

Atitudes Éticas dos Profissionais de Saúde, nas Relações com os Pacientes e suas Famílias, nas Relações Interprofissionais e Interpares e na Gestão / Organização do Sistema de Saúde

José Augusto Simões*

Resumo

Objetivo: Como existem poucos estudos sobre as determinantes e as bases que influenciam as decisões éticas dos profissionais de saúde, os objetivos deste estudo foram identificar e comparar o conjunto de atitudes éticas destes profissionais bem como as justificações para a sua tomada de decisão.

Métodos: Estudo transversal, quantitativo, que envolveu médicos e enfermeiros dos centros de saúde da região centro de Portugal. Os participantes foram convidados a listar os problemas éticos de três casos hipotéticos e consecutivamente recomendar soluções para essas situações, justificando as suas sugestões. Foram utilizados os softwares Microsoft Word e Excell.

Resultados: Foram inquiridos 107 profissionais de saúde, 56 médicos e 51 enfermeiros, 72,9% do sexo feminino. As atitudes éticas dos profissionais de saúde não parecem ser influenciadas pela carreira ou género, e utilizam na tomada de decisão atitudes justificadas pela ética principialista e pela ética profissional.

Conclusões: Os problemas éticos nos cuidados de saúde primários são preocupações diárias similares às situações críticas, dilemáticas, vividas nos cuidados hospitalares. Contudo, a subtilidade envolvida pode fazê-los passar despercebidos, com possíveis consequências desastrosas para os pacientes, famílias e comunidades locais. Médicos e enfermeiros, em geral, estão preocupados

Abstract

Purpose: Given the scarcity of studies on the determinants and basis that influence health professionals' ethical decisions, this study was devised to identify and compare the professionals' ethical attitudes and the justifications for their decision making.

Methods: Cross-sectional study, quantitative, involving doctors and nurses from health centres of the central region of Portugal (cluster sampling). Participants were asked to list ethical problems in three hypothetical cases, recommending and justifying their proposed solutions to those problems. Software used: Microsoft Word™ and Microsoft Excel™.

Results: The authors inquired 107 health professionals, 56 doctors and 51 nurses, 72.9% female. The professionals' ethical attitudes did not seem to be influenced by their career or gender, and their decision making is justified by principlist and professional ethics.

Discussion: Ethical problems in primary health care are daily concerns similar to critical, dilemmatic situations seen in hospital care. The involved subtlety may make them go unnoticed with possibly disastrous consequences for patients, families and local community. In general, doctors and nurses are concerned with upholding patients' individual rights, but they do so while protecting the bonding relationships in a blend of principlist and caring approaches. Primary health care, when

* Licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra, Mestre em Bioética pela Universidade de Lisboa, aluno de doutoramento da Universidade de Aveiro. Trabalho desenvolvido na Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro e integrado na investigação "Ética e Cuidados de Saúde Primários. Um estudo descritivo em Centros de Saúde" do projeto de doutoramento na Universidade de Aveiro, sob a orientação do Prof. Doutor Rui Nunes e do Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo.

com a preservação dos direitos individuais dos pacientes, mas procuram também proteger as suas relações de ligação, pelo que fazem uma mistura das abordagens principialista e do cuidado. Os cuidados de saúde primários, quando comparados com os hospitalares, lidam com factos e valores distintos, muitas vezes, de maior amplitude e complexidade, embora de menor dramaticidade, o que justifica uma maior investigação para ajudar a analisar cuidadosamente esta interface da bioética com esse nível de cuidados.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários. Atitudes Éticas. Médicos. Enfermeiros.

Introdução

Atualmente, a teoria ética já não se encontra isolada da investigação empírica, forma tradicional como ela apareceu na filosofia ética, mas está ligada a essa investigação e é informada por ela. O objetivo da diretriz de ação já não é fazer uma determinação conclusiva de um dever moral, mas ir fazendo declarações provisórias que devem ser investigadas com critérios científicos e revistas sempre que se justifique, ou seja, quando houver mais conhecimento empírico.¹

Com o objetivo de conhecer a investigação que já tinha abordado o estudo de atitudes éticas dos profissionais de saúde de cuidados de saúde primários efetuou-se uma pesquisa bibliográfica. Foram encontrados 55 estudos e da sua análise destacou-se a proposta de Zoboli e Fortes² que baseados nas suas investigações, realizadas com médicos e enfermeiros do programa de saúde da família em São Paulo (Brasil), identificaram três dimensões de problemas éticos nos cuidados de saúde primários – uma relativa às relações dos profissionais de saúde com os pacientes e suas famílias; outra relativa às relações interprofissionais e interpares; e uma terceira relativa aos problemas éticos na gestão/organização da saúde. Esta proposta é reforçada por outros estudos efetuados em contexto de cuidados de saúde primários.^{3,4,5,6}

Métodos

Realizou-se um estudo observacional, transversal, descritivo, através da aplicação de um questionário, previamente construído e testado para este estudo, na área geográfica de intervenção da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS-C).

compared to hospital care, deals with distinct facts and values, often of greater amplitude and complexity albeit less dramatic, thus justifying further research to help thoroughly examine this interface between bioethics and primary health care.

Keywords: Primary health care. Ethical attitudes. Doctors. Nurses.

O universo estudado foram os médicos de família e os enfermeiros a trabalhar nos centros de saúde (CS) da ARS-C. Antes de se iniciar a aplicação do questionário foi pedido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro de Saúde de São João, do Porto, a elaboração de um parecer para a realização do estudo proposto; e ao conselho diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, a necessária autorização para a realização do mesmo.

Os diretores dos centros de saúde foram contactados pessoalmente, pedindo-se-lhes colaboração na distribuição dos questionários junto de todos os médicos de família e enfermeiros em serviço no seu CS, bem como na recolha e devolução dos questionários respondidos, ao investigador.

O questionário utilizado neste estudo consistiu numa primeira parte que incluiu seis questões sobre os aspetos sócio profissionais de caracterização do inquirido: a idade, o género, a profissão, o número de anos de profissão, a sub-região e a área de trabalho; e numa segunda parte que incluiu a descrição de três casos problema, (I a III), retirados da bibliografia e procurando refletir um problema de relacionamento profissionais de saúde/paciente, relacionamento interprofissionais e problemas de gestão/organização do sistema de saúde, e ainda da solicitação de resposta escrita a três questões (“que problemas éticos lista nesta situação”; “o que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso”; “e por quê”), pedindo-se que o inquirido descrevesse a sua atitude perante cada caso.

I) “O senhor J., hipertenso e diabético, faz pedidos frequentes de cuidados que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. No entanto, os seus valores de tensão arterial e de glicemia são

sempre elevados. O médico e a enfermeira da equipa onde ele está inscrito tentam assisti-lo da melhor maneira possível, mas a cada dia que passa sentem-se tentados e deixar de investir nele os seus esforços.”⁷

II) “Ninguém sabe o que levou a E. a tornar-se dependente do álcool, mas a sua vida afetiva sempre tinha sido complicada. A nível do serviço, de vez em quando, surgiam algumas queixas dos doentes e colegas sobre o seu mau humor e alguns gestos bruscos. Notava-se-lhe grande instabilidade, saía frequentemente do serviço, sentia-se um hálito alcoólico quando alguém dela se aproximava, mas ninguém tinha tido coragem para a confrontar diretamente. Um dia, o familiar de um doente fez uma participação por escrito, queixando-se do seu atendimento e acusando a equipa de saúde de cumplicidade neste estado de coisas.”⁸

III) “F., de 46 anos de idade, foi à consulta aberta/complementar do centro de saúde, por não ter médico de família, tal como mais de 3.000 pessoas na área, por insuficiência de médicos no centro, queixando-se de desconforto num dos seios. A médica ouviu-a, fez-lhe um exame sumário e requisitou uma mamografia a ser efetuada na cidade a 50 Km de distância. Dois meses depois voltou à consulta, o médico era outro e no relatório o radiologista dizia não poder concluir sem uma ecografia. Nova requisição e novo exame na cidade. Dois meses depois nova consulta e terceiro médico a consultá-la no centro de saúde, é necessário a sua referenciação ao hospital por lesão mamária suspeita pelo que lhe é passado o respetivo P1. Recebeu um postal para ir à consulta hospitalar seis meses depois da consulta ter sido pedida. A decisão foi ir fazer exames analíticos pedidos pelo centro de saúde e voltar para

punção-biopsia do nódulo. Novas consultas, novas credenciais e mais três meses de espera. Vista dois meses depois da punção-biopsia deram-lhe a decisão final: tem de ser operada, aguarde o postal a chamá-la para a operação. Esperou seis meses e nada recebeu. Pediu ao filho da patroa, onde trabalhava a dias, que tinha um colega médico, que lhe desse uma ajuda e passado um mês foi internada pelo serviço de urgência e operada: tumor maligno com metástases ganglionares.”⁹

O questionário do estudo foi então aplicado em centros de saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, entre Maio de 2007 e Abril de 2008. Este longo período para a recolha de dados ficou a dever-se à necessidade que o investigador teve de se deslocar a muito centros de saúde da região para motivar os profissionais de saúde a responderem ao questionário.

As respostas escritas nos questionários foram copiadas para ficheiros Word. Depois foram lidas as respostas dadas para cada uma das três perguntas de cada um dos casos e perante a presença dos índices referidos no quadro I, foram agrupadas em cinco categorias “ética principialista”, “ética das virtudes”, “ética do cuidado”, “ética casuística” e “ética profissional” e escritas numa folha Excel. Numa segunda fase as categorias atribuídas às respostas dadas a cada um dos casos foram lidas e reagrupadas numa das cinco categorias em análise, se da maioria das 3 respostas dadas se inferisse que prevalecia uma das categorias; ou então era agrupada na categoria “mista”, que se refere à utilização de várias categorias, não prevalecendo nenhuma. Na análise descritiva aparece a categoria “sem resposta”, que se refere à não existência de resposta ao caso.

Quadro I: Índices das categorias

Ética principialista	Ética das virtudes	Ética do cuidado	Ética casuística	Ética profissional
Direitos	Paciência	Ajuda	Probabilidade	Deontologia
Recursos	Honestidade	Proteção	Analogia	Responsabilidade
Decisão	Confiança	Acompanhamento	Causas	Negligência
Acesso	Coragem	Diálogo	Circunstâncias	Sanções
Regras	Companheirismo	Relação	Casos	Denúncia
Equidade	Tentação	Estima		Cumprimento
Autocuidado	Respeito	Negociar		Legis artis

Resultados

Foram recebidos 107 questionários com respostas a todas ou a algumas das perguntas abertas e que foram objeto da análise qualitativa que se segue.

As características sócio profissionais são apresentadas no quadro II. A amostra deste estudo é constituída por 107 indivíduos, sendo 78 do sexo feminino (72,9%) e 29 do sexo masculino (27,1%), dos quais 56 são médicos (52,3%) e 51 enfermeiros (47,7%).

Quadro II: Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as características sócio profissionais

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	78	72,9
Masculino	29	27,1
Idade		
20 – 29 anos	3	2,8
30 – 39 anos	24	22,4
40 – 49 anos	26	24,3
50 – 59 anos	52	48,6
60 – 69 anos	2	1,9
Profissão		
Médico	56	52,3
Enfermeiro	51	47,7
Sub-Região		
Aveiro	23	21,5
Castelo Branco	23	21,5
Coimbra	34	31,8
Guarda	8	7,5
Leiria	14	13,1
Viseu	5	4,7
Área de Trabalho		
Urbana	55	51,4
Rural	16	15,0
Semiurbana	36	33,6

Da análise do quadro III verifica-se que para o caso I, que reflete um problema de relacionamento profissionais de saúde/paciente, 40,2% das respostas foram consideradas na categoria “ética principialista”, 23,4% na categoria “ética do cuidado”, 11,2% na categoria “ética das virtudes” e 10,3% foram respostas “mista”, em que nenhuma das categorias consideradas prevaleceu nas 3 questões.

Quadro III: Categorias das respostas aos casos apresentados

	Caso I		Caso II		Caso III	
	n	%	n	%	n	%
Ética principialista	43	40,2	10	9,3	34	31,8
Ética das virtudes	12	11,2	3	2,8	6	5,6
Ética do cuidado	25	23,4	20	18,7	3	2,8
Ética casuística	7	6,5	1	0,9	15	14,0
Ética profissional	7	6,5	48	44,9	30	28,0
Mista	11	10,3	15	14,0	8	7,5
Sem resposta	2	1,9	10	9,3	11	10,3
Total	107	100,0	107	100,0	107	100,0

Para o caso II, que reflete um problema de relacionamento interprofissionais, verifica-se que 44,9% das respostas foram consideradas na categoria “ética profissional”, 18,7% na categoria “ética do cuidado” e 14% foram respostas “mista”.

Por fim, para o caso III, que reflete um problema de gestão/organização do sistema de saúde, verifica-se que 31,8% das respostas foram consideradas na categoria “ética principialista”, 28% na categoria “ética profissional”, 14% na categoria “ética casuística” e 7,5% foram respostas “mista”.

No quadro IV são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o género dos respondentes.

Quadro IV: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o género

	Caso I				Caso II				Caso III			
	Masc		Fem		Masc		Fem		Masc		Fem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ética principialista	11	37,9	32	41,0	1	3,4	9	11,5	6	20,7	28	35,9
Ética das virtudes	4	13,8	8	10,3	1	3,4	2	2,6	3	10,3	3	3,8
Ética do cuidado	5	17,2	20	25,6	4	13,8	16	20,5	0	0,0	3	3,8
Ética casuística	1	3,4	6	7,7	0	0,0	1	1,3	5	17,2	10	12,8
Ética profissional	5	17,2	2	2,6	14	48,3	34	43,6	11	37,9	19	24,4
Mista	2	6,9	9	11,5	7	24,1	8	10,3	2	6,9	6	7,7
Sem resposta	1	3,4	1	1,3	2	6,9	8	10,3	2	6,9	9	11,5
Total	29	100	78	100	29	100	78	100	29	100	78	100

Verifica-se que, para o caso I, 37,9% das respostas dos homens e 41% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética principialista”; para a categoria “ética do cuidado” foram consideradas 25,6% das respostas das mulheres e 17,2% das respostas dos homens; é ainda de referir que 17,2% das respostas dos homens foram consideradas na categoria “ética profissional” e só 2,6% das respostas das mulheres o foram.

Para o caso II verifica-se que 48,3% das respostas dos homens e 43,6% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética profissional”; 20,5% das respostas das mulheres e 13,8% das respostas dos homens foram consideradas na categoria “ética do cui-

dado”; e 11,5% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética principialista” e só 3,4% das respostas dos homens o foram.

Por fim, para o caso III verifica-se que 37,9% das respostas dos homens foram consideradas na categoria “ética profissional” e 35,9% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética principialista”; 17,2% das respostas dos homens e 12,8% das respostas das mulheres foram consideradas na categoria “ética casuística”.

No quadro V são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a profissão dos respondentes.

Quadro V: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a profissão

	Caso I				Caso II				Caso III			
	Méd		Enf		Méd		Enf		Méd		Enf	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ética principialista	22	39,3	21	41,2	3	5,4	7	13,7	10	17,9	24	47,1
Ética das virtudes	7	12,5	5	9,8	1	1,8	2	3,9	3	5,4	3	5,9
Ética do cuidado	12	21,4	13	25,5	11	19,6	9	17,6	1	1,8	2	3,9
Ética casuística	4	7,1	3	5,9	1	1,8	0	0,0	11	19,6	4	7,8
Ética profissional	5	8,9	2	3,9	25	44,6	23	45,1	20	35,7	10	19,6
Mista	5	8,9	6	11,8	11	19,6	4	7,8	5	8,9	3	5,9
Sem resposta	1	1,8	1	2,0	4	7,1	6	11,8	6	10,7	5	9,8
Total	56	100	51	100	56	100	51	100	56	100	51	100

Verifica-se que para o caso I, 39,3% das respostas dos médicos e 41,2% das respostas dos enfermeiros foram

consideradas na categoria “ética principialista”; para a categoria “ética do cuidado” foram consideradas 25,5%

das respostas dos enfermeiros e 21,4% das respostas dos médicos; é ainda de referir que 12,5% das respostas dos médicos e 9,8% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética das virtudes”.

Para o caso II, verifica-se que 44,6% das respostas dos médicos e 45,1% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética profissional”; 19,6% das respostas dos médicos e 17,6% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética do cuidado”; e 13,7% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética principialista” e só 5,4% das respostas dos médicos o foram.

Por fim, para o caso III verifica-se que 35,7% das respostas dos médicos foram consideradas na categoria “ética profissional” e 47,1% das respostas dos enfermeiros foram consideradas na categoria “ética principialista”; 19,6% das respostas dos médicos foram consideradas na categoria “ética casuística” e só 7,8% das respostas dos enfermeiros o foram.

No quadro VI são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a área de trabalho dos respondentes.

Quadro VI: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo a área

	Caso I						Caso II						Caso III					
	Urb		Rural		Semi		Urb		Rural		Semi		Urb		Rural		Semi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É. princ	21	38,2	3	18,8	19	52,8	3	5,5	2	12,5	5	13,9	17	30,9	5	31,3	12	33,3
É. virt	4	7,3	5	31,3	3	8,3	2	3,6	1	6,3	0	0,0	2	3,6	2	12,5	2	5,6
É. cuid	14	25,5	5	31,3	6	16,7	12	21,8	1	6,3	7	19,4	3	5,5	0	0,0	0	0,0
É. cas	4	7,3	0	0,0	3	8,3	1	1,8	0	0,0	0	0,0	5	9,1	3	18,8	7	19,4
É. prof	3	5,56	2	12,5	2	5,6	25	45,5	8	50,0	15	41,7	18	32,7	4	25,0	8	22,2
Mista	8	14,5	1	6,3	2	5,6	11	20,0	1	6,3	3	8,3	7	12,7	0	0,0	1	2,8
Sem	1	1,8	0	0,0	1	2,8	1	1,8	3	18,8	6	16,7	3	5,5	2	12,5	6	16,7
Total	55	100	16	100	36	100	55	100	16	100	36	100	55	100	16	100	36	100

Urb = Área urbana; Rural = Área rural; Semi = Área semiurbana

É. princ = Ética principialista; É. virt = Ética das virtudes; É. cuid = Ética do cuidado; É. cas = Ética casuística; É. prof = Ética profissional

Verifica-se que, para o caso I, 38,2% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana e 52,8% das respostas dos profissionais que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética principialista”; para os profissionais que trabalham em área rural, embora em número mais reduzido, verifica-se que 31,3% (n=5) das respostas foram consideradas nas categorias “ética das virtudes” e “ética do cuidado” e só 18,8% (n=3) foram consideradas na categoria “ética principialista”.

Para o caso II verifica-se que 45,5% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana, 50% das respostas dos que trabalham em área rural e 41,7% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética profissional”; 21,8% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana e 19,4% das respostas dos que trabalham em

área semiurbana foram consideradas na categoria “ética do cuidado” e só 6,3% das respostas dos profissionais que trabalham em área rural o foram.

Por fim, para o caso III verifica-se que 32,7% das respostas dos profissionais que trabalham em área urbana foram consideradas na categoria “ética profissional” e 31,3% das respostas dos que trabalham em área rural e 33,3% das respostas dos que trabalham em área semiurbana foram consideradas na categoria “ética principialista”.

No quadro VII são referidas as categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o grupo etário dos respondentes. Por só haver 4 respostas no grupo etário dos 20 aos 29 anos foram juntas ao grupo dos 30 aos 39 anos, assim como só havia 2 respostas no grupo etário acima dos 59 anos foram juntas ao grupo dos 50 aos 59 anos, tendo sido analisados 3 grupos etários.

Quadro VII: Categorias das respostas aos casos apresentados, segundo o grupo etário

	Caso I						Caso II						Caso III					
	<40		40-49		>49		<40		40-49		>49		<40		40-49		>49	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É. princ	12	44,4	9	34,6	22	40,7	6	22,2	2	7,7	2	3,7	11	40,7	12	46,2	11	20,4
É. virt	2	7,4	5	19,2	5	9,3	0	0,0	2	7,7	1	1,9	4	14,8	1	3,8	1	1,9
É. cuid	6	22,2	7	26,9	12	22,2	4	14,8	5	19,2	11	20,4	1	3,7	0	0,0	2	3,7
É. cas	2	7,4	2	7,7	3	5,6	0	0,0	0	0,0	1	1,9	2	7,4	1	3,8	12	22,2
É. prof	1	3,7	1	3,8	5	9,3	10	37,0	12	46,2	26	48,1	5	18,5	6	23,1	16	35,2
Mista	3	11,1	2	7,7	6	11,1	4	14,8	2	7,7	9	16,7	1	3,7	4	15,4	3	5,6
Sem	1	3,7	0	0,0	1	1,9	3	11,1	3	11,5	4	7,4	3	11,1	2	7,7	6	11,1
Total	27	100	26	100	54	100	27	100	26	100	54	100	27	100	26	100	54	100

<40 = Idade inferior a 40 anos; 40-49 = Idade compreendida entre os 40 e os 49 anos inclusive; >49 = Idade superior a 49 anos

É. princ = Ética principialista; É. virt = Ética das virtudes; É. cuid = Ética do cuidado; É. cas = Ética casuística; É. prof = Ética profissional

Verifica-se para o caso I, que foram consideradas na categoria “ética principialista” 44,4% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 34,6% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 40,7% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos; na categoria “ética do cuidado” foram consideradas 22,2% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 26,9% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 22,2% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos.

Para o caso II, foram consideradas na categoria “ética profissional” 37,0% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 46,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos e 48,1% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos; foram consideradas na categoria “ética principialista” 22,2% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos; e 19,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos; e 20,4% das respostas dos profissionais com mais de 49 anos foram ainda consideradas na categoria “ética do cuidado”.

Por fim, para o caso III verifica-se que 40,7% das respostas dos profissionais com menos de 40 anos, 46,2% das respostas dos profissionais com idade entre os 40 e os 49 anos foram consideradas na categoria “ética principialista”; enquanto para os profissionais com mais de 49 anos se verifica que 35,2% das respostas foram consideradas na categoria “ética profissional” e 22,2% das respostas foram consideradas na categoria “ética casuística”.

Discussão

Somando o total de respostas dadas pelas categorias dos casos, conclui-se que 87 respostas desenvolvem os problemas éticos pela categoria “ética principialista”, 85 respostas pela categoria “ética profissional”, 48 respostas pela categoria “ética do cuidado”, 23 respostas pela categoria “ética casuística” e 21 respostas pela categoria “ética das virtudes”.

Para o caso I, em que se apresenta um problema ético muito comum e próprio dos cuidados de saúde primários (CSP), um paciente que perturba a rotina do serviço, pode-se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria “ética principialista” seguida pela “ética do cuidado” (quadro III,); quer pelos homens quer pelas mulheres (quadro IV); quer pelos médicos quer pelos enfermeiros (quadro V); quer nos diferentes grupos etários (quadro VII); e apenas na área de trabalho é que surgiram diferenças (quadro VI). Nas áreas urbana e semiurbana ainda se manteve o quadro geral anteriormente referido e só a nível da área rural é que as categorias maioritárias foram a “ética do cuidado” e a “ética das virtudes” com a mesma percentagem de respostas.

É curioso notar que haja menos enfermeiros que médicos na categoria “ética das virtudes” (quadro V), uma vez que o modelo da “enfermeira virtuosa” é um dos que marca a construção histórico-social da enfermagem. Isto talvez possa ser motivado pelo facto dos enfermeiros, nos últimos tempos, virem a desenvolver um processo de avaliação da sua independência como

profissionais de saúde e de revisão coletiva e crítica da natureza dos seus papéis, atividades e responsabilidades profissionais, como explica João Veiga.¹⁰

Ainda nas respostas principialistas do caso I, é possível identificar uma posição, em certa medida, autoritária de alguns médicos e enfermeiros, quando estes profissionais apontam os seguintes problemas éticos nas relações com o paciente: “como informar o utente para conseguir a sua adesão ao tratamento”; “solicitação de procedimentos pelo utente” e “recusa do utente às indicações médicas”. Isto remete para os comentários de Tom Beauchamp e James Childress¹¹ relativos aos problemas encontrados no contexto dos cuidados de saúde para se efetivar o respeito pela autonomia dos pacientes nos serviços de saúde, devido à sua condição dependente e à atitude autoritária dos profissionais de saúde.

Nos CSP, não são raras as práticas perpetuadoras da dependência do paciente, em vez de se procurar a promoção da sua autonomia e cidadania. Isso é percorrer o caminho da beneficência paternalista com os seus traços de superproteção e, em certa medida, de autoritarismo que descrevem as atitudes do tipo “eu sei o que é melhor para si”. Na enfermagem, esta atitude reveste-se de uma nuance particular, pois o processo do trabalho da enfermagem é marcado pela uso de protocolos e por rotinas de cuidados e procedimentos que, supostamente, respondem às necessidades de quase todos os pacientes, isto na maioria das vezes. É bastante comum os enfermeiros encaixarem os cuidados dispensados a uma pessoa ou a um grupo numa rotina pré-estabelecida, não importando se ela é, ou não, congruente com as condições de quem procura ou precisa dos seus cuidados. Parece que se instala o “paternalismo burocrático”, no qual as normas, os procedimentos e as rotinas determinam o que deve ser feito, não importando o que é melhor ou mais indicado, ou ainda, o que o paciente autonomamente solicita. Os pacientes são, então, rotulados de “colaboradores” e “não colaboradores”, sendo que os primeiros, geralmente recebem os cuidados sem os questionar, ao passo que os segundos, de uma forma ou outra fazem-no.¹²

Tom Beauchamp e James Childress¹¹ afirmam que nas instituições onde as pessoas são admitidas contra a sua vontade, como as prisões, as violações ao princípio do respeito pela autonomia são explícitas; mas contudo naquelas onde a admissão é voluntária, este comprometimento das escolhas autónomas pelas regras, políticas e práticas da instituição, frequentemente, é subtil. Como exemplo citam os lares para idosos, considerando que a liberdade dos residentes nestas instituições, para viverem de acordo com as suas preferências e

planos de vida, deve ser balanceada com a proteção da sua saúde, a proteção dos interesses dos demais internados, a promoção da segurança e eficiência da instituição e a alocação dos recursos escassos. Neste contexto, segundo os autores, muitos contestam o respeito pela autonomia, afirmando que este configura uma exigência demasiado elevada para estas organizações e propõem, em lugar do consentimento informado, o “consentimento negociado” que regula os deveres mútuos em vez dos direitos individuais. Esta alternativa é considerada pelos autores como arriscada sem o estabelecimento de proteções claras à vulnerabilidade dos residentes.¹¹

Guardadas as devidas proporções, parece possível traçar um paralelo destas considerações com os cuidados de saúde prestados nos centros de saúde (CS), especialmente porque o contacto dos profissionais com o paciente, a exemplo do que ocorre nos lares, perdura por um longo período e o modelo de consentimento praticado por médicos e enfermeiros aproxima-se desta negociação em relação às normas e rotinas. Cabe aqui um alerta para a vulnerabilidade, pois também se observa em algumas respostas, que o paciente é visto pelos profissionais de saúde como alguém que não conta com os outros quando recorre ao CS, o que lhe imprime alguma vulnerabilidade, quando deveria ser alvo de proteção, com vista a promover a sua autonomia e cidadania.

É claro que não se advoga com isto que os profissionais de saúde desprezem as rotinas que tão bem se prestam a organizar os serviços, melhorando o seu fluxo e o processo do trabalho. O absurdo está na sua conversão em normas rígidas que ordenam as condutas. Isto talvez possa ser evitado se houver uma ponderação dos princípios da não maleficência e da beneficência pelos médicos e enfermeiros, embora no momento de prevenir os danos ou eliminar as condições que os possam provocar, o cumprimento de normas continue a gozar de uma importância particular.

Para o caso II, que reflete um problema de relacionamento interprofissionais, um profissional de saúde dependente do álcool, pode-se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria “ética profissional” seguida pela “ética do cuidado” (quadro III); quer pelos homens quer pelas mulheres (quadro IV); e quer pelos médicos quer pelos enfermeiros (quadro V). Na área de trabalho (quadro VI) e nos diferentes grupos etários (quadro VII) é que surgiram pequenas diferenças, não em relação à primeira categoria que se manteve, a “ética profissional”, mas em relação à segunda. Assim, nas áreas urbana e semiurbana ainda se manteve o quadro geral anteriormente referido, a nível da área rural é que a segunda

categoria foi a “ética principialista” embora o número de respostas tenha sido muito pequeno. O mesmo aconteceu com o grupo de menos de 40 anos, em que a segunda categoria foi a mesma.

Para a discussão dos resultados deste caso, recorda-se que, segundo Carol Gilligan¹³, os dilemas hipotéticos, graças à abstração da sua apresentação, afastam os atores morais da história e da psicologia das suas próprias vidas individuais e separam o problema ético dos contextos sociais que envolvem a sua ocorrência. Ao fazerem isso, segundo a autora, esses dilemas são úteis para verter e apurar os princípios objetivos da justiça e mensurar a lógica formal da igualdade e reciprocidade. Entretanto, a reconstrução do dilema na sua particularidade contextual permite a compreensão da causa e da consequência o que implica a compaixão e a tolerância observadas, nos seus estudos, e na distinção dos juízos morais das mulheres. Somente quando se dá substância aos esqueletos da vida das pessoas hipotéticas é possível considerar a injustiça social que os seus problemas morais podem refletir e imaginar o sofrimento individual que a sua ocorrência pode implicar, ou que a sua resolução pode significar.¹³

Isto talvez contribua para justificar a mistura das categorias “ética profissional”, “ética do cuidado” e “ética principialista” que, de forma geral, norteia as resoluções recomendadas para este caso.

Para o caso III, que reflete um problema de gestão/organização do sistema de saúde, em que uma paciente sem médico de família, após percorrer o percurso do sistema de saúde só consegue que o seu problema de saúde seja resolvido com uma “cunha”, pode-se observar que a maioria das respostas foram atribuídas à categoria “ética principialista” logo seguida pela “ética profissional” (quadro III). No entanto, para este caso surgiram diferenças em todos os grupos. Assim, os homens privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética principialista”, e ocorreu o inverso com as mulheres (quadro IV). Os médicos privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética casuística”, enquanto os enfermeiros privilegiaram a “ética principialista” seguida pela “ética profissional” (quadro V). Os profissionais de saúde da área de trabalho urbana privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética principialista”, mas ocorreu o inverso com os profissionais das áreas semiurbana e rural (quadro VI). Por grupos etários, os profissionais com menos de 50 anos privilegiaram a “ética principialista” seguida pela “ética profissional”, enquanto os profissionais com mais de 49 anos privilegiaram a “ética profissional” seguida pela “ética casuística” (quadro VII).

Susan Pierce¹⁴, com base em estudos empíricos, afirma que os profissionais de saúde, ao discutirem os casos éticos reais, não revelam nenhum modelo de tomada de decisão linear, do tipo passo a passo. Ao invés disso, evidenciam uma abordagem multifacetada, não linear e integrada que se move dos dados e factos para as alternativas e consequências; voltando para os dados, valores pessoais, visões de mundo, princípios da bioética e, finalmente, uma escolha e a sua justificação.

As respostas aos questionários revelam, também, um aspeto importante do princípio da justiça, como defendido por Tom Beauchamp e James Childress¹¹, isto é a distribuição dos bens e recursos de maneira justa, equitativa, apropriada e determinada por normas justificadas. Se no que respeita à alocação “macro” são essenciais as políticas públicas, já na alocação “micro” parece também ter peso, além ou em consequência destas, as normas internas dos CS que, muitas vezes, são determinadas pelos próprios profissionais unilateralmente.

A inclusão da categoria “ética casuística” neste último caso ocorreu por alguns dos profissionais de saúde terem referido as suas experiências anteriores, assim como o raciocínio por paradigma e analogia.

Concluindo, os profissionais de saúde estudados utilizam, na tomada de decisão frente a problemas éticos, atitudes principalmente justificadas pelas “Ética Principialista” e “Ética Profissional”, embora também recorram a justificações da “Ética do Cuidado” e, em menor número, da “Ética Casuística” e da “Ética das Virtudes”.

As atitudes dos profissionais de saúde perante os problemas éticos apontados parecem confirmar a ideia de que, nos cuidados de saúde primários, os problemas éticos são constituídos, de maneira geral, por preocupações do dia-a-dia dos cuidados de saúde e não por situações críticas que requeiram soluções ponderadas, como as enfrentadas no contexto hospitalar.

Também apontam para a responsabilidade ética dos gestores da saúde, uma vez que muitos dos problemas éticos decorrem da estruturação dos serviços. Evidenciando, assim, que a excelência ética e técnica da prática dos profissionais de saúde passam, obrigatoriamente, pelas políticas públicas de saúde e pelas condições organizacionais das instituições e do sistema de saúde.

As soluções propostas para os casos apresentados indicam que os médicos e enfermeiros que responderam aos questionários, de uma maneira geral, têm a preocupação de preservar os direitos individuais, mas procuram fazê-lo de uma forma que proteja tanto os vínculos

familiares quanto os da equipa com os pacientes, o que pode ser considerado como uma mistura das abordagens principialista e do cuidado.

Nesta junção ainda tem lugar o raciocínio por analogia e paradigma na análise dos problemas éticos, o que fica patente quando os inquiridos comparam os casos apresentados com situações reais semelhantes, vivenciadas por eles próprios ou por colegas. Entretanto, a utilização da casuística como um método na tomada de decisão face a problemas éticos no contexto dos cuidados de saúde primários, enfrenta limitações e requer a

constituição de um reportório de casos que incorpore as diferentes circunstâncias e situações próprias desta esfera de cuidados de saúde e que possam servir para paradigma e analogia.

Agradecimentos

A todos os profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro que reponderam ao questionário, aceitando fazer parte do estudo.

Referências Bibliográficas

- Shelton W. The role of empirical data in bioethics. In: Jacoby L, Siminoff L, editors. *Empirical methods for bioethics: A primer*. Oxford: Elsevier; 2008. p. 13-20.
- Zoboli EL, Fortes P. Bioética e atenção básica: Um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(6):1690-99.
- Bremberg S, Nilstun T. Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. *Fam Pract*. 2000;17(2):124-8.
- Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *J Med Ethics*. 2001;27(2):98-103.
- Richter J, Eisemann MR, Bauer B, Kreibeck H, Astrom S. Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. *Scand J Caring Sci*. 2002;16(2):149-56.
- Berney L, Kelly M, Doyal L, Feder G, Griffiths C, Jones IR. Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract*. 2005;55(517):620-5.
- Zoboli EL. Bioética e atenção básica: Um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
- Loff A. Relações inter-profissionais. In: Patrão-Neves MdC, editor. *Comissões de ética: Das bases teóricas à actividade quotidiana*. 2ª edição revista e aumentada ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2002. p. 428-9.
- Serrão D. A questão essencial. In: Nunes R, Rego G, editors. *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill; 2002. p. ix-xx.
- Veiga J. Ética em enfermagem. Análise, problematização e (re)construção. Lisboa: Climepsi Editores; 2006.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 5th edition ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- Thompson IE. *Ética em enfermagem*. 4ª edição ed. Loures: Lusociência; 2004.
- Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge (Mass): Harvard University Press; 1993.
- Pierce SF. A model for conceptualizing the moral dynamic in health care. *Nurs Ethics*. 1997;4(6):483-95.

Conflito de Interesses

O autor declara não ter conflito de interesses para este artigo.

Endereço para Correspondência:

José Augusto Rodrigues Simões
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Campus Universitário de Santiago
3810-193 Aveiro
E-mail: jars@ua.pt