de Abril).

Sobre esta matéria, pode ainda consultar-se o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Parecer sobre os ensaios clínicos de medicamentos, 4/CNE/93), onde, a determinado momento, pode ler-se:

“Vários dos problemas que surgem no domínio dos ensaios clínicos resultam do facto de estes se situarem na confluência de princípios fundamentais, que resultam dos direitos do ser humano, e de diversas vertentes técnicas decorrentes da necessidade de se obterem resultados concretos, cientificamente demonstrados, numa base experimental sólida, de modo a poderem ser aplicados a um número mais vasto de doentes”.

Ainda de acordo com este parecer, aplicam-se assim diversos fundamentos éticos gerais, nomeadamente a liberdade do ser humano, o respeito pela pessoa com a salvaguarda da sua integridade física e psíquica, a justiça, a procura do bem

e a eliminação de riscos desnecessários na procura da melhor solução para o sofrimento, seguindo as directrizes estabelecidas na Declaração de Helsinquia e suas revisões.

Finalmente, a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, que foi ratificada por Portugal em Janeiro deste ano, tem um capítulo dedicado à investigação científica (capítulo V), sendo de relevar: a) a consagração do primado do ser humano no sentido da prevalência do bem-estar humano sobre o interesse único da sociedade e da ciência; b) o consentimento livre e esclarecido da pessoa como regra geral de qualquer intervenção no domínio da saúde, com especial protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento; c) a consagração da liberdade do exercício da investigação científica no domínio da biomedicina, no respeito pela protecção do ser humano.

Na abordagem geral, há aspectos éticos relacionados com o doente, que derivam do “respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana” (Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 78.º, ponto 1) e implicam a procura do bem individual, já que, em situação de ensaio clínico, o interesse da pessoa deve prevalecer sobre o interesse da ciência e da sociedade.

Aliás, é exigência legal do ensaio clínico que seja dado consentimento livre e esclarecido, expresso e dado por escrito. Por isso, no Artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 97/94 de 9 de Abril, afirma-se não ser admitido o ensaio clínico em quem não possa prestar directamente este consentimento (menores, incapazes, impossibilitados).

Este respeito pela liberdade da pessoa manifesta-se na informação esclarecedora dada ao doente, de forma a obter-se o consentimento informado (e daqui deriva a possibilidade de a pessoa abandonar o ensaio quando entender, em qualquer altura). Estamos na área da informação e do dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (CD, Artigo 85.º, alínea b).

Outro grupo de questões associadas ao ensaio clínico prende-se com a forma como a terapêutica será avaliada – “que tipo de efeitos são procurados e medidos, que efeitos indesejáveis podem ser esperados, que exames laboratoriais serão executados e em que ocasiões ao longo do ensaio, como serão analisados os resultados do ponto de vista estatístico, bem como as regras orientadoras do controlo de qualidade das observações efectuadas” (Parecer 4/CNE/93). Aliás, o protocolo obriga à apresentação explícita dos procedimentos a adoptar no registo dos efeitos observados, no dos efeitos indesejáveis e seu tratamento, e ainda na salvaguarda da confidencialidade dos dados.

Outro aspecto que o protocolo deve incluir consiste na apresentação dos elementos financeiros envolvidos: quem financia o ensaio, como é repartido o financiamento pela instituição e pelos investigadores, as formas de compensação dos doentes ou voluntários etc., incluindo seguros relativos a prejuízos decorrentes do ensaio. A recomendação do Parecer 4/CNE/93 é de que “Antes de o ensaio ter início, devem ficar muito claramente estabelecidos no protocolo a quota-parte das responsabilidades de cada um dos intervenientes.”

De acordo com a legislação específica, a verba é atribuída ao hospital e aos serviços envolvidos. Assim, a verba é atribuída ao serviço, onde se decide, em processo negocial interno, a afectação de verbas, tendo em conta o papel dos diversos intervenientes (onde se incluem os enfermeiros, obviamente).

## **Conclusão**

Face às questões colocadas, não é claro se os aspectos gerais relativos ao ensaio foram perspectivados pela equipa de enfermagem e está também omissa um elemento fundamental – a saber, se a equipa detém a informação necessária sobre o medicamento, de forma a que se possa operacionalizar a administração de terapêutica. Ou seja, é omissa se a equipa de enfermagem teve informação relativa aos princípios fármaco-dinâmicos, efeitos secundários / reacções adversas e outros elementos essenciais para a assunção responsável de uma acção interdependente como é a administração de terapêutica.

A administração terapêutica supõe ainda um movimento de avaliação / monitorização de resultados e registos dos cuidados prestados. Efectivamente, se o enfermeiro tem condições para administrar uma terapêutica, deverá fazê-lo cumprindo os princípios das boas práticas e deixando escrito, no processo clínico, um instrumento de registo de enfermagem, o que aconteceu com o doente a quem prestou cuidados.

Face ao exposto, eis o parecer do Conselho Jurisdicional.

1 – A recusa dos enfermeiros em administrar terapêutica apenas poderia dever-se a inexistência de informação sobre a terapêutica para uma prática segura, ou a objecção de consciência, se for caso disso.

2 – A questão relativa às contrapartidas coloca-se internamente, no serviço, parecendo ter existido dificuldade na comunicação e / ou na negociação – tendo em conta que a verba é destinada ao serviço. E na situação de não serem cumpridas as normas, poderá ser realizado recurso à Comissão de Ética para agir dentro das suas competências.

3 – Quanto à terceira questão, face a uma inexistência de acordo, considera-se que a atitude mais correcta a tomar pelos enfermeiros é efectuar diligências, procurar desenvolver um processo negocial prévio ou no início da efectivação do ensaio clínico. A argumentação a favor de uma intervenção específica da equipa de enfermeiros poderia centrar-se nos direitos do doente e / ou na assunção de uma responsabilidade própria, atendendo às prioridades de cuidados de enfermagem.

Foi relatora Lucília Nunes.

Aprovado a 23 de Outubro de 2001.

## **PARECER CJ-23/2004 – Aspectos ético-deontológicos e a investigação qualitativa em enfermagem**

### **A questão colocada**

É solicitado “um parecer à resposta dada pela Comissão de Ética relativamente ao pedido de realização de entrevistas a doentes africanos, contaminados por HIV”, no âmbito de um mestrado. O projecto de investigação foi enviado em anexo.

Da documentação remetida ao Conselho Jurisdicional, entende-se que o citado parecer, subscrito pelo jurista, foi transformado em parecer da Comissão de Ética da instituição e enviado, pela enfermeira-directora, à enfermeira requerente.

### **Enquadramento deste parecer**

Entende o Conselho Jurisdicional não dever submeter a análise o texto do parecer do excelentíssimo jurista. Considerando as competências da Comissão de Ética, de acordo com a legislação, os pareceres são vinculativos estritamente para a área de ensaios clínicos, que não é o caso.

Não obstante, reconhecendo a importância da investigação, apresentam-se os fundamentos e as conclusões reflectidas do Conselho Jurisdicional, no que concerne ao cumprimento dos princípios éticos e deontológicos atinentes à investigação em enfermagem.

## Fundamentação

A investigação com recurso à experimentação, onde se destacam os ensaios clínicos com fármacos e equipamentos / técnicas terapêuticas, é um domínio em que os aspectos éticos estão bem definidos e salvaguardados, sendo por isso o seu incumprimento fácil de detectar e punir – tal se deve à legislação<sup>16</sup> em vigor e aos pareceres<sup>17</sup> emitidos no nosso país, com o fim de permitir uma maior eficácia e protecção de todos os envolvidos, bem como à legislação internacional, imposta a todos os centros de investigação.

Do ponto de vista metodológico, a investigação qualitativa reporta-se à inserção num contexto naturalista<sup>18</sup> e é particularmente útil para a investigação de questões ligadas à vida das pessoas e aos significados que as mesmas atribuem ao mundo, pois o conhecimento que se busca é relativo a como ocorrem as experiências quotidianas e quais os seus significados para os sujeitos<sup>19</sup>.

O conceito de amostra possui uma conotação diversa do das amostras estatisticamente constituídas, não sendo previamente determinado o número de locais e de sujeitos a pesquisar. As modalidades de investigação qualitativa são várias e encontram-se, frequentemente, o estudo de caso<sup>20</sup>, a história de vida, a pesquisa etnográfica / antropológica, a investigação-acção e as abordagens fenomenológicas. A investigação, no geral, seja qual for o caminho epistemológico, está regida por regras internacionais e nacionais, relativas à protecção das pessoas.

O Relatório de Belmont, publicado em 1978 pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, foi elaborado com o objectivo de proteger os indivíduos que participam em projectos de investigação, e nele se destacam três princípios éticos: beneficência, respeito pela dignidade humana, e justiça. Nestes se deve basear a conduta dos investigadores.

---

<sup>16</sup> A realização de um ensaio clínico está associado a um protocolo (documento que expõe as razões, objectivos, método estatístico e metodologia do ensaio, com as respectivas condições de realização e gestão, de acordo com a directiva da CEE n.º 65/65 e 75/318). Em Portugal, existia já legislação própria relativa aos ensaios clínicos, quer no documento de criação das Comissões de Ética para a Saúde (Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de Maio) quer no estabelecimento de regras a que devem obedecer os ensaios clínicos (Decreto-Lei n.º 97/94 de 9 de Abril), que foi reforçada, com o Decreto-Lei de 16 de Agosto de 2004.

<sup>17</sup> PARECER sobre os ensaios clínicos de medicamentos. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. n.º 4/CNE/93.

<sup>18</sup> LINCOLN, Y. S.; GUBA, E.G. – **Naturalistic Inquiry**. Beverly Hills: Sage, 1985.

<sup>19</sup> BOGDAN, R.; BILKEN, S. – **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.

<sup>20</sup> STAKE, R.E – **The Art of Case Study Research**. Thousand Oaks: Sage, 1995.

As directrizes estabelecidas na Declaração de Helsínquia e suas revisões apontam diversos fundamentos éticos, nomeadamente a liberdade do ser humano, o respeito pela pessoa com a salvaguarda da sua integridade física e psíquica, a justiça, a procura do bem e a eliminação de riscos desnecessários na procura da melhor solução para o sofrimento.

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, que foi ratificada por Portugal, tem um capítulo dedicado à investigação científica (capítulo V), sendo de relevar:

1 – a consagração do primado do ser humano, no sentido da prevalência do bem-estar humano sobre o interesse único da sociedade e da ciência;

2 – o consentimento livre e esclarecido da pessoa como regra geral de qualquer intervenção no domínio da saúde, com especial protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento;

3 – a consagração da liberdade do exercício da investigação científica no domínio da biomedicina, no respeito pela protecção do ser humano.

Bastante cedo, também os enfermeiros demonstraram preocupação em relação aos princípios éticos a respeitar na investigação, de que é evidência Human Rights Guidelines for Nurses in Clinical and Other Research, publicado pela American Nurses Association, em 1975.

Torna-se, assim, bastante claro que todas as declarações, artigos e demais documentos publicados assentam no respeito pelos direitos humanos.

Na abordagem deontológica do enfermeiro, em Portugal, há aspectos éticos relacionados com a investigação que derivam do “respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana” (Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 78.º, ponto 1) e implicam a procura do bem individual, já que, em situação de investigação, o interesse da pessoa deve prevalecer sobre o interesse da ciência e da sociedade. Aliás, a exigência legal é a de ter sido dado consentimento livre, esclarecido e expresso por escrito.

Este respeito pela liberdade da pessoa manifesta-se na informação esclarecedora dada ao doente de forma a obter-se o consentimento informado (e, daqui deriva a possibilidade de a pessoa abandonar o estudo quando entender, em qualquer altura). Estamos na área da informação e do dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (CDE, Artigo 85.º, alínea b).

No Artigo 85.º do CDE aborda-se outro aspecto, igualmente importante e que deve ser sempre tido em conta, ou seja, “[...] manter o anonimato da pessoa



sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”. Garantir aos participantes que a sua “identidade será mantida oculta, nunca a associando aos dados que foram revelados, é a pedra basilar para o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito mútuos”<sup>21</sup>.

Falar dos princípios deontológicos que regem os enfermeiros torna-se imperioso, quando falamos de respeito pela autonomia da Pessoa, pois é precisamente neste âmbito que a sua actividade se desenvolve, apenas e só, no respeito pelo outro, pelas suas decisões, crenças e valores, mesmo quando estes colidem com os seus<sup>22</sup>.

A intromissão na vida íntima dos sujeitos atentaria contra o Artigo 86.º do CDE – “Do respeito pela intimidade”, podendo ser classificada como uma ingerência injustificada e, portanto, um desrespeito pela Pessoa. Lesaria ainda o princípio da beneficência, porque não são previstos quaisquer benefícios, tanto a curto como a longo prazo.

Fazer investigação em saúde implica muitas vezes estudar uma população constituída por indivíduos fragilizados física ou psicologicamente, de uma forma temporária ou permanente: por isso, devem ser alvo de cuidados redobrados atendendo ao dever de protecção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Artigo 81.º do CDE – “Dos valores Humanos”).

O aperfeiçoamento técnico, científico e humano, como exigência fundamental para a melhoria dos cuidados prestados, significa também que devem ser proporcionados aos enfermeiros tempo e espaço para que o mesmo se desenvolva.

Seja qual for o enquadramento procurado, a nível internacional – o Relatório Belmont, a supracitada Declaração de Helsínquia, passando por *guidelines*<sup>23</sup> específicas – e a nível nacional – desde a Constituição da República Portuguesa à transposição da directiva europeia e recente criação da Comissão de Ética em Investigação Clínica (CEIC), passando pelos aspectos específicos da deontologia profissional dos enfermeiros –, encontra-se sempre a defesa da salvaguarda e protecção das pessoas, com particular acuidade na garantia da confidencialidade, no consentimento informado dos sujeitos e na protecção dos grupos vulneráveis.

---

<sup>21</sup> SANTOS, Cláudia – **Investigação qualitativa. Há limites?** Porto, Jul. 2004. p.15. Exemplar policopiado.

<sup>22</sup> **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários.** Ordem dos Enfermeiros. p. 51.

<sup>23</sup> COUNCIL for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) – International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Genebra: WHO, 2002.

## Conclusão

Face ao exposto, é parecer do Conselho Jurisdicional que:

1 – a enfermagem, enquanto profissão que se auto-regula através da sua Ordem, define, tanto no Código Deontológico como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação;

2 – nestes documentos, a investigação surge como área de intervenção (no REPE), como um dever (Artigos 78.º e 88.º do CDE e Artigo 9.º, pontos 5 e 6, do REPE), mas simultaneamente como um direito dos enfermeiros, estando neles expressos os direitos e deveres que lhes assistem no desempenho das funções e que assentam no rigoroso cumprimento dos princípios éticos;

3 – está consagrada, ao abrigo da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, a liberdade do exercício da investigação científica no domínio da biomedicina, no respeito pela protecção do ser humano, podendo, em complementaridade, cada ser humano detentor de autonomia decidir sobre a sua participação, ou continuação, num projecto de investigação.

Foi relatora Lucília Nunes.

Aprovado a 2 de Novembro de 2004.



## **Das intervenções interdependentes**

Os enfermeiros têm intervenções autónomas e interdependentes. Foram seleccionados cinco pareceres, pela diversidade de tópicos.

### **PARECER CJ-11/2000 – Verificação e certificação da morte**

#### **A questão colocada**

Numa ordem interna, dirigida pelo director do serviço aos enfermeiros do serviço, lê-se:

“A verificação de óbitos ocorridos a partir das 0 horas, passará a ser certificada a partir das 7 horas do dia em que ocorreu o óbito, excepto em situações clínicas de morte súbita em que seja necessário utilizar manobras de reanimação cardiorrespiratória. As certidões de óbito deverão ser passadas preferencialmente pelo médico assistente do doente ou, na sua impossibilidade, pelo médico do serviço de medicina”.

Face a esta ordem, a equipa de enfermagem solicitou à Senhora Bastonária um parecer, referindo na carta que “a equipa de enfermagem [...] ao ser confrontada com a ordem [...] reuniu-se e deliberou não ser a mesma, ética e deontologicamente, correcta”. Não foi apresentada justificação.

Tendo o assunto sido remetido ao Conselho de Enfermagem, este deliberou fazer do parecer da Comissão de Cuidados Gerais o seu próprio parecer (Parecer 45), onde se lê:

“1 – A decisão “do not resuscitate” não deve ser emitida pelos enfermeiros unilateralmente, assim, quando ocorrem situações que apelam à utilização de manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, o enfermeiro deve referir, de imediato, a situação ao médico responsável em serviço;

2 – A decisão “do not resuscitate”, envolve componentes éticas, pelo que é entendimento desta comissão, que a este parecer deverá ser acrescentado parecer do Conselho Jurisdicional”.

Perante o parecer do Conselho de Enfermagem, a Senhora Bastonária solicitou o parecer do Conselho Jurisdicional, que aqui se transcreve.

## **Fundamentação**

No problema levantado e no parecer já emitido pelo Conselho de Enfermagem estão envolvidas questões sobre as quais importa reflectir, já que nelas assenta a decisão do Conselho Jurisdicional. É o caso da verificação e certificação da morte e é também o caso da questão da morte e da decisão de não reanimar.

A Lei 141/99, de 28 de Agosto, que estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte, para além de definir a morte como “a cessação irreversível das funções do tronco cerebral” (Artigo 2.º) estabelece claramente, no n.º 1 do Artigo 3.º, que [destaque nosso] “a verificação da morte é da competência dos médicos, nos termos da lei”, cabendo à Ordem dos Médicos definir, manter actualizados e divulgar os critérios médicos, técnicos e científicos da verificação de morte (Artigo 3.º, n.º 2). Refere-se também no mesmo diploma, no Artigo 4.º, n.º 1, que “a verificação da morte compete ao médico a quem, no momento, está cometida a responsabilidade pelo doente ou que em primeiro lugar compareça [...]”. A Lei 141/99, de 28 de Agosto, no Artigo 4.º, refere ainda que ao médico que verifica a morte compete também certificar-la [destaque nosso], “[...] cabendo-lhe lavrar um registo sumário de que conste:

- a) a identificação possível da pessoa falecida, indicando se foi feita por conferência de documento de identificação ou informação verbal;

- b) a identificação do médico pelo nome e pelo número de cédula da Ordem dos Médicos;
- c) o local, a data e a *hora da verificação*;
- d) informação clínica ou observações eventualmente úteis.

2 – Em estabelecimentos de saúde públicos ou privados o registo da verificação da morte deve ser efectuado no respectivo processo clínico.

3 – Fora dos estabelecimentos de saúde, o registo pode ser efectuado em papel timbrado do médico, da instituição ou outro, sendo entregue à família ou à autoridade que compareça no local.

4 – Nos casos de sustentação artificial das funções cardiocirculatória e respiratória, a verificação da morte deve ser efectuada por dois médicos, de acordo com o regulamento elaborado pela Ordem dos Médicos”.

Na legislação referida, nada consta que obrigue o médico que verifica uma morte a certifi-cá-la (lavrando o referido registo) imediatamente após a verificação. O que se afirma é que compete ao médico verificar a morte e registá-la, fazendo referência, no registo, nomeadamente, à hora da verificação.

Sendo a morte a cessação irreversível das funções do tronco cerebral, sabe-se que a mesma pode acontecer no fim de um processo de doença, mais ou menos longo, ou de forma súbita. Em qualquer situação, importa que os profissionais da saúde ajam para que a morte de um doente que lhes foi confiado decorra com respeito pela dignidade humana que lhe é inerente.

No conceito actual, a paragem das funções cardiocirculatória e respiratória, por si só, não significa a morte de uma pessoa, já que tais funções podem ser artificialmente substituídas, como acontece frequentemente<sup>24</sup>. Quando confrontado com um episódio de apneia ou mesmo de paragem cardiorrespiratória, como em qualquer outra emergência, o enfermeiro deve “agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção das funções vitais” (REPE, Decreto-Lei 161/96, de 4 de Setembro) e providenciar que o doente tenha, tão precocemente quanto possível, assistência médica.

No entanto, a situação dos doentes em situações graves, progressivas e irreversíveis lançam grandes desafios, não só clínicos como éticos. A este propósito,

---

<sup>24</sup> Veja-se a este respeito o Parecer n.º 10/CNECV/95, da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

o Professor A. Laureano Santos<sup>25</sup> afirmou recentemente que “[...] todos os membros da equipa, nomeadamente os médicos, os enfermeiros e os técnicos devem conhecer os objectivos das medidas tomadas em todas as fases da doença”<sup>26</sup> e que «[...] no termo das doenças irreversíveis não deve haver lugar para a reanimação cardíaca e respiratória. O único limite será a incerteza do diagnóstico, situação que necessariamente terá de impor o início imediato e continuado de todas as medidas de reanimação. Quando é possível conhecer as situações com antecipação, há vantagem em que toda a equipa conheça a existência de instruções de não-reanimação, as quais serão decididas em conjunto, por consenso, anotando as decisões de “não reanimar”, no processo clínico».

Ainda de acordo com o Professor A. Laureano Santos<sup>27</sup>, só se justificará não reanimar um doente: “1 – quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou que o doente, imediatamente a seguir, repetirá o processo que conduziu à paragem cardíaca; 2 – quando a paragem for o termo de uma doença de evolução necessariamente fatal bem documentada; 3 – quando a qualidade de vida previsível, após a reanimação, for tal que não é seguramente aceite pelo doente.”

Pelo exposto se compreenderá que a decisão de “não reanimar”, se bem que deva contar com a participação do enfermeiro, não deverá ser por este tomada unilateralmente, como, a propósito da questão em apreço, já foi referido pelo Conselho de Enfermagem.

Por outro lado, a decisão médica unilateral de prescrever “não reanimar” pode colocar o enfermeiro perante o dilema de ter de optar entre o dever de cumprir a prescrição médica e o dever de agir salvaguardando o que, em consciência, entende ser o melhor interesse do doente ao seu cuidado.

---

<sup>25</sup> Comunicação apresentada no Simpósio da Associação Europeia de Centros de Ética Médica – Bem da Pessoa e Bem Comum, em Coimbra, em 25 de Outubro de 1997, subordinada ao tema “Direitos e dúvidas postos pelas decisões de tratar e não tratar”, publicada pelo Centro de Estudos de Bioética, p. 241.

<sup>26</sup> Recorde-se também que um dos direitos dos enfermeiros legalmente estabelecido é “a informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades”, Artigo 75.º-2, al. f) do Estatuto da Ordem, anexo ao Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril.

<sup>27</sup> SANTOS, A. Laureano – Direitos e dúvidas postos pelas decisões de tratar e não tratar. In: «Bem da Pessoa e Bem Comum». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. p. 248.

## Conclusão

1 – A verificação da morte é, por força de lei, uma competência dos médicos.

2 – Ainda por força de lei, compete a quem faz a verificação da morte lavrar o registo.

3 – Neste contexto, devem os enfermeiros entender a nota interna que lhes foi dirigida como meramente informativa, já que se refere à actuação dos médicos do serviço, permitindo o diferimento da emissão das certidões de óbito, após a verificação da morte dos doentes internados no serviço, com excepção “das situações clínicas de morte súbita em que seja necessário utilizar manobras de reanimação cardiorrespiratória”.

4 – Se se entendesse que o documento em apreço pretende que os óbitos ocorridos entre as 0 e as 7 horas, depois de não terem sido feitas manobras de reanimação cardiorrespiratórias, sejam verificados por enfermeiros e posteriormente certificados por médicos, deveriam os enfermeiros agir de forma a excluir a sua responsabilidade disciplinar, já que se trataria de “ordem ilegal”, de acordo com o preconizado no Artigo 10.º do Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Pública.

Foi relatora Margarida Vieira.

Aprovado a 25 de Julho de 2000.

## **PARECER CJ-16/2000 – Procedimento de um enfermeiro quando chama o médico para acorrer a uma situação de urgência**

### **A questão colocada**

Foi solicitado esclarecimento para a dúvida sobre “qual deverá ser o procedimento de um enfermeiro quando chama o médico para acorrer a uma situação de urgência na enfermaria (ou que pelo menos o enfermeiro considera como tal), e este se recusa a observar o doente, alegando vários motivos, tais como: o doente não é meu [...], não conheço [...], tenho muitos doentes para ver na urgência (isto quando está de urgência, porque até pode estar sentado na sala ao lado, e fazer parte da equipa médica do serviço). Talvez pareça impossível, mas situações como



esta, algo caricatas, acontecem, originando evidentemente *stress* para os enfermeiros, além de o desenlace da situação nem sempre ser o melhor [...]. Qual a atitude mais adequada? Registrar o que se passou e não largar o médico insistindo permanentemente até que veja o doente? Qual a responsabilidade que se exige ao enfermeiro que contacta o médico e fica a aguardar a sua presença junto do doente? Será insuficiente este tipo de actuação? Dar conhecimento a quem hierarquicamente poderia tomar alguma atitude é a solução adoptada, mas até aqui não tem passado disso mesmo. E as situações vão-se repetindo.e o *stress* dos enfermeiros aumentando porque, em última instância, a culpa é sempre atribuída ao enfermeiro, porque não fez o que devia, ou seja, “não insistiu o suficiente”.

## **Fundamentação**

Considerando-se que ao Conselho Jurisdicional compete elaborar pareceres sobre o exercício profissional e deontológico (Artigo 25.º, n.º 1, alínea h), na análise desta questão deve ter-se em conta o que se segue.

1 – O enfermeiro, no respeito pelo direito ao cuidado na saúde ou na doença, assume o dever de “Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento” (Artigo 88.º, alínea a) e “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Artigo 83.º, alínea d) [destaque nosso].

O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de “[...] assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, *comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudicam a qualidade dos cuidados*” (Artigo 88.º, alínea d) [destaque nosso].

2 – Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de “actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões da saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” (Artigo 91.º, alínea a).

## **Conclusão**

1 – De acordo com o exposto, entende-se que o enfermeiro deve contactar o médico, sempre que, da sua observação e avaliação, conclua que a resolução

dos problemas do doente e / ou a satisfação das suas necessidades ultrapassam a sua competência.

2 – Nos serviços devem existir normas de actuação e manuais de procedimentos para orientação dos profissionais, nomeadamente no que se refere ao assunto em questão. Quando estes não existam ou não estejam disponíveis, compete aos responsáveis dos serviços / sectores (de preferência em colaboração com elementos da equipa) a sua elaboração e respectivo controlo.

3 – De acordo com o Artigo 88.º, alínea d), é dever de todo o enfermeiro comunicar, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados, de forma a evitar as falhas ou que estas se repitam.

4 – As intervenções dos enfermeiros, sobretudo as que têm repercussões na qualidade dos cuidados, devem ser registadas.

Foi relatora Maria Celeste de Ornelas Carvalho.

Aprovado a 31 de Outubro de 2000.

## **PARECER CJ-24/2001 – Face a um caso: informação, obstinação terapêutica, decisão de não reanimar**

### **A questão colocada**

O caso real apresentado é o de um doente com 69 anos de idade, admitido na sala de observações, por insuficiência respiratória grave e com antecedentes de neoplasia abdominal, já intervencionada, com prognóstico reservado. Relata-se a preocupação dos familiares em obter informações sobre a situação do doente, para que fosse cumprida a sua vontade – “visto ele sempre ter afirmado que não o deixassem morrer numa cama do hospital” –, e afirma-se que os familiares nunca foram “claramente elucidados”. Aliás, a resposta dos enfermeiros era sempre a mesma: “têm de se dirigir ao médico, só ele é que vos poderá esclarecer”. Após alguns dias de internamento, e apesar das tentativas de reanimação, o doente não recuperou de uma paragem respiratória. A exposição termina com o relato das interrogações da família sobre as razões da falta de informação manifestadas, quando lhe foi comunicada a morte do seu familiar.

Perante a situação descrita, pergunta-se:

1 – Esta família tem ou não direito a ser informada da situação clínica do doente?

2 – Em caso de o médico não prestar uma informação esclarecedora à família, presenciada pelo enfermeiro, este pode ou não esclarecer a família sobre a situação clínica do doente?

3 – Até que ponto a qualidade de vida de um doente pode ser um critério para as decisões de se prolongar ou não a existência humana?

4 – Este é ou não um caso de distanásia?

5 – Pode um enfermeiro intervir numa reanimação, quando achar que a qualidade de vida de um doente está a ser posta em segundo plano, em detrimento de um prolongamento exagerado da vida?

## Fundamentação

À emissão de parecer sobre este assunto importa algumas considerações prévias, relativas ao direito à informação e ao dever de informar, à obstinação terapêutica ou utilização de meios de tratamentos inúteis e à decisão de não reanimar.

Determina o Código Deontológico, no seu Artigo 84.º, que, no respeito pelo direito do doente à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de:

1 – informar o indivíduo e a família do que respeita aos cuidados de enfermagem;

2 – respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;

3 – atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação, feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.

O prescrito é claro quanto ao conteúdo da informação que o enfermeiro tem o dever de fornecer ao doente e família: a respeitante aos cuidados de enfermagem. Deve, no entanto, clarificar-se o que se entende por “indivíduo e família”. Antes de mais, a informação sobre cada pessoa a ela pertence e só pode ser partilhada com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (Artigo 85.º, alínea b, do Código Deontológico). Assim, a informação a elemento da família deverá ser facultada, quando:

1 – este seja representante legal da pessoa em causa,

2 – o doente solicite que seja fornecida a informação, ou

3 – esteja implicado no plano terapêutico – como pode acontecer, por exemplo, no caso de pessoas dependentes, acompanhadas por familiares que participam nos cuidados ou que os assumirão no domicílio, entre outros.

Além disto, admite-se que, para agir em benefício do doente e assumir os seus deveres para com ele, a família careça de alguma informação sobre o seu estado. Sendo necessário partilhar informação com os elementos da família, devem usar-se como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e da família, assim como os seus direitos.

A alínea c) do Artigo 84.º supra-referido obriga a atender, com responsabilidade e cuidado, todo o pedido de informação; tal exige do enfermeiro que forneça a informação que diz respeito aos cuidados de enfermagem e oriente para outros profissionais, caso seja necessário, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um e diligenciando para que os direitos dos doentes e seus familiares sejam respeitados.

Importa ainda referir o uso do “privilégio terapêutico”, de acordo com o qual o enfermeiro pode “omitir informação se entender que a mesma se revela prejudicial ao seu estado de saúde ou restabelecimento” (Artigo 157.º do Código Penal). Não constituindo regra geral, a possibilidade de “privilégio terapêutico” decorre de o profissional da saúde constatar que determinadas informações podem ser manifestamente prejudiciais para o doente – e, assim, omitir parte ou a totalidade da informação, de acordo com o princípio da beneficência. Se bem que a sua utilização se reserve a casos excepcionais (e distingue-se do desconforto psicológico associado a informação de doença grave com prognóstico reservado), tem de ser preservada a possibilidade da sua utilização e é também com esta preocupação que se deve seleccionar a informação a transmitir.

Importa ainda referir que, frequentemente, o pedido de esclarecimento não pode ser satisfeito, sobretudo quando se refere a questões de prognóstico. O que vai acontecer ao doente, como vai evoluir a sua situação é sempre uma incerteza, maior ou menor conforme os casos, e deve merecer o cuidado atento de todos os profissionais envolvidos quando questionados sobre esta matéria.

Por distanásia entende-se comumente o prolongamento do tempo de morrer, através da utilização de meios de tratamento desproporcionados ou inúteis. Alguns autores utilizam a este propósito o conceito de “encarniçamento terapêutico”.

A abstenção de terapêuticas inúteis, ou seja, a decisão de não iniciar ou de interromper tratamentos que não trazem benefício para o doente e que, pelo contrário, implicam desconforto e sofrimento é um dever ético, fundamentado no

princípio da não-maleficência e da justiça, que obriga a não desperdiçar recursos que farão falta a outros; de facto, trata-se de *boa prática*<sup>28</sup>.

A grande questão que pode ser colocada é a de saber o que é de facto inútil e como medir os riscos e benefícios. Frequentemente, esta questão prende-se com a decisão de iniciar, ou não, manobras de reanimação cardiopulmonar em doentes graves – e leva-nos à reflexão sobre a *decisão de não reanimar*.

Sendo a morte a cessação irreversível das funções do tronco cerebral, sabe-se que a mesma pode acontecer no fim de um processo de doença, mais ou menos longo, ou de forma súbita. Em qualquer situação, importa que os profissionais da saúde ajam para que a morte de um doente, que lhes foi confiado, decorra com respeito pela dignidade humana que lhe é inerente.

No conceito actual, a paragem da função cardiocirculatória e respiratória, por si só, não significa a morte de uma pessoa, já que aquelas funções podem ser artificialmente substituídas, como acontece frequentemente<sup>29</sup>.

Quando confrontado com um episódio de apneia ou mesmo de paragem cardiopulmonar, como em qualquer outra emergência, o enfermeiro deve “agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção das funções vitais” (REPE, Decreto-Lei 161/96, de 4 de Setembro), providenciando no sentido de o doente ter, tão precocemente quanto possível, assistência médica.

No entanto, a situação dos doentes portadores de situações graves, progressivas e irreversíveis colocam grandes desafios, não só clínicos como éticos. A este propósito, voltamos a citar (como aconteceu no parecer CJ-11/2000) o Professor A. Laureano Santos: “[...] todos os membros da equipa, nomeadamente os médicos, os enfermeiros e os técnicos devem conhecer os objectivos das medidas tomadas em todas as fases da doença”<sup>30</sup>; «[...] no termo das doenças irreversíveis não deve haver lugar para a reanimação cardíaca e respiratória. O único limite será a incerteza do diagnóstico, situação que necessariamente terá de impor o início imediato e continuado de todas as medidas de reanimação. Quando é possível conhecer as situações com antecipação, há vantagem em que

---

<sup>28</sup> Consultar a este propósito o Parecer sobre *Aspectos Éticos dos Cuidados de saúde Relacionados com o Final da Vida* da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (11/CNECV/95).

<sup>29</sup> Veja-se também a este respeito o Parecer 10/CNECV/95, sobre o critério de morte.

<sup>30</sup> Recorde-se também que um dos direitos dos enfermeiros legalmente estabelecido é “a informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades”, Artigo 75.º-2, alínea f) do Estatuto da Ordem, anexo ao Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril.

toda a equipa conheça a existência de instruções de não reanimação, as quais serão decididas em conjunto, por consenso, anotando as decisões de “não reanimar” no processo clínico»<sup>31</sup>.

Ainda de acordo com o Professor A. Laureano Santos<sup>32</sup> só se justificará não reanimar um doente:

1 – quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou que o doente, imediatamente a seguir, repetirá o processo que conduziu à paragem cardíaca;

2 – quando a paragem for o termo de uma doença de evolução necessariamente fatal bem documentada;

3 – quando a qualidade de vida previsível, após a reanimação, for tal que não é seguramente aceite pelo doente.

É importante referir que a qualidade de vida é um conceito subjectivo, dependente do contexto cultural e do sistema de crenças e valores em que as pessoas se inserem, dos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Neste contexto, importa referir ainda o Artigo 82.º do Código Deontológico, referente aos direitos à vida e à qualidade de vida. Assim, o enfermeiro, no respeito pelo direito à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa; participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e qualidade de vida.

## **Conclusão**

1 – A família tem direito à informação sobre a situação clínica do doente, no respeito pelo que pode ter sido a sua vontade expressa, para que possa agir no interesse do doente e assumir as suas responsabilidades para com ele, sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação, a qual deve ser preservada.

---

<sup>31</sup> SANTOS, A. Laureano – Direitos e dúvidas postos pelas decisões de tratar e não tratar. In: «Bem da Pessoa e Bem Comum». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. p. 241.

<sup>32</sup> *Ibidem*, p. 248

2 – O enfermeiro deve esclarecer a família, dentro dos limites referidos no ponto anterior, sobre matéria da sua área de competência e indicar os profissionais mais bem colocados para prestar outras informações.

3 – A qualidade de vida é um valor a preservar, que deve merecer os esforços dos enfermeiros, sem esquecer que as mesmas condições de vida correspondem a níveis de qualidade diferentes para pessoas diferentes. Mas não pode sobrepor-se à vida humana em si, que deve ser protegida e defendida, ao longo do ciclo vital e sem discriminação. Manter a vida é o objectivo de todos; o que deve evitar-se é prolongar o tempo de morrer.

4 – A informação referida no pedido de parecer não permite classificar este caso como distanásia. Pelo contrário, perante a paragem respiratória do doente foram feitas tentativas para o reanimar que cessaram ao fim de meia hora – não há evidências de obstinação terapêutica ou utilização de meios desproporcionados.

5 – O enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos actos que pratica. Deve por isso avaliar, em consciência, as razões que o poderão levar a recusar a participação em medidas terapêuticas ou de reanimação. A sua decisão, sempre dependente dos conhecimentos e competências que detém, deverá fundamentar-se na evidência e considerar o melhor interesse do doente – entendido como a restauração ou preservação das funções vitais, o alívio do sofrimento e a manutenção ou promoção da qualidade de vida.

Foi relatora Margarida Vieira.

Aprovado a 26 de Novembro de 2001.

## **PARECER CJ-43/2002 – Prescrições terapêuticas telefónicas – aspectos legais – e informação telefónica**

### **A questão colocada**

É solicitado esclarecimento “sobre dois assuntos:

1 – prescrições terapêuticas telefónicas – aspectos legais;

2 – após leitura do artigo publicado na revista da Ordem dos Enfermeiros, uma dúvida se levantou: que informações de enfermagem se devem transmitir telefonicamente?”.

## Fundamentação

Sobre este pedido de esclarecimento, o Conselho de Enfermagem, no parecer 144, datado de 17 de Maio de 2002, entende que: “A administração de substâncias injectáveis refere a implementação de intervenção de Enfermagem iniciada por outro técnico da equipa de saúde no acto da prescrição. O Enfermeiro tem direito a que a indicação terapêutica (prescrição) se verifique num suporte que constitua prova documental. Dado que a questão aponta aspectos da confidencialidade da informação a que os cidadãos têm direito, o Conselho de Enfermagem entende adequado obter-se o parecer do Conselho Jurisdicional.”

Na perspectiva deontológica, constituem direitos dos enfermeiros, entre outros:

1 – usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade (Artigo 75.º, n.º 1, alínea a, do Estatuto);

2 – a informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado (artigo 75.º, n.º 2, alínea f do Estatuto).

Por outro lado, os membros estão obrigados a:

1 – exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado (Artigo 76.º, n.º 1, alínea a, do Estatuto);

2 – cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão (Artigo 76.º, n.º 1, alínea b, do Estatuto).

A primeira questão enquadra-se na área da responsabilidade pelo acto interdependente que se realiza e, conseqüentemente, ao direito a um registo que permita provar / comprovar a prescrição realizada por outro técnico, cabendo ainda ao enfermeiro “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento” (Artigo 83.º, alínea a, do Estatuto).

No que se refere à informação de enfermagem a transmitir por via telefónica, importa ter em conta alguns aspectos sobre a informação em geral.



1 – O cliente tem direito à confidencialidade sobre toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam. Portanto, a informação sobre cada pessoa a ela pertence e só pode ser partilhada com aqueles que estão implicados no plano ou processo terapêutico. Os dados que dizem respeito à sua situação são rigorosamente confidenciais, não podendo ser comunicados senão ao próprio ou a quem determinar e por quem de direito (médico e enfermeiro) dentro da competência específica.

2 – Atendendo a que o cliente está situado num contexto social (a família), a informação deverá ser partilhada de acordo com a vontade expressa da pessoa, estando esta em condições de o fazer. Porém, quando isto não acontece e pese embora poder a família ser considerada uma unidade de cuidados, há que fornecer a informação que venha a reverter em benefício do próprio e / ou da família como prestadora de cuidados.

3 – Assim, o direito da família à informação sobre a situação de um doente justifica-se, pois só na posse da mesma a família poderá agir no interesse deste e sem prejuízo da confidencialidade sobre a informação que deva ser preservada; aliás, de acordo com a alínea b) do Artigo 85.º (Do dever do sigilo) – “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico” – e ainda com o Artigo 86.º (Do respeito pela intimidade), alínea b) – “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções, e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”.

4 – O enfermeiro fornece informação respeitante aos cuidados de enfermagem (encaminhando o doente e familiares para o médico, quando a informação solicitada é do foro médico, e para outros profissionais, de acordo com o pretendido) e, neste sentido, utiliza as suas competências de comunicação e relação de ajuda, cumprindo o dever de “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação” (Artigo 84.º, alínea c).

5 – A situação de informação em que o telefone é o meio tem características próprias:

- depende exclusivamente da comunicação / interação verbal;
- decorre num contexto de invisibilidade dos intervenientes – próxima do anonimato – que pode levantar a questão da falta de confiança (pela não visibilidade do outro); quanto a este aspecto, existe diversidade de contextos em que um enfermeiro pode ser solicitado a dar informação telefónica e o seu conhecimento acerca do interlocutor pode fazer diferença na assunção da identidade do outro e da sua relação com o cliente;

– é difícil avaliar / detectar a situação da entrevista, recolher o *feedback* do interveniente, validar a compreensão da informação;

– mantém a necessidade de garantir a confidencialidade e de respeitar a vontade do cliente ou os critérios relativos á partilha de informação (alínea b do Artigo 85.º do Estatuto). Quanto a este aspecto, se for possível colocar em contacto directo a pessoa que solicita informação e o destinatário dos cuidados, o próprio fará a escolha da informação que quer veicular.

## **Conclusão**

1 – Quanto à primeira questão: exceptuando as situações de urgência, considera-se que o enfermeiro tem direito a um registo que comprove o início da actividade interdependente, através da prescrição escrita.

2 – Quanto à segunda questão: entende o Conselho Jurisdicional que a informação relativa a cuidados de enfermagem é uma competência específica dos enfermeiros, que visa o processo terapêutico e respeita os princípios gerais da informação aos familiares / pessoas significativas sobre cuidados de enfermagem. Quando o meio utilizado é o telefone, deverão ser salvaguardados os aspectos relativos á identidade do interlocutor e à vontade do cliente, bem como o princípio relativo à responsabilidade do enfermeiro – atendendo às cautelas e diferenças decorrentes de se conhecer ou desconhecer o interlocutor. O direito do utente à confidencialidade reforça a ideia de que o próprio deve decidir, sempre que possível, aquilo que, da informação, pode ser partilhado. E quando o interessado não pode decidir, deve ser sempre considerado o seu melhor interesse, ou seja, o *bem-estar, a segurança física, emocional e social e os seus direitos*.

Foi relatora Lucília Nunes.

Aprovado a 2 de Julho de 2002

## **PARECER CJ-54/2002 – Prescrições terapêuticas telefónicas**

### **A questão colocada**

Foi pedido parecer sobre uma situação concreta, da qual resulta, em resumo, a dúvida de saber se “é errado ficar registado em notas de enfermagem que [...]

houve uma prescrição telefónica, [...] se deve ser omitida a orientação telefónica [...] ou se deve ser feito em todas as situações».

## Fundamentação

O parecer do Conselho Jurisdicional fundamentou-se no que se segue.

1 – De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, as intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes, considerando-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, que decorram de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estejam integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (Artigo 9.º, n.º 3, do REPE).

2 – Neste contexto, e de acordo com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros procedem à administração da *terapêutica prescrita*, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais (Artigo 9.º, n.º 4, alínea e, do REPE).

3 – O Conselho Jurisdicional, em parecer já emitido (n.º 19), considerou que:

- o enfermeiro tem direito a que a indicação terapêutica (prescrição) se verifique num suporte que constitua prova documental;
- no caso de administração terapêutica, deve constar da prescrição o medicamento a administrar, a dose, via e o(s) momento(s) de administração.

4 – São direitos dos enfermeiros, entre outros:

- usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade (Artigo 75.º, n.º 1, alínea a, do Estatuto);
- a informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado (Artigo 75, n.º 2, alínea f, do Estatuto);

5 – Por outro lado, os membros estão obrigados a

- exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado (Artigo 76.º, n.º 1, alínea a, do Estatuto);

– cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão (Artigo 76.º, n.º 1, alínea b, do Estatuto);

– comunicar os factos de que tenham conhecimento e possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão (Artigo 76.º, n.º 1, alínea i, do Estatuto).

6 – No que se refere à orientação por via telefónica, entende-se que:

– é difícil validar a compreensão e provar a informação transmitida;

– existe uma situação de invisibilidade dos intervenientes que pode levantar a questão da confiança;

– é de boa prática basear o início da actividade interdependente num registo escrito da prescrição.

## **Conclusão**

Considera-se que o acatamento de prescrição telefónica, não obstante o seu uso e de se apresentar, em alguns contextos, como um costume, por via de regra, não é de boa prática, atendendo ao melhor interesse do cliente.

É correcta e legítima a recusa de administrar terapêutica sem prescrição escrita, exceptuando as situações de emergência.

Foi relatora Lucília Nunes.

Aprovado a 14 de Fevereiro de 2003.



**Código Deontológico  
do Enfermeiro**

**Parte III – Análise de casos**

---



Entende-se por *caso* um acontecimento, uma conjuntura, um conjunto de factos que estruturam uma situação, seja ela mais ou menos problemática. Um *caso* é apresentado como uma história-em-situação, de cuja natureza e dinâmica se procura uma compreensão mais clara. Não se tem a pretensão da profundidade de um estudo de caso, embora se procure aprofundar o nível de compreensão e a fundamentação face a uma determinada situação, perante a qual é necessário agir. Entendemos que não tem de existir um desajuste particularmente exuberante ou um dilema – julgamos importante analisar situações ditas comuns, do dia-a-dia.

Assim, apresentamos sucessivamente: a identificação da história (situação ou problema), as questões emergentes (colocadas pela situação), a fundamentação (que descreve e interpreta os aspectos éticos, deontológicos e jurídicos envolvidos) e a conclusão (os resultados para a acção).

O interesse de que se reveste a análise de casos torna-se relevante pelo apoio que pode dar à decisão em situação concreta, pois realiza-se uma reflexão sobre as práticas, à luz dos princípios que a orientam. Quando estamos fora dos contextos de acção e lemos sobre situações concretas pensando sobre as mesmas, estamos a desenvolver um juízo apoiado ou pré-vivido, com tempo para analisar, interpretar, fundamentar, confrontar diferentes perspectivas e ponderar os diferentes cenários possíveis. Neste sentido, é necessário organizar as informações, centrar a atenção nas questões fundamentais, eliminar as que são alheias ao problema concreto, resolver as dúvidas técnicas (juízos clínicos) e administrativas (juízos legais) e analisar os conflitos de valores (juízos éticos). É importante procurar atribuir relevância aos argumentos, pois o mais decisivo é aquele que tem maior



peso na decisão – poderíamos falar da diferença entre argumentos de necessidade, que obrigam o enfermeiro a optar deontologicamente por aquele curso de acção, e argumentos de conveniência. A análise das diferentes formas de acção possíveis conduz à deliberação sobre cada uma (ou seja, estabelecendo os prós e os contras, benefícios e riscos), por forma a escolher a mais adequada naquela situação concreta.

Optar por uma conduta que respeite os princípios, deveres do enfermeiro e as necessidades concretas da pessoa reduz a possibilidade de praticar uma acção eticamente inadequada ou violadora dos deveres. Em situações problemáticas e no contexto de intervenções interdependentes, nem sempre será fácil obter consenso na equipa, até pela interferência de inúmeros factores, entre os quais o grau de certeza sobre a situação clínica, a conduta-padrão da equipa, a legalidade e as normas institucionais, a autonomia e a consciência dos profissionais envolvidos.

Existem diversos modelos para analisar problemas em bioética, como o de Diego Gracia<sup>1</sup>, de Albert Jonsen<sup>2</sup>, de Beauchamp e Childress<sup>3</sup>. De entre os autores que abordam a perspectiva ética de enfermagem, destacam-se Bandman e Bandman<sup>4</sup>, Thompson & Thompson<sup>5</sup> e Sarah Fry<sup>6</sup>.

Tendo o Conselho Jurisdicional realizado um ciclo de debates em torno da *tomada de decisão ético-deontológica: análise de casos* (Fevereiro e Março de 2005), realça-se a proximidade temática entre os casos que mais foram apresentados e as questões mais frequentemente colocadas. Se a diversidade das cinco secções regionais e dos contextos das práticas se destacam, foi igualmente

---

1 GRACIA, Diego – Ética y Vida. Estudios de Bioética. «Bioética Clínica». Santa Fé de Bogotá, DC: Editorial El Búho. 2 (1998).

2 JONSEN, Albert R.; SIEGLER, M; WINSLADE, W. J. – **Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine**. 4.ª ed. New York: Mc Graw Hill, 1998.

3 BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. – **Principles of Biomedical Ethics**. 4.ª ed. New York: Oxford University Press, 1994.

JONSEN, A. R. – Clinical ethics and the four principles. In: GILLON R. (edit.) – «Principles of Health Care Ethics». New York: McGraw-Hill, 1994. p. 13-21.

4 BANDMAN, E.L.; BANDMAN, B. – **Nursing Ethics Through Life Span**. 3.ª ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1995.

5 THOMPSON, J. E.; THOMPSON, H. O. – **Bioethical Decision-Making for Nurses**. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985.

6 FRY, Sarah – **Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making**. Genebra: International Council of Nurses, 1994.

perceptível que a partilha e a discussão dos aspectos envolvidos em cada situação é avaliada como um processo enriquecedor para o desenvolvimento ético e deontológico.

Os dez casos que apresentamos referem-se a alguns dos temas mais frequentes e recorrentes, tendo fontes distintas: alguns foram preparados pelos conselhos jurisdicionais regionais para a abertura de cada debate, na respectiva secção regional; dois surgiram no debate; e os restantes decorrem da selecção realizada segundo o critério da proximidade com os casos discutidos no ciclo de debates. A apresentação destes casos foi reestruturada e revista por membros do Conselho Jurisdicional com a devida autorização dos autores.

As situações apresentadas resultam de casos contados, com base verídica. De acordo com a necessária preservação do anonimato (alínea d do Artigo 85.º do Código Deontológico), a identificação do contexto foi eliminada e todos os nomes utilizados são fictícios. Optamos por apresentar cada caso com esparsas referências bibliográficas, encontrando-se a bibliografia geral no final do livro.



# **Caso 1**

## **Adolescente e contracepção de emergência**

### **Situação**

A enfermeira Graça é a única profissional de saúde a trabalhar numa certa extensão de um centro de saúde. É abordada por uma adolescente de 14 anos que lhe pede uma “pílula do dia seguinte” alegando estar muito preocupada com a possibilidade de engravidar pois tinha tido relações sexuais dois dias antes e o preservativo tinha-se rompido. Refere estar muito ansiosa com as repercussões que uma possível gravidez acarretaria para a sua vida quer escolar, quer familiar. Refere-se ainda ao pai como uma pessoa muito rígida, capaz de, sabendo ser ela sexualmente activa e tomando conhecimento de um estado de gravidez, lhe bater e até de a expulsar de casa.

Após ouvir a adolescente, a enfermeira recusa-se a fornecer-lhe a pílula, alegando questões de ordem moral. Propõe à adolescente que fale com os pais acerca da situação e predispõe-se a ajudá-la nesse sentido. A adolescente recusa a proposta da enfermeira e, perante a recusa desta em lhe fornecer a pílula, vai-se embora.

A enfermeira considera que, tratando-se de uma menor e correndo esta o risco de uma gravidez não desejada e / ou de contrair uma infecção sexualmente transmissível, os pais têm o direito de saber que a filha é sexualmente activa. Decide então contactar os pais e pô-los ao corrente da situação.

## Questões emergentes

- 1 – Tem a adolescente o direito a usufruir da contraceção de emergência?
- 2 – Pode a enfermeira recusar a dispensa da contraceção de emergência alegando objecção de consciência?
- 3 – Por se tratar de uma adolescente, pode a enfermeira violar o dever de sigilo profissional?

## Fundamentação

1 – A contraceção de emergência está prevista no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, que considera o planeamento familiar e, em relação com este, a contraceção de emergência, especialmente em adolescentes. A legislação portuguesa prevê, na Lei n.º 12/2001 de 29 de Maio referente à contraceção de emergência, “[...]reforçar os meios de prevenção da gravidez não desejada nomeadamente na adolescência”<sup>7</sup>.

A mesma lei refere, no Artigo 3.º, que o acesso a meios contraceptivos de emergência deverá ser garantido “a) Gratuitamente, nos centros de saúde, nos horários normais de funcionamento [...]”<sup>8</sup>, devendo a dispensa daqueles ser efectuada “2 – [...] sob orientação de um profissional da saúde que promove o aconselhamento inicial e o encaminhamento para consultas de planeamento familiar”<sup>9</sup>. Releve-se que a “solicitação de contraceptivos de emergência constitui motivo de atendimento em tempo útil e prioritário nos serviços de saúde [...]”<sup>10</sup>.

2 – Decorrente da liberdade do enfermeiro enquanto pessoa (enunciada no Artigo 78.º, n.º 1, do Código Deontológico), é-lhe reconhecido o direito de recusar a prática de determinado acto que colida com as suas convicções ideológicas, religiosas, morais, éticas, filosóficas ou de outra índole. O direito dos enfermeiros à objecção de consciência está previsto no n.º 6 do Artigo 11.º do Regulamento do

---

<sup>7</sup> LEI n.º 12/2001 de 29 de Maio. Contraceção de emergência. «Diário da República I Série A». 3148.

<sup>8</sup> ARTIGO 3.º, n.º 1. Lei n.º 12/2001 de 29 de Maio. Contraceção de emergência. «Diário da República I Série A». 3148.

<sup>9</sup> ARTIGO 3.º, n.º 2. Lei n.º 12/2001 de 29 de Maio. Contraceção de emergência. «Diário da República I Série A». 3148.

<sup>10</sup> ARTIGO 3.º, n.º 3. Lei n.º 12/2001 de 29 de Maio. Contraceção de emergência. «Diário da República I Série A». 3148.

Exercício Profissional dos Enfermeiros, sendo aí referido que os mesmos têm o direito “A verem respeitado o direito de objecção de consciência nas situações legalmente protegidas”<sup>11</sup>. Igualmente se encontra consagrado no Código Deontológico, como veremos adiante.

Contudo, também é verdade que este direito não é absoluto e, como tal, não deve ser invocado de ânimo leve, sob o impulso de meras preferências pessoais e sem que tenha havido um exercício crítico reflexivo suficiente para permitir uma tomada de decisão fundamentada e ponderada. Tal pressupõe que o enfermeiro analise a situação à luz dos valores e convicções que norteiam o seu modo de ser e agir, para que possa encontrar argumentos válidos capazes de justificar a decisão de objectar. É de salientar, ainda, que o exercício deste direito implica, ao abrigo do Artigo 92.º do Código Deontológico do Enfermeiro, o cumprimento de determinados deveres e procedimentos, sob pena de não ser considerado válido, nomeadamente:

“a) proceder segundo os regulamentos internos da Ordem que regem os comportamentos do objector, de modo a não prejudicar os direitos das pessoas;

b) declarar, atempadamente, a qualidade de objector de consciência, para que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar;

c) respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde”.<sup>12</sup>

A descrição pormenorizada destes deveres e da forma de exercício do direito encontra-se compilada no Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência (REDOC), de cujos anexos fazem parte também as minutas de declaração de objecção de consciência e de comunicação do exercício da objecção de consciência.

3 – Do direito à confidencialidade que cada pessoa tem relativamente à informação que disponibiliza ao enfermeiro, bem como aos dados que este colhe, quer directamente no contacto com a pessoa quer através de registos escritos ou outras fontes, decorre o dever por parte deste de garantir o sigilo profissional. Este dever está previsto no Artigo 85.º do Código Deontológico do Enfermeiro, onde se pode ler que ao enfermeiro é exigido o cumprimento do dever de:

<sup>11</sup> DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. «Diário da República I Série A». 2962.

<sup>12</sup> ORDEM dos Enfermeiros – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Ordem dos Enfermeiros. 2003. p. 129.

“a) considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;

b) partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;

c) divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico.<sup>13</sup>

A lei portuguesa, nesta matéria, prevê através do Código de Processo Penal que, aquando da necessidade de prestação de testemunho judicial por parte do profissional, poderá ser decidida a quebra de segredo profissional “[...] sempre que esta se mostre justificada face às normas e princípios aplicáveis da lei penal, nomeadamente face ao princípio da prevalência do interesse preponderante”<sup>14</sup>.

De referir, ainda, que o não cumprimento do sigilo profissional por parte dos profissionais que a ele estão obrigados implica uma infracção disciplinar e sanção penal. O Código Penal estipula, através do n.º 1 do Artigo 383.º, que o funcionário que tenha violado o segredo profissional, sem estar devidamente autorizado, incorre numa pena de prisão até três anos ou numa pena de multa<sup>15</sup>.

## Conclusão

Do exposto, conclui-se o que se segue.

– Assiste à adolescente o direito de solicitar a dispensa de contracepção de emergência, de acordo com o estipulado na Lei n.º 12/2001, de 29 de Maio.

– O direito da adolescente à contracepção de emergência não pode ser negado por causa da objecção de consciência do enfermeiro. Tal significa que a decisão de objectar, por parte da enfermeira, não deverá, em caso algum, colidir com o direito da adolescente a ver salvaguardado um seu direito, neste caso, ter acesso à contracepção de emergência, nem tão pouco impedir o acesso à contracepção de emergência, devendo a enfermeira providenciar que aquele direito seja assegurado por outrem.

---

<sup>13</sup> ORDEM dos Enfermeiros – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Ordem dos Enfermeiros. 2003. p. 79.

<sup>14</sup> **Código de Processo Penal e Legislação Complementar**. Lisboa: Quid Juris?, 2002, p. 113.

<sup>15</sup> **Código Penal**. Coimbra: Livraria Almedina, 2002. p. 176.

A enfermeira, ao não cumprir os requisitos estipulados no Regulamento do Exercício para a Objecção de Consciência, está impedida de exercer esse seu direito, na medida em que colide com um direito da utente, o qual, não sendo satisfeito, põe em causa o seu bem-estar.

– A idade da utente não é critério válido para a quebra de sigilo profissional, pois a situação referida não é uma das situações em que, segundo a Lei, seja permitida a quebra de sigilo profissional (para a qual tem de se recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico).

Autores: Alberto Duarte, Nadine Pironet, Salomé Matos, Paulo Araújo.

Revisão: Lucília Nunes.





## **Caso 2**

# **Afirmação não tem idade**

### **Situação**

A D. Fernanda, de 82 anos, viúva, encontra-se internada num serviço de medicina hospitalar. Na tarde do internamento, refere à enfermeira responsável que tem amigos, família numerosa e três filhos, mas que só pretende receber visitas da filha, Maria. Mais conta que os filhos rejeitaram o seu segundo marido (de que já enviuvou) e que a filha, não. Sempre se tinham dado bem uma com a outra. Por isso, informa que não quer receber nenhum dos filhos.

Perante tal informação, e algo hesitante sobre o que fazer, a enfermeira Ana convida a doente a assinar uma declaração, manifestando por escrito esta vontade, de forma a não vir a ter problemas por impedir a entrada dos dois filhos.

No dia seguinte, um dos filhos comparece no serviço dizendo que deverá ser ele o único a visitar a mãe. Previamente esclarecida sobre a situação, a chefe informa que a D. Fernanda não o pretende receber. O filho faz queixa e a situação segue para apreciação da Comissão de Humanização. Junto com a informação da chefe, segue a declaração escrita da vontade expressa da D. Fernanda.

## Questões emergentes

1 – Qual o valor da declaração, expressa por escrito, da D. Fernanda, sobretudo atendendo ao facto de ter 82 anos? E se apenas expressa verbalmente (e não colocada por escrito)?

2 – Pode o filho decidir sobre as visitas da mãe?

## Fundamentação

As intervenções de enfermagem “são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”<sup>16</sup> – o que significa que as pessoas deverão ser respeitadas e reconhecidas, quer quanto às suas opções, quer quanto às suas crenças e valores. Importa suportar e promover a capacidade para decidir e agir e não será uma situação de internamento, por si só, que diminui ou extingue os direitos da pessoa enquanto cidadão.

No quadro conceptual da Ordem dos Enfermeiros, consideramos que, no âmbito do exercício profissional, se estabelece uma relação terapêutica caracterizada “pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde”.

Do ponto de vista deontológico, os princípios orientadores da actividade dos enfermeiros são: “[...] b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com os outros profissionais”<sup>17</sup>. Este enquadramento explicita que, no “exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética, e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.”<sup>18</sup>.

Por outro lado, na Carta dos Direitos do Doente Internado refere-se que “O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos quando o desejar [...]”, salvaguardando, no exercício do seu direito, o livre arbítrio de expressar o desejo ou a oposição à visita.

---

<sup>16</sup> ARTIGO 78.º, n.º 1. «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>17</sup> ARTIGO 78.º, n.º 3. «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>18</sup> ARTIGO 8.º, n.º 1. «Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros».

A questão que poderemos colocar é a de saber se esta vontade livremente expressa pode, em alguma circunstância, ser contrariada. Como no caso da incapacidade para decidir, devido a alterações psíquicas ou físicas. Há uma forma judicial de atestar uma incapacidade deste tipo: a declaração do tribunal de que a pessoa está interdita.<sup>19</sup> Mas, através da avaliação, o enfermeiro consegue verificar o nível de consciência da pessoa e da sua capacidade de decidir.

Quanto à situação de ser escrita essa decisão ou ser só comunicada oralmente, podemos compará-la com a do consentimento livre e esclarecido, que é válido para aquele acto e naquele momento, podendo ser revogado sempre que a pessoa o entenda. Assim, a expressão da vontade assume valor nesse momento, podendo essa vontade ser outra, noutro momento. Ou seja, nada impede que, quando confrontada com o pedido de um outro filho, a D. Fernanda o deixe entrar.

Torna-se evidente a necessidade de validação com a própria de novas situações de conflito com a entrada dos filhos. E reafirmar que uma decisão pode não ter carácter definitivo.

Por outro lado, a enfermeira, não estando segura da actuação, utilizou a estratégia do documento escrito para se salvaguardar (como recurso defensivo), caso, como veio a acontecer, algum dos filhos reclamasse e apresentasse queixa.

O facto de a D. Fernanda ter 82 anos não é impeditivo; aliás, em abono da verdade factual, existem condições e um limite inferior para o consentimento – de acordo com o Código Penal, nos termos do Artigo 38.º, a pessoa, a partir dos 14 anos, pode consentir, se “possuir o discernimento necessário” para avaliar a situação e medir as consequências –, mas nenhum limite superior de idade.

## Conclusão

Face ao exposto, concluímos o que se segue.

– O que tem valor é a expressão da vontade actual e concreta da pessoa que se encontra capaz, e é competente para decidir que visitas pretende receber, aquando do seu internamento. A idade avançada não constitui critério para a pessoa ser substituída na autonomia. A vontade da doente expressamente manifestada, por escrito e *com competência*, deverá ser respeitada. Porque a relação

---

<sup>19</sup> ARTIGO 138.º, n.º 1. Pessoas sujeitas a interdição. «Código Civil». “podem ser interditos do exercício dos seus direitos todos aqueles que por anomalia psíquica, surdo-mudez ou cegueira se mostrem incapazes de governar suas pessoas e bens.”

terapêutica, promovida no âmbito do exercício profissional da enfermagem, se caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades, a vontade da doente, expressamente manifestada e *com competência*, ainda que somente verbalizada, deverá ser respeitada.

– O filho não tem autoridade ou outra qualquer figura que lhe permita substituir legitimamente a mãe. Deve ser confirmado com a própria se mantém a decisão, em cada caso particular e no decurso do tempo.

Autores: Ana Berta Cerdeira, Rogério Gonçalves.

Revisão: Lucília Nunes.

## **Caso 3**

# **Acompanhamento na fase terminal da vida**

### **Situação**

Uma mulher jovem, recém-casada, está internada numa unidade de cuidados intensivos por aneurisma cerebral. Apresenta parâmetros vitais compatíveis com morte próxima. O marido desloca-se ao serviço e pretende visitá-la de manhã. O período de visitas da unidade está marcado para das 16 h às 17 h e das 19 h às 20 h.

A enfermeira responsável pela senhora decide abordar o médico de serviço, o qual decide pela não antecipação da hora da visita, entendendo que deve cumprir-se o regulamento. A enfermeira argumenta e após algum confronto de posições, consegue que o marido entre na unidade e visite a esposa. A senhora morre no decurso desta visita.

### **Questões emergentes**

- 1 – Como agir, em confronto com o regulamento de visitas?
- 2 – A senhora tem o direito de ser acompanhada nos últimos instantes de vida, e os familiares, o direito de a acompanhar?

## Fundamentação

O regulamento de horário de visitas, como outros regulamentos, serve objectivos tais como possibilitar o funcionamento harmonioso e ordenado da instituição hospitalar, quer do ponto de vista operacional, do da segurança e mesmo do da salvaguarda dos direitos dos doentes. Garante uma uniformidade geral de critérios a serem aplicados no todo da organização e define, com clareza, as formas habituais de conduta.

A restrição ao horário das visitas em serviços com as características de uma unidade de cuidados intensivos pode ser perspectivada tendo em conta factores de estrutura e processo, uma vez que, por um lado, é um local fisicamente limitado e, por outro lado, as pessoas aí internadas estão altamente vulneráveis e em estado crítico.

Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, “o doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde”<sup>20</sup>. Todavia, os regulamentos não constituem normas estáticas nem contemplam situações concretas. O seu grande objectivo é balizar actuações, numa regra geral. A decisão sobre a aplicação ou a eventual excepção face à norma cabe aos profissionais da saúde, após equacionarem as diferentes variáveis inerentes a uma situação concreta, no sentido de agirem de forma justa e equitativa para com o utente e a família.

O conteúdo da norma e as excepções à mesma emergem da discussão e consenso obtidos a partir dos contributos dos elementos das diferentes profissões directamente relacionados com o processo de tratamento e cuidados (enfermeiros e médicos, neste caso), tal como prescreve o Artigo 91.º, alínea b) do Código Deontológico, ao preconizar que o enfermeiro trabalhe em articulação e complementaridade.

Considerando os pressupostos anteriores, cabe ao profissional detentor de mais informação e mais próximo do utente / pessoa significativa proporcionar as condições para o acompanhamento, que excedam o previsto em protocolo / norma. E tal vai ao encontro do previsto na Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde que diferencia acompanhantes (pessoas significativas) e visitas.

A este propósito, no Parecer 11/CNEV/95, relativo a *aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida*, considera-se que, face a doente

---

<sup>20</sup> Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. n.º 5.

grave, hospitalizado, que entra em fase terminal, “seja permitida a presença de familiares durante 24 horas, bem como de outras pessoas que o doente terminal deseje ver”. Mais se afirma que é “eticamente inaceitável, à luz dos princípios citados, que o doente terminal hospitalizado seja isolado e abandonado até que ocorra a morte na mais completa solidão”.

A recomendação 1418, da Comunidade Europeia: Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade Humana dos Doentes Incuráveis e dos Moribundos explicita também que “os doentes moribundos deveriam antes de mais poder morrer em paz e com dignidade, se possível com o conforto e o apoio da sua família e dos seus amigos”.

O enfermeiro tem o dever de assegurar o direito da pessoa a “escolher o local e as pessoas que deseja o acompanhem na fase final da vida”<sup>21</sup>. Em conformidade, tem o dever de defender e promover o direito do doente ao acompanhamento na fase final. Neste pressuposto, os cuidados prestados pelos profissionais não substituem a assistência afectiva proporcionada pela família ou pessoas significativas, tal como contempla a Carta dos Direitos do Doente Internado, quando refere que “as instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar entes significativos para o doente”<sup>22</sup>, sempre que não exista contra-indicação.

Tenha-se ainda em conta que um dos princípios orientadores da actividade dos enfermeiros é a excelência do exercício (Artigo 78.º, alínea c) e que, como dever de excelência do exercício, o enfermeiro deve “procurar adequar as normas de qualidade às necessidades concretas da pessoa” (Artigo 88.º, alínea b).

## Conclusão

Do exposto, conclui-se que:

1 – cabe ao enfermeiro, se for o profissional melhor colocado na equipa, e ponderada cada situação particular, responsabilizar-se pela aplicação do regulamento das visitas, de forma estrita ou não, tendo como máximas o benefício do utente e o respeito pelo direito a viver a morte com dignidade;

2 – à pessoa em fase final de vida deve ser proporcionado acompanhamento por parte de pessoas significativas, de forma a ser respeitado o sentido atribuído

<sup>21</sup> ARTIGO 87.º, alínea a). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>22</sup> **Carta dos Direitos do Doente Internado**. n.º 13.



aos últimos momentos da vida, e a família deve simultaneamente ser ajudada a iniciar o processo de luto.

Autores: Mercia Bettencourt, Isabel Silva, Purificação Faria de Sousa,  
Susana Bazenga, Luísa Freitas.  
Revisão: Lucília Nunes.

## **Caso 4**

# **Intoxicação voluntária: informação e sigilo**

### **Situação**

A D. Luísa, de 37 anos de idade, deu entrada na urgência em virtude de intoxicação por Paraquat, e com os diagnósticos associados de insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória por fibrose, insuficiência hepática e pneumonia à esquerda. Como antecedentes pessoais, foi identificada uma depressão grave (falecimento de filho de 16 anos, por leucemia, 15 dias antes) e maus-tratos do marido, o qual tinha hábitos alcoólicos. Residia com o marido, um filho de 18 anos que frequentemente ficava em casa da namorada, e um outro filho de 12 anos. Relacionava-se bem com duas irmãs.

Foi internada na unidade de cuidados intensivos durante dois dias. Não se encontrando dentro dos critérios de internamento para a UCI, foi transferida para o serviço de medicina interna. Apresentou melhoria da função renal com melhoria significativa da hepatólise, mas manteve situação clínica de gravidade. O estado geral foi-se deteriorando progressivamente.

Os profissionais, os familiares e a própria doente foram-se apercebendo de que o desfecho seria a morte, que ocorreria num maior ou menor espaço de tempo. Manteve-se consciente durante todo o período de internamento, e colaborante, na medida do possível, até praticamente ao fim.

Durante o internamento, era visitada com frequência pelas duas irmãs e pelo marido, pela sogra e pelo filho mais novo. As irmãs tentaram influenciá-la no

sentido de não permitir a visita do marido e sogra, a quem culpavam pelos maus-tratos que, na opinião de ambas, a levaram a intoxicar-se. No entanto, a D. Luísa nunca se opôs à visita do marido, embora quase ignorasse a sua presença e não tivesse com ele qualquer relação de afectividade. As irmãs procuravam sempre certificar-se, antes de a visitar, de que o marido não se encontrava junto dela – com as irmãs, mantinha uma relação de alguma afectividade.

A D. Luísa confidenciou, nomeadamente à enfermeira-chefe, ter sido ela a decidir ingerir o veneno e que o marido se alcoolizava com frequência e dava maus-tratos a toda a família.

Com a deterioração do estado geral da doente e o aproximar da morte, quer o marido, quer as irmãs, reivindicavam o privilégio de serem avisados em primeiro lugar, fazendo questão de fornecerem, mais uma vez, os seus contactos pessoais. Quando ocorreu o falecimento, por decisão da enfermeira-chefe, foi avisado o marido, e também uma das irmãs, não obstante a regra da instituição fosse informar um familiar.

No certificado de óbito constava, como causa de morte, “intoxicação voluntária com Paraquat” – o Ministério Público abriu um processo de inquérito. Notificado o hospital, foi indicada a enfermeira-chefe, a qual foi convocada oficialmente para prestar declarações. Tendo as irmãs da falecida apresentado queixa em tribunal contra o marido, por eventuais maus-tratos como causa da intoxicação, indicam igualmente como testemunha a enfermeira-chefe.

### **Questões emergentes**

1 – Quem deve decidir sobre a legitimidade de o marido visitar a doente? A equipa de enfermagem? As irmãs da doente? A própria doente, devidamente informada pelos enfermeiros ou outros?

2 – Foi correcta a decisão de avisar o marido e também as irmãs da ocorrência do óbito, mais ou menos em simultâneo?

3 – A doente confidenciou à enfermeira-chefe que, com frequência, juntamente com o filho mais novo, era vítima de agressões físicas e maus-tratos. Ou seja, a enfermeira-chefe tomou conhecimento dos eventuais maus-tratos, no desempenho das suas funções. Sendo convocada para depor em tribunal, e sendo questionada sobre este assunto, poderá livremente informar o tribunal sobre os aspectos que a doente em devido tempo lhe confidenciou?

4 – As irmãs informaram igualmente a enfermeira-chefe de que, em tribunal, iriam pedir que fosse retirada a custódia do filho de 12 anos ao pai, e fosse entregue a uma das irmãs. Deveria, igualmente, a enfermeira-chefe, se assim o entendesse, depor nesse sentido, de acordo com a sua convicção?

### Fundamentação

Quem decide? Esta questão pode conduzir-nos à recentemente publicada Carta dos Direitos do Doente Internado, pela Direcção-Geral da Saúde, a qual reúne direitos consagrados em diversos textos legais, nomeadamente na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Considera inclusivamente o regime legal de defesa do consumidor (Lei n.º 24/96, de 31 de Julho), que prevê o direito à qualidade dos bens e serviços e o direito à protecção da saúde e segurança física.

No n.º 13, estipula-se que “o doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos”. Na explicitação deste direito, afirma-se que «as instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar “entes significativos” para o doente. As situações familiares mais complicadas, onde existem conflitos entre os diferentes familiares e / ou amigos têm de ser ponderadas discreta e subtilmente pelos profissionais»<sup>23</sup>.

Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde são pessoas com direitos e deveres, que deverão ser consideradas com todo o respeito devido à dignidade humana. Deve zelar-se pela não-discriminação (alínea a do Artigo 81.º do CDE), pelo respeito pela sua liberdade individual e pela sua vida privada.

Em concreto, a D. Luísa estava consciente e com capacidade para tomar decisões e portanto autónoma, não devendo ser substituída mas antes apoiada e esclarecida, se necessário. Assim, torna-se indispensável reafirmar à doente, se necessário for, que, no respeito pela sua autonomia, a decisão lhe cabe a ela mesma, e seja ela qual for, será respeitada na íntegra.

Se for necessário, o enfermeiro apoiará na tomada de decisão ou na sua aplicação, podendo lembrar à D. Luísa que tem o direito de alterar, quando assim o entender, o sentido da sua decisão. As suas decisões não têm de assumir, pois, um carácter definitivo.

<sup>23</sup> **Carta dos Direitos do Doente Internado**. Ministério da Saúde: Direcção Geral da Saúde, 2005.

O respeito pelo princípio de beneficência, como dever de fazer o bem, pode, neste caso como noutros em que seja levado ao exagero, levar a incorrer em paternalismo, e a decidir de forma limitadora da liberdade do outro. O primado da pessoa na decisão deve, pois, também aqui, estar presente.

A segunda questão, sobre a decisão de avisar o marido e também as irmãs, da ocorrência do óbito, mais ou menos em simultâneo, pode conduzir-nos aos mesmos princípios, nomeadamente, o da autonomia e da expressão concreta da vontade da pessoa.

Para poder efectivamente responder “se foi correcta”, precisaríamos de saber se o incumprimento da regra institucional esteve relacionado com a expressão da vontade da doente, em particular à enfermeira-chefe. Se assim foi, a decisão foi correcta, por respeitar a doente, ainda que após a sua morte. No concreto, temos falta de informação, que apenas nos permite ajuizar condicionalmente. O primado da pessoa na decisão deve ser o princípio a seguir.

A terceira questão invoca, fundamentalmente, o Artigo 85.º do Código Deontológico do Enfermeiro – Dever de Sigilo. Assim, “o enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:

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

No caso em apreço, a Enfermeira-Chefe estava, por princípio, obrigada ao sigilo. No entanto, o dever de sigilo, ou de segredo, existe como forma de preservar o direito à confidencialidade, como meio de preservar a vida privada. A lei prevê que “as pessoas a quem a lei permitir ou impuser que guardem segredo profissional podem escusar-se a depor sobre os factos abrangidos pelo

segredo”<sup>24</sup> (Artigo 135.º n.º 1 do CPP), podendo contudo haver lugar a quebra do segredo nas condições previstas nos n.ºs 2 a 5 deste artigo do CPP.

Convocada a Enfermeira-Chefe para depor em tribunal, sobre assuntos de que teria tomado conhecimento no exercício das suas funções, encontrava-se no âmbito da alínea c) do Artigo 85. A Ordem dos Enfermeiros seria a entidade competente para fornecer o necessário aconselhamento deontológico, (ou emitir parecer para a autoridade judiciária que o solicitasse, nos termos do n.º 5 do Artigo 135.º do CPP), o que faria, desde que solicitada.

Cabe ainda aqui constatar que a situação relatada é a de um caso em que a pessoa já tinha falecido, não podendo, portanto, ser solicitada (como proprietária da informação) para eventual autorização do uso da informação pertinente. E que a matéria em apreço se refere a maus-tratos, incluídos na legislação sobre violência doméstica.

Considera-se “violência doméstica toda a violência física, sexual ou psicológica que ocorre em ambiente familiar e que inclui, embora não se limitando a, maus-tratos, abuso sexual de mulheres e crianças, violação entre cônjuges, crimes passionais, mutilação sexual feminina e outras práticas tradicionais nefastas, incesto, ameaças, privação arbitrária de liberdade e exploração sexual e económica.”<sup>25</sup> Entendida como sendo exercida sobre mulheres, crianças, idosas e idosos e outras pessoas mais vulneráveis, como as deficientes, a violência doméstica abrange uma complexidade de situações ligadas à intimidade das pessoas.

---

<sup>24</sup> ARTIGO 135.º. Segredo Profissional. «Código de Processo Penal». “1 - Os ministros de religião ou confissão religiosa, os advogados, os médicos, os jornalistas, os membros de instituições de crédito e as demais pessoas a quem a lei permitir ou impuser que guardem segredo profissional podem escusar-se a depor sobre os factos abrangidos por aquele segredo. 2 - Havendo dúvidas fundadas sobre a legitimidade da escusa, a autoridade judiciária perante a qual o incidente se tiver suscitado procede às averiguações necessárias. Se, após estas, concluir pela ilegitimidade da escusa, ordena, ou requer ao tribunal que ordene, a prestação do depoimento. 3 - O tribunal superior àquele onde o incidente se tiver suscitado, ou, no caso de o incidente se ter suscitado perante o Supremo Tribunal de Justiça, o plenário das secções criminais, pode decidir da prestação de testemunho com quebra do segredo profissional sempre que esta se mostre justificada face às normas e princípios aplicáveis da lei penal, nomeadamente face ao princípio da prevalência do interesse preponderante. A intervenção é suscitada pelo juiz, oficiosamente ou a requerimento. 4 - O disposto no número anterior não se aplica ao segredo religioso. 5 - Nos casos previstos nos números 2 e 3, a decisão da autoridade judiciária ou do tribunal é tomada ouvido o organismo representativo da profissão relacionada com o segredo profissional em causa, nos termos e com os efeitos previstos na legislação que a esse organismo seja aplicável.”

<sup>25</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 88/2003 de 13 de Junho. Presidência do Conselho de Ministros.

Foi esboçado o II Plano Nacional contra a Violência Doméstica<sup>26</sup>, tendo como “objecto primordial de intervenção o combate à violência exercida sobre as mulheres no espaço doméstico” e cuja articulação é feita com o Plano Nacional de Acção para a Inclusão Social, com a Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres que preside ao Observatório sobre a Violência Doméstica, e à Coordenação Nacional para os Assuntos de Família.

A Constituição da República Portuguesa garante a igualdade de direitos e deveres de homens e mulheres (Artigo 13.º), o acesso ao direito e aos tribunais para defesa dos direitos (Artigo 20.º), o direito à integridade física e moral (Artigo 25.º), assim como a igualdade no casamento (Artigo 36.º).

O Código Penal Português prevê e pune os crimes de violência contra a família, nomeadamente os maus-tratos físicos e psíquicos (Artigo 152.º).

A Lei n.º 7/2000, de 27 de Maio, procedeu a alterações ao Código Penal e Código de Processo Penal, reforçando as medidas de protecção a pessoas vítimas de violência. Nos termos desta Lei, o crime de maus-tratos físicos e psíquicos ao cônjuge, a quem conviva em condições análogas às dos cônjuges ou a progenitor comum em primeiro grau, passou a ter natureza de crime público, não sendo necessária a apresentação de queixa por parte da vítima. Qualquer pessoa pode apresentar queixa em nome da vítima – a aplicação da Lei n.º 7/2000 tornou o que era considerado<sup>27</sup> semi-público em crime público, com todas as formas alargadas de actuação que daí advêm.

---

<sup>26</sup> A Violência contra a Família compreende diversos comportamentos criminais, desde os crimes contra a vida, os crimes contra a integridade física (onde se incluem as ofensas à integridade física e os maus-tratos), contra a liberdade pessoal, crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual (coação, violação, abuso sexual de pessoa incapaz de resistência).

<sup>27</sup> Entende-se por Crime o facto declarado punível criminalmente pelo Código Penal ou pela legislação penal avulsa. Para efeitos de participação, os crimes classificam-se em: públicos, semi-públicos, e particulares. (1) **Crimes Públicos:** aqueles cujo procedimento criminal não depende de queixa, podendo ser levados ao conhecimento das autoridades públicas por qualquer pessoa ou por quaisquer meios. Exemplos: são os crimes de homicídio, ofensas corporais graves, falsificação de documentos, furto, burla e fogo posto. A queixa é gratuita. (2) **Crimes Semipúblicos:** aqueles cujo procedimento criminal depende de queixa do ofendido ou do seu representante legal. É necessário que o ofendido se queixe para que o Ministério Público possa promover o processo e, se não o fizer, o processo não será instaurado ou não poderá ter seguimento. Exemplos: são os crimes de ofensas corporais simples, ofensas corporais por negligência, ameaças, dano e cheque sem provisão. A queixa é gratuita. (3) **Crimes Particulares:** aqueles cujo procedimento criminal depende de queixa e de acusação através da constituição do ofendido como assistente no processo. Exemplos: crime de difamação e crime de injúrias. Nos crimes particulares, a queixa não é gratuita porque quem denuncia o crime é obrigado à constituição de assistente, o que impõe a sua representação por advogado, e implica o pagamento da respectiva taxa de justiça. [http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/entidades/MJ/MJU/pt/SER\\_queixa-crime.htm](http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/entidades/MJ/MJU/pt/SER_queixa-crime.htm) (consulta a 14 Março 2005).

No Código Deontológico, além do que já foi referido quanto à informação e ao sigilo, estão prescritos os deveres de salvaguardar grupos vulneráveis (alíneas b, c e d do Artigo 81.º) como o são as crianças, as pessoas idosas e as pessoas com deficiência.

A D. Luísa afirmou ter realizado voluntariamente a intoxicação com PARAQUAT – o que faz lembrar que o enfermeiro deve “abster-se de juízos de valor sobre a conduta da pessoa assistida” (alínea e do Artigo 81.º) e “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (alínea a do Artigo 89.º).

A quarta questão contém basicamente os mesmos ingredientes da terceira, reportando-se portanto ao dever de sigilo. Aplica-se igualmente a eventual necessidade de recurso a aconselhamento deontológico e ou jurídico. Em última instância, é o enfermeiro que, ponderando a situação, o contexto e o aconselhamento, decide o que entende por mais adequado, assumindo a responsabilidade pelos seus actos e pelas respectivas consequências.

## Conclusão

1 – A resposta à primeira questão é aparentemente fácil, tendo particularmente a vantagem de nos fazer reflectir sobre o assunto das visitas nos hospitais, situação de alguma forma clarificada pela Carta dos Direitos do Doente Internado. A decisão pertence à doente, a qual, deve poder contar com todo o aporte de informação necessária, por parte dos enfermeiros. Deve ser igualmente garantida a informação de que o sentido da decisão pode ser modificado a qualquer momento, com carácter definitivo ou transitório.

2 – Quanto à segunda questão, do ponto de vista ético-deontológico, não é possível avaliar se a decisão de informar da ocorrência do óbito do marido e quase em simultâneo uma das irmãs foi a decisão mais adequada, dado que não dispomos de informação sobre qual era a vontade da doente. Se agora nos questionamos sobre a bondade da decisão tomada, também faria sentido, em devido tempo, procurar conhecer o sentido da vontade da doente.

3 – Relativamente à terceira questão, face aos fundamentos acima apresentados, e também porque não consta que a doente tenha expressamente autorizado a Enfermeira-Chefe a utilizar a informação que apenas lhe confidenciou, esta deve ser considerada como segredo profissional. Ainda assim, e tratando-se de uma situação legal, em que, em princípio, e salvo o dever de sigilo,



teria a obrigação de colaborar, deveria recorrer a aconselhamento deontológico e ou jurídico. Tal aconselhamento seria, em princípio, fornecido pela Ordem dos Enfermeiros. Tendo em conta o Artigo 135.º do CPP, a Enfermeira-Chefe podia escusar-se a depor sobre os factos abrangidos pelo segredo, havendo apenas lugar a quebra do segredo, por ordem do tribunal competente (ouvida a Ordem dos Enfermeiros), nos termos legais.

4 – Quanto à quarta questão, e como foi adiantado na fundamentação, o problema é exactamente o mesmo, pelo que se considera que a resposta é similar.

Autores: José Luís Gomes, Natália Oliveira, Davide Coutinho.

Revisão: Lucília Nunes.

## **Caso 5**

# **Fazer com a pessoa, tanto quanto ela possa**

### **Situação**

A D. Elvira, 65 anos, natural de Angola e residente em Portugal desde 1975, é viúva, mãe de dois filhos casados, e avó de cinco netas adolescentes a frequentar o ensino básico. Há quatro anos, foi-lhe diagnosticada uma doença oncológica, tendo sido submetida a diversos tratamentos, num hospital central, cujo resultado foi a estabilização da doença.

Em Abril, uma infecção respiratória grave ocasionou o seu internamento nesse mesmo hospital, num serviço de medicina. Durante a visita dum enfermeira da sua área de residência, a D. Elvira confidenciou a sua preocupação pela progressiva falta de capacidade para se cuidar, por se encontrar confinada ao leito e substituída nas actividades mais elementares: uso de absorvente (“fralda”) embora tivesse controlo de esfíncteres; higiene feita no leito pelos enfermeiros, embora tivesse capacidade para se mobilizar; alimentação por terceiros por ter o membro superior direito imobilizado para administração de soro. Esta situação levou-a a considerar a hipótese de se tratar da fase terminal da sua doença oncológica, o que lhe provocou grande ansiedade e sofrimento.

A enfermeira a quem foi confidenciada esta preocupação, em parceria com os enfermeiros do serviço e o médico assistente, consegue que a D. Elvira

compreenda não se tratar dum agravamento da sua doença oncológica e ser certo que, uma vez restabelecida da infecção respiratória, recuperaria as capacidades para o autocuidado.

Tranquilizada, a D. Elvira pondera a hipótese de, quando estiver em fase terminal da doença, poder ser acompanhada no hospital da área da sua residência. Uma vez mais, com toda a equipa do hospital central, com o médico de família e com os familiares próximos (filhos e nora), esta necessidade foi atendida e planeado o respectivo acompanhamento no hospital da sua residência.

Duas semanas depois teve alta do hospital central, encontrando-se melhor, e manteve-se no domicílio sem problemas.

Em Junho do mesmo ano, por agravamento da doença oncológica, e após avaliação no hospital central, foi encaminhada para o hospital da área da sua residência com o objectivo de lhe garantir conforto, tratamento da dor e acompanhamento permanente pelos familiares.

Manteve-se autónoma para as actividades de autocuidado até à primeira semana de Agosto. Nesta semana, consciente das dificuldades que sentia, pediu que fosse contactado o filho que estava em França. Este regressou no dia 14 de Agosto pelas vinte horas, vindo ao encontro da mãe, que, consciente, sem dor, nem ansiedade, lhe pediu que ficasse com ela até adormecer, o que aconteceu.

A D. Elvira faleceu às zero horas e quinze minutos do dia 15, enquanto dormia, acompanhada pelos filhos, nora e as duas netas mais velhas.

Durante um mês, estes familiares recorreram várias vezes ao hospital para conversar com os enfermeiros que conviveram com a D. Elvira nos últimos tempos de vida. Um mês depois estavam integrados novamente na sua vida familiar e profissional, incluindo as netas que nesse ano lectivo tiveram sucesso escolar.

### **Questões emergentes**

1 – Sendo uma pessoa de 65 anos, com internamento por infecção respiratória, atendendo à situação oncológica, pode considerar-se correcta a actuação dos enfermeiros, ao substituir a pessoa?

2 – Qual a conduta mais adequada à situação, do ponto de vista ético e deontológico?

## Fundamentação

A D. Elvira sentiu a perda progressiva de capacidades físicas por inactividade, tomando consciência de uma dependência elevada em relação a terceiros. Tal percepção desencadeou ansiedade, por pensar corresponder ao fim da vida, sofrimento por estar longe da família e prever morrer sem a sua presença. Restaria perceber quanto tempo teria de internamento, pois a partilha dos seus receios poderia ter sido suscitada pelos próprios enfermeiros do serviço. Caberia aqui, eventualmente, lembrar o dever de “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”<sup>28</sup>.

As confidências feitas à enfermeira da área de residência, que, provavelmente, conhecia melhor, foram o início da movimentação das equipas, por forma a responder mais adequadamente às necessidades.

A abordagem à situação pode ser feita através de, pelo menos, três perspectivas: a do regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, a dos princípios envolvidos e dos deveres do enfermeiro. Se atentarmos no REPE, nele se define que os cuidados de enfermagem têm por fundamento, entre outros, “uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”<sup>29</sup>. Mais se clarifica que as *formas de actuação* se referem a: “a) fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado; b) ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado; c) orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias; d) encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro; e) avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados”<sup>30</sup>.

Portanto, o enfermeiro apenas deve substituir a competência funcional, quando a pessoa esteja totalmente incapacitada (daqui, a expressão “fazer por”), e ajudar

<sup>28</sup> ARTIGO 88.º, alínea a). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>29</sup> ARTIGO 5.º, n.º 1 e n.º 2. «Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro».

<sup>30</sup> ARTIGO 5.º, n.º 4. «Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro».

a completar a competência funcional, em situações de incapacidade parcial. Não existe legitimidade nem licitude em substituir a pessoa e impossibilitar o desenvolvimento das suas capacidades, pois é dever do enfermeiro “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”.<sup>31</sup>

Voltando ao REPE, “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”<sup>32</sup>. No Código Deontológico encontramos estipulado o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida”<sup>33</sup>.

Entre os princípios aplicáveis, encontramos o da autonomia – a capacidade para decidir por si, de acordo com os seus legítimos interesses, e para se auto-reger –, cuja aplicação se revela-se no respeito pelas capacidades das pessoas, tendo como objectivo a sua independência física, psíquica e social. Notemos ainda o dever do enfermeiro de “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”<sup>34</sup>.

Quando a enfermeira da área de residência mobiliza os recursos existentes e disponíveis, de forma a melhorar a situação, “informa sobre os cuidados de enfermagem [...], sobre os recursos que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”<sup>35</sup>. Estando a D. Elvira fragilizada e vulnerável, temerosa de estar a ficar incapacitada, a enfermeira age no sentido de “actuar responsabilmente na sua área de competência”<sup>36</sup>. Mobiliza a equipa de profissionais e a família, em benefício da D. Elvira, que é transferida para um hospital mais próximo da sua residência. O resultado acaba por ser a alta e o regresso ao domicílio.

Quando, meses depois, a D. Elvira sofre agravamento da doença oncológica, a situação é tratada de acordo com as *boas práticas* e com respeito pelos direitos da pessoa em situação terminal. Recorrendo ao Código Deontológico, constatamos que o “enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à

---

<sup>31</sup> ARTIGO 89.º, alínea b). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>32</sup> REPE, Artigo 8.º, n.º 2. «Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro».

<sup>33</sup> ARTIGO 81.º, alínea c). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>34</sup> ARTIGO 82.º, alínea b). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>35</sup> ARTIGO 84.º, alíneas a) e d). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>36</sup> ARTIGO 91.º, alínea a). «Código Deontológico do Enfermeiro».

escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida”<sup>37</sup>.

O acompanhamento e o apoio à família fazem parte dos cuidados e da atenção do enfermeiro, no sentido de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”<sup>38</sup>.

Evoquemos ainda o princípio da justiça, pela distribuição dos cuidados de acordo com as necessidades reais, ou expressas pela doente e família. Constatase a aplicação deste princípio na procura da adequação das normas “às necessidades concretas da pessoa”<sup>39</sup>. Lembremos que os valores de verdade e de justiça fazem parte dos valores universais a observar na prática profissional.

## Conclusão

Face ao exposto, concluímos que:

1 – substituir a pessoa nos cuidados que ela pode prestar a si mesma e não promover o desenvolvimento das suas potencialidades de autocuidado é violador dos deveres do enfermeiro;

2 – a partir do momento em que a equipa, os familiares e a D. Elvira procuraram as melhores formas de responder à sua situação concreta, informando a D. Elvira, mobilizando os recursos disponíveis, promovendo o seu bem-estar (a sua qualidade de vida), no tempo de vida que lhe restava, a conduta foi ética e deontologicamente adequada. Notemos que a intervenção de enfermagem possibilitou à família estar perto na fase final da vida e o acompanhamento posterior facilitou o ajustamento à perda e a vivência do luto.

Autores: Madalena Filgueiras, Lucília Nunes.

---

<sup>37</sup> ARTIGO 87.º, alínea a). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>38</sup> ARTIGO 89.º, alínea a). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>39</sup> ARTIGO 88.º, alínea b). «Código Deontológico do Enfermeiro».



## **Caso 6**

### **Face a família de risco**

#### **Situação**

O Carlos tem dez anos de idade, frequenta o terceiro ano de escolaridade e é referenciado ao centro de saúde pela professora, por apresentar baixo rendimento escolar, mostrar-se desinteressado pelos trabalhos escolares, agressivo para com os colegas e por faltar frequentemente. O pai apresenta hábitos de consumo excessivo de álcool, com história de tuberculose pulmonar, situação já ultrapassada, mas com necessidade de consultas de vigilância no centro de saúde, às quais falta. A mãe aparenta estar demitida das suas funções, não acompanhando o filho nas tarefas escolares, nem demonstrando capacidade para exercer disciplina. Não se verifica qualquer implicação dos pais no processo de ensino-aprendizagem, bem como na definição de regras, nomeadamente no que diz respeito a horários de estudo e horas para chegar a casa. A conclusão da equipa é que se trata de uma criança entregue a si própria, sem modelos de referência estruturantes e sem manifestações de interesse e afecto, por parte dos pais.

O caso desta família de risco é atribuído, pela enfermeira-chefe, à enfermeira Joaquina, a quem propõe que intervenha junto desta família, sabendo antecipadamente que não é um caso fácil e que, em cuidados de saúde primários, é muito difícil mudar estilos de vida e comportamentos, sobretudo em famílias desorganizadas



e desestruturadas. Incentiva a enfermeira Joaquina a assumir a responsabilidade pela resolução dos problemas, planificando devidamente a visita domiciliária para diagnóstico, posterior acompanhamento e avaliação da situação.

Após a primeira visita, a enfermeira informa a chefe de que foi muito mal recebida pelo pai e mãe de Carlos, que permaneceram à porta, impedindo a entrada da enfermeira e declarando: “estamos todos bem, não precisamos de nada!”. Com a insistência da enfermeira, que justificou a visita com facto de o menino estar a passar alguns problemas na escola, o pai estar a faltar às consultas e a mãe precisar de comparecer ao rastreio ginecológico, tornam-se mesmo mais renitentes. Repetindo que estava tudo bem e que, quando precisassem, iriam ao centro de saúde, fecharam a porta de imediato.

A enfermeira Joaquina afirma ter-se sentido muito frustrada com a falta de colaboração do casal, que se mostrou muito agressivo. Referiu também que não se sentia competente para acompanhar o caso, sugerindo que este, dada a sua complexidade, deveria ser atribuído a outro colega com mais experiência. A enfermeira-chefe, argumentando que o processo de desenvolvimento profissional ocorre na gestão dos problemas, propõe-lhe um trabalho em equipa, inicialmente conduzido por si própria, posteriormente supervisionado, até que a situação de conflito fosse superada e a enfermeira ganhasse a confiança da família – nesta altura, apenas seria dado aconselhamento, quando necessário.

Optam então por uma convocatória da família para uma entrevista de enfermagem, no centro de saúde. A entrevista é preparada em conjunto, com recurso a informações de outros profissionais.

### **Questões emergentes**

- 1 – A enfermeira Joaquina pode recusar-se a acompanhar a família?
- 2 – A enfermeira-chefe actuou adequadamente ao negar a substituição? Que princípios ter em conta nesta situação?

### **Fundamentação**

Ao enfermeiro é cometida a responsabilidade da adequada prestação de cuidados de enfermagem àqueles que deles necessitem e que os requeiram. De acordo com os princípios gerais, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana

e do enfermeiro<sup>40</sup> e tendo como princípios orientadores o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício<sup>41</sup>.

O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos<sup>42</sup> pelos quais se regem o indivíduo e os grupos e, no respeito pelo direito ao cuidado, deve “respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde”<sup>43</sup>.

As situações de recusa de cuidados, além do carácter excepcional, apontam para enquadramentos específicos, como é o caso da objecção de consciência ou da avaliação do profissional de não possuir competências para uma prática segura.

Neste caso concreto, após um primeiro contacto, a enfermeira manifesta a vontade de não acompanhar aquela família de risco. Pese embora o dever de orientar “para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência”<sup>44</sup>, as dificuldades poderão ser supridas com a devida orientação e supervisão, que lhe foi garantida.

De entre os valores universais a observar na prática profissional, encontramos o “aperfeiçoamento e a competência profissional”<sup>45</sup>, e o enfermeiro tem o dever de “analisar regularmente o trabalho efectuado e detectar eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” e de “manter a actualização contínua”<sup>46</sup>. É a oportunidade de aprender com a situação, reflectir sobre a acção, formular questões e levar a família a compreender a necessidade e a utilidade de uma mudança. Parece surgir aqui o princípio da auto-implicação, isto é, a qualidade da formação da enfermeira Joaquina decorre da formação que ela própria pode fazer em contexto de acção.

Neste caso de acompanhamento de uma família de risco, a enfermeira pode adquirir novas competências e mais segurança na abordagem dos casos problemáticos. Pode desenvolver a sua forma de conhecer, ao desenvolver novos raciocínios, ao compreender, ao agir e ao equacionar problemas, de forma que a família trabalhe activamente na sua minimização ou resolução. O esboço de recusa da enfermeira Joaquina, com base nos sentimentos de frustração e de incapacidade,

---

<sup>40</sup> ARTIGO 78.º, n.º 1. «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>41</sup> ARTIGO 78.º, n.º 3. «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>42</sup> ARTIGO 81.º, «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>43</sup> ARTIGO 83.º, alínea c). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>44</sup> ARTIGO 83.º, alínea b). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>45</sup> ARTIGO 78.º, n.º 2, alínea e). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>46</sup> ARTIGO 88.º, alíneas a) e c). «Código Deontológico do Enfermeiro».

foi resolvido pela enfermeira-chefe com um incentivo ao desenvolvimento profissional e com a garantia de supervisão na fase inicial. Dada a situação complexa, propõe-se acompanhar a enfermeira Joaquina na preparação da entrevista.

A decisão de obter informações através dos contactos com a professora, a assistente social, as restantes enfermeiras da equipa ou o médico de família respeita o dever de “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico”<sup>47</sup>. Por outro lado, trata-se de um trabalho em equipa, de modo a aproveitar as sinergias dos vários intervenientes no processo. E, assim sendo, os deveres do enfermeiro incluem “actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões da saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um”, assim como “integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção de saúde, prevenção da doença, o tratamento e a recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”<sup>48</sup>.

Segundo a OMS, “a enfermeira de saúde da família, tem a responsabilidade especial de atingir os objectivos da saúde dos indivíduos, família e comunidade (...). Com os seus conhecimentos de saúde pública, do foro social, pode identificar os efeitos dos factores socioeconómicos na saúde da família e fazer os encaminhamentos necessários e apropriados”<sup>49</sup>. De acordo com a Declaração de Munique, “a enfermeira de saúde da família, trabalhará conjuntamente com os outros profissionais, no sentido de desenvolver planos de cuidados de saúde que dêem apoio às famílias com crianças, englobando todos os aspectos importantes para os pais ajudarem os seus filhos na educação para a cidadania”<sup>50</sup>.

Nos deveres previstos do enfermeiro para com a comunidade<sup>51</sup>, considerando qualquer contexto de trabalho, encontra-se o conhecimento da população, a participação na orientação da comunidade e a colaboração com outros profissionais, de modo a dar resposta às necessidades da comunidade. Um dos objectivos do trabalho a desenvolver junto das famílias, tem a ver com a capacitação familiar – cuja finalidade é estabelecer uma parceria entre o enfermeiro e a família,

---

<sup>47</sup> ARTIGO 85.º, alínea b). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>48</sup> ARTIGO 91.º, alíneas a) e c). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>49</sup> **Organization Mondiale de la Santé**. 17 Jun. 2000. 7:12.

<sup>50</sup> **Conferência de Munique**. 17 Jun. 2000. 14:15.

<sup>51</sup> ARTIGO 80.º. «Código Deontológico do Enfermeiro».

caracterizada pela cooperação e responsabilidade partilhada. É necessário que as famílias se tornem participantes activos, desenvolvam sentimentos de competência, de modo a adquirirem comportamentos que promovam a independência e autonomia, bem como um sentimento de auto-eficácia que resulte num aumento de bem-estar. Para tal, a abordagem deverá fazer-se numa perspectiva positiva, baseada nas competências e não nos problemas ou nas deficiências, de modo a caracterizar-se pela capacidade de tomar decisões e resolver problemas. Aliás, é esta a perspectiva do dever de “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”<sup>52</sup>.

## Conclusão

Face ao exposto, concluímos que:

– a enfermeira Joaquina não se pode recusar a prestar cuidados, mas poderia “orientar para outro profissional de saúde mais bem colocado para resolver o problema”, por sentir que o mesmo ultrapassava a sua competência (de acordo com o Artigo 83.º, alínea b, do Código) e foi isso que fez;

– havendo orientação e supervisão (da enfermeira-chefe), constitui uma oportunidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, de acordo com os valores de competência e aperfeiçoamento profissional (Artigo 78.º, n.º 2, alínea e). O dever de procura da excelência do exercício refere-se a todo o acto profissional (Artigo 88.º).

Autora: Maria Antónia Baptista Bastos Silva.

Revisão: Lucília Nunes.

---

<sup>52</sup> ARTIGO 89.º, alínea b). «Código Deontológico do Enfermeiro».



# Caso 7

## Autonomia e heteronomia na decisão

### Situação

Uma senhora (chamemos-lhe Manuela) é levada a um serviço de urgência de um hospital, após um acidente, sem sabermos se consciente ou inconsciente, e necessita de realizar uma intervenção cirúrgica. Sabemos que a acompanham duas filhas, sendo a equipa de saúde informada por uma de que a mãe é testemunha de Jeová e, portanto, recusa transfusões de sangue, enquanto a outra filha afirma que a mãe não é testemunha de Jeová.

### Questões emergentes

As duas principais questões que emergem são as seguintes:

1 – o consentimento para a realização da intervenção cirúrgica;

2 – face a eventual necessidade de transfusão sanguínea, o consentimento para a sua administração, no decorrer ou após essa intervenção.

Em ambos as situações (intervenção cirúrgica e transfusão sanguínea), a actuação do enfermeiro enquadra-se no âmbito das *intervenções interdependentes*<sup>53</sup>,

---

<sup>53</sup> Uma vez que o enfermeiro, nestes cuidados, actua em complementaridade com outros profissionais, para “atingir um objectivo comum”, conforme define o n.º 3 do Artigo 9.º do REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril).

tendo todavia de tomar decisões sobre o seu desempenho, de acordo com as suas competências. Para que as suas decisões sejam adequadas à situação concreta, no sentido da excelência do seu exercício profissional, o enfermeiro tem de ter em conta os valores profissionais e os princípios éticos, bem como os deveres prescritos no seu Código Deontológico e as normas legais aplicáveis. Daí que a análise deste caso tenha por base uma tripla perspectiva – Ética, Deontológica e Jurídica –, no sentido de fornecer a fundamentação apropriada ao processo de tomada de decisão do enfermeiro. Para uma melhor clarificação da análise, abordam-se as duas questões em separado, tentando individualizar os diversos factores que concorrem para a tomada de decisão final.

## Fundamentação

### **Análise da primeira questão: *consentimento para a intervenção cirúrgica***

Uma intervenção cirúrgica é, antes de mais, uma ofensa à integridade física da pessoa, ou seja, tem de ser encarada de uma forma diferente de um qualquer tratamento médico ou de enfermagem que não provoque alteração no corpo. Ofender a integridade física de uma pessoa é crime para a ordem jurídica portuguesa, e está tipificado no capítulo III do Código Penal<sup>54</sup> (CP), com o título “Dos crimes contra a integridade física”. Mas de acordo com o próprio CP a “integridade física considera-se livremente disponível”<sup>55</sup> para efeitos de consentimento, ou seja, desde que a pessoa consinta a ofensa, esta não é crime. Relativamente à intervenção cirúrgica, o CP prevê também que, se esta for realizada por um médico de acordo com a sua *legis artis*, para “diagnosticar, debelar ou minorar a doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental”<sup>56</sup>, não é crime contra a integridade física. Estando prevista esta situação particular de ofensa à integridade física, não a considera crime (exclui a tipicidade, como é considerado em Direito, o que significa não ser esta situação considerada um tipo de crime contra a integridade física).

Mas a questão não fica por aqui. Porque, se o médico pode sempre realizar a intervenção que achar conveniente, onde entra a liberdade da pessoa para

---

<sup>54</sup> Código Penal aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 90/97 de 30 de Julho e pela Lei n.º 65/98 de 2 de Setembro.

<sup>55</sup> ARTIGO 149.º. «Código Penal».

<sup>56</sup> ARTIGO 150.º. «Código Penal».

decidir do seu próprio corpo? Naturalmente, a Lei tem de garantir esta liberdade e o CP considera crime contra a liberdade da pessoa, qualquer intervenção (mesmo que o médico ache que é o melhor para ela) sem o seu consentimento<sup>57</sup>. E mais: este consentimento tem de resultar de um esclarecimento adequado<sup>58</sup>. Só não há crime contra a liberdade pessoal, nos termos do Artigo 156.º n.º 2 do CP, se houver uma emergência ou se, no decorrer de uma intervenção, se verificar a necessidade de fazer outra que não estava consentida.

Nos termos do Artigo 38.º do CP, a pessoa, a partir dos 14 anos, pode consentir, se “possuir o discernimento necessário” para avaliar a situação e medir as consequências. Também a Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina<sup>59</sup>, que Portugal assinou, estabelece o princípio do consentimento informado para qualquer “intervenção no domínio da saúde”<sup>60</sup>, consagrando o direito que a pessoa tem de revogar a todo o momento a sua decisão. Relativamente aos menores e aos adultos incapazes, a Convenção<sup>61</sup> prevê também que, além do representante legal, o menor ou o adulto incapaz seja chamado a intervir, na medida das suas capacidades, o que vem realçar o princípio da autonomia da pessoa humana, mesmo em situações em que este autogoverno possa estar limitado.

Também em termos civis, podemos equacionar o problema da intervenção cirúrgica não consentida. Pode considerar-se violação de um direito da pessoa – o direito à sua integridade física, previsto no Artigo 25.º da Constituição<sup>62</sup> – e, por isso, dar origem a responsabilidade civil por parte de quem operou, ou auxiliou na operação, sem consentimento<sup>63</sup>. Esta responsabilidade civil pode dar origem a indemnização à pessoa lesada. Ainda em termos estritamente legais, a Lei De Bases Da Saúde<sup>64</sup> consagra o direito à pessoa de aceitar ou recusar qualquer cuidado de saúde.

Do exposto, podemos concluir que, numa perspectiva legal, se a D. Manuela entrou consciente no serviço de urgência, é a ela e apenas a ela quem cabe decidir

---

<sup>57</sup> É o que estatui o Artigo 156.º do Código Penal.

<sup>58</sup> Conforme o previsto no Artigo 157.º do Código Penal.

<sup>59</sup> **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.** Conselho da Europa. 4 Abr. 1997.

<sup>60</sup> ARTIGO 5.º. «Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. Conselho da Europa. 4 Abr. 1997.

<sup>61</sup> ARTIGO 6.º. «Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. Conselho da Europa. 4 Abr. 1997.

<sup>62</sup> **Constituição da República Portuguesa.** 2 Abril de 1976, revista pelas Leis Constitucionais n.º 1/82, n.º 1/89, n.º 1/92 e n.º 1/97.

<sup>63</sup> **Código Civil.** Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47344 de 25 de Novembro de 1966, Artigos 483.º e 490.º.

<sup>64</sup> LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. Base XIV, n.º 1, alínea b).



se quer ou não ser submetida a intervenção cirúrgica. Apenas se ela fosse menor (o que não parece ser o caso porque ela tinha consigo duas filhas), ou incapaz, com inabilitação decretada pelo tribunal<sup>65</sup>, ou interdição igualmente decretada<sup>66</sup>, poderia outra pessoa decidir por ela – mas apenas a pessoa que o tribunal tivesse designado para este fim. Se a D. Manuela chegou ao hospital inconsciente, portanto sem possibilidade de consentir, o problema terá de ser equacionado de outra forma.

Tratando-se de uma intervenção cirúrgica, a decisão de realizá-la é do médico, porque é ele quem tem esta competência. Tratando-se de uma situação de emergência, em que não é possível aguardar a recuperação da consciência para haver consentimento, o médico poderá realizar a intervenção<sup>67</sup>, sem que seja punido por isso, se a situação acarretar perigo para a vida da pessoa.

Se abordarmos a questão do ponto de vista ético, situamo-nos no domínio do princípio da autonomia que diz respeito “à condição de quem é autor da sua própria lei”<sup>68</sup>. Ou seja, à luz deste princípio, a pessoa tem liberdade para decidir sobre si e nomeadamente sobre o seu corpo. Portanto, só a ela, e não a qualquer outro, cabe escolher se quer ou não realizar uma intervenção cirúrgica.

O consentimento<sup>69</sup> informado para qualquer acto médico ou de enfermagem resulta directamente deste princípio e, mesmo que a pessoa esteja inconsciente e portanto sem capacidade para decidir, deve recorrer-se às soluções que a lei admite e que abordámos anteriormente, e não transferir o consentimento para outra pessoa, mesmo que familiar. Isto seria contrariar este princípio da autonomia, na medida em que se admitiria que, em algumas circunstâncias, este pudesse ser violado, o que significa, na prática, um abandono da autonomia individual. Só mesmo nos casos em que a pessoa estiver incapacitada (menor, inabilitado ou interditado) e, portanto, com prova de que o está de facto (nomeadamente pelo tribunal, nos dois últimos casos), este direito ao consentimento fica assegurado por outro (determinado pela Lei) que o exerça em seu lugar.

É que não nos parece aceitável que outra pessoa possa decidir sobre o que fazer com o nosso corpo. Digamos que o nosso corpo é a expressão da nossa

---

<sup>65</sup> ARTIGO 152.º e seguintes. «Código Civil».

<sup>66</sup> ARTIGO 138.º. «Código Civil».

<sup>67</sup> ARTIGO 156.º. «Código Penal».

<sup>68</sup> QUEIRÓS, A. – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. p. 57.

<sup>69</sup> Veja-se OSSWALD, W. – Humanização, Ética, Solidariedade. «Cadernos de Bioética». 29 (2002)17-20. OSSWALD, W. – **Um Fio de Ética**. Coimbra: I.I.F.C. 2001.

existência enquanto pessoas, logo, não faz sentido que outro, em vez de cada um de nós, possa dispor dele. Esta “doutrina do consentimento informado”<sup>70</sup>, hoje naturalmente aceite entre nós, tem uma história ainda recente. Apesar da expressão consentimento informado ter sido usada “pela primeira vez em 1931 na legislação alemã que regulamentava a experimentação humana”<sup>71</sup>, só com a Segunda Guerra Mundial, e concretamente com os julgamentos de Nuremberga, este conceito ganha uma consistência material. Com a valorização da pessoa humana, enquanto centro de imputação de direitos, que nasce sobretudo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem<sup>72</sup>, a autonomia torna-se um princípio e o consentimento informado o corolário desse princípio.

Ainda numa abordagem ética, se eu não posso decidir, então que a decisão seja técnica, com fundamento científico, por quem está obrigado perante os outros a fazer o bem, como é o caso do profissional da saúde. Este decide apenas pelo conhecimento e pelo compromisso ético e deontológico de fazer o melhor para a pessoa de quem cuida. É este o corolário do princípio da beneficência, pois, como é referido, temos a “obrigação (...) de promover positivamente o bem”<sup>73</sup>. Uma outra pessoa, mesmo que familiar, não nos dá, à partida, garantias de que decidirá o melhor para o outro. Este é o sentido da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes<sup>74</sup>, quando no n.º 8, relativo ao direito ao consentimento, considera que a regra é a da livre decisão da pessoa utente dos serviços de saúde, embora em situações de emergência o consentimento possa ser presumido.

Apesar de a decisão de realizar ou não a intervenção cirúrgica à D. Manuela ser da competência médica, o enfermeiro acaba por também envolver-se nela. Desde logo, porque há cuidados pré, intra e pós-operatórios, quer de natureza autónoma quer interdependentes, que caberá ao enfermeiro prestar. Relativamente a esta questão, o enfermeiro está deontologicamente obrigado a defender a liberdade e a dignidade humanas, sendo a liberdade um valor universal a ser respeitado<sup>75</sup>. Daqui decorre que todos os cuidados que forem prestados no

<sup>70</sup> SERRÃO, D.; NUNES, R. – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1998. p. 16.

<sup>71</sup> SERRÃO, D.; NUNES, R. – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora, 1998. p.17.

<sup>72</sup> **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Assembleia Geral das Nações Unidas. 10 Dez. 1948.

<sup>73</sup> QUEIRÓS, A. – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. p. 58.

<sup>74</sup> **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**. Direcção-Geral de Saúde, Ministério da Saúde.

<sup>75</sup> ARTIGO 78.º, n.ºs 1 e 2. «Código Deontológico do Enfermeiro».

âmbito da realização da intervenção cirúrgica da D. Manuela terão de ser consentidos por ela, se estiver consciente.

Estando a D. Manuela inconsciente, nos termos expostos anteriormente e pelo dever acrescido que o enfermeiro tem de proteger a vida<sup>76</sup>, realça-se o agir no sentido de preservar a vida e, portanto, prestar os cuidados necessários à realização da intervenção cirúrgica, se essa fosse a decisão médica, assente nos mesmos princípios.

### **Análise da segunda questão: *consentimento para a transfusão sanguínea***

A administração de sangue e seus derivados é uma questão que, já desde há muito tempo, levanta sérios problemas à actuação médica e de enfermagem. Tal acontece especificamente nos casos das pessoas que se identificam como Testemunhas de Jeová, pois as suas convicções religiosas impedem-nas de receberem sangue e / ou os seus derivados. Ora, na actuação dos profissionais que prestam cuidados de saúde, esta questão pode levantar sérios problemas à sua actuação, quer em termos morais, quer deontológicos quer jurídicos.

O Código Deontológico prescreve que o enfermeiro age na “defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana [...]”<sup>77</sup> e que deve assegurar “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”<sup>78</sup>, estando obrigado<sup>79</sup> a proteger e defender o doente de toda e qualquer prática que contrarie a lei, a ética e o bem comum.

A eventual necessidade de transfusão sanguínea é também um problema de consentimento. E, como já vimos anteriormente, o consentimento, em termos legais, éticos ou deontológicos, para o profissional de saúde em geral e para o enfermeiro em particular, é da responsabilidade da pessoa que necessita da intervenção, neste caso, a D. Manuela. O consentimento é do foro pessoal de cada indivíduo que necessita de cuidados, independentemente da perspectiva em que for abordado.

Se a D. Manuela chegou consciente ao hospital, portanto capaz de exprimir a sua vontade, o que juridicamente significa com capacidade de exercício dos seus

---

<sup>76</sup> ARTIGO 82.º. «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>77</sup> ARTIGO 78.º, n.º 1. «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>78</sup> ARTIGO 78.º, n.º 3, alínea c). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>79</sup> ARTIGO 79.º, alínea c). «Código Deontológico do Enfermeiro».

direitos, então é a ela que cabe decidir se consente ou não na transfusão de sangue e / ou derivados.

Se ela consentir, não surge nenhum problema, uma vez que o tratamento proposto é aceite pela própria e, portanto, cumprem-se as exigências legais, éticas e deontológicas, para o enfermeiro que, eventualmente, coloque o produto em transfusão.

Mesmo que uma das filhas demonstre opinião contrária, já vimos que não poderá interferir na vontade e no consentimento da sua mãe, pelas razões legais, éticas e deontológicas anteriormente discutidas. Diríamos que, mesmo do ponto de vista moral, não seria aceite que uma filha fosse contra a vontade da sua mãe em receber tratamento, invocando as suas crenças.

Mas a D. Manuela pode ter chegado consciente e ter rejeitado a transfusão, invocando as suas crenças religiosas. Ou seja, no uso do seu direito ao consentimento, ela recusa o tratamento, mesmo pondo em risco a sua vida. Já sabemos que este direito tem fundamento legal e ético e deve ser respeitado pelo enfermeiro, porque a isso está obrigado pelo seu Código Deontológico. A questão que se coloca aqui é a da saber se este direito ao consentimento é absoluto, ou se, pelo contrário, há alguns limites ao seu exercício. Concretamente, podemos discutir se, havendo risco de vida, é aceitável que a pessoa mantenha a decisão, estando assim a dispor da sua vida e se, por outro lado, o enfermeiro tem o dever de o respeitar, quando a vida está em risco. Estamos assim a considerar o direito à vida e o direito ao consentimento, na situação de conflito que possa haver entre eles.

O direito à vida é um direito de personalidade, (presente na Constituição e na Lei), ou seja, como refere Fernandes, um direito inerente à personalidade humana. Para este jurista, os direitos humanos são “não disponíveis” e por isso “estão subtraídos ao joga da livre vontade do seu titular”<sup>80</sup>.

Adoptando o mesmo pensamento, Ascensão considera que os direitos de personalidade são indisponíveis, o que também significa serem irrenunciáveis. Esclarece este jurista que “o titular pode renunciar ao exercício de um direito, mas não pode renunciar ao direito em si”<sup>81</sup>. Assim, o direito à vida, sendo um direito de personalidade, é absoluto, indisponível e irrenunciável e portanto o

<sup>80</sup> FERNANDES, L. A. – **Teoria Geral do Direito Civil**. Lisboa: Lex. Vol. I. 2.ª ed. 1995. p. 190.

<sup>81</sup> ASCENSÃO, J. O. – **Teoria Geral do Direito Civil**. Lisboa: FDL, 1996. p. 94.

próprio titular não pode dispor dele. Esta é a interpretação<sup>82</sup> defendida no **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**, a propósito do respeito pelo direito à vida, prescrito no Artigo 82.º do mesmo Código.

Podemos por isso questionar se a D. Manuela, recusando uma transfusão sanguínea, não estará a dispor da sua vida (como estaria se se suicidasse) e, portanto, a violar a Constituição e a Lei. E assim, não tendo ela o direito de dispor da sua vida, seria lícito ao enfermeiro iniciar a transfusão, porque este sim estaria a agir na protecção da vida e portanto a cumprir a Constituição e a Lei, nomeadamente o n.º 1 do Artigo 24.º da Constituição e a alínea a) do Artigo 82.º do Código Deontológico.

Podemos contrariar esta tese seguindo dois caminhos diferentes. Por um lado, colocando a discussão no plano constitucional, verificamos que estão em conflito dois direitos fundamentais: o direito à vida, consagrado no Artigo 24.º e o direito de liberdade, previsto no Artigo 27.º e, concretamente, o direito de liberdade religiosa previsto no Artigo 41.º.

E, havendo conflito de direitos fundamentais, é comum defender-se, em Direito Constitucional, não a hierarquia dos direitos, mas sim a resolução dos casos concretos, recorrendo ao princípio da concordância prática. À luz deste princípio, deve adoptar-se um critério de “proporcionalidade na distribuição dos custos do conflito”<sup>83</sup>, fazendo as escolhas de modo a sacrificar o menos possível cada um dos direitos em conflito. Neste caso, talvez fosse difícil, mas a solução passaria por respeitar a recusa da D. Manuela, tentando, por todas as formas possíveis e alternativas ao sangue, manter a vida. De resto, é esta a posição assumida pelas Testemunhas de Jeová.

Naturalmente, a nós enfermeiros está reservado o direito de questionar se esta possibilidade teórica será ou não concretizável, uma vez que sabemos ser possível corrigir hipovolemias com soluções colóides e cristalóides, mas não podemos substituir hemoglobina humana.

Por outro lado, devemos também discutir se os pressupostos do nosso raciocínio anterior, na sequência do qual concluímos que a D. Manuela dispôs da sua vida ao recusar uma transfusão sanguínea, estarão ou não correctos. É que este

---

<sup>82</sup> ORDEM dos Enfermeiros – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Ordem dos Enfermeiros. 2003. p. 57.

<sup>83</sup> ANDRADE, J.C. – **Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976**. Lisboa: Quid Iuris. 1995. p. 223.

raciocínio partiu do princípio de que esta recusa tem como efeito a morte (ou poderá ter). Mas será que é possível este nexos de causalidade entre a decisão de recusa e a morte? Será a recusa de tratamento a verdadeira causa de morte? Será que o médico que certificar o óbito (se ele acontecer), vai identificar como causa de morte esta recusa em receber sangue? A causa será a que objectivamente originou a morte, como a hemorragia brutal pós-acidente, por exemplo. Devemos ainda acrescentar a este raciocínio que, mesmo que a transfusão ocorresse, não é possível garantir completamente que a pessoa viverá. Outros factores, que entretanto se verifiquem, podem ser os directos causadores da morte. Ao contrário, apesar de, em alguns casos, a probabilidade de morte ser muito elevada, também não podemos garantir que a morte ocorrerá de facto, se não se transfundir o sangue.

Do ponto de vista jurídico, percebemos que é possível defender teses diferentes, que levam a concluir pela licitude ou ilicitude da decisão de recusar uma transfusão sanguínea quando há elevado risco de vida.

Numa abordagem ética do problema, parece-nos que a reflexão está mais simplificada. Desde logo, porque o limite “vida” que se coloca ao Direito (concretamente ao Direito português), não o encontramos aqui. Eticamente, a pessoa pode considerar que o valor “vida” se mantém mesmo após a morte do corpo, porque acredita que a vida eterna, aquela que é de facto boa e bela, só acontece depois da morte física. Portanto, a morte tem um significado muito diferente para estas pessoas e tomar uma decisão que tenha (ou possa ter) como consequência a morte, não tem a carga negativa que o Direito lhe atribui mesmo porque como afirma Savater, “a vida boa não é algo de genérico (...). Cada um precisa de a ir inventando de acordo com a sua individualidade única, irrepitível... e frágil”<sup>84</sup>.

Assim, se para a pessoa é mais importante preservar a identidade da sua alma, mesmo morrendo, do que manter-se vivo, porque isso resulta das suas convicções religiosas, devemos respeitar esta vontade. De outra forma estaríamos a violar o princípio da autonomia da pessoa humana. Estaríamos a impedir de se governar a si própria, com base naquilo em que acredita e isso não seria eticamente aceite.

Como nos refere Nunes, a pessoa humana “é sujeito de acção, e esta acção resulta dos fins que a pessoa estabeleceu para si”<sup>85</sup>. Portanto, partindo do princípio de que cada um decide com base nesses fins, é dever dos outros respeitar esta decisão, porque isso significa respeitá-lo como pessoa.

<sup>84</sup> SAVATER, F. – **Ética para um Jovem**. Lisboa: Editorial Presença. 2003. p. 125.

<sup>85</sup> NUNES, L. – O que queremos dizer quando falamos de ética?. «Nursing». 89:7-10 (1995).

É na medida em que se respeitam as decisões fundamentadas nos princípios, nos valores e nas crenças de cada pessoa, que se materializa o respeito pela sua autonomia. Este respeito pelo outro, nomeadamente pela sua autonomia, é caracterizado por Nunes como “princípio (e atitude) moral essencial” e deriva do primado da dignidade da pessoa humana, enquanto “dignidade absoluta”<sup>86</sup>, em que assenta a relação interpessoal, nomeadamente a relação de cuidar do enfermeiro.

Do ponto de vista deontológico, em qualquer uma das situações, (aceitando a D. Manuela ou recusando a transfusão) o enfermeiro não tem o dever de tomar em consideração a opinião das filhas. Mais uma vez, há que ter em conta, de acordo com o **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**, “o respeito pela autonomia, que diz respeito à liberdade de acção com que cada pessoa escolhe – as pessoas autónomas são capazes de escolher e agir em planos que elas mesmas tenham seleccionado”<sup>87</sup>.

O enfermeiro deve “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”<sup>88</sup>. E deve “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”<sup>89</sup>. Caminhamos no sentido de apelar ao respeito pela “integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”<sup>90</sup>.

Por outro lado, pelo que se encontra disposto na Carta dos Direitos e Deveres do Doente, “as convicções do doente não podem ser rebatidas, ridicularizadas ou menosprezadas, (...) a aceitação de crenças e práticas religiosas mesmo quando estranhas à nossa cultura e mentalidade”<sup>91</sup>. Igualmente, na mesma Carta encontra-se referido que “a sua vontade, baseada no princípio da autonomia, não pode ser ignorada, ultrapassada ou contrariada. Se ele não estiver de acordo

---

<sup>86</sup> NUNES, L. – “Cinco Estrelas”: competências morais no exercício de enfermagem. «Nursing». 171:8-11 (2002).

<sup>87</sup> ORDEM dos Enfermeiros – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Ordem dos Enfermeiros, 2003. p.53.

<sup>88</sup> Artigo 81.º, alínea e). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>89</sup> Artigo 81.º, alínea f). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>90</sup> Artigo 82.º, alínea b). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>91</sup> **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**. n.º 2, p. 5.

e recusar um qualquer acto de diagnóstico ou de tratamento, nada há a fazer, mesmo se a sua decisão for errada ou prejudicial para a sua saúde”<sup>92</sup>. Assim, mesmo podendo contrariar as suas próprias convicções, o enfermeiro deve agir no respeito pela autonomia da pessoa cuidada, que, neste caso concreto, implicaria a não-colocação em curso da transfusão sanguínea se fosse essa a sua decisão.

Temos ainda de considerar a hipótese de a D. Manuela ter chegado ao hospital inconsciente e necessitar de transfusão sanguínea. Neste caso, da mesma maneira que cabe ao médico decidir da intervenção cirúrgica, nos termos anteriormente discutidos, também aqui caberá ao médico decidir da prescrição e ao enfermeiro da colocação ou não em curso. De facto, neste caso, para além da decisão médica, que como já vimos tem cobertura legal, também o enfermeiro, no âmbito das suas competências, tem a responsabilidade da decisão e também o pode fazer nos termos da Lei<sup>93</sup>. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro determina que cabe ao enfermeiro administrar a terapêutica prescrita<sup>94</sup>, sendo esta uma intervenção interdependente<sup>95</sup>. O enfermeiro tem o dever de “responsabilizar-se pelas decisões que toma”<sup>96</sup> – portanto, sendo a administração do sangue uma intervenção de enfermagem, é ao enfermeiro que cabe decidir se a realiza ou não. Até porque, se decidir não realizar, por razões de consciência pessoal, poderá dar-se o caso de utilizar a figura da Objecção de Consciência, nos termos do Artigo 92.º do Código Deontológico e do Regulamento do Exercício ao Direito à Objecção de Consciência<sup>97</sup> da Ordem dos Enfermeiros.

Do ponto de vista ético, e dado não ser possível obter consentimento pelo facto de o doente se encontrar inconsciente, o enfermeiro deverá agir tendo em atenção o princípio da beneficência, ou seja, neste caso, colocar a transfusão em curso, uma vez que o tratamento é necessário.

---

<sup>92</sup> **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**. n.º 8.

<sup>93</sup> ARTIGO 156.º, n.º 2. «Código Penal».

<sup>94</sup> ARTIGO 9.º, n.º 4, alínea e). «Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro».

<sup>95</sup> ARTIGO 3.º, n.º 2. «Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro».

<sup>96</sup> ARTIGO 79.º, alínea b). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>97</sup> **Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência**. Ordem dos Enfermeiros. 2000.



## Conclusão

Pela análise exposta, concluímos o que a seguir se expõe.

– Se a D. Manuela entrou consciente no hospital, no uso da sua autonomia, protegida pela deontologia profissional do enfermeiro e pela Lei, só a ela caberá decidir sobre o consentimento para a realização da intervenção cirúrgica e para a eventual transfusão sanguínea. A opinião das suas filhas não deverá ser tida em conta, uma vez que isso seria uma violação grave da liberdade de a própria decidir sobre si.

– Se a D. Manuela chegou inconsciente, o enfermeiro deverá decidir tendo em conta o princípio da beneficência, também acolhido no seu Código Deontológico e na Lei. Neste caso, deveria participar nos cuidados necessários à realização da intervenção cirúrgica e colocar a transfusão sanguínea em curso, se prescrita. Ou seja, na dúvida sobre qual a decisão da D. Manuela, o enfermeiro tem o dever de agir no respeito pela sua vida. A opinião das filhas não deveria ser levada em consideração. Se a senhora entrou inconsciente, não poderemos saber qual a sua vontade naquele momento e naquelas circunstâncias concretas, pelo que, agir no sentido da protecção da vida, seria a decisão adequada.

Autores: Anabela Dias, Isabela Albarran, Luisa Hilário,  
Manuela Nunes e Sérgio Deodato.  
Revisão: Sérgio Deodato Fernandes.

## **Caso 8**

# **Dissentimento livre e esclarecido**

### **Situação**

O Sr. João tem 61 anos de idade e foi admitido num serviço de urgência com quadro de hemorragia digestiva alta activa grave. Tem antecedentes de alcoolismo e vários episódios anteriores de rotura de varizes esofágicas, como complicação de doença hepática crónica. É-lhe proposta a realização de uma endoscopia digestiva alta (EDA) de urgência. Com as suas faculdades mentais e de decisão mantidas, e sem estar alcoolizado, o Sr. João recusa fazer o exame.

Todos os profissionais de saúde têm conhecimento desta decisão.

Entretanto, o Sr. João fica inconsciente, devido à degradação do seu estado clínico. Nessa altura, é decidido transferi-lo para uma unidade de Gastrenterologia de outro hospital, para realizar a EDA, uma vez que no hospital onde se encontrava não se realizava este exame no período nocturno. A equipa de profissionais que iria recebê-lo no serviço de destino é contactada telefonicamente e informada de toda a situação, incluindo da sua recusa em realizar o exame e do seu estado de consciência. É-lhes referido que não existe nenhum documento assinado em como recusa a EDA. A equipa do serviço de gastrenterologia recusa receber o Sr. João.

## Questões emergentes

1 - Devemos respeitar a autonomia desta pessoa e a sua conseqüente capacidade de decisão, expressa na recusa em realizar o exame, ou realizá-lo, tendo em conta que este é considerado fundamental para preservar a sua vida.

### Fundamentação

No âmbito dos cuidados de saúde, o princípio do respeito pelas pessoas significa respeitar a dignidade, os direitos e a autonomia daqueles de quem cuidamos. Analisaremos o caso a partir dos princípios éticos em cuidados de saúde e da perspectiva deontológica.

O princípio da autonomia diz respeito à “liberdade de fazer escolha relativamente ao que afecta a vida de cada um”<sup>98</sup>, ou seja, atribui-se à pessoa o direito de fazer as suas escolhas racionais, livres de qualquer controlo externo. Este princípio adapta-se ao caso do Sr. João, pois o mesmo está consciente e livre para tomar as suas decisões. Nesta perspectiva, cabe também a cada enfermeiro proteger a autonomia daqueles que a perderam, no sentido de a restabelecer, uma vez que no contexto hospitalar este direito pode ser, muitas vezes, colocado em causa.

Do princípio da autonomia derivam os direitos à informação e à confidencialidade. No que respeita à informação, a pessoa, para fazer a sua livre escolha, deve estar correctamente informada de todos os dados que englobam a sua situação clínica, o seu prognóstico, as suas implicações e terapêuticas alternativas, incluindo exames complementares de diagnóstico. A pessoa, tendo em seu poder o conhecimento de todos os factos, decide sobre o que quer para si, baseando-se nas suas crenças e valores pessoais. Em relação ao caso, dada a gravidade da situação e a necessidade imperiosa da realização do exame, foi dada ao Sr. João toda a informação, no sentido de ser realizada a endoscopia, pelo que consideramos a sua recusa como uma escolha consciente.

Não podemos deixar de ter presente o direito à confidencialidade. Qualquer escolha que a pessoa faça em relação à realização do exame é confidencial, ficando só entre si e a equipa de saúde. A respectiva família pode, por exemplo, e se for essa a sua vontade, não ser informada. Consideramos que, neste caso concreto, a confidencialidade foi mantida, pois, apesar de ter sido contactada

---

<sup>98</sup> BURKARDT; NATHANIEL (2001) p. 41.

uma equipa de outro hospital, tomando esta conhecimento de todas as informações relativos ao Sr. João, tal limitou-se ao estritamente necessário, de forma a dar continuidade aos cuidados de saúde. E partiu do pressuposto de que esta equipa ia ser implicada no plano terapêutico.

Ao reflectirmos no caso presente, o facto de o Sr. João ser portador de antecedentes alcoólicos, pode questionar-se a autonomia, pelo que os profissionais de saúde devem certificar-se de que a decisão tomada por ele foi feita conscientemente e sem influência de álcool.

A análise do princípio da beneficência impele o profissional de saúde a procurar atender a pessoa da melhor maneira e fazer tudo ao seu alcance, tendo em vista a melhoria do seu estado, da forma que considere mais adequada. Ou seja, subjaz o conceito de fazer o bem que é condição “*sine qua non* da profissão de Enfermagem”<sup>99</sup>. Noutra perspectiva, podemos considerar que beneficência “presupõe o equilíbrio dos incómodos e dos benefícios, conduzindo a resultados positivos ou benefícios”<sup>100</sup>. De acordo com este princípio, a equipa de saúde, quando decidiu transferi-lo para outra unidade, terá adoptado uma atitude paternalista, ou seja, procurou o melhor, ou bem, para o Sr. João. Todavia, estavam a decidir em sentido contrário ao que o Sr. João queria para si, quando estava consciente, colocando em causa o princípio da autonomia.

O terceiro princípio que abordamos é o da não-maleficência, segundo o qual “a prevenção e a remoção de situações prejudiciais é, para a enfermeira, um dever *prima facie*”<sup>101</sup>, ou seja, é a “obrigação que se deve cumprir, a menos que ela entre em conflito, numa situação particular, com um outro dever de igual ou maior porte”<sup>102</sup>.

A não-maleficência, por pretender “primeiro não causar dano”, “serve de guia para a prática dos profissionais de cuidados de saúde”<sup>103</sup> e refere-se a “males não morais e sobretudo a males corporais”<sup>104</sup>. Este princípio pode ligar-se ao *de duplo efeito*, segundo o qual é possível realizar acções das quais resultem dois efeitos: um bom desejado e outro mau que é tolerado. Neste caso concreto, se o Sr. João realizasse a EDA, o efeito bom poderia ser o diagnóstico exacto da sua situação e a resolução do problema de saúde, e o efeito tolerado ou mau, poderia ser, por

---

<sup>99</sup>THELAN [et al.] (1996) 22.

<sup>100</sup> Davis e Aroskar, citado por THELAN [et al.] (1996) 22.

<sup>101</sup> Davis e Aroskar, citado por THELAN [et al.] (1996) 22.

<sup>102</sup> <http://www.bioetica.ufrgs.br/primafd.htm>.

<sup>103</sup> Krekeler, citado por THELAN [et al.] (1996) 22.

<sup>104</sup> QUEIRÓS (2001) 58.

exemplo, o traumatismo causado pela entubação, que deveria assim ser reduzido ao máximo possível.

O princípio da justiça diz respeito à igualdade dos direitos para todas as pessoas. Respeitá-lo é um dever universal. Todavia, justiça significa também afastar-se da igualdade de tratamento sempre que as situações concretas das pessoas em causa sejam diferentes. Daqui surge o conceito de que os cuidados de saúde devem ser distribuídos de forma equitativa, ou seja, tendo em conta as reais necessidades de cada um.

Em termos deontológicos, o Código define o comportamento que a comunidade espera dos enfermeiros, tendo sempre como referência o cuidado que é devido a cada cidadão, no respeito pelos seus direitos e pelas suas necessidades. Perante a situação em análise, devemos ter em consideração que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana”<sup>105</sup>. Também “o enfermeiro no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos (...) e assume o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação (...) e abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”<sup>106</sup>, pelo que há que colocar o Sr. João em primeiro lugar e actuar de forma a respeitar o seu interesse e a sua vontade e ainda abster-se de ajuizar e de impor critérios que são os nossos e não os dele.

O enfermeiro faz parte da equipa de saúde que presta cuidados ao Sr. João, assumindo o dever de: “actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões (...), trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais (...), integrar a equipa de saúde (...) com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões (...)”<sup>107</sup>. Não podemos esquecer que esta pessoa necessita de cuidados, quer médicos quer de enfermagem, mas não é “propriedade” de nenhum dos profissionais. Tem direitos que devem ser respeitados, como o direito de recusar efectuar o exame e o possível tratamento proposto.

A pessoa tem mesmo o direito a rejeitar ou aceitar determinado procedimento, não devendo ser penalizada pela sua decisão. E, de acordo com o Código, o enfermeiro deve “respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado”<sup>108</sup>.

---

<sup>105</sup> ARTIGO 78.º, n.º 1. «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>106</sup> ARTIGO 81.º. «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>107</sup> ARTIGO 91.º. «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>108</sup> ARTIGO 84.º, alínea b). «Código Deontológico do Enfermeiro».

Da decisão de realizar o exame contra a vontade do Sr. João podem resultar conflitos nas relações interprofissionais, que necessitam de reflexão crítica e de questionar se as opções tomadas são as que beneficiam a pessoa assistida.

Deste modo, se o enfermeiro não estivesse de acordo com a decisão de pretender realizar a EDA, contrariando a vontade do doente, podia invocar objecção de consciência a cuidados inerentes a essa situação, conforme previsto no Artigo 92.º do CD, desde que procedessem de acordo com o Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência da Ordem dos Enfermeiros.

No plano jurídico, a pessoa, enquanto cidadão, tem consagrado um conjunto de direitos, em Convenções Internacionais, na Constituição da República Portuguesa e em diversas leis. Na situação particular de doença, a pessoa tem também consagrados direitos específicos em diversos diplomas legais.

A Convenção para os Direitos do Homem e da Biomedicina e a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia prevêm claramente o consentimento livre e o esclarecido para a prática de cuidados de saúde. Em Portugal, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes<sup>109</sup> consagra também o consentimento como um direito basilar na relação da pessoa doente com os serviços de saúde. No caso em análise, o Sr. João fez valer o seu direito, ao expressar a sua vontade de não querer realizar o exame. Assim, se o realizassem estariam a cometer uma ofensa ilícita à sua vontade, violando a sua autonomia.

A equipa do serviço de gastroenterologia de destino, sabendo da vontade expressa do doente, enquanto detentor de todas as suas capacidades, de não realizar o exame, agiu no sentido de respeitar a sua vontade.

## Conclusão

Considerando que a tomada do Sr. João é válida, por se encontrar com capacidade e competência para tomar decisões, todos os esforços têm de ser feitos no sentido de respeitar a sua vontade expressa, o seu dissentimento livre e esclarecido.

Autores: Cláudia Conceição, João Simões, Olga Possidónio,  
Ondina Santos, Sérgio Palmeirinha.  
Revisão: Sérgio Deodato Fernandes.

---

<sup>109</sup> Ministério da Saúde, 1998.



## **Caso 9**

### **“Quero ver o meu bebê...”**

#### **Situação**

A D. Isabel, nome que atribuímos a uma jovem de 26 anos de idade, desenvolveu uma patologia do foro neurológico, três meses após o parto do único filho, obrigando a internamento para estudo, num serviço de neurologia, durante algumas semanas. Nesse período, teve um agravamento progressivo do estado de saúde, surgindo insuficiência respiratória, e foi transferida para uma unidade de cuidados intensivos para ser submetida a ventilação mecânica.

Aquando da admissão na UCI, apresentava tetraplegia e dificuldade respiratória. Foi conectada a prótese ventilatória, situação que se tornou uma barreira à comunicação verbal, mantida até esse momento. Numa primeira fase, os exames apresentavam resultados negativos – exames mais específicos confirmaram tratar-se de uma doença neurológica grave e rara, incurável, que inevitavelmente a levaria à morte. Nesta altura, foi comunicada esta informação ao marido e aos pais da utente.

Um dia, durante a prestação de cuidados de higiene e conforto, a Isabel apresentou um fâcies e um olhar angustiados. Houve repercussão hemodinâmica traduzida por taquicardia, hipertensão arterial e desadaptação do ventilador. Os enfermeiros de serviço tentaram perceber a causa da sua agitação, utilizando o código de comunicação habitual, previamente combinado com a utente: se quisesse dizer **não**, a Isabel fechava os olhos; se quisesse dizer **sim**, mantinha os olhos abertos. Os -



enfermeiros foram perguntando (Quer mudar de posição? – Quer água? – Quer saber algum aspecto sobre a sua doença? – Tem frio?), sem conseguirem perceber a razão da sua agitação e ansiedade, nem entender exactamente o que ela queria. Isabel começou a chorar como, até então, nunca tinha feito, o que os deixou angustiados e preocupados... Falaram com calma, respeitaram a sua dificuldade, foram explicando que não desistiriam até perceberem o que ela queria dizer – facto que a ajudou a acalmar.

Depois, foram perguntando sobre tudo o que se lembravam, até que perguntaram se era algo relacionado com a sua família e ela...deixou os olhos abertos. Fizeram mais perguntas e finalmente perceberam o que ela queria... estava a pedir para ver o seu bebé, no momento com seis meses de idade. Já não o via desde que tinha dado entrada no hospital, há três meses.

Os enfermeiros disseram imediatamente que não havia problema, e decidiram que levariam a cama para o corredor com o ventilador no carro portátil, de maneira a que o bebé não tivesse de entrar dentro da unidade. Surgiu um grande empenho e unanimidade na equipa de enfermagem para concretizarem o seu pedido. Prometeram à utente que, assim que fosse a hora da visita, conversariam com os seus familiares para combinar tudo. Assim foi... Isabel ficou calma e todos os parâmetros hemodinâmicos estabilizaram.

Na hora da visita, veio o seu marido. Colocada a questão, recusou e manteve-se irredutível: não queria trazer o bebé. Surpresos com a resposta, os enfermeiros argumentaram e a Isabel manifestou-se com alteração de sinais vitais, mostrando-se agitada, ao ouvir a resposta do marido.

Falaram com a chefia e, nos dias seguintes, nas horas das visitas, tentaram que o marido mudasse de opinião e ele manteve a sua posição. Foram cerca de dez dias neste processo.

A Isabel desistiu de lhe pedir a ele – e pediu então à mãe (avó do bebé), que aceitou ao pedido, na quarta-feira à noite. Ficou combinado que traria o bebé no sábado, na hora da visita, das 13 às 14 horas. Na quinta-feira, a doente apresentou hipertermia e sexta confirmou-se sépsis. Foi sedada e curarizada para ser possível ventilá-la eficazmente. No sábado, às 13 h 10 m, a doente faleceu, e nunca chegou a ver o filho.

### **Questões emergentes**

- 1 – A D. Isabel tem direito a ver o bebé, estando internada no serviço?
- 2 – Face à atitude negativa reiterada do pai da criança, logo no primeiro dia, poder-se-ia ter agido de outras formas? O que fazer quando o pai, detentor do

poder paternal, recusa que a mãe veja o filho, tendo conhecimento prévio de que a sua esposa irá falecer, portanto, sabendo que se trata de um último pedido?

## Fundamentação

Os enfermeiros confrontaram-se com um dilema ético-jurídico, já que “as situações éticas surgem quando a decisão moral de uma pessoa entra em conflito com a decisão moral de outra”<sup>110</sup>, afirma Krekeler e as situações jurídicas respeitam ao exercício de direitos e cumprimento de deveres.

Neste caso, temos, por um lado, a senhora privada de si fisicamente (devido à doença do foro neurológico), privada do seu filho, da sua família, do seu lar, privada de defender os seus direitos. Pede a terceiros – aos enfermeiros – para a ajudarem a ver o filho. Por outro lado, temos o pai, que também tem direitos sobre a criança, que impede a concretização do desejo e direito da sua mulher, mãe do bebé.

A equipa de profissionais da UCI, mais particularmente a equipa de enfermagem, desconhecia o que mais podia e devia fazer, desenvolvendo a iniciativa de participar a informação e o problema à chefia e tentar sensibilizar o marido da utente para concretizar o pedido desta. O processo foi demorado e infrutífero – no relato, os profissionais descrevem ter vivido sentimentos de frustração e culpabilização por não terem conseguido ser eficazes na resolução do problema, isto é, por não terem satisfeito um último pedido de uma utente, para ela tão importante.

Na Constituição da República Portuguesa está escrito, no que se refere à família, ao casamento e à filiação, que “os cônjuges têm iguais direitos e deveres, quanto à capacidade civil e política e à manutenção e educação dos filhos”<sup>111</sup>.

Também referente ao exercício do poder paternal, afirma-se no Código Civil que “Na constância do matrimónio, o exercício do poder paternal pertence a ambos os pais”<sup>112</sup> e prevê-se, face ao impedimento de um dos pais exercer o poder paternal, que “quando um dos pais não puder exercer o poder paternal por ausência, incapacidade ou outro impedimento, caberá esse exercício unicamente ao outro progenitor”<sup>113</sup>.

---

<sup>110</sup> Citado por THELAN (1996) 33.

<sup>111</sup> ARTIGO 36.º, n.º 3. «Constituição da República Portuguesa».

<sup>112</sup> ARTIGO 1901.º, n.º 1. «Código Civil».

<sup>113</sup> ARTIGO 1903.º. «Código Civil».

De facto, foi a isto que assistimos neste caso. A mãe do bebé estava impedida de exercer as suas responsabilidades parentais por situação de doença grave pelo que o pai assumiu o poder paternal. Até aqui, poder-se-ia entender que está tudo previsto na lei.

Mas era o pai o único detentor do poder paternal? A inibição da mãe para o exercício do poder paternal não estava titulada por sentença judicial. Tratava-se, portanto, de uma impossibilidade de facto. Por outro lado, mesmo considerando esta impossibilidade, ela não perdeu o direito de ver o seu filho. Portanto, agindo daquela maneira, o marido está a exceder os limites do exercício do seu direito ao poder paternal e a violar um direito da esposa, pelo que é legítimo pedir ao tribunal que assegure a tutela deste direito da D. Isabel.

Os enfermeiros perceberam o problema de Isabel, comunicaram ao familiar de referência (cônjuge) e confrontou-se com a recusa do familiar em aceder ao pedido. De acordo com o Artigo 81.º do Código Deontológico, abstiveram-se de fazer juízos de valor.

Comunicaram a situação ao superior hierárquico – Chefe de Enfermagem – que, por sua vez, comunicou ao Director Clínico do Serviço. Perante o facto de não se ter obtido mais nenhuma resposta, foram conversando com o esposo de Isabel, mostrando-se disponíveis para o ouvir, tentando compreender a causa desta recusa (que nunca foi referida). Procuraram apoiar o familiar, insistindo para que o senhor percebesse que a esposa tinha direito a ver o filho.

Poder-se-ia pensar que o pai da criança estivesse a viver sentimentos de negação relativos ao prognóstico da doença da esposa, porque não é apenas o doente que passa por diversas fases do seu processo de doença. Segundo Sorensen & Luckmann, muitas pessoas passam por um período de choque quando conhecem os diagnósticos ou prognósticos, particularmente se estes forem graves. “Os indivíduos em estado de choque são frequentemente incapazes de pensar de forma clara ou de agir racionalmente. O comportamento que assumem pode não fazer sentido nem para eles próprios nem para os outros. Agem automaticamente ou de forma inapropriada”<sup>114</sup>. Enquanto profissionais de saúde, compreende-se que tanto utentes quanto familiares respondam de diferentes maneiras ao impacte da doença nas suas vidas. Mas não pode, por isso, deixar de se defender os direitos de quem não tem oportunidade ou capacidade de o fazer por si.

---

<sup>114</sup> SORENSEN & LUCKMANN (1998) 456.

Nestas situações, tem de existir o envolvimento de uma equipa interdisciplinar que tenha competência para a tomada de decisão.

Reportando-nos ao Código Deontológico, “o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”<sup>115</sup>.

Por isso, além de exercer, junto dos superiores hierárquicos, uma mais forte e mais contínua pressão com os instrumentos de que dispomos – Regulamento do Exercício Profissional, Código Deontológico do Enfermeiro, a Carta de Direitos e Deveres dos Utentes, Declaração dos Direitos da Criança e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Poderia ser um caso colocado à Comissão de Ética do hospital ou de pedido de parecer jurídico institucional.

Há que recordar os direitos da criança, que prevalecem, de acordo com a própria Convenção dos Direitos da Criança. No extremo, pode ser denunciado ou pode ser feita queixa judicial (ao Estado), através do Ministério Público e do Tribunal de Menores, que têm autoridade para poder intervir no interesse da criança, uma vez que esta não tinha idade para manifestar a sua opinião, e o responsável parental tomou uma decisão que colidiu com os direitos do outro cônjuge.

Dada a impossibilidade de espera, seria equacionável uma forma célere, como é o caso de uma providência cautelar<sup>116</sup> que, antes de todos os contraditórios de que é feito um processo judicial, desse à Isabel a possibilidade de ver o seu bebé e só depois discutir se essa era a solução adequada. A morte aniquilou a possibilidade de uma das duas soluções, efectivando a vontade do mais forte, neste caso o marido.

Podia dar-se o caso de também o tribunal decidir pela não presença da criança na U.C.I. ou ainda o processo ser demasiado demorado, mas pelo menos ter-se-iam explorado todas as possibilidades de tanto a mãe como a criança poderem estar juntas uma última vez.

---

<sup>115</sup> ARTIGO 81.º, alínea f). «Código Deontológico do Enfermeiro».

<sup>116</sup> “Providência cautelar” é uma forma de processo judicial, que permite uma actuação rápida, mesmo antes de obtida a sentença judicial.

## **Conclusão**

Face ao exposto, concluímos que:

- a D. Isabel tem direito a ver o bebé,
- face à atitude negativa reiterada do pai da criança, logo no primeiro dia, poder-se-ia ter agido de outras formas, nomeadamente pedindo parecer da Comissão de Ética e dos juristas do hospital, no sentido de accionar os meios que permitissem assegurar o direito da mãe em ver o seu filho.

Autora: Fernanda Paula Leal.

Revisão: Lucília Nunes.

# Caso 10

## Final Feliz

### Situação

“Uma parturiente, de 24 anos, deu entrada numa maternidade em trabalho de parto, onde permaneceu cerca de 18 horas. A dilatação não progredia. Foi feita a monitorização cardíaca fetal que registou ritmo irregular e frequência de 65 batimentos por minuto, sem qualquer melhora com o uso de medidas conservadoras. A apresentação é vértex com 3 cm de dilatação cervical. O seu médico assistente explica-lhe que será necessário realizar uma cesariana, atendendo ao sofrimento fetal. A senhora recusa a proposta dizendo que cesariana não.”<sup>117</sup>

Quando a parturiente entra, é-lhe explicado que irá para a sala de dilatação, que irá ser ligada a um aparelho, o cardiotocógrafo, que permitirá, através da análise do seu registo, ir avaliando o bem-estar fetal, através da resposta dos batimentos cardíacos às contracções uterinas. É-lhe também explicado que serão feitas avaliações materno-fetais através de toque vaginal para verificação da dilatação e do tipo de colo, da apresentação fetal, características do líquido amniótico,

---

<sup>117</sup> Esta situação encontra-se descrita em NEVES, M. C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – **Para uma Ética de Enfermagem. Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. p. 441.

Após a descrição (aqui transcrita), são levantadas duas perguntas, sem outro comentário – “Terá a Sr.ª B o direito de recusar a cesariana no exercício da sua autonomia? Os direitos do feto não se sobreporão à decisão materna?”.

entre outras. Também lhe é explicado que se houver suspeita de sofrimento fetal ou de alguma incompatibilidade, poderá ser necessário optar por cesariana. A parturiente foi informada de que poderá solicitar todos os esclarecimentos que julgar necessários.

Ao fim de 18 horas, a parturiente apresenta apenas três centímetros de dilatação e o feto dá sinais de sofrimento fetal (bradicardia de 65 b/m, ritmo irregular sem melhoria após medidas conservadoras). É decidida a cesariana. A parturiente é informada, mas recusa.

### **Questões emergentes**

Estamos face a uma parturiente que, após ter sido detectado sofrimento fetal, sem melhoria após várias tentativas conservadoras, se recusa a fazer cesariana, apesar da vida do feto estar em risco.

1 – A parturiente pode recusar fazer uma cesariana quando o seu feto se encontra em sofrimento? A parturiente terá sido devidamente informada e esclarecida?

2 – Os direitos do feto não se sobrepõem à decisão materna?

### **Fundamentação**

É suposto que, de acordo com as rotinas existentes, à chegada à maternidade em início de trabalho de parto, a parturiente seja atendida por um enfermeiro ou médico, sejam verificadas as análises e as ecografias realizadas durante a gravidez e, seguidamente, após informação do médico ou do enfermeiro é proposto à parturiente ler e assinar a Declaração do Consentimento Informado.

O caso não descreve se tal aconteceu ou não.

Portanto, reforçemos que tanto o enfermeiro como o médico têm a responsabilidade de informar a parturiente, desde o início, no respeito pela dignidade do ser humano – o consentimento é entendido como concordância ou discordância em relação a actos que possam ser praticados na pessoa. Considera-se livre e esclarecido quando foi validada a compreensão da informação veiculada e a pessoa livremente, voluntariamente e sem coacção, consente no que lhe é proposto.

O médico e o enfermeiro devem informar e comunicar à parturiente de uma forma clara, eficaz e concisa, quais os benefícios, os riscos, os efeitos secundários, as vantagens e as desvantagens de todas as intervenções.

No entanto, a parturiente pode não querer ser informada, dar o seu consentimento e este pode com toda a legitimidade ser aceite.

Na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e, posteriormente, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, é referido que a pessoa tem o direito a dar ou a recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto dos profissionais de saúde, ou da participação em investigação ou ensaio clínico. Pode aceitar, recusar ou mesmo alterar a sua decisão, sempre de livre vontade.

Assim se compreende que a pessoa tenha de ser competente para escolher, receber e compreender a informação, não ser influenciado e decidir autorizar (ou não) na proposta terapêutica ou de cuidados. Segundo Osswald (2004:58), “é necessário encontrar uma solução que seja eticamente aceitável e que não ofenda os costumes, que seja válida legalmente, de forma a defender os médicos e outros profissionais de saúde de acusações de negligência, de lesões corporais e até de homicídio voluntário”, que refere ainda que “não deve ser atribuído papel decisório exclusivo a nenhum dos intervenientes no processo, com obvia exclusão de situações de emergência, em que a decisão não se compadece com demoras e terá de caber ao médico”. Reafirme-se que, ainda que com o consentimento assinado, a pessoa pode revogar o consentimento dado.

É dever do enfermeiro, de acordo com o Artigo 84.º, alíneas a) e b), do seu Código Deontológico e no respeito pelo direito à autodeterminação, “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” e ainda de “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicitação feita pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”. Tem o dever de informar sobre o tipo de cuidados que vai prestar, a sua finalidade e as suas consequências, as suas vantagens e desvantagens. Por outro lado, tem uma proximidade privilegiada para esclarecer qualquer dúvida ou dificuldade na compreensão da informação transmitida pelo médico ou outro profissional de saúde e de alertar estes para a necessidade de melhor esclarecimento, neste caso da parturiente.

A questão que se coloca, a seguir, é se a parturiente pode recusar fazer uma cesariana quando o seu feto se encontra em sofrimento.

Neste caso, encontramos-nos perante um dilema ético e a resolução não é fácil, porque as dificuldades na escolha da alternativa requerem tipos de acção que sejam aceitáveis e que o sejam no seio da equipa de saúde, visto que o enfermeiro, enquanto membro desta e de acordo com o Artigo 91.º do Código Deontológico, tem o dever de trabalhar em articulação e complementaridade com os



restantes profissionais de saúde, reconhecendo a especificidade de cada profissão, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um, actuando responsabilmente na sua área de competência, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões.

A parturiente pode recusar fazer a cesariana, apesar de estar a colocar em risco a vida do seu filho e a dela própria. O que fazer perante a recusa?

Clarificar e validar a informação dada, no sentido de se assegurar que os riscos foram efectivamente entendidos, e, perante a recusa, devem ser novamente explicados todos os procedimentos, perguntado se tem alguma dúvida, se precisa de ser esclarecida nalgum ponto. Perante nova recusa, a parturiente e a equipa de saúde devem assinar a declaração de recusa para qualquer acto médico, cirúrgico ou anestésico.

Pergunta-se: e o companheiro da parturiente, pai do feto, pode autorizar a cesariana? Não, porque a parturiente está plenamente consciente dos seus actos.

E os direitos do feto, não se sobrepõem à decisão materna?

O enfermeiro, no cumprimento do Código Deontológico e das leis vigentes, tem o dever de proteger e defender a vida humana<sup>118</sup>, em qualquer circunstância, sem distinção da sua natureza intra ou extra-uterina.

Como respeitar os diferentes interesses e os valores em jogo?

Não temos de ver apenas a perspectiva da parturiente e o seu direito à autodeterminação. Se, por um lado, está o direito da parturiente de dispor livremente do seu corpo, por outro, está o direito do feto à vida e a ser reconhecido como um novo ser humano.

De acordo com o Artigo 66.º do Código Civil, o feto só adquire personalidade jurídica no momento do nascimento completo e com vida, só a partir daí é titular de direitos e obrigações. No entanto, ouvido o Procurador-Geral do Tribunal de Família e Menores, este é de opinião que, perante este caso, quem quer que o ajuíze será de opinião que o feto é uma pessoa, que é um ser humano desde o início do trabalho de parto e que, como pessoa que é, tem direito à vida.

A este propósito, cite-se que “a personalidade jurídica, isto é, o reconhecimento pelo Direito de que determinada realidade é susceptível de ser titular de direitos e estar adstrita a obrigações, traduzindo o cerne do tratamento do ser humano como pessoa e não como coisa – isto no que respeita às pessoas físicas, sem levar em consideração as pessoas colectivas –, levaria, numa primeira

---

<sup>118</sup> ARTIGO 82.º, alínea a). «Código Deontológico do Enfermeiro».

observação, a pensar que o Direito só tutelaria o ser humano após o seu nascimento. É que, cumpre referir, entende-se, segundo o disposto no Artigo 66.º, n.º 1, do Código Civil, que a personalidade jurídica do ser humano se adquire “no momento do nascimento completo e com vida”. Nada existe, porém, de mais falso: o Direito não faz depender a tutela do ser humano da aquisição de personalidade jurídica.<sup>119</sup> Ou seja, não é a personalidade jurídica que justifica o tratamento dado pelo Direito ao ser humano, antes é a circunstância desse ser ter natureza humana que justifica que o direito lhe reconheça personalidade jurídica.

A personalidade jurídica é uma consequência e não uma causa da intervenção do Direito na tutela do ser humano – o valor primário, superior e causal é o ser humano, garantindo-se a inviolabilidade da sua vida e o respeito pela sua dignidade.

Ora, voltando à recusa, lembremos que o Artigo 157.º Código Penal afirma que “Para o efeito do disposto no número anterior, o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar o conhecimento de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica”. Por via de regra, não existe um dever de tratar quem recusa pelo que, por mais irracional e prejudicial que se revele a recusa, tem de ser respeitada – ainda que a pessoa recuse a continuação do tratamento necessário ou se não se quer submeter à intervenção que o pode curar, não há qualquer hipótese de legitimação de uma cura coactiva.

Caso diferente é este, da parturiente.

Perante a recusa da parturiente em efectuar a cesariana, o médico pode decidir efectuar esta ao abrigo do Artigo 150.º do Código Penal, que refere “as intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por uma pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença ou sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física”.

Assim, o médico decisor deve nomear outro médico ou enfermeiro, para entrar em contacto com o Tribunal e o Procurador de turno com toda a certeza

---

<sup>119</sup> OTERO, Paulo – **Personalidade e Identidade Pessoal e Genética do Ser Humano**.

que ordenará avançar para a cesariana o mais rápido possível. Face a uma recusa, deverá tentar tornar-se essa recusa contactando o juiz do Tribunal de Família e Menores, e solicitando o suprimento judicial do consentimento em falta. Se o médico não o fizer e daí resulte grave dano para o feto ou para a mãe, poderá ser considerado negligência médica.

Apesar da decisão do Tribunal se sobrepor à da mãe, esta não perde o poder paternal.

### **Conclusão**

A parturiente pode recusar fazer uma cesariana quando o seu feto se encontra em sofrimento, não obstante ter sido devidamente informada e esclarecida. Se mantiver a recusa, a situação pode ser colocada ao Tribunal e solicitado o suprimento do consentimento em falta.

Autor: Fernando Manuel de Oliveira Carreira.

Revisão: Manuela Amaral.

**Código Deontológico  
do Enfermeiro**

Bibliografia e  
documentação de suporte

---



## Bibliografia

- ABIVEN, Maurice – **Para uma Morte Mais Humana**. Loures: Lusociência, 2001.
- ARCHER, Luís – Bioética: avassaladora, porquê?. «Brotéria». 142 (1996) 449-472.
- Alguns problemas de Bioética em saúde. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 8 (Dez. 1994).
- ARCHER, Luis; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter; RENAUD, Michel (coord.) – **Novos Desafios à Bioética**. Porto: Porto Editora, 2001.
- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter (eds.) – **Bioética**. Lisboa: Verbo, 1996.
- ASCENSÃO, J.O – **Teoria Geral do Direito Civil**. Vol. I. Lisboa: FDL, 1995.
- A vida para as crianças com Sida. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 4 (Dez. 1991).
- AYDELOTTE, M. – The evolving profession: the role of the professional organization. In: CHASKA, Norma (org.) – «The Nursing Profession Turning Points». S. Francisco: The CV Mosby Company, 1990.
- BANDMAN, Elsie L.; BANDMAN, Bertram – **Nursing Ethics through Life Span**. 3.<sup>a</sup> ed. Prentice Hall International, 1995.
- BARRETO, Irineu Cabral – **A Convenção Europeia dos Direitos do Homem**. Lisboa: Editorial Notícias, 1995.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. – **Principles of Biomedical Ethics**. 5.<sup>a</sup> ed. New York: Oxford University Press, 2001.
- BENNER, Patricia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2003.

- BERGER, Louise; MAILLOUX, Daniele – **Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global**. Lisboa: Lusodidacta, 1998.
- BISCAIA, Jorge (coord.) – **Bem da Pessoa e Bem Comum. Um desafio à Bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1998.
- BOYLE, Philip [et al.] – **Organizational Ethics in Health Care: Principles, Cases and Practical Solutions**. Jossey-Bass Health, 2001.
- BRITO, António J. S.; RIJO, J. M. Subtil Lopes – **Estudo Jurídico da Eutanásia em Portugal. Direito sobre a Vida ou Direito de Viver?**. Coimbra: Almeida, 2000.
- BROWNE, Annette – A conceptual clarification of respect. «Journal of Advanced Nursing». Oxford. (1993) 211-217.
- BURKHARDT, Margaret; NATHANIEL, Alvita – **Ethics & Issues in Contemporary Nursing**. 2.ª ed. New York: Delmar Thomson Learning, 2001.
- CABRAL, F. Sarsfield – **Ética na Sociedade Plural**. Coimbra: Tenacitas, 2001.
- Ética da Vida. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 15 (Dez. 1997).
- CAMPS, Victoria – **Paradoxos do Individualismo**. Lisboa: Relógio d'Água, 1996.
- CARVALHO, Francisco Neto – **A Pergunta da Inês. As Raízes do Bem e do Mal**. Lisboa: Príncipia, 1999.
- CASSIRER, Ernst – **Ensaio sobre o Homem**. Lisboa: Guimarães, 1960.
- CATARINO, J. [et al.] – O Respeito como princípio moral básico e principal princípio em Enfermagem. «Nursing». Lisboa. (1996) 21-24.
- CLIN, M. – Le toucher. «Soins Psychiatrie». 97 (1988) 35-43.
- COLLIÉRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: SEP, 1989.
- COLLIÉRE, Marie Françoise – **Cuidar... A Primeira Arte da Vida**. Loures: Lusociência, 2003.
- COMTE-SPONVILLE, André – **Pequeno Tratado das Grandes Virtudes**. Lisboa: Bertrand, 1996.
- CONSELHO Internacional de Organizações de Ciências Médicas (CIOMS) – **Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos**. S. Paulo: Edições Loyola, 2004.
- CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – **Ética da Vida: Concepções e Debates**. «Actas do III Seminário 1995». Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda. (1996).

- CONSELHO Nacional De Ética Para as Ciências Da Vida – A pessoa idosa e a sociedade. Perspectiva ética. «Actas do VI Seminário Nacional». Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. (2001).
- CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – **As Condições do Exercício da Maternidade e da Paternidade na Sociedade Portuguesa.** (36/CNECV/2001).
- CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Aspectos Éticos das Pessoas em Situação de Doença. «Actas do V Seminário Nacional». Coleção Bioética V. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. (2001).
- CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – **Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana.** (26/CNECV/99).
- CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Consentimento Informado. «Actas do I Seminário». Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda. (1992).
- CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Poderes e Limites da genética. «Actas do IV Seminário Nacional». Coleção Bioética IV. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. (1997).
- CONSELHO Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Tempo de Vida – Tempo de Morte. «Actas do VII Seminário Nacional». Coleção Bioética VII. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. (2001).
- COOKFAIR, Joan – **Nursing Care in the Community.** St. Louis: Mosby, 1996.
- COREY, Gerald – **Issues and Ethics in the Helping Professions,** Londres: Wodsworth, 1997.
- COUVREUR, Chantal – **A Qualidade de Vida. Arte para viver no século XXI.** Loures: Lusociência. 2001.
- CURTIN, Leah; FLAHERTY, Josephine – **Nursing Ethics. Theories and Pragmatics.** Maryland: Prentice-Hall, 1982.
- DANIELSON, Carol B – **Families, Health and Illness: Perspectives on Coping and Intervention.** St. Louis: Mosby, 1993.
- DARR, Kurt – **Ethics in Health Services Management.** Praeger, 1987.
- DAVID, Anne Marie – **Ethique et Soins Infirmiers.** Paris: Lamarre, 1997.
- DEVERS, G. – **La Responsabilité Infirmière.** Paris: ESKA, 2000.
- Diagnóstico pré-natal. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética.18 (Nov. 1995).
- Direito e bioética. Cuidados paliativos. Encontro com o outro na diferença. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. (Abr. 1999).



- Direitos individuais e bem comum. Dimensão ética da abordagem do doente terminal. Verdade em saúde. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 5 (Dez. 1993).
- Direitos individuais e bem comum. Verdade em saúde. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 5 (Dez. 1993).
- Do sentido do corpo ao estatuto do embrião e feto. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 14 (Jul. 1997).
- DOSSEY, Barbara [et al.] – **Holistic Nursing: a Handbook for Practice**. 2.<sup>a</sup> ed. Gaithersburg: Editorial Resources, 1995.
- DUHAMEL, Fabie – **Santé et la Famille: une Approche Systématique en Soins Infirmiers**. Montréal : Gaetan Morin 1995.
- DURAND, Guy – **Histoire de l'Éthique Médicale et Infirmière**. Montreal: Presses Universitaires de Montreal, 2001.
- ENGELHERDT JR, H. Tristram – **The Foundations of Bioethics**. New York / Oxford: Oxford University Press, 1986.
- ESPINOSA, Bento de – **Ética**. Lisboa: Relógio d'Água, 1992.
- ETCHEGOYEN, Alain – **A Era dos Responsáveis**. Lisboa: Difel, 1995.
- FOULON, Fabienne [et al.] – Le toucher relationnel: un soin à part entière. «Revue de L'Infirmière». Paris. ISSN 0397-7900. 19 / 20 (1996) 20-25.
- FERRY, Luc; VINCENT, Jean-Didier – **O Que é o Homem? Sobre os Fundamentos da Biologia e da Filosofia**. Porto: Edições ASA, 2003.
- FINNIS, John – **Fundamentals of Ethics**. Oxford: University Press, 1983.
- FOWLER, M. D. M; Levine-Ariff, J. – **Éthique des Soins Infirmières**. Paris: Medsi-MacGraw-Hill, 1989.
- FREITAS, Manuel da Costa – Consciência Moral. In: «Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia». Lisboa / São Paulo: Editorial Verbo. Vol. 1:1135ss (1989).
- FRY, Sarah T. – **L'Éthique dans la Pratique des Soins Infirmiers: Guide pour la Prise de Décisions Conformes à l'Éthique**. Genève: Conseil International des Infirmières. Ed. 1994.
- FRY, Sara T.; VEATCH, Robert M. – **Case Studies in Nursing Ethics**. 2.<sup>a</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers. 2000.
- FRIAS, Cidália – **A Aprendizagem do Cuidar e a Morte**. Loures: Lusociência, 2003.
- GADAMER, Hans-Georg – **O Mistério da Saúde**. Lisboa: Edições 70, 1997.

- GALLAGHER, Ann; MCHALE, Jean – **Nursing and Human Rights**. Filadélfia: Elsevier Science Limited, 2003.
- GAIVISON, Ruth – Privacy and the Limits of Law. «Yale Law Journal». 89 (1980) 421-471.
- GIGER ; DAVIDHIZR – **Transcultural Nursing: Assessment and Intervention**. New York: Mosby, 1985.
- GILLIGAN, Carol – **Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher**. Tradução de Natércia Rocha. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1997.
- GRIFFIN, Anne P. – A philosophical analysis of caring in nursing. «Journal of Advanced Nursing». 8 (1983) 289-295.
- GUISÁN, Esperanza – **Razón y Pasión en Ética: Los Dilemas de la Ética Contemporánea**. Barcelona: Anthropos Editorial del Hombre, 1985.
- HANSON, Shirley May – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**. Loures: Lusociência, 2004.
- HESBEEN, W. – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência, 2000.
- HESBEEN, Walter (Dir.) – **Cuidar neste Mundo. Contribuir para um Universo mais Cuidador**. Loures: Lusociência, 2004.
- HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002.
- HESSEN, Johannes – **Filosofia dos Valores**. trad. e pref. de Cabral Moncada. Coimbra: Arménio Amado Editor, 1946.
- HONORÉ, Bernard – **Cuidar. Persistir em Conjunto na Existência**. Loures: Lusociência, 2004.
- HOTTOIS, Gilbert – **O Paradigma Bioético. Uma Ética para a Tecnociência**. Lisboa: Edições Salamandra, 1992.
- HOTTROIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène – **Dicionário da Bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.
- IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, M. R. – **Metodologia do Planeamento da Saúde**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.
- Institucionalização da Bioética. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 11 (Mar. 1996).
- KÉROUAC, Suzanne [et al.] – **La Pensée Infirmière**. Laval: Edition Études Vivantes, 1994.
- KOERBEL, Kurt – **Notre Responsabilité les uns Envers les Autres. Pour un Code Universel des Devoirs Humains**. Québec: Editions Fides, 2000.

- KOZIER, B. – **Enfermería Fundamental: Conceptos, Procesos y Practica**. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Interamericana, 1989.
- LADORE, Bruno – **L'Éthique Clinique comme Philosophie Contextuelle**. Paris: Fides, 1997.
- LAVIGNE, J.-C. – **Construire une Éthique de la Coopération**. Paris: Chronique Sociale, 2000.
- LE BOTERF, Guy – **Construire les Compétences Individuelles et Collectives**. 2.<sup>a</sup> ed. Paris: Éditions d'Organisation, 2001.
- LE BOTERF, Guy – **Compétence et Navigation Professionnelle**. 3.<sup>a</sup> ed. Paris: Éditions de l'Organisation, 2000.
- LEDDY, Susan; PEPPER, Mae – **Conceptual Bases of Professional Nursing**. 3.<sup>a</sup> ed. New York: Lippincott Company, 1993.
- LEININGER, M. (ed.) – **Ethical and Moral Dimensions of Care**. Detroit: Wayne State University Press. 1990.
- LEININGER, Madeleine – **Culture Care Diversity and Universality: A theory of Nursing**. New York: Madeleine Leininger Editor, 1991.
- LEININGER, Madeleine – **Transcultural Care, Diversity and Universality: a Theory of Nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985.
- LEININGER, Madeleine – **Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices**. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- LEVINAS, Emmanuel – **Ética e Infinito**. Lisboa: Edições 70, s/d.
- LINDAHL, Berit; SANDMAN, Per-Olof – The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another. «Intensive and Critical Care Nursing». 14 (1998) 176-186.
- LIPOVETSKY, Gilles – **O Crepúsculo do Dever: A Ética Indolor dos Novos Tempos Democráticos**. Lisboa: Dom Quixote, 1994.
- LOPES, Armandina; NUNES, Lucília – Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e ética. «Nursing». ed. portuguesa. 90/91 (Jul. / Ago. 1995) 10-13.
- MACINTYRE, Alasdair – **After Virtue. A Study in Moral Theory**. 2.<sup>a</sup> ed. Indiana, Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1984.
- MARINA, José António – **Ética Para Náufragos**. Lisboa: Caminho, 1997.
- MARTINHO DA SILVA, Paula – **Convenção dos Direitos do Homem e da Bio-medicina Anotada**. Lisboa: Edições Cosmos, 1997.
- MARTINS, A. Gentil – Objecção de Consciência. «Revista da Ordem dos Médicos». Editorial. 7 (Jul. 1984) 1-3.

- MARTINS, Lurdes – Beneficência e não-maleficência. In: NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- MELO, Helena P. – Aspectos jurídicos dos direitos do doente. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Gráfica de Coimbra. 5.
- MENDES, Ana – **Humanização: uma Questão de (Bio)Ética?**. Porto, Jul. 2004. Trabalho final de Pós-Graduação em Bioética e Ética de Enfermagem.
- MILLER, D; PRICE, J. H. – **Dimensions of Community Health**. Boston: McGraw-Hill, 1998.
- MONIZ, José Manuel – **A Enfermagem e a Pessoa Idosa: a Prática de Cuidados como Experiência Formativa**. Loures: Lusociência, 2003.
- MORAGA, Manuel – Promouvoir une qualité de vie. «Soins Infirmiers». 5 (1989) 71-75.
- MORAGA, Manuel – Utilizer la force vitale de l'individu. In: «Modelo de Análise da Prática Profissional de Enfermagem». Lisboa: DRH. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1992. p. 61-65.
- NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – **Para uma Ética da Enfermagem. Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- NEVES, M. C. Patrão – **Comissões de Ética. Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana**. 2.<sup>a</sup> ed. rev. e aum. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.
- NOUELLES, Ciciams – Garantia de qualidade no tratamento no cuidado e na assistência. «Servir». 47:1 (1999) 29-34.
- NUNES, Lucília – Enfermagem e cidadania: uma relação a desocultar. «Pensar Enfermagem». (Nov. 2004).
- NUNES, Lucília – Configurando a relação bioética e ética de enfermagem. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». (Abr. 2004).
- NUNES, Lucília – A qualidade na prática da formação inicial e dos cuidados de saúde na perspectiva dos valores. «Livro de Actas do Simpósio: A qualidade na formação e nos cuidados de saúde. Que caminhos?». 30.<sup>o</sup> Aniversário da Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, 2002.
- NUNES, Lucília – A referência ético-deontológica na base da excelência. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». 5 (2002) 23-25.
- NUNES, Lucília – Cinco estrelas: acerca das competências morais no exercício de enfermagem. «Nursing». 171 (Nov. 2002) 8-11.
- NUNES, Lucília – Equacionando: Direitos humanos e necessidades em cuidados. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». 4 (Nov. 2001) 21-25.

- NUNES, Lucília – A propósito do dever de informar e do dever de sigilo. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». 2 (2001) 27-32.
- NUNES, Lucília – O que queremos dizer quando falamos de ética?. «Nursing». ed. portuguesa. 88 (Jun. 1995).
- NUNES, Rui; MELO, Helena Pereira de (coord.) – **A Ética e o Direito no Início da Vida Humana**. Serviço de Bioética e Ética Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Gráfica de Coimbra, 2000.
- NUNES, Rui ; REGO, Guilhermina – **Prioridades na Saúde**. Lisboa: McGraw-Hill, 2002.
- OLIVEIRA, Mafredo A. de (org.) – **Correntes Fundamentais da Ética Contemporânea**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
- OSSWALD, Walter – **Um Fio de Ética: Exercícios e Reflexões**. Coimbra: Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular, 2001.
- OTERO, Paulo – **Personalidade e Identidade Pessoal e Genética do Ser Humano: um Perfil Constitucional da Bioética**. Coimbra: Almedina, 1999.
- PACHECO, Susana – **Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética**. Loures: Lusociência, 2002.
- PARENTE, Paulo – Veracidade e Fidelidade. In: NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- PATRICK, Guyomard – **Le Desir d’Ethique**. Paris : Aubier Montagens. 1998.
- PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. – **For the Patient’s Good. The Restoration of Beneficence in Health Care**. New York / Oxford: Oxford University Press, 1988.
- PÉRIÉ, Catherine – Soigner la dignité de l’homme. «La Revue de L’Infirmière». 5 (1991) 24-26.
- Pessoa – intimidade, respeito, identidade. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 7 (Dez. 1994).
- PETITAT, André – To care: le singulier et le standart. «Pour». Paris: Été. (1992) 1-14.
- PINTO, Vitor Feytor – A Objecção de Consciência. «Servir». 28:6 (Nov. / Dez. 1980) 271-279.
- PINTO, José Rui da Costa – **Questões Actuais de Ética Médica**. Braga: A.O., 1979.
- Qualidade de vida. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 9 (Dez. 1992).

- Qualidade de vida. Qualidade de vida no início da vida. Qualidade de vida em situações-limite. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 4 (Dez. 1992).
- QUEIRÓS, Ana – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. 2001.
- RAWLS, John – **Uma Teoria da Justiça**. Lisboa: Editorial Presença, 1993. p. 285-287, 291-295.
- REDE Europeia Medicina e Direitos do Homem – **A Saúde face aos Direitos do Homem, à Ética e às Morais**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.
- REDMAN, Barbara Klug – **A Prática da Educação para a Saúde**. Loures: Lusociência, 2004.
- REIS, Ana; CAMACHO, Eugénia – Consentimento informado: direito de o doente decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta. «Nursing». Lisboa. 134 (1999) 41-50.
- RENAUD, Maria Isabel – A pessoa humana e o direito à saúde. «Brotéria». 139 (1994) 323-342.
- RENAUD, Maria Isabel – Corpo humano. In: NEVES, M. C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- RENAUD, Maria Isabel – A pessoa humana. «Servir». Lisboa. 4 (1990) 159-165.
- RENAUD, Michel – Dignidade humana. In: NEVES, M. C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios.». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- RENAUD, Michel – A intimidade e a alteridade da pessoa. «Cadernos de Bioética». Coimbra: CEB. 7 (Dez. 1994) 9-36.
- RENAUD, Michel – O encontro com o outro. «Cadernos de Bioética». Coimbra: CEB. 21 (Dez. 1999) 3-19.
- RENAUD, Michel – Os valores num mundo em mutação. «Brotéria. Revista de Cultura». 139 (1994) 299-322.
- RENAUD, Michel – O devir pessoal e a exigência ética. «Cadernos de Bioética». Coimbra: CEB. 1 (1990) 28-41.
- RICOEUR, Paul – Autonomia e Vulnerabilidade. In: GARAPON, Antoine (dir.); SALAS, Denis – «A Justiça e o Mal». Lisboa: Instituto Piaget, 1999.
- RICOEUR, Paul – **O Justo ou a Essência da Justiça**. Lisboa : Instituto Piaget, 1997.
- RICOEUR, Paul – **Soi-même Comme un Autre**. Paris: Du Seil, 1990.

- RULAND, Cornèlia ; MOORE, Shirley – Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. «Nursing Outlook». 46:4 (1998) 169-175.
- SALE, Diana – **Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde. Para Profissionais da Equipa de Saúde.** Lisboa: Principia, 2000.
- SANTOS, Alexandre Laureano – Vida e Morte. In NEVES, M.C. Patrão; PACHECO, Susana (coord.) – «Para uma Ética da Enfermagem. Desafios». Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.
- SAVATER, Fernando – **A Coragem de Escolher.** Lisboa: Publicações D. Quixote, 2004.
- SAVATER, Fernando – **O Meu Dicionário Filosófico.** Lisboa: D. Quixote, 2000.
- SAVATER, Fernando – **O Conteúdo da Felicidade.** Lisboa: Relógio D'Água, 1995.
- SAVATER, Fernando – **Ética Para Um Jovem.** Lisboa: Presença, 1993.
- SEBAG-LANOE, René – **Mourir accompagné.** Desclée de Brouwer. Épi : Orne, 1987.
- SERRÃO, Daniel [et al.] – **Ética em Cuidados de Saúde.** Porto: Porto Editora, 1999.
- SERRÃO, Daniel – A medicina e a ética no século XXI. «Brotéria». 144 (1997).
- SERRÃO, Daniel – O doente terminal. «Geriatrics». 28:3 (1990) 36.
- SILVA, Miguel Oliveira – Objecção de consciência, planeamento familiar e interrupção da gravidez. In: SILVA, J. Ribeiro [et al.] (coord.) – «Contributos para a Bioética em Portugal». Lisboa: Edições Cosmos / Centro de Bioética da Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa. p. 395-406.
- SINDICATO dos Enfermeiros Portugueses – Condições de trabalho e protecção social dos enfermeiros. «Enfermagem em Foco». 36 (Ago. / Out. 1999).
- SHARPE, Charles C. – **Nursing Malpractice: Liability and Risk Management.** Greenwood Press, 1999.
- SILVA, Miguel Oliveira – Objecção de consciência, planeamento familiar e interrupção da gravidez. In: SILVA, J. Ribeiro (coord.) [et al.] – **Contributos para a Bioética em Portugal.** Lisboa: Edições Cosmos / Centro de Bioética da Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa. p. 395-406.
- SIMEÃO, M. J. – Na excelência dos cuidados de enfermagem. «Servir». 41:3 (1993) 114-117.
- SINGER, Peter – **A Companion to Ethics.** London: Blackwell, 1993.
- SNYDER, M. – **Independent Nursing Interventions.** New York: John Widny Edit., 1985.

- Sofrimento e dor. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 10 (Abr. 1995).
- Solicitude e Vulnerabilidade. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 13 (Abr. 1997).
- SORENSEN; LUCKMANN – **Enfermagem Fundamental**. Loures: Lusodidcata, 1998.
- SQUIRE, Anne – **Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas**. Loures. Lusociência, 2004.
- STANHOPE, Márcia [et al.] – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Lisboa: Lusodidacta, 1999.
- STONE, S. [et al.] – **Comprehensive Family and Community Health Nursing**. 3.ª ed. S. Louis, 1991.
- TADD, Win (Editor) – **Ethics in Nursing Education, Research and Management. Perspectives from Europe**. Palgrave Macmillan, 2002.
- TESSIER, S.; ANDREYS, B.; RIBEIRO, M. A. – **Santé Publique et Santé Communautaire**. Paris: Maloine, 1996.
- THOMAS, Louis-Vicent – **Anthropologie de la Mort**. Paris: Éditions Payot, 1975.
- THOMPSON, IAN [et al.] – **Ética em Enfermagem**. 4.ª ed. Loures: Lusociência, 2004.
- Tornar-se Pessoa. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 16 (Dez. 1997).
- Tratar e não tratar. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 19 (Dez. 1998).
- V Seminário – Ética De Enfermagem. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». 15 (Dez. 2004).
- VALA, J. – Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: MONTEIRO, Maria Benedita; VALA, Jorge (Orgs.) – «Psicologia Social». 5.ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.
- VARELA, Francisco J. - **Sobre a Competência Ética**, Lisboa: Edições 70, 1995.
- VEATCH, Robert M. - **Death, Dying and the Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility**. Yale University Press. 1989.
- VEATCH, Robert M. – **The Basics of Bioethics**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 2000.
- VIEIRA, Margarida – Para uma ética da enfermagem. «Servir». ACEPS. 44:6 (Nov. / Dez. 1993) 323-327.



- VIEIRA, Margarida – Ética de Enfermagem: uma questão de santidade ou de justiça. In: «Pensar Enfermagem: Mitos, Tabus e Realidades. Textos do Ciclo de Debates». Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda de Resende, 1995.
- VIEIRA, Margarida – Da deontologia profissional à ética de enfermagem. «Revista (In)Formar». Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. X:33 (Jul. / Dez. 2004) 68-72.
- VIEIRA, Margarida – A responsabilidade disciplinar do enfermeiro. «Revista da Ordem dos Enfermeiros». 3 (Jun. 2001) 14-17.
- VIEIRA, Margarida – Aspectos ético-legais dos cuidados paliativos: qual o papel do enfermeiro. «Dossier Sinais Vitais – Cuidados Paliativos». Coimbra: Sinais Vitais. 4 (2000) 29-39.
- VIEIRA, Margarida – Direito ao cuidado: um compromisso profissional. In: «1.º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor Enfermagem / Melhor Saúde». Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. p. 36-46.
- VIEIRA, Margarida – Cuidar, defendendo a dignidade da pessoa cuidada. «Servir». ACEPS. 43:3 (Mai. / Jun. 1995).
- VIEIRA, Margarida - A formação para o agir moral. «Revista (In)Formar». Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. 2 (Jul. / Set. 1995) 20-23.
- VIEIRA, Margarida – Sobre o Segredo Profissional do Enfermeiro. «SOS Jornal de Enfermagem». (2000) 9.
- WATSON, Jean – **Nursing: Human Science and Human Care – A Theory of Nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.

## Documentação de suporte

**A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe.** Amsterdão: OMS, 1994.

**Carta de Otava para a Promoção da Saúde.** ed. port. Lisboa: DGS, Mai. 1987.

**Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia.** 16 Dez. 2004.

**Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.** Declaração de Lisboa. Associação Médica Mundial, 1991.

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

**Carta dos Direitos do Doente internado,** DGS, 2005.

**Carta Social Europeia.** Conselho da Europa. 18 Out. 1961.

**Carta Ética da Administração Pública.** 2002.

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

CIRCULAR DGS n.º 15/DSPCS de 23 de Março de 1998. Consentimento livre e esclarecido

CIRCULAR Normativa da DGS, relativa às Visitas e Acompanhamento familiar a doentes internados. 28 Jan. 2000.

**Código de Nuremberg.** Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947.

**Constituição da República Portuguesa.**

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

**Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano relativa às Aplicações da Biologia e da Medicina.** Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina. 4 Abr. 1997. Ratificada por Decreto Parlamentar 1/2001. Diário da República n.º 2 – I Série-A. 3 Jan. 2001.

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

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

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

**Convenção dos Direitos da Criança.** Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989.

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

**Declaração de Helsínquia.** Jun. 1964. Vem reafirmar, em matéria de investigação biomédica, em seres humanos, os princípios contidos no Código de Nuremberga de 1947. Adoptada pela 18.º Assembleia Médica Mundial, em Helsínquia, em Junho de 1964.

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

**Declaração de Manila.** 1981. Particularização do consentimento em psiquiatria.

**Declaração de Veneza sobre Doença Terminal.** 1983. Adoptada pela 34.ª Assembleia Médica Mundial em Veneza, em 1983.

**Declaração dos Direitos da Criança.** Assembleia Geral das Nações Unidas, 1959.

**Declaração dos Direitos dos Idosos.** Montreal, 1981.

**Declaração dos Direitos do Deficiente Mental.** ONU, 20 Dez. 1971.

**Declaração Universal dos Direitos do Homem.** 10 Dez. 1948.

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

**Declaração sobre Eutanásia da Associação Mundial de Medicina.** Madrid, 1987.

**Declaração sobre a Eutanásia: Congregação para a Doutrina da Fé.** Vaticano, 1987.

**Declaração sobre o Suicídio Assistido por Médico.** Marbella: Associação Mundial de Medicina, 1992.

DECRETO-LEI n.º 47 344 de 25 de Novembro de 1996. «Código Civil Português». Com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 120/98 de 8 de Maio; Lei n.º 21/98 de 12 de Maio; Lei n.º 47/98 de 10 de Agosto; Decreto-Lei n.º 343/98 de 6 de Novembro; Lei n.º 59/99 de 30 de Junho.

DECRETO-LEI n.º 48/95 de 15 de Março. «Código Penal Português». Com alterações introduzidas pela Lei n.º 65/98, de 2 de Setembro.

DECRETO-LEI n.º 259/2000: regulamenta a Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto, fixando condições de promoção da saúde sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar.

DECRETO-LEI n.º 111/2000 de 4 de Julho: regulamenta a lei que proíbe as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica.

DECRETO-LEI n.º 412/98 de 30 de Dezembro, introduzindo alterações ao Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 Novembro. Carreira de Enfermagem.

DECRETO-LEI n.º 411/98 de 30 de Dezembro, com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 5/2000 de 29 de Janeiro: Regime jurídico da remoção, transporte, inumação, exumação, transladação e cremação de pessoas falecidas.

DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 97/95 de 10 de Maio. Comissões de Ética para a Saúde.

DECRETO-LEI n.º 24/84 de 16 de Janeiro. Estatuto Disciplinar dos Funcionários Públicos.

DECRETO-LEI n.º 48 357 de 27 de Abril de 1968. Estatuto Hospitalar.

DECRETO-LEI n.º 48 051 de 27 de Novembro de 1967. Responsabilidade do Estado.

DECRETO-LEI n.º 40 651 de 21 de Junho de 1956, mantido em vigor por força do Artigo 104 do Estatuto da Ordem dos Médicos, Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho. Código Deontológico da Ordem dos Médicos Portugueses.

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

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

DELEGATION GUIDELINES TO REGISTERED NURSES. College of Registered Nurses of Nova Scotia, 2004.

DIRECTIVA 2000/43/CE do Conselho de 29 de Junho de 2000 (publicada no Jornal Oficial n.º L 180/22, de 19 de Julho de 2000): aplica o princípio da igualdade de tratamento entre as pessoas, sem distinção de origem racial ou étnica.

LEI n.º 46/04 de 16 de Agosto. Criação do Conselho de Ética para a Investigação Clínica.

LEI n.º 12/2001 de 29 de Maio. Contracepção de emergência.

LEI n.º 141/99 de 28 de Agosto. Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte.

LEI n.º 134/99 de 28 de Agosto. Proíbe as discriminações no exercício de quaisquer direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica.

LEI n.º 138/99 de 28 de Agosto. Altera a Lei n.º 7/92.

LEI n.º 120/99 de 11 de Agosto. Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva.

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

LEI n.º 36/98 de 24 de Julho. Lei de Saúde Mental. Regula o internamento compulsivo.

LEI n.º 109/97 de 16 de Setembro. Acompanhamento familiar de deficientes hospitalizados.

LEI n.º 90/97 de 30 de Julho. Altera os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.

LEI n.º 12/93 de 22 de Abril. Colheita e transplante de órgãos e tecidos de natureza humana.

LEI n.º 7/92 de 12 de Março. Regula a objecção de consciência (perante o serviço militar).

LEI n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde.

LEI n.º 14/90 de 9 de Junho. Cria o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

LEI n.º 6/84 de 11 de Maio. Exclusão da ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez.

LEI n.º 3/84 de 24 de Março. Educação sexual e planeamento familiar.

ORDEM dos Enfermeiros – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: OE, 2003.

ORDEM dos Enfermeiros – **Padrões de Qualidade dos Cuidados**. Lisboa: OE, 2003.

ORDEM dos Enfermeiros – **Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência**. 18 Mar. 2000.

**The Five Rights of Delegation**. National Council of State Boards of Nursing, 1997.

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

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

**Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos**. Assembleia Geral das Nações Unidas. 16 Dez. 1996.

PARECER 45/CNECV/2005 sobre o Estado Vegetativo Persistente.

PARECER 44/CNECV/2004 sobre a Procriação Medicamente Assistida.

PARECER 36/CNECV/2001. As condições do exercício da maternidade e da paternidade na sociedade portuguesa.

PARECER 35/CNECV/2001. Laqueação de Trompas em Menores com Deficiência Mental Profunda.

PARECER 32/CNECV/2000. Sigilo Médico.

PARECER 26/CNECV/99. Reflexão Ética Sobre a Dignidade Humana.

PARECER 21/CNECV/97. Implicações Éticas da Clonagem.

PARECER 10/CNECV/95. Critérios de Morte.

PARECER 11/CNECV/95. Aspectos Éticos dos Cuidados de Saúde Relacionados com o Final da Vida.

PARECER 14/CNECV/95. Questões Éticas na Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde.

PARECER 15/CNECV/95. A Experimentação no Embrião.

PARECER 3/CNECV/93. Reprodução Medicamente Assistida.

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

PORTARIA n.º 189/98 de 20 de Novembro. Estabelece as medidas a adotar nos estabelecimentos oficiais de saúde que possuam serviços de obstetrícia, com vista à efetivação da interrupção da gravidez, nos casos e circunstâncias previstos no Artigo 142.º do Código Penal.

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

**Recomendação relativa à Protecção dos dados Médicos.** Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa a 13 de Fevereiro 1997.

**Recomendação 1046 sobre o uso de embriões e fetos humanos.** Adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (24 Set. 1986).

**Recomendação sobre a Situação dos Doentes Mentais.** Adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa. (8 Out. 1977).

**Resolução** do Conselho de Ministros n.º 39/2001 de 29 de Março. Aprova o Plano de Acção Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência. Horizonte 2004.

**Resolução** do Conselho de Ministros n.º 30/2000 de 18 de Maio. Aprova os 30 principais objectivos da luta contra a droga e a toxicodependência. Horizonte 2004.

**Resolução sobre os Princípios de Ética Médica a Observar pelo Pessoal de Saúde no Tratamento de Reclusos.** 18 Dez. 1982. Adoptada pela Assembleia Geral da ONU, a 18 de Dezembro 1982.

**Resolução sobre os Direitos dos Portadores de HIV/Sida.** 11 Abr. 1997. Adoptada pela Comissão dos Direitos do Homem da ONU, a 11 de Abril 1997.

**Resolução sobre a Protecção dos Doentes Mentais.** 17 Dez. 1991. Adoptada pela Assembleia Geral da ONU, a 17 Dezembro 1991.

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

**Relatório-Parecer 16/CNECV/96.** A Obrigatoriedade dos Testes da Sida.

**Relatório-Parecer 17/CNECV/96.** Liberalização da Droga e Despenalização do seu Consumo.

**Relatório-Parecer 40/CNECV/2001. Implicações Éticas da Genómica**

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

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

**VI RELATÓRIO sobre o Estado de Aplicação das Novas Tecnologias à Vida Humana.** CNECV. 2000.

# **Código Deontológico do Enfermeiro**

## Anexos

---





## **Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante**

De acordo com a posição assumida pela Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na sequência do trabalho conjunto desenvolvido por esta Comissão e a AESOP, em conformidade com orientações europeias e internacionais relativas às atribuições dos enfermeiros no bloco operatório, a Ordem dos Enfermeiros considera que:

1 – o bloco operatório é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório;

2 – por manutenção e segurança do ambiente cirúrgico entende-se o conjunto de intervenções que se tornam a garantia da observância de todas as medidas ambientais e de segurança:

– para o doente, que se submete a cirurgia invasiva e procedimentos anestésicos, cujas necessidades estão devidamente identificadas;

– para os restantes profissionais da equipa, para quem o foco de atenção é o conjunto dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos que garantam ao doente cirúrgico o usufruto do melhor que a cirurgia a que se submete pode proporcionar.

É neste escopo que assentam as atribuições do enfermeiro circulante, sendo este o profissional que, no conjunto da equipa cirúrgica, tem como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do acto cirúrgico no que ao ambiente diz respeito.

O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite.

É com base nos pressupostos aqui enunciados que compete ao enfermeiro circulante, nomeadamente:

- identificar as necessidades individuais do doente, em contexto peri-operatório, e intervir em conformidade;
- planear, organizar, delegar, comunicar, coordenar e avaliar as actividades da restante equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes;
- gerir e partilhar informação necessária e pertinente relativa ao doente e ao ambiente, com a restante equipa multiprofissional;
- controlar o tempo (*turnover*), garantindo que este recurso seja utilizado em função das necessidades e no sentido da rentabilização máxima dos recursos existentes;
- controlar e limitar a circulação de pessoas no decurso do acto cirúrgico;
- providenciar materiais adequados e o equipamento necessário ao tipo de cirurgia, e verificar a correcta funcionalidade.

A Ordem dos Enfermeiros, face à relevância que decorre das atribuições aqui enunciadas, independentemente do contexto e estatuto jurídico da organização prestadora de cuidados de saúde e no cumprimento do estatuído, no que respeita ao seu desígnio fundamental (Artigo 3.º, ponto 1, do D. L. n.º 104/98, de 21 de Abril), na assunção da sua responsabilidade pela promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população e pelo controlo e pela regulação do exercício profissional dos enfermeiros, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional, afirma:

1 – a função de manutenção da segurança do doente e do ambiente necessário ao acto cirúrgico, tal como definido neste documento, só pode ser assegurada por enfermeiros;

2 – a responsabilidade, para que tal função no BO seja assegurada, é do enfermeiro circulante;

3 – a substituição na função acima referida por quem não é enfermeiro, em todo ou em parte, independentemente do período de tempo em que se verifique, será considerado exercício ilegal da profissão;

4 – os membros da Ordem, por sujeição à deontologia profissional, nomeadamente ao constante do Artigo 76.º, al. (i) do D. L. n.º 104/98, de 21 de Abril, incorrerão em violação dos seus deveres sempre que pactuem com práticas tendentes ao não respeito pelo enunciado nos pontos anteriores ou, se delas tiverem conhecimento, omitirem a necessária comunicação à Ordem dos Enfermeiros;

5 – a Ordem dos Enfermeiros reserva-se o direito de apresentar queixa aos órgãos e / ou organismos competentes sobre as entidades que implementem medidas conducentes à não salvaguarda dos enunciados constantes desta circular, independentemente da figura jurídica que as constitui.

As orientações ora produzidas têm como finalidade última a protecção do cidadão que é submetido a cirurgia invasiva e / ou a procedimentos anestésicos, na perspectiva de garantir a confiança na segurança e na qualidade dos cuidados de enfermagem em BO, que cada cidadão tem o direito de esperar sempre que usufrui das respostas que os avanços científicos, tecnológicos e do conhecimento humano na saúde e na enfermagem permitem.

A Bastonária  
Enfermeira Maria Augusta Sousa

Lisboa, 7 de Setembro de 2004.



## **Tomada de posição sobre a interrupção voluntária da gravidez (IGV)**

A Ordem dos Enfermeiros tem como desígnio fundamental: “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controle do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional” (Artigo 3.º dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros).

Um dos deveres deontológicos a que os enfermeiros estão obrigados é o de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população” (Artigo 76.º, dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros) e ainda: “o enfermeiro no respeito do direito da pessoa igual à vida, durante todo o ciclo vital, assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias” (Artigo 82.º, dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros).

Assim, no que concerne a uma tomada de posição sobre Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG), há que ter em conta o que a seguir se indica.

A IVG é uma problemática em permanente discussão e debate social, sem que se consiga chegar a um consenso, visto ser um tema que toca valores muito profundos de cada pessoa, como o da inviolabilidade e respeito pela vida e o carácter único e insubstituível de cada ser humano. No entanto, actualmente poucos são os que adoptam uma postura de total intransigência relativamente à IVG, ape-

sar de limitarem o recurso ao abortamento apenas a casos verdadeiramente excepcionais, dignificando ao máximo o respeito pela vida humana.

A lei portuguesa, continuando a manter a regra geral da punibilidade do abortamento, enquanto “acto de extrair ou de forçar a expulsão do útero, do produto da concepção antes da sua viabilidade”, descriminaliza-o em certas circunstâncias terapêuticas, ético-criminológicas (violação) ou eugénicas, sem que isso signifique que o preconiza. Pressupõe, também, o livre consentimento dos pais, sendo por isso eticamente reprovável impô-lo, no entanto, desde que obedecendo aos critérios da lei da descriminalização do aborto, deve ser respeitado.

Os direitos do embrião / feto parecem estar aqui em colisão com o poder paternal absoluto, exercido nesta fase muito precoce da vida. Há que reflectir sobre o conflito entre o direito de feto à vida, à saúde e ao acolhimento e a capacidade dos pais poderem dispor do destino dos seus filhos dentro do útero e o direito à autonomia e, por vezes, à integridade física e psíquica da mãe.

A nível da sociedade portuguesa, a procura de uma tomada de posição referendada (Junho de 1998) sobre a liberalização do aborto até às dez semanas de gestação foi pouco conclusiva, devido à grande percentagem de abstenção e à pequena prevalência do “não”. Algumas facções políticas portuguesas são de opinião de que se deveria referendar de novo esta matéria, outras consideram que deve ser a Assembleia da República a tomar a decisão e outras, ainda, são totalmente contra a discussão deste assunto, visto ter a ver com questões éticas complexas e sensíveis da consciência individual de cada um.

O Parlamento Europeu defendeu recentemente (Junho de 2002) a despenalização da IVG, em todos os estados-membros da União Europeia, no entanto, há quem defenda que todas as questões ligadas à prestação de cuidados em matéria de saúde sexual e reprodutiva devem ser da exclusiva competência dos estados-membros.

O que está por detrás de toda a discussão sobre o abortamento é a não existência de consenso entre os que sustentam que o ser humano tem direitos e merece toda a protecção desde a concepção e os que defendem que o ser humano adquire direitos progressivamente com o desenvolvimento embrionário, até ao nascimento. A inexistência de consenso sobre a definição de pessoa ou mais concretamente sobre o início da vida humana não ser uma questão biológica, pois biologicamente não existiria dúvidas de que coincidiria com o momento da fecundação, mas sim normativa, valorativa, daí remeter para o direito interno de cada Estado a concretização de legislação.

O Comité Francês de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde considera que o embrião humano deve ser considerado como “pessoa potencial desde o momento da concepção”. O Parlamento Europeu, na sequência de audições públicas levadas a cabo pela Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos, elaborou extenso relatório no qual afirma sem hesitações, que “a vida humana começa com a fecundação e desenvolve-se sem saltos de qualidade, numa continuidade permanente até à morte”. Entre nós, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Fevereiro de 93), ao emitir parecer sobre o momento a partir do qual o embrião humano está revestido de dignidade de pessoa humana, entendeu que “enquanto a controvérsia não for resolvida e subsistir a dúvida, deve prevalecer o princípio ético que estabelece ser gravemente ilícito atentar contra uma entidade que se dúvida se, sim ou não, constitui um sujeito investido de plena dignidade humana”.

O embrião / feto é praticamente ignorado nas Declarações de Direitos que têm sido proclamadas a nível mundial, só recentemente a Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Biomedicina (1997) faz algumas referências à vida intra-uterina, começando a falar-se do embrião / feto e da vida fetal como sujeito de direitos. É indiscutível, à luz do actual conhecimento, que o embrião / feto necessita de tutela jurídica e a sua protecção configura-se como um dever do Estado.

Ao abrigo do n.º 1, do Artigo 24.º, da Constituição da República Portuguesa, onde se proclama que a “vida é inviolável”, o embrião / feto encontra-se protegido, mas não goza de protecção do direito à vida, enquanto direito fundamental, porque segundo o Artigo 66.º, do Código Civil, ele só adquire personalidade jurídica no momento do nascimento completo e com vida, só a partir daí é reconhecido pelo Direito, como titular de direitos e obrigações. Considerando-se, do ponto de vista jurídico, que em determinadas situações se o bem jurídico vida intra-uterina se encontra em conflito com outros bens ou direitos constitucionalmente protegidos, como vida ou integridade física ou psíquica da mãe e seu direito a uma maternidade consciente, o direito do embrião / feto pode mesmo ter de ceder com destruição da sua própria vida.

O facto da IVG ser praticada em circunstâncias específicas, de acordo com a legislação portuguesa (Artigo 142.º, do Código Penal, com a redacção que lhe foi introduzida pelo Dec.-Lei n.º 48/95, de 15 de Março), não o torna numa acção boa, do ponto de vista da avaliação ética, apenas significa que a sociedade, através do seu legislador, confere aos casais alguma autonomia, no que se refere às



escolhas suas reprodutivas. Esta autodeterminação poderá permitir-lhes interromper a gravidez quando exista um motivo suficientemente válido. A legislação portuguesa reflecte esta dupla tendência, por um lado, o direito à autodeterminação no que respeita às escolhas reprodutivas, e, por outro lado, o reconhecimento de que o embrião / feto deve ser não só reconhecido, mas também um sujeito portador de direitos e interesses fundamentais.

A Lei n.º 90/97, de 30 de Julho, determina os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de IVG. No entanto, o Conselho Nacional de Ética e Ciências da Vida defende que não é relevante a questão do prazo ou sua extensão, para as causas de exclusão de ilicitude, dado que a questão ética de fundo é a própria IVG e não a fase da vida pré-natal em que é praticada (posição sobre o procedimento a adoptar em caso de fetos vivos, resultantes de abortamento – 28/CNECV/99). O Código Penal, na medida em que estabelece prazos em relação à admissibilidade da IVG, confere ao embrião / feto apenas uma “protecção escalonada”.

Quando se trata de IVG, estamos a lidar com duas entidades humanas distintas, a mãe e o feto / embrião, pelo que é difícil determinar com clareza quem está a ser beneficiado com uma determinada acção. Não podemos ser tentados a conferir apenas à mãe o direito à autodeterminação, sem nos interrogarmos quando é que os seus interesses prevalecem sobre os do feto. Por um lado, temos o direito da mulher poder dispor livremente do seu corpo e por outro, o direito do embrião / feto de ser reconhecido como um novo ser humano e portanto, merecedor do maior respeito e com interesses e direitos, do ponto de vista ético (e não jurídico).

O direito à privacidade individual tem sido frequentemente invocado como justificação ético-legal para o IVG, por motivos alheios à saúde materna, isto é, quando não está em causa um aborto terapêutico. Mas, neste caso, a liberdade ética da mulher grávida seria exercida independentemente de quaisquer direitos ou interesses embrionários ou fetais. Caso se reconheça estes direitos, há que encontrar uma justificação eticamente válida para avaliar os diferentes interesses e direitos em jogo e quais deles devem prevalecer.

Apesar de o sentir dominante da população portuguesa parecer ir de encontro à perspectiva de que a IVG deve ser restringida a situações excepcionais, como o aborto terapêutico, o aborto eugénico e o aborto social, e, assim, de que são as circunstâncias que rodeiam a prática da IVG, o pilar fundamental da sua avaliação ética. No entanto, declarações éticas e princípios deontológicos não são sinónimo de regulamentação legal, importa que o respeito que é devido ao ser

humano, desde a sua concepção, seja garantido através de explicitação de alguns dos seus direitos.

O Artigo 24.º/1, da Constituição da República Portuguesa, ao afirmar a inviolabilidade da vida humana, não faz qualquer distinção sobre a natureza extra e intra-uterina dessa mesma vida, pelo que a garantia da sua inviolabilidade deve ser tida em conta *“ao longo de todo o ciclo vital e em todas as circunstâncias”* (Artigo 82.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) é neste pressuposto que devem assentar todos os actos de enfermagem.

## **Conclusão**

1 – O enfermeiro, no cumprimento do seu Código Deontológico e das leis vigentes, tem o dever de respeitar, proteger e defender a vida humana, em qualquer circunstância, sem distinção da sua natureza intra ou extra-uterina.

2 – Não faz parte das competências dos enfermeiros proceder autonomamente a uma IVG, mas apenas o desempenho de funções interdependentes associados ao método da IVG adoptado pelo médico ou a administração de terapêutica devidamente prescrita por este.

3 – Independentemente dos valores individuais do enfermeiro, a decisão de interromper ou não uma gravidez deve ser respeitada, nos termos da lei vigente.

4 – Ao enfermeiro é reconhecido o direito à objecção de consciência, nos termos do Artigo 92.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Foi relatora Manuela Amaral.

Apresentado à votação e aprovado por unanimidade  
na reunião plenária de 3 de Novembro de 2002.

## Doutrina

ALMEIDA, A. – O problema da criminalização do aborto – a vida intra-uterina como bem jurídico-penal. «Brotéria». (1995) 526-527.

ARCHER, L. – Problemas éticos no princípio de vida. In: NEVES, M. C. Patrão (coord.) – «Comissões de Ética – das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana». Centro de Estudos de Bioética / polo dos Açores. p. 104-127.

ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W.; RENAUD, M. (coord.) – **Novos Desafios à Bioética**. Porto Ed., 2001.

BISCAIA, J. – Os direitos do feto. «Cadernos de Bioética». 24 (2000).

LOUREIRO, J. – Tomemos a sério os direitos do embrião e do feto. «Cadernos de Bioética». 14 (1997).

LOUREIRO, J. – Estatuto do embrião. In: ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W.; RENAUD, M. (coord.) – «Novos Desafios à Bioética». Porto Ed., 2001. p. 110-121.

MELO, H; NUNES, R. – Nota sobre a interrupção da gravidez. «Cadernos de Bioética». 23 (2000).

NEVES, M. – O começo de vida humana. In: ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. (coord.) – «Bioética». Lisboa: São Paulo, 1996. p. 175-183.

OTERO, P. – **Personalidade e Identidade Pessoal e Genética do Ser Humano**. Coimbra, 1999.

RENAUD, I. – Ética e cuidados de saúde. «Brotéria». 148 (1999) 205-214.

RENAUD, M. – O embrião humano: uma análise filosófica. «Brotéria». 151 (2000) 251-268.

SERRÃO, D. – Estatuto do embrião humano. «Brotéria». 144 (1997).

SILVA, P. – **Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina**. Anotada. Lisboa.

# Enunciado de Posição sobre a Eutanásia

## Enquadramento

As diversas utilizações que tem tido a palavra e a ambiguidade do termo levam a que seja necessário clarificar, em primeiro lugar, o que se quer dizer quando se fala de eutanásia.

O Relatório da Comissão Europeia sobre os Direitos do Doente descreve eutanásia como «qualquer morte que não seja inteiramente natural, nem acidental (o que supõe que uma decisão é tomada conscientemente), nem um suicídio (para o qual se requer a intervenção do interessado), nem um assassinio (isto é, portanto, não é morte contrária à vontade do interessado).»

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, no Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida – 11/CNECV/95, considera eutanásia a morte deliberada e intencional de uma pessoa, na sequência de pedido consciente desta, por profissional que acolheu o pedido e decidiu dar-lhe execução, distinguindo de suicídio assistido e de abstenção de terapêuticas inúteis ou daquelas que o doente recusa.

Assim, considera-se *eutanásia* a acção iniciada pelo profissional de saúde que tem como fim pôr termo à vida, a pedido expresso do interessado. Ou seja, o processo de morte é deliberadamente provocado, em virtude de um quadro patológico incurável e em que a pessoa solicita a morte.

Há que distinguir

– ortotanásia – a morte ocorre, dentro de uma situação terminal, por não se iniciar (ex.: ordem de não-reanimação) ou por se interromper uma medida terapêutica inútil (ex.: desligar o ventilador);

– suicídio assistido – em que o apoio dos profissionais de saúde resulta de pôr os meios / recursos à disposição da pessoa que pretende pôr termo à vida;

– recusa de tratamento – sendo que o doente solicita a suspensão de tratamentos e / ou de meios artificiais de manutenção da vida, em que não há directamente pedido de morte mas de recusa de um terapêutica / tratamento (do qual pode, em boa verdade, resultar a morte mas que difere da eutanásia por não ser solicitada uma acção que a provoque);

– distanásia – em que existe um prolongamento artificial da vida, também designado por processo de encarniçamento ou obstinação terapêutica, no único objectivo de prolongar a sobrevivência, sem qualidade de vida.

Há expressões ligadas à discussão da eutanásia que têm vindo a perder sentido (como a questão da definição dos meios ordinários e dos meios extraordinários) e outras que têm vindo a ganhar terreno, na abordagem ética do fim de vida – como o progresso dos tratamentos da dor e o desenvolvimento dos cuidados paliativos que têm sido ligados à operacionalização do morrer com dignidade, promovendo a qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta, em situação de doença terminal.

No enquadramento deontológico, os deveres dos enfermeiros, no “respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital” (Artigo 82.º), reportam-se a

“a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;

b) respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;

c) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;

d) recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.”

Mais concretamente, perante o doente terminal, os deveres dos enfermeiros incluem

“a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida;

b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;

c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.” (Artigo 87.º)

Na perspectiva do enquadramento jurídico, o quadro legal em Portugal é de considerar a eutanásia (na concepção assumida) como crime de “homicídio a pedido da vítima”, punível com pena de prisão até três anos (Artigo 134.º). Define-se ainda como crime o homicídio privilegiado, onde se integra o “homicídio por compaixão”, com pena de prisão de 1 a 5 anos (Artigo 133.º do Código Penal) e o “incitamento ou ajuda ao suicídio” (Artigo 135.º) punível igualmente com prisão até três anos.

Face a esta matéria, entendeu o Conselho Jurisdicional desenvolver uma metodologia de procura de consenso, tendo realizado painel Delphi, onde foram incluídos como peritos os enfermeiros das comissões de ética dos Hospitais, os professores que leccionam ética nos cursos de Licenciatura em Enfermagem e os membros dos órgãos sociais da Ordem dos Enfermeiros. Dos 106 respondentes ao último questionário, 99,1% aceitam o texto do projecto de posição (sendo que 58,4% concordam e aceitam totalmente, 34,9% concordam e aceitam, 4,1% discordam mas neste momento aceitam e 0,9% discorda e não aceita).

### **Enunciado de posição**

No actual panorama bioético da questão da eutanásia, parece possível consensualizar a reserva da palavra “eutanásia” para a acção que tem como primeira e principal consequência a interrupção deliberada da vida de alguém, que se encontra próximo da morte ou numa situação irreversível, e que pede a morte.

Assim, enuncia-se como posição a assumir pela Ordem dos Enfermeiros:

1 – Os enfermeiros assumem a defesa e protecção da vida e da qualidade de vida, recusando posições extremadas como o são a eutanásia e a distanásia (obstinação terapêutica). No que se refere à eutanásia, considera-se a necessidade de distinguir entre uma acção que pretende provocar activamente a morte (“tirar a vida”) e a omissão de uma acção (de que pode ser exemplo uma tentativa de reanimação, quando se trate de paragem cardiorrespiratória em situação terminal ou quando há evidência de que a qualidade de vida pós-reanimação não seria aceite pela pessoa) considerando-se que a valoração ética é diferente e que a abstenção de acções, em determinadas situações, pode não ser contrária à ética: quando tal ocorre por obediência à vontade competente e esclarecida do doente ou por razões de boa práticas, isto é, abstenção de tratamentos inúteis que se traduz na acção ética de recusar a obstinação terapêutica (distanásia).

2 – Considera-se não existir diferença ética relevante entre não aplicar uma terapia que pode prolongar artificialmente a vida e retirar um tratamento que se tornou desproporcionado ou inútil, no domínio da ortotanásia; ou seja, a pessoa encontra-se incurso num processo que, segundo o conhecimento actual, levará à morte. Assim, não se determina o encurtamento ou suspensão da vida – limita-se a suspender tratamentos artificiais, inúteis e / ou desproporcionados, que na maior parte dos casos provocam sofrimento inútil ao doente –, deixando de prolongar artificial e inutilmente a vida.

3 – A recusa de tratamento encontra-se na situação de “recusa livre e esclarecida”, em contraponto ao consentimento livre e esclarecido; ou seja, decorre da autonomia de cada pessoa, de decidir livremente aceitar ou recusar a proposta de tratamento ou terapêutica que lhe é feita; e se a pessoa, no exercício do direito à autodeterminação, recusa um tratamento estando esclarecida das consequências e competente para decidir, e se desta recusa resulta abreviar a vida, esta não é uma acção positiva no sentido de tirar a vida mas de não intervir, prolongando-a.

4 – Deve haver uma preocupação efectiva dos enfermeiros em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte (básicos e paliativos), com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional, conforme preconizado pelos artigos 82.º e 87.º do Código Deontológico.

Em concordância com a posição expressa e no sentido da valorização da qualidade de vida e do acompanhamento dos doentes terminais, a Ordem dos Enfermeiros deverá assumir um papel activo na promoção dos cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados paliativos, ao nível da formação ao longo da vida e na visibilidade das práticas nos cuidados prestados no internamento, ambulatório e domicílio.

Lisboa, 4 de Junho de 2002.

# **Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência**

Previsto no Artigo 92.º, n.º 1, al. a) do Estatuto, aprovado em Assembleia Geral de 18 de Março de 2000.

## **Preâmbulo**

A liberdade de pensamento, consciência e religião subjaz ao direito à objecção de consciência. Não pode ser objecto de outras restrições se não as que, previstas na lei, constituam disposições necessárias à segurança, à protecção da ordem, da saúde e moral públicas ou à protecção dos direitos e liberdades de outros.

Assim, o enfermeiro tem o direito de recusar a prática de acto da sua profissão quando tal prática entrar em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária, contradiga o disposto no Código Deontológico. Sendo necessário reconhecer e acautelar o direito de legítima e positiva atitude da objecção de consciência, pressupõe-se que o profissional tem conhecimento concreto da situação e capacidade de decisão pessoal, sem coacção física, psicológica ou social.

O direito à objecção de consciência é reconhecido pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros como um direito dos membros efectivos, assumindo estes, no exercício deste direito, o dever, entre outros, de proceder segundo os regulamentos internos que regem o seu comportamento, de modo a não prejudicar os direitos das outras pessoas.



## **Capítulo I**

### **Disposições gerais**

#### **Artigo 1.º**

##### **Direito à objecção de consciência**

O direito à objecção de consciência está consagrado no Código Deontológico como direito dos membros efectivos da Ordem dos Enfermeiros.

#### **Artigo 2.º**

##### **Conceito de objector de consciência**

Considera-se objector de consciência o enfermeiro que, por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que lhe não é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o código deontológico.

#### **Artigo 3.º**

##### **Princípio da igualdade**

1 – O objector de consciência goza de todos os direitos e está sujeito a todos os deveres consignados no Estatuto para os enfermeiros em geral, que não sejam incompatíveis com a situação de objector de consciência.

2 – O enfermeiro não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objecção de consciência.

## **Capítulo II**

### **Exercício de Objecção de Consciência**

#### **Artigo 4.º**

##### **Âmbito do exercício de objecção de consciência**

O direito à objecção de consciência é exercido face a uma ordem ou prescrição particular, cuja acção de enfermagem a desenvolver esteja em oposição com as convicções religiosas, morais ou éticas do enfermeiro e perante a qual é manifestada a recusa para a sua concretização, fundamentada em razões de consciência.

## **Artigo 5.º**

### **Informação no contexto do local de trabalho**

1 – O enfermeiro deve anunciar por escrito, ao superior hierárquico imediato ou a quem faça as suas vezes, a sua decisão de recusa da prática de acto da sua profissão, explicitando as razões por que tal prática entra em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária ou contradiz o disposto no Código Deontológico (exemplo em anexo I a este regulamento).

2 – O anúncio da decisão de recusa deve ser feito atempadamente, de forma a que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar e seja possível recorrer a outro profissional, se for caso disso.

## **Artigo 6.º**

### **Informação à Ordem**

1 – O enfermeiro deve comunicar também a sua decisão, por carta, ao Presidente do Conselho Jurisdicional Regional da Secção da Ordem onde está inscrito, no prazo de 48 horas após a apresentação da recusa.

2 – A informação à Ordem deverá conter a identificação, número de cédula profissional, local e circunstâncias do exercício do direito à Objecção de Consciência (exemplo no anexo II deste regulamento).

3 – Esta informação não dispensa do cumprimento dos trâmites de carácter hierárquico, instituídos na organização em que o enfermeiro desempenha funções.

## **Artigo 7.º**

### **Deveres do objector de consciência**

Para além do estipulado no presente regulamento, o objector de consciência deve respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas dos clientes e dos outros membros da equipa de saúde.

## **Artigo 8.º**

### **Cessação de situação de objector de consciência**

A situação de objector de consciência cessa em consequência da vontade expressa do próprio.

## **Artigo 9.º**

### **Ilegitimidade da objecção de consciência**

1 – É ilegítima a objecção de consciência quando se comprove o exercício anterior ou contemporâneo pelo enfermeiro de acção idêntica ou semelhante àquela que pretende recusar, quando não se tenham alterado os motivos que a fundamentam, previstos no Artigo 2.º deste regulamento.

2 – Para além da responsabilidade inerente, o exercício ilegítimo da objecção de consciência constitui infracção dos deveres deontológicos em geral e dos deveres para com a profissão.

### **Anexo I Declaração de Objecção de Consciência**

Eu, (nome e n.º de bilhete de identidade e / ou número mecanográfico) \_\_\_\_\_, abaixo assinado, enfermeiro do (serviço e instituição) \_\_\_\_\_, venho, por razões de ordem (especificar as razões de ordem ética, moral ou deontológica, religiosa, humanitária ou outras) \_\_\_\_\_, apresentar a recusa de executar as acções de enfermagem para o cumprimento de (indicar a ordem, prescrição ou intervenção que se recusa a realizar) \_\_\_\_\_, com base no meu direito à Objecção de Consciência, reconhecido pelo Art.º 75.º, n.º 2, al. e) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

(localidade) \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O Objector de Consciência

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

### **Anexo II Comunicação do Exercício de Objecção de Consciência**

Eu, (nome e n.º de bilhete de identidade) \_\_\_\_\_, com Cédula Profissional n.º (n.º de cédula profissional) \_\_\_\_\_, informo que, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ apresentei recusa de executar as acções de enfermagem para o cumprimento de (indicar a ordem, prescrição ou intervenção que se recusou a realizar) \_\_\_\_\_

por razões de ordem (especificar as razões de ordem ética, moral ou deontológica, religiosa, humanitária ou outras) \_\_\_\_\_ no serviço (serviço e instituição) \_\_\_\_\_ com base no meu direito à Objecção de Consciência.  
(localidade) \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O Enfermeiro / Enfermeiro especialista

\_\_\_\_\_  
(assinatura)



# **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

1 – A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

2 – Verifica-se, contudo, que o exercício profissional da enfermagem não dispõe ainda de um instrumento jurídico contendo a sua adequada regulamentação, carência que o presente diploma precisamente visa colmatar. Com efeito, independentemente do contexto jurídico-institucional onde o enfermeiro desenvolve a sua actividade – público, privado ou em regime liberal –, o seu exercício profissional carece de ser regulamentado, em ordem a garantir que o mesmo se desenvolva não só com salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos da enfermagem como também por forma a proporcionar aos cidadãos deles carecidos cuidados de enfermagem de qualidade.

3 – O presente diploma clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente

habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população em geral.

4 – A regulamentação do exercício profissional da enfermagem, a que agora se procede, corresponde também aos princípios decorrentes da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e, designadamente, aos consignados na alínea c) da base XIV, no n.º 1 da base XV e no n.º 2 da base XL da mesma lei.

5 – Foram ouvidas, sobre o conteúdo do presente diploma, as estruturas associativas e sindicais representativas dos enfermeiros.

Assim, no desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do Artigo 201 da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

## **Capítulo I**

### **Objecto e âmbito**

#### **Artigo 1.º**

##### **Objecto**

O presente Decreto-Lei define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

#### **Artigo 2.º**

##### **Âmbito institucional**

1 – O REPE é, no território nacional, vinculativo para todas as entidades empregadoras dos sectores público, privado, cooperativo e social.

2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, são aplicáveis aos enfermeiros as normas jurídicas definidoras do regime de trabalho que vigorem nos organismos onde aqueles desenvolvam a sua actividade profissional.

### **Artigo 3.º**

#### **Âmbito pessoal**

São abrangidos pelo REPE todos os enfermeiros que exerçam a sua actividade no território nacional, qualquer que seja o regime em que prestem a sua actividade.

## **Capítulo II**

### **Disposições gerais**

#### **Artigo 4.º Conceitos**

1 – 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.

2 – Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família, aos grupos e à comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

3 – Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

4 – Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

#### **Artigo 5.º**

#### **Caracterização dos cuidados de enfermagem**

Os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

1 – terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;

2 – estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;



3 – utilizarem metodologia científica, que inclui:

- a) a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
- b) a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
- c) a formulação do diagnóstico de enfermagem;
- d) a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
- e) a execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
- f) a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;

4 – englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de actuação:

- a) fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
- b) ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
- c) orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;
- d) encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- e) avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.

### **Capítulo III**

#### **Acesso ao exercício profissional**

##### **Artigo 6.º**

###### **Autorização do exercício**

O exercício da profissão de enfermagem é condicionado pela obtenção de uma cédula profissional, a emitir pela Ordem dos Enfermeiros. (Redacção introduzida pelo Artigo 5.º do D-L.104/98)

##### **Artigo 7.º**

###### **Relevância da autorização de exercício**

A titularidade de cédula profissional válida e eficaz constitui pressuposto de que foram obrigatoriamente verificados todos os condicionalismos requeridos para o exercício da actividade profissional dos enfermeiros.

### **Capítulo IV**

#### **Exercício e intervenção dos enfermeiros**

##### **Artigo 8.º**

###### **Exercício profissional dos enfermeiros**

1 – No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

2 – O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

3 – Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

## **Artigo 9.º**

### **Intervenções dos enfermeiros**

1 – As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

2 – Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

3 – Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

4 – Para efeitos dos números anteriores e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais:

- a) organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção;
- b) decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade;
- c) utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade;
- d) participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde / doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário;
- e) procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;
- f) participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos;
- g) procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.

5 – Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral.

6 – Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente:

- a) organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros;
- b) avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros;
- c) propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados;
- d) dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem;
- e) colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos;
- f) participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem;
- g) promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.

## **Artigo 10.º**

### **Delegação de tarefas**

Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem.

## **Capítulo V**

### **Direitos, deveres e incompatibilidades**

#### **Artigo 11.º**

##### **Dos direitos, deveres e incompatibilidades**

1 – Os direitos e deveres dos enfermeiros, bem como as incompatibilidades do exercício da profissão de enfermagem são os estabelecidos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

2 – Constituem ainda direitos dos enfermeiros:

- a) que a entidade empregadora se responsabilize pelo especial risco a que estão sujeitos no decurso da sua actividade profissional;
- b) serem substituídos após cumprimento da sua jornada de trabalho;
- c) beneficiarem das garantias e regalias de outros trabalhadores de saúde do sector onde exerçam a profissão, quando mais favoráveis.

(Redacção introduzida pelo Artigo 5.º do D-L104/98)

#### **Artigo 12.º**

(revogado pelo Artigo 5.º do D-L104/98)

## **Capítulo VI**

### **Disposições finais**

#### **Artigo 13.º**

##### **Revisão**

O REPE será revisto no prazo de cinco anos contados a partir da sua entrada em vigor, devendo ser recolhidos os elementos úteis resultantes da sua aplicação para introdução das alterações que se mostrem necessárias.

#### **Artigo 14.º**

(revogado pelo Artigo 5.º do D-L 104/98)

Visto e aprovado em Conselho de Ministros, a 29 de Maio de 1996. António Manuel de Oliveira Guterres – Mário Fernando de Campos Pinto – Artur Aurélio

Teixeira Rodrigues Consolado – José Eduardo Vera Cruz Jardim – Eduardo Carrega Marçal Grilo - Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina – Maria João Fernandes Rodrigues – Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues – Jorge Paulo Sacadura Almeida Coelho.

Promulgado a 14 de Agosto de 1996.

Publique-se.

O Presidente da República, Jorge Sampaio.

Referendado em 21 de Agosto de 1996.

O Primeiro-Ministro, António Manuel de Oliveira Guterres.



# **Carta dos Direitos do Doente Internado**

## **Introdução**

O presente documento é uma especificação da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, publicada pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pela Direcção-Geral da Saúde e pela Comissão de Humanização em duas edições.

Esta carta agrupa direitos consagrados em diversos textos legais, nomeadamente na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Apenas o direito a uma segunda opinião não está previsto em nenhuma disposição legal nacional.

O regime legal de defesa do consumidor (Lei n.º 24/96, de 31 de Julho) prevê também o direito à qualidade dos bens e serviços e o direito à protecção da saúde e segurança física.

A presente Carta dos Direitos do Doente Internado respeita o enunciado dos direitos tal como aparecem na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, com exclusão dos Direitos 13 e 14 que foram enunciados, atendendo à condição especial que é o internamento (hospitais e centros de saúde). No mesmo sentido, os comentários feitos aos direitos redigiram-se considerando a situação específica do internamento.

Foi omitido deste documento o Direito a livre escolha, contemplado na Lei de Bases da Saúde, atendendo aos condicionalismos do sistema.



Omitiram-se também os deveres do doente por três razões:

- todos os documentos recentes da OMS e da UE insistem em que apareçam consignados os Direitos;
- os Deveres do doente são frequentemente lembrados pelo pessoal;
- esta versão da Carta é, sobretudo, dirigida ao pessoal.

As reformas dos sistemas de saúde variam de país para país, mas é consensual que o cidadão não pode ser excluído do processo de decisão, porque é co-financiador do sistema através dos seus impostos e é beneficiário do mesmo considerando as suas necessidades e, sobretudo, porque é o principal responsável pela sua saúde.

Na Carta de Otawa (1996) já se previa o reforço das capacidades dos cidadãos no que respeita à responsabilidade pela sua saúde. Isto só é possível com uma informação objectiva, transparente e compreensível que o torne apto a decidir, como cidadão livre e esclarecido.

O Conselho da Europa, através do seu Comité Europeu da Saúde, reconheceu na 45.ª Reunião que as organizações de entajuda dos doentes têm um papel importante na representação dos seus interesses.

Os cidadãos internados num estabelecimento de saúde ou seguidos por este no domicílio são pessoas com direitos e deveres. Não deverão ser consideradas apenas do ponto de vista da sua patologia, deficiência ou idade, mas com todo o respeito devido à dignidade humana.

Para além da regulamentação aplicada pelos estabelecimentos de saúde, devem zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão reconhecidos universalmente, e dos seguintes princípios gerais: não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia.

Também as instituições e os profissionais devem zelar pela boa aplicação das regras de deontologia profissional. Enfim, devem assegurar que os doentes tenham a possibilidade de fazer valer os seus direitos e afirmar a sua primazia como pessoa.

No que respeita às crianças internadas, os pais ou substitutos que se encontrem junto delas, dia e noite, qualquer que seja a sua idade e estado de saúde, deverão ser encorajados e apoiados nestas estadias, convidados a participar nos cuidados a prestar aos filhos.

As crianças não devem ser admitidas em serviços para adultos, mas em locais adequados que correspondam às suas necessidades físicas, psíquicas e afectivas. Em internamentos prolongados, deverá ser garantida a continuidade dos seus estudos.

Para mais esclarecimentos, deve ser consultada a Carta da Criança Hospitalizada, do Instituto de Apoio à Criança, por se tratar de um documento específico sobre este tema.

Os direitos e deveres do utente dos serviços de Saúde Mental vêm enumerados na Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental.

Esta Carta refere-se apenas a internados em estabelecimentos hospitalares e centros de saúde com internamento, não incluindo assim outras situações de internamento, como por exemplo os lares de idosos da responsabilidade da Segurança Social.

É cada vez mais importante reforçar as relações de confiança e de colaboração entre o doente e os prestadores de cuidados.

Embora numa linguagem clara, esta versão da carta está destinada fundamentalmente ao pessoal de saúde, e deverá ser elaborado um folheto para o público em geral.

1 – O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.

Sempre, e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, mas mais ainda quando está internada e fragilizada pela doença. Assim, todos os que intervêm no complexo processo de saúde têm de respeitar a dignidade do doente, direito fundamental do qual decorrem os restantes.

O doente deve estar informado sobre o nome e a profissão de todo o pessoal. Assim, todo o pessoal deverá estar devidamente identificado, com um cartão, segundo legislação em vigor.

O doente deve ser considerado um interlocutor que sabe com quem dialoga, e ser visto como um parceiro num processo de saúde e não um subordinado cumpridor.

As instalações e equipamentos que o doente utiliza devem estar de acordo com a sua vulnerabilidade e situação clínica. A fragilidade devida à situação clínica determina, para o doente internado, necessidades específicas não só de diagnóstico e tratamento, mas também de instalações e equipamentos.

As barreiras arquitectónicas deverão ser reduzidas ao mínimo: nos quartos ou enfermarias, na disposição dos equipamentos, na sinalização interna, nas escadas etc.

O doente com deficiências tem direito a dispor de instalações que não apresentem barreiras arquitectónicas, que permitam a sua livre circulação e favoreçam o seu conforto (rampas, elevadores etc.).

Não é admissível, salvo por período curto nunca superior a 24 horas, a permanência de doentes em macas durante o internamento.

Por outro lado, a vulnerabilidade do doente depende também de características que lhe são próprias, mas relativamente independentes da sua situação clínica, como, por exemplo, a idade, a educação, a cultura, a situação social etc. No internamento de indivíduos com *deficit* cognitivo, deve ter-se em conta a sua vulnerabilidade acrescida e a necessidade de uma presença securizante.

A actuação de todos os que se relacionem com os doentes deverá pautar-se por critérios de tolerância e afectividade.

Está totalmente interdito o tratamento por tu ou você por parte de qualquer elemento das equipas de saúde. Todas as solicitações devem ser feitas usando compreensão e gentileza

A privacidade e a intimidade do doente deverão ser sempre asseguradas.

A tranquilidade do doente deve ser garantida. Por exemplo: em algumas enfermarias, pode observar-se que aparelhos de TV estão ligados com intenção de distrair alguns, embora incomodem outros. Em outras enfermarias, o pessoal fala muito alto, dificultando o descanso dos doentes.

Todos os incómodos devem ser reduzidos ao mínimo, nomeadamente nas horas de repouso ou de sono. A intensidade da luz deverá ser tida em consideração.

Deverá existir uma limpeza escrupulosa em todos os serviços de internamento, especialmente nas instalações sanitárias.

2 – O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.

As convicções culturais, filosóficas e religiosas do doente internado, bem como a sua orientação sexual, deverão ser respeitadas pelo estabelecimento de saúde e pelos respectivos profissionais.

Cada pessoa é um todo único e singular, protagonista de uma história e de uma entidade cultural e espiritual, que para muitos se define religiosamente. Considerar estes aspectos é fundamental na prática dos cuidados de saúde. A experiência

do sofrimento torna estas dimensões particularmente importantes para o doente internado.

Nos estabelecimentos de saúde existem serviços religiosos, aos quais compete explicitamente garantir o respeito pela identidade espiritual e religiosa dos doentes, e procurar ir ao encontro de todos sem excepção, directamente ou facilitando o acesso aos ministros de outras religiões, de modo a encontrar a resposta pessoal pretendida por cada um.

Todos os doentes têm direito a assistência religiosa sempre que o solicitarem. As instituições devem zelar para que este direito seja respeitado. Faz-se notar que é altamente incorrecto que o ministro duma religião faça assédio religioso a outros doentes internados.

Esta recomendação estende-se aos membros de Ordens Religiosas não ministros, assim como a outros evangelizadores voluntários.

Chama-se a atenção para alguns grupos não religiosos bastante activos, que se aproveitam do relativo isolamento e da fragilidade dos indivíduos internados para, abusando desta situação, captarem simpatizantes ou aderentes.

As convicções culturais, filosóficas e religiosas deverão também ser tidas em consideração, quer nos aspectos terapêuticos (por exemplo: colostomia nos muçulmanos ou transfusões nas testemunhas de Jeová), quer nos hábitos alimentares, bem como algumas regras sociais referentes ao relacionamento entre as pessoas e aos rituais de nascimento e morte.

Todo o proselitismo é proibido, seja por uma pessoa internada, um voluntário, um visitante ou um membro do pessoal.

3 – O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos.

O doente internado tem direito a cuidados apropriados ao seu estado de saúde que respondam às suas necessidades específicas e que sejam prestados em tempo útil.

Os cuidados apropriados dizem respeito a todos os níveis de prevenção, incluindo a reabilitação que deve começar o mais precocemente possível.

A qualidade dos cuidados, tendo em conta o contexto nacional, é um direito que assiste ao doente internado.

Todo o doente internado tem direito ao tratamento da dor. Os conhecimentos científicos permitem, hoje, dar uma resposta, quase na totalidade, às dores crónicas ou agudas, quer sejam sentidas por crianças, adultos ou idosos.

Os cuidados terminais, além da sua especificidade técnico-científica, devem integrar uma componente socioafectiva especial que deve ser assegurada por todo o pessoal atendendo ao respeito por esta fase da vida. O acompanhamento deve ser integral e, por isso, contemplar a dimensão espiritual.

Os doentes internados no final da vida ou que necessitem de cuidados paliativos têm direito a ser acompanhados, se assim o desejarem, pelos seus familiares e / ou pessoa da sua escolha, assim como a condições ambientais condignas.

#### 4 – O doente internado tem direito à continuidade de cuidados.

Dada a importância da continuidade dos cuidados, o doente tem direito a que o hospital, em conjunto com o centro de saúde, assegure, antes da alta hospitalar, a continuação dos cuidados.

Assim, a avaliação da situação social e financeira do doente, bem como a articulação com os outros serviços de saúde, segurança social, organizações não governamentais e instituições privadas de solidariedade social terão de ser realizados antes da alta.

A preparação cuidadosa da alta deve iniciar-se o mais cedo possível e, tendo em conta o conhecimento da situação socioeconómica (nomeadamente a habitacional e familiar), tomam-se as medidas em consonância, incluindo o encaminhamento social e administrativo para a sua reintegração social.

O doente e os seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência do doente de um nível técnico de cuidados para outro, e a ser esclarecidos de que a continuidade e a qualidade dos cuidados ficam, no entanto, garantidas.

Devem ser proporcionados os conhecimentos e informações essenciais aos prestadores de cuidados no domicílio, de preferência acompanhados de um documento escrito que o doente poderá consultar em sua casa.

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

5 – O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.

O doente internado deve ser informado sobre os diferentes serviços existentes no estabelecimento, incluindo aqueles não directamente relacionados com a prestação de cuidados, como, por exemplo – gabinete do utente, correio, banco, cafetaria, serviços religiosos e voluntariado.

A sinalização interna deve ser suficientemente clara para que o doente possa deslocar-se com facilidade dentro do hospital. As cores, o tipo e o tamanho das letras deverão ser cuidadosamente estudados.

Os organogramas do serviço deverão estar afixados para que o doente e visitas conheçam a organização e os seus responsáveis.

Deverá ser entregue ao doente na altura da sua admissão ou, preferencialmente, antes da mesma, um manual de acolhimento. Neste manual deverão constar (entre outros) o horário das refeições, das visitas, visitas de crianças, uso de tabaco, correios, uso de telefones, flores, cabeleireiro, quiosque / bazar, banco, serviços religiosos, serviço de voluntariado, gabinete do utente e formalidades administrativas. Em alguns serviços poderão existir folhetos específicos. As cores, o tipo e o tamanho das letras deverão ser perceptivas para os doentes.

Deverão ser preparadas formas alternativas para a transmissão da informação contida nestes manuais, designadamente para pessoas com deficiência visual, iletrados ou com dificuldades linguísticas.

Em caso de dificuldades linguísticas no acompanhamento das populações migrantes, deve haver a possibilidade de recurso a intérpretes.

Deverá ser dada informação sobre as associações de doentes portadores das diversas patologias que os poderão ajudar posteriormente.

6 – O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.

O doente internado será claramente informado sobre o seu diagnóstico, prognóstico, tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos.

O doente tem direito, se assim o desejar, de não ser informado sobre o seu estado de saúde, podendo, nesse caso, indicar quem pode receber a informação em seu lugar, devendo este facto ficar registado no processo clínico.

Um prognóstico grave deve ser revelado com circunspecção e os familiares devem ser prevenidos, excepto se o doente, previamente, o tiver proibido, manifestando a sua vontade por escrito.

As informações deverão ser dadas da maneira mais adequada às características do doente e num contexto de empatia, confidencialidade e privacidade, atendendo a que esta informação determina muitas vezes o futuro do indivíduo e da família.

Esta informação é uma condição essencial para o doente poder dar o seu consentimento livre e esclarecido, para aderir às medidas terapêuticas e de reabilitação que venham a ser recomendadas, ou para pedir uma segunda opinião.

A informação permitirá, ainda, ao doente participar desde a escolha das terapêuticas que lhe dizem respeito, até à escolha da roupa e objectos de uso pessoal.

Os menores devem ser informados, na medida do possível, dos actos ou exames necessários ao seu estado de saúde, em função da sua idade e capacidade de compreensão, com prévia e indispensável informação aos seus representantes legais, que darão ou não o seu consentimento.

Os adultos legalmente “incapazes” ou os seus representantes legais devem beneficiar de uma informação apropriada.

Devem ser reservados períodos de tempo para que os familiares possam dialogar com os médicos e os enfermeiros responsáveis.

7 – O doente internado tem direito a obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica.

O doente internado tem direito a obter o parecer de um outro médico da mesma especialidade, o que lhe permitirá complementar a informação sobre o seu estado de saúde ou sobre tratamentos, dando-lhe a possibilidade de decidir de forma mais esclarecida.

O exercício deste direito, no entanto, deverá ficar restrito aos casos graves ou aos de cirurgia electiva para se obter um benefício real.

Este direito do doente internado está sujeito às restrições que decorrem da sua situação de internamento e aos recursos existentes nesse estabelecimento. Nestes casos, deverá constar no processo clínico do doente a impossibilidade de respeitar este direito.

Não estando este direito consignado em textos legais, é, no entanto, mais fácil de ser cumprido no meio hospitalar onde existem muitos e diferentes profissionais.

O doente tem, no entanto, o direito de recorrer a um profissional externo ao estabelecimento, mas, neste caso, deverá assegurar o pagamento dos respectivos honorários.

8 – O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino.

Para que o consentimento seja verdadeiramente livre e esclarecido, a informação deverá ser objectiva e clara e transmitida num ambiente de calma e privacidade, numa linguagem acessível, e tendo em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Os profissionais deverão assegurar-se que a informação foi compreendida.

O consentimento livre e esclarecido ficará registado em ficha adequada, devendo ser renovado para cada acto clínico posterior sendo revogável em qualquer momento. O mesmo se aplica à participação do doente em investigação, ensaios clínicos ou ensino clínico. O doente pode sempre recusar os cuidados que lhe são propostos.

O consentimento pode, ainda, ser presumido em situações de emergência.

No que respeita a menores que não podem tomar decisões graves que lhes digam respeito, compete aos seus representantes legais expressar o seu consentimento. Quando a saúde ou integridade física de um menor possa ficar comprometida pela recusa do seu representante legal ou pela impossibilidade de obter o seu consentimento, o médico responsável deve, ao abrigo das disposições legais, prestar os cuidados necessários, desencadeando, através do Tribunal, o processo de retirada provisória do poder paternal.

Nos casos em que, face à idade e grau de maturidade do menor, é possível obter a sua opinião, esta deve, na medida do possível, ser tida em consideração.

O médico deve ter também em consideração a opinião dos adultos legalmente “incapazes”, para além da dos seus representantes legais.

No âmbito da doação de órgãos e utilização de elementos e produtos do corpo humano, da reprodução assistida e do diagnóstico pré-natal, o consentimento rege-se pela legislação em vigor. A colheita, em pessoas vivas, de órgãos, tecidos e



produtos humanos não pode ser realizada sem consentimento prévio do dador, sendo este consentimento revogável em qualquer momento e sem justificação.

Os menores e adultos legalmente incapazes só poderão ser dadores de substâncias regeneráveis. Nestes casos, o consentimento deve ser prestado pelos pais ou representantes legais, carecendo também da concordância do próprio quando este tenha capacidade de entendimento e de manifestação de vontade.

A colheita em adultos incapazes por anomalia psíquica só pode ser realizada se houver autorização judicial para o efeito.

O rastreio do HIV só é obrigatório em certos casos (doação de sangue, tecidos, células e, nomeadamente, de esperma e leite). Em todos os outros casos, é necessário um consentimento prévio claramente expresso. Nenhum rastreio pode ser feito sem o conhecimento do doente, sob pena de ser passível de recurso por atentado à autonomia do doente.

9 – O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.

Todas as informações relativas ao doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais – são confidenciais.

No entanto, se o doente der o consentimento e não houver prejuízo para terceiros, ou se a Lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas. O doente deve ser alertado para a necessidade de não colocar em risco a segurança ou a vida de outros.

Este direito implica a obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua actividade no estabelecimento, incluindo o voluntário, que, por força das funções que desempenha, partilha informação.

Os registos hospitalares devem ser mantidos em condições que assegurem a sua confidencialidade, merecendo atenção especial os dados informatizados.

Chama-se especialmente a atenção para que as informações prestadas pelo telefone, em que se desconhece o interlocutor, têm que ser verdadeiras, mas tendo em conta a necessária confidencialidade.

As declarações que se fazem aos média, nomeadamente nos casos frequentes que envolvem personalidades públicas como, por exemplo, desportistas, políticos e artistas, só podem ser feitas com autorização do próprio e do Conselho de Administração da Instituição.

As certidões deverão evitar incluir dados que possam prejudicar o doente ou terceiros, devendo nelas constar que foram passadas a pedido do doente ou de quem o representa, bem como o fim a que se destinam.

Um indivíduo internado pode pedir que a sua presença no hospital não seja divulgada.

O acesso de jornalistas, fotógrafos, publicitários e comerciantes deve estar condicionado à autorização prévia do doente e da direcção do estabelecimento. Os delegados de informação médica não devem entrar nas áreas de atendimento clínico.

O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o doente.

Deve ser salvaguardada a confidencialidade referente às crianças vítimas de maus-tratos no seio familiar, pois pode pôr em risco a sua própria segurança.

10 – O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.

O doente internado tem direito a conhecer a informação registada no seu processo clínico.

O acesso ao processo clínico só pode ser feito através de um médico, podendo ser o próprio médico assistente ou outro indicado pelo doente, se o primeiro se negar ou o doente o determinar.

Este facto (não homogéneo nos países da Europa, onde existem casos em que é possível o acesso directo aos dados) pretende facilitar a interpretação dos dados e evitar eventuais choques emocionais.

11 – O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto clínico.

O doente internado tem direito a que todo o acto diagnóstico ou terapêutico seja efectuado só na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se pedir a presença de outros elementos, podendo requerer a de um familiar (excluindo, por exemplo, os actos cirúrgicos que não o permitam).

Nos actos cirúrgicos a crianças, deverá ser permitida a presença de um elemento securizante (habitualmente um dos pais), na indução anestésica, de modo a minimizar as repercussões psicoemocionais.

A vida privada do doente não pode ser objecto de intromissão, salvo em caso de necessidade para efeitos de diagnóstico ou tratamento, e tendo o doente expressado o seu consentimento. No que respeita às crianças, a vida privada pode ter de ser investigada, por vezes sem a concordância dos pais, se tal for necessário para a terapêutica ou bem-estar da criança.

Nas enfermarias, o banho dos doentes deve ser realizado tendo em conta o pudor do doente. Devem ser utilizados cortinas ou biombos com esse fim.

O respeito pela intimidade do doente deve ser preservado durante os cuidados de higiene, as consultas, as visitas médicas, o ensino, os tratamentos pré e pós-operatórios, radiografias, o transporte em maca e em todos os momentos do seu internamento.

Embora as urgências não constituam, necessariamente, um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer.

12 – O doente internado tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

O doente internado ou o seu representante legítimo pode apresentar sugestões ou reclamações sobre a qualidade dos cuidados e do atendimento, bem como das instalações.

As reclamações podem ser feitas no livro de reclamações existente nos serviços, no gabinete do utente e, ainda, por via postal, fax ou correio electrónico.

Para conhecer o grau de satisfação e tomar medidas de melhoria, o estabelecimento dispõe de um gabinete do utente, de livros de reclamações e de questionários de satisfação.

A resposta às reclamações deverá ser dada em tempo útil, informando do seguimento dado.

Este direito estende-se à possibilidade legal de o doente, através de meios jurídicos, pedir a reparação dos danos eventualmente sofridos.

O doente deve fazer valer os direitos constantes neste documento, que emanam da legislação em vigor.

13 – O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos.

O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos quando o desejar e os horários o permitam, sempre que não exista contra-indicação.

As instituições e os profissionais devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afectivo que podem dar “entes significativos” para o doente.

As situações familiares mais complicadas, onde existem conflitos entre os diferentes familiares e / ou amigos, têm que ser ponderadas discreta e subtilmente pelos profissionais.

Os doentes que não têm visitas e se sentem isolados devem ter um maior apoio quer do pessoal de saúde, quer do pessoal voluntário devidamente preparado e enquadrado.

O doente internado que se mostre incapaz de compreender ou de se fazer compreender tem direito ao acompanhamento da pessoa que habitualmente lhe presta cuidados e para a qual deve haver condições mínimas.

Em outras situações que se justifiquem, o doente internado tem também direito ao acompanhamento em permanência:

- no momento do parto, pelo companheiro, ou outra pessoa designada pela parturiente;
- no caso das crianças internadas independentemente da sua idade e estado de saúde;
- doentes com deficiências, com problemas de comunicação ou alterações de natureza psicológica;
- doentes em situação terminal;
- doentes no serviço de urgência.

Os horários para as visitas deverão ter em conta não só as necessidades dos serviços, mas também, e sobretudo, as necessidades dos doentes e a disponibilidade da população.

14 – O doente internado tem direito à sua liberdade individual.

O doente internado pode, a qualquer momento, deixar o estabelecimento, salvo nas excepções previstas na lei, depois de ter sido informado dos eventuais riscos que corre.

Este exercício de liberdade individual requer, no entanto, algumas formalidades, e, para além do doente ter sido informado dos riscos decorrentes da sua decisão, ele terá de assinar um termo de responsabilidade pela sua alta.

Qualquer indivíduo com transtornos mentais, internado com o seu consentimento, tem os mesmos direitos ao exercício das liberdades individuais que os outros doentes, considerando-se, no entanto, as eventuais condicionantes resultantes da sua doença.

Os detidos hospitalizados têm os mesmos direitos que os outros doentes internados, nos limites consagrados na legislação.

Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde  
Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde

# **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia**

## **Preâmbulo**

Os povos da Europa, estabelecendo entre si uma união cada vez mais estreita, decidiram partilhar um futuro de paz, assente em valores comuns.

Consciente do seu património espiritual e moral, a União baseia-se nos valores indivisíveis e universais da dignidade do ser humano, da liberdade, da igualdade e da solidariedade; assenta nos princípios da democracia e do Estado de Direito. Ao instituir a cidadania da União e ao criar um espaço de liberdade, de segurança e de justiça, coloca o ser humano no cerne da sua acção.

A União contribui para a preservação e o desenvolvimento destes valores comuns, no respeito pela diversidade das culturas e das tradições dos povos da Europa, bem como da identidade nacional dos Estados-Membros e da organização dos seus poderes públicos aos níveis nacional, regional e local; procura promover um desenvolvimento equilibrado e duradouro e assegura a livre circulação das pessoas, dos bens, dos serviços e dos capitais, bem como a liberdade de estabelecimento.

Para o efeito, é necessário, conferindo-lhes maior visibilidade por meio de uma Carta, reforçar a protecção dos direitos fundamentais, à luz da evolução da sociedade, do progresso social e da evolução científica e tecnológica.

A presente Carta reafirma, no respeito pelas atribuições e competências da Comunidade e da União e na observância do princípio da subsidiariedade, os direitos que decorrem, nomeadamente, das tradições constitucionais e das obrigações internacionais comuns aos Estados-Membros, do Tratado da União

Europeia e dos Tratados comunitários, da Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, das Cartas Sociais aprovadas pela Comunidade e pelo Conselho da Europa, bem como da jurisprudência do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias e do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem.

O gozo destes direitos implica responsabilidades e deveres, tanto para com as outras pessoas individualmente consideradas, como para com a comunidade humana e as gerações futuras.

Assim sendo, a União reconhece os direitos, liberdades e princípios a seguir enunciados.

## **Capítulo I**

### **Dignidade**

#### **Artigo 1.º**

##### **Dignidade do ser humano**

A dignidade do ser humano é inviolável. Deve ser respeitada e protegida.

#### **Artigo 2.º**

##### **Direito à vida**

- 1 – Todas as pessoas têm direito à vida.
- 2 – Ninguém pode ser condenado à pena de morte, nem executado.

#### **Artigo 3.º**

##### **Direito à integridade do ser humano**

- 1 – Todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua integridade física e mental.
- 2 – No domínio da medicina e da biologia, devem ser respeitados, designadamente:

- o consentimento livre e esclarecido da pessoa, nos termos da lei,
- a proibição das práticas eugénicas, nomeadamente das que têm por finalidade a selecção das pessoas,
- a proibição de transformar o corpo humano ou as suas partes, enquanto tais, numa fonte de lucro,
- a proibição da clonagem reprodutiva dos seres humanos.

#### **Artigo 4.º**

##### **Proibição da tortura e dos tratos ou penas desumanos ou degradantes**

Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas desumanos ou degradantes.

#### **Artigo 5.º**

##### **Proibição da escravidão e do trabalho forçado**

- 1 – Ninguém pode ser sujeito a escravidão nem a servidão.
- 2 – Ninguém pode ser constrangido a realizar trabalho forçado ou obrigatório.
- 3 – É proibido o tráfico de seres humanos.

## **Capítulo II Liberdades**

#### **Artigo 6.º**

##### **Direito à liberdade e à segurança**

Todas as pessoas têm direito à liberdade e à segurança.

#### **Artigo 7.º**

##### **Respeito pela vida privada e familiar**

Todas as pessoas têm direito ao respeito pela sua vida privada e familiar, pelo seu domicílio e pelas suas comunicações.



## **Artigo 8.º**

### **Protecção de dados pessoais**

1 – Todas as pessoas têm direito à protecção dos dados de carácter pessoal que lhes digam respeito.

2 – Esses dados devem ser objecto de um tratamento leal, para fins específicos e com o consentimento da pessoa interessada ou com outro fundamento legítimo previsto por lei. Todas as pessoas têm o direito de aceder aos dados coligidos que lhes digam respeito e de obter a respectiva rectificação.

3 – O cumprimento destas regras fica sujeito a fiscalização por parte de uma autoridade independente.

## **Artigo 9.º**

### **Direito de contrair casamento e de constituir família**

O direito de contrair casamento e o direito de constituir família são garantidos pelas legislações nacionais que regem o respectivo exercício.

## **Artigo 10.º**

### **Liberdade de pensamento, de consciência e de religião**

1 – Todas as pessoas têm direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, bem como a liberdade de manifestar a sua religião ou a sua convicção, individual ou colectivamente, em público ou em privado, através do culto, do ensino, de práticas e da celebração de ritos.

2 – O direito à objecção de consciência é reconhecido pelas legislações nacionais que regem o respectivo exercício.

## **Artigo 11.º**

### **Liberdade de expressão e de informação**

1 – Todas as pessoas têm direito à liberdade de expressão. Este direito compreende a liberdade de opinião e a liberdade de receber e de transmitir informações ou ideias, sem que possa haver ingerência de quaisquer poderes públicos e sem consideração de fronteiras.

2 – São respeitados a liberdade e o pluralismo dos meios de comunicação social.

## **Artigo 12.º**

### **Liberdade de reunião e de associação**

1 – Todas as pessoas têm direito à liberdade de reunião pacífica e à liberdade de associação a todos os níveis, nomeadamente nos domínios político, sindical e cívico, o que implica o direito de, com outrem, fundarem sindicatos e de neles se filiarem para a defesa dos seus interesses.

2 – Os partidos políticos ao nível da União contribuem para a expressão da vontade política dos cidadãos da União.

## **Artigo 13.º**

### **Liberdade das artes e das ciências**

As artes e a investigação científica são livres. É respeitada a liberdade académica.

## **Artigo 14.º**

### **Direito à educação**

1 – Todas as pessoas têm direito à educação, bem como ao acesso à formação profissional e contínua.

2 – Este direito inclui a possibilidade de frequentar gratuitamente o ensino obrigatório.

3 – São respeitados, segundo as legislações nacionais que regem o respetivo exercício, a liberdade de criação de estabelecimentos de ensino, no respeito pelos princípios democráticos, e o direito dos pais de assegurarem a educação e o ensino dos filhos de acordo com as suas convicções religiosas, filosóficas e pedagógicas.

## **Artigo 15.º**

### **Liberdade profissional e direito de trabalhar**

1 – Todas as pessoas têm o direito de trabalhar e de exercer uma profissão livremente escolhida ou aceite.

2 – Todos os cidadãos da União têm a liberdade de procurar emprego, de trabalhar, de se estabelecer ou de prestar serviços em qualquer Estado-Membro.

3 – Os nacionais de países terceiros que sejam autorizados a trabalhar no território dos Estados-Membros têm direito a condições de trabalho equivalentes àquelas de que beneficiam os cidadãos da União.

## **Artigo 16.º**

### **Liberdade de empresa**

É reconhecida a liberdade de empresa, de acordo com o direito comunitário e as legislações e práticas nacionais.

## **Artigo 17.º**

### **Direito de propriedade**

1 – Todas as pessoas têm o direito de fruir da propriedade dos seus bens legalmente adquiridos, de os utilizar, de dispor deles e de os transmitir em vida ou por morte. Ninguém pode ser privado da sua propriedade, excepto por razões de utilidade pública, nos casos e condições previstos por lei e mediante justa indemnização pela respectiva perda, em tempo útil. A utilização dos bens pode ser regulamentada por lei na medida do necessário ao interesse geral.

2 – É protegida a propriedade intelectual.

## **Artigo 18.º**

### **Direito de asilo**

É garantido o direito de asilo, no quadro da Convenção de Genebra de 28 de Julho de 1951 e do Protocolo de 31 de Janeiro de 1967, relativos ao Estatuto dos Refugiados, e nos termos do Tratado que instituiu a Comunidade Europeia.

## **Artigo 19.º**

### **Protecção em caso de afastamento, expulsão ou extradição**

1 – São proibidas as expulsões colectivas.

2 – Ninguém pode ser afastado, expulso ou extraditado para um Estado onde corra sério risco de ser sujeito a pena de morte, a tortura ou a outros tratos ou penas desumanos ou degradantes.

## **Capítulo III Igualdade**

### **Artigo 20.º**

#### **Igualdade perante a lei**

Todas as pessoas são iguais perante a lei.

### **Artigo 21.º**

#### **Não discriminação**

1 – É proibida a discriminação em razão, designadamente, do sexo, raça, cor ou origem étnica ou social, características genéticas, língua, religião ou convicções, opiniões políticas ou outras, pertença a uma minoria nacional, riqueza, nascimento, deficiência, idade ou orientação sexual.

2 – No âmbito de aplicação do Tratado que institui a Comunidade Europeia e do Tratado da União Europeia, e sem prejuízo das disposições especiais destes Tratados, é proibida toda a discriminação em razão da nacionalidade.

### **Artigo 22.º**

#### **Diversidade cultural, religiosa e linguística**

A União respeita a diversidade cultural, religiosa e linguística.

### **Artigo 23.º**

#### **Igualdade entre homens e mulheres**

Deve ser garantida a igualdade entre homens e mulheres em todos os domínios, incluindo em matéria de emprego, trabalho e remuneração.

O princípio da igualdade não obsta a que se mantenham ou adoptem medidas que prevejam regalias específicas a favor do sexo sub-representado.

### **Artigo 24.º**

#### **Direitos das crianças**

1 – As crianças têm direito à protecção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar. Podem exprimir livremente a sua opinião, que será tomada em consideração nos assuntos que lhes digam respeito, em função da sua idade e maturidade.

2 – Todos os actos relativos às crianças, quer praticados por entidades públicas, quer por instituições privadas, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança.

3 – Todas as crianças têm o direito de manter regularmente relações pessoais e contactos directos com ambos os progenitores, excepto se isso for contrário aos seus interesses.

### **Artigo 25.º**

#### **Direitos das pessoas idosas**

A União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural.

### **Artigo 26.º**

#### **Integração das pessoas com deficiência**

A União reconhece e respeita o direito das pessoas com deficiência a beneficiarem de medidas destinadas a assegurar a sua autonomia, a sua integração social e profissional e a sua participação na vida da comunidade.

## **Capítulo IV Solidariedade**

### **Artigo 27.º**

#### **Direito à informação e à consulta dos trabalhadores na empresa**

Deve ser garantida aos níveis apropriados, aos trabalhadores ou aos seus representantes, a informação e consulta, em tempo útil, nos casos e nas condições previstos pelo direito comunitário e pelas legislações e práticas nacionais.

### **Artigo 28.º**

#### **Direito de negociação e de acção colectiva**

Os trabalhadores e as entidades patronais, ou as respectivas organizações, têm, de acordo com o direito comunitário e as legislações e práticas nacionais, o direito de negociar e de celebrar convenções colectivas, aos níveis apropriados, bem como de recorrer, em caso de conflito de interesses, a acções colectivas para a defesa dos seus interesses, incluindo a greve.

### **Artigo 29.º**

#### **Direito de acesso aos serviços de emprego**

Todas as pessoas têm direito de acesso gratuito a um serviço de emprego.

### **Artigo 30.º**

#### **Protecção em caso de despedimento sem justa causa**

Todos os trabalhadores têm direito a protecção contra os despedimentos sem justa causa, de acordo com o direito comunitário e as legislações e práticas nacionais.

### **Artigo 31.º**

#### **Condições de trabalho justas e equitativas**

1 – Todos os trabalhadores têm direito a condições de trabalho saudáveis, seguras e dignas.

2 – Todos os trabalhadores têm direito a uma limitação da duração máxima do trabalho e a períodos de descanso diário e semanal, bem como a um período anual de férias pagas.

### **Artigo 32.º**

#### **Proibição do trabalho infantil e protecção dos jovens no trabalho**

É proibido o trabalho infantil. A idade mínima de admissão ao trabalho não pode ser inferior à idade em que cessa a escolaridade obrigatória, sem prejuízo de disposições mais favoráveis aos jovens e salvo derrogações bem delimitadas.

Os jovens admitidos ao trabalho devem beneficiar de condições de trabalho adaptadas à sua idade e de uma protecção contra a exploração económica e contra todas as actividades susceptíveis de prejudicar a sua segurança, saúde ou desenvolvimento físico, mental, moral ou social, ou ainda de pôr em causa a sua educação.

### **Artigo 33.º**

#### **Vida familiar e vida profissional**

1 – É assegurada a protecção da família nos planos jurídico, económico e social.

2 – A fim de poderem conciliar a vida familiar e a vida profissional, todas as pessoas têm direito a protecção contra o despedimento por motivos ligados à maternidade, bem como a uma licença por maternidade paga e a uma licença parental pelo nascimento ou adopção de um filho.

### **Artigo 34.º**

#### **Segurança social e assistência social**

1 – A União reconhece e respeita o direito de acesso às prestações de segurança social e aos serviços sociais que concedem protecção em casos como a maternidade, doença, acidentes de trabalho, dependência ou velhice, bem como em caso de perda de emprego, de acordo com o direito comunitário e as legislações e práticas nacionais.

2 – Todas as pessoas que residam e que se desloquem legalmente no interior da União têm direito às prestações de segurança social e às regalias sociais nos termos do direito comunitário e das legislações e práticas nacionais.

3 – A fim de lutar contra a exclusão social e a pobreza, a União reconhece e respeita o direito a uma assistência social e a uma ajuda à habitação destinadas a assegurar uma existência condigna a todos aqueles que não disponham de recursos suficientes, de acordo com o direito comunitário e as legislações e práticas nacionais.

### **Artigo 35.º**

#### **Protecção da saúde**

Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas

nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e acções da União, será assegurado um elevado nível de protecção da saúde humana.

### **Artigo 36.º**

#### **Acesso a serviços de interesse económico geral**

A União reconhece e respeita o acesso a serviços de interesse económico geral tal como previsto nas legislações e práticas nacionais, de acordo com o Tratado que institui a Comunidade Europeia, a fim de promover a coesão social e territorial da União.

### **Artigo 37.º**

#### **Protecção do ambiente**

Todas as políticas da União devem integrar um elevado nível de protecção do ambiente e a melhoria da sua qualidade, e assegurar-los de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável.

### **Artigo 38.º**

#### **Defesa dos consumidores**

As políticas da União devem assegurar um elevado nível de defesa dos consumidores.

## **Capítulo V Cidadania**

### **Artigo 39.º**

#### **Direito de eleger e de ser eleito nas eleições para o Parlamento Europeu**

1 – Todos os cidadãos da União gozam do direito de eleger e de ser eleitos para o Parlamento Europeu no Estado-Membro de residência, nas mesmas condições que os nacionais desse Estado.

2 – Os membros do Parlamento Europeu são eleitos por sufrágio universal directo, livre e secreto.



## **Artigo 40.º**

### **Direito de eleger e de ser eleito nas eleições municipais**

Todos os cidadãos da União gozam do direito de eleger e de ser eleitos nas eleições municipais do Estado-Membro de residência, nas mesmas condições que os nacionais desse Estado.

## **Artigo 41.º**

### **Direito a uma boa administração**

1 – Todas as pessoas têm direito a que os seus assuntos sejam tratados pelas Instituições e órgãos da União de forma imparcial, equitativa e num prazo razoável.

2 – Este direito compreende, nomeadamente:

– o direito de qualquer pessoa a ser ouvida antes de a seu respeito ser tomada qualquer medida individual que a afecte desfavoravelmente;

– o direito de qualquer pessoa a ter acesso aos processos que se lhe refiram, no respeito dos legítimos interesses da confidencialidade e do segredo profissional e comercial;

– a obrigação, por parte da administração, de fundamentar as suas decisões.

3 – Todas as pessoas têm direito à reparação, por parte da Comunidade, dos danos causados pelas suas Instituições ou pelos seus agentes no exercício das respectivas funções, de acordo com os princípios gerais comuns às legislações dos Estados-Membros.

4 – Todas as pessoas têm a possibilidade de se dirigir às Instituições da União numa das línguas oficiais dos Tratados, devendo obter uma resposta na mesma língua.

## **Artigo 42.º**

### **Direito de acesso aos documentos**

Qualquer cidadão da União, bem como qualquer pessoa singular ou colectiva com residência ou sede social num Estado-Membro, tem direito de acesso aos documentos do Parlamento Europeu, do Conselho e da Comissão.

### **Artigo 43.º**

#### **Provedor de Justiça**

Qualquer cidadão da União, bem como qualquer pessoa singular ou colectiva com residência ou sede social num Estado-Membro, tem o direito de apresentar petições ao Provedor de Justiça da União, respeitantes a casos de má administração na actuação das Instituições ou órgãos comunitários, com excepção do Tribunal de Justiça e do Tribunal de Primeira Instância no exercício das respectivas funções jurisdicionais.

### **Artigo 44.º**

#### **Direito de petição**

Qualquer cidadão da União, bem como qualquer pessoa singular ou colectiva com residência ou sede social num Estado-Membro, goza do direito de petição ao Parlamento Europeu.

### **Artigo 45.º**

#### **Liberdade de circulação e de permanência**

1 – Qualquer cidadão da União goza do direito de circular e permanecer livremente no território dos Estados-Membros.

2 – Pode ser concedida a liberdade de circulação e de permanência, de acordo com as disposições do Tratado que institui a Comunidade Europeia, aos nacionais de países terceiros que residam legalmente no território de um Estado-Membro.

### **Artigo 46.º**

#### **Protecção diplomática e consular**

Todos os cidadãos da União beneficiam, no território de países terceiros em que o Estado-Membro de que são nacionais não se encontra representado, de protecção por parte das autoridades diplomáticas e consulares de qualquer Estado-Membro, nas mesmas condições que os nacionais desse Estado.

## Capítulo VI

### Justiça

#### **Artigo 47.º**

##### **Direito à acção e a um tribunal imparcial**

Toda a pessoa cujos direitos e liberdades garantidos pelo direito da União tenham sido violados tem direito a uma acção perante um tribunal.

Toda a pessoa tem direito a que a sua causa seja julgada de forma equitativa, publicamente e num prazo razoável, por um tribunal independente e imparcial, previamente estabelecido por lei. Toda a pessoa tem a possibilidade de se fazer aconselhar, defender e representar em juízo.

É concedida assistência judiciária a quem não disponha de recursos suficientes, na medida em que essa assistência seja necessária para garantir a efectividade do acesso à justiça.

#### **Artigo 48.º**

##### **Presunção de inocência e direitos de defesa**

1 – Todo o arguido se presume inocente enquanto não tiver sido legalmente provada a sua culpa.

2 – É garantido a todo o arguido o respeito dos direitos de defesa.

#### **Artigo 49.º**

##### **Princípios da legalidade e da proporcionalidade dos delitos e das penas**

1 – Ninguém pode ser condenado por uma acção ou por uma omissão que no momento da sua prática não constituía infracção perante o direito nacional ou o direito internacional. Do mesmo modo, não pode ser imposta uma pena mais grave do que a aplicável no momento em que a infracção foi praticada. Se, posteriormente à infracção, a lei previr uma pena mais leve, deve ser essa a pena aplicada.

2 – O presente artigo não prejudica a sentença ou a pena a que tenha sido condenada uma pessoa por uma acção ou por uma omissão que no momento da sua prática constituía crime segundo os princípios gerais reconhecidos por todas as nações.

3 – As penas não devem ser desproporcionadas em relação à infracção.

### **Artigo 50.º**

#### **Direito a não ser julgado ou punido penalmente mais do que uma vez pelo mesmo delito**

Ninguém pode ser julgado ou punido penalmente por um delito do qual já tenha sido absolvido ou pelo qual já tenha sido condenado na União por sentença transitada em julgado, nos termos da lei.

## **Capítulo VII Disposições gerais**

### **Artigo 51.º**

#### **Âmbito de aplicação**

1 – As disposições da presente Carta têm por destinatários as Instituições e órgãos da União, na observância do princípio da subsidiariedade, bem como os Estados-Membros, apenas quando apliquem o direito da União. Assim sendo, devem respeitar os direitos, observar os princípios e promover a sua aplicação, de acordo com as respectivas competências.

2 – A presente Carta não cria quaisquer novas atribuições ou competências para a Comunidade ou para a União, nem modifica as atribuições e competências definidas nos Tratados.

### **Artigo 52.º**

#### **Âmbito dos direitos garantidos**

1 – Qualquer restrição ao exercício dos direitos e liberdades reconhecidos pela presente Carta deve ser prevista por lei e respeitar o conteúdo essencial desses direitos e liberdades. Na observância do princípio da proporcionalidade, essas restrições só podem ser introduzidas se forem necessárias e corresponderem efectivamente a objectivos de interesse geral reconhecidos pela União, ou à necessidade de protecção dos direitos e liberdades de terceiros.

2 – Os direitos reconhecidos pela presente Carta, que se baseiem nos Tratados comunitários ou no Tratado da União Europeia, são exercidos de acordo com as condições e limites por estes definidos.

3 – Na medida em que a presente Carta contenha direitos correspondentes aos direitos garantidos pela Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, o sentido e o âmbito desses direitos são iguais aos conferidos por essa Convenção, a não ser que a presente Carta garanta uma protecção mais extensa ou mais ampla. Esta disposição não obsta a que o direito da União confira uma protecção mais ampla.

### **Artigo 53.º**

#### **Nível de protecção**

Nenhuma disposição da presente Carta deve ser interpretada no sentido de restringir ou lesar os direitos do Homem e as liberdades fundamentais reconhecidos, nos respectivos âmbitos de aplicação, pelo direito da União, o direito internacional e as Convenções internacionais em que são Partes a União, a Comunidade ou todos os Estados-Membros, nomeadamente a Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, bem como pelas Constituições dos Estados-Membros.

### **Artigo 54.º**

#### **Proibição do abuso de direito**

Nenhuma disposição da presente Carta deve ser interpretada no sentido de implicar qualquer direito de exercer actividades ou praticar actos que visem a destruição dos direitos ou liberdades por ela reconhecidos, ou restrições maiores desses direitos e liberdades que as previstas na presente Carta.

Adoptada e aberta à assinatura, ratificação e adesão pela resolução n.º 44/25 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 20 de Novembro de 1989.

A Assembleia Geral

*Lembrando* as suas resoluções anteriores, em especial as resoluções 33/166 de 20 de Dezembro de 1978 e 43/112 de 8 de Dezembro de 1988, e as resoluções da Comissão dos Direitos do Homem e do Conselho Económico e Social relativas à questão da elaboração de uma convenção sobre os direitos da criança;

*Tomando nota*, em particular, da resolução 1989/57 de 8 de Março de 1989 (1) da Comissão dos Direitos do Homem pela qual a Comissão decidiu transmitir o projecto da Convenção sobre os Direitos da Criança, através do Conselho

Económico e Social, à Assembleia Geral, bem como a resolução 1989/79 de 24 de Maio de 1989 do Conselho Económico e Social;

*Reafirmando* que os Direitos da Criança exigem uma especial protecção e melhorias contínuas na situação das crianças em todo o mundo, bem como o seu desenvolvimento e a sua evolução em condições de paz e segurança;

*Profundamente preocupada* pelo facto de a situação das crianças permanecer crítica em muitas partes do mundo, como resultado de condições sociais inadequadas, calamidades naturais, conflitos armados, exploração, analfabetismo, fome e deficiências, e convicta de que é necessária uma acção nacional e internacional urgente e efectiva;

*Consciente* do importante papel do Fundo das Nações Unidas para as crianças e do papel das Nações Unidas na promoção do bem-estar das crianças e do seu desenvolvimento;

*Convicta* de que uma convenção internacional sobre os direitos da criança, bem como uma realização das Nações Unidas no domínio dos direitos do homem trariam uma contribuição positiva à protecção dos direitos das crianças e à garantia do seu bem-estar;

*Consciente* de que 1989 é o ano do trigésimo aniversário da Declaração sobre os Direitos da Criança (2) e o décimo aniversário do Ano Internacional da Criança;

1 – *Exprime o seu apreço* pela conclusão da elaboração do texto da Convenção sobre os Direitos da Criança pela Comissão dos Direitos do Homem;

2 – *Adopta* e abre à assinatura, ratificação e adesão a Convenção sobre os Direitos da criança contida no anexo à presente Resolução;

3 – *Convida* os Estados membros a considerarem a possibilidade de assinatura e ratificação ou adesão à Convenção como prioridade e exprime o desejo de que ela entre em vigor no mais breve trecho;

4 – *Solicita* ao Secretário Geral que forneça os meios e o auxílio necessários à difusão de informações sobre a Convenção;

5 – *Convida* os serviços e organismos das Nações Unidas, bem como organizações intergovernamentais e não governamentais a intensificarem os seus esforços, com vista à difusão de informações sobre a Convenção e à promoção da sua compreensão;

6 – *Solicita* ao Secretário-Geral que apresente um relatório sobre a situação da Convenção sobre os Direitos da Criança à Assembleia Geral, na sua quadragésima quinta sessão;

7 – *Decide* considerar o relatório do Secretário-Geral na sua quadragésima quinta sessão sob o tema “Aplicação da Convenção sobre os Direitos da Criança”.

61.ª Reunião Plenária  
20 de Novembro de 1989

# Convenção sobre os Direitos da Criança\*

## Preâmbulo

Os Estados Partes na presente Convenção,

*Considerando* que, em conformidade com os princípios proclamados pela Carta das Nações Unidas, o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

*Tendo presente* que, na Carta, os povos das Nações Unidas proclamaram, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana e que resolveram favorecer o progresso social e instaurar melhores condições de vida numa liberdade mais ampla;

*Reconhecendo* que as Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos do Homem (3) e nos pactos internacionais relativos aos direitos do homem (4), proclamaram e acordaram em que toda a pessoa humana pode invocar os direitos e liberdades aqui enunciados, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, nascimento ou de qualquer outra situação;

*Recordando* que, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Organização das Nações Unidas proclamou que a infância tem direito a uma ajuda e assistência especiais;

*Convictos de que a família*, elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em



particular das crianças, deve receber a protecção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade;

*Reconhecendo que a criança*, para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão;

*Considerando* que importa preparar plenamente a criança para viver uma vida individual na sociedade e ser educada no espírito dos ideais proclamados na Carta das Nações Unidas e, em particular, num espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade e solidariedade;

*Tendo presente* que a necessidade de garantir uma protecção especial à criança foi enunciada pela Declaração de Genebra de 1924 sobre os Direitos da Criança (5) e pela Declaração dos Direitos da Criança adoptada pelas Nações Unidas em 1959 (2), e foi reconhecida pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (nomeadamente nos Artigos 23.º e 24.º) 4, pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (nomeadamente o Artigo 10.º) e pelos estatutos e instrumentos pertinentes das agências especializadas e organizações internacionais que se dedicam ao bem-estar da criança;

*Tendo presente* que, como indicado na Declaração dos Direitos da Criança, adoptada em 20 de Novembro de 1959 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, «a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma protecção e cuidados especiais, nomeadamente de protecção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento» (6);

*Recordando* as disposições da Declaração sobre os Princípios Sociais e Jurídicos Aplicáveis à Protecção e Bem-Estar das Crianças, com Especial Referência à Adopção e Colocação Familiar nos Planos Nacional e Internacional (7) (Resolução n.º 41/85 da Assembleia Geral, de 3 de Dezembro de 1986), o Conjunto de Regras Mínimas das Nações Unidas relativas à Administração da Justiça para Menores («Regras de Beijing») (8) (Resolução n.º 40/33 da Assembleia Geral, de 29 de Novembro de 1985) e a Declaração sobre Protecção de Mulheres e Crianças em Situação de Emergência ou de Conflito Armado (Resolução n.º 3318 (XXIX) da Assembleia Geral, de 14 de Dezembro de 1974) (9);

*Reconhecendo* que em todos os países do mundo há crianças que vivem em condições particularmente difíceis e que importa assegurar uma atenção especial a essas crianças;

*Tendo devidamente em conta* a importância das tradições e valores culturais de cada povo para a protecção e o desenvolvimento harmonioso da criança;

*Reconhecendo* a importância da cooperação internacional para a melhoria das condições de vida das crianças em todos os países, em particular nos países em desenvolvimento;

*Acordam no seguinte:*

## **Parte I**

### **Artigo 1.º**

Nos termos da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.

### **Artigo 2.º**

1 – Os Estados Partes comprometem-se a respeitar e a garantir os direitos previstos na presente Convenção a todas as crianças que se encontrem sujeitas à sua jurisdição, sem discriminação alguma, independentemente de qualquer consideração de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra da criança, de seus pais ou representantes legais, ou da sua origem nacional, étnica ou social, fortuna, incapacidade, nascimento ou de qualquer outra situação.

2 – Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas para que a criança seja efectivamente protegida contra todas as formas de discriminação ou de sanção decorrentes da situação jurídica, de actividades, opiniões expressas ou convicções de seus pais, representantes legais ou outros membros da sua família.

### **Artigo 3.º**

1 – Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança.

2 – Os Estados Partes comprometem-se a garantir à criança a protecção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, representantes legais ou outras pessoas que a tenham legalmente

a seu cargo e, para este efeito, tomam todas as medidas legislativas e administrativas adequadas.

3 – Os Estados Partes garantem que o funcionamento de instituições, serviços e estabelecimentos que têm crianças a seu cargo e asseguram que a sua proteção seja conforme às normas fixadas pelas autoridades competentes, nomeadamente nos domínios da segurança e saúde, relativamente ao número e qualificação do seu pessoal, bem como quanto à existência de uma adequada fiscalização.

#### **Artigo 4.º**

Os Estados Partes comprometem-se a tomar todas as medidas legislativas, administrativas e outras necessárias à realização dos direitos reconhecidos pela presente Convenção. No caso de direitos económicos, sociais e culturais, tomam essas medidas no limite máximo dos seus recursos disponíveis e, se necessário, no quadro da cooperação internacional.

#### **Artigo 5.º**

Os Estados Partes respeitam as responsabilidades, os direitos e os deveres dos pais e, sendo caso disso, dos membros da família alargada ou da comunidade nos termos dos costumes locais, dos representantes legais ou de outras pessoas que tenham a criança legalmente a seu cargo, de assegurar à criança, de forma compatível com o desenvolvimento das suas capacidades, a orientação e os conselhos adequados ao exercício dos direitos que lhe são reconhecidos pela presente Convenção.

#### **Artigo 6.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem à criança o direito inerente à vida.

2 – Os Estados Partes asseguram na máxima medida possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

#### **Artigo 7.º**

1 – A criança é registada imediatamente após o nascimento e tem desde o nascimento o direito a um nome, o direito a adquirir uma nacionalidade e, sempre que possível, o direito de conhecer os seus pais e de ser educada por eles.

2 – Os Estados Partes garantem a realização destes direitos de harmonia com a legislação nacional e as obrigações decorrentes dos instrumentos jurídicos internacionais relevantes neste domínio, nomeadamente nos casos em que, de outro modo, a criança ficasse apátrida.

### **Artigo 8.º**

1 – Os Estados Partes comprometem-se a respeitar o direito da criança e a preservar a sua identidade, incluindo a nacionalidade, o nome e relações familiares, nos termos da lei, sem ingerência ilegal.

2 – No caso de uma criança ser ilegalmente privada de todos os elementos constitutivos da sua identidade ou de alguns deles, os Estados Partes devem assegurar-lhe assistência e protecção adequadas, de forma que a sua identidade seja restabelecida o mais rapidamente possível.

### **Artigo 9.º**

1 – Os Estados Partes garantem que a criança não é separada de seus pais contra a vontade destes, salvo se as autoridades competentes decidirem, sem prejuízo de revisão judicial e de harmonia com a legislação e o processo aplicáveis, que essa separação é necessária no interesse superior da criança. Tal decisão pode mostrar-se necessária no caso de, por exemplo, os pais maltratarem ou negligenciarem a criança ou no caso de os pais viverem separados e uma decisão sobre o lugar da residência da criança tiver de ser tomada.

2 – Em todos os casos previstos no n.º 1 todas as partes interessadas devem ter a possibilidade de participar nas deliberações e de dar a conhecer os seus pontos de vista.

3 – Os Estados Partes respeitam o direito da criança separada de um ou de ambos os seus pais de manter regularmente relações pessoais e contactos directos com ambos, salvo se tal se mostrar contrário ao interesse superior da criança.

4 – Quando a separação resultar de medidas tomadas por um Estado Parte, tais como a detenção, prisão, exílio, expulsão ou morte (incluindo a morte ocorrida no decurso de detenção, independentemente da sua causa) de ambos os pais ou de um deles, ou da criança, o Estado Parte, se tal lhe for solicitado, dará aos pais, à criança ou, sendo esse o caso, a um outro membro da família informações essenciais sobre o local onde se encontram o membro ou membros da

família, a menos que a divulgação de tais informações se mostre prejudicial ao bem-estar da criança. Os Estados Partes comprometem-se, além disso, a que a apresentação de um pedido de tal natureza não determine em si mesmo consequências adversas para a pessoa ou pessoas interessadas.

### **Artigo 10.º**

1 – Nos termos da obrigação decorrente para os Estados Partes ao abrigo do n.º 1 do Artigo 9.º, todos os pedidos formulados por uma criança ou por seus pais para entrar num Estado Parte ou para o deixar, com o fim de reunificação familiar, são considerados pelos Estados Partes de forma positiva, com humanidade e diligência. Os Estados Partes garantem, além disso, que a apresentação de um tal pedido não determinará consequências adversas para os seus autores ou para os membros das suas famílias.

2 – Uma criança cujos pais residem em diferentes Estados Partes tem o direito de manter, salvo circunstâncias excepcionais, relações pessoais e contactos directos regulares com ambos. Para esse efeito, e nos termos da obrigação que decorre para os Estados Partes ao abrigo do n.º 2 do Artigo 9.º, os Estados Partes respeitam o direito da criança e de seus pais de deixar qualquer país, incluindo o seu, e de regressar ao seu próprio país. O direito de deixar um país só pode ser objecto de restrições que, sendo previstas na lei, constituam disposições necessárias para proteger a segurança nacional, a ordem pública, a saúde ou moral públicas, ou os direitos e liberdades de outrem, e se mostrem compatíveis com os outros direitos reconhecidos na presente Convenção.

### **Artigo 11.º**

1 – Os Estados Partes tomam as medidas adequadas para combater a deslocação e a retenção ilícitas de crianças no estrangeiro.

2 – Para esse efeito, os Estados Partes promovem a conclusão de acordos bilaterais ou multilaterais ou a adesão a acordos existentes.

### **Artigo 12.º**

1 – Os Estados Partes garantem à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem,

sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade.

2 – Para este fim, é assegurada à criança a oportunidade de ser ouvida nos processos judiciais e administrativos que lhe respeitem, seja directamente, seja através de representante ou de organismo adequado, segundo as modalidades previstas pelas regras de processo da legislação nacional.

### **Artigo 13.º**

1 – A criança tem direito à liberdade de expressão. Este direito compreende a liberdade de procurar, receber e expandir informações e ideias de toda a espécie, sem considerações de fronteiras, sob forma oral, escrita, impressa ou artística ou por qualquer outro meio à escolha da criança.

2 – O exercício deste direito só pode ser objecto de restrições previstas na lei e que sejam necessárias:

- a) ao respeito dos direitos e da reputação de outrem;
- b) à salvaguarda da segurança nacional, da ordem pública, da saúde ou da moral públicas.

### **Artigo 14.º**

1 – Os Estados Partes respeitam o direito da criança à liberdade de pensamento, de consciência e de religião.

2 – Os Estados Partes respeitam os direitos e deveres dos pais e, sendo caso disso, dos representantes legais, de orientar a criança no exercício deste direito, de forma compatível com o desenvolvimento das suas capacidades.

3 – A liberdade de manifestar a sua religião ou as suas convicções só pode ser objecto de restrições previstas na lei e que se mostrem necessárias à protecção da segurança, da ordem e da saúde públicas, ou da moral e das liberdades e direitos fundamentais de outrem.

### **Artigo 15.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem os direitos da criança à liberdade de associação e à liberdade de reunião pacífica.

2 – O exercício destes direitos só pode ser objecto de restrições previstas na lei e que sejam necessárias, numa sociedade democrática, no interesse da segurança nacional ou da segurança pública, da ordem pública, para proteger a saúde ou a moral públicas ou os direitos e liberdades de outrem.

### **Artigo 16.º**

1 – Nenhuma criança pode ser sujeita a intromissões arbitrárias ou ilegais na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou correspondência, nem a ofensas ilegais à sua honra e reputação.

2 – A criança tem direito à protecção da lei contra tais intromissões ou ofensas.

### **Artigo 17.º**

Os Estados Partes reconhecem a importância da função exercida pelos órgãos de comunicação social e asseguram o acesso da criança à informação e a documentos provenientes de fontes nacionais e internacionais diversas, nomeadamente aqueles que visem promover o seu bem-estar social, espiritual e moral, assim como a sua saúde física e mental. Para esse efeito, os Estados Partes devem:

- a) encorajar os órgãos de comunicação social a difundir informação e documentos que revistam utilidade social e cultural para a criança e se enquadrem no espírito do Artigo 29.º;
- b) encorajar a cooperação internacional tendente a produzir, trocar e difundir informação e documentos dessa natureza, provenientes de diferentes fontes culturais, nacionais e internacionais;
- c) encorajar a produção e a difusão de livros para crianças;
- d) encorajar os órgãos de comunicação social a ter particularmente em conta as necessidades linguísticas das crianças indígenas ou que pertençam a um grupo minoritário;
- e) favorecer a elaboração de princípios orientadores adequados à protecção da criança contra a informação e documentos prejudiciais ao seu bem-estar, nos termos do disposto nos artigos 13.º e 18.º.

### **Artigo 18.º**

1 – Os Estados Partes diligenciam de forma a assegurar o reconhecimento do princípio segundo o qual ambos os pais têm uma responsabilidade comum na educação e no desenvolvimento da criança. A responsabilidade de educar a criança e de assegurar o seu desenvolvimento cabe primacialmente aos pais e, sendo caso disso, aos representantes legais. O interesse superior da criança deve constituir a sua preocupação fundamental.

2 – Para garantir e promover os direitos enunciados na presente Convenção, os Estados Partes asseguram uma assistência adequada aos pais e representantes legais da criança no exercício da responsabilidade que lhes cabe de educar a criança e garantem o estabelecimento de instituições, instalações e serviços de assistência à infância.

3 – Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas para garantir às crianças cujos pais trabalhem o direito de beneficiar de serviços, e instalações de assistência às crianças para os quais reúnam as condições requeridas.

### **Artigo 19.º**

1 – Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente; maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada.

2 – Tais medidas de protecção devem incluir, consoante o caso, processos eficazes para o estabelecimento de programas sociais destinados a assegurar o apoio necessário à criança e àqueles a cuja guarda está confiada, bem como outras formas de prevenção, e para identificação, elaboração de relatório, transmissão, investigação, tratamento e acompanhamento dos casos de maus tratos infligidos à criança, acima descritos, compreendendo igualmente, se necessário, processos de intervenção judicial.



## Artigo 20.º

1 – A criança temporária ou definitivamente privada do seu ambiente familiar ou que, no seu interesse superior, não possa ser deixada em tal ambiente tem direito à protecção e assistência especiais do Estado.

2 – Os Estados Partes asseguram a tais crianças uma protecção alternativa, nos termos da sua legislação nacional.

3 – A protecção alternativa pode incluir, entre outras, a forma de colocação familiar, a *kafala* do direito islâmico, a adopção ou, no caso de tal se mostrar necessário, a colocação em estabelecimentos adequados de assistência às crianças. Ao considerar tais soluções, importa atender devidamente à necessidade de assegurar continuidade à educação da criança, bem como à sua origem étnica, religiosa, cultural e linguística.

## Artigo 21.º

Os Estados Partes que reconhecem e ou permitem a adopção asseguram que o interesse superior da criança será a consideração primordial neste domínio e:

- a) garantem que a adopção de uma criança é autorizada unicamente pelas autoridades competentes, que, nos termos da lei e do processo aplicáveis e baseando-se em todas as informações credíveis relativas ao caso concreto, verificam que a adopção pode ter lugar face à situação da criança relativamente a seus pais, parentes e representantes legais e que, se necessário, as pessoas interessadas deram em consciência o seu consentimento à adopção, após se terem socorrido de todos os pareceres julgados necessários;
- b) reconhecem que a adopção internacional pode ser considerada como uma forma alternativa de protecção da criança se esta não puder ser objecto de uma medida de colocação numa família de acolhimento ou adoptiva, ou se não puder ser convenientemente educada no seu país de origem;
- c) garantem à criança sujeito de adopção internacional o gozo das garantias e normas equivalentes às aplicáveis em caso de adopção nacional;

- d) tomam todas as medidas adequadas para garantir que, em caso de adopção internacional, a colocação da criança se não traduza num benefício material indevido para os que nela estejam envolvidos;
- e) promovem os objectivos deste artigo pela conclusão de acordos ou tratados bilaterais ou multilaterais, consoante o caso, e neste domínio procuram assegurar que as colocações de crianças no estrangeiro sejam efectuadas por autoridades ou organismos competentes.

## **Artigo 22.º**

1 – Os Estados Partes tomam as medidas necessárias para que a criança que requiera o estatuto de refugiado ou que seja considerada refugiado, de harmonia com as normas e processos de direito internacional ou nacional aplicáveis, quer se encontre só, quer acompanhada de seus pais ou de qualquer outra pessoa, beneficie de adequada protecção e assistência humanitária, de forma a permitir o gozo dos direitos reconhecidos pela presente Convenção e outros instrumentos internacionais relativos aos direitos do homem ou de carácter humanitário, de que os referidos Estados sejam Partes.

2 – Para esse efeito, os Estados Partes cooperam, nos termos considerados adequados, nos esforços desenvolvidos pela Organização das Nações Unidas e por outras organizações intergovernamentais ou não governamentais competentes que colaborem com a Organização das Nações Unidas na protecção e assistência de crianças que se encontrem em tal situação, e na procura dos pais ou de outros membros da família da criança refugiada, de forma a obter as informações necessárias à reunificação familiar. No caso de não terem sido encontrados os pais ou outros membros da família, a criança deve beneficiar, à luz dos princípios enunciados na presente Convenção, da protecção assegurada a toda a criança que, por qualquer motivo, se encontre privada temporária ou definitivamente do seu ambiente familiar.

## **Artigo 23.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem à criança mental e fisicamente deficiente o direito a uma vida plena e decente em condições que garantam a sua dignidade, favoreçam a sua autonomia e facilitem a sua participação activa na vida da comunidade.

2 – Os Estados Partes reconhecem à criança deficiente o direito de beneficiar de cuidados especiais e encorajam e asseguram, na medida dos recursos disponíveis, a prestação à criança que reúna as condições requeridas e àqueles que a tenham a seu cargo de uma assistência correspondente ao pedido formulado e adaptada ao estado da criança e à situação dos pais ou daqueles que a tiverem a seu cargo.

3 – Atendendo às necessidades particulares da criança deficiente, a assistência fornecida nos termos do n.º 2 será gratuita sempre que tal seja possível, atendendo aos recursos financeiros dos pais ou daqueles que tiverem a criança a seu cargo, e é concebida de maneira a que a criança deficiente tenha efectivo acesso à educação, à formação, aos cuidados de saúde, à reabilitação, à preparação para o emprego e a actividades recreativas, e beneficie desses serviços de forma a assegurar uma integração social tão completa quanto possível e o desenvolvimento pessoal, incluindo nos domínios cultural e espiritual.

4 – Num espírito de cooperação internacional, os Estados Partes promovem a troca de informações pertinentes no domínio dos cuidados preventivos de saúde e do tratamento médico, psicológico e funcional das crianças deficientes, incluindo a difusão de informações respeitantes aos métodos de reabilitação e aos serviços de formação profissional, bem como o acesso a esses dados, com vista a permitir que os Estados Partes melhorem as suas capacidades e qualificações e alarguem a sua experiência nesses domínios. A este respeito atender-se-á de forma particular às necessidades dos países em desenvolvimento.

#### **Artigo 24.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde.

2 – Os Estados Partes prosseguem a realização integral deste direito e, nomeadamente, tomam medidas adequadas para:

- a) fazer baixar a mortalidade entre as crianças de tenra idade e a mortalidade infantil;
- b) assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários;

- c) combater a doença e a má nutrição, no quadro dos cuidados de saúde primários, graças nomeadamente à utilização de técnicas facilmente disponíveis e ao fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável, tendo em consideração os perigos e riscos da poluição do ambiente;
- d) assegurar às mães os cuidados de saúde, antes e depois do nascimento;
- e) assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes;
- f) desenvolver os cuidados preventivos de saúde, os conselhos aos pais e a educação sobre planeamento familiar e os serviços respectivos.

3 – Os Estados Partes tomam todas as medidas eficazes e adequadas com vista a abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças.

4 – Os Estados Partes comprometem-se a promover e a encorajar a cooperação internacional, de forma a garantir progressivamente a plena realização do direito reconhecido no presente artigo. A este respeito atender-se-á de forma particular às necessidades dos países em desenvolvimento.

### **Artigo 25.º**

Os Estados Partes reconhecem à criança que foi objecto de uma medida de colocação num estabelecimento pelas autoridades competentes, para fins de assistência, protecção ou tratamento físico ou mental, o direito à revisão periódica do tratamento a que foi submetida e de quaisquer outras circunstâncias ligadas à sua colocação.

### **Artigo 26.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem à criança o direito de beneficiar da segurança social e tomam todas as medidas necessárias para assegurar a plena realização deste direito, nos termos da sua legislação nacional.

2 – As prestações, se a elas houver lugar, devem ser atribuídas tendo em conta os recursos e a situação da criança e das pessoas responsáveis pela sua

manutenção, assim como qualquer outra consideração relativa ao pedido de prestação feito pela criança ou em seu nome.

### **Artigo 27.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a um nível de vida suficiente, de forma a permitir o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social.

2 – Cabe primordialmente aos pais e às pessoas que têm a criança a seu cargo a responsabilidade de assegurar, dentro das suas possibilidades e disponibilidades económicas, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança.

3 – Os Estados Partes, tendo em conta as condições nacionais e na medida dos seus meios, tomam as medidas adequadas para ajudar os pais e outras pessoas que tenham a criança a seu cargo a realizar este direito e asseguram, em caso de necessidade, auxílio material e programas de apoio, nomeadamente no que respeita à alimentação, vestuário e alojamento.

4 – Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas tendentes a assegurar a cobrança da pensão alimentar devida à criança, de seus pais ou de outras pessoas que tenham a criança economicamente a seu cargo, tanto no seu território quanto no estrangeiro. Nomeadamente, quando a pessoa que tem a criança economicamente a seu cargo vive num Estado diferente do da criança, os Estados Partes devem promover a adesão a acordos internacionais ou a conclusão de tais acordos, assim como a adopção de quaisquer outras medidas julgadas adequadas.

### **Artigo 28.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem o direito da criança à educação e tendo, nomeadamente, em vista assegurar progressivamente o exercício desse direito na base da igualdade de oportunidades:

- a) tornam o ensino primário obrigatório e gratuito para todos;
- b) encorajam a organização de diferentes sistemas de ensino secundário, geral e profissional, tornam estes públicos e acessíveis a todas as crianças e tomam medidas adequadas, tais como a introdução da gratuidade do ensino e a oferta de auxílio financeiro em caso de necessidade;
- c) tornam o ensino superior acessível a todos, em função das capacidades de cada um, por todos os meios adequados;

- d) tornam a informação e a orientação escolar e profissional públicas e acessíveis a todas as crianças;
- e) tomam medidas para encorajar a frequência escolar regular e a redução das taxas de abandono escolar.

2 – Os Estados Partes tomam as medidas adequadas para velar por que a disciplina escolar seja assegurada de forma compatível com a dignidade humana da criança e nos termos da presente Convenção.

3 – Os Estados Partes promovem e encorajam a cooperação internacional no domínio da educação, nomeadamente de forma a contribuir para a eliminação da ignorância e do analfabetismo no mundo e a facilitar o acesso aos conhecimentos científicos e técnicos e aos modernos métodos de ensino. A este respeito atender-se-á de forma particular às necessidades dos países em desenvolvimento.

## **Artigo 29.º**

1 – Os Estados Partes acordam em que a educação da criança deve destinar-se a:

- a) promover o desenvolvimento da personalidade da criança, dos seus dons e aptidões mentais e físicos na medida das suas potencialidades;
- b) inculcar na criança o respeito pelos direitos do homem e liberdades fundamentais e pelos princípios consagrados na Carta das Nações Unidas;
- c) inculcar na criança o respeito pelos pais, pela sua identidade cultural, língua e valores, pelos valores nacionais do país em que vive, do país de origem e pelas civilizações diferentes da sua;
- d) preparar a criança para assumir as responsabilidades da vida numa sociedade livre, num espírito de compreensão, paz, tolerância, igualdade entre os sexos e de amizade entre todos os povos, grupos étnicos, nacionais e religiosos e com pessoas de origem indígena;
- e) promover o respeito da criança pelo meio ambiente.

2 – Nenhuma disposição deste artigo ou do Artigo 28.º pode ser interpretada de forma a ofender a liberdade dos indivíduos ou das pessoas colectivas de criar e dirigir estabelecimentos de ensino, desde que sejam respeitados os princípios enunciados no n.º 1 do presente artigo e que a educação ministrada nesses estabelecimentos seja conforme às regras mínimas prescritas pelo Estado.

### **Artigo 30.º**

Nos Estados em que existam minorias étnicas, religiosas ou linguísticas ou pessoas de origem indígena, nenhuma criança indígena ou que pertença a uma dessas minorias poderá ser privada do direito de, conjuntamente com membros do seu grupo, ter a sua própria vida cultural, professar e praticar a sua própria religião ou utilizar a sua própria língua.

### **Artigo 31.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística.

2 – Os Estados Partes respeitam e promovem o direito da criança de participar plenamente na vida cultural e artística e encorajam a organização, em seu benefício, de formas adequadas de tempos livres e de actividades recreativas, artísticas e culturais, em condições de igualdade.

### **Artigo 32.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem à criança o direito de ser protegida contra a exploração económica ou a sujeição a trabalhos perigosos ou capazes de comprometer a sua educação, prejudicar a sua saúde ou o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social.

2 – Os Estados Partes tomam medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas para assegurar a aplicação deste artigo. Para esse efeito, e tendo em conta as disposições relevantes de outros instrumentos jurídicos internacionais, os Estados Partes devem, nomeadamente:

- a) fixar uma idade mínima ou idades mínimas para a admissão a um emprego;
- b) adoptar regulamentos próprios relativos à duração e às condições de trabalho; e
- c) prever penas ou outras sanções adequadas para assegurar uma efectiva aplicação deste artigo.

### **Artigo 33.º**

Os Estados Partes adoptam todas as medidas adequadas, incluindo medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas para proteger as crianças contra o consumo ilícito de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, tais como definidos nas convenções internacionais aplicáveis, e para prevenir a utilização de crianças na produção e no tráfico ilícitos de tais substâncias.

### **Artigo 34.º**

Os Estados Partes comprometem-se a proteger a criança contra todas as formas de exploração e de violência sexuais. Para esse efeito, os Estados Partes devem, nomeadamente, tomar todas as medidas adequadas, nos planos nacional, bilateral e multilateral, para impedir:

- a) que a criança seja incitada ou coagida a dedicar-se a uma actividade sexual ilícita;
- b) que a criança seja explorada para fins de prostituição ou de outras práticas sexuais ilícitas;
- c) que a criança seja explorada na produção de espectáculos ou de material de natureza pornográfica.

### **Artigo 35.º**

Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas, nos planos nacional, bilateral e multilateral, para impedir o rapto, a venda ou o tráfico de crianças, independentemente do seu fim ou forma.

### **Artigo 36.º**

Os Estados Partes protegem a criança contra todas as formas de exploração prejudiciais a qualquer aspecto do seu bem-estar.



### **Artigo 37.º**

Os Estados Partes garantem que:

- a) nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. A pena de morte e a prisão perpétua sem possibilidade de libertação não serão impostas por infracções cometidas por pessoas com menos de 18 anos;
- b) nenhuma criança será privada de liberdade de forma ilegal ou arbitrária: a captura, detenção ou prisão de uma criança devem ser conformes à lei, serão utilizadas unicamente como medida de último recurso e terão a duração mais breve possível;
- c) a criança privada de liberdade deve ser tratada com a humanidade e o respeito devidos à dignidade da pessoa humana e de forma consentânea com as necessidades das pessoas da sua idade. Nomeadamente, a criança privada de liberdade deve ser separada dos adultos, a menos que, no superior interesse da criança, tal não pareça aconselhável, e tem o direito de manter contacto com a sua família através de correspondência e visitas, salvo em circunstâncias excepcionais;
- d) a criança privada de liberdade tem o direito de aceder rapidamente à assistência jurídica ou a outra assistência adequada e o direito de impugnar a legalidade da sua privação de liberdade perante um tribunal ou outra autoridade competente, independente e imparcial, bem como o direito a uma rápida decisão sobre tal matéria.

### **Artigo 38.º**

1 – Os Estados Partes comprometem-se a respeitar e a fazer respeitar as normas de direito humanitário internacional que lhes sejam aplicáveis em caso de conflito armado e que se mostrem relevantes para a criança.

2 – Os Estados Partes devem tomar todas as medidas possíveis na prática para garantir que nenhuma criança com menos de 15 anos participe directamente nas hostilidades.

3 – Os Estados Partes devem abster-se de incorporar nas forças armadas as pessoas que não tenham a idade de 15 anos. No caso de incorporação de pessoas de idade superior a 15 anos e inferior a 18 anos, os Estados Partes devem incorporar prioritariamente os mais velhos.

4 – Nos termos das obrigações contraídas à luz do direito internacional humanitário para a protecção da população civil em caso de conflito armado, os Estados Partes na presente Convenção devem tomar todas as medidas possíveis na prática para assegurar protecção e assistência às crianças afectadas por um conflito armado.

### **Artigo 39.º**

Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas para promover a recuperação física e psicológica e a reinserção social da criança vítima de qualquer forma de negligência, exploração ou sevícias, de tortura ou qualquer outra pena ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes ou de conflito armado. Esta recuperação e esta reinserção devem ter lugar num ambiente que favoreça a saúde, o respeito por si próprio e a dignidade da criança.

### **Artigo 40.º**

1 – Os Estados Partes reconhecem à criança suspeita, acusada ou que se reconheceu ter infringido a lei penal o direito a um tratamento capaz de favorecer o seu sentido de dignidade e valor, reforçar o seu respeito pelos direitos do homem e as liberdades fundamentais de terceiros e que tenha em conta a sua idade e a necessidade de facilitar a sua reintegração social e o assumir de um papel construtivo no seio da sociedade.

2 – Para esse feito, e atendendo às disposições pertinentes dos instrumentos jurídicos internacionais, os Estados Partes garantem, nomeadamente, que:

- a) nenhuma criança seja suspeita, acusada ou reconhecida como tendo infringido a lei penal por acções ou omissões que, no momento da sua prática, não eram proibidas pelo direito nacional ou internacional;
- b) a criança suspeita ou acusada de ter infringido a lei penal tenha, no mínimo, direito às garantias seguintes:
  - i) presumir-se inocente até que a sua culpabilidade tenha sido legalmente estabelecida;
  - ii) a ser informada pronta e directamente das acusações formuladas contra si ou, se necessário, através de seus pais ou representantes legais, e beneficiar de assistência jurídica ou de outra assistência adequada para a preparação e apresentação da sua defesa;

- iii) a sua causa ser examinada sem demora por uma autoridade competente, independente e imparcial ou por um tribunal, de forma equitativa nos termos da lei, na presença do seu defensor ou de outrem assegurando assistência adequada e, a menos que tal se mostre contrário ao interesse superior da criança, nomeadamente atendendo à sua idade ou situação, na presença de seus pais ou representantes legais;
- iv) a não ser obrigada a testemunhar ou a confessar-se culpada; a interrogar ou fazer interrogar as testemunhas de acusação e a obter a comparência e o interrogatório das testemunhas de defesa em condições de igualdade;
- v) no caso de se considerar que infringiu a lei penal, a recorrer dessa decisão e das medidas impostas em sequência desta para uma autoridade superior, competente, independente e imparcial, ou uma autoridade judicial, nos termos da lei;
- vi) a fazer-se assistir gratuitamente por um intérprete, se não compreender ou falar a língua utilizada;
- vii) a ver plenamente respeitada a sua vida privada em todos os momentos do processo.

3 – Os Estados Partes procuram promover o estabelecimento de leis, processos, autoridades e instituições especificamente adequadas a crianças suspeitas, acusadas ou reconhecidas como tendo infringido a lei penal, e, nomeadamente:

- a) o estabelecimento de uma idade mínima abaixo da qual se presume que as crianças não têm capacidade para infringir a lei penal;
- b) quando tal se mostre possível e desejável, a adopção de medidas relativas a essas crianças sem recurso ao processo judicial, assegurando-se o pleno respeito dos direitos do homem e das garantias previstas pela lei.

4 – Um conjunto de disposições relativas, nomeadamente, à assistência, orientação e ao controlo, conselhos, regime de prova, colocação familiar, programas de educação geral e profissional, bem como outras soluções alternativas às institucionais, serão previstas de forma a assegurar às crianças um tratamento adequado ao seu bem-estar e proporcionado à sua situação e à infracção.

### **Artigo 41.º**

Nenhuma disposição da presente Convenção afecta as disposições mais favoráveis à realização dos direitos da criança que possam figurar:

- a) na legislação de um Estado Parte;
- b) No direito internacional em vigor para esse Estado.

## **Parte II**

### **Artigo 42.º**

Os Estados Partes comprometem-se a tornar amplamente conhecidos, por meios activos e adequados, os princípios e as disposições da presente Convenção, tanto pelos adultos como pelas crianças.

### **Artigo 43.º**

1 – Com o fim de examinar os progressos realizados pelos Estados Partes no cumprimento das obrigações que lhes cabem nos termos da presente Convenção, é instituído um Comité dos Direitos da Criança, que desempenha as funções seguidamente definidas.

2 – O Comité é composto de 10 peritos de alta autoridade moral e de reconhecida competência no domínio abrangido pela presente Convenção. Os membros do Comité são eleitos pelos Estados Partes de entre os seus nacionais e exercem as suas funções a título pessoal, tendo em consideração a necessidade de assegurar uma repartição geográfica equitativa e atendendo aos principais sistemas jurídicos.

3 – Os membros do Comité são eleitos por escrutínio secreto de entre uma lista de candidatos designados pelos Estados Partes. Cada Estado Parte pode designar um perito de entre os seus nacionais.

4 – A primeira eleição tem lugar nos seis meses seguintes à data da entrada em vigor da presente Convenção e, depois disso, todos os dois anos. Pelo menos quatro meses antes da data de cada eleição, o Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas convida, por escrito, os Estados Partes a proporem os seus candidatos num prazo de dois meses. O Secretário-Geral elabora, em seguida, a

lista alfabética dos candidatos assim apresentados, indicando por que Estado foram designados, e comunica-a aos Estados Partes na presente Convenção.

5 – As eleições realizam-se aquando das reuniões dos Estados Partes convocadas pelo Secretário-Geral para a sede da Organização das Nações Unidas. Nestas reuniões, em que o quórum é constituído por dois terços dos Estados Partes, são eleitos para o Comité os candidatos que obtiverem o maior número de votos e a maioria absoluta dos votos dos representantes dos Estados Partes presentes e votantes.

6 – Os membros do Comité são eleitos por um período de quatro anos. São reelegíveis no caso de recandidatura. O mandato de cinco dos membros eleitos na primeira eleição termina ao fim de dois anos. O presidente da reunião tira à sorte, imediatamente após a primeira eleição, os nomes destes cinco elementos.

7 – Em caso de morte ou de demissão de um membro do Comité ou se, por qualquer outra razão, um membro declarar que não pode continuar a exercer funções no seio do Comité, o Estado Parte que havia proposto a sua candidatura designa um outro perito, de entre os seus nacionais, para preencher a vaga até ao termo do mandato, sujeito a aprovação do Comité.

8 – O Comité adopta o seu regulamento interno.

9 – O Comité elege o seu secretariado por um período de dois anos.

10 – As reuniões do Comité têm habitualmente lugar na sede da Organização das Nações Unidas ou em qualquer outro lugar julgado conveniente e determinado pelo Comité. O Comité reúne em regra anualmente. A duração das sessões do Comité é determinada, e se necessário revista, por uma reunião dos Estados Partes na presente Convenção, sujeita à aprovação da Assembleia Geral.

11 – O Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas põe à disposição do Comité o pessoal e as instalações necessárias para o desempenho eficaz das funções que lhe são confiadas ao abrigo da presente Convenção.

12 – Os membros do Comité instituído pela presente Convenção recebem, com a aprovação da Assembleia Geral, emolumentos provenientes dos recursos financeiros das Nações Unidas, segundo as condições e modalidades fixadas pela Assembleia Geral.

#### **Artigo 44.º**

1 – Os Estados Partes comprometem-se a apresentar ao Comité, através do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas, relatórios sobre as medidas

que hajam adoptado para dar aplicação aos direitos reconhecidos pela Convenção e sobre os progressos realizados no gozo desses direitos:

- a) nos dois anos subsequentes à data da entrada em vigor da presente Convenção para os Estados Partes;
- b) em seguida, de cinco em cinco anos.

2 – Os relatórios apresentados em aplicação do presente artigo devem indicar os factores e as dificuldades, se a elas houver lugar, que impeçam o cumprimento, pelos Estados Partes, das obrigações decorrentes da presente Convenção. Devem igualmente conter informações suficientes para dar ao Comité uma ideia precisa da aplicação da Convenção no referido país.

3 – Os Estados Partes que tenham apresentado ao Comité um relatório inicial completo não necessitam de repetir, nos relatórios subsequentes, submetidos nos termos do n.º 1, alínea b), as informações de base anteriormente comunicadas.

4 – O Comité pode solicitar aos Estados Partes informações complementares relevantes para a aplicação da Convenção.

5 – O Comité submete de dois em dois anos à Assembleia Geral, através do Conselho Económico e Social, um relatório das suas actividades.

6 – Os Estados Partes asseguram aos seus relatórios uma larga difusão nos seus próprios países.

## **Artigo 45.º**

De forma a promover a aplicação efectiva da Convenção e a encorajar a cooperação internacional no domínio coberto pela Convenção:

- a) as agências especializadas, a UNICEF e outros órgãos das Nações Unidas podem fazer-se representar quando for apreciada a aplicação de disposições da presente Convenção que se inscrevam no seu mandato. O Comité pode convidar as agências especializadas, a UNICEF e outros organismos competentes considerados relevantes a fornecer o seu parecer técnico sobre a aplicação da convenção no âmbito dos seus respectivos mandatos. O Comité pode convidar as agências especializadas, a UNICEF e outros órgãos das Nações Unidas a apresentar relatórios sobre a aplicação da Convenção nas áreas relativas aos seus domínios de actividade;

- b) o Comité transmite, se o julgar necessário, às agências especializadas, à UNICEF e a outros organismos competentes os relatórios dos Estados Partes que contenham pedidos ou indiquem necessidades de conselho ou de assistência técnicos, acompanhados de eventuais observações e sugestões do Comité relativos àqueles pedidos ou indicações;
- c) o Comité pode recomendar à Assembleia Geral que solicite ao Secretário-Geral a realização, para o Comité, de estudos sobre questões específicas relativas aos direitos da criança;
- d) o Comité pode fazer sugestões e recomendações de ordem geral com base nas informações recebidas em aplicação dos artigos 44.º e 45.º da presente Convenção. Essas sugestões e recomendações de ordem geral são transmitidas aos Estados interessados e levadas ao conhecimento da Assembleia Geral, acompanhadas, se necessário, dos comentários dos Estados Partes.

### **Parte III**

#### **Artigo 46.º**

A presente Convenção está aberta à assinatura de todos os Estados.

#### **Artigo 47.º**

A presente Convenção está sujeita a ratificação. Os instrumentos de ratificação serão depositados junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas.

#### **Artigo 48.º**

A presente Convenção está aberta a adesão de todos os Estados. A adesão far-se-á pelo depósito de um instrumento de adesão junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas.

### **Artigo 49.º**

1 – A presente Convenção entrará em vigor no 30.º dia após a data do depósito, junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas do 20.º instrumento de ratificação ou de adesão.

2 – Para cada um dos Estados que ratificarem a presente Convenção ou a aderirem após o depósito do 20.º instrumento de ratificação ou de adesão, a Convenção entrará em vigor no 30.º dia após a data do depósito, por parte desse Estado, do seu instrumento de ratificação ou de adesão.

### **Artigo 50.º**

1 – Qualquer Estado Parte pode propor uma emenda e depositar o seu texto junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas. O Secretário-Geral transmite, em seguida, a proposta de emenda aos Estados Partes na presente Convenção, solicitando que lhe seja comunicado se são favoráveis à convocação de uma conferência de Estados Partes para apreciação e votação da proposta. Se, nos quatro meses subsequentes a essa comunicação, pelo menos um terço dos Estados Partes se declarar a favor da realização da referida conferência, o Secretário-Geral convocá-la-á sob os auspícios da Organização das Nações Unidas. As emendas adoptadas pela maioria dos Estados Partes presentes e votantes na conferência são submetidas à Assembleia Geral das Nações Unidas para aprovação.

2 – As emendas adoptadas nos termos do disposto no n.º 1 do presente artigo entram em vigor quando aprovadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas e aceites por uma maioria de dois terços dos Estados Partes.

3 – Quando uma emenda entrar em vigor, terá força vinculativa para os Estados que a hajam aceite, ficando os outros Estados Partes ligados pelas disposições da presente Convenção e por todas as emendas anteriores que tenham aceite.

### **Artigo 51.º**

1 – O Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas recebe e comunica a todos os Estados o texto das reservas que forem feitas pelos Estados no momento da ratificação ou da adesão.

2 – Não é autorizada nenhuma reserva incompatível com o objecto e com o fim da presente Convenção.



3 – As reservas podem ser retiradas em qualquer momento por via de notificação dirigida ao Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas, o qual informará todos os Estados Partes na Convenção. A notificação produz efeitos na data da sua recepção pelo Secretário-Geral.

#### **Artigo 52.º**

Um Estado Parte pode denunciar a presente Convenção por notificação escrita dirigida ao Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas. A denúncia produz efeitos um ano após a data de recepção da notificação pelo Secretário-Geral.

#### **Artigo 53.º**

O Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas é designado como depositário da presente Convenção.

#### **Artigo 54.º**

A presente Convenção, cujos textos em inglês, árabe, chinês, espanhol, francês e russo fazem igualmente fé, será depositada junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas.

# **Declaração Universal dos Direitos do Homem \***

Adoptada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, na sua Resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948

## **Preâmbulo**

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

Considerando que o desconhecimento e o desprezo dos direitos do homem conduziram a actos de barbárie que revoltam a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os seres humanos sejam livres de falar e de crer, libertos do terror e da miséria, foi proclamado como a mais alta inspiração do homem;

Considerando que é essencial a protecção dos direitos do homem através de um regime de direito, para que o homem não seja compelido, em supremo recurso, à revolta contra a tirania e a opressão;

Considerando que é essencial encorajar o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações;

Considerando que, na Carta, os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres e se declararam resolvidos a favorecer o progresso social e a instaurar melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla;

Considerando que os estados-membros se comprometeram a promover, em cooperação com a Organização das Nações Unidas, o respeito universal e efetivo dos direitos do homem e das liberdades fundamentais;

Considerando que uma concepção comum destes direitos e liberdades é da mais alta importância para dar plena satisfação a tal compromisso:

## **A Assembleia Geral**

Proclama a presente Declaração Universal dos Direitos do Homem como ideal comum a atingir por todos os povos e todas as nações, a fim de que todos os indivíduos e todos os órgãos da sociedade, tendo-a constantemente no espírito, se esforcem, pelo ensino e pela educação, por desenvolver o respeito destes direitos e liberdades e por promover, por medidas progressivas de ordem nacional e internacional, o seu reconhecimento e a sua aplicação universais e efetivos tanto entre as populações dos próprios estados-membros como entre as dos territórios colocados sob a sua jurisdição.

### **Artigo 1.º**

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

### **Artigo 2.º**

Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação.

Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autónomo ou sujeito a alguma limitação de soberania.

### **Artigo 3.º**

Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

### **Artigo 4.º**

Ninguém será mantido em escravatura ou em servidão; a escravatura e o trato dos escravos, sob todas as formas, são proibidos.

### **Artigo 5.º**

Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

### **Artigo 6.º**

Todos os indivíduos têm direito ao reconhecimento em todos os lugares da sua personalidade jurídica.

### **Artigo 7.º**

Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual protecção da lei. Todos têm direito a protecção igual contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

### **Artigo 8.º**

Toda a pessoa tem direito a recurso efectivo para as jurisdições nacionais competentes contra os actos que violem os direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição ou pela lei.

### **Artigo 9.º**

Ninguém pode ser arbitrariamente preso, detido ou exilado.

### **Artigo 10.º**

Toda a pessoa tem direito, em plena igualdade, a que a sua causa seja equitativa e publicamente julgada por um tribunal independente e imparcial que decida dos seus direitos e obrigações ou das razões de qualquer acusação em matéria penal que contra ela seja deduzida.

### **Artigo 11.º**

1 – Toda a pessoa acusada de um acto delituoso presume-se inocente até que a sua culpabilidade fique legalmente provada no decurso de um processo público em que todas as garantias necessárias de defesa lhe sejam asseguradas.

2 – Ninguém será condenado por acções ou omissões que, no momento da sua prática, não constituíam acto delituoso à face do direito interno ou internacional. Do mesmo modo, não será infligida pena mais grave do que a que era aplicável no momento em que o acto delituoso foi cometido.

### **Artigo 12.º**

Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a protecção da lei.

### **Artigo 13.º**

1 – Toda a pessoa tem o direito de livremente circular e escolher a sua residência no interior de um Estado.

2 – Toda a pessoa tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país.

### **Artigo 14.º**

1 – Toda a pessoa sujeita a perseguição tem o direito de procurar e de beneficiar de asilo em outros países.

2 – Este direito não pode, porém, ser invocado no caso de processo realmente existente por crime de direito comum ou por actividades contrárias aos fins e aos princípios das Nações Unidas.

### **Artigo 15.º**

1 – Todo o indivíduo tem direito a ter uma nacionalidade.

2 – Ninguém pode ser arbitrariamente privado da sua nacionalidade nem do direito de mudar de nacionalidade.

### **Artigo 16.º**

1 – A partir da idade núbil, o homem e a mulher têm o direito de casar e de constituir família, sem restrição alguma de raça, nacionalidade ou religião. Durante o casamento e na altura da sua dissolução, ambos têm direitos iguais.

2 – O casamento não pode ser celebrado sem o livre e pleno consentimento dos futuros esposos.

3 – A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à protecção desta e do Estado.

### **Artigo 17.º**

1 – Toda a pessoa, individual ou colectivamente, tem direito à propriedade.

2 – Ninguém pode ser arbitrariamente privado da sua propriedade.

### **Artigo 18.º**

Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos.

### **Artigo 19.º**

Todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber

e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão.

### **Artigo 20.º**

- 1 – Toda a pessoa tem direito à liberdade de reunião e de associação pacíficas.
- 2 – Ninguém pode ser obrigado a fazer parte de uma associação.

### **Artigo 21.º**

1 – Toda a pessoa tem o direito de tomar parte na direcção dos negócios públicos do seu país, quer directamente, quer por intermédio de representantes livremente escolhidos.

2 – Toda a pessoa tem direito de acesso, em condições de igualdade, às funções públicas do seu país.

3 – A vontade do povo é o fundamento da autoridade dos poderes públicos; e deve exprimir-se através de eleições honestas a realizar periodicamente por sufrágio universal e igual, com voto secreto ou segundo processo equivalente que salvaguarde a liberdade de voto.

### **Artigo 22.º**

Toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país.

### **Artigo 23.º**

1 – Toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à protecção contra o desemprego.

2 – Todos têm direito, sem discriminação alguma, a salário igual por trabalho igual.

3 – Quem trabalha tem direito a uma remuneração equitativa e satisfatória, que lhe permita e à sua família uma existência conforme com a dignidade humana, e completada, se possível, por todos os outros meios de protecção social.

4 – Toda a pessoa tem o direito de fundar, com outras pessoas, sindicatos e de se filiar em sindicatos para a defesa dos seus interesses.

### **Artigo 24.º**

Toda a pessoa tem direito ao repouso e aos lazeres e, especialmente, a uma limitação razoável da duração do trabalho e a férias periódicas pagas.

### **Artigo 25.º**

1 – Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

2 – A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimónio, gozam da mesma protecção social.

### **Artigo 26.º**

1 – Toda a pessoa tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, pelo menos a correspondente ao ensino elementar fundamental. O ensino elementar é obrigatório. O ensino técnico e profissional deve ser generalizado; o acesso aos estudos superiores deve estar aberto a todos em plena igualdade, em função do seu mérito.

2 – A educação deve visar a plena expansão da personalidade humana e o reforço dos direitos do homem e das liberdades fundamentais e deve favorecer a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e todos os grupos raciais ou religiosos, bem como o desenvolvimento das actividades das Nações Unidas para a manutenção da paz.

3 – Aos pais pertence a prioridade do direito de escolher o género de educação a dar aos filhos.



### **Artigo 27.º**

1 – Toda a pessoa tem o direito de tomar parte livremente da vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam.

2 – Todos têm direito à protecção dos interesses morais e materiais ligados a qualquer produção científica, literária ou artística da sua autoria.

### **Artigo 28.º**

Toda a pessoa tem direito a que reine, no plano social e no plano internacional, uma ordem capaz de tornar plenamente efectivos os direitos e as liberdades enunciados na presente Declaração.

### **Artigo 29.º**

1 – O indivíduo tem deveres para com a comunidade, fora da qual não é possível o livre e pleno desenvolvimento da sua personalidade.

2 – No exercício destes direitos e no gozo destas liberdades ninguém está sujeito senão às limitações estabelecidas pela lei, com vista exclusivamente a promover o reconhecimento e o respeito dos direitos e liberdades dos outros e a fim de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar numa sociedade democrática.

3 – Em caso algum estes direitos e liberdades poderão ser exercidos contrariamente aos fins e aos princípios das Nações Unidas.

### **Artigo 30.º**

Nenhuma disposição da presente Declaração, pode ser interpretada de maneira a envolver para qualquer Estado, agrupamento ou indivíduo o direito de se entregar a alguma actividade ou de praticar algum acto destinado a destruir os direitos e liberdades aqui enunciados.

\* Fonte: Centro dos Direitos do Homem das Nações Unidas, publicação GE.94-15440.