
Autonomia Pessoal e Cuidados de Enfermagem: Uma revisão da literatura empírica e teórica

João Veiga. MSc, RN, Doutorando, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A autonomia é um conceito que faz parte da modernidade, tendo emergido no âmbito da filosofia moral no século XIII e vindo progressivamente a afirmar-se como elemento distintivo das sociedades liberais. No que concerne à prestação de cuidados de saúde, foi com o Código de Nuremberga, em meados do século passado, que o respeito pela autonomia do paciente foi introduzido de forma plena nas preocupações éticas e deontológicas de médicos e enfermeiros.

Embora transversal em todas as construções teóricas, o conceito de autonomia pessoal na enfermagem surge como elemento central no modelo conceptual de D. Orem. Contudo a sua dimensão ética só viria a ser plenamente explorada com a introdução da Autonomia Pessoal na classificação NOC, em 2003. Este desenvolvimento surge no decurso de uma intensa exploração do tema no âmbito da bioética, com principal destaque para o modelo principalista.

Apesar do número significativo de estudos em que a autonomia pessoal na prestação de cuidados de enfermagem se constitui como objecto, a construção do conceito, no sentido da sua concretização, é ainda incipiente. Este facto justifica a persecução da investigação no domínio da definição conceptual e das implicações práticas na prestação de cuidados.

Palavras-chave: ética; ética de enfermagem; autonomia; autonomia pessoal; consentimento informado.

Autonomy is a concept that is part of modernity, having emerged in the context of moral philosophy in the thirteenth century and progressively affirmed itself as a distinctive feature of liberal societies. Regarding the delivery of health care, it was with the Nuremberg Code, in the middle of last century, that respect for patient autonomy was introduced in the ethical and professional conduct of doctors and nurses.

Besides its relevance in all the theoretical constructs in the nursing discipline, the concept of autonomy emerges as a central element in the conceptual model of D. Orem. However, its ethical dimension would only be fully acknowledged with the introduction of Personal Autonomy in the NOC classification. This development comes throughout an intense investigation of the subject in bioethics, especially in the principalistic model.

Despite the large number of studies in which personal autonomy in nursing care is constituted as a study object, the construction of the concept, in terms of its implementation is still incipient. This justifies the pursuit of research into the conceptual definition and its practical implications.

Keywords: ethics; nursing ethics; autonomy; personal autonomy; informed consent.

PONTO DE PARTIDA

O trabalho que iremos apresentar será designado com Revisão da Literatura, não a adjectivando de sistemática uma vez que não segue todos os parâmetros que este método preconiza. Esta opção deve-se ao facto do nosso objecto de estudo não poder ser enquadrado nos critérios tipificados pelo conceito de Revisão Sistemática. Num estudo por nós consultado, que consideramos ser uma importante referência em termos de método, os autores propõem uma abordagem que percorre os passos da Revisão Sistemática da Literatura¹ e, mantendo inalteráveis as duas primeiras do protocolo habitualmente seguido, a terceira avalia a adequação da análise ética em cada um dos documentos seleccionados, tendo como referência as orientações que decorrem dos padrões éticos estabelecidos (e.g. éticas normativas, éticas narrativas, ética principialista). A quarta etapa identifica as conclusões e sua aplicabilidade, o que está de acordo com o método original, uma vez que o seu objectivo é melhorar a prática clínica².

O nosso trabalho integrará cinco componentes, nomeadamente: - Relevância do conceito de autonomia na construção da disciplina de enfermagem, através da análise do quadro conceptual de D. Orem; - A génese do conceito de “autonomia pessoal”; - Princípio do despeito pela autonomia; - Protocolo de revisão; - Análise documental; - Síntese das conclusões e resultados dos estudos incluídos, de acordo com as categorias que emergiram da análise.

A análise dos vários estudos que serão apresentados neste trabalho de revisão permitem concluir que os enfermeiros têm um papel determinante enquanto garantes do exercício da autonomia pessoal do paciente. Essa relevância verifica-se não apenas no que respeita aos cuidados de enfermagem, considerados enquanto práticas autónomas, mas também nas intervenções ou interdependentes³, sendo bem patente no Código Deontológico de Enfermeiro, o que traduz uma perspectiva bem patente nos constructos teóricos erigidos no âmbito da disciplina de enfermagem. Neste domínio é inoldidável o contributo de D. Orem para a valorização da protecção e promoção da autonomia, abrangida nas suas múltiplas dimensões (e.g pessoal, funcional). Não sendo possível fazer neste trabalho um levantamento exaustivo da forma como o conceito de autonomia se projecta na teorização da enfermagem, optámos por fazer uma análise mais detalhada da perspectiva de D. Orem, entendida como *quadro conceptual* (Fawcett, 2005), que engloba as teorias do autocuidado, do défice de autocuidado e dos sistemas de enfermagem.

Após o enquadramento do conceito de autonomia através de um modelo conceptual de enfermagem, fazemos uma breve sistematização do conceito de autonomia no âmbito da ética filosófica. Seguir-se-á uma breve síntese do desenvolvimento do conceito de autonomia nos domínios da filosofia moral e política. Daremos especial ênfase às perspectivas de J. S. Mill (2010) e Immanuel Kant (1995), cujos pensamentos marcaram

1 Identificação da pergunta de partida; realização de uma pesquisa bibliográfica utilizando palavra-chave de acordo com a pergunta; avaliar a adequação argumentação utilizada nos documentos seleccionados e identificar as conclusões extraídas.

2 Exemplo de um estudo que seguiu o método proposto pelos autores: Chervenak, F. A., L. B. McCullough, et al. (2007). “An ethically justified, clinically comprehensive approach to peri-viability: Gynaecological, obstetric, perinatal and neonatal dimensions.” *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 27(1): 3-7.

3 Usamos como referência para esta terminologia o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

decisivamente a acção humana. Ainda num âmbito puramente teórico, daremos especial relevância ao modelo Principlista, erigido no âmbito da teorização da bioética, com aplicação transversal no âmbito das éticas aplicadas à prestação de cuidados de saúde.

Posteriormente serão apresentadas as opções metodológicas que seguimos para a elaboração deste trabalho de Revisão da Literatura, dando conta das dificuldades tidas e das estratégias utilizadas para as ultrapassar.

Seguir-se-á a apresentação dos estudos seleccionados, nas três categorias consideradas, nomeadamente: qualitativos, quantitativos e de revisão. No caso dos estudos que envolvem trabalho empírico a apresentação dos resultados será precedida de uma tabela onde serão sistematizados os dados mais relevantes, em termos metodológicos, para asseverar a sua credibilidade científica.

Por último, procuraremos fazer uma síntese por categorias de análise e, seguindo a metodologia que adoptámos, procuraremos evidenciar as conclusões mais relevantes para a praxis e o ensino da enfermagem.

CONTRIBUTO DE D. OREM PARA A VALORIZAÇÃO DA AUTONOMIA PESSOAL NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Tendo iniciado o seu trabalho teórico na década de 50 do século passado, numa época em que os modelos conceptuais utilizados na prática e no ensino da enfermagem eram provenientes de outras áreas do conhecimento, nomeadamente da medicina, psicologia e sociologia, D. Orem pode ser considerada uma distinta pioneira no desenvolvimento da ciência de enfermagem. Atendendo à abrangência do trabalho teórico de Orem, nomeadamente ao facto da Teoria de Enfermagem do Autocuidado, enquanto teoria geral de enfermagem, englobar três teorias, distintas mas intimamente relacionadas, a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem, alguns autores, entre os quais destacamos J. Fawcett (2005, pp. 223-224), consideram ser mais adequado utilizar o termo “quadro conceptual” para designar o conjunto dos constructos teóricos que fazem parte do legado de D. Orem. A autora tinha uma preocupação bastante evidente com o desenvolvimento epistémico da enfermagem, o que ficou bem claro na conferência que proferiu em 1973, tendo deixado expresso que o quadro conceptual do autocuidado foi formulado com o propósito de solucionar o problema decorrente da falta de especificação e acordo dos elementos gerais de enfermagem, que permitem isolar os seus problemas específicos, e a organização do conhecimento resultante da investigação (Fawcett, 2005, p. 225). As questões a que D. Orem procurou responder nos extensos trabalhos que produziu são basilares para a ciência de enfermagem e ainda hoje, alimentam grande parte do debate que se trava em torno da construção da disciplina, nomeadamente: O que fazem os enfermeiros e o que deveriam fazer na prática de enfermagem? - Porque fazem o que fazem? – Que resultados esperam? – Quais as condições e circunstâncias humanas necessárias à prestação de cuidados de enfermagem? – Quais os requisitos necessários à transposição do espaço privado do cuidado para o espaço público dos cuidados de enfermagem? (Fawcett, 2005, p. 255)

A teoria do autocuidado tem três elementos conceptuais (Denyes, Orem, &

SozWiss, 2001): autocuidado – envolvimento em acções para regular a funcionalidade e o desenvolvimento; agência de autocuidado – os poderes operativos ou capacidades específicas que permitem a prática de acções de autocuidado; requisitos de autocuidado – condições que guiarão a selecção, escolha e concretização de acções de regulação do cuidado do eu⁴. De acordo com Steiger e Lipson (Steiger & Lipson, 1985) a teoria do autocuidado expressa o propósito de cuidar do eu, referido como os requisitos de autocuidado; de como cuidar do eu, referido como agência⁵ de autocuidado e dos resultados das práticas de autocuidado. Trata-se de uma construção teórica, marcadamente personalista⁶, centrada na pessoa (agente), em que são enfatizadas as competências para atingir os requisitos de autocuidado, tais como: conhecer, decidir e agir.

D. Orem segue um conjunto de pressupostos em relação aos seres humanos que são fundamentais para compreender a centralidade da pessoa na sua construção teórica. Partindo da asserção de que homens, mulheres e crianças são seres humanos unitários, com uma dimensão biológica, simbólica e social, que se desenvolve no sentido da perfeição, através de um processo de diferenciação do todo, a ênfase é colocada na capacidade de agir do humano, enquanto pessoa, capaz de numa acção deliberativa (e criativa) criar condições que permitam o seu florescimento enquanto pessoa (Fawcett, 2005, pp. 226-227). A aptidão de fazer escolhas, que na perspectiva da autora se traduzem no cuidado do eu, está, na nossa perspectiva, relacionada com o conceito de *autonomia pessoal*, utilizado na taxonomia NOC (Nursing Outcomes Classification), definido como a “capacidade de um indivíduo competente governar a sua própria vida e fazer escolhas com base na informação disponível” (Caldwell, Wasson, Brighton, Dixon, & Anderson, 2003). Podemos afirmar que esta capacidade é uma marca indelével de humanidade, traduzindo-se num cuidado do eu a partir de um quadro de valores pessoais, que permite a autenticidade⁷ do agir.

CONCEITO DE AUTONOMIA PESSOAL: A GÉNESE

A noção de autonomia pessoal, enquanto resultado almejável na prestação de cuidados de enfermagem, deve ser entendida à luz de uma reflexão filosófica sobre a autonomia, que exponha a evolução deste conceito desde a sua emergência enquanto tema filosófico até ao significado que hoje lhe atribuímos na prestação de cuidados de saúde em geral, e na enfermagem em particular.

Etimologicamente a palavra autonomia deriva do grego «auto» e «nomos», significando ter leis próprias. Inicialmente o conceito de autonomia era apenas aplicado às cidades e aos Estados, vindo posteriormente a estender-se aos indivíduos. Esta evolução

4 Tradução de *self*. Optamos por seguir António Damásio, que considera ser esta uma melhor opção do que o “*si*”, utilizado pelo autor em obras anteriores: *in*: DAMÁSIO, António (2010). *O livro da Consciência: construção do Cérebro Consciente*. Lisboa, Temas e Debates.

5 O conceito de “agency” não tem uma tradução clara para a língua portuguesa, sendo múltiplas as apropriações que podemos encontrar na literatura. Neste trabalho utilizaremos a tradução literal e associaremos à palavra “agência” o conceito de acção intencional.

6 Podemos considerar que as implicações éticas se traduzem em elevar a pessoa à condição de valor universal “apresentando-se como princípio e termo da acção humana”; significa a “afirmação da pessoa como categoria ética, isto é, como singular universal.” PATRÃO NEVES, Maria do Céu (2001). *Devir pessoa. Consciência, Liberdade e Responsabilidade. Revista Humanidades*. n.º 2, p. 51.

7 Este conceito será retomado posteriormente nesta revisão.

não é alheia ao facto da transição que se opera do classicismo para a modernidade no que respeita a concepção do próprio Homem. Se para os Gregos o Homem era um elemento da natureza e a dimensão moral entendida como uma realidade física, na modernidade, porque passa a estar acima da natureza, deixa de ser um ser material e passa a ser um ser moral. Esta transformação tem como consequência o facto da ordem moral (*ordo*) deixar de ser uma ordem da natureza (*ordo factus*) transformando-se numa ordem moral (*ordo faciendus*) (Gracia, 2007, p. 162). Este aspecto tem particular relevância para o tema que estamos a tratar porque, como facilmente se depreende, uma ordem natural só pode sustentar uma moral heterónoma. A autonomia surge assim associada à diferenciação entre o natural e o humano, podendo afirmar-se que apenas uma realidade verdadeiramente autónoma é intrinsecamente humana. A autonomia é um traço indelével do humanismo, que encontra expressão maior na defesa de uma moralidade universal, sustentada na autonomia e na racionalidade. Estas teses estão na génese do pensamento liberal, que conduziu à ética dos direitos humanos, e que teve como principais impulsionadores os filósofos ingleses do séc. XVIII, nomeadamente Hobbes e Locke, que no rescaldo da descoberta do novo mundo⁸, procuram responder a um conjunto de questões de grande impacto, resultantes da constatação da diferença em relação ao homem conhecido. A resposta a perguntas de grande transcendência, nomeadamente sobre a natureza deste “novo” humano, viria a lançar as bases dos Estados modernos e dos direitos humanos. A filosofia de Locke, nomeadamente a tese de que existe um direito natural à liberdade, enquanto direito negativo, que pré-existe em relação à lei, operou uma influência decisiva na organização política e social, conduzindo à ética dos direitos humanos, tal como a conhecemos na contemporaneidade. Segundo Diego Gracia, podemos formular o princípio da autonomia, de acordo com os ensinamentos de Locke, da seguinte forma: “todo o ser humano possui, em princípio, completa liberdade para ordenar os seus actos e para dispor das suas propriedades e da sua pessoa de acordo com a sua vontade, dentro dos limites da lei natural, sem a sua decisão depender de qualquer outra pessoa” (Gracia, 2007, p. 184). Esta perspectiva que contrasta por completo com a ética tradicional, está muito próxima do entendimento que hoje em dia temos do princípio da autonomia. Deve salientar-se que uma das excepções em que Locke admitia alguma forma de paternalismo era exactamente o exercício da medicina, particularmente quando estavam em causa os cuidados a doentes mentais.

Vislumbra-se desde já a clivagem entre a moralidade antiga, que se reifica numa sociedade patriarcal, onde o agir deve moldar-se a uma finalidade beneficente, e a moralidade moderna, de natureza liberal⁹, que se opõe a todas as formas de paternalismo e tem no exercício da autonomia o fundamento que torna uma acção ética. Associado ao conceito de autonomia emergem valores estruturantes da sociedade moderna, dos quais destacamos a liberdade e a privacidade. Se o primeiro se confunde, em termos de enunciado, com a própria autonomia, o segundo tem algumas particularidades que importa realçar. A privacidade, de acordo com Diego Gracia, é uma conquista da modernidade, uma vez que a sociedade medieval é completamente alheia a este conceito. Trata-se de roubar ao espaço público aquilo que é mais íntimo e deve ser mantido reservado dos “olhares” públicos; como salienta D. Gracia, numa perspectiva que é tão relevante

8 Referimo-nos à descoberta da América, por Cristóvão Colombo.

9 De acordo com Adam Smith e John S. Mill, dois expoentes máximos da ética liberal, a sociedade moderna coloca o direito à liberdade de consciência com um requisito civilizacional. Acresce ainda, com importância decisiva na prestação de cuidados de saúde, a noção de *vida privada*, enquanto espaço conquistado ao domínio público.

para a compreensão da evolução da enfermagem, enquanto disciplina e profissão, da emergência da dicotomia entre público e privado. Enquanto o público se situa no âmbito da heteronomia e remete para a esfera colectiva, para o profano, aberto e masculino, o privado é o espaço do individual e autónomo, sagrado e feminino (Gracia, 2007, p. 192).

Para completar esta breve resenha histórica, importa associar à emergência do conceito de autonomia o pensamento liberal. Optámos por incluir dois filósofos cujo pensamento foi absolutamente decisivo para a história da humanidade, Immanuel Kant e John Stuart Mill. O filósofo de Königsberg sustentou que o respeito pela autonomia decorre do reconhecimento de que todas as pessoas têm um valor incondicional, com capacidade de determinar o seu próprio destino (Kant, 1995). Perante esta asserção, a violação da autonomia traduzir-se-ia numa coisificação da pessoa, tratando-a como um meio para atingir os objectivos de outrem, sem ter em conta a vontade individual.

Na perspectiva de Kant (1995, p. 59) a presença da lei moral¹⁰ implica a existência de um sujeito dotado da razão, que lhe permite conhecer-se como livre. É esse reconhecimento da liberdade que permite fazer juízos de valor acerca do comportamento dos outros, sendo a censura ou aprovação desses comportamentos reveladora do reconhecimento do homem como ser livre e responsável. Na nossa reflexão importa-nos sobretudo salientar que na perspectiva kantiana o homem determina-se a si mesmo, de acordo com a lei moral, sendo esta uma criação da razão prática. A autonomia da vontade é a expressão da liberdade prática e traduz-se na possibilidade de agir de acordo com as suas próprias leis (da razão) às quais se submete; a liberdade prática insere-se na natureza para nos libertar do determinismo sensível (Ferro & Tavares, 1995, p. 55). A exigência subjacente ao exercício da liberdade, de acordo com Kant, é incomportável quando pensamos na sua aplicação prática ao contexto de prestação de cuidados de saúde. Contudo, conceitos como “autonomia suficiente”, que mais adiante desenvolveremos, são tributários da metafísica kantiana, fundamentalmente do valor que este filósofo atribuiu à liberdade.

John Stuart Mill está fundamentalmente preocupado com a individualidade dos agentes autónomos, sustentando que a sociedade deve permitir a todas as pessoas o seu desenvolvimento de acordo com as suas convicções, assegurando que exercem a sua liberdade sem que esta seja limitada por acções ilegítimas dos outros. A obra de J. S. Mill *Sobre a Liberdade* pode ser considerada um dos seus trabalhos mais relevantes, que influenciou decisivamente a implementação dos sistemas políticos liberais. Não podemos olvidar que Mill viveu numa época em que havia uma preponderância dos Estados sobre os indivíduos, sendo-lhes reconhecido um direito de interferência quase ilimitado. A tese que Mill explora em *Sobre a Liberdade* inverte por completo o ónus da justificação da interferência; é ao Estado que cabe justificar a legitimidade da interferência, mesmo que esteja em causa a promoção do bem do indivíduo. A única justificação que Mill aceita para que o “[...] poder possa ser correctamente exercido sobre qualquer membro de uma comunidade civilizada, contra a sua vontade, é o de prevenir dano aos outros. O seu próprio bem, quer físico que moral, não é justificação suficiente” (Mill, 2010, pp. 39-40). Embora o autor refira que este princípio se aplica apenas a seres humanos na maturidade das suas faculdades, nomeadamente “aqueles que se encontram num estado em que

10 Imperativo categórico: “Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal”.

precisam que outros cuidem de si” (Mill, 2010, p. 40), não podemos olvidar a influência absoluta que as suas teses tiveram na promoção do respeito pela autonomia, enquanto marca indelével dos Estados liberais, com evidentes repercussões na ética aplicada às profissões de saúde.

PRINCÍPIO DO RESPEITO PELA AUTONOMIA

No ponto anterior da nossa revisão fizemos referência a dois autores que nos parecem dever merecer uma especial consideração pela influência exercida sobre a implantação do respeito pela liberdade, enquanto marca indelével das sociedades liberais. Importa-nos agora, de uma forma sucinta, estabelecer a ligação com a ética aplicada às profissões de saúde. Por razões históricas, que se prendem com o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, iniciamos a nossa reflexão com as implicações do pensamento liberal na prática da medicina. O modelo que podemos utilizar para explicar as relações entre os médicos, enfermeiros e paciente é o paternalismo, enquanto forma vertical de exercício do poder, que se opera de dentro para fora, tendo como paradigma a relação (familiar) entre o adulto e a criança. Como salienta D. Gracia, o paternalismo na medicina, exercida em regime de monopólio¹¹, não foi eliminado com o movimento liberal mas é manifesto que abalou grandemente os seus fundamentos. Contudo, o desfasamento temporal entre o liberalismo social e político e o chamado exercício médico liberal levam Gracia a afirmar que “[...] em medicina a *revolução liberal* ou *revolução democrática*, produziu-se com grande atraso em relação a outros espaços sociais e, provavelmente, só chegou ao fim nos últimos anos” (Gracia, 2007, p. 195). Na verdade, seria o Julgamento de Nuremberga, e o código por ele produzido, que iriam estar na origem da verdadeira revolução, no que concerne à ética aplicada à prestação de cuidados de saúde. Embora o consentimento voluntário, expresso no Código de Nuremberga, se dirigisse sobretudo à prática da investigação médica, com uma fundamentação que, de acordo com Faden & Beauchamp (1986), não é claro se é sustentada na autonomia ou na beneficência, produziu uma enorme influência nos anos vindouros. O respeito pela autonomia, enquanto princípio ético aplicado à prática clínica, bem como a sua especificação através da regra do consentimento informado, são resultantes de uma evolução que encontra em Nuremberga o ponto de ancoragem. Como salienta Jay Katz, médico e professor ética de Yale, a informação e o consentimento são uma imposição do exterior e não o resultado de uma evolução da história da prática médica.

O movimento promotor do respeito¹² pela autonomia dos pacientes, que se origina com o Código de Nuremberga, virá a ter um papel determinante na dimensão ética da prestação de cuidados de enfermagem. Podemos constatar esse facto através da análise da evolução do Código de Ética do Internacional Council of Nursing que, na decisiva revisão operada em 1973 (Reich, 1995, p. 2710), coloca grande ênfase no dever de salvaguardar a autonomia do paciente e, conseqüentemente, salvaguardar a sua autodeterminação (Rumbold, 2002, p. 252). Paralelamente, na parte 1 - “*Os enfermeiros e as pessoas*” - estabelece como dever dos enfermeiros garantir o acesso à informação,

11 Outras profissões: sacerdócio, serviço militar, magistratura.

12 A utilização do termo “respeito”, antecedendo a “autonomia” deve-se a querermos enfatizar a dimensão moral do conceito. Enquanto o primeiro se refere a uma atitude moral/ética, o segundo, isoladamente, diz respeito a uma capacidade humana.

considerando-a um aspecto basilar do processo de consentimento¹³. Foi certamente esse entendimento que esteve na origem da formulação do artigo 84º, alínea b) do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 109), que estabeleceu como normativo deontológico a responsabilidade proactiva¹⁴ do enfermeiro no processo de consentimento. Na prática, esta norma contém implícita a assumpção da advocacia¹⁵ do paciente, numa perspectiva similar à inicialmente proposta por Annas & Healey (1974), que teve implicações consideráveis na ética de enfermagem¹⁶. De acordo com a sistematização do papel de advogado do paciente iniciada por estes autores, e que viria a ser aprofundada em trabalhos posteriores (Bernal, 1992; Gadow, 1990; Kohnke, 1990), o enfermeiro não terá apenas como dever garantir o consentimento informado para os cuidados que presta, de forma autónoma, como também aqueles que assegura no âmbito de funções interdependentes¹⁷.

Importa agora fazer uma sistematização do que se entende pelo exercício da autonomia, tornando a definição operativa, de modo a poder ser tida como referência na análise que iremos realizar na terceira etapa do nosso trabalho.

A filosofia moral tem dedicado a sua atenção a teorizar sobre a autonomia pessoal, centrando-se na definição das condições que tornam o indivíduo autónomo. Genericamente entende-se que a autonomia pessoal abrange a capacidade de autogoverno, livre de controlo e interferência pelos outros, bem como uma capacidade de entendimento que permita compreender as opções de acção de que dispõe e, deste modo, evitar escolhas desfavoráveis ou sem sentido, numa perspectiva do interesse pessoal. Deste modo, seguindo Beauchamp & Childress (2009), os indivíduos autónomos fariam escolhas de acordo com um plano previamente estabelecido, da mesma forma que o governo de um Estado gere o seu território ou toma as suas opções políticas.

Dois autores de referência no estudo deste conceito, Faden & Beauchamp (1986, p. 235), sustentam que uma teoria da acção autónoma – não da pessoa autónoma – é suficiente para proteger e respeitar o consentimento informado. Estes autores fazem uma distinção entre a *situação ideal* e a *situação normal*, no que concerne ao exercício da autonomia pessoal. Numa *situação ideal* a pessoa autónoma é capaz de estabelecer os seus próprios valores e princípios e agir de acordo com eles; contudo, numa *situação normal*, a ênfase é dada à capacidade de fazer escolhas autónomas. Deste modo, paradoxalmente, pessoas não autónomas seriam capazes de fazer escolhas autónomas (Faden & Beauchamp, 1986, pp. 235-236). Estes autores salientam que há uma diferença

13 “The nurse ensures that the individual receives sufficient information on which to base consent for care and related treatment”

14 Na alínea b) do artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro é estabelecido como norma deontológica “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”. Esta alínea precede o “dever de informar o indivíduo e família, no que respeita aos cuidados de enfermagem”. Embora este aspecto não seja aprofundado na fundamentação do artigo (*Ibid.*, p.110.) consideramos que a defesa e promoção do consentimento informado se enquadram no conceito de advocacia do paciente.

15 O conceito de advocacia é utilizado na fundamentação do artigo 81º, que trata dos valores humanos que devem ser observados na prática de enfermagem, mais concretamente no que respeita aos deveres para com os grupos vulneráveis, mencionados nas alíneas b) c) e d) do referido artigo. *Ibid.*, p.92.

16 Veja-se a influência que teve na “Escola” do Colorado, particularmente nos trabalhos de Sally Gadow. e.g. GADOW, Sally (1990) Existential Advocacy: Philosophical Foundations of Nursing. In. PENCE, Terry; CANTRALL, Janice – *Ethics in Nursing: an Anthology*. New York: National League for Nursing,. pp. 41-51.

17 Seguimos a terminologia do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Devemos esclarecer que no âmbito das funções interdependentes consideramos todas as acções de enfermagem não incluídas no âmbito das funções autónomas. Embora parece redundante, este argumento pretende deixar claro que não há zonas de penumbra em matéria de responsabilidade deontológica.

substancial entre a capacidade para agir autonomamente e agir autonomamente; possuir a capacidade não habilita a pessoa a realizar uma acção autónoma. Segundo Beauchamp & Childress (2009, pp. 120-121) podemos organizar o consentimento em três categorias, cada uma delas contendo vários elementos, nomeadamente: 1. Capacidade (para entender e decidir), 2. Voluntariedade (na decisão); II) Elementos da Informação: 3. Explicação (informações sobre riscos e benefícios), 4. Recomendação (proposta de alternativa mais adequada), 5. Compreensão (dos termos 3 e 4); III) Elementos do Consentimento; 6. Decisão (em favor de uma opção, dentre no mínimo duas propostas), 7. Autorização.

Retomando Faden e Beauchamp, os autores fazem a distinção entre duas perspectivas distintas do exercício da autonomia, nomeadamente a que se estrutura a partir do valor liberdade, tendo no idealismo kantiano um dos seus expoentes, e uma outra, que se sustenta na autenticidade, e tem no existencialismo o seu suporte fundamental. À semelhança do exposto no parágrafo anterior, os autores têm como ponto de partida a verificação de um conjunto de condições para o exercício da autonomia, nomeadamente: x age autonomamente apenas se x age: com intencionalidade; com entendimento e/ou compreensão e sem influência/controlo. Enquanto o entendimento e compreensão e a influência e controlo admitem graus de variabilidade, os autores consideram que a intencionalidade é uma “lei de tudo ou nada”¹⁸, ou seja, não se pode ser mais ou menos intencional numa acção¹⁹ (Faden & Beauchamp, 1986, p. 238). Esta perspectiva traduz o conceito de *autonomia substancial*, que remete para autonomia gradativa, que é variável de acordo com factores circunstanciais, nomeadamente a complexidade da informação a ser transmitida ou os condicionalismos decorrentes da rede relacional em que o sujeito se insere²⁰. Para Faden e Beauchamp, a autonomia substancial deverá ser o único critério válido de consentimento.

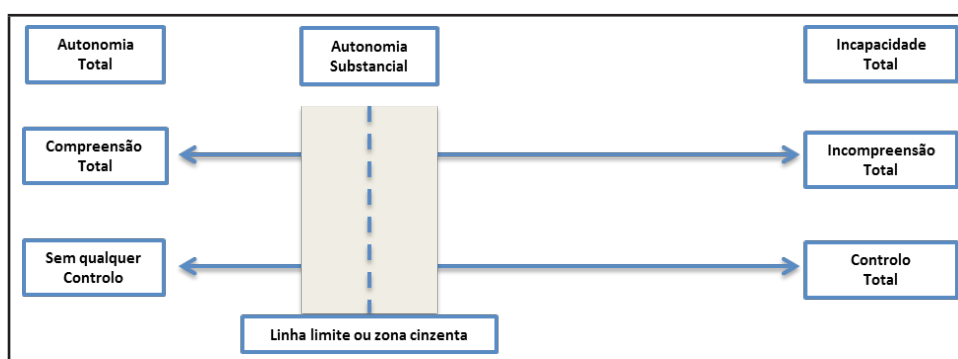


Figura 1 – Graus de autonomia nas acções intencionais (Faden & Beauchamp, 1986, p. 239)

Retomando o ponto de partida dos autores que estamos a seguir, importa salientar que a autenticidade, que associamos à corrente existencialista, encontra um forte eco na disciplina de enfermagem, nomeadamente em autoras ligadas ao pensamento de Jean Watson, entre as quais avultam Sally Gadow. Esta autora estabelece um conceito de advocacia em que o enfermeiro presta cuidados tendo como objectivo garantir o direito do paciente à autodeterminação (Faden & Beauchamp, 1986, p. 239). Este desígnio é alcançado através de decisões que expressem a complexidade do seu sistema de

18 Referência nossa.

19 Por definição, numa acção tem de haver sempre intencionalidade.

20 Autonomia Vs. autocracia.

valores. Para atingir tal objectivo, a autora estabelece como condição necessária que o envolvimento do enfermeiro na relação com o paciente não se esgote na sua dimensão profissional: só o envolvimento do todo permite perspectivar o paciente como um todo. Deste modo, o enfermeiro possibilita, através dos cuidados que presta, a unificação das experiências do corpo vivido e do corpo objecto a um nível que transcende os dois (Gadow, 1990).

Em síntese podemos referir que o princípio da autonomia é normativo, de natureza deontológica, encontrando os seus fundamentos em diferentes correntes filosóficas, designadamente na deontologia kantiana, no liberalismo de Mill ou no existencialismo. Na enfermagem encontramos expressões destes diferentes constructos, nomeadamente na deontologia profissional, em que o código de ética do ICN assume posição cimeira, bem como na advocacia existencialista, muito associada à escola do Colorado e às seguidoras de Jean Watson.

PROTOCOLO DE REVISÃO DA LITERATURA

Faremos agora uma apresentação sistemática do protocolo de revisão por nós seguido. Pretende-se clarificar as diferentes etapas do processo e expor as limitações que decorrem de algumas opções pragmáticas que tivemos de adoptar.

OBJECTIVOS

- Definir o conceito de autonomia pessoal, tendo em conta as suas implicações na prestação de cuidados de enfermagem;
- Analisar a forma como o conceito de autonomia pessoal é projectado no discurso e nas práticas dos enfermeiros.

PERGUNTA

Como é que as concepções dos enfermeiros acerca do respeito pela autonomia dos pacientes influenciam a sua prática clínica, no âmbito da prestação de cuidados?

- P » Concepções dos enfermeiros acerca da autonomia;
- I » Prática clínica (prestação de cuidados de enfermagem);
- C » Nota: o comparativo pode variar de acordo com a perspectiva específica que estejamos a estudar²¹;
- O » Respeito pela autonomia dos pacientes;

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE ESTUDOS:

- Tipo de estudos – estudos de natureza qualitativa e quantitativa, em que o

21 Se estivermos a estudar a influência do género o comparativo far-se-á entre perspectiva feminina e perspectiva masculina.

fenómeno remeta para o exercício da autonomia pessoal, de acordo com o conceito NOC, não havendo qualquer limite em relação ao desenho do estudo e, conseqüentemente, às metodologias de investigação utilizadas. Atendendo à natureza do objecto de estudo, foram admitidos estudos de revisão bibliográfica e de especulação teórica.

- Tipo de participantes – foi adoptada uma perspectiva ecléctica, considerando os estudos em que o fenómeno era abordado tendo os sujeitos de cuidados como participantes (fonte de dados) mas também os estudos em que os participantes eram os prestadores de cuidados. Foram admitidos estudos em que os participantes não são enfermeiros, desde que se considere que o estudo tem relevância para a prestação de cuidados de enfermagem.
- Tipo de intervenções – todos, de acordo com o objecto de estudo.
- Tipo de resultados – todos, de acordo com o objecto de estudo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Ausência de uma relação objectiva entre o objecto de estudo e a prestação de cuidados de enfermagem.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA:

A estratégia de pesquisa teve por objectivo identificar estudos, publicados e não publicados (e.g., teses), seguindo metodologias qualitativas ou quantitativas, em que a autonomia da pessoa, de acordo com a taxonomia NOC, fosse o fenómeno em estudo.

Com o objectivo de analisar as palavras contidas no título e sumário, bem como de identificar os termos de indexação utilizados para descrever os artigos, foi inicialmente realizada uma pesquisa limitada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, tendo por base a expressão: [*AB personal autonomy or AB patient autonomy and AB nursing ethics and AB morals*].

MÉTODOS DE REVISÃO: ANÁLISE DA QUALIDADE DOS ESTUDOS

Para os estudos com um desenho qualitativo foi feita uma avaliação através do Qualitative Assessment and Review Instrument (QARI) (The Joanna Briggs Institute). Num primeiro momento de análise foi feita uma avaliação dos estudos através da utilização de uma lista padronizada de 10 critérios de análise. Atendendo às limitações temporais, a apreciação e classificação dos artigos foi feita apenas pelo investigador principal.

A extracção de dados, cujo principal objectivo é fazer a síntese dos estudos consultados, através da sumarização dos métodos e resultados obtidos, foi realizada pela aplicação do formulário de extracção de dados. Para os estudos de desenho quantitativo seguimos os critérios propostos nos formulários *JBI Data Extraction Form for Experimental and Observational Studies* e o *JBI QR Data Extration Form for Interpretative and Critical Research* (Pearson, Field, & Jordan, 2007) para a primeira análise dos estudos obtidos

através da pesquisa bibliográfica realizada. Estes dados foram agrupados em categorias de validação, baseando-nos em 3 níveis de evidência: inequívoca, credível e não suportada.

Atendendo a que o nosso objecto de estudo tem uma dimensão teórica muito relevante, que constituindo-se como ideal serve de padrão para a análise das práticas, foram incluídos estudos teóricos ou de revisão, seleccionados a partir das expressões de pesquisa formuladas para os estudos empíricos. Todos os estudos seleccionados, de acordo com os critérios previamente definidos, foram submetidos a uma segunda análise, mais aprofundada, a partir da qual foram extraídos os resultados e as conclusões relevantes.

BASES DE DADOS UTILIZADAS E EXPRESSÕES DE PESQUISA

Como já referimos anteriormente, atendendo às limitações temporais, optámos por centrar e limitar a nossa pesquisa a bases de dados disponíveis *online*. Fizemos também uma procura na base do Centro de Documentação da ESEL, sobretudo dirigida a estudos publicados e não publicados (não indexados) de autores portugueses.

EXPRESSÕES DE PESQUISA:

Interface - EBSCOhost

Pesquisa avançada

Base de dados - CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; MediciLatina; Academic Search Complete

Expressão: *SU Personal autonomy and SU nursing*

Limitadores: Texto completo; Resumo disponível; Humano; Qualquer autor é enfermeiro; Humano; Subconjunto de assuntos: Bioethics; Subconjunto de revistas especializadas e citações: Bioethics

Modos de pesquisa - Booleano/Frase

Total de registos: 144

Interface – Catálogo Bibliográfico ESEL

Expressões:

- AS CONSENTIMENTO\$ AND AS ENFERMAGEM\$ AND LNG POR\$ AND TDOC AA\$
- AS PRIVACIDADE\$ AND TDOC AA\$ AND LNG POR\$ AND DP 2000\$
- AS LIBERDADE\$ AND AS ENFERMAGEM\$ AND LNG POR\$
- AS AUTONOMIA PESSOAL\$ AND LNG POR\$ AND TDOC AA\$

Total de registos: 32

DETALHES DE ESTUDOS QUALITATIVOS INCLUÍDOS

QUADRO 1 - Características dos Estudos Qualitativos Incluídos

	1	2	3
Autor e Ano	Randers, I. e A.-C. Mattiasson, 2004	Woodward, 1998	Hanssen, 2004
País	Suécia	Inglaterra	Noruega
Grupo Etário	Adulto	Adulto	Adulto
Faixa Etária	21-65	ND	ND
Sexo Participantes	ND	ND	ND
Amostra	7 Enfermeiras (RN) 23 Assistentes de Enfermagem (AN)	6 Enfermeiras 4 Assistentes de Cuidados 7 Parteiras (conveniência)	Nº ?; de conveniência. Enfermeiros com experiências de cuidados a pacientes não ocidentais
Objectivos Estudo	Analisar em profundidade a relação entre autonomia e integridade nas interações entre prestadores de cuidados e pacientes, em situações reais de cuidados	Investigar como é que o cuidado se manifesta na prática das parteiras e enfermeiras de acordo com as concepções individuais de cuidado	Responder à pergunta: o que constitui a prática ética de enfermagem na enfermagem intercultural?
Contexto/Doença	Ensino (ética) e prestação de cuidados a pacientes idosos	Unidade de Cuidados Paliativos Maternidade	Serviços de internamento de medicina e cirurgia
Método	Observação participativa	Etnografia	Observação de campo e entrevistas narrativas

QUADRO 2 . Resultados e Conclusões dos Estudos Qualitativos Incluídos

Estudos	Nº Ordem
Randers, I. and A.-C. Mattiasson, <i>Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. Journal of Advanced Nursing</i> , 2004. 45(1): p. 63-71.	1
<p>Síntese de resultados: Autonomia fundamenta-se no respeito pela capacidade dos pacientes escolherem, decidirem e assumirem a responsabilidade pelas suas vidas A integridade estando relacionada com a existência, das condições físicas ou mentais, e deve ser respeitada, independentemente da capacidade de agir autonomamente.</p>	
<p>Conclusões: O cuidado ético, baseado no respeito pela integridade do paciente como um estado de totalidade e como esfera pessoal, permite aos profissionais de saúde identificar mais facilmente se a integridade do idoso está mantida. A redução da abstracção do conceito de autonomia permite aos profissionais de saúde a planificação e implementação de cuidados mais individualizados.</p>	
Woodward, V.M., <i>Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. Journal of Advanced Nursing</i> , 1998. 28(5): p. 1046-1052.	2
<p>Síntese de resultados: Entre os principais obstáculos à promoção do exercício da autonomia destacam-se as cargas de trabalho excessivas e a orientação para o trabalho à tarefa; Os princípios éticos não são suficientes para garantir um cuidado de excelência, em termos de respeito pela autonomia do paciente</p>	
<p>Conclusões: O discurso dos enfermeiros acerca da promoção da autonomia tem expressão objectiva na prática de cuidado, ou seja, quanto mais favorável é o discurso mais o enfermeiro considera a autonomia do paciente na sua prática; A hipervalorização da autonomia e o receio do paternalismo podem prejudicar a prática ética; Embora relevantes, os princípios éticos são operacionalizados na relação.</p>	
Hanssen, I., <i>An Intercultural Nursing Perspective on Autonomy. Nursing Ethics</i> , 2004. 11(1): p. 28-41.	3
<p>Síntese de resultados: Parece haver nos participantes uma maior preferência por uma orientação benéfica e não-maleficiente (sem utilização o conceito de princípio); O respeito pela autonomia exige que seja contemplado o contexto cultural dos sujeitos de cuidados.</p>	
<p>Conclusões: Se não for considerado o contexto cultural do sujeito de cuidados a autonomia pode ser transformada em coacção.</p>	

DETALHES DE ESTUDOS QUANTITATIVOS INCLUÍDOS

QUADRO 3 - Características dos Estudos Quantitativos Incluídos

Nº	Autor Ano	País	Grupo Etário	Faixa Etária	Sexo Part.	Amostra
4	Mattiasson et al., 1997	Suécia e EUA	Adulto	ND	ND	Suécia: enfermeiros: 41; assistentes: 46; ajudantes: 83; outros: 17 (n=289) EUA: Enfermeiros: 17%; assistentes: 43%; outros.
8	Scott et al., 2003	Finlândia Espanha Grécia Alemanha e Inglaterra	Adulto	Pacientes: Médias entre 74 e 83 anos, nos diferentes países. Enfermeiros: Médias entre 38 e 41 anos, nos diferentes países.	ND	Pacientes: 556 Enfermeiros: 856
9	Scott et al., 2003	Inglaterra (Escócia)	Adulto	ND	ND	Por conveniência Mães: - 243 Parteiras: - 170
10	Scott et al., 2003	Inglaterra (Escócia)	Adulto	Com mais de 60 anos	ND	Por conveniência Idosos: - 101 Enfermeiras: - 160
11	Scott et al., 2003	Inglaterra (Escócia)	Adulto	ND	ND	Por conveniência Pacientes: - 282 Enfermeiras: - 260
15	Thiel e van Delden	Holanda	Adulto	ND	ND	Amostra aleatória: - 94 enfermeiros; - 31 médicos.
16	Martins, 2004	Portugal	Adulto	Média 32,85; DP +/- 8.63 anos	Feminino – 76,3% Masculino – 23,7%	Amostra: 59 enfermeiros
17	Silva et al.,	Portugal	Adulto	Entre 17 e 69 anos. Média 31 anos.	Feminino – 81% Masculino – 19%	Não probabilística, por conveniência. 154
33	Leino-Kilpi et al	Finlândia; Espanha; Grécia; Alemanha Reino Unido	Adulto	Pacientes - média: Finlândia - 83; Espanha - 81; Grécia - 74; Alemanha - 80 Reino Unido - 82 Enfermeiros - média: Finlândia - 40; Espanha - 38; Grécia - 38; Alemanha - 39 Reino Unido - 41	Pacientes feminino (%): Finlândia - 85; Espanha - 72; Grécia - 62; Alemanha - 76 Reino Unido - 73 Enfermeiros - feminino (%): Finlândia - 96; Espanha - 93; Grécia - 75; Alemanha - 87 Reino Unido - 91	Não probabilística. Pacientes - 573; Enfermeiros - 887.
34	Suhonsen et al.	Finlândia; Espanha; Grécia; Alemanha Reino Unido	Adulto	Variável (34 anos na Grécia e 41 anos Finlândia)	ND	Não probabilística. Enfermeiros - 1280

(QUADRO 3 - continuação)

Objectivo do estudo	Contexto/Doença	Método
Fazer uma análise comparativa acerca da forma como a autonomia é avaliada pelos enfermeiros norte-americanos e suecos	Lares (Nursing Homes)	Questionário por inquérito, baseado nas polaridades de Collopy (1988)
Estudar a autonomia dos idosos, em instituições prestadora de cuidados de saúde, em cinco países europeus	Lares, Unidades de Cuidados Continuados, Hospitais Geriátricos, Hospitais Generalistas	Questionário por Inquérito com avaliação por escala de 5 ponto, tipo Likert
Responder às perguntas: - Qual a percepção da privacidade, autonomia, e consentimento informado das mães e parteiras, nos hospitais escoceses; - Há diferenças entre a percepção das mães e das parteiras?	Hospitais escoceses (6) em zonas urbanas, rurais e rurais remotas	Questionário por Inquérito com avaliação por escala de 5 ponto, tipo Likert
Responder às perguntas: - Qual a percepção da privacidade, autonomia, e consentimento informado dos idosos residentes em lares (Continuing Care Unit) e enfermeiras; - Há diferenças entre a percepção dos idosos e das enfermeiras?	Idosos residentes em lares (Continuing Care Unit) do NHS (n=15) e lares privados (n=7), em áreas rurais e urbanas	Questionário por inquérito com avaliação por escala de 5 pontos, tipo Likert
Responder à pergunta: - Qual a percepção do exercício da autonomia, privacidade e consentimento informado nos hospitais escoceses do NHS, na perspectiva dos enfermeiros e dos pacientes?	Pacientes internados em serviços de cirurgia, excluindo cirurgia cardiovascular e neurocirurgia	Questionário por Inquérito com avaliação por escala de 5 ponto, tipo Likert
Desenvolver uma perspectiva alternativa ao conteúdo normativo do princípio da autonomia	Psicogeriatría; Medicina/reabilitação; Psicogeriatría e médico/reabilitação.	Questionário por inquérito baseado em 3 perspectivas da autonomia: - Liberal; Kantiana; Narrativa; ética do cuidado
Analisar o quadro de atitudes dos enfermeiros perante os direitos à informação e ao consentimento.	Serviço de cirurgia de um hospital oncológico.	Inquérito por questionário integrando uma escala de atitudes perante o direito à informação e ao consentimento
Analisar a percepção dos utentes acerca dos seus direitos, em particular sobre o consentimento	Serviço de urgência pediátrica	Questionário por entrevista. Estudo descritivo-analítico
- Há diferenças em relação à percepção da promoção da autonomia, privacidade e consentimento nos países estudados? - Há diferenças em relação à percepção da promoção da autonomia, privacidade e consentimento entre enfermeiros e pacientes? - Quais os factores associados à percepção da autonomia, privacidade e consentimento, pelos enfermeiros e pacientes?	Lares (Nursing Homes), Unidades de Cuidados Continuados, e Hospitais Geriátricos (Alemanha).	Questionário: Pacientes – por entrevista; Enfermeiros – auto- preenchido.
Há diferenças em relação à percepção da promoção da autonomia, privacidade e consentimento, por parte dos enfermeiros, nos países estudados?	Serviços hospitalares de cirurgia	Questionário auto-respondido.

RESULTADOS E CONCLUSÕES DOS ESTUDOS QUANTITATIVOS CONSULTADOS

QUADRO 4 - Estudo 4: Mattiasson, A.-C., et al., *A comparative empirical study of autonomy in nursing homes in Sweden and Florida, USA*. Journal of Cross-Cultural Gerontology, 1997. 12(4): p. 299.

Síntese de Resultados:

Não há diferenças com significado estatístico nas seguintes polaridades de Collopy:

Autonomia de decisão vs autonomia ;

Autonomia autêntica vs autonomia inautêntica;

Autonomia imediata vs autonomia a longo prazo.

Há diferenças com significado estatístico nas seguintes polaridades de Collopy:

- Autonomia directa vs autonomia delegada (maior nota na amostra sueca);
- Autonomia capaz vs autonomia incapaz (maior nota na amostra sueca);
- Autonomia Positiva vs autonomia negativa (maior nota na amostra sueca).

As instituições de saúde suecas dão maior prioridade às preferências manifestadas pelos pacientes do que as congéneres americanas. Contudo, as decisões dos pacientes são mais apoiadas nas intuições americanas do que nas suecas;

O pessoal de enfermagem sueco está mais preparado que os americanos no suporte e promoção da autonomia dos pacientes, o que pode explicar a maior prioridade atribuída às preferências (pode estar relacionado com a qualificação, traduzida por uma maior prevalência de enfermeiros e auxiliares de enfermagem na amostra sueca, enquanto que 40% dos inquiridos americanos não têm qualificação específica);

A promoção da autonomia do paciente é mais evidente a nível pessoal do que institucional (antecipação da decisão institucional – diferença entre o que o enfermeiros faria e o que seria feito no contexto institucional)

Conclusão:

Apesar das diferenças culturais, não há reflexos substanciais na perspectiva institucional e pessoal quanto ao suporte da autonomia do paciente, sendo amplamente considerada em ambos os países;

As iniciativas para promoção da autonomia do paciente devem incidir mais a um nível institucional que pessoal.

QUADRO 5 - Estudo 8: Scott, P.A., et al., *Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries*. Nursing Ethics, 2003. 10(1): p. 28-38.

Síntese de Resultado:

Há diferenças entre países na percepção, quer de enfermeiros que de pacientes no que respeita à frequência com que os pacientes recebem informação do pessoal de enfermagem: tem uma nota mais elevada no Reino Unido e mais baixa na Grécia, que em relação à informação transmitida, quer em relação à tomada de decisão. Este facto pode ser explicado pela conceptualização da autonomia (modelo não ajustável todas as realidades culturais) (p.35);

Contrariamente às expectativas relacionadas com estudos anteriores, os pacientes espanhóis têm a nota mais elevada no que à respeito a percepção da informação transmitida e ao envolvimento na prestação de cuidados. Neste ponto as baixas notas da amostra grega podem dever-se ao baixo nível de formação dos enfermeiros que cuidam de idosos (51% praticantes de enfermagem (p.36);

Parece haver uma influência cultural no que respeita à percepção positiva que os enfermeiros dos países do norte da Europa têm em relação ao suporte da autonomia do paciente (mais elevado no Reino Unido e mais baixo na Grécia)(p.36);

O nível educacional influencia a percepção dos enfermeiros em relação ao suporte da autonomia do paciente (p.36);

Os enfermeiros têm uma percepção mais favorável acerca da frequência com que fornecem informação aos pacientes e facilitam a sua tomada de decisão do que os pacientes (p.36).

Conclusão:

Há diferenças nos cinco países estudados em relação à percepção de enfermeiros e pacientes relativamente os componentes estudados: frequência da informação dada e oportunidade de decisão.

QUADRO 6 : Estudo 9: Scott, P.A., et al., Clinical practice. Autonomy, privacy and informed consent 2: postnatal perspective. British Journal of Nursing (BJN), 2003. 12(2): p. 117-117.

Síntese de Resultados:

As parteiras e mães escocesas têm, em geral, uma perspectiva positiva em relação à forma e frequência com que a autonomia, privacidade e consentimento informado e promovido pelas parteiras; contudo, há uma diferença substancial entre a percepção das mães e a das parteiras, sendo mais elevada nas parteiras (p. 126);

Dos itens estudados a maior concordância entre a percepção das mães e das parteiras é em relação ao consentimento informado.

Conclusão:

A promoção de autonomia, privacidade e consentimento informado das mães é bastante valorizada e promovida pelas parteiras escocesas.

QUADRO 7 - Estudo 10: Scott, P.A., et al., Adult/elderly care nursing. Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective. British Journal of Nursing (BJN), 2003. 12(3): p. 158-168.

Síntese de Resultados:

Há diferenças substanciais entre a percepção dos pacientes acerca do respeito pela sua autonomia e a forma como as enfermeiras consideram tê-la respeitado. Por exemplo, enquanto apenas 15% dos pacientes diz ter recebido informação acerca do que deveriam fazer durante o tratamento, 54% das enfermeiras referem ter informado (p.163);

Há uma correlação negativa, com significado estatístico, entre o nº de camas e as oportunidades dadas ao paciente de tomar decisões em relação aos cuidados prestados. (p.164)

Há um desacordo substancial entre a percepção dos pacientes e dos enfermeiros acerca da protecção da privacidade, o que se traduz numa diferença com significado estatístico em 6 dos 11 itens avaliados;

Há diferença com significado estatístico em relação a todos os itens avaliados na escala de consentimento informado, o que significa que as notas muito elevadas dos enfermeiros acerca do respeito pelo consentimento dos pacientes não têm correspondência na perspectiva destes (p. 166)

Conclusões:

Há diferenças significativas entre a percepção dos pacientes e a dos enfermeiros acerca da forma como é respeitada sua privacidade, autonomia e consentimento. Na perspectiva dos autores deve haver um maior investimento na formação ética dos enfermeiros. (p.168)

QUADRO 8 - Estudo 11: Scott, P.A., et al., Clinical practice. Autonomy, privacy and informed consent 4: surgical perspective. British Journal of Nursing (BJN), 2003. 12(5): p. 311-319.

Síntese de Resultados:

Em 8 dos 11 itens da escala de avaliação relativamente à participação na tomada de decisão, as enfermeiras têm notas mais elevadas do que os pacientes, o que traduz uma perspectiva mais favorável; (p.316)

Os pacientes consideram que os enfermeiros protegem a sua privacidade, nomeadamente: dirigindo as perguntas para aspectos clínicos, quando ajudam o paciente no wc ou não expõem o corpo durante a prestação de cuidados. Na subescala de avaliação da privacidade as diferenças entre enfermeiros e pacientes são marginais; (p.317-318);

Na subescala de avaliação do consentimento há diferenças com significado estatístico em 4 dos 6 itens avaliados; a percepção de pacientes e enfermeiros apenas é igualmente positiva no que respeita à frequência com que o paciente consente antes de serem realizadas as diferentes intervenções. (p.318)

Conclusões:

Os prestadores de cuidados têm uma visão mais optimista do que os pacientes acerca do respeito pela autonomia, privacidade e consentimento;

É necessário um maior investimento na formação ética dos enfermeiros para que estes desenvolvam a sensibilidade que lhes permita ter a percepção das necessidades dos pacientes;

Parece haver uma relação negativa entre o nº de pacientes a partilhar quartos e/ou serviços e a protecção da sua privacidade. (p.320).

QUADRO 9 - Estudo 12: Ulrich, C.M. and K.L. Soeken, *A path analytic model of ethical conflict in practice and autonomy in a sample of nurse practitioners*. Nursing Ethics, 2005. 12(3): p. 305-316.

Síntese de Resultados:

Das seis variáveis que se correlacionam com o conflito ético na prática clínica – preocupação ética, salário, local de trabalho, ambiente ético, desorganização e regulação governamental – apenas três emergem como significativas, através da regressão linear. O ambiente ético é o preditor mais significativo; (p.309)

Quanto maior é o nível de conflito ético, menor é a autonomia percebida na prática clínica;

Há uma ligação significativa entre a preocupação ética e o conflito ético; o indivíduo reconhece a dimensão ética de um problema quando os níveis de intensidade moral associados são significativos;(p. 310)

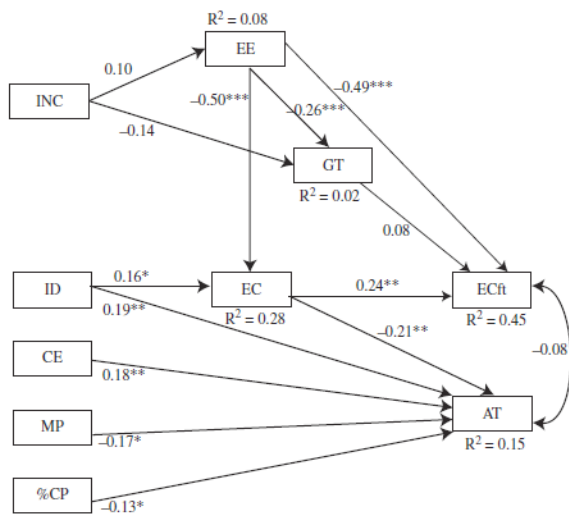
A formação ética não se relaciona com a percepção de conflito ético; contudo, a aprendizagem ética através da formação contínua tem uma relação significativa com a autonomia (avaliada pela 8-item Ethical Concer Scale) (p.312)

A ideologia ética (Ethics Position Questionnaire) tem um efeito directo pouco significativo na promoção da autonomia clínica e na preocupação ética; (p.313)

Há uma relação positiva significativa entre deter uma filosofia moral idealista (Ethics Position Questionnaire) e a promoção da autonomia clínica, o que parece indicar que a autonomia é um objectivo idealista; (p. 313)

Conclusões:

1 - O modelo proposto pode ter relevância clínica uma vez que identifica várias variáveis que podem ser preditivas do conflito ético;



*P < 0.05; **P < 0.01; ***P < 0.001

EE, ethical environment; INC, income; GT, government regulations; EC, ethical concern; ID, idealistic moral philosophy; CE, continuing education; MP, market penetration; %CP, percentage of client population in managed care; ECf, ethical conflict; AT, autonomy

2 - O modelo proposto suporta um quadro conceptual com três domínios: individual, organizacional e social.

QUADRO 10 - Estudo 14: Mattiasson, A.C. and L. Andersson, *Organizational environment and the support of patient autonomy in nursing home care*. Journal of Advanced Nursing, 1995. 22(6): p. 1149-1157

Síntese de Resultados:

Foi encontrada uma correlação com significado estatístico entre o clima organizacional criativo (utilizado o questionário de 10 categorias proposto por Ekval et al., 1983) e promoção da autonomia do paciente.

Conclusões:

O clima organizacional criativo influencia positivamente a promoção da autonomia do paciente; (p. 1156)

A experiência profissional dos enfermeiros é um factor determinante do clima organizacional. (p. 1156)

QUADRO 11 - Estudo 15: Van Thiel, G. and J. Van Delden, *The principle of respect for autonomy in the care of nursing home residents*. Nursing Ethics, 2001. 8(5): p. 419-431

Síntese de resultados:

A abordagem kantiana tem maior valor preditivo quando se trata de pacientes capazes, que tomam uma decisão contrária ao princípio da beneficência; (p. 426)

A abordagem narrativa tem maior valor preditivo quando se trata de pacientes capazes, que tomam uma decisão que está de acordo com dever de beneficência dos prestadores de cuidados; (p. 426)

A abordagem da ética do cuidado é a preferida quando o paciente é incapaz, quando é capaz e o seu desejo não está em conflito com o dever de beneficência e a carga de trabalho é normal; (p. 426)

A perspectiva moral dos prestadores de cuidados é muito eclética, não obedecendo a um modelo pré-definido. Parece haver uma atracção por diferentes elementos de diferentes modelos de acordo com as circunstâncias específicas de cada situação; (p. 427)

Os seguintes princípios/conceitos morais são adequados para descrever o julgamento moral dos prestadores de cuidados:

Noção de liberdade;

Noção de razoabilidade;

Prestar cuidados com base na reflexão e não na reacção;

O cuidado, enquanto categoria moral, é um elemento do respeito pela autonomia. (p. 427)

O respeito pela autonomia é uma noção complexa na perspectiva de uma ética do cuidado, apenas sendo possível no âmbito de uma relação que atenda a um sujeito particular numa circunstância particular. (p.428)

Conclusões:

Os prestadores de cuidados valorizam diferentes noções de autonomia, de acordo com as circunstâncias (p. 429);

O modelo multidimensional Caldwell, C., D. Wasson, et al. (2003). "Personal autonomy: development of a NOC label." *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications* 14(4): 12-13. de autonomia é o que mais se adequa à prestação de cuidados; (p. 429)

O modelo proposto contempla os princípios 1), 2), 3) e 4).

QUADRO 12 - Estudo 16: Martins, J.C.A., *Os Enfermeiros e os Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento: Percepções, Atitudes e Opiniões*. Referência, 2004(12): p. 15-25

Síntese de resultados:

A maioria dos enfermeiros (91.5%) considera que os pacientes são conhecedores dos seus direitos; (p.21)

A totalidade dos enfermeiros inquiridos reconhece o direito do paciente a ser informado; contudo, 50.8% considera que na prática não o são; (p.21)

Na análise de correlação entre as dimensões da Escala de Atitudes Perante o Direito à informação e Consentimento constatou-se que há uma correlação negativa, com significado estatístico, entre as dimensões consentimento e informação e a idade dos enfermeiros;(p.21)

Na análise de correlação entre as dimensões da Escala de Atitudes Perante o Direito à informação e Consentimento constatou-se que há uma correlação negativa, bem como para a escala global, com elevado significado estatístico, com a variável "tempo de serviço";(p.21)

Conclusões:

Os enfermeiros têm a percepção de que os doentes na generalidade desconhecem os seus direitos; (p. 24)

Embora considerem importante o direito à informação e ao consentimento, afirmam que os profissionais de saúde não respeitam esse direito;

A observação separada das dimensões revela que os enfermeiros valorizam menos do que os doentes o direito à informação.

QUADRO 13 - Estudo 17: Silva, E.M., D.M. Silva, and M. Carvalho, *A Autonomia do Doente: um estudo para a reflexão*. Servir, 2003. 51(3): p. 142-144

Síntese de resultados:

A maioria dos inquiridos refere conhecer a carta dos direitos e deveres do paciente (64%). Este facto tem relação estatística negativa com a idade, não se verificando relação significativa com a escolaridade; contudo, à medida que aumenta a escolaridade é maior o nº de pessoas que refere conhecer a carta dos direitos e deveres do paciente (p.144);
A maioria dos inquiridos (65%) está informada sobre o direito de decisão em relação aos tratamentos; contudo, manifestam dúvidas quanto à forma de exercício desse direito;
72% dos inquiridos considera que a decisão sobre os procedimentos terapêuticos cabe aos profissionais de saúde; 13 % referem o utente e profissional de saúde, 14% o utente e 1% a família.

Conclusões:

Nota: repete os resultados.

QUADRO 14 - Estudo 33: Leino-Kilpi, H., et al., *Perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five European countries: general overview*. Nursing Ethics, 2003. 10(1): p. 18-27

Síntese de resultados:

A revisão da literatura permitiu a elaboração de um instrumento de colheita de dados (questionário com escala de Likert com 5 pontos) susceptível de medir percepção dos pacientes e dos enfermeiros acerca do respeito pela autonomia, privacidade e consentimento, para as intervenções de enfermagem. As quatro dimensões contempladas no questionário são: informação recebida, tomada de decisão, privacidade, consentimento informado. (p.19-20)

Conclusões:

Nota: trata-se de um estudo de suporte metodológico. Os dados apresentados são referentes ao desenvolvimento do questionário. Os dados da sua aplicação são apresentados em estudos autónomos.

QUADRO 15 - Estudo 34: Suhonen, R., et al., *Patients' autonomy in surgical care: a comparison of nurses' perceptions in five European countries*. International Nursing Review, 2003. 50(2): p. 85-94.

Síntese de resultados:

A percepção dos enfermeiros acerca da informação fornecida aos pacientes para promover a sua autonomia é mais elevada na Finlândia e mais baixa na Grécia. Há diferenças estatisticamente relevantes na comparação de todos os países, excepto entre a Finlândia e a Escócia; (p.90)

No que se refere às oportunidades dadas aos pacientes para a tomada de decisão, os enfermeiros consideram que não apoiam suficientemente os pacientes, nomeadamente em relação aos tratamentos alternativos e ao tempo de permanência no hospital. A Alemanha é o país que regista a nota mais elevada e a Grécia o que regista a nota mais baixa; (p.90-91)

O baixo nível de formação e o estatuto profissional são associados (significado estatístico) pelos enfermeiros à percepção de que a participação dos pacientes nas decisões terapêuticas não é suficientemente apoiada. A formação específica em ética tem influência estaticamente relevante na promoção da autonomia (participação na decisão). (p.91)

Conclusões:

As diferenças encontradas nos países estudados podem dever-se a factores de natureza cultural (norte vs sul); contudo, deve ter-se em consideração os diferentes papéis desempenhados pelos enfermeiros em cada um dos países; (p.90)

Em contraste com outros estudos, os participantes têm uma percepção positiva acerca da informação que fornecem aos pacientes (p.91);

A formação ética é um factor relevante na promoção da autonomia do paciente por parte dos enfermeiros; (p.92)

SÍNTESE DE ABORDAGENS TEÓRICAS E CONCLUSÕES DE ESTUDOS DE REVISÃO

QUADRO 16 - Estudo 18: Tuckett, A.G., *On paternalism, autonomy and best interests: telling the (competent) aged-care resident what they want to know*. International Journal of Nursing Practice, 2006. 12(3): p. 166-173.

Temas: Paternalismo; Autonomia.
Teorias éticas de referência adotadas: Recurso a artigos. Não é mencionada qualquer teoria ética de referência.
Conclusões: Estabelece um conjunto de orientações que considera básicas para o respeito pela autonomia dos pacientes institucionalizados em lares residenciais, nomeadamente: Os enfermeiros e médicos devem perguntar aos residentes qual o nível de informação a que querem ter acesso e não fazer a presunção; (p.170) Uma estratégia de engano, ainda que por compaixão, nunca deve ser utilizada. A informação a ser transmitida acomo transmitir, deve ser discutida com os residentes; (p.170) Deve haver um "anotação psicológica" onde os enfermeiros registem qual a informação transmitida e qual a reacção dos pacientes. Citando Candib et al (2002) apresenta uma folha de registo de "Directivas antecipadas para divulgar informação". (p. 170-171)

QUADRO 17 - ESTUDO 19: Hewitt-Taylor, J., *Issues involved in promoting patient autonomy in health care*. British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing), 2003. 12(22): p. 1323-1330.

Temas: Princípios éticos; Responsabilidade do paciente.
Teorias éticas de referência adotadas: Recurso a artigos. Não é mencionada qualquer teoria ética de referência.
Conclusões: Embora a autonomia seja um princípio fundamental, não pode ser considerado separando-o da beneficência e não maleficência; (p.1329) A diferença de prioridades que os indivíduos e as profissões atribuem à autonomia determina que a formação interprofissional pode ser relevante; (p.1329-1330) Os enfermeiros devem trabalhar em parceria com os pacientes para que estes possam expressar as suas posições e envolver-se na tomada de decisão; (p. 1330)

QUADRO 18 - Estudo 20: McParland, J., et al., *Professional issues. Autonomy and clinical practice 1: identifying areas of concern*. British Journal of Nursing (BJN), 2000. 9(8): p. 507-513.

Temas: Definições e abordagens da autonomia; Profissionais de saúde e autonomia do paciente; Autonomia da obstetrícia e nos cuidados a idosos.
Teorias éticas de referência adotadas: Princípio do bem (Childress e Beauchamp, 1994); Ética da virtude (Pellegrino e Thomasma, 1988). Essencialmente suportado em artigos, quer de investigação empírica, quer de revisão.
Conclusões: Há uma razoável clareza na literatura ética em relação ao princípio da autonomia. O mesmo não acontece na literatura de enfermagem. É importante clarificar o que é a autonomia do paciente (pessoal) e a autonomia do enfermeiro (profissional); (p. 512) Na literatura de enfermagem a discussão em torno da autonomia é centrada no desequilíbrio entre os enfermeiros, que querem ajudar o paciente a exercer a sua autonomia, e os médicos, que são relutantes em envolver o paciente na tomada de decisão (paternalismo); (p. 512) É expectável que, tendo os enfermeiros uma posição mais favorável em relação ao exercício da autonomia por parte dos pacientes, os serviços onde é maior a sua influência, nomeadamente as residências de idosos (lares) seja mais favorável à autonomia pessoal. É necessária investigação empírica para confirmar esta asserção; (p. 513)

QUADRO 19 - Estudo 22: McParland, J., et al., *Professional issues. Autonomy and clinical practice 3: issues of patient consent*. British Journal of Nursing (BJN), 2000. 9(10): p. 660-665

Temas: Consentimento.
Teorias éticas de referência adoptadas: Recurso a artigos. Não é mencionada qualquer teoria ética de referência.
Conclusões: Verifica-se uma dissonância entre os enfermeiros e os médicos relativamente ao consentimento dos pacientes: enquanto os enfermeiros estão vinculados aos seus códigos profissionais, que lhe impõem a função de advogado do paciente na promoção da sua autonomia, a perspectiva médica é fundamentalmente paternalista; (p. 665)

QUADRO 20 - Estudo 23: McParland, J., et al., *Autonomy and clinical practice. 2: Patient privacy and nursing practice*. British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing), 2000. 9(9): p. 566-569.

Temas: Privacidade
Teorias éticas de referência adoptadas: Princípio de Childress e Beauchamp, (1994). Essencialmente suportado em artigos, quer de investigação empírica, quer de revisão.
Conclusões: A revisão da literatura evidencia a relevância da protecção da privacidade do paciente, não se verificando equivalência em matéria de produção jurídica; (p. 509) Na perspectiva dos pacientes, a privacidade é tão importante quanto a garantia de manter os registos confidenciais. (p. 509)

QUADRO 21 - Estudo 26: Hyland, D., *An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice*. Nursing Ethics, 2002. 9(5): p. 472-482.

Temas: Autonomia; Advocacia do paciente
Teorias éticas de referência adoptadas: Suportado em artigos, quer de investigação empírica, quer de revisão.
Conclusões: Os enfermeiros não podem reclamar o papel de advogados do paciente como sendo unicamente seu; (p. 480) Há o risco dos enfermeiros perderem o apoio dos seus pares, organização e outros profissionais de saúde quando advogam a favor do paciente. Para que possam desempenhar esse papel têm de ser reconhecidos no contexto da equipa e ter o apoio dos empregadores e das organizações profissionais; (p. 480) A promoção da autonomia do paciente sem que sejam tidas em consideração as consequências para os pacientes ou terceiros cria uma tensão que se pode traduzir na culpa por acção ou omissão: a promoção da autonomia pode criar tensão entre os direitos dos enfermeiros e os deveres de cuidado; (p. 481)

QUADRO 22 - Estudo 27: Kennedy, W., *Beneficence and autonomy in nursing. A moral dilemma*. British Journal Of Perioperative Nursing: The Journal Of The National Association Of Theatre Nurses, 2004. 14(11): p. 500-506

<p>Temas: Autonomia; Consentimento; Beneficência; Dilema ético.</p>
<p>Teorias éticas de referência adotadas: Princípio de Beauchamp e Childress (1994). Suportado em artigos, quer de investigação empírica, quer de revisão.</p>
<p>Conclusões: Há uma manifesta tensão entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência. No âmbito dessa tensão, os enfermeiros não devem orientar a sua acção de acordo com normas de conduta superficiais mas sim com o envolvimento (aprofundamento) na dimensão moral da relação com o paciente; (p. 505) O paciente é a única pessoa capaz de decidir o que é melhor para si. Contudo, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para identificar as situações em que a autonomia está condicionada pela doença (sendo necessário ponderar os princípios da autonomia e beneficência); (p. 505) A decisão ética do enfermeiros, sendo orientada pelos princípios, não pode deixar de ter em consideração a realidade concreta de cada paciente; (p. 505)</p>

QUADRO 23 - Estudo 28: Scott, P.A., et al., *Clinical Practice. Autonomy, privacy and informed consent 1: concepts and definitions*. British Journal of Nursing (BJN), 2003. 12(1): p. 43-47.

<p>Temas: Autonomia; Privacidade; Consentimento Informado</p>
<p>Teorias éticas de referência adotadas: Princípio de Beauchamp e Childress (1994); Suportado em artigos, quer de investigação empírica, quer de revisão.</p>
<p>Conclusões: Há uma estreita ligação entre os conceitos de autonomia, privacidade e consentimento informado. Só é possível respeitar a autonomia do paciente se for respeitada a sua privacidade e garantido o seu envolvimento na tomada de decisão, incluindo o consentimento informado para o tratamento e cuidados prestados; (p.46) Sendo o respeito pela autonomia, privacidade e consentimento conceitos essenciais para a prestação de cuidados, deve ser investigado a forma como são operacionalizados na prática clínica. (p.46-47)</p>

QUADRO 24 - Estudo 29: Harnett, P.J. and A.M. Greaney, *Operationalizing autonomy: solutions for mental health nursing practice*. Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 2008. 15(1): p. 2-9

<p>Temas: Autonomia e enfermagem de saúde mental</p>
<p>Teorias éticas de referência adotadas: Princípio de Beauchamp e Childress (1994); Suportado em artigos, quer de investigação empírica, quer de revisão. Têm particular relevância Hoffmaster (1994) e Christans' (2005) por enquadrarem perspectiva narrativa d autonomia.</p>
<p>Conclusões: Os enfermeiros de saúde mental têm de decidir se o respeito pela autonomia assume prevalência quando balanceado com outros princípios igualmente relevantes, tais como a beneficência. As tensões associadas à tomada de decisão podem ser minimizadas se o conceito for contextualizado; (p. 7) Critica-se a aplicação do princípio da autonomia numa perspectiva normativa (segue Hoffmaster, 1994; Christans', 2005) e que uma abordagem narrativa seria mais adequada aos cuidados de saúde mental (p.7).</p>

QUADRO 25 - Estudo 30: Harnett, P.J. and A.M. Greaney, *Operationalizing autonomy: solutions for mental health nursing practice*. Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 2008. 15(1): p. 2-9.

Temas: Consentimento em menores; Responsabilidade parental; Responsabilidade profissional.
Teorias éticas de referência adoptadas: Princípio de Childress e Beauchamp, 1989); Suportado em artigos, quer de investigação empírica, quer de revisão.
Conclusões: Tem-se verificado uma determinante influência do princípio da autonomia, que implica o afastamento de uma perspectiva paternalista. Os profissionais não podem imaginar os objectivos dos outros para além daqueles que têm para si próprios; (p.575) Na prestação de cuidados de saúde a autonomia é um estatuto determinado por outrem, os profissionais, que assim se colocam numa posição de absoluto poder em relação aos pacientes; (p. 575) O nível de autonomia que desejam exercer deve ser decidido pelos pais, devendo os profissionais de saúde estar sensíveis para a necessidade de permitir aos pais fazer escolhas, de acordo com o seu quadro de valores. (p. 575)

QUADRO 26 - Estudo 32: Allison, A. and A. Ewens, *Tensions in sharing client confidences while respecting autonomy: implications for interprofessional practice*. Nursing Ethics, 1998. 5(5): p. 441-450.

Temas: Tensão nas relações inter-profissionais; Privacidade e confidencialidade; Respeito pela autonomia.
Teorias éticas de referência adoptadas: Modelo fiduciário de relação profissional (Bayles, 1989); Suportado em artigos, quer de investigação empírica, quer de revisão; Contempla na análise de vários normativos jurídicos.
Conclusões: A norma fundamental de partilha de informação deve ser sustentada numa relação em que a autonomia de ambos os parceiros seja respeitada e que coloque o cliente no centro do processo de tomada de decisão. O autor sustenta a sua tese a partir do modelo de relação fiduciária proposto por Bayles (1989).

QUADRO 27 - Estudo 35: Paley, J., *Virtues of autonomy: the Kantian ethics of care*. Nursing Philosophy, 2002. 3(2): p. 133-143.

Temas: Ética Kantiana; Autonomia; Deontologia; Emoção.
Teorias éticas de referência adoptadas: Ética Kantiana; Ética do Cuidado de N. Noddings.
Conclusões: A perspectiva tradicional que sustenta uma diferença radical entre a ética do cuidar e a ética kantiana (deontológica) não tem sustentabilidade; (p.141) Todos os pressupostos da ética do cuidar podem ser facilmente enquadráveis no âmbito da ética kantiana do dever; (p.141) Uma vez que a ética kantiana inclui muito mais que as perspectivas da ética do cuidar, há diferenças consideráveis entre as suas posições e as defendidas nas teorias da ética do cuidar contemporâneas; (p.141) A ética kantiana qualifica a ética do cuidar por a incluir numa perspectiva global da conduta moral. (p.141)

QUADRO 28 - Estudo 36: Moser, A., R. Houtepen, and G. Widdershoven, *Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature*. Journal of Advanced Nursing, 2007. 57(4): p. 357-365.

<p>Temas: Teoria ética e de enfermagem; - Perspectiva do paciente sobre autonomia.</p>
<p>Teorias éticas de referência adoptadas: Ética Principlalista - Childress e Beauchamp (1994) Autonomia e autocuidado - Dorothea Orem (2001); Ética do Cuidado – liberdade positiva – Tronto (1993); Autonomia como identificação - Agich (2003); Autonomia enquanto comunicação – Moody (1992); Autonomia enquanto alcançar objectivos – Peplau (1998).</p>
<p>Conclusões: Confirma a existência de várias perspectivas teóricas sobre autonomia; (p.364) A literatura empírica de enfermagem acerca da autonomia é escassa; (p.364) A distinção entre autonomia positiva e negativa permite obter uma ferramenta valiosa para a discussão da autonomia do paciente; (p.364) A literatura teórica e empírica demonstra que os enfermeiros devem considerar a autonomia positiva e negativa do paciente, ao invés de se centrarem num modelo exclusivo de autonomia; (p.364) A autonomia deve ser interpretada de acordo com a especificidade de cada situação, devendo os enfermeiros ser sensíveis às necessidades específicas de cada paciente. (p.364)</p>

QUADRO 29 - Estudo 37: Martins, J.C., et al., *Capacidade do Doente para Decidir: Avaliar para maximizar a autonomia*. Revista Portuguesa de Bioética, 2009(9): p. 307-317

<p>Temas: Autonomia; Avaliação de Capacidade.</p>
<p>Teorias éticas de referência adoptadas: Ética Principlalista - Childress e Beauchamp (1979) Nota: é mencionado como referencial teórico mas não consta das referências bibliográficas.</p>
<p>Conclusões: O respeito pela autonomia do paciente é uma condição necessária ao respeito pela Dignidade Humana; (p. 317) A avaliação de capacidade para exercício da autonomia (entendido como consentimento informado) deve ser avaliada de forma sistemática. São apresentadas no desenvolvimento algumas possibilidades, nomeadamente (seleccionamos as mais relevante): MacArthur Compete Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) Grisso e Appelbaum (1998); (p.316) Mini-Mental State Examination (MMSE) (Raymont <i>et al.</i> 2004). (p. 315) Sendo a capacidade variável, esta deve ser “medida” sempre que se justifique, impedindo assim que uma avaliação negativa justifique uma determinação permanente de incapacidade. (p. 317)</p>

QUADRO 30 - Estudo 38: Martins, J.C., *A autonomia do doente em contexto de urgência e emergência*. Revista Portuguesa de Bioética, 2007(2): p. 195-206.

<p>Temas: Princípios éticos (Ética Principlalista); Autonomia em situação de urgência.</p>
<p>Teorias éticas de referência adoptadas: - Ética Principlalista - Childress e Beauchamp (1994)</p>
<p>Conclusões: Apesar das directivas antecipadas de vontade ainda não terem suporte legal em Portugal, devem constituir um instrumento preciso para apoiar a tomada de decisão. Contudo, estas directivas exigem alguma prudência, quer pela sua execução antecipada, quer por não contemplarem os avanços constantes de medicina; (p. 202-203) Sendo a vontade expressa do doente o factor decisivo para o início do tratamento, a família tem um papel fundamental quando, no seu decurso, é necessário prever qual seria a vontade do interessado; (p. 203) Nas situações de PCR não se justificam manobras de reanimação em situações de doença incurável. O limite será a incerteza do diagnóstico, que imporá o início imediato e continuado de medidas de reanimação; (p. 203)</p>

SÍNTESE DA REVISÃO

Num trabalho por nós publicado tendo como mote a pergunta: “Existirá uma ética de enfermagem”, concluímos a nossa reflexão com a convicção que “[...] em nome de uma clarificação de conceitos, essencial a qualquer proposta teórica, uma ética de enfermagem tem de construir-se a partir do domínio da metaética” (Veiga, 2004). Na revisão que agora efectuámos esse é um dos aspectos que nos parece mais evidente. Para alguns autores a redução da abstracção do conceito de autonomia permitiria uma maior individualização dos cuidados de enfermagem (Randers & Mattiasson, 2004). Outros realçam as diferenças de construção conceptual entre enfermagem e medicina, sendo nesta última mais explícitas as implicações do respeito pela autonomia pessoal (McParland, et al., 2000b). Perante este enquadramento parece-nos legítimo concluir que não há um suporte alicerçado, quer na ética filosófica, quer em modelos e teorias de enfermagem, que nos elucide de forma clara acerca das implicações do conceito na moralidade da acção dos enfermeiros. Realçamos que a análise dos artigos de revisão permite constatar algum eclectismo nos dispositivos de suporte teórico, embora com uma maior prevalência na ética principialista, que surge como referência em cinco dos estudos seleccionados (Harnett & Greaney, 2008; Kennedy, 2004; McParland, et al., 2000a, 2000b; P. A. Scott, M. Valimiki, et al., 2003).

Contrariamente ao que era a nossa expectativa, fundadas em trabalhos anteriormente realizados, as éticas narrativas, em particular a ética do cuidar, de acordo com o modelo de desenvolvimento moral de Carol Gilligan, não constitui um recurso a que os autores recorram na fundamentação dos seus quadros teóricos de partida. Não obstante, há constructos teóricos, entre os quais destacamos o modelo proposto por Van Thiel & Van Delden (2001), que contemplam a importância que as histórias de vida devem ter na definição do que é a autonomia pessoal, o que está de acordo com o contextualismo subjacente às éticas narrativas. A este propósito deve aludir-se que alguns autores fazem referência à cultura como determinante na percepção da autonomia, o que não deixa de ser uma forma de adaptação contextual (Hanssen, 2004; A. Scott, et al., 2003). Contudo, deve salientar-se que num dos estudos empíricos analisados, os autores concluem que “a abordagem narrativa tem maior valor preditivo quando se trata de pacientes capazes, que tomam uma decisão que está de acordo com o dever de beneficência dos prestadores de cuidados” (Van Thiel & Van Delden, 2001). Este achado, considerado numa perspectiva em que os princípios éticos não são suficientes para garantir um cuidado de excelência, em termos de respeito pela autonomia do paciente (Woodward, 1998), apontando para uma autonomia “olhada” de acordo com a especificidade de cada situação (Moser, Houtepen, & Widdershoven, 2007), sugere-nos algum eclectismo na orientação da acção o que, em nosso entender, configura um problema que deverá ser devidamente reflectido. Referimo-nos ao relativismo ético nas abordagens e tomada de decisão clínica. Outros dados obtidos a partir dos estudos analisados parecem suportar esta nossa asserção, nomeadamente a sugestão de uma diferenciação de orientação em termos do contexto clínico, sustentando-se que na saúde mental as abordagens narrativas seriam mais adequadas (Harnett & Greaney, 2008). Consideramos profícua a tese defendida por J. Paley, a propósito da justificação de uma orientação kantiana para a ética de enfermagem. Sem rejeitar a ética narrativa do cuidado, entre os muitos argumentos utilizados pelo autor figura a necessidade de mediar o impulso de cuidar por uma dimensão conhecimento (razão) (Paley, 2002), o que mitigaria o imediatismo ético na tomada de decisão.

Apesar da ética principialista surgir como prevalente na sustentação teórica, quer de estudos empíricos, quer das revisões teóricas, é importante salientar que se reconhece o limite que este modelo explicativo e de análise tem enquanto garante da eticidade do cuidado. Embora a ética da virtude não se tenha evidenciado como relevante nos estudos consultados, importa salientar que, em nosso entender, o carácter moral do agente é um elemento determinante na construção de uma ética da enfermagem. A ética da virtude poderá fazer a ponte entre a tradição moral dos enfermeiros, ou seja, a mesmidade²² da profissão, e uma perspectiva mais universalista, que permita o diálogo transprofissional, assegurado pela ética principialista. Parecendo-nos haver um longo caminho a percorrer no domínio da metaética no que concerne à definição do conceito de autonomia pessoal, deve registar-se que esse trabalho passará, em nosso entender, pela confluência entre uma perspectiva narrativa, deontológica e da virtude.

Na análise dos estudos seleccionados emerge uma categoria que estabelece uma relação directa entre o conceito de autonomia e a prática profissional, relacionando-o com as condições objectivas do exercício. Um dos factores que parece estar directamente relacionado com o respeito pela autonomia pessoal na prestação de cuidados é a carga e regime de trabalho dos enfermeiros. Entre as conclusões do estudo etnográfico realizado por Woodward (Woodward, 1998), salienta-se o facto de as conclusões apontarem para estes factores como obstáculos ao respeito pela autonomia do paciente. Estes dados são indirectamente confirmado por Scott (P. A. Scott, M. Valimaki, et al., 2003) que, num estudo multicêntrico de desenho quantitativo encontrou uma correlação com significado estatístico entre o nº de camas e as oportunidades dadas aos pacientes para poderem tomar decisões em relação aos cuidados prestados. Podemos assim constatar a relevância que os ambientes organizacionais têm na promoção da autonomia do paciente podendo as suas características ser predictivas do seu respeito. Esta conclusão é corroborada por estudo quantitativo, desenvolvido por Ulrich & Soeken (2005), em que o ambiente ético foi medido através do *Ethics Environment Questionnaire*. A importância dos factores organizacionais leva alguns autores a concluir que a intervenção neste domínio é mais relevante que a nível pessoal, nomeadamente na formação ética dos cuidadores (Mattiasson, Anderson, Mullins, & Moody, 1997). A aposta num clima organizacional criativo, em que a experiência profissional tem um papel determinante, constitui um domínio de intervenções que devem ser privilegiadas quando se pretende promover a autonomia pessoal, como sugerem alguns resultados da investigação (Mattiasson, et al., 1997).

No que concerne à formação ética dos enfermeiros, embora a literatura seja escassa em associações, parece haver alguma unanimidade quanto à relevância do investimento que deve ser realizado nesta área, tendo como objectivo que os enfermeiros desenvolvam a sensibilidade ética, que lhes permita ter a percepção das necessidades dos pacientes (P. A. Scott, A. Taylor, et al., 2003). Embora sem evidência na relação entre formação e o discurso ético dos enfermeiros acerca da promoção da autonomia dos pacientes, este tem expressão objectiva na prática de cuidado; quanto mais favorável é o discurso mais o enfermeiro considera a autonomia do paciente na sua prática (Woodward, 1998). Também a percepção dos enfermeiros em relação à promoção da autonomia pessoal está relacionada com o seu nível de formação ética (A. Scott, et al., 2003). Contudo, não tendo consultado estudos que estabeleçam empiricamente a correlação entre a percepção –

22 No sentido atribuído por P. Ricoeur. In: Correia, João Carlos (2000). A Identidade Narrativa e o Problema da Identidade Pessoal. Tradução comentada de “L’Identité Narrative” de Paul Ricoeur. Arquipélago/Série Filosofia, n.º 7, p. 181.

consubstanciada na narrativa de uma entrevista ou na resposta a um questionário – e as práticas – analisadas através de estudos de observação (independentemente do método), devemos deixar em aberto a interrogação sobre o discurso e as práticas.

As implicações do respeito pela autonomia do paciente nas relações interprofissionais é uma outra categoria de análise que emerge na revisão efectuada. A posição do enfermeiro na equipa de prestação de cuidados, nomeadamente a sua proximidade com o paciente, continua a ser considerada como um factor relevante na identificação de possíveis condicionamentos da autonomia do paciente (Kennedy, 2004). Parece-nos relevante em futuras investigações fazer o cruzamento destes dados com os anteriormente apresentados acerca do clima organizacional, com o intuito de se compreender se a relação entre a sobrecarga de trabalho e a promoção da autonomia pessoal se deve à menor qualidade da relação.

Merecem também algum destaque as implicações que o conceito de advocacia, quando entendido como uma responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro na promoção da autonomia do paciente, poderá ter implicações negativas nas relações interprofissionais. De acordo com Hyland (2002), há o risco dos enfermeiros perderem o apoio dos seus pares, organização e outros profissionais de saúde quando advogam a favor do paciente. Para que possam desempenhar esse papel têm de ser reconhecidos no contexto da equipa e ter o apoio dos empregadores e das organizações profissionais. O exercício da advocacia do paciente é o resultado de um normativo deontológico, que contrasta com uma perspectiva médica que parece manter um cunho paternalista bastante acentuado (McParland, et al., 2000b, 2000c).

Por último, pela sua relevância, vamos deter-nos sobre uma outra categoria de análise, onde pretendemos explorar as implicações do respeito pela autonomia pessoal na prestação de cuidados de enfermagem, sem outras mediações. É importante que tenhamos bem presente a noção de que há uma dificuldade inultrapassável quando tratamos o respeito pela autonomia pessoal. Trata-se de um estatuto que é determinado por outrem, os profissionais, que desta forma se colocam numa posição de absoluto poder em relação ao paciente (Harnett & Greaney, 2008). Esta assimetria relacional impõe-nos um especial cuidado na análise da capacidade do paciente para a tomada de decisão, devendo ser considerado o conceito de autonomia substancial (Faden & Beauchamp, 1986, p. 239), a que já fizemos referência. Como refere J. Martins (2009), exige-se uma avaliação sistemática da capacidade para o exercício da autonomia, particularmente para exercer o consentimento informado. Aos enfermeiros, ou quaisquer outros profissionais, mesmo quando conseguem estabelecer com o paciente uma relação de natureza fiduciária, não lhes é permitido imaginar os objectivos dos outros para além daqueles que têm para si próprios (Harnett & Greaney, 2008). Parece-nos que a desconsideração desta asserção conduzirá indubitavelmente a uma prática paternalista. Acresce que, como demonstra o estudo multicêntrico desenvolvido por Leino-Kilpi e colaboradores, cujos resultados, para além de múltiplas publicações em jornais e revistas científicas, foram editados em livro, há uma percepção divergente entre enfermeiros e pacientes no que concerne ao fornecimento de informação e às oportunidades para participar na decisão clínica (A. Scott, et al., 2003). Quando confrontados pacientes e enfermeiros em relação a estes indicadores de respeito pela autonomia, os enfermeiros consideram tê-los concretizado em maior grau do que os pacientes entendem ter acontecido.

NOTA CONCLUSIVA

A revisão que realizámos permitiu-nos fazer avanços substanciais no que respeita à definição do conceito que foi objecto do nosso estudo. A autonomia pessoal é uma noção abstracta²³, que necessita de ser concretizada para que possa ser partilhada, independentemente das circunstâncias de tempo ou de lugar. Só desse modo poderá constituir-se como fenómeno de estudo.

Através deste trabalho foi-nos possível compreender os diferentes elementos conceptuais que necessitam de ser explorados, nomeadamente os relacionadas com a indelével dimensão filosófica do conceito, bem como da “apropriação” que dele fazem os modelos conceptuais e as teorias de enfermagem.

No que concerne aos estudos consultados, deparámo-nos com uma grande multiplicidade de perspectivas, o que enriquecendo o nosso conhecimento acerca do objecto de estudo, nos dificultou a sistematização das conclusões em categorias de análise.

REFERÊNCIAS

- Annas, George, & Healey, Joseph (1974). The Patients Rights Advocate. *The Journal of Nursing Administration*, 4(3), 25-31.
- Beauchamp, Tom L., & Childress, James F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Bernal, E. W. (1992). The nurse as patient advocate. *The Hastings Center Report*, 22(4), 18-23.
- Caldwell, C., Wasson, D., Brighton, V., Dixon, L., & Anderson, M. A. (2003). Personal autonomy: development of a NOC label. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 14(4), 12-13.
- Denyes, M. J., Orem, D. E., & SozWiss, G. (2001). Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48-54.
- Faden, Ruth R., & Beauchamp, Tom L. (Eds.). (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Pres.
- Fawcett, Jacqueline (Ed.). (2005). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing* (2 ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ferro, M, & Tavares, M (1995). *Conhecer os Filósofos: de Kant a Comte*. Lisboa: Editorial Presença.
- Gadow, Sally (Ed.). (1990). *Existential Advocacy: Philosophical Foundations of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Gracia, Diego (Ed.). (2007). *Fundamentos de Bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Hanssen, I. (2004). An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nursing Ethics*, 11(1), 28-41.

23 Usamos a nomenclatura de Walker e Avant. In: Walker, Lorraine O; Avant, Kay C. (2004). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 4th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall Health. p. 26

- Harnett, P. J., & Greaney, A. M. (2008). Operationalizing autonomy: solutions for mental health nursing practice. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 15(1), 2-9.
- Hyland, D. (2002). An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 9(5), 472-482.
- Kant, Immanuel (Ed.). (1995). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70.
- Kennedy, Wendy (2004). Beneficence and autonomy in nursing. A moral dilemma. *British Journal Of Perioperative Nursing: The Journal Of The National Association Of Theatre Nurses*, 14(11), 500-506.
- Kohnke, M. F. (1990). The nurse as advocate. In T. Pence (Ed.), *Ethics in nursing: an anthology*. (pp. 56-58): National League for Nursing.
- Martins, José Carlos (2009). Capacidade do Doente para Decidir: Avaliar para maximizar a autonomia. *Revista Portuguesa de Bioética*(9), 307-317.
- Mattiasson, Anne-Catherine, Anderson, Lars, Mullins, Larry C., & Moody, Linda (1997). A comparative empirical study of autonomy in nursing homes in Sweden and Florida, USA. [Article]. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12(4), 299.
- McParland, J., Scott, P. A., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., et al. (2000a). Autonomy and clinical practice. 2: Patient privacy and nursing practice. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 9(9), 566-569.
- McParland, J., Scott, P. A., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., et al. (2000b). Professional issues. Autonomy and clinical practice 1: identifying areas of concern. *British Journal of Nursing (BJN)*, 9(8), 507-513.
- McParland, J., Scott, P. A., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., et al. (2000c). Professional issues. Autonomy and clinical practice 3: issues of patient consent. *British Journal of Nursing (BJN)*, 9(10), 660-665.
- Mill, John Stuart (Ed.). (2010). *Sobre a Liberdade*. Coimbra: Edições 70.
- Moser, A., Houtepen, R., & Widdershoven, G. (2007). Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 357-365.
- Nunes, Lucília, Amaral, Manuela, & Gonçalves, Rogério (Eds.). (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paley, John (2002). Virtues of autonomy: the Kantian ethics of care. [Article]. *Nursing Philosophy*, 3(2), 133-143.
- Pearson, Alan, Field, John, & Jordan, Zoe (2007). Evidence-based Clinical Practice in Nursing and Health Care: assimilating research, experience and expertise Available from <http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444316544>.
- Randers, Ingrid, & Mattiasson, Anne-Cathrine (2004). Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 63-71.
- Reich, Warren T (1995). Professional Codes. In Warren T Reich (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics* (Vol. 5, pp. 2710). New York: MacMillan.

- Rumbold, Graham (Ed.). (2002). *Ethics in Nursing Practice* (3 ed.). London: Baillière Tindall.
- Scott, Anne, Välimäki, Maritta, Leino-Kilpi, Helena, Dassen, Theo, Gasull, Maria, Lemonidou, Chryssoula, et al. (2003). Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five european countries. *Nursing Ethics* 10(1), 28-38.
- Scott, P. A., Taylor, A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., et al. (2003). Clinical practice. Autonomy, privacy and informed consent 4: surgical perspective. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(5), 311-319.
- Scott, P. A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., et al. (2003). Clinical practice. Autonomy, privacy and informed consent 1: concepts and definitions. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(1), 43-47.
- Scott, P. A., Valimaki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., et al. (2003). Adult/elderly care nursing. Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(3), 158-168.
- Steiger, N.J., & Lipson, J.G (Eds.). (1985). *Self-Care Nursing: Theory and Practice*. Bowie Maryland: Brady Communications Co., Inc.,.
- The Joanna Briggs Institute JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research.
- Ulrich, Connie M., & Soeken, Karen L. (2005). A path analytic model of ethical conflict in practice and autonomy in a sample of nurse practitioners. *Nursing Ethics*, 12(3), 305-316.
- Van Thiel, G., & Van Delden, J. (2001). The principle of respect for autonomy in the care of nursing home residents. *Nursing Ethics*, 8(5), 419-431.
- Veiga, João (Ed.). (2004). *Existirá uma Ética da Enfermagem?* Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Woodward, V. M. (1998). Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1046-1052.

Contacto: jveiga@esel.pt