



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Dilemas éticos na prática profissional de Psicologia nos Centros de Saúde

Dayane Bárbara Martins Keres

Orientador:

Prof.^a Doutora Constança Maria Sacadura Biscaia da Silva Pinto

2013

Agradecimentos

Este espaço nunca será suficiente para agradecer a todos que caminharam ao meu lado durante todo este processo e que com uma palavra amiga, um gesto motivador ou um momento acolhedor ajudaram-me a reunir forças para prosseguir e chegar até este momento tão importante da minha vida acadêmica e pessoal.

O meu especial agradecimento à Deus, por ser fonte de fé, esperança e perseverança mesmo nos momentos mais turbulentos, em que desistir parecia mais fácil, mas não tão satisfatório quanto continuar, acreditar e alcançar.

À minha orientadora, a Professora Doutora Constança Biscaia, pelas orientações quase terapêuticas, exigência, rigor, valiosos ensinamentos e por me ajudar no percurso e conclusão deste objetivo, os meus sinceros agradecimentos e a certeza de que sempre será um modelo de humanidade e profissionalismo a seguir.

A todas as psicólogas que gentilmente concordaram em participar nesta investigação, obrigada pela disponibilidade, pela colaboração e pela partilha de experiências tão valiosas acerca do trabalho realizado nos Centros de Saúde.

À toda a minha família, especialmente aos meus pais, que em tudo foram generosos e nunca viram limites nos sacrifícios para que eu alcançasse este objetivo.

À minha irmã Stephanie que me proporcionou momentos descontraídos em meio de tanta concentração e desgaste.

Aos meus avós Elza e Francisco por entenderem a nossa ausência e se orgulharem da minha formação.

A todos os meus amigos, que sempre acreditaram nas minhas capacidades e por valorizarem o meu empenho, especialmente à Dayanne e à Danielly, por estarem sempre presentes, pelas palavras amigas e por compreenderem a minha indisponibilidade forçada.

Às minhas amigas de curso, Marta e Sandra, palavra nenhuma refletirá o quanto a vossa companhia foi importante neste percurso e quantas boas lembranças serão guardadas.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o meu crescimento e realização, o meu muito obrigada!

Dilemas éticos na prática profissional de Psicologia nos Centros de Saúde

Resumo

No trabalho diário em Centros de Saúde os psicólogos clínicos podem vivenciar situações dilemáticas de natureza ética.

Neste estudo pretendemos identificar as conceções dos psicólogos clínicos sobre os dilemas éticos, recorrendo a enumeração dos principais dilemas encontrados na prática profissional, das estratégias e fontes de apoio utilizadas para lidar com os dilemas, da importância atribuída ao Código Deontológico e como este é aplicado na prática.

A recolha dos dados foi realizada junto de cinco psicólogas da região de Évora a exercerem a profissão em Centros de Saúde, através de entrevistas, utilizando um guião de entrevista semiestruturado.

A análise qualitativa dos dados apontam para a existência de dilemas relacionados com a confidencialidade, com o contexto dos centros de saúde e pequenas comunidades e com os cuidados em fim de vida.

Estratégias relacionadas com o respeito pelos princípios éticos e fontes de apoio como equipas e grupos de supervisão também foram citados.

Todas as participantes revelaram conhecimento do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses e associaram a sua utilização a uma prática profissional de qualidade.

Ethical dilemmas in professional practice of psychology in Health Centers

Abstract

In the diary work in the health centers the clinical psychologist can experience ethical dilemmas.

In this study we pretend to identify the concessions of clinical psychologists about the ethical dilemmas, using the enumeration of the main dilemmas founded in the professional practice, strategies and Sources of support used to deal with the ethical dilemmas, the importance attached to the Code of Ethicals and how it is applied in practice.

The collecting data was conducted with five psychologists from the region Évora exercising the profession in Health Centers, through interviews, using an interview guide semisstructured.

The qualitative analysis of the data points to the existence of dilemmas realeted to confidentiality, contexts of the health centers and small communities and with end of life care.

Strategies realeted with the respect for the ethical principles and sources of support such as teams and supervisory groups were also cited.

All participants revealed knowledge of the Code of Ethics of Portuguese Psychologists and associated it's use to a quality professional practice.

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice Geral	v
Índice de quadros.....	vii
Introdução.....	1
Enquadramento teórico	3
1. Ética.....	3
1.1 Ética utilitarista.....	3
1.2 Ética principialista	4
1.2.1 Princípios éticos segundo Beauchamp e Childress.....	5
Respeito pela Autonomia.....	5
Beneficência.....	6
Não-maleficência.....	6
Justiça	7
1.3 Ética e deontologia profissional.....	7
2. Ética e psicologia.....	9
2.1 Dilemas éticos.....	11
2.2 O processo de tomada de decisão em dilemas éticos	12
3. A Ética e os Dilemas éticos nos Centros de Saúde.....	16
3.1 Dilemas éticos gerais.....	18
Não manutenção da confidencialidade	18
Confidencialidade no trabalho em equipa	20
Confidencialidade em situações de alto risco.....	20
Privacidade de informações e registos clínicos.....	22
A obtenção do consentimento informado.....	23
Capacidade de decisão	24
A neutralidade e a objetividade na intervenção.....	25
Relações múltiplas	25
Responsabilidade dupla.....	27
3.2 Dilemas éticos relacionados com o período de vida do utente	27
3.2.1 Infância e adolescência.....	27
Psicoterapia com menores e o consentimento informado.....	27
Capacidade de decisão de menores	28
A confidencialidade em psicoterapia crianças e adolescentes	30

Respeito pela Autonomia dos adolescentes	30
3.2.2 Velhice e cuidados em fim de vida	31
Os idosos e a capacidade de tomada de decisão	31
Dizer a verdade a utentes em fim de vida	33
Conspiração do silêncio	34
Comunicação de más notícias	34
3.3 Dilemas éticos relacionado com o contexto	36
Intervenção em Comunidades pequenas	36
Sobreposição de papéis e limites da intervenção	36
Confidencialidade em comunidades pequenas	36
A escassez de recursos em comunidades pequenas	37
4. Estratégias de resolução dos dilemas éticos	38
Estudo empírico	39
1. Objetivos do estudo	39
2. Metodologia	40
2.1 Participantes	41
2.2 Procedimentos e instrumentos de recolha de dados	43
2.3 Procedimentos de análise de dados	45
3. Apresentação e discussão dos resultados	48
3.1 Tema 1 – Dilemas éticos	48
3.1.1. Dilemas éticos relacionados com a confidencialidade e a privacidade	49
Quebra da confidencialidade	50
3.1.2. Dilemas éticos relacionados com a intervenção em Centros de Saúde	54
3.1.3. Dilemas éticos relacionados com a intervenção em comunidades pequenas	58
3.1.4. Dilemas éticos em cuidados em fim de vida	62
3.2 Tema 2 – Estratégias e fontes de apoio utilizadas para lidar com os dilemas éticos	64
3.2.1 Estratégias utilizadas para lidar com os dilemas éticos	65
3.2.2. Fontes de apoio em situações de dilemas éticos	70
3.3 Tema 3 – Importância dos Princípios Éticos e do Código Deontológico na prática profissional de psicologia	72
Conclusões	77
Referências bibliográficas	87

Índice de quadros

Quadro 1 - Modelos práticos de tomada de decisão ética.....	13
Quadro 2: Guião da entrevista.....	45
Quadro 3 – Tema 1: Dilemas éticos.....	49
Quadro 4 – Quebra da confidencialidade no trabalho em equipa.....	50
Quadro 5 - Quebra da confidencialidade com menores e famílias.....	52
Quadro 6 - Quebra da confidencialidade em situações legais.....	53
Quadro 7 - Privacidade e objetividade na elaboração de registos clínicos e relatórios de avaliação psicológica.....	54
Quadro 8 – Inexistência de critérios para atendimentos prioritários.....	55
Quadro 9 - Escassez de recursos.....	56
Quadro 10 – Diversidade de populações e problemáticas.....	57
Quadro 11 – Anonimato dos utentes.....	58
Quadro 12 – Relações múltiplas.....	59
Quadro 13 – Confusão de papéis.....	60
Quadro 14 – Duplicação de intervenções.....	61
Quadro 15 - Acompanhar amigos/familiares em simultâneo.....	61
Quadro 16 – Privacidade do profissional.....	62
Quadro 17 – Dizer a verdade a utentes em fim de vida.....	63
Quadro 18 – Tema 2: Estratégias e fontes de apoio.....	64
Quadro 19 – Discussão/partilha em equipa.....	65
Quadro 20 – Conhecer e orientar-se pelo código deontológico/legislação.....	60
Quadro 21 – Encaminhar para colegas.....	66
Quadro 22 – Orientar-se pelo melhor interesse do utente.....	66
Quadro 23 – Neutralidade e objetividade.....	67
Quadro 24 – Psicoeducação e sensibilização dos serviços, equipas e colegas.....	67
Quadro 25 – Autorreflexão sobre a conduta profissional.....	68
Quadro 26 – Consentimento informado e esclarecimento dos utentes.....	69
Quadro 27 – Assegurar a confidencialidade e manter o sigilo profissional.....	69
Quadro 28 – Equipa.....	70
Quadro 29 - Supervisor e grupo de supervisão.....	71
Quadro 30 – Pré-Ordem e Ordem dos Psicólogos Portugueses.....	71
Quadro 31 – Outras instituições.....	72
Quadro 32 – Tema 3: Importância dos Princípios Éticos e do Código Deontológico na prática profissional de psicologia.....	73

Quadro 33 – Orientar a prática profissional.....	73
Quadro 34 – Standardizar intervenções e práticas.....	74
Quadro 35 – Resolução de dilemas éticos.....	74

Introdução

A ética enquanto forma de compreender, analisar e refletir acerca de ações e decisões que fazemos possui um importante papel na fundamentação das nossas escolhas, daquilo que decidimos fazer ou não.

Segundo Roberts & Dyer (2004), a ética procura através da reflexão, criar um sentido coerente do que é bom e correto na experiência humana, guiar ações e decisões no sentido de responder adequadamente às necessidades confrontadas.

Ao transcender os limites de disciplinas e áreas de atuação específicas, a ética e o estudo dos dilemas éticos caracterizam-se como uma matéria transdisciplinar, vigente em todas as especialidades que preconizam o estabelecimento de uma relação humana (Müller & Zogbi, 2004).

Desta forma, a ética remete para a responsabilidade assumida na relação com o outro, nas decisões tomadas, nas interpretações realizadas e no olhar lançado sobre as suas problemáticas. Este olhar que exige reflexão, questionamento, desejo de conhecer o outro na sua individualidade, atualização e adaptação de conhecimentos às novas exigências, como nos casos dos dilemas éticos, que surgem frequentemente no trabalho dos psicólogos e dada as dificuldades de resolução, exigem um trabalho árduo de reflexão. Em centros de saúde os dilemas éticos adotam contornos específicos, pelo que devemos estar atentos a este processo evolutivo e procurar novas estratégias e meios para confrontá-los.

A crescente valorização dos psicólogos clínicos nos serviços prestados nos centros de saúde, dado o reconhecimento por parte de outros técnicos dos benefícios do apoio psicológico associado aos cuidados médicos (Trindade & Teixeira, 1998) tem contribuído para a integração do psicólogo em equipas multidisciplinares de prestação de cuidados de saúde.

O atual crescimento das intervenções psicológicas em centros de saúde relacionadas com o acompanhamento e tratamento de diversos problemas que emergem ao longo da vida do utente (OPP, 2011), maioritariamente em situações de vulnerabilidade, realçam a importância da reflexão acerca da ética aplicada a intervenções nos centros de saúde, uma vez que os novos e antigos dilemas éticos que surgem neste contexto estão acompanhados de um conjunto de especificidades relacionadas com o mesmo, com a população recebida, bem como com a política das instituições, pelo que importa acompanhar este processo evolutivo, de forma a ser possível elevar os padrões dos serviços prestados, baseado em boas práticas.

Desta forma, o presente estudo pretende aproximar-se dos dilemas éticos existentes nos centros de saúde da região de Évora, procurando identificar, junto dos psicólogos clínicos os dilemas éticos que eles enfrentam e as estratégias e fontes de apoio que utilizam para lidar com os mesmos, bem como qual a utilização e importância atribuída ao Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses na prática profissional de psicologia. Espera-se através do conhecimento dos dilemas éticos, fontes e estratégias utilizadas, poder contribuir para o desenvolvimento e maior reflexão acerca de possíveis resoluções de dilemas éticos emersos no âmbito dos centros de saúde.

Este estudo encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira é apresentado o conceito de ética, seguido de uma apresentação sumária de três das principais correntes éticas, a saber: Ética utilitarista, Ética principialista e Ética e deontologia profissional.

Na segunda parte é evidenciada a ligação, aplicação e importância da ética na psicologia, bem como a utilidade de uma conduta ética reflexiva que procura compreender que cada nova relação estabelecida proporciona um espaço relacional de onde emergem situações únicas, dilemas éticos específicos e que até os conceitos mais consolidados necessitam de revisão, de um olhar novo, compreensivo, reflexivo, questionador e inovador para melhor compreender, confrontar e decidir em situações dilemáticas.

Na terceira parte ressaltamos os principais dilemas éticos relacionados com a prática profissional de psicologia nos centros de saúde, recorrendo para tal a literatura específica. Um conjunto de dilemas éticos, integrados em grandes temas, são abordados sob a perspetiva da prática dos psicólogos clínicos nos centros de saúde, a saber: Dilemas éticos gerais, Dilemas éticos relacionados com o período de vida do utente e dilemas éticos relacionados com o contexto.

Em seguida é apresentado o estudo empírico, com uma descrição geral do estudo, evidenciando os principais objetivos do estudo, além da metodologia e procedimentos de recolha e análise de dados utilizados. No mesmo capítulo são apresentados os resultados obtidos através da análise qualitativa dos dados, seguido da análise dos mesmos.

Finalmente, apresentamos as conclusões finais do estudo, bem como limitações e implicações da investigação desenvolvida.

Enquadramento teórico

1. Ética

A ética refere-se ao modo de compreender, analisar e refletir sobre a vida moral, com o intuito de criar um sentido coerente do que é bom e correto na experiência humana (Roberts & Dyer, 2004).

Derivado do termo grego *ethos*, a ética está subjacente ao agir, isto é, relaciona-se com a reflexão da finalidade da ação, fundamentando as decisões e escolhas, guiando o agir em cada situação confrontada, na direção daquilo que é pretendido alcançar.

Contudo, a ética envolve escolhas que fazemos intencionalmente. O que escolhemos fazer, mas também o que escolhemos não fazer, uma vez que somos livres para fazer escolhas éticas e conseqüentemente responsáveis por elas. Desta forma, a ética relaciona-se com as escolhas que fazemos em situações normalmente desafiadoras, onde o limite entre o que é bom ou mau é tão sutil e complexo, que exige uma cuidadosa avaliação por parte de quem decide (Devettere, 2010), bem como a capacidade de tolerar a dúvida, a incerteza, a capacidade de questionar-se e o desejo de conhecer, atender e compreender o outro (Machado, 2005). Esta avaliação pressupõe o conhecimento e utilização de princípios e códigos de ética, que esclarecem a finalidade das ações e subsidiam a construção e o desenvolvimento de uma consciência ética, que orienta a prática da intervenção psicológica baseada num encontro relacional.

O exercício da ética exige julgamento e as questões éticas como ocorrem na realidade raramente são simples, óbvias ou fáceis. Desta forma, princípios, códigos de ética e outras diretrizes não podem ser aplicadas de forma automática, irrefletida e mecânica, sem ter em conta a complexidade das relações estabelecidas (Pope & Vasquez, 2007) e a possibilidade de aprender, crescer, pensar sobre si próprio e sobre o outro, conhecimento que só pode ser apreendido na relação.

1.1 Ética utilitarista

Esta teoria formulada por Jeremy Bentham (1748-1832) e John Stuart Mill (1803-1873) baseia-se nas conseqüências das ações (Melia, 2004). O princípio básico desta abordagem é singular e com pouca margem para ambigüidades, o que proporciona a adoção de procedimentos claros em tomadas de decisão e também justificativas para as escolhas adotadas (Guilhem & Diniz, 2005). A premissa básica utilitarista é a de que as nossas ações devem sempre maximizar a utilidade para o

maior número de pessoas envolvidas, isto é, a utilidade é aqui definida em termos de bem-estar ou de satisfação de uma prioridade.

Os utilitaristas têm sempre em mente os benefícios que podem obter como consequência de uma determinada decisão ou ação e se os benefícios se sobrepõem aos riscos. Para os utilitaristas uma ação ou decisão é julgada como certa ou errada tendo em conta as suas consequências. Como noutras perspetivas, esta também possui as suas limitações. Neste caso, estão relacionadas como o fato de não ser sempre possível quantificar os riscos, danos e prejuízos de um projeto ou decisão (Melia, 2004). Esta abordagem postula ainda que os instrumentos éticos, tais como o consentimento livre e esclarecido importam apenas quanto têm impacto no objetivo de maximização da utilidade de um determinado resultado, isto é, somente os resultados importam e as intenções não devem ser questionadas numa avaliação ética (Guilhem & Diniz, 2005).

1.2 Ética principialista

A perspetiva ética fundamentada no principialismo baseia-se nos princípios elaborados por Beauchamp e Childress (1979), sob a premissa de um sistema de racionalidade ética sustentado em quatro princípios (Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça). Estes princípios éticos estariam relacionados às escolhas éticas feitas por pessoas competentes, à nossa obrigação de ajudar outra pessoa, à ideia de não causar dano a outros e pressupõe que os riscos e benefícios de uma decisão sejam levados em conta para que uma ação possa ser considerada justa e correta (Beauchamp & Childress, 1979; citados por Beauchamp, 2007; Guilhem & Diniz, 2005).

Os princípios sugerem normas gerais que permitem em muitas circunstâncias, um espaço para o discernimento, não operando como um guia preciso da ação que informa como agir em cada situação. Estes princípios constituem-se em guias gerais de ação com o objetivo de facilitar a resolução de dilemas éticos, podendo funcionar como guias de conduta para a ética profissional sob a validade *prima facie*, isto é, num primeiro momento todos têm valor e devem ser respeitados, mas um princípio pode ser neutralizado por outros interesses conflituosos mais influentes, não sendo portanto, princípios absolutos (Simões, 2010; Beauchamp, 2007; Guilhem & Diniz, 2005). Esta necessidade de ponderar princípios *prima facie* deixa inclusive, espaço para o compromisso, a mediação e a negociação e a sua especificação permite o crescimento pessoal, além de responder à crítica de que a ponderação é um processo intuitivo e aberto, inadequado para casos concretos de tomada de decisão, uma vez

que se trata de princípios que carecem de uma ordem hierárquica, podendo tornar o processo de tomada de decisão, em situações específicas, arbitrário (Erin, 2003, citado por Guilhem & Diniz, 2005).

Beauchamp e Childress reconhecem que mais importante que seguir os princípios éticos estabelecidos, é ter um caráter confiável, um senso moral e sensibilidade emocional, uma vez que os princípios necessitam de discernimento, de responsabilidade e de julgamentos para serem seguidos e um agente virtuoso estará mais preparado para decidir corretamente.

1.2.1 Princípios éticos segundo Beauchamp e Childress

Respeito pela Autonomia

O princípio da autonomia está relacionado à tradição liberal, moral e política da importância da liberdade individual e de escolha, (Beauchamp, 2007) pressupõe que o sujeito pode decidir, fazer ou procurar aquilo que julga ser o melhor para si mesmo, isto é, concebe que o ser humano tem liberdade de escolha e capacidade para agir intencionalmente (Ludwig, Zogbi, Redivo &, Müller, 2005; Oliveira, Müller & Jorge, 2006) na realização dos seus objetivos desde que estes não sejam desapropriados na sociedade em que vive e que não interfiram na vida de outras pessoas (Forester-Miller & Davis, 1996). Respeitar a autonomia relaciona-se então com o reconhecimento das capacidades do sujeito de manter determinados pontos de vista, escolhas e decisões com base em valores e crenças pessoais. O respeito à autonomia obriga os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde mais do que a não-interferência em decisões pessoais, implica divulgar informações sobre o sujeito, assegurar a compreensão e voluntariedade para determinado procedimento, incentivar a tomada de decisão adequada, em situações específicas construção e manutenção de capacidades para escolhas autónomas, evitar condições que possam destruir ou perturbar a sua autonomia, etc (Beauchamp, 2007).

No âmbito dos cuidados de saúde, esta conceção defende que os profissionais devem buscar junto dos utentes quais os seus desejos relativamente à divulgação de informações e tomada de decisões, com particular respeito às escolhas baseadas em diferenças culturais e religiosas, crenças e valores, mas também capacitar as pessoas para agir autonomamente, através da atenuação de medos e outras situações inibidoras da capacidade decisória.

Beneficência

O termo beneficência conota atos de misericórdia, bondade, caridade e amor. No seu sentido mais geral e também nos cuidados de saúde inclui todas as formas de ação destinadas a beneficiar outras pessoas, referindo-se então a um dever moral de agir em benefício dos outros, para o seu bem-estar (Forester-Miller & Rubenstein, 1992 citado em Forester-Miller & Davis, 1996; Ludwig et al., 2005; Oliveira et al., 2006; Beauchamp, 2007), enquanto objeto da ética, significa fazer o bem (Roberts & Dyer, 2004).

Este princípio inclui regras como maximizar os benefícios e minimizar os possíveis danos, proteger e defender os direitos dos outros, ajudar pessoas com incapacidades e/ou em perigo, etc. Visto que qualquer intervenção possui riscos, estes devem ser pesados relativamente aos benefícios que podem advir, daí vemos a importância da beneficência como princípio para além do âmbito da não-maleficência (Beauchamp, 2007).

A este princípio relaciona-se uma questão importante pela problemática levantada, que consiste na prática paternalista, a qual é realizada a fim de beneficiar o utente com detrimento da sua autonomia, geralmente justificada quando os resultados a serem obtidos equilibram-se com os interesses do utente, não havendo desta forma desrespeito a sua autonomia (Beauchamp, 2007; Roberts & Dyer, 2004).

A este respeito, Simões (2010) ressalta que a beneficência fornece o objetivo primário e racional dos cuidados de saúde, enquanto o respeito pela autonomia, bem como a não maleficência e a justiça estabelecem os limites morais para as ações dos profissionais de saúde na execução dos seus objetivos.

Não-maleficência

O princípio da não-maleficência é um dos mais citados na história do código de ética nos cuidados de saúde e remete para dever do profissional de não causar nenhum mal ou dano ao sujeito intencionalmente ou por negligência (Roberts & Dyer, 2004; Ludwig et al., 2005; Oliveira et al., 2006; Beauchamp, 2007). O dano pode ser entendido como dano físico, como a dor, morte ou incapacidade, mas inclui também outros danos possíveis, como os mentais e aqueles que impedem a realização dos interesses do utente (Forester-Miller & Rubenstein, 1992 citado em Forester-Miller & Davis, 1996; Beauchamp, 2007).

O princípio da não-maleficência vai além das regras básicas como não matar, não incapacitar, ser consciente na utilização de tratamentos ou não causar dor, engloba também a obrigação de não impor riscos de danos desnecessários, como por

exemplo, em determinadas circunstâncias a revelação de algumas informações relativas ao sujeito pode ser altamente prejudicial. Desta forma, o direito a verdade é suspenso, pois poderia ser prejudicial para o utente e para a sua família (Beauchamp, 2007).

Justiça

O princípio da justiça preocupa-se com a equidade de distribuição de bens e recursos considerados comuns, nomeadamente o direito à saúde, no intuito de evitar a discriminação, marginalização e segregação social (Roberts & Dyer, 2004; Ludwig et al., 2005). Para haver igualdade os iguais devem ser tratados de forma igual e os desiguais devem ser tratados de forma desigual, atendendo às circunstâncias externas (Oliveira et al., 2006; Beauchamp, 2007).

1.3 Ética e deontologia profissional

O termo “deontologia” foi introduzido em 1834, por Jeremy Bentham, referindo-se a um ramo da ética que tem como objeto de estudo os fundamentos do dever e as normas morais (Simões, 2010). Facilmente a deontologia é associada aos códigos de ética/deontológicos e conseqüentemente às profissões, uma vez que estas são exemplos de grupos sociais sujeitos ao cumprimento das diretrizes propostas.

Desta forma, a deontologia indica o conjunto de deveres e obrigações impostas ao exercício de uma profissão (Hottoius, 1998, 2003), ao definir como o profissional deve se comportar na qualidade de membro de uma determinada classe profissional, referindo comportamentos, princípios e regras de conduta, de forma a manter uma imagem social privilegiada da profissão, bem como dos seus profissionais (Hottoius, 1998, 2003; citado por Simões, 2010).

O objetivo dos códigos deontológicos ou códigos de ética profissional é que os profissionais, sob a égide destes princípios possam se autorregular e resolverem os seus conflitos internamente, evitando socorrer-se de outros meios, tais como o sistema judiciário e mais importante, reflitem sobre as suas próprias atitudes baseados nos princípios éticos, uma vez que servem de diretriz e limite no cumprimento das suas funções (Ricou, 2004; Simões, 2010), mas não suprimem a complexidade dos desafios do dia a dia da prática profissional.

Neste sentido, e tal como acontece noutras profissões, a Ordem dos Psicólogos Portugueses propôs o atual Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, enquanto instrumento para o exercício da profissão e da prestação de serviços de qualidade inseridos numa prática transparente, promotora de valores

fundamentais na intervenção psicológica, tendo em conta os direitos e deveres dos envolvidos (OPP, 2011).

Este código tem como finalidade orientar a prática, identificar princípios e promover o raciocínio ético a partir dos princípios enunciados, com especial atenção para o facto de, nestes princípios, não se encontrarem as respostas para todas as dúvidas e dilemas éticos, mas uma base para pensar e refletir acerca dessas dúvidas e das possíveis respostas e posteriormente, orientar as nossas decisões e ações, baseadas no Código Deontológico (OPP, 2011).

O Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses integra um capítulo específico sobre Deontologia Profissional, onde estão incluídos artigos sobre Princípios Gerais (75º), nomeadamente a) Atuar com independência e isenção profissional; b) Prestigiar e dignificar a profissão; c) Colocar a sua capacidade ao serviço do interesse público; d) Empenhar-se no estabelecimento de uma dinâmica de cooperação social com o objetivo de melhorar o bem-estar individual e coletivo; e) Defender e fazer defender o sigilo profissional; f) Exigir aos membros e colaboradores o respeito pela confidencialidade; g) Utilizar os instrumentos científicos adequados ao rigor exigido na prática da sua profissão; h) Conhecer e agir com respeito pelos preceitos legais e regulamentares; i) respeitar as normas de incompatibilidade que decorram da lei. Dos Deveres Gerais (76º) enunciamos os deveres de a) Abster-se de sancionar documentos ou de fazer declarações que indevidamente resultem em favorecimento próprio ou de outrem; b) Evitar a deturpação da interpretação do conteúdo, explícito ou implícito, de documentos de apoio técnico ao exercício da profissão, com o intuito de iludir a boa fé de outrem; c) defender os princípios da ética da profissão, recusando colaborar ou participar em qualquer serviço ou empreendimento que julgue ferir esses princípios; d) Exercer a sua atividade em áreas da psicologia para as quais tenha recebido formação específica; e) Recusar quaisquer interferências no exercício da sua atividade que ponham em causa aspetos técnico-científicos ou éticos do exercício profissional, sejam quais forem as suas funções e dependências hierárquicas ou o local onde exerce a sua atividade; f) Abster-se de utilizar materiais específicos da profissão para os quais não tenha recebido formação, que siba desatualizados ou que sejam desadequados ao contexto de aplicação.

Além dos Princípios e Deveres Gerais, o Código Deontológico integra ainda um conjunto de preocupações e queixas referenciadas pelos psicólogos ao longo dos anos, no sentido de serem agora com o Código, enquadradas legalmente, bem como evitadas, ou em caso de repetição serem atendidas tendo em conta os princípios

enunciados tanto a nível geral, nomeadamente o Respeito pela dignidade e direitos da pessoa; a Competência; a Responsabilidade; a Integridade e a Beneficência e Não-Maleficência, quanto em princípios específicos, tais como o Consentimento Informado; a Privacidade e Confidencialidade; as Relações Profissionais, a Avaliação Psicológica; a Prática e Intervenção Psicológicas, o Ensino, Formação e Supervisão Psicológicas, a Investigação e as Declarações Públicas (OPP, 2011).

Importa realçar que estes princípios enunciados no Código Deontológico servem como orientadores comportamentais e guias para a tomada de decisão, tendo por base princípios, normas e valores gerais ou situações mais específicas que ocorriam com alguma frequência no âmbito da intervenção psicológica. Dada a vasta área de intervenção dos psicólogos e conseqüentemente as inúmeras situações dilemáticas possíveis, seria impossível enunciar todas as situações com implicações éticas e deontológicas.

Assim, apesar da clareza e riqueza do conteúdo elaborado e exposto no Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, este não poderá responder a todas as situações dilemáticas vividas pelos psicólogos na sua prática, dada a sua natureza essencialmente relacional, de encontro e repleto de dúvidas, pelo que a necessidade de ponderação e reflexão faz-se continuamente necessária, de maneira que se encontre uma decisão benéfica e justa para aqueles que nos procuram enquanto profissionais competentes e objetivos. O que nos remete para as relações entre a ética e a psicologia.

2. Ética e psicologia

Enquanto profissionais de psicologia, trabalhamos com o outro, com as suas dificuldades, problemáticas e crises que podem surgir nos mais variados contextos e nos diferentes momentos de vida do sujeito. Intervimos com outro ser humano, muitas vezes em situação de vulnerabilidade, o que nos convoca a sermos respeitosos e cuidadosos, a prestar serviços de elevada qualidade, respeitando os seus deveres e direitos.

A diversidade de situações e de contextos de intervenção dos psicólogos, não somente exclusiva aos consultórios, leva-nos a pensar na importância de uma prática transparente na relação com os intervenientes e na promoção de valores que são fundamentais para qualquer intervenção psicológica.

Dada a natureza relacional deste encontro entre psicólogo e cliente, diariamente os profissionais de psicologia são confrontados com situações onde são

convidados a refletir cuidadosamente sobre o processo em questão, sobre as suas responsabilidades, ações, decisões e limites da intervenção, dada a exposição e vulnerabilidade dos clientes.

É nesta estruturação da relação que dilemas éticos poderão surgir. Assim sendo, é importante que no início do processo as regras de funcionamento fiquem bem definidas, promovendo o estabelecimento de uma relação estritamente profissional, bem como deve ser dado ao cliente a oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas e mal-entendidos.

Desta forma, um excelente recurso para os profissionais de psicologia delimitarem a sua intervenção é o conhecimento do Código Deontológico e outras obrigações imputadas aos profissionais, bem como a dedicação a um espaço direcionado a uma abordagem ativa, criativa, deliberativa e reflexiva (Pope & Vasquez, 2007), uma vez que a ética e o pensamento ético são construídos por meio da prática diária, tendo na sua base o conhecimento dos princípios éticos expressos em códigos deontológicos, mas também a consciência de que cada nova relação estabelecida é única e deve ser respeitada tendo em conta a sua individualidade.

A importância de repensar e refletir sobre os nossos julgamentos prende-se com a realidade de que nenhum de nós é infalível, por mais compreensivo e dedicado que seja. A relação com o outro propicia-nos um espaço onde emergem situações singulares, nas quais nós, enquanto profissionais, somos apenas uma pequena parte que influencia, mas que também é influenciado, pelo que é de extrema importância que sejamos capazes de nos questionar sobre a probabilidade de errar, sobre a possibilidade de entender e agir de outra maneira perante a situação e principalmente, estarmos conscientes que cometemos erros, que por vezes julgamos mal, motivados por sentimentos, crenças e preconceitos, mas uma reflexão cuidadosa, poderá evitar os mesmos erros em situações futuras (Pope & Vasquez, 2007).

Assim, apesar dos códigos deontológicos identificarem um conjunto de valores éticos e preocupações, cabe aos profissionais de psicologia refletirem sobre a sua prática e sobre a forma como esses valores e preocupações tomam significado na relação com cada cliente.

Compreender que a prática diária de um psicólogo engloba um conjunto de circunstâncias que são sempre inéditas, surpreendentes e mutáveis, que diariamente somos chamados a tomar decisões difíceis e que nem sempre encontraremos as respostas para as nossas questões e dúvidas éticas é essencial para a difícil tarefa de

interiorização das exigências éticas da profissão, nomeadamente perante dilemas éticos.

2.1 Dilemas éticos

Um dilema ético pode ser encarado como uma situação em que uma escolha difícil tem que ser feita, normalmente uma escolha em que princípios éticos estão em conflito e qualquer que seja a decisão haverá sempre consequências boas e más. O dilema ético carrega um problema de justificação da escolha feita, uma vez que estando perante uma situação de conflito, escolher uma ação significa não escolher a outra. Pressupõe reflexões sobre o que deve ser feito, o que é bom ou mau e envolve um constante confronto com valores, normas, interesses ou princípios, que por vezes não resultam necessariamente numa resposta satisfatória ou perfeita. Os dilemas éticos confrontam-nos com o fato de que nem sempre existe uma resposta fácil para situações dilemáticas, apesar dos princípios, valores e regras conscientemente adotados (Loughlin, 2006).

Na maioria das vezes, um dilema ético é visto como uma situação complexa, de difícil resolução, onde vários princípios e obrigações entram em conflito, dificultando a tarefa de determinação de um curso de ação (Post, Blustein & Dubler, 2007). Trata-se de uma situação que envolve uma avaliação das probabilidades dos possíveis resultados (Manson, 2007). Para Gillon (2003; citado por Huxtable, 2007), os quatro princípios enunciados por Beauchamp e Childress são uma ajuda importante para resolver praticamente qualquer dilema enfrentado em cuidados de saúde. Contudo, Nunes (2002) realça que em situações dilemáticas, a maioria dos sujeitos tendencialmente não se orienta especificamente por nenhum dos princípios éticos, refletindo uma postura moral oscilante e por vezes inconsistente, sendo percebido como fator decisivo na resolução de dilemas éticos, o grau de virtude da consciência individual do profissional. O que significa que a aplicação na prática dos princípios éticos depende em grande medida, da presença ou não das referidas virtudes (Nunes, 2002; citado por Simões, 2010), bem como do exercício da consciência e reflexão ética acerca das ações e decisões.

É ilusório pensarmos que respostas claras e éticas serão encontradas a cada novo dilema ético confrontado. As respostas aos nossos dilemas por vezes não correspondem aos recursos existentes, aos valores e responsabilidades profissionais, ao significado que cada situação assume conforme o contexto e a perspetiva adotada, aos nossos limites de compreensão científica ou interventiva, aos nossos próprios

sentimentos ou outras reações que nos desviam de uma resposta efetiva (Pope & Vasquez, 2007).

Este é um confronto diário, um desafio à nossa própria capacidade de refletir e repensar ações, julgamentos, verdades pré-estabelecidas, preconceitos. Não há forma legítima para evitar esse confronto. Os psicólogos devem estar preparados para encarar esses dilemas éticos como uma parte normal e esperada do seu trabalho diário, com a consciência da responsabilidade que possuem enquanto promotores de uma boa imagem da psicologia enquanto ciência e dos seus profissionais, recorrendo para tal, a uma prática igualmente consciente, refletida e fundamentada em princípios, deveres e valores estabelecidos.

2.2 O processo de tomada de decisão em dilemas éticos

A tomada de decisão é tipicamente entendida como um “procedimento formal ou informal usado por um profissional ou grupo de profissionais para analisar um problema, identificar objetivos e metas, desenvolver alternativas e determinar a consequência de cada alternativa (Schultz, 1997, citado por Thomson, Adams & Sartori, 2005). Perante um dilema ético examinar a situação juntamente com os princípios éticos e o código deontológico sob o qual rege a profissão, pode ser útil no esclarecimento das questões e meios necessários para lidar com o dilema (Dowie, 2007).

Em casos mais complexos, pode ser necessário recorrer a uma série de etapas baseadas num modelo de tomada de decisão ética, de forma a avaliar a existência de princípios conflituosos que dificultam o processo de tomada de decisão e identificar possíveis estratégias e cursos de ação.

A seguir, recorreremos a alguns exemplos de modelos de tomada de decisão baseados nas pesquisas de Cottone & Claus (2000):

Quadro 1 - Modelos práticos de tomada de decisão ética

Keith-Spiegel & Koocher (1985)	1. Identificar os princípios	2. Definir os potenciais problemas	3. Consultar as diretrizes legais e éticas	4. Avaliar os direitos	5. Gerar decisões alternativas	6. Enumerar as consequências de cada decisão	7. Estimar os resultados de cada decisão	8. Tomar a decisão	
Stadler (1986)	1. Identificar os princípios conflituosos	2. Recolher informações adicionais	3. Consultar os colegas	4. Estimar os resultados esperados	5. Avaliar os efeitos da ação	6. Identificar valores não – morais conflituosos	7. Escolher o curso de ação	8. Testar o curso de ação	9. Identificar as etapas, agir, avaliar
Tymchuk (1986)	1. Determinar os interessados	2. Considerar as alternativas possíveis	3. Considerar as consequências de cada alternativa	4. Equilibrar riscos e benefícios da tomada de decisão	5. Decidir sobre o nível de revisão	6. Implementar a decisão	7. Monitorar a ação e o resultado		
Forester-Miller & Davis (1996)	1. Identificar o problema	2. Aplicar o Código de Ética	3. Gerar curso de ação possível	4. Determinar potenciais consequências e determinar o curso de ação	5. Avaliar o curso de ação selecionado	6. Implementar a ação			
Corey, Corey & Callahan (1998)	1. Identificar o problema	2. Identificar potenciais problemas envolvidos	3. Rever as orientações éticas	4. Obter consulta	5. Determinar possíveis cursos de ação	6. Enumerar as consequências das decisões	7. Decidir sobre o melhor curso de ação		
Jonsen, Siegler e Winslade (1998)	1. Recorrer às indicações clínicas (beneficência e não-maleficência)	2. Identificar as preferências do paciente (respeito pela autonomia)	3. Analisar a qualidade de vida	4. Fatores socioeconómicos e externos (Justiça)					
Steinman, Richardson & McEntroe (1998)	1. Identificar o problema	2. Identificar a norma ética	3. Determinar possíveis armadilhas éticas	4. Quadro de resposta preliminar	5. Considerar as consequências da decisão	6. Pensar em soluções éticas	7. Obter feedback dos colegas e supervisor	8. Agir	
Tavvydas (1998)	1. Interpretar a situação	2. Rever o dilema	3. Determinar os princípios	4. Gerar possíveis cursos	5. Considerar as	6. Consultar o supervisor	7. Selecionar uma ação	8. Planear e executar a	9. Avaliar o curso de

	que se aplicam ao dilema	de ação	consequências para cada curso de ação	e/ou pares	pesando valores concorrentes, dado o contexto	ação selecionada	ação			
Weifel (1998)	1.Desenvolver sensibilidade ética	2.Definir o dilema e opções existentes	3.Consultar as normas profissionais	4.Procurar conhecimento sobre a ética	5.Aplicar princípios éticos para a situação	6.Consultar o supervisor e/ou pares	7.Deliberar e decidir	8.Informar o supervisor e agir	9.Refletir a experiência	
Rae, Fournier & Roberts (2000)	1.Reunir informações	2.Consultar as diretrizes legais e éticas	3.Gerar decisões possíveis	4.Examinar os resultados possíveis, dado o contexto	5.Implementar a melhor escolha e avaliar	6.Modificar as práticas para evitar problemas futuros				
Bush (2009) *	1.Identificar o problema	2.Considerar o contexto	3.Determinar a participação do paciente e da família	4.Considerar as obrigações	5.Identificar e utilizar recursos éticos e legais	6.Considerar as crenças e valores pessoais	7.Desenvolver possíveis soluções para o dilema	8.Considerar as consequências de cada solução	9.Escolher e implementar um curso de ação	10.Avaliar os resultados e implementar alterações necessárias

Adaptado do resumo de Cottone, R. & Claus, R. (2000).

* Adaptado de Bush, Connell e Denney (2006)

Cada vez mais reconhece-se que as crenças pessoais, valores e atitudes do profissional não podem ser totalmente excluídos do processo decisório. Esta situação complexifica-se ainda mais, uma vez que na maioria das vezes os psicólogos trabalham integrados em sistemas maiores, como os centros de saúde, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com os seus próprios regulamentos, estruturas e regras que devem ser considerados e que podem aumentar a complexidade da tomada de decisão. Em dilemas complexos, a consulta com colegas ou órgãos consultivos pode acrescentar conhecimento e/ou objetividade à situação, evitando a influencia injustificada de outros fatores (Pettifor, McCarron, Schoepp, Stark & Stewart, 2010).

Desta forma, a utilização de um modelo de tomada de decisão como os referidos no quadro 1 podem orientar e justificar o curso de ação tomado pelos psicólogos quando confrontados com um dilema ético de difícil resolução. Importa ressaltar, no entanto, que estes modelos representam apenas uma ajuda ou guia na tomada de decisão e que cada situação pode necessitar de um modelo diferente, adequado aos dilemas éticos, recursos e especificidades existentes.

Tendo em conta os modelos de tomada de decisão apresentados, observamos que estes recorrem a estratégias que visam orientar o processo de decisão. Apesar de cada um ser específico em determinados passos, em termos gerais, todos incluem etapas que apontam para a identificação do dilema, bem como dos princípios éticos conflitantes, no sentido de determinar a natureza do dilema ético. A consulta a colegas ou supervisores também é referida em diversos modelos, evidenciando a possibilidade de, com o auxílio de outros profissionais mais experientes ou com conhecimentos complementares, poder ser tomada uma decisão mais coerente, considerando o maior número de alternativas e consequências possíveis.

Selecionar o curso de ação e implementá-lo são tarefas básicas dos processos de tomada de decisão, sendo que em alguns modelos é ressaltado a importância de avaliar os resultados obtidos, bem como refletir sobre todo o processo, de modo a aperfeiçoar as habilidades técnica e/ou modificar práticas, no sentido de obter melhores resultados em dilemas éticos futuros.

É importante perceber que raramente há uma só resposta adequada para um dilema ético complexo e que diferentes profissionais podem ter diferentes decisões numa mesma situação. Contudo se for seguido um modelo sistemático de tomada de decisão, será possível dar uma justificação satisfatória para a decisão escolhida (Forester-Miller & Davis, 1996).

3. A Ética e os Dilemas éticos nos Centros de Saúde

Na área da saúde o estudo da ética tem ajudado a desenvolver princípios e abordagens de tomada de decisão que orientam a prática clínica, ajudando também a esclarecer como os profissionais de saúde podem melhor cumprir as suas responsabilidades no atendimento aos utentes, comunidade e sociedade (Roberts & Dyer, 2004).

O estudo da ética nos centros de saúde e conseqüentemente nos CSP torna-se relevante visto que envolve questões e problemas, sutis ou complexos, que qualquer profissional de saúde está sujeito a enfrentar no cotidiano da prática profissional (Zulueta, 2008).

Em centros de saúde, especificamente no trabalho dos psicólogos, a ética toma contornos especiais e complexos decorrentes do próprio contexto e da natureza das problemáticas existentes, que afetam aspetos da vida do sujeito considerados fundamentais ao ser humano, nomeadamente a percepção, sentimentos, relacionamentos, autoconhecimento e escolhas. Envolve o uso ético do poder que existe dentro da relação terapêutica e o poder que é confiado aos psicólogos. Poder este que é diretamente proporcional à vulnerabilidade e ao risco físico e emocional presente numa situação de doença. Além disso, estes doentes muitas vezes são incompreendidos, estigmatizados e conseqüentemente isolados e têm poucos recursos para superar essas barreiras nas suas vidas, incluindo acesso limitado aos cuidados de saúde. As intervenções em situações de doenças, especialmente aquelas com interferência direta nos fatores mentais e emocionais envolvem ainda técnicas que requerem a exploração de aspetos íntimos da vida do sujeito. Daí ser extremamente importante que o psicólogo tenha consciência do poder e da responsabilidade a eles confiado e que utilize esse poder com ética. Importa que o psicólogo esteja sensível para a experiência do sujeito perante a doença, sintomas e tratamento e de que forma estas experiências se cruzam com as vulnerabilidades, pontos fortes, escolhas, história e desenvolvimento do mesmo de forma a melhor compreender a vivência do sujeito e prestar um melhor cuidado de saúde baseado nas considerações éticas (Roberts & Dyer, 2004).

Roberts e Dyer (2004) definiram 6 habilidades éticas necessárias aos psicólogos em cuidados de saúde, com interferência na saúde mental:

1. Capacidade de identificar os aspetos éticos;
2. Capacidade de perceber como as próprias experiências de vida, atitudes e conhecimento podem influenciar os cuidados ao utente;

3. Capacidade de identificar áreas de competência e trabalhar dentro desses limites;
4. Capacidade de antecipar situações de risco ou situações eticamente dilemáticas;
5. Capacidade de reunir informação adicional, de pedir ajuda para conhecimento adicional, a fim de esclarecer e idealmente resolver o conflito;
6. Capacidade de construir salvaguardas éticas adicionais nos cuidados do utente.

Destaca-se ainda a importância do perfil da instituição de prestação de cuidados de saúde no molde da ética (Neves, 2005), uma vez que, alguns aspetos demonstram que os dilemas éticos vividos nos centros de saúde podem diferir dos dilemas encontrados noutros níveis dos serviços de saúde, nomeadamente:

- No nível das ações e procedimentos oferecidos;
- Nos objetivos estabelecidos;
- Na gravidade e proximidade dos encontros entre o psicólogo de saúde e o utente;
- Nas soluções encontradas para dilemas éticos, visto que ainda que a estrutura do raciocínio ético seja a mesma, os sujeitos envolvidos e o contexto são distintos, logo, os *inputs* do processo de tomada de decisão também o serão (Brody, 1989; Fetters, 1999; Braunack-Mayer, 2001 & Zoboli, 2004, Neves, 2005).

Um aspeto fundamental para os psicólogos que trabalham em Centros de Saúde é a competência para cumprir com as responsabilidades profissionais com esta população específica, bem como compreender de que maneira a configuração da instituição permite a realização dessas tarefas, garantindo o bem-estar dos utentes (Pope, s/d).

Tendo em conta as especificidades do contexto dos Centros de Saúde e dos CSP, facilmente compreendemos que os dilemas éticos vividos neste âmbito devem ser analisados tendo em conta as suas características, uma vez que surgem com contornos distintos da vida social, pelo que não se trata de aplicar princípios gerais a casos concretos, mas de descobrir nos diferentes espaços o lugar e a adequação dos princípios (Simões, 2010).

Um dos principais dilemas éticos existentes nos centros de saúde prende-se justamente com a definição de CSP. Segundo Braunack-Mayer (2007) os CSP consistem no primeiro contato para sujeitos com problemas de saúde, através dos quais eles têm acesso aos meios hospitalares. Uma vez que está direcionado para a comunidade, é acessível a todos e proporciona uma série de serviços relacionados com a promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação, etc.

A estes contextos chegam utentes com todos os tipos de queixas, diferentes idades, níveis sociais e económicos, há uma maior proximidade com os utentes e a sua problemática, o que gera no profissional a obrigatoriedade de estabelecer limites mais rígidos quanto ao processo terapêutico (Braunack-Mayer, 2007).

A confidencialidade nos CSP assume a mesma importância que noutros contextos, exceto em situações estritamente regulamentadas. Acresce no entanto a dificuldade em trabalhar no local de residência, principalmente em comunidades pequenas, onde a probabilidade de acompanhar duas pessoas da mesma família faz-se muito presente e é vivido como desafiador (Braunack-Mayer, 2007). É relevante ainda destacar que muitas vezes o psicólogo está inserido numa equipa multidisciplinar, em contacto direto com outros técnicos e a fluência de informações acerca dos utentes deve ser ponderada no sentido de proteger a privacidade do utente e não comprometer a confiança da relação já estabelecida entre psicólogo e utente.

Importa ressaltar que somos os primeiros a lidar com dilemas éticos na área da saúde relacionados com as novas perspetivas de saúde, novas tecnologias e novas abordagens nos CSP, pelo que faz sentido pensarmos nestas questões com algum cuidado especial, uma vez que por mais úteis que sejam as respostas dadas até aqui, simplesmente são insuficientes para responder aos novos dilemas éticos. Através da reflexão acerca desses novos dilemas, das nossas ações e das consequências, que conseguiremos entender o que realmente faz de nós profissionais éticos, sob a ótica de um pensador influenciado pelas questões culturais, históricas, religiosas, económicas, pelas nossas emoções, experiências e pela especificidade dos contextos.

3.1 Dilemas éticos gerais

Manutenção da confidencialidade

Numa revisão de uma investigação realizada pela American Psychological Association (APA) sobre dilemas éticos mais frequentemente relatados pelos psicólogos, Pope e Vetter (1992) encontraram indicadores que afirmam que dilemas éticos relacionados com a confidencialidade eram os mais referenciados, embora este

seja considerado um dos princípios fundamentais e o dever ético mais importante dos psicólogos (Knapp & VandeCreek, 1987; Crowe, Grogan, Jacobs, Lindsay & Mark, 1985, citados por Pope & Vetter, 1992; Jones, 2003, citado por Bennett, 2007), uma vez que a relação que se estabelece entre profissional e utente baseia-se principalmente na confiança acerca da discrição e sigilo relativamente ao que é divulgado pelo utente. Desta forma, a confidencialidade assume-se como componente principal em qualquer tipo de intervenção psicológica, principalmente na relação clínica, devido a responsabilidade que o psicólogo tem de respeitar a autonomia dos seus utentes, bem como dar a estes o direito de permanecerem no controlo de informações sobre suas vidas, cuja divulgação pode ser prejudicial (Bennett, 2007).

Contudo, os psicólogos enquanto profissionais e membros da sociedade possuem também responsabilidades para com ela, que se afiguram como verdadeiros conflitos difíceis de ultrapassar, devido a dificuldade de consenso e a possibilidade de respostas muito variadas, como por exemplo as questões relacionadas com o suicídio e homicídio, risco para terceiros, ou o conhecimento, em contexto profissional, de alguém infetado por VIH (Jones, 2003; citado por Bennett, 2007; Ricou, 2004; Pope & Vetter, 1992; Fairbain, 2005), ou ainda situações de perigo para a população em geral, no que concerne à saúde pública e à segurança (Post et al., 2007). Em situações, que os riscos associados a não divulgação de informações superam o direito a confidencialidade, a quebra do sigilo torna-se ética e legalmente justificada (Roberts & Dyer, 2004).

Sabe-se, no entanto, que a quebra do sigilo resulta em utentes menos sinceros ou abertos acerca das informações divulgadas, o que poderá prejudicar a qualidade e eficácia da intervenção (Bennett, 2007).

Contudo, a quebra da confidencialidade é justificada quando o que está em causa é o valor da vida, seja do utente, seja de outros.

Respeito pelas pessoas e pela privacidade, respeito pela verdade e respeito pela lei são relatados como os três princípios gerais que orientam a resolução de dilemas éticos relacionados com a confidencialidade, segundo Roberts e Dyer (2004).

Embora por vezes estes princípios possam entrar em conflito, algumas estratégias podem auxiliar na resolução dos dilemas éticos relacionados com a confidencialidade, tais como: 1) informar os utentes sobre as questões da privacidade e da confidencialidade no início do processo terapêutico, bem como informar a influência das obrigações legais e profissionais no processo; 2) contar com a ajuda e conhecimento de colegas e supervisores quando se está a lidar com novos ou

especiais dilemas éticos relacionados com a confidencialidade e a privacidade; 3) pensar cuidadosamente sobre quem tem acesso aos dados dos utentes e como essas informações são compartilhadas; 4) apenas revelar, fora das interações psicólogo-utente informações que são absolutamente necessárias, mesmo em situações legais; 5) encontrar estratégias para tratar a informação clínica dos utentes e sensibilizar as equipas multidisciplinares para questões complexas que envolvem a privacidade do utente (Roberts & Dyer, 2004).

Dada a complexidades das relações estabelecidas no âmbito da intervenção psicológica, é claro que apenas estas diretivas não são suficientes para solucionar todos os dilemas éticos que podem surgir relacionados com a confidencialidade.

Contudo, a utilização destes princípios em conjunto com uma reflexão crítica da prática utilizada, pode evitar constrangimentos entre psicólogo e utente e consequentemente preservar a relação terapêutica, uma vez que a preocupação maior é o bem estar e a garantia da privacidade do utente em causa.

Confidencialidade no trabalho em equipa

Decorrente da atual necessidade de articulação, partilha e acesso a informações clínicas dos utentes no sentido de uma melhor intervenção, nota-se um grande fluxo de informações entre profissionais de uma mesma equipa ou outras equipas que trabalham em conjunto.

Os contornos e limites da confidencialidade em equipa podem ser redesenhados sob justificação aceitável. No entanto, os valores centrais de privacidade e respeito pelos utentes merecem a devida atenção por meio de políticas e regulamentações que garantam a confidencialidade dos utilizadores e que respondam às necessidades dos profissionais de saúde quando trabalham com informações confidenciais.

Segundo a OPP (2011), os psicólogos inseridos em equipas multidisciplinares podem transmitir informações consideradas confidenciais sobre os utentes desde que estas sejam estritamente necessárias para o cumprimento dos objetivos em causa e após o consentimento do utente para esta partilha, sendo de direito dos utentes recusar essa partilha, que em última instância, deve ser respeitada.

Confidencialidade em situações de alto risco

Os psicólogos, principalmente os clínicos, não raras vezes acompanham utentes suicidas, com intenções de cometer homicídio ou qualquer outro tipo de agressão contra terceiros, como por exemplo o abuso de menores ou ainda sujeitos infectados pelo VIH.

Perante estes casos importa que o profissional tenha competências que permitam guiar o sujeito levando-o a desmobilização dessas intenções (Ricou, 2004). No entanto, quando esta opção não é assegurada, o psicólogo inevitavelmente tem que recorrer a quebra da confidencialidade, no sentido que proteger o utente ou terceiros que têm a vida em risco. A quebra da confidencialidade sem autorização do utente é apoiada por diversos códigos (New Zealand Psychological Society, 1986; Nederlands Institute for Psychologists, 1988; American Psychological Association, 1992; Ordem dos Psicólogos Portugueses; World Psychiatric Association [Declaration of Madrid], 1996) sempre que se considere existir uma situação de perigo para o utente ou para terceiros que possa ameaçar, de forma grave, a sua integridade física ou psíquica (OPP, 2011).

No caso específico do suicídio e outros comportamentos violentos Roberts e Dyer (2004) destacam algumas questões centrais que obrigam o profissional a pensar quando lida com estas situações, relacionadas com a recusa de tratamento e/ou intervenção: 1) Que fatores clínicos da doença estão a conduzir a situação? 2) Quais os princípios éticos e legais que regem a situação? 3) Que informação clínica adicional é necessária para compreender a situação de forma mais holística? 4) Que outras pessoas podem ser inseridas neste processo de tomada de decisão de forma a confirmar ou não os factos, o julgamento e a própria decisão? 5) O utente concorda com a intervenção recomendada? É o utente capaz de tomar essa decisão? Se não, porque? 6) Qual é a intervenção menos intrusiva para garantir a segurança do utente e de possíveis vítimas? 7) A intervenção é compatível com as normas clínicas, éticas e legais?

Ainda assim, apesar dessas diretivas e do esforço do profissional para compreender os utentes e propor-lhes uma intervenção, muitas vezes os tratamentos são recusados e de facto os utentes têm o direito de recusá-los, a questão colocada prende-se com a capacidade decisória desses utentes que pode estar comprometida como manifestação da própria doença (Roth et al., 1982; citado por Roberts & Dyer, 2004).

O motivo da recusa de uma intervenção pode estar relacionado também com a falta de informação ou informação dada de maneira complexa e ambígua, com os medos do utente ou ainda com limitações cognitivas que comprometem a capacidade de decisão e impedem o sujeito de entender a necessidade do tratamento.

Desta forma, estar acessível para estas possíveis limitações pode ser o primeiro passo para compreender o motivo da recusa do tratamento e trabalhar com

opções alternativas e esclarecimentos específicos. Noutros casos, a família pode ser utilizada como um precioso recurso no processo de compreensão da recusa dos utentes. Em situações extremas, em que a capacidade do utente decidir está comprometida, autoridades ou decisores substitutos devem ser consultados.

Privacidade de informações e registos clínicos

As informações clínicas dos utentes que são recebidos nos serviços de saúde são geradas na relação estabelecida entre profissional de saúde e utente e posteriormente são armazenadas em relatórios, fichas clínicas e computadores, a partir do qual são acedidas por inúmeras pessoas dentro do próprio serviço por motivos válidos e não tão válidos.

A maioria dos utentes espera ser informado quando os seus casos estão sujeitos a discussão ou partilha de informações entre outros profissionais para o seu próprio benefício. Contudo, é também do direito dos utentes ter conhecimento de quem terá acesso as suas informações clínicas e pessoais, no sentido de ser preservada a sua privacidade e como forma de respeito e seriedade de quem utiliza estes mesmos dados.

Siegler (1982; citado por Post et al., 2007) relata num artigo que informações clínicas sobre um utente estavam disponíveis para pelo menos sessenta e cinco pessoas que prestavam cuidados de saúde.

Este episódio alerta-nos para o facto de que se por um lado a eficiência e a eficácia da comunicação e articulação entre os profissionais de saúde, nomeadamente entre psicólogos inseridos em equipas multidisciplinares melhorou substancialmente, com recurso a tecnologias informáticas, por outro lado compromete cada vez mais a confidencialidade das informações clínicas dos utentes (Pope, s/d; Post et al., 2007), sujeitando-os a perda da privacidade e conseqüente desconfiança nos profissionais e nos serviços de saúde.

Importa ressaltar que de acordo com o especificado pelo Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011), nos registos clínicos deve conter apenas informações objetivas e estritamente necessárias para o cumprimento dos objetivos estabelecidos para a intervenção e o próprio utente deve ter conhecimento sobre a utilização das informações recolhidas. Caso estas informações sejam partilhadas através de serviços informáticos, os utentes devem ser alertados para os eventuais riscos relativo à manutenção da privacidade e confidencialidade.

A obtenção do consentimento informado

O consentimento informado é uma ferramenta que permite aos indivíduos entender e tomar decisões livres de influências e baseadas nos seus valores e metas, acerca de uma intervenção clínica e incluem algumas características, tais como capacidade para decidir; divulgação pelo psicólogo de informações suficientes e relevantes para a decisão em causa; compreensão da informação divulgada; genuinidade da decisão, sem coerção na base desta e comunicação do consentimento, sendo cada um destes elementos essencial para a integridade do processo terapêutico (Post et al., 2007).

O consentimento informado, segundo Appelbaum (1997, citado por Ricou, 2004; Bush, 2009) tem como objetivo, ajudar o utente a tomar as melhores decisões para si, bem como possibilitar a discussão sobre potenciais benefícios e riscos do processo, com definição dos seus objetivos, as suas expectativas e os seus limites, isto é, estruturar a relação. Enfatiza o respeito pelo indivíduo e pela sua autonomia e constitui-se como inerentemente relacional, uma vez que tem lugar no contexto de uma relação profissional que tem como objetivo e elemento principal a promoção da saúde, bem como o alívio do sofrimento (Roberts & Dyer, 2004). A obtenção do consentimento informado serve para proteger o sujeito de exploração, injustiça, danos ou outros riscos associados (Archard, 2007; Flory, Wendler & Emanuel, 2007), reconhecendo o direito do sujeito para determinar para si mesmo o que deve ou não ser feito.

Contudo, em situações em que a participação voluntária e a autodeterminação são limitadas, devido a idade, competências cognitivas ou estado de saúde mental, o consentimento informado é solicitado ao representante legal do indivíduo, que age no sentido de promover os direitos e bem-estar do utente. Assim como em situações emergenciais, em que o psicólogo, na impossibilidade de obter o consentimento informado, pode intervir, de forma a assegurar o bem-estar do utente e/ou de terceiros (OPP, 2011).

Desta forma, importa ressaltar que apenas nestas situações a intervenção do psicólogo sem a obtenção do consentimento informado é justificada. Noutros casos, deve ser reconhecido ao sujeito a possibilidade de consentir, após devido esclarecimento, a sua participação em intervenções psicológicas, no sentido de respeitar a sua dignidade e direitos, bem como as suas opiniões e decisões, desde que integradas num quadro que respeite a si próprio e/ou terceiros.

Capacidade de decisão

Dada a importância da capacidade de decisão dos utentes em situações que exigem tomada de decisões delicadas em cuidados de saúde, por exemplo, para o consentimento informado, como já explicitado, torna-se importante evidenciar alguns aspetos relativos a capacidade de decisão, características desta e ações a serem consideradas nos casos em que não é comprovada a capacidade do utente para tomar decisões importantes.

Em muitos casos o sujeito está tão prejudicado cognitivamente, por exemplo quando acometido por doenças neurológicas, decorrentes da idade ou não, que não é preciso recorrer a uma avaliação. Contudo, noutros casos, o profissional deve estar atento e ser capaz de avaliar as habilidades do sujeito, a fim de determinar se este deve ser considerado capaz de tomar uma decisão independente, ou como alguém cujas escolhas devem ser feitas por outrem (Dresser, 2007). Nestes casos, a responsabilidade da decisão deve ser passada a alguém da confiança do sujeito que conheça os seus desejos e valores; no entanto, quando são capazes, têm o direito de fazerem-se ouvir no que concerne a sua opinião e escolhas, uma vez que ninguém melhor que o próprio utente para proteger os seus valores e desejos pessoais.

Decidir por uma pessoa que encontra-se em condições de decidir por ela própria, infringe um dos princípios essenciais da prática profissional ética que é o respeito e a promoção da autonomia e autodeterminação dos utentes, além de sujeitar a pessoa a possíveis danos causados por uma escolha que não foi feita por ele.

Apesar de não unificadas, existe um certo acordo acerca das características básicas de um sujeito com capacidade de decisão. Existe um conjunto de tarefas que o sujeito deve ser capaz de executar para ser considerado capaz de tomar decisões sobre os seus cuidados (Roberts & Dyer, 2004; Post et al., 2007; Devettere, 2010): 1) Compreender e processar informações sobre o diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento; 2) Pesar benefícios e riscos associados às opções terapêuticas; 3) Aplicar um conjunto de valores para a análise; 4) Tomar uma decisão consistente ao longo do tempo; 5) Comunicar a decisão.

Sem essas capacidades cognitivas o utente fica limitado de exercer o seu direito de tomada de decisão uma vez que não reúne condições cognitivas e/ou psicológicas para decidir beneficemente pela sua saúde e pela sua própria vida, passando a exercer a sua autonomia através da nomeação de familiares ou outras pessoas responsáveis para tomar decisões que respeitem os valores e desejos do utente em causa.

A neutralidade e a objetividade na intervenção

Uma importante problemática presente nas intervenções psicológicas relaciona-se com a imposição de valores por parte do psicólogo, especialmente em situações que exijam uma tomada de decisão ativa por parte do utente (Ricou, 2004).

Por vezes, perante uma situação que lhe causa indecisão, o cliente procura no psicólogo alguém que o oriente e encoraje a tomar uma decisão, no intuito de uma partilha de responsabilidade.

Uma vez que o objetivo da relação terapêutica é a autonomização do utente, neste processo de tomada de decisão o psicólogo deve exclusivamente desenvolver o conteúdo das variáveis envolvidas na decisão, tendo em consideração os valores que o próprio sujeito atribui a elas (Ricou, 2004), respeitando assim a sua autonomia e liberdade de decisão.

O psicólogo deve ter consciência da importância das suas características individuais e pessoais na intervenção, pelo que deve procurar assegurar a objetividade da intervenção, recorrendo para tal, a um esclarecimento acerca das limitações inerentes à intervenção, bem como das alternativas e outras informações relativas ao processo que sejam consideradas adequadas para o exercício da autonomia dos clientes (OPP, 2011).

Relações múltiplas

O estabelecimento de relações profissionais com sujeitos com quem o psicólogo mantenha ou já tenha mantido uma relação prévia de outra natureza é uma prática recusada pela OPP (2011), assim como o desenvolvimento de outro tipo de relação pessoal com os seus clientes ou pessoas próximas deste. Esta posição é justificada pela premissa de que em qualquer circunstância a relação profissional deve ser salvaguardada em detrimento a outra previamente ou posteriormente estabelecida, visto que é da responsabilidade do profissional os prejuízos que destas relações podem advir (OPP, 2011).

Podemos evidenciar as relações pessoais estabelecidas com ex-utentes, que de acordo com o explicitado anteriormente não são aceitáveis, uma vez que podem acarretar complicações para o profissional, colocando em causa a sua conduta e de outros profissionais.

Inclui ainda neste tópico o estabelecimento de relações românticas ou sexuais entre psicólogo e cliente ou ex-cliente, assunto amplamente discutidos entre os profissionais da área de psicologia como não ético em unanimidade, sendo os que

recebem mais atenção devido aos seus efeitos devastadores (Borys & Pope, 1989, citados por Ricou, 2004; Roberts & Dyer, 2004; Pope & Vasquez, 2007; Bush, 2009).

Ainda no âmbito do estabelecimento de relações múltiplas, importa evidenciar as dificuldades inerentes aos conflitos de interesse, que constituem um grave problema em qualquer tipo de intervenção psicológica, especificamente na psicoterapia, onde os seus efeitos nocivos podem ser exacerbados e surgem quando o psicólogo mantém, ou pretende manter algum outro tipo de relação com o utente que não a profissional (Ricou, 2004)

Em alguns casos, segundo Pope (1991) se o terapeuta for capaz de separar os diferentes tipos de relações que mantém com o utente, por exemplo, acompanhar uma pessoa com quem se relaciona profissional ou pessoalmente, e deste que os assuntos referentes a estes dois contextos não sejam fundidos, os potenciais efeitos nocivos dos conflitos de interesses podem ser minimizados (Pope, 1991; citado por Ricou, 2004).

Contudo, esta tarefa é extremamente exigente, senão mesmo impossível de ser realizada devido aos dilemas éticos impostos pela situação em si, principalmente porque a distinção dos dois tipos de relações estabelecidos depende não somente do terapeuta, mas também do utente. Esta ideia é apoiada pela OPP (2011), que refere que os psicólogos não devem estabelecer uma relação profissional com sujeitos com quem mantenha ou já tenha mantido uma relação de outra natureza.

Quando existe um conflito de interesse o profissional deve ser leal ao utente e deve informá-lo da situação existente. O objetivo de manter a confiança é essencial para a relação terapêutica e qualquer coisa que impeça esse objetivo não só diminui a eficácia da terapia, mas também a integridade do terapeuta e da profissão que ele representa (Roberts & Dyer, 2004).

Assim, nestas circunstâncias o psicólogo pode abster-se de dar continuidade ao processo terapêutico se presumir que a sua objetividade ou eficácia nas atividades profissionais possam ser negativamente afetadas por outro tipo de relação estabelecida com o utente (Bush, Connell & Denney, 2006).

O julgamento profissional deve constituir uma base para a orientação do comportamento dos profissionais e os códigos de ética poderão servir de referência e de indicadores dos limites que o psicólogo deve colocar no seu comportamento nestas situações (Ricou, 2004).

Responsabilidade dupla

Não raras vezes utentes são encaminhados por outras instituições aos serviços de psicologia, nomeadamente pelas escolas, tribunais, Segurança Social e médicos de família. Nestas situações as obrigações com estas instituições podem entrar em conflito com os direitos do sujeito, especialmente o direito à privacidade e confidencialidade.

Não há dilemas éticos se o psicólogo for imparcial no aconselhamento e tomada de decisão, se não for injustamente influenciado pelas responsabilidades para com o utente ou outras instituições, ou negligente com as necessidades da comunidade em geral (Post et al., 2007; Sommerville & English, 2007). Para tal, o psicólogo deve estar esclarecido acerca das suas responsabilidades para com os clientes e com as instituições que solicitam os serviços e informações, fornecendo apenas informações confidenciais sobre os clientes que são estritamente relevantes para a intervenção em causa, tendo em conta os objetivos da mesma (OPP, 2011).

Estas situações inserem-se nas exceções onde a quebra do sigilo e a partilha de informações é devidamente justificada, baseada em preceitos éticos e legais, mas que exigem, no intuito de minimizar os danos na aliança terapêutica, que o cliente seja informado sobre esta partilha de informações, antes que ela ocorra, exceto em situações onde seja manifestamente impossível (OPP, 2011).

3.2 Dilemas éticos relacionados com o período de vida do utente

3.2.1 Infância e adolescência

Psicoterapia com menores e o consentimento informado

O trabalho clínico com crianças e adolescentes emocionalmente perturbados é exigente e complexo e envolve uma profunda compreensão dos processos de desenvolvimento cognitivo, emocional, social, moral, da regulação do comportamento e impulsos, formação da identidade, bem como da psicopatologia infantil, perturbações do desenvolvimento e perturbações de aprendizagem (Belitz, Roberts & Dyer, 2004). Isto é, exige competência da parte de quem se dispõe a receber crianças para a intervenção, no sentido de disponibilizar-lhes o melhor atendimento possível e evitar danos.

Segundo Clotet (2003), o consentimento informado é um instrumento indispensável na relação entre profissional e utente, uma vez que trata-se de uma decisão voluntária, feita por uma pessoa autónoma e capaz, tomada após um processo informativo, para a aceitação de uma intervenção, consciente dos riscos,

benefícios e possíveis consequências (Clotet, 2003 citado por Calvetti, Ludwig, Redivo, Menegat & Müller, 2007).

Em psicoterapia com crianças, existe uma dificuldade que faz-se constante relacionada com o consentimento, especificamente em casos de julgamento substitutivo, que segundo Rodrigues (2001, citado por Ricou, 2004), é necessário nas situações em que a pessoa em questão não tem capacidades para tomar decisões, como será com crianças. Nestes casos, os pais decidirão em função do que será melhor para a criança e para o seu bem-estar, uma vez que é da responsabilidade dos pais zelar pelos filhos, baseando-se no pressuposto que ninguém conhece melhor os filhos do que os próprios pais (Nicholson, 2005; Archard, 2007), garantindo contudo, o envolvimento do menor nas decisões em função do seu grau de maturidade.

Nas situações em que pais e filhos estão em concordância, o que é mais frequente, não surgem grandes dilemas éticos. O problema coloca-se quando a criança, ainda que menor de 18 anos, possui um nível de desenvolvimento que lhe permite fazer escolhas com discernimento e compreender o significado e as consequências do tratamento proposto (Roberts & Dyer, 2004; Post et al., 2007). Como temos na norma contida no número 3 do artigo 38.º do Código Penal (2002) português que regulamenta que o consentimento é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (Ricou, 2004).

Em situações de desacordo o bom senso, um pensamento ético fundamentado nos princípios, a partilha de opiniões, a utilização de um modelo de tomada de decisão e principalmente a reflexão ética são ferramentas importantes para que seja decidido pelo que é melhor para o utente com o mínimo de danos possíveis.

Sempre que possível, os pais devem estar envolvidos como colaboradores no planeamento da assistência aos cuidados de saúde dos filhos, como forma de ajudá-los a manter o seu papel de guardiões do bem-estar dos mesmos (Post et al., 2007).

Por sua vez, quando a decisão dos pais são gravemente prejudiciais para os interesses dos menores, é apropriado que o Estado e suas agências assistam para proteger a criança, nomeando um tutor que será responsável para dar o consentimento e agir de acordo com o melhor interesse do menor (Archard, 2007; Gillon, 2005).

Capacidade de decisão de menores

O conceito de capacidade de tomada de decisão envolve a autonomia, responsabilidade, estabilidade e consistência. Estas qualidades fazem parte do

desenvolvimento e do processo de maturação dos sujeitos (Post et al., 2007), pelo que grande parte dos menores, não possuem as qualidades necessárias para serem autónomos no processo de tomada de decisão dos cuidados de saúde.

No caso dos adolescentes esta situação toma contornos muito específicos, na medida em que a avaliação da capacidade de decisão é mais complexa e multifatorial, uma vez que envolve para além das habilidades cognitivas, valores pessoais, padrões de tomada de decisão (incluindo comportamentos de risco), maturidade biológica e emocional, noções de futuro, entendimento de riscos, benefícios e consequências. Estas características a serem avaliadas também estão presentes nas avaliações de adultos, contudo, com adolescentes são mais suscetíveis a levantar incertezas e insegurança, uma vez que envolvem emoções mais voláteis, autoimagem ainda imatura, menor experiência de vida, maior foco no presente do que no futuro e maior suscetibilidade às pressões dos pares. Estas características têm implicações diretas nas consequências das decisões tomadas, principalmente nas de alto risco (Post et al., 2007).

Contudo, em algumas situações o utente, ainda que menor, é considerado como capaz para tomar decisões sem o consentimento dos pais, tal como refere Post et al. (2007), em situações que o utente é um adolescente com mais de 16 anos, capaz de dar um consentimento informado acerca de um tratamento para o seu próprio benefício com baixos níveis de risco, quando as consequências deste não são determinantes para a saúde.

Por outro lado, a necessidade dos adultos em agir e decidir em nome dos menores torna-se particularmente evidente quando as decisões têm resultados importantes e consequências duradouras (Post et al., 2007).

A dificuldade do psicólogo nestas situações prende-se com a avaliação da autonomia e da capacidade do menor para tomar decisões relativas aos seus cuidados de saúde, principalmente quando pais e filhos estão em desacordo.

Se por um lado a autonomia do sujeito deve ser respeitada, por outro lado, deve ser levada em consideração a capacidade de avaliação dos riscos e benefícios relacionados com as intervenções propostas.

Desta forma, uma cuidadosa avaliação da capacidade de tomada de decisão deve ser feita e em situações em que a autodeterminação está comprometida, os representantes legais do menor devem ser consultados, de forma a garantir o bem-estar do mesmo.

A confidencialidade em psicoterapia com crianças e adolescentes

Do ponto de vista ético, uma pessoa com competência para decidir sobre determinado aspecto da sua vida é considerada autónoma e por isso deve ser respeitada como tal (Ricou, 2004). Assim, uma criança, mesmo que menor de 18 anos, se preenchidos os critérios de autonomia e competência para decidir deve ter a sua autonomia respeitada, bem como o seu direito à privacidade em psicoterapia.

Por vezes, não só com crianças, mas também com adultos é difícil definir a sua competência para tomada de decisões, de qualquer forma, o que procuramos é o bem-estar da pessoa em causa e este inclui uma panóplia de aspetos, dentre eles a sua opinião (Ricou, 2004). Daí ser importante definir com a criança e os pais os limites do processo terapêutico, nomeadamente de confidencialidade, visto que o respeito pela privacidade da relação com crianças e adolescentes possui além do valor intrínseco, um valor instrumental que não deve ser descurado (Ricou, 2004). Esta discussão deve ser realizada de forma congruente com a idade e nível de desenvolvimento da criança e deve ser estabelecida o tipo de relação do profissional com a criança e com os pais (Roberts & Dyer, 2004).

Mais uma vez, essas precauções não impedem o surgimento de complicações, tais como a quebra da confidencialidade em situações que assim exigem, como são os casos de consumos aditivos, automutilações, tentativas de suicídio, etc. A partilha de informações confidenciais com terceiros é justificada quando a quebra do sigilo é considerada necessária para a continuidade do tratamento do menor, ou é necessária para proteger a criança ou terceiros de um dano iminente (Roberts & Dyer, 2004; Post et al., 2007).

A quebra do sigilo, especificamente com os pais é apropriada quando a divulgação for para o melhor interesse da criança, no sentido de serem evitados possíveis danos a sua integridade física ou mental. Nestas situações, o problema deve ser discutido com o menor e este deve ser esclarecido da necessidade de incluir terceiros de forma a evitar danos ainda mais graves.

Respeito pela Autonomia dos adolescentes

A psicoterapia com adolescentes é um assunto que merece atenção, uma vez que trata-se de sujeitos que não são nem crianças, nem adultos. Seu desenvolvimento intelectual e emocional é maior que o das crianças, suas habilidades cognitivas estão crescendo, contudo, falta-lhes ainda a experiência, capacidade de julgamento e maturidade dos adultos (Post et al., 2007).

É frequente ocorrerem dilemas éticos com adolescentes, uma vez que estão lutando pela própria autonomia e estabelecimento da identidade e que podem envolver-se em comportamentos de risco (Roberts & Dyer, 2004), mas que ao mesmo tempo são conferidos alguma autoridade e autonomia, quando considerados capazes de dar um consentimento informado (Post et al., 2007).

Desta forma, os limites estabelecidos no início do processo terapêutico são ainda mais importantes no sentido de alertá-los para as situações onde a quebra do sigilo é justificada, sobre a possibilidade de partilha de informação confidencial, sobre a possibilidade do direito a autonomia pode ser exercido, ou pelo contrário, reivindicado a favor do seu próprio bem-estar.

Estas diretrizes não garantem a inexistência de conflitos inerentes ao processo terapêutico, contudo pretendem minimizar os danos que a quebra da confidencialidade poderá causar na relação.

3.2.2 Velhice e cuidados em fim de vida

Os idosos e a capacidade de tomada de decisão

Para muitas pessoas de idade já avançada por vezes são negados os seus desejos não por falta de competência para tomar decisões sobre a própria vida, mas devido ao facto de serem considerados dependentes de outros, logo, considerados incapazes de decidirem por si próprios, sendo ameaçada a sua autonomia (Hughes, 2007).

Os avanços tecnológicos têm permitido que as pessoas vivam mais, contudo, este aumento da esperança de vida não sustenta a ideia de qualidade de vida. Isto é, com o aumento da idade há uma maior probabilidade dos sujeitos serem acometidos por doenças mentais e neurológicas e outras condições que prejudicam a funcionalidade dos sujeitos, nomeadamente a sua capacidade para tomar decisões no que diz respeito ao seu tratamento e outras decisões relacionadas com a sua saúde física e mental (Bush, 2009).

Se por um lado trabalhamos no sentido de responder aos desejos e melhores interesses do sujeito, por outro, devemos estar atentos se esses interesses trarão de facto benefícios para o utente, se estão inseridos na realidade social e cultural, bem como o grau em que o sujeito é considerado capaz de tomar uma decisão importante relacionada com a sua vida. Para tal, uma avaliação feita pelo profissional acerca da capacidade de compreender a informação, os riscos e os benefícios de uma decisão, parece consistir num guia para esta determinação.

No contexto dos cuidados de saúde, o direito à autonomia e à tomada de decisão sobre os seus cuidados é respeitado ou privado consoante a capacidade de decisão do sujeito, uma vez que sem um conjunto de habilidades cognitivas precisarão de auxílio nas escolhas a serem feitas (Post et al., 2007), através da nomeação de um substituto que tomará as decisões em nome do utente visando o seu bem-estar.

Apesar de alguns utentes serem capazes de tomar decisões sobre os seus cuidados, muitas vezes recorrem ao exercício da sua autonomia delegando a responsabilidade da tomada de decisão a terceiros. A capacidade de decisão permite, mas não obriga o utente a tomar decisões independentes (Wicclair, 1999; Post et al., 2004) e esta decisão deve ser respeitada desde que represente os desejos autênticos do utente e que seja confirmado que este recebeu informações suficientes e de qualidade para tal decisão.

Uma forma do utente poder exprimir as suas preferências acerca dos cuidados de saúde e garantir que os seus desejos e valores serão respeitados quando a capacidade de decisão é perdida, é através das diretivas antecipadas, que constituem como instrumentos jurídicos destinados a garantir ao utente a possibilidade de definir as normas relativas aos seus cuidados. Estes desejos podem ser expressos através de uma lista de instruções relacionada com circunstâncias de saúde particulares (Roberts et al., 2004; Post et al., 2007; Faber-Post, 2007; Devettere, 2010) especificamente em situações onde a capacidade de tomada de decisão do sujeito está comprometida. Este instrumento permite às pessoas ainda capazes de tomar decisões de expressarem os seus desejos, para que estes sejam respeitados quando o sujeito já não apresenta habilidades necessária para a tomada de decisão consciente.

O que se verifica é que estas estratégias são muito pouco utilizadas, ficando a tomada de decisão encarregue aos familiares nos momentos mais inoportunos, especificamente quando há uma piora no estado de saúde do utente e a família sob grande *stress* é levada a tomar decisões que por vezes não condizem com os desejos e valores do utente (Post et al., 2007; Bush, 2009).

Nestas situações importa tranquilizar os familiares e alertá-los para o facto de que a sua contribuição relaciona-se com a disponibilização de informações sobre valores e desejos do utente, no sentido de maximizar os benefícios e não a adoção da responsabilidade exclusiva da tomada de decisão, nem uma posição paternalista, que restringe o utente – quando este ainda é capaz de decidir – de exercer a sua autonomia (Faber-Post, 2007).

Ainda dentro das diretivas antecipadas, o utente pode nomear um decisor substituto que ficará encarregue de tomar decisões congruentes com os seus desejos, valores e o seu melhor interesse (Post et al., 2007; Devettere, 2010). A vantagem desta última alternativa relaciona-se com o seu carácter mais flexível, que permite que o decisor substituto interaja com a equipa dos cuidados de saúde adaptando as decisões aos imprevistos que possam ocorrer (Faber-Post, 2007).

As diretivas antecipadas são percecionadas como um poderoso instrumento a favor dos utentes em situações de maior fragilidade, que na ocasião de já não serem capazes de tomar decisões, possuem, através deste instrumento, a possibilidade de terem os seus desejos em cuidados de saúde respeitados, garantindo acima de tudo o respeito a sua autonomia e autodeterminação.

Dizer a verdade a utentes em fim de vida

Em cuidados de saúde é indiscutível que o recurso mais importante é a informação e a sua precisão. Para os psicólogos que intervêm nos cuidados em fim de vida, a informação importa no momento do diagnóstico, prognóstico e implementação de uma intervenção adequada. Para os utentes, a informação objetiva importa para avaliar as suas decisões acerca dos cuidados de saúde. Finalmente, a própria família anseia por informações acerca do familiar em cuidados (Trincão, 2009).

Aquando de uma intervenção psicológica, o utente deve estar esclarecido e o consentimento informado deve ser garantido. Para tal, os utentes ou os seus substitutos autorizados tem direito ético e legal às informações que lhes permitam compreender o curso da intervenção, avaliar as opções terapêuticas, bem como fazer escolhas de acordo com os valores e desejos do utente. Desta forma, o psicólogo deve divulgar as informações clínicas relativas aos utentes, respeitando a autonomia do mesmo e o direito à tomada de decisão consciente (Post et al., 2007).

Até aqui a ideia de que dizer a verdade e transmitir todas as informações clínicas dos utentes parece evidente e essencial na tomada de decisões e no estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança. No entanto, dizer a verdade ao utente pode tornar-se uma tarefa bastante desafiadora para o psicólogo, quando princípios básicos como a autonomia, beneficência ou não maleficência colidem (Post et al., 2007), gerando uma série de dúvidas e dilemas relacionados com a divulgação de informações, o bem-estar do utente e o direito a ter conhecimento do seu estado de saúde.

Importa ressaltar que da mesma forma que deve ser dado ao utente o direito de conhecer o seu estado clínico e outras informações acerca do seu estado de

saúde, também deve ser dado o direito de não conhecimento quando assim é da sua vontade, respeitando a sua autonomia e autodeterminação no sentido de minimizar potenciais danos ao utente.

Conspiração do silêncio

A conspiração do silêncio, enquanto esforço para censurar informações potencialmente dolorosas aos utentes, apesar de bem-intencionada, pode gerar muita ansiedade, medo e confusão e por conseguinte dificultar a relação entre o utente e a família e até mesmo com o psicólogo ou outros profissionais envolvidos, privando a comunicação e a partilha de afetos, podendo levar o próprio utente ao isolamento.

O medo de não saber lidar posteriormente com as dúvidas, perguntas e sentimentos despertados pela má notícia é um dos fatores que favorecem a conspiração do silêncio e que pode ser benéfica a curto prazo, mas impede o utente e a família de ajustarem as suas vidas, se organizarem e estabelecerem objetivos atingíveis e realistas (Trincão, 2009), justamente neste momento quando os relacionamentos íntimos, a comunicação e o apoio são fundamentais (Post et al., 2007).

Importa ressaltar que muitas vezes o psicólogo é chamado nestas situações para atuar como mediador e facilitador da comunicação entre profissionais de saúde, familiares e pacientes, por ser conhecedor de habilidades comunicacionais essenciais neste tipo de situações, pelo que é esperado que as utilizem em prol do bem-estar do utente, evitando envolver-se em situações onde ele próprio conspira a favor do silêncio.

Comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias é encarada como um dilema ético quando o psicólogo percebe que os seus deveres éticos o obrigam a dizer a verdade e a divulgar informações delicadas que possivelmente o utente não deseja ou receia saber, ou, por outro lado, retém as informações no sentido de promover o bem-estar do utente em causa.

O grande desafio prende-se com a determinação do que o utente deve saber para receber os cuidados necessários, sem causar danos, ao mesmo tempo que tem a sua autonomia respeitada.

Demasiada informação pode ser tão prejudicial quanto a sua escassez. Por sua vez, a divulgação de informações objetivas, claras, de linguagem acessível e com especial atenção a comunicação não-verbal, são necessárias para o entendimento do

utente do seu estado de saúde e para a tomada de decisão (Post, et al., 2007; Bush, 2009).

Importa realçar que comunicar más notícias requer habilidades comunicacionais, tais como a empatia, o feedback e a escuta ativa (Querido, Salazar & Neto, 2006). Uma boa técnica comunicacional é essencial não só para a divulgação de más notícias, mas também para o estabelecimento de uma relação terapêutica consolidada e principalmente para o apoio emocional e modulação da experiência psicológica do utente e da sua família (Trincão, 2009).

Contudo, apesar de conhecerem as suas obrigações éticas, a importância da comunicação com os utentes e apesar de possuírem habilidades comunicacionais que lhes permitem este diálogo, os próprios psicólogos por vezes sentem-se receosos ou inseguros aquando da comunicação de más notícias, dificultando aos utentes o processo de adaptação à doença, alimentando esperanças irrealistas.

É neste momento que surgem os dilemas éticos, resultantes das obrigações conflitantes de dizer a verdade ao utente, respeitando a sua autonomia, sob a pena de causar algum malefício relacionado com a angústia ou ansiedade decorrente de um diagnóstico ou prognóstico negativo.

Dadas as dificuldades e complexidade desta tarefa muitas vezes incumbidas aos psicólogos, vários modelos têm sido desenvolvidos, com o objetivo de tornar esta tarefa menos desafiadora. Um dos protocolos mais simples, mas bastante completo e útil é o SPIKES protocolo ou protocolo de Buckman (Baile, Buckaman, Lenzi, Gliner, Beale & Kudelka, 2000), que estabelece diretrizes para a comunicação de más notícias: 1) Escolher e preparar o local onde se vai transmitir a má notícia; 2) Perceber o que o doente já sabe; 3) Identificar o que o doente quer saber; 4) Partilhar a informação, dar a notícia; 5) Responder com empatia às reações do utente e 6) Propor um plano de intervenção e garantir o acompanhamento.

Este protocolo, apesar de falível, pode ser orientador em situações de comunicação de más notícias, uma vez que tem em consideração a privacidade do utente e o espaço onde a notícia é dada, a informação já conhecida pelo utente, bem como o que este deseja saber, a fim de não sobrecarregar o utente com informação que ele não deseja receber. Tem em conta as reações emocionais do utente e a importância de responder a estas empaticamente e por fim, realça a garantia de que o utente será acompanhado durante todo o processo de enfrentamento da doença.

Dar espaço às perguntas do utente, usar linguagem acessível e respeitar a sua vontade no que concerne à quantidade de informação a receber torna-se essencial

para cumprir com as nossas obrigações éticas sem causar danos ao utente, respeitando a sua autonomia.

3.3 Dilemas éticos relacionado com o contexto

Intervenção em Comunidades pequenas

Dilemas éticos especiais surgem em comunidades pequenas, onde o acesso aos serviços de saúde são escassos e o profissional de saúde a quem recorrem pode ser o vizinho, um familiar, o amigo de infância, etc. Os conflitos éticos agravam-se quando as diretrizes éticas estabelecidas derivam de contextos mais amplos e flexíveis, não adaptando-se ao contexto dessas comunidades (Pope & Vetter, 1992), sendo considerados por Niemira (1988; citado por Roberts & Dyer) tão incongruentes com a realidade das pequenas comunidades, que são inúteis. No sentido de colmatar esta falha, os profissionais por vezes desenvolvem as suas próprias diretrizes para resolução de dilemas éticos, que podem divergir dos padrões habituais, colocando o profissional sob o risco de ser considerado como profissional sem ética (Turner et al., 1996; citado por Roberts & Dyer, 2004).

Sobreposição de papéis e limites da intervenção

Relações com sobreposição de papéis são frequentes em comunidades pequenas e geram dilemas éticos na medida em que trazem diferentes papéis, deveres e motivações, por vezes conflituosos e o psicólogo pode sentir-se obrigado a atender às necessidades inerentes a cada papel (Simon & Williams, 1999; citado por Roberts & Dyer, 2004).

Um dos maiores dilemas prende-se com os limites da intervenção. Estes limites são definidos como regras e condutas que regem a relação profissional, distinta de outros relacionamentos e que visam o respeito e a proteção dos utentes (Simon, 1992; citado por Roberts & Dyer, 2004). Estes limites ficam comprometidos quando o psicólogo trabalha numa comunidade pequena, principalmente porque o respeito aos limites depende não só do psicólogo, mas também dos utentes. O desafio nestas circunstâncias é ser o mais claro possível quanto aos limites da intervenção de forma a evitar constrangimentos.

Confidencialidade em comunidades pequenas

A confidencialidade é a base de uma relação terapêutica de confiança. Em pequenas comunidades a garantia da privacidade torna-se uma dúvida inquietante,

principalmente quando envolvem situações como as de consumo, sexualidade, doença mental, etc. Por vezes essa angústia surge devido aos estigmas das pequenas sociedades, contudo, em certas situações elas são bastante reais e justificáveis, principalmente quando a partilha de informação pode levar a um despedimento ou a perda da própria dignidade. Devido as preocupações com a confidencialidade, os utentes podem mesmo deixar de procurar ajuda para os seus problemas, com receio de falar abertamente sobre questões pessoais e conseqüentemente terem as suas vidas pessoais prejudicadas (Roberts et al., 2003; citado por Roberts & Dyer, 2004; Braunack-Mayer, 2007).

Desta forma, é da responsabilidade do psicólogo esclarecer as suas obrigações éticas relacionadas com a confidencialidade e privacidade, como também os limites da mesma, visto tratar-se de uma intervenção numa comunidade pequena, suscetível a divulgação de informações de forma não intencional.

A escassez de recursos em comunidades pequenas

Os limitados recursos em pequenas comunidades geram inúmeros problemas éticos aos psicólogos e outros profissionais de saúde, que no sentido de fazer o serviço chegar a todos e em resposta a estas limitações sentem um aumento de responsabilidade em prestar cuidados fora das suas áreas habituais de experiência, uma prática que representa risco de erros clínicos e éticos, bem como uma maior probabilidade de esgotamento.

A escassez de recursos e outros dilemas existentes nas pequenas comunidades levam a que os psicólogos vivam situações de grande tensão, angústia e indecisão que podem levar a exaustão, incapacidade para cumprir as responsabilidades e maior *stress*. Estas situações podem condicionar a capacidade do profissional para resolução de problemas, para a reflexão e para a gestão do *stress*, condicionando, conseqüentemente a competência do psicólogo para ajudar os seus utentes a lidar e a gerir os seus conflitos (Braunack-Mayer, 2007).

Algumas diretrizes são úteis para que os psicólogos que trabalham em pequenas comunidades lidarem com dilemas éticos, nomeadamente manter relacionamento com colegas no sentido de diminuir a sensação de distanciamento da profissão; pensar nas razões e implicações a partir de uma perspetiva ética quando é necessário tomar medidas que parecem diferir das normas já estabelecidas; tomar medidas que ajudem a lidar com a sobreposição de papéis e de confidencialidade, trabalhando neste sentido com empregados e colegas de equipa, finalmente, o autocuidado do profissional é essencial, buscando formas de reduzir a tensão, bem

como conflitos de papéis, evitando a sobrecarga e retirando-se quando necessário, no sentido de manter-se capaz de continuar a prestar os melhores serviços à comunidade (Roberts & Dyer, 2004; Braunack-Mayer, 2007).

4. Estratégias de resolução dos dilemas éticos

Os dilemas éticos enfrentados pelos psicólogos no dia a dia da sua prática profissional raramente são simples e de fácil resolução. Estas não são situações estáticas, pelo contrário, emergem da relação entre o profissional e o utente, sob a influência do meio, das convicções, dos valores e crenças pessoais e do próprio contexto de atuação.

O contexto dos cuidados de saúde primários no âmbito dos centros de saúde acarreta imensas situações desafiadoras para os psicólogos, dadas as especificidades do contexto, nomeadamente o facto de se tratar de um espaço dedicado à comunidade e às suas necessidades primárias, de estreita aproximação entre profissionais e utentes, pelo que os dilemas existentes acompanham estas *nuances*, exigindo ao psicólogo adaptação a estas particularidades e articulação com outros profissionais e instituições competentes para lidar com os dilemas enfrentados, bem como utilização de ferramentas a serviço de uma prática ética, tais como os Códigos de Éticas e legislações vigentes.

Contudo, assim como Pope e Vasquez (2007) referem, os princípios e códigos de ética não podem ser usados deliberadamente para todas as situações desafiadoras de um modo automático e irrefletido. Diariamente os nossos pontos de vista, crenças e valores devem ser questionados, a nossa prática deve ser repensada de maneira a encaixar nos problemas que enfrentamos e não o contrário. Os códigos e princípios éticos orientadores da conduta profissional são indiscutivelmente úteis, assim como as leis e outros tipos de supervisão, contudo, não retiram a nossa responsabilidade ética enquanto profissional e não substituem o nosso pensamento crítico sobre o que é ético ou não. Cada dilema ético é único e como tal, merece atenção personalizada e esta atenção só é conseguida através da reflexão e da autocrítica.

Estudo empírico

1. Objetivos do estudo

O presente estudo pretende constituir-se como um contributo para um maior conhecimento acerca das conceptualizações, estratégias e intervenções relativamente aos dilemas éticos existentes na prática da psicologia clínica no contexto dos centros de saúde da região de Évora. Espera-se através do conhecimento dos dilemas éticos, fontes e estratégias utilizadas, poder contribuir para o desenvolvimento e maior reflexão acerca de possíveis resoluções de dilemas éticos emersos no âmbito dos centros de saúde.

Este estudo, baseado numa investigação ética empírica, pretende compreender como os sujeitos pensam que devem agir em determinadas situações dilemáticas de natureza ética, que factos são relevantes, como as decisões são tomadas ou ainda, compreender como as pessoas realmente se comportam em situações particulares de dilemas éticos e que valores são levados em conta para a sua interpretação e gestão.

Segundo Sánchez-González (1998), a investigação ética empírica tem como principais funções:

- Identificar e caracterizar os dilemas éticos que surgem na prática dos profissionais nos cuidados de saúde, permitindo elaborar uma teoria baseada nos problemas reais;
- Descrever como habitualmente os profissionais lidam com os dilemas éticos, podendo esta descrição constituir como ponto de partida para a criação de soluções alternativas para os referidos dilemas;
- Conhecer e avaliar as consequências das ações e normas estabelecidas;
- Apontar deficiências nas teorias relacionadas com a ética e propor alternativas.

Desta forma, os objetivos que nos propomos alcançar com este estudo são:

- Identificar os dilemas éticos enfrentados pelos psicólogos clínicos que trabalham nos Centros de Saúde de Évora;
- Conhecer as estratégias utilizadas para gerir os dilemas;
- Identificar fontes de apoio e outros recursos utilizados pelos psicólogos clínicos para lidar com os dilemas éticos;

- Observar em que medida os psicólogos clínicos conhecem e utilizam o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses na sua prática;
- Compreender a importância atribuída aos princípios éticos e ao Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses pelos psicólogos.

2. Metodologia

A metodologia pode ser definida como a forma de obtenção e recolha de dados e a forma como deles derivam significados (Neto, 1998). Assim, a escolha de uma metodologia de investigação adequada aos objetivos do estudo, apresenta-se como uma das decisões mais importantes e simultaneamente mais complexas no decurso de uma investigação, uma vez que esta decisão irá condicionar os dados recolhidos, bem como os seus significados.

Esta investigação possui um carácter exploratório e qualitativo, que permite descrever, analisar, compreender e classificar experiências vivenciadas, da mesma forma que permite aprofundar o entendimento dos fenómenos e das suas mudanças, tendo em conta o contexto social. Além disso, permite conhecer e compreender as conceções, atitudes e valores dos sujeitos envolvidos na investigação sem recorrer a situações de controlo e manipulação experimental (Bogdan & Biklen, 1994; Cohen & Manion, 1985).

Visando este estudo analisar qualitativamente os discursos de psicólogos clínicos, com recurso à descrição e interpretação dos mesmos, acerca do fenómeno dos dilemas éticos existentes nos centros de saúde e dado que a compreensão dos dilemas éticos situa-se no universo dos significados, motivações, crenças e valores, a investigação qualitativa ajudará a compreender este espaço de relações, processos e fenómenos tão complexos (Simões, 2010).

A abordagem qualitativa permite descrever um fenómeno com maior profundidade, uma vez que capta significados, estados subjetivos e tentativa de apreender e compreender mais pormenorizadamente as perspetivas e pontos de vista dos sujeitos (Bogdan & Biklen, 1994). O método qualitativo é mais crítico e emancipatório que o método quantitativo, uma vez que requer a compreensão das interpretações que os atores sociais constroem (Bauer & Gaskell, 2002).

Tendo em conta as características básicas da investigação qualitativa – o carácter descritivo e o foco no significado - salientadas por Godoy (1995; citado por Zanelli, 1996), a presente investigação orienta-nos na procura dos significados atribuídos pelos psicólogos clínicos aos dilemas éticos existentes no contexto dos

centros de saúde, bem como das intervenções e estratégias utilizadas neste âmbito. Utilizamos, como é habitual nas investigações qualitativas, o enfoque indutivo na análise dos dados recolhidos.

O presente estudo assenta ainda nas seguintes características referidas por Tuckman (1994), acerca dos desenhos qualitativos:

- 1) A recolha de dados é relativa a situações reais, partindo do pressuposto que o comportamento humano é em grande medida influenciado pelo contexto em que ocorre;
- 2) A investigação tem um carácter descritivo e os dados são recolhidos sob a forma de registos escritos, obtidos através da transcrição das entrevistas realizadas;
- 3) Os dados são analisados de forma indutiva, não tendo como objetivos a confirmação de hipóteses pré-estabelecidas;
- 4) A recolha dos dados inclui a interpretação das conceções dos sujeitos da amostra, relativamente aos significados por eles construídos a partir das próprias experiências profissionais e pessoais.

Assim, nas investigações qualitativas, a teoria surge a partir da recolha, análise, descrição e interpretação dos dados existente, isto é, o processo de produção de conhecimento ocorre à medida que os dados são recolhidos e analisados (Bogdan & Biklen, 1994). Uma vez que neste tipo de investigação os dados são produzidos e interpretados pelo investigador, supõem a possibilidade que os mesmos reflitam a sua subjetividade, envolvimento e cunho pessoal. Assim, houve uma tentativa, no presente estudo, de diminuir a subjetividade e envolvimento pessoal, através do rigor e da abrangência da recolha e análise dos dados, contextualização teórica e minimização de ideias, crenças e opiniões pessoais.

2.1 Participantes

A escolha do método de amostragem é fundamental pois constitui a única forma de obter informações sobre determinada realidade que se pretende conhecer. No entanto, não existe qualquer método que possa assegurar, com exatidão e em todos os casos, uma amostra absolutamente representativa (Ghiglione & Matalon, 1997).

A seleção da dimensão da amostra do presente estudo teve em conta o princípio da saturação teórica, uma vez que verificou-se ao fim das cinco entrevistas realizadas que os dados recolhidos já não acrescentavam informações novas às

categorias existentes, nem traria contributos adicionais à investigação (Strauss & Corbin, 1998), servindo então a saturação como critério para a interrupção da amostragem e da recolha de novas informações.

Nas investigações qualitativas espera-se que a seleção dos participantes seja feita de forma intencional, sendo os mesmos escolhidos tendo em conta a informação que pode ser fornecida em função do tema em estudo. Assim, o objetivo principal não se prende com a representatividade de uma população, mas de uma experiência ou fenómeno que se pretende conhecer, em que os sujeitos são selecionados tendo em conta a oportunidade de maximização de conhecimento na área em questão (Strauss & Corbin, 1998). Desta forma, trata-se de um método de amostragem teórica, onde a mesma não é executada a partir de um critério externo (de representatividade), mas em função dos critérios internos da investigação (Fonte, 2005).

Tendo em conta os critérios supracitados, os participantes deste estudo foram selecionados com base em alguns critérios previamente estabelecidos, de forma a contemplar sujeitos que trouxessem informações relevantes para o presente estudo:

- A sua pertença ao grupo profissional de Psicólogos Clínicos, uma vez que era do nosso interesse compreender de que forma estes profissionais conceptualizavam e vivenciavam a experiência dos dilemas éticos na prática profissional;
- A sua intervenção ter lugar nos Centros de Saúde, uma vez que este foi o contexto escolhido para ser estudada a problemática dos dilemas éticos na prática da psicologia clínica;
- A sua acessibilidade e localização geográfica, no sentido de rentabilizar esforços e recursos, sendo os participantes selecionados tendo em conta a facilidade de contato e de deslocação;
- A sua disponibilidade para participar voluntariamente na investigação.

Importa referir, que apesar de constituir-se uma pequena amostra, os cinco profissionais entrevistados representam uma amostra significativa do universo de psicólogos clínicos a exercerem a sua atividade em Centros de Saúde de Évora, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Estes Centros de Saúde estão integrados no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo (ACES I e II), que têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população do Alentejo, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que toda a população partilhe e tenha igual

acesso aos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar da população (ERS, 2011).

De um total de sete profissionais de psicologia clínica, que prestam serviços para várias outras unidades do ACES Alentejo, tais como a UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade), UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), USF (Unidade de Saúde Familiar) e URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados), constituímos a nossa amostra com cinco dessas sete psicólogas, todas do sexo feminino, as quais procedemos a uma breve caracterização, identificando-as através de iniciais:

Sujeito 1 (IF): Psicóloga Clínica (41 anos), com formação em Psicologia Social Clínica, Mestrado em Psicologia Legal e Psicoterapia pela Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Familiar, a exercer a profissão a 20 anos, sendo que 8 desses em Cuidados de Saúde Primários. Neste momento trabalha na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Évora.

Sujeito 2 (AO): Psicóloga Clínica (50 anos), com formação em Psicologia Clínica, Psicoterapeuta Psicanalítica, experiência em Psicodrama Psicanalítico, formadora e supervisora da Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica, a exercer a profissão a 24 anos em Centros de Saúde, em atividades diversas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Atualmente trabalha na UCC de Viana, prestando serviços também para o ACES Alentejo II, na realização de consultas maioritariamente para adolescentes, mas recebe também adultos.

Sujeito 3 (FL): psicóloga clínica (28 anos), com 6 anos de experiência, sendo 4 deles em Centros de Saúde. Atualmente trabalha na UCC e UCSP de Estremoz.

Sujeito 4 (MS): psicóloga clínica (39 anos) licenciatura e mestrado em psicologia clínica, com 15 anos a exercer a profissão, sendo 5 deles em Centros de saúde. Neste momento, faz parte da URAP e USF de Évora.

Sujeito 5 (CS): psicóloga clínica (32 anos), 8 anos de experiência, desde sempre em centros de saúde. Atualmente presta serviços na UCC e USF de Reguengos de Monsaraz, USF e UCC de Mourão e UCC e UCSP de Portel.

2.2 Procedimentos e instrumentos de recolha de dados

A finalidade da investigação qualitativa é examinar o conjunto de opiniões e perceções dos sujeitos envolvidos no estudo sobre o assunto em questão. Desta forma, a conceção das Psicólogas Clínicas sobre os dilemas éticos foram analisadas a

partir de entrevistas e suas respectivas transcrições, partindo do princípio que estes profissionais são investigadores da sua própria ação e observadores participantes da sua prática diária nos centros de saúde (Almeida & Pinto, 1981).

Antes da realização das entrevistas com as psicólogas clínicas, foi feito um pedido de autorização da realização do estudo à psicóloga responsável pela URAP, que é responsável pela gestão dos recursos humanos disponíveis nas várias unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente pelas psicólogas. O contato foi feito inicialmente via e-mail, seguido de um contato pessoal, sendo concedida a autorização para a realização do estudo.

Os participantes foram contactados pessoalmente ou via telefónica, pedindo-lhes a colaboração na investigação. Das 7 psicólogas contactadas, 5 responderam positivamente ao pedido de colaboração, quanto as 2 profissionais restantes, o contacto não foi possível.

Previamente foi pedido autorização para gravação da entrevista. Foi explicitado aos participantes o objetivo da investigação, bem como o tempo médio de duração da entrevista, que era de 30 minutos, seguido de um agendamento com os mesmos de acordo com a disponibilidade dos participantes para a realização da entrevista.

Assim, para o prosseguimento dos objetivos já referidos, optou-se por um desenho metodológico predominantemente qualitativo, ao recorrer a um guião semiestruturado (quadro 2) para a realização das entrevistas, que tinham como objetivos principais: 1) caracterizar o profissional e o contexto de trabalho; 2) Identificar os dilemas éticos enfrentados na prática profissional; 3) Identificar estratégias e fontes de apoio utilizadas para lidar com os dilemas éticos e 4) Conhecer a relevância atribuída aos princípios éticos e ao Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses.

Optamos pela entrevista para a recolha dos dados, uma vez que estas são consideradas fundamentais quando o objetivo da investigação é o de mapear práticas, crenças, valores de sistemas universais específicos, relativamente bem delimitados, em que os conflitos e as contradições não estejam claramente explicitados, permitindo assim, a coleta de dados relativos aos modos como cada sujeito percebe e significa a sua realidade, fornecendo ainda a possibilidade de descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo ou contexto (Duarte, 2004).

Quadro 2: Guião da entrevista

BLOCOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PERGUNTAS
Caracterização do contexto de trabalho e dos participantes	Caracterizar o profissional e o contexto de atuação; Compreender a prática do psicólogo clínico no contexto do Centro de Saúde	Sexo; Idade; Onde trabalha; Tempos de prática; Formação.
Dilemas éticos	Compreender quais os dilemas que os psicólogos clínicos enfrentam na sua prática diária; Identificar os dilemas éticos mais frequentes; Compreender como os profissionais lidam com os dilemas éticos; A que estratégias os psicólogos recorrem para lidar com os dilemas éticos; Quais as maiores dificuldades enfrentadas em situações de dilemas ético; Quais as especificidades do contexto de Centro de Saúde;	Quais as principais situações vividas como dilemáticas na sua prática? Com que frequência ocorrem? Como costuma lidar com as situações dilemáticas? A que estratégias recorre? Quais as maiores dificuldades sentidas nestas situações? Sente a necessidade e algum outro tipo de apoio/suporte/conhecimento? O que acha que há de específico nos dilemas éticos existentes nos centros de saúde? Se trabalhasse noutra contexto acha que enfrentaria dilemas muito distintos?
Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses/ Princípios Éticos	Compreender como os psicólogos clínicos integram o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses/ Princípios Éticos na sua prática profissional; Compreender o valor e a importância que atribuem ao Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses/ Princípios Éticos	Como teve conhecimento do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses? Como integra os princípios éticos/ Código Deontológico na resolução dos dilemas éticos vividos? Qual a importância dos princípios éticos na sua prática profissional?

2.3 Procedimentos de análise de dados

Os dados recolhidos foram objeto de análise temática, uma técnica da análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2006).

A análise de conteúdo constitui um conjunto de técnicas de análise de dados que visam obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo recolhido, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos referentes às condições de receção destas mensagens (Bardin, 2006).

Através de técnicas de exploração de documentos, conceitos ou temas vão sendo identificados, através de uma primeira leitura flutuante, num trabalho gradual de apropriação do texto, num movimento de vai e vem entre o documento a analisar e as próprias anotações do pesquisador, donde começam a surgir os contornos das primeiras unidades de registo – palavras, ou conjunto de palavras que formam uma locução ou tema que são definidos passo a passo e guiam o pesquisador na procura de outras informações contidas no documento (Oliveira, Ens, Andrade & De Muis, 2003).

A análise de conteúdo inclui vários momentos, sendo o primeiro deles o tratamento descritivo, que não se pretende que seja nem exaustivo nem exclusivo. Isto, porque o interesse da análise de conteúdo não se resume à descrição dos conteúdos, visto não ser seu objeto de estudo a língua ou a linguagem, mas a sua codificação, ou seja, a possibilidade de inferir conhecimentos relativos às condições de produção e receção dos conteúdos (Bardin, 2006). Desta forma, nesta primeira fase da análise de dados todo o material de trabalho foi organizado, através da transcrição das entrevistas realizadas, de modo que a manipulação e consulta ocorresse com maior rapidez.

A segunda etapa, de exploração do material, consiste na definição das unidades de registo, que podem ser palavras, palavras-chaves ou temas relacionados aos objetivos que nos propusemos alcançar com as entrevistas, nomeadamente a identificação de tipos de dilemas, estratégias e fontes de apoio utilizadas, etc. As unidades de contexto foram delimitadas como os parágrafos, ou excertos das transcrições que compreendiam as unidades de registo. Assim, as primeiras leituras dos textos servem para determinar as unidades de registo pertinentes para o alcance dos objetivos previstos para a investigação e para situá-los ao longo dos textos, classificando-os como temas, delimitados pelo seu valor semântico, com a finalidade de resumir o conteúdo (Moscovici, 1976, citado por Oliveira et al., 2003).

A terceira etapa da pesquisa consiste na definição das categorias. A categorização é uma operação de classificação de elementos integrantes de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento, segundo critérios previamente estabelecidos e reúnem um grupo de unidades de registo com elementos comuns

entre eles, no qual palavras e frases são transformadas em categorias. Esta fase é extremamente importante pela influência que pode exercer no estudo, dado que a qualidade de uma análise de conteúdo depende de suas categorias. A delimitação das categorias existentes no presente estudo foi feita *a posteriori*, isto é, elaborada após a análise do material (Bardin, 2006), não exigindo qualquer pressuposto teórico que orientasse a sua elaboração. As próprias técnicas de análise de conteúdo são autogeradoras dos resultados (Ghiglione & Matalon, 1997).

Os dados recolhidos através das entrevistas realizadas foram analisados e o conjunto de situações dilemáticas listadas, bem como as estratégias de resolução, fontes de apoio e a importância atribuída aos princípios éticos foram agrupados no sentido de configurar numa grelha de categorias fundamentadas nos mesmos assuntos.

Assim, o objetivo do estudo é aceder a categorias enquanto classes que reúnem um conjunto de elementos sob um título genérico, agrupados em função de caracteres comuns entre eles (Bardin, 2006). Desta forma, no processo de categorização, procuramos agrupar todos os fragmentos de textos que se relacionavam com um determinado conceito ou tema, conduzindo posteriormente a agregação dos dados recolhidos em grelhas constituídas por domínios, categorias e sub-categorias e a processos de redução e de inferência, no sentido de descrever ou explicar os fenómenos (Ghiglione & Matalon, 1993).

Deste modo, as verbalizações dos participantes foram cuidadosamente lidas, no sentido de encontrar categorias e respetivas sub-categorias de codificação, respeitando critérios de qualidades que contribuem para a definição de boas categorias de análise de conteúdo (Bardin, 2006), dentre elas:

- Exclusão mútua: cada fragmento do discurso se adequa em apenas uma categoria;
- Homogeneidade: em cada categoria cabe apenas um registo e uma dimensão de análise;
- Pertinência: o sistema de categorias deve refletir os objetivos da investigação;
- Objetividade e fidelidade: as diferentes partes de um mesmo conjunto de dados, ao qual se aplica a mesma grelha de categorias, devem ser codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a várias análises;
- Produtividade: o conjunto de categorias deve fornecer resultados férteis e de acordo com a realidade.

Na etapa de categorização, tentamos seguir os critérios supracitados, no sentido de garantir a validade do processo. As categorias de análise do discurso foram surgindo, articuladas com o quadro teórico e com os dados específicos de cada entrevista.

O conjunto de dados recolhidos deram origem a várias unidades de registo, que codificadas e organizadas em temas, originaram categorias e sub-categorias apresentadas a seguir.

3. Apresentação e discussão dos resultados

Tendo como base os objetivos previamente estabelecidos para o estudo em causa, após o tratamento dos dados recolhidos a partir da realização das entrevistas às psicólogas dos centros de saúde da região de Évora, obtivemos os resultados que serão seguidamente apresentados tendo como referência os temas que serviram de base de construção do guião da entrevista.

A transformação dos dados recolhidos através das entrevistas em resultados de investigação requer a utilização de procedimentos que auxiliem na sistematização, categorização e análise. Para tal, recorremos ao procedimento de análise de conteúdo e análise temática.

Passamos a apresentar e analisar os dados recolhidos junto das psicólogas dos centros de saúde de Évora tendo por base as seguintes temáticas principais: 1) Dilemas éticos; 2) Estratégias e fontes de apoio e 3) Importância dos princípios e código de ética.

Desta forma, apresentamos a seguir, quadros onde encontram-se os domínios, bem como as categorias e respetivas sub-categorias de forma a facilitar a compreensão da análise efetuada.

3.1 Tema 1 – Dilemas éticos

Este tema foi investigado através de blocos, objetivos específicos e suas respetivas questões que tinham como objetivo conhecer quais os principais dilemas éticos encontrados pelas psicólogas clínicas nos Centros de Saúde. Os resultados apresentados reportam à questão “Quais as principais situações vividas como dilemáticas na sua prática?”, onde as psicólogas, repensando a sua prática, identificavam as situações vividas como mais dilemáticas, sendo evidenciado diversos tipos de dilemas éticos, relacionados com a prática de cada profissional, que passamos a sumariar no quadro seguinte.

Quadro 3 – Tema 1: Dilemas éticos

Domínios	Categorias	Sub-categorias
3.1.1. Dilemas éticos relacionados com a confidencialidade e a privacidade	Quebra da confidencialidade	Quebra da confidencialidade no trabalho em equipa Quebra da confidencialidade com menores e famílias Quebra da confidencialidade em situações legais
	Privacidade e objetividade na elaboração de registos clínicos e relatórios de avaliação psicológica	
3.1.2 Dilemas éticos relacionados com a intervenção em Centros de Saúde	Inexistência de critérios para atendimentos prioritários Escassez de recursos Diversidade de população e problemáticas Tempo de tratamento	
3.1.3 Dilemas éticos relacionados com a intervenção em comunidades pequenas	Anonimato dos utentes Relações múltiplas Confusão de papéis Duplicação de intervenções Acompanhar amigos/familiares em simultâneo Privacidade do profissional	
3.1.4 Dilemas éticos em cuidados em fim de vida	Dizer a verdade aos utentes em fim de vida	

3.1.1. Dilemas éticos relacionados com a confidencialidade e a privacidade

O primeiro grupo de dilemas éticos evidenciados relaciona-se com a confidencialidade e a privacidade, nomeadamente, as situações de quebra da confidencialidade, e da confidencialidade e privacidade na elaboração de registos clínicos e relatórios de avaliação clínica.

Quebra da confidencialidade

Este dilema ético foi enunciado tendo em conta as várias situações que as psicólogas clínicas referiram, relacionadas com situações desafiadoras em que optar pelo sigilo ou pela quebra da confidencialidade acarretaria em ambas as situações benefícios e malefícios, daí constituir-se como um dilema ético, uma vez que qualquer das opções escolhidas traria consequências indesejáveis.

Passamos a enunciar as várias sub-categorias correspondentes a esta categoria:

- Quebra da confidencialidade no trabalho em equipa

Um dos dilemas éticos relatados pelas entrevistadas relaciona-se com a questão de manter a confidencialidade dentro das equipas, uma vez que todas as participantes entrevistadas trabalham em centros de saúde e fazem parte de uma equipa multidisciplinar, onde o limite entre o que pode ser partilhado com a equipa ou não consiste numa linha bastante subtil, causadora de alguns dilemas.

Como preconizado, as psicólogas referem que utilizam como guias de orientação, o melhor interesse do utente e os objetivos da intervenção em causa, de modo a não exceder nas informações confidenciais disponibilizadas, divulgando apenas informações confidenciais estritamente necessárias para atingir os objetivos previamente estipulados para a intervenção.

No entanto, importa ressaltar que foi evidenciado por 4 das 5 entrevistadas a dificuldade em lidar com as partilhas que a própria equipa faz com os demais integrantes, bem como a complexidade em incutir na equipa a necessidade de ponderar as informações que são partilhadas, de modo a preservar a privacidade dos utentes e sensibilizá-los para o facto de, enquanto psicólogas, por vezes tem acesso a informações que outros profissionais não tem, mas que não cabe a elas transmitir deliberadamente tais informações, tal como refere as seguintes verbalizações:

Quadro 4 – Quebra da confidencialidade no trabalho em equipa

Sub-categoria	Unidades de registo
----------------------	----------------------------

Quebra da confidencialidade no trabalho em equipa	<p>“Tudo que é falado na consulta é absolutamente confidencial, mas como eu trabalho numa equipa com outros profissionais, as vezes contam-me coisas que são complicadas e que depois eu tenho que gerir essa informação com as pessoas.” (IF)</p> <p>“Uma vez que trabalhamos na ECCI, temos uma informação do utente, que outros profissionais não têm, e de facto, tem que haver uma partilha para também podermos cumprir os objetivos e as necessidades do utente. As vezes pode haver essa questão “ o que podemos partilhar? Até que ponto posso dizer tudo aquilo que sei?” porque ainda que seja em contexto domiciliário, mantemos a confidencialidade na mesma (...) não chego na equipa, falo e pronto (...) e é importante também, a equipa perceber que isso não se faz. Devemos sempre pensar se é importante a equipa saber certas coisas, com que objetivos.” (FL)</p> <p>“Houve uma reestruturação das equipas, neste momento, temos equipas alargadas e grandes a trabalharem no terreno e acho que não está definido ainda, nem é claro para toda a gente estas restrições que a psicologia tem que ter na partilha de informação com estas equipas. Muito facilmente as informações são partilhadas com as equipas e isto faz-se com alguma facilidade, filtra-se muito pouco (...) a informação daquela pessoa, só podemos transmiti-la com autorização e nós não temos essa cultura (...) Agora, tem que haver uma mudança de mentalidade dentro dos serviços (...) porque não é por aí que a informação é passada, porque coloca em causa a relação terapêutica. Temos sempre que salvaguardar a relação com o utente (...) Para não falar na quantidade de utentes que foram referenciados pelo CAT, por violência doméstica, por maus-tratos, por álcool, por VIH, são estigmas, são informações que, se não tiver relevância, não tem nada que informar. E os próprios serviços não estão ainda preparados para perceber este nosso papel.” (MS)</p> <p>“É importante ser implementado nos sítios que a confidencialidade não é para ser quebrada. E é importante que os outros percebam isso. O Sistema de Saúde está habituado que a consulta médica tenha o apoio da enfermagem e de outras equipas, mas a informação que nós temos que comunicar é a informação que nós podemos comunicar, isto é, só aquela que é essencial para a pessoa poder intervir (...) nada além do que isso (...) aquilo que não for necessário para a intervenção, acho que não se deve comunicar.” (CS)</p>
--	--

- Quebra da confidencialidade com menores e famílias

Outra situação relatada como dilemática prende-se com as questões da confidencialidade e privacidade em situações que envolvem menores e suas respetivas famílias, principalmente em situações em que é evidente que o menor corre algum tipo de risco ou oferece algum risco a terceiros e neste caso o psicólogo

enquanto profissional que presta acompanhamento e se compromete a zelar pela confidencialidade, tem a partir desse momento, que lidar com uma situação dilemática de natureza ética, onde se vê forçado a quebrar a confidencialidade, justificado pelo melhor interesse do utente, zelando pela sua integridade física ou psíquica, como observamos nas verbalizações a seguir:

Quadro 5 - Quebra da confidencialidade com menores e famílias

Sub-categoria	Unidades de registo
Quebra da confidencialidade com menores e famílias	<p>“Nós sabemos alguma coisa sobre o utente e depois como é que vamos falar com ele ou como vamos falar com a família.” (IF)</p> <p>“A questão da confidencialidade quando se trata com adolescentes, o dilema ético se calhar começa quando há coisas que o adolescente me fala (...) que é ou pelo menos deveria ser confidencial, mas eu acho que é para o interesse do miúdo (...) portanto neste caso eu tive que abrir mão da questão da confidencialidade e falar com a mãe da minha preocupação real com o filho.” (AO)</p> <p>“Quando nós temos utentes que são crianças, por exemplo, quando nas consultas dizem-nos coisas graves, por exemplo, abuso sexual, maus-tratos e aí as vezes temos que agir (...) quando há risco de vida, temos que sinalizar e quando há abuso sexual isso é obrigatório, tem que se referenciar. Mas esta é uma questão que também deve ser trabalhada com o utente, com a criança, nós temos que de facto trabalhar isso com a criança e temos que lhe dizer. Outra situação é o aconselhamento parental, quando há comportamento de risco, por exemplo, isto nós fazemos. Outra coisa é contar aos pais aquilo que a criança me diz.” (CS)</p>

Das 5 entrevistadas, 3 referiram a questão da quebra da confidencialidade com menores e as famílias como um dilema ético presente na sua prática, justificando a quebra do sigilo baseada no melhor interesse dos utentes, bem como, agindo em conformidade com a Legislação, como por exemplo em situações de abuso sexual ou maus-tratos, como referiu a entrevistada CS, realçando ainda a importância de trabalhar com o menor a necessidade de quebra do sigilo, sob justificação aceitável, como em situações de comportamento de risco, de modo a minimizar os danos à relação terapêutica, decorrentes da quebra da confidencialidade.

- Quebra da confidencialidade em situações legais

Um terceiro dilema ético enunciado foram as questões da quebra da confidencialidade em situações legais, envolvendo o tribunal ou a GNR (Guarda

Nacional Republicana), onde o dever de zelar pela confidencialidade e pela confiança dentro da relação terapêutica colide com a obrigação, por vezes impostas por estas autoridades, como podemos observar nas verbalizações de duas entrevistadas:

Quadro 6 - Quebra da confidencialidade em situações legais

Sub-categoria	Unidades de registo
Quebra da confidencialidade em situações legais	<p>“Questão da confidencialidade quando se trata casos de tribunal, que implica tribunal e utente (...) há casos de tribunal ou há participação minha em casos de abuso sexual, ou regulação de poder paternal e que há dados que seriam confidenciais e que são postos em relatórios ou até em forma de testemunho.” (AO)</p> <p>“Questões mais relacionadas com questões do tribunal ou GNR, onde temos que prestar declarações (...) e estes se calhar são os sítios onde nos ocorrem mais questões éticas, onde nós pensamos se é certo ou se não é certo, devo fazer, não devo fazer, devo dizer, não devo dizer.” (FL)</p>

Em situações legais, sob solicitação legal para a divulgação de informações confidenciais de utentes, os psicólogos estão autorizados a divulgar informações essencialmente relevantes para os objetivos estipulados pelo destinatário específico.

Contudo, verifica-se um certo impasse quanto ao que deve ou não ser revelado verbalmente, ou a que registo deve ser facultado o acesso, como relatado pelas entrevistadas, principalmente em situações que não é claro o impacto que tais revelações podem ter na vida do utente, gerando dilemas éticos relacionados com que informações ou registos devem ser disponibilizados, ou se devem recorrer ao direito de escusa, no sentido de preservar o utente e a relação.

Privacidade e objetividade na elaboração de registos clínicos e relatórios de avaliação psicológica

Outra questão referida como dilemática relaciona-se com a elaboração de registos clínicos e relatórios de avaliação psicológica, uma vez que é preconizado que a informação a ser recolhida e registada deve ser apenas as informações estritamente necessárias para o cumprimento dos objetivos estabelecidos, não devendo conter nos registo e relatórios informações supérfluas.

Esta diretriz tem por finalidade que os documentos sejam os mais objetivos possíveis e que a informação contida neles seja apenas a essencial para os destinatários poderem cumprir os objetivos da intervenção.

Realça ainda o grande fluxo de informações entre serviços e equipas, nomeadamente por meios informáticos, o que pode significar a transmissão de informações pessoais e confidenciais de utentes a sujeitos que não possuem um papel legitimamente interventivo, colocando em causa a privacidade dos utentes.

Das 5 entrevistadas, 3 referem a questão da elaboração e privacidade dos registos clínicos e relatórios de avaliação psicológica com um dilema ético presente na prática diária, referindo a importância de refletir sobre a finalidade dos documentos e quais são os destinatários e desta forma, adequar as informações aos critérios supracitados, de forma a garantir a objetividade e privacidade dos utentes, tanto quanto possível.

Quadro 7 - Privacidade e objetividade na elaboração de registos clínicos e relatórios de avaliação psicológica

Categoria	Unidades de registo
Privacidade e objetividade na elaboração de registos clínicos e relatórios de avaliação psicológica	<p>“Em escolas, estar a avançar com resultados de escalas não faz sentido (...) eu tive estagiários que tiveram que fazer 2 relatórios, um para o departamento e outro para a escola, porque caso contrário o miúdo ainda era chamado de parvinho.” (AO)</p> <p>“Por exemplo, quando vamos fazer um relatório, este relatório tem que ser redigido de acordo com o profissional ou pessoa que o pediu. Quando fazemos um relatório temos que pensar qual é o objetivo, quem é que vai receber e consoante isso nós colocamos lá a informação que é necessária só para aquela pessoa.” (CS)</p> <p>“Esta questão de fazer uma descrição minuciosa do que se passa nas sessões não tem qualquer utilidade para o registo. Não tem nada a ver o registo das consultas com a planificação da intervenção que é necessária nos CSP. Eu tenho que perceber a situação, contextualizar a situação e tenho que saber exatamente qual vai ser a minha intervenção. Tudo que são as nossas descrições, na íntegra, servem para supervisão (...) porque está na lei, se o utente chega-nos aqui à porta e diz-nos “eu quero ver o meu processo”, o processo é do utente, é o que está na lei e tudo o que está lá escrito tem que ser facultado para ele ler, na íntegra. Se nós temos lá escrito determinadas coisas que são interpretações nossas e só nossas, não faz sentido.” (MS)</p>

3.1.2. Dilemas éticos relacionados com a intervenção em Centros de Saúde

Neste domínio estão inseridas um conjunto de categorias de dilemas éticos relacionados com a intervenção em centros de saúde.

As categorias identificadas relevam grande pertinência, uma vez que de certa forma traduzem as especificidades do estudo desenvolvido, dado que engloba um conjunto de situações consideradas dilemáticas que ocorrem no âmbito da intervenção psicológica em centros de saúde, campo de ação para o qual foi direcionada a nossa investigação.

- Inexistência de critérios para atendimentos prioritários

Dentro desta categoria e segundo as verbalizações de 2 entrevistadas, um dos dilemas éticos inerentes é a dificuldade em priorizar atendimentos. Isto é, a definição da ordem pela qual as profissionais recebem os seus utentes parece basear-se numa perspetiva intuitiva, isenta de critérios.

Quadro 8 – Inexistência de critérios para atendimentos prioritários

Categoria	Unidades de registo
Critérios para atendimentos prioritários	<p>“O maior dilema ético no CS é a ordem que eu vou fazer o trabalho, dar prioridade. Eu tenho ali um monte de pessoas para serem atendidas, eu não posso falar com todas ao mesmo tempo, qual é o critério que vou usar? Há coisas que eu dou prioridade... tentativas de suicídio, quando são situações com crianças que aconteceu qualquer coisa que foi complicado para a criança gerir também (...) situações de luto. Mas depois não quer dizer que as outras situações não tenham tanto sofrimento ou mais do que uma tentativa de suicídio. Portanto, eu estou sempre aqui com a minha intuição.” (IF)</p> <p>“Dou prioridade a situações que considero de emergência.” (AO)</p>

Foi referido que situações emergenciais têm prioridade, no entanto, a própria definição de emergencial pode gerar ambiguidades, justamente por ser baseada na opinião e perspetiva do próprio profissional.

Inevitavelmente, para uma das entrevistadas parece ser complexo definir acerca de que utentes necessitam de um atendimento prioritário e decidir entre um ou outro utente para receber cuidados, o que pode até ser encarado como discriminação, dada a ausência de critérios que conduzam os profissionais nas decisões relacionadas com atendimentos prioritários.

- Escassez de recursos

Este dilema ético foi enunciado por duas psicólogas e refletem a escassez de recursos humanos existentes para dar resposta aos pedidos que chegam aos centros

de saúde, ficando os serviços prestados pelos profissionais aquém do que poderia ser feito.

Quadro 9 - Escassez de recursos

Categoria	Unidades de registo
Escassez de recursos	<p>“Um dilema ético no CS é a quantidade de trabalho que existe para fazer (...) porque depois nós também temos que fazer outras coisas. A nossa vida não pode ser só estar a trabalhar, porque senão depois não temos recursos para estar disponível.” (IF)</p> <p>“Acho que outra questão que se coloca muito é a quantidade, temos que atender muita gente (...) isto é um dilema grande porque sabemos que a nossa prática fica mais aquém do que aquilo que nós poderíamos fazer. Temos reunir mais, temos que discutir mais casos, temos que partilhar mais, temos que ver as pessoas com mais frequência, com planeamento e falta-nos tempo, fazemos os possíveis e dentro dos possíveis temos que nos reger de acordo com cada situação (...) eu tenho que perceber até onde eu posso ir e eu tenho que perceber exatamente onde é que falha, eu tenho que perceber que se eu for por aqui não vai dar em nada.” (MS)</p>

O grande número de pessoas que procuram os serviços de psicologia nos centros de saúde reflete, através das verbalizações das entrevistadas, um grande dilema ético, uma vez que estas reconhecem que ao atendê-los todos, ou pelo menos a maioria, a sua prática não alcança os níveis de qualidade que poderia alcançar caso houvesse mais tempo para se dedicarem a outras atividades, não só pessoais, de forma a conseguirem gerir o *stress* da prática diária, mas também, atividades relacionadas com as intervenções realizadas, nomeadamente reuniões, discussão de casos, planeamento das intervenções, priorizando a qualidade do atendimento.

A complexidade em conjugar qualidade das intervenções e quantidade de utentes atendidos revela-se como um dilema ético para as psicólogas que intervêm em centros de saúde, visto que a sua competência e profissionalismo podem ser colocados em causa em situações em que a demanda de pedidos não corresponde aos recursos humanos disponíveis, obrigando-as a optar por uma prática inferior a preconizada e esperada.

- Diversidade de populações e problemáticas

O dilema ético referente a diversidade de populações e problemáticas foi expresso por apenas uma das entrevistadas, que trabalha diretamente com os médicos de família, recebendo os casos por eles encaminhados.

Segundo a participante, todos os utentes referenciados devem ser devidamente atendidos, independente da idade ou problemática.

Esta é uma realidade presente no local de intervenção desta psicóloga, não sendo possível considerá-la como presente noutros centros de saúde. No entanto, apesar de particular desse contexto específico, gera alguns constrangimentos, uma vez que, apesar de não preconizarmos qualquer tipo de discriminação, a intervenção realizada pode não ir de encontro às reais necessidades do utente, dada as especificidades das várias fases do desenvolvimento humano, das várias problemáticas e das limitadas competências do profissional.

Quadro 10 – Diversidade de populações e problemáticas

Categoria	Unidades de registo
Diversidade de populações e problemáticas	“Em CSP não se pode escolher os utentes, eticamente não é concebível, nós temos que atender todos, tudo que é referenciado é para ser atendido (...) idosos, crianças, adultos, famílias.” (MS)

- Tempo de tratamento

O último dilema referido no âmbito da intervenção em centros de saúde está relacionado com a delimitação do tempo de tratamento.

Em centros de saúde a intervenção é de carácter mais curto, baseada em objetivos específicos, na maioria das vezes articulados com outros serviços integrados nos serviços das equipas multidisciplinares, não sendo frequente intervenções psicoterapêuticas por longos períodos.

Esta é uma imposição dos centros de saúde, dada a demanda de pedidos, como já foi referenciado.

No entanto, segundo a participante AO, apesar de não ser o mais adequado, dado o contexto, em determinadas situações estende o tempo de tratamento dadas as necessidades do utente em causa.

Esta problemática está bastante associada a escassez de recursos, uma vez que são muitos os utentes que recorrem aos centros de saúde a procura de apoio psicológico e decidir entre quais devem continuar num processo mais longo, ou dar lugar a outros em espera, pode ser desafiador e por vezes até contra os princípios da instituição.

3.1.3. Dilemas éticos relacionados com a intervenção em comunidades pequenas

No âmbito da intervenção psicológica em comunidades pequenas vários dilemas éticos foram identificados, todos eles relacionados com as características específicas do contexto.

Os dilemas identificados neste contexto possuem especial interesse, uma vez que os locais para onde foi dirigida a nossa investigação tratam-se de locais com reduzida população, mesmo no caso de Évora, que apesar do significativo número de habitantes, muito facilmente psicólogo e utente podem vir a frequentar os mesmos espaços ou conhecerem pessoas em comum, o que inevitavelmente pode gerar dilemas de natureza ética.

- Anonimato dos utentes

Um dos dilemas éticos referidos está relacionado com a dificuldade em manter o anonimato dos utentes quando a intervenção é dirigida para comunidades pequenas, bem como a preocupação que os próprios utentes têm ao ver a sua privacidade sob risco, tal como refere as duas entrevistadas:

Quadro 11 – Anonimato dos utentes

Categoria	Unidades de registo
Anonimato dos utentes	<p>“As vezes as pessoas perguntam se eu sou de Estremoz, no receio de que possa cruzar-se comigo na rua, ou de que eu conheça a pessoa de quem o utente fala, uma colega de trabalho com a qual não tem compatibilidade e se calhar por isso mesmo é importante para a pessoa saber que eu não sou de lá (...) para mais facilmente poder me dizer (...) por isso é importante nós sabermos porque a pessoa gostaria de saber essas coisas.” (FL)</p> <p>“Eu trabalhei em Lisboa e trabalho aqui. Acho que são realidades muito diferentes. Em Lisboa, o anonimato é imenso, aqui não.” (MS)</p>

Para os psicólogos é consensual a importância da confidencialidade, privacidade e anonimato dos utentes. No entanto, como referido pelas entrevistadas, por vezes o total anonimato não pode ser garantido devido outros fatores, tais como residir na mesma cidade que o utente, principalmente se esta for uma cidade pequena, onde a possibilidade do profissional ou mesmo pessoas do centro de saúde conhecerem pessoas próximas ao utente é bastante grande.

Esta preocupação deixa de ser apenas do profissional e passa a ser também do utente em situações em que aspetos constrangedores ou difíceis da vida do utente podem vir a ser descobertos, dificultando a relação terapêutica e a confiança no profissional.

Deste modo, parece ser importante para os utentes e essencial para a relação terapêutica que o princípio da confidencialidade e as suas limitações sejam discutidos não apenas no início da relação profissional, mas sempre que se justifique, de modo a minimizar o impacto desse tipo de dilema ético na relação terapêutica e evitar o abandono do processo por parte do utente.

- **Relações múltiplas**

Os dilemas éticos relacionados com as situações de relações múltiplas também foram referidos por uma das entrevistadas. No entanto, o tipo de relação referido não diz respeito a relações múltiplas com utentes, mas sim com colegas de trabalho, especificamente pessoas do próprio centro de saúde que desejam buscar apoio psicológico com o profissional que intervém no mesmo local de trabalho.

Quadro 12 – Relações múltiplas

Categoria	Unidades de registo
Relações múltiplas	“Depois há outras questões que também acontecem que é o facto de pessoas do próprio centro de saúde as vezes quererem recorrer ao serviço de consultas de colegas de trabalho (...) Por ser um meio mais pequeno há uma grande relação com os meus utentes, mas que não passa disso.” (FL)

Mesmo em comunidades pequenas, onde a demanda de pedidos muitas vezes não correspondem aos recursos humanos existentes, os profissionais não devem estabelecer relações profissionais com sujeitos com quem mantenham ou tenham mantido relações anteriores de natureza pessoal.

Para tal, a sensibilização dos serviços para estes aspetos é essencial, de forma a evitar tais situações incómodas que não vão de encontro com os princípios éticos.

- **Confusão de papéis**

Dilemas éticos relacionados com a confusão de papéis foram referidos por apenas uma das entrevistadas e refletem a importância da objetividade e do

esclarecimento junto dos utentes dos limites da relação terapêutica, de modo que sejam claros os objetivos e limitações do processo.

Segundo a entrevistada, em alguns casos é preciso reforçar as ideias referidas com vista a não ter a relação terapêutica prejudicada, nem o profissionalismo da mesma colocado em causa.

Noutros casos, as interpelações podem significar apenas interesse ou curiosidade, pelo que importa, no contexto da avaliação, avaliar com que interesse o utente faz determinadas perguntas e a partir daí analisar se existe por parte do utente uma confusão relativamente aos papéis do profissional e do utente, que pode prejudicar a relação.

Quadro 13 – Confusão de papéis

Categoria	Unidades de registo
Confusão de papéis	“Há um utente que me trata por doutora e amiga. Há aquela necessidade de você como amiga importava-se mais comigo, não só como técnica (...) isto já tem acontecido algumas vezes. As vezes, pontualmente, sou obrigada a explicar as pessoas que é diferente (...) por exemplo, tenho uma pessoa muito diferenciada intelectualmente que chega aqui e pergunta coisas sobre mim (...) então as vezes tento remeter, conforme o caso, se a pessoa está a ser simpática, se está a querer se interessar por mim. Há outros que gostavam quase de estar ao mesmo nível, uma coisa mais simétrica e isso é um bocadinho difícil (...) agora outros, um bocadinho mais abusadores, aí tive mesmo que explicar que é diferente, que é uma relação diferente, não é uma relação de amizade que eu telefonaria no dia dos anos, ou que convidava a sair.” (AO)

- **Duplicação de intervenções**

A duplicação de intervenções foi referida como um dilema ético na medida que, além de constituírem um problema de natureza ética, dificultam ainda a manutenção do anonimato e privacidade dos utentes em comunidades pequenas, em situações em que um mesmo utente ou uma família é acompanhado por uma série de profissionais, havendo inclusive, uma intensa partilha de informações entre eles, que pode gerar estigmas aos utentes acompanhados, que vêm a sua privacidade exposta e disponível para um grupo extenso de profissionais.

Esta problemática foi referida por uma das entrevistadas, bem como a necessidade de articulação entre profissionais não apenas para troca de informações, mas principalmente para conhecer o que já foi feito ou que se está a fazer com determinado utente ou família, no sentido de não sujeitá-los a intensa exposição ou outros constrangimentos.

Para além do problema da manutenção da confidencialidade e privacidade dos utentes, nestas situações parece existir ainda uma sobrecarga dos recursos humanos e uma má utilização dos mesmos, além de uma deficitária comunicação e articulação entre eles.

Quadro 14 – Duplicação de intervenções

Categoria	Unidades de registo
Duplicação de intervenções	“Em Lisboa não há cruzamento, não há duplicação (...) aqui não. Aqui, eu chego a ter utentes que foram acompanhados pelo psicólogo da escola, pela Segurança. Social, pelo RSI e depois pelo ensino especial, depois vêm aqui ao centro de saúde e também são acompanhados por nós, temos por vezes famílias inteiras que passam por uma série de técnicos, toda a gente já os conhece e isto é que eu acho que nós psicólogos aqui temos que ter um cuidado redobrado, no sentido da nossa atuação e saber quem já fez, quem fez o que, se estão duplicando as ações, se as pessoas estão referenciadas aqui e no departamento a espera do psicólogo e quem chegar primeiro pega. Há depois uma série de técnicos que acaba por saber dessas famílias e eu acho que não ajuda em nada.” (MS)

- Acompanhar amigos/familiares em simultâneo

Os dilemas éticos relacionados a acompanhar amigos ou pessoas da mesma família ao mesmo tempo para a entrevistada AO prende-se, com o facto de no início da sua prática profissional ser a única psicóloga a trabalhar em centros de saúde em Évora e dadas as exigências, acompanhou amigos em simultâneo.

No entanto, apesar de atualmente já haver mais profissionais, refere ainda acompanhar amigos em simultâneo.

Para FL, o contexto das comunidades pequenas trás essa especificidade de podermos acompanhar, sem ter conhecimento, amigos ou pessoas da mesma família.

Quadro 15 - Acompanhar amigos/familiares em simultâneo

Categoria	Unidades de registo
Acompanhar amigos/familiares em simultâneo	“Agora, felizmente há mais técnicos, mas eu durante anos estive cá sozinha, então já acompanhei amigos, pessoas da mesma família não tanto (...) mas já acompanhei amigos e o que tentava era não acompanhar em simultâneo, mas já acompanhei e neste momento acompanho amigos em simultâneo.” (AO)

“A mais importante se calhar é o facto de estar num sítio pequeno, com poucos habitantes, que se conhecem todos uns aos outros e que eventualmente chegamos a atender, porque não fazemos ideia, pessoas da mesma família com problemas semelhantes ou com problemas entre eles e as vezes isso pode ser complicado.” (FL)

Estas situações podem ser geradoras de dilemas éticos, na medida em que ao acompanhar amigos ou pessoas da mesma família, principalmente em simultâneo, a objetividade e isenção da intervenção são ainda mais importantes, uma vez que o possível conhecimento de informações sobre os utentes oriundas de outras fontes que não o próprio utente não devem exercer influência na intervenção disponibilizada.

Importa referir que a própria relação terapêutica pode vir a ser prejudicada nestas situações, visto que o utente pode perder a confiança no profissional dada as circunstâncias ao considerar a intervenção não geradora de confiança e objetividade.

- Privacidade do profissional

A manutenção da privacidade do profissional que reside e trabalha na mesma cidade pode ser uma tarefa exigente, geradora de alguns conflitos.

Estipular as informações pessoais que podem ou não ser partilhadas com os clientes e os limites inerentes a relação profissional demonstram-se importantes para o estabelecimento de uma relação terapêutica objetiva, neutra e saudável.

Como referido pelas entrevistadas, determinadas informações, podem ser partilhadas com os utentes, desde que não excedam os limites da privacidade do profissional, dando a ideia de uma relação de proximidade e intimidade.

Quadro 16 – Privacidade do profissional

Categoria	Unidades de registo
Privacidade do profissional	“As vezes a pessoa quer saber um bocadinho mais sobre nós, porque se calhar até é importante para a pessoa e que para mim não me custa que eles saibam que eu sou do R.” (FL) “Há pessoas que eu até sou capaz de contar alguma coisa. Por exemplo, há crianças que me perguntam se eu tenho filhos.” (AO)

3.1.4. Dilemas éticos em cuidados em fim de vida

Este último domínio, relacionado com os dilemas éticos em cuidados em fim de vida surge da realidade dos centros de saúde que abrangem uma extensa população, incluindo utentes em estados terminais, bem como em cuidados paliativos.

Especialmente neste campo de atuação algumas das entrevistadas integram ainda a ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), que tem por finalidade prestar apoio a nível social, psicológico e de saúde aos utentes em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença.

Desta forma, dilemas relacionados com dizer a verdade aos utentes foram evidenciados.

- Dizer a verdade aos utentes em fim de vida

Dizer a verdade aos utentes em fim de vida configura-se como um dilema nos cuidados em fim de vida, dadas as dúvidas levantadas acerca dos benefícios e malefícios causados pela comunicação de diagnósticos, prognósticos e más notícias, que em certos casos pode levar a conspiração do silêncio e a tendência a esconder do utente informações relevantes sobre o seu estado de saúde.

Como referem as duas entrevistadas, já enfrentaram situações que envolvem a conspiração do silêncio e a difícil tarefa de comunicar más notícias.

Por vezes o próprio profissional se vê na difícil tarefa de comunicar más notícias e receoso dos malefícios que tal informação pode causar, omite tais informações, privando o utente de um esclarecimento que até poderia ser benéfico para o enfrentamento da doença.

Quadro 17 – Dizer a verdade a utentes em fim de vida

Categoria	Unidades de registo
Dizer a verdade a utentes em fim de vida	<p>“Houve uma situação dos cuidados continuados, que a pessoa me perguntou se era possível que ela vencesse a doença. Havia uma certa conspiração do silêncio, porque a própria mãe não queria que o médico falasse do estado de saúde da filha, apenas o pai ia contra estas iniciativas e eu captando que ela não tinha condições para encarar a situação, a única coisa que eu fui capaz de pensar naquele momento e dizer foi “olha, se tudo dependesse de si com certeza...” com esta resposta acho que não disse nem que sim nem que não.” (AO)</p> <p>“O que às vezes acontece (em ECCI) é a conspiração do silêncio. Então nós tínhamos que tentar que isto não acontecesse, porque acaba por ser muito prejudicial para a pessoa. E às vezes a família faz ao pé da pessoa.” (CS)</p>

O psicólogo, enquanto profissional que intervém nos cuidados de saúde em fim de vida deve preconizar a comunicação entre profissionais, famílias e utentes,

evitando a exclusão dos utentes dos processos decisórios e das informações sobre o seu estado de saúde, exceto em situações onde sejam claros os malefícios de tal comunicação ou quando for expresso da parte do utente o desejo de não querer saber.

3.2 Tema 2 – Estratégias e fontes de apoio utilizadas para lidar com os dilemas éticos

Este tema foi explorado a partir de duas questões centrais “Que estratégias utilizou para lidar com esta situação?”, “A que outras fontes de apoio ou suporte costuma recorrer para lidar com as situações dilemáticas?” e questões subsequentes que visavam compreender quais as estratégias utilizadas pelas psicólogas em situações que se impunham dilemas éticos ou que estratégias utilizavam para contornar estas situações, bem como a que fontes de apoio as entrevistadas costumam recorrer em situações dilemáticas, com vista a compreender quais os recursos disponíveis.

Após a análise das entrevistas foram identificadas um conjunto de estratégias e fontes de apoio sumariadas no quadro seguinte:

Quadro 18 – Tema 2: Estratégias e fontes de apoio

Domínios	Categorias
3.2.1. Estratégias utilizadas para lidar com os dilemas éticos	Discussão/partilha em equipa; Conhecer e orientar-se pelo código deontológico/legislação; Encaminhar para colegas; Orientar-se pelo melhor interesse do utente; Neutralidade e objetividade; Orientar-se pela prática e experiência profissional; Psicoeducação e sensibilização dos serviços, equipas e colegas; Autorreflexão sobre a conduta profissional; Consentimento informado e esclarecimento dos utentes; Assegurar a confidencialidade e manter o sigilo profissional.
3.2.2. Fontes de apoio em situações de dilemas éticos	Equipa; Supervisor e grupo de supervisão; Ordem e Pré-Ordem; Outras instituições.

3.2.1 Estratégias utilizadas para lidar com os dilemas éticos

Várias estratégias foram enunciadas, o que parece demonstrar uma panóplia de recursos disponíveis para os profissionais de psicologia poderem melhor lidar com os dilemas éticos salvaguardando a relação terapêutica, os utentes e a si próprios.

As estratégias utilizadas são diversas e todas elas visam lidar melhor com os dilemas éticos existentes na prática diária dos profissionais, bem como salvaguardar os interesses dos utentes, sem prejudicar a relação terapêutica existente.

- Discussão/partilha em equipa

A discussão/partilha em equipa surge como uma estratégia para lidar com situações dilemáticas, uma vez que segundo IF, a equipa pode auxiliar nos conhecimentos complementares acerca de situações que são vividas como desafiadoras ou até mesmo dilemáticas, mas que ao partilhar com profissionais de outras áreas, ou até da mesma área, mas com perspetivas e experiências distintas, pode ser útil para encontrar uma forma de melhor lidar com os dilemas éticos.

Quadro 19 – Discussão/partilha em equipa

Categoria	Unidades de registo
Discussão/partilha em equipa	“Normalmente o que eu fazia era falar disso na equipa, é dar a perceber que conhecimentos já havia nessas áreas, quem já havia pensado e escrito sobre isso. É importante partilharmos com a equipa e com outras pessoas que tem conhecimentos complementares aos nossos.” (IF)

- Conhecer e orientar-se pelo código deontológico/legislação

Uma segunda estratégia identificada relaciona-se com o conhecimento e orientação pelo Código Deontológico e pela legislação.

Ambos recursos servem como guia da prática profissional, na medida em que estipulam diretrizes para a prática profissional ética, ao preconizar o respeito pelos direitos e deveres dos profissionais, bem como dos utentes, maximizando os benefícios oriundos de uma prática de qualidade, bem como salvaguardando a integridade do profissional e a relação terapêutica estabelecida.

Com a criação do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses pela OPP, além de diretrizes orientadoras da prática profissional de psicologia, um conjunto de

situações dilemáticas foram enunciadas de modo a auxiliar os psicólogos a determinar o melhor curso de ação em casos de dilemas éticos.

Quadro 20 – Conhecer e orientar-se pelo código deontológico/legislação

Categoria	Unidades de registo
Conhecer e orientar-se pelo código deontológico/legislação	<p>“Ter conhecimento da legislação, ter conhecimento que qual a legislação estava por trás daquelas situações.” (IF)</p> <p>“Reger-me pelo código de ética, é a principal base de orientação. Eu não tenho tido muito contato com a ordem, até porque é difícil o contato, mas recorro sempre ao código de ética, tenho alguns dossiês de legislação.” (CS)</p> <p>“No início eu regia-me muito pela APA.” (MS)</p>

- Encaminhar para colegas

O encaminhamento para colegas de casos considerados dilemáticos também é considerada uma útil estratégia para lidar com os dilemas éticos, na medida em que ao ter noção das próprias limitações, sejam elas profissionais ou pessoais, os psicólogos podem e devem encaminhar aos colegas os casos com os quais não conseguem lidar ou que vão contra os princípios éticos e código deontológico, como referem duas entrevistadas.

Quadro 21 – Encaminhar para colegas

Categoria	Unidades de registo
Encaminhar para colegas	<p>“O que fiz nesta situação foi encaminhar para outro colega.” (IF)</p> <p>“As nossas limitações, temos que ter muita noção (...) temos que encaminhar, temos que pedir ajuda, temos que perceber onde de facto nós podemos meter a mão ou não podemos. Eticamente, tudo o que seja psicopatologia mais grave encaminho para o departamento, porque não temos equipa, não temos psiquiatra, a medicação desses utentes é muito complicada e tem que ser uma equipa para tratar dessas pessoas e aqui nós não temos uma equipa especializada para tratar dessas pessoas.” (MS)</p> <p>“Encaminho sempre quando vai contra o código de ética, tento sempre não ultrapassar aquilo que é aceitável.” (CS)</p>

- Orientar-se pelo melhor interesse do utente

Ter em conta o melhor interesse do utente também surge no nosso estudo como uma estratégia para lidar com os dilemas éticos existentes.

Tal como refere as verbalizações no quadro 22, orientar a prática e as ações tendo em conta qual o objetivo da intervenção e os interesses do utente pode ser útil para lidar com os dilemas éticos, maximizar os benefícios da intervenção e minimizar possíveis constrangimentos, salvaguardando a relação terapêutica estabelecida, bem como a confiança no profissional.

Quadro 22 – Orientar-se pelo melhor interesse do utente

Categoria	Unidades de registo
Orientar-se pelo melhor interesse do utente	<p>“Eu parto do princípio que tenho que trabalhar com a informação que é útil e a partir do momento que eu acho que a informação é útil eu tenho é que pensar o que eu vou fazer com aquela informação.” (IF)</p> <p>“O que eu tento sempre salvaguardar é o interesse do utente, a mesma coisa acontece no tribunal.” (AO)</p> <p>“A resolução do dilema tem que passar pelo que é o nosso objetivo e pelo melhor para o utente em muitos casos temos que pensar também no bom senso, tendo sempre em conta, qual é o nosso objetivo com aquele utente, o que nós pretendemos e o que eles esperam de nós, qual o trabalho que temos que realizar, o que temos que fazer.” (FL)</p>

- Neutralidade e objetividade

Cientes da importância da neutralidade e objetividade na relação terapêutica, estes princípios foram igualmente enunciados como estratégias úteis para lidar com os dilemas éticos inerentes a prática. Mais do que lidar, estes princípios, quando colocados em prática, podem mesmo evitar situações dilemáticas ao preconizar uma intervenção isenta de influências e baseada em objetivos claros e específicos.

Quadro 23 – Neutralidade e objetividade

Categoria	Unidades de registo
Neutralidade e objetividade	<p>“Em primeiro lugar a neutralidade, temos que ter sempre.” (FL)</p> <p>“Eu acho que facilita o facto de não ser de cá por causa do distanciamento que é necessário manter. Eu por norma, não recebo pessoas da mesma família, pessoas conhecidas minhas não recebo.” (CS)</p>

- Psicoeducação e sensibilização dos serviços, equipas e colegas

A psicoeducação, na visão de duas entrevistadas constitui uma excelente estratégia para evitar, tanto quanto possível, o surgimento de dilemas éticos.

Sensibilizar os serviços, as equipas e colegas para as especificidades da psicologia e a importância de princípios como a confidencialidade, privacidade, limites da intervenção, bem como dos constrangimentos associados às relações múltiplas, são considerados importantes recursos para o exercício ético da profissão.

Quadro 24 – Psicoeducação e sensibilização dos serviços, equipas e colegas

Categoria	Unidades de registo
Psicoeducação e sensibilização dos serviços, equipas e colegas	<p>“O papel de terapeuta, de psicólogo com o utente e o papel de colega de trabalho, foi feita uma psicoeducação neste sentido. Não digo que informalmente teriam mais facilidade em vir falar comigo, não falam comigo como psicóloga falam comigo como FL, colega de trabalho. Foi explicado que se houvesse esta necessidade, fossem para outro centro de saúde com profissionais que não fossem colegas de trabalho deles.” (FL)</p> <p>“Portanto, aqui toda a gente sabe que vem ter comigo, funcionários, enfermeiros, médicos e eu digo, se a porta está fechada, ninguém entra.” (CS)</p>

- Autorreflexão sobre a conduta profissional

A ética envolve escolhas, decisões e ações. No entanto, muito mais do que agir, a ética relaciona-se com a reflexão de cada ação e com a finalidade por detrás de cada decisão tomada.

Como exposto nas verbalizações (quadro 25), a autorreflexão sobre a conduta permite um novo olhar sobre as situações enfrentadas, uma nova perspetiva e possivelmente uma nova abordagem para lidar com os dilemas éticos.

Desta forma, a autorreflexão assume uma grande importância enquanto estratégia para lidar com os dilemas éticos, bem como para evitar a repetição de situações dilemáticas.

Quadro 25 – Autorreflexão sobre a conduta profissional

Categoria	Unidades de registo
Autorreflexão sobre a conduta profissional	<p>“O melhor para resolver todas essas questões éticas é ter consciência de que elas existem e fazemos sempre uma autorreflexão da nossa conduta profissional, dos nossos comportamentos como profissionais e percebermos se estamos ou não a agir bem. Porque as vezes dizemos coisas que não deveríamos e pensamos sobre isso. Deve haver uma reflexão muito grande do ponto de vista crítico para a situação e considerarmos que da próxima vez podemos fazer coisas diferentes.” (FL)</p>

“Mais ou menos as situações vão sendo as mesmas e vamos atuando e vamos aprendendo com as anteriores. Se calhar devia ter feito assim, resultou desta forma, se calhar da próxima faço de outra.” (FL)

- Consentimento informado e esclarecimento dos utentes

O consentimento informado surge dentro das estratégias para lidar com os dilemas éticos uma vez que, ao fornecer informações aos utentes e assegurar a sua compreensão, principalmente quanto aos limites da intervenção, muitas situações dilemáticas como a quebra da privacidade e confidencialidade podem ser evitadas, ou pelo menos ter os seus danos minimizados, como exposto nas verbalizações seguintes:

Quadro 26 – Consentimento informado e esclarecimento dos utentes

Categoria	Unidades de registo
Consentimento informado e esclarecimento dos utentes	<p>“Pergunto ao adolescente se não há inconveniente em que eu use, em que eu fale com a mãe, usando algumas informações que ele me deu.” (AO)</p> <p>“Explicar também as vantagens das coisas se procederem dessa forma é importante para eles também perceberem que esta é uma forma de protegerem a eles e a mim própria (...) e nos proteger daquilo que eles eventualmente esperam de nós, gerir as expectativas deles próprios.” (FL)</p> <p>“A articulação de dados do utente com o médico de família, é esclarecido inicialmente com o utente. Há determinadas informações que a gente passa e articula com o médico sobre a progressão ou não do utente ao nível das consultas de psicologia. É restrita esta informação, obviamente, está filtrada e é com o conhecimento do próprio utente (...) nada é transmitido para fora, sem o conhecimento do utente, seja para partilhar em equipa, seja para partilhar com o médico de família. Para ultrapassar isso fazemos formação, sensibilização, empoderamento dos utentes, eles têm o direito de poder dizer “Não quero que transmita qualquer informação!” E eu tenho que cumprir.” (MS)</p>

- Assegurar a confidencialidade e manter o sigilo profissional

Enquanto obrigação dos psicólogos, a manutenção da confidencialidade e sigilo profissional é um importante princípio explicado e assegurado aos utentes, quer no início da relação terapêutica ou em qualquer outra situação que se justifique. Os limites inerentes a confidencialidade também são de importante realce, no sentido de salvaguardar a relação terapêutica e a confiança estabelecida entre profissional e utente.

A importância de assegurar a confidencialidade e o sigilo profissional foi evidenciada por 4 das 5 entrevistadas, refletindo que esta é uma estratégia bastante difundida em situações dilemáticas para reforçar a confiança na relação terapêutica.

Quadro 27 – Assegurar a confidencialidade e manter o sigilo profissional

Categoria	Unidades de registo
Assegurar a confidencialidade e manter o sigilo profissional	<p>“Há outras situações em que eu considerava importante falar com a família e que não falo porque eles não querem. Aí tenho que respeitar, mesmo as vezes ficando atrapalhada, porque fico a pensar o que este rapaz ou esta rapariga vai fazer?” (AO)</p> <p>“É sempre explicado o princípio da confidencialidade que o que é dito na consulta com essa pessoa não é dito com a outra pessoa que se conhece. Isso fica sempre claro no início e nas primeiras consultas.” (FL)</p> <p>“Eu digo sempre à criança que tudo aquilo que ela me disser fica para nós e com os pais digo a mesma coisa e se o pai ou a mãe vier depois falar comigo eu digo à criança, por causa dessas alianças que os pais as vezes tentam criar. Isto acontece muitas vezes, os pais tentam criar alianças com os psicólogos, mas eu não posso esquecer que o meu utente é a criança.” (CS)</p> <p>“O sigilo profissional e a confidencialidade são profundamente importantes. Tem que haver essa confiança, eu vivo cá em Évora, a gente encontra as pessoas e as pessoas que não tiverem essa confiança em nós, não é possível essa relação terapêutica, não é possível a aliança.” (MS)</p>

3.2.2. Fontes de apoio em situações de dilemas éticos

Quanto às fontes de apoio, foram identificadas um conjunto de recursos aos quais as psicólogas referiram recorrer em situações de dilemas éticos, com vista a melhor lidar com os mesmos, maximizando os benefícios e minimizando os danos inerentes às situações.

- Equipa

A equipa foi citada por duas entrevistadas como uma fonte de apoio em situações dilemáticas, na medida em que permitem a discussão de pontos de vista e a utilização de conhecimentos complementares de outros integrantes da equipa, o que proporciona um olhar distinto acerca do dilema ético, um acréscimo de saberes e uma fonte de apoio para lidar com o mesmo.

Quadro 28 – Equipa

Categoria	Unidades de registo
Equipa	<p>“Nós depois sempre falamos disso em equipa e isto é uma coisa que é vivida em equipa. Estas coisas dos dilemas éticos acho que é mesmo importante partilhar com a equipa.” (IF)</p> <p>“Os colegas também são um grupo de grande ajuda, trabalhamos sempre em conjunto. Há também uma equipa de psicólogos dos CSP do agrupamento e nós fazemos reuniões periódicas e estamos sempre em contato uns com os outros e acabamos sempre por conseguir ir colmatando algumas falhas.” (CS)</p>

- **Supervisor e grupo de supervisão**

Os supervisores e grupos de supervisão foram identificados por três psicólogas como fontes de apoio, uma vez que permitem, junto de um grupo de profissionais com conhecimentos especializados, um espaço para a reflexão acerca de situações dilemáticas enfrentadas pelas psicólogas e a possibilidade de encontrar neste espaço possíveis cursos de ação com a finalidade de lidar da melhor maneira possível com os dilemas éticos.

Quadro 29 - Supervisor e grupo de supervisão

Categoria	Unidades de registo
Supervisor e grupo de supervisão	<p>“Na altura tinha o meu supervisor, ele era muito disponível e me apoiou naquilo que era necessário.” (IF)</p> <p>“Fiz supervisão e eventualmente faço e é em grupo, onde discutimos várias questões, não só clínicas, mas também muitas vezes éticas e como faço supervisão há sempre esse apoio.” (FL)</p> <p>“Também tenho supervisão, acho que é muito importante, é um recurso importante.” (CS)</p>

- **Pré-Ordem e Ordem dos Psicólogos Portugueses**

A Pré-Ordem e Ordem dos Psicólogos Portugueses integram o grupo das fontes de apoio em situações dilemáticas, na medida em que fornecem conhecimentos específicos relacionados com a prática dos psicólogos, através de instrumentos, tais como o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, que tem por finalidade auxiliar na prestação de serviços de elevada qualidade, respeitando os direitos e deveres das pessoas envolvidas nas intervenções.

Quadro 30 – Pré-Ordem e Ordem dos Psicólogos Portugueses

Categoria	Unidades de registo
Pré-Ordem e Ordem dos Psicólogos Portugueses	“As vezes recorro à Ordem para solicitar e antes a Pré-Ordem, para solicitar alguns conselhos e formas de atuação adequadas. Em questões que de facto não, consigo, apoio-me na Ordem para solicitar apoio na resolução de algumas questões mais relacionadas com questões do tribunal ou GNR, onde temos que prestar declarações” (FL)

- Outras instituições

Outras instituições, tais como o tribunal, Equipa de intervenção Precoce (IP), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), também foram enunciadas como importantes fontes de apoio em situações de dilemas éticos, sendo referido por uma das entrevistadas.

A facilidade de acesso e a diversidade de conhecimentos partilhados por essas instituições permite que estas instituições sejam consideradas valiosas fontes de apoio em situações dilemáticas.

Quadro 31 – Outras instituições

Categoria	Unidades de registo
Outras instituições	“Sempre que há dúvidas eu entro em contato com o tribunal e pergunto qual a melhor forma, o que tenho que fazer, o que tenho que dizer e acabamos por ir conseguindo contornando e ultrapassando estes dilemas. Recebemos algumas situações de tribunal e aqui estamos em contato com as várias equipas que existem no conselho e acabamos por ter uma partilha muito próxima e uma estrutura em que estamos muito próximos, todos, quer o psicólogo da escola, quer a câmara municipal, quer a equipa da IP, quer a CPCJ, quer mesmo o tribunal. É fácil eu ligar daqui e conseguir falar com o tribunal.” (CS)

3.3 Tema 3 – Importância dos Princípios Éticos e do Código Deontológico na prática profissional de psicologia

O último tema explorado relaciona-se com a importância atribuída aos princípios éticos e ao Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses.

Constatou-se que todas as entrevistadas tinham conhecimento dos Princípios Éticos e do Código Deontológico, bastante difundido com o estabelecimento da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Este tema foi então investigado a partir da seguinte questão: “Como integra os princípios éticos/ Código Deontológico na resolução dos dilemas éticos vividos? Qual a importância dos princípios éticos na sua prática profissional?”

Ao serem questionadas sobre a importância que atribuem aos Princípios Éticos e ao Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, estes foram referidos, segundo as psicólogas entrevistadas, como essenciais na orientação da prática profissional, na standardização das intervenções e práticas, bem como na resolução de dilemas éticos.

Quadro 32 – Tema 3: Importância dos Princípios Éticos e do Código Deontológico na prática profissional de psicologia

Domínio	Categorias
1. Importância atribuída aos Princípios Éticos e ao Código Deontológico	1.1 Orientar a prática profissional
	1.2 Standardizar intervenções e práticas
	1.3 Resolução de dilemas éticos

- Orientar a prática profissional

Um dos objetivos do Código Deontológico é justamente o de orientação da prática, ao identificar princípios éticos que devem ser respeitados, promovendo o raciocínio ético a partir desses princípios.

Importa referir, assim como enunciou FL, que muitas situações não podem ser controladas ou são influenciadas por outros fatores, que não a intervenção psicológica, pelo que o Código Deontológico não tem por finalidade dar resposta a todas as nossas questões, mas servir de base para pensar nas questões dilemáticas que se impõem, bem como orientar as nossas ações.

Quadro 33 – Orientar a prática profissional

Categoria	Unidades de registo
Orientar a prática profissional	“Acho que sobretudo na nossa profissão, o código é muito importante, principalmente quando lidamos com pessoas e com tantas situações que nós não controlamos. Nós também só somos uma pequena parte da vida daquela pessoa, há todas as outras a

volta e que eventualmente poderão ter mais força que nós e também ter consciência que qualquer tipo de intervenção nossa também influencia as outras.” (FL)
“São as nossas balizas, aquilo tem que ser cumprido.” (MS)

- Estandardizar intervenções e práticas

Por não constituir-se como um código específico para determinada área especializada da psicologia, o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses é um instrumento dedicado a todos os psicólogos, constituído por um conjunto de princípios, deveres e direitos, que visam definir padrões de comportamento esperados e exigíveis no contexto profissional.

Assim como refere a entrevistada, os princípios enunciados no Código Deontológico tem por finalidade refletir grandes princípios orientadores do comportamento dos psicólogos, no esforço da prestação de serviços de elevada qualidade por todos os profissionais de psicologia.

Quadro 34 – Estandardizar intervenções e práticas

Categoria	Unidades de registo
Estandardizar intervenções e práticas	“É importante pensarmos sobre isso (integração dos princípios éticos na prática) e é importante haver princípios éticos e não ser cada pessoa a fazer o que acha.” (MS)

- Resolução de dilemas éticos

Apesar de não atender a todos os dilemas éticos que se encontram no dia a dia da prática profissional e não responder a todas as dúvidas existentes, o Código Deontológico trás algumas diretrizes que nos ajudam a pensar nestas situações dilemáticas e nas suas possíveis respostas, orientando a nossa ação.

Estas ideias são referidas por duas das psicólogas entrevistadas e evidenciam a importância do Código Deontológico enquanto instrumento auxiliar da reflexão e raciocínio ético em situações dilemáticas, sem esquecer que o seu alcance é limitado, pelo que a reflexão e ponderação assumem especial importância.

Quadro 35 – Resolução de dilemas éticos

Categoria	Unidades de registo
Resolução de dilemas éticos	“Conheço o código, mas este novo ainda não vi. Não costumo recorrer ao código assim com frequência, só em situações muito específicas quando queria ter uma ideia sobre

alguma coisa.” (AO)

“Agora temos um código escrito que nos protege, portanto ali está, naquilo que me fez falta, deu para tirar as minhas dúvidas fundamentais, mas podem acontecer situações que nem o código, porque também não é unânime, porque não diz tudo, não é específico para todas as situações que possam acontecer, mas acho que facilita muito.”

(FL)

Conclusões

Impõe-se nesta fase final da investigação, a tarefa de sumariar os principais resultados que subsidiaram a presente investigação. No capítulo anterior apresentamos os resultados da investigação de carácter qualitativo, pelo que faz-se necessário neste ponto, identificar os principais aspetos referenciados e conferir-lhes significado, estabelecer uma ligação entre teoria e prática, encontrar pontos convergentes e divergentes e contribuir para uma maior compreensão acerca dos dilemas éticos vivenciados pelos psicólogos clínicos em centros de saúde, bem como das estratégias e fontes de apoio disponíveis e importância atribuída aos princípios éticos.

Tendo em conta os objetivos estabelecidos para a investigação, a abordagem metodológica e a natureza de conhecimentos que se pretende alcançar com este estudo, os resultados serão interpretados com base na análise dos dados recolhidos através das entrevistas realizadas com as psicólogas clínicas.

Com o presente estudo procurou-se dar respostas aos seguintes objetivos:

- Identificar os dilemas éticos enfrentados pelos psicólogos clínicos que trabalham nos Centros de Saúde de Évora;
- Conhecer as estratégias utilizadas para gerir os dilemas;
- Identificar fontes de apoio e outros recursos utilizados pelos psicólogos clínicos para lidar com os dilemas éticos;
- Observar em que medida os psicólogos clínicos conhecem e utilizam o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses na sua prática;
- Compreender a importância atribuída aos princípios éticos e ao Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses pelos psicólogos.

No sentido de alcançar satisfatoriamente os objetivos inicialmente estabelecidos, duas fontes essenciais de conhecimentos foram utilizadas, a saber; literatura específica na área da ética nos cuidados de saúde, especificamente relacionada com o apoio psicológico e as verbalizações das psicólogas clínicas que diariamente são confrontadas com questões de natureza ética e que dada a experiência, podem partilhar o saber relacionado com a área. Assim, são estas duas fontes de informação que serão comparadas, no sentido de compreender se os dados recolhidos, relacionados com a experiência práticas das psicólogas vão de encontro com a literatura específica da área.

Ao analisar os dados relativamente aos dilemas éticos existentes no âmbito da intervenção em centros de saúde observamos um conjunto de situações consideradas dilemáticas pelos profissionais que refletem a complexidade da intervenção psicológica dada a sua natureza essencialmente relacional, influenciada por diversos fatores internos e externos à relação.

Um dos dilemas éticos mais citados está relacionado com a confidencialidade e a privacidade, com a manutenção e os limites da mesma, com situações em que a obrigação de assegurar a manutenção da confidencialidade e privacidade das informações dos utentes (OPP, 2011) colide com outras obrigações, relacionadas com os limites da própria confidencialidade, como nas situações de perigo para o próprio utente ou terceiros ou ainda em situações legais, por exemplo.

Importa ressaltar que a duas décadas atrás, numa investigação realizada pela APA sobre dilemas éticos mais frequentemente enfrentados por psicólogos, os dilemas relacionados com a confidencialidade foram os mais referenciados (Pope & Vetter, 1992). Desta forma, destaca-se a importância das questões relacionadas com a confidencialidade, uma vez que vêm levantando dilemas éticos desde a muito tempo e como um dos princípios essenciais dos processos interventivos da psicologia, merecem atenção relativamente a sua importância, seus limites e fragilidades.

Ao observarmos os resultados, encontramos três sub-categorias que realçam os dilemas éticos relacionados com a confidencialidade, nomeadamente, a quebra da confidencialidade no trabalho em equipa; a quebra da confidencialidade com menores e família e a quebra da confidencialidade em situações legais.

Como preconizado pela OPP (2011), os psicólogos inseridos em equipas multidisciplinares, como no caso das entrevistadas, podem partilhar informações consideradas confidenciais com a equipa, desde que estas sejam essencialmente necessárias para os objetivos interventivos.

Se no trabalho em equipa os contornos da confidencialidade podem ser redesenhados, sob justificação aceitável, este facto não significa que a manutenção da confidencialidade e privacidade dos utentes deve ser descurada. Uma vez que atualmente o campo de intervenção dos psicólogos está cada vez mais alargado e a sua intervenção em equipas cada vez mais valorizada, políticas e regulamentações devem ser criadas e defendidas com vista a garantir a confidencialidade dos utentes, adaptando-se a estas novas necessidades.

Desta forma, as dificuldades encontradas pelas psicólogas no trabalho em equipa vão de encontro com a preocupação dos estudiosos da ética relacionados a

participação dos psicólogos em equipas multidisciplinares e a manutenção da confidencialidade.

No trabalho com menores a questão da quebra da confidencialidade em situações de risco é amplamente discutida (Ricou, 2004; Roberts & Dyer, 2004; Post et al., 2007). Apesar de largamente discutida, não podemos afirmar que se encontra o problema solucionado.

Os resultados encontrados demonstram que com alguma frequência os profissionais são confrontados com situações em que a manutenção da confidencialidade não pode ser assegurada, tendo em vista o melhor interesse do utente e a garantia da sua integridade física e psíquica. Os limites da confidencialidade enunciados e já difundidos têm como objetivo proteger o utente, bem como salvaguardar a relação terapêutica, uma vez que é explicitado que em determinadas situações, terceiros podem ser chamados a participar do processo.

Desta forma, em situações de risco eminente tanto para o utente, quanto para terceiros, as psicólogas agem em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela entidade que rege a conduta profissional (OPP), contribuindo para uma prática de excelência.

Em situações legais os resultados apontam para a dificuldade em definir que informações confidenciais dos utentes devem ser divulgadas, sob solicitação legal.

Segundo o Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011), sempre que haja solicitação legal para a divulgação de informações confidenciais, são fornecidas apenas informações relevantes para o caso, tendo em conta os objetivos da mesma.

Nestas situações observa-se a um conflito de obrigações com os utentes, que procuram na relação terapêutica uma relação de confiança, e com as autoridades, que sob justificação legal, procuram junto dos psicólogos informações que noutras circunstâncias não poderiam ser divulgadas.

Avaliar até que ponto a divulgação de informações confidenciais pode ser prejudicial para o cliente torna-se uma tarefa árdua, sob pena de perda da relação quando divulgadas. Contudo, em situações extremas, em que o psicólogo considere que a partilha é altamente prejudicial, os psicólogos podem invocar o direito de escusa, apesar deste direito não ter sido enunciado por nenhuma das duas entrevistadas que referiram dilemas éticos desta ordem.

Uma segunda categoria de dilemas éticos relacionados com a confidencialidade e a privacidade relaciona-se com a privacidade e objetividade de

registos clínicos e relatórios psicológicos. Este foi um dilema identificado por três das cinco psicólogas e ressaltam uma importante problemática bastante discutida na avaliação psicológica, havendo inclusive, no Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011), um capítulo específico para esta problemática.

Esta situação, relaciona-se com a objetividade de registos clínicos e relatórios de avaliação bem como com a confidencialidade dos mesmos. Isto é, os resultados defendem que os registos clínicos e relatórios de avaliação são documentos que devem ser redigidos de forma objetiva, tendo em conta o destinatário, contendo apenas as informações estritamente necessárias para o alcance dos objetivos pretendidos, além de serem considerados documentos confidenciais, pelo que as consequências da sua divulgação devem ser ponderadas e os limites da confidencialidade devem ser enunciados.

De uma forma geral, as psicólogas conhecem os limites associados a confidencialidade e as repercussões do mesmo. Reconhecem a importância e os benefícios da manutenção da confidencialidade para a relação terapêutica. No entanto, nem todo esse conhecimento priva a possibilidade de surgirem dilemas éticos neste âmbito, uma vez que a relação terapêutica está sujeita a diversas influências e ao lidar com outro ser humano as situações nunca são estáticas, pelo contrário, estão sempre em movimento, chamando-nos para adaptar nossos conhecimentos aos dilemas éticos que surgem.

Relacionados com dilemas éticos mais específicos do contexto, foram identificados dilemas éticos relacionados com a intervenção em centros de saúde. Os dilemas identificados neste domínio possuem especial importância, uma vez que caracterizam o contexto específico donde foram recolhidos os dados, pelo que devem ser analisados tendo em conta as suas características, uma vez que surgem com contornos distintos da vida social, pelo que não se trata de aplicar princípios gerais a casos concretos, mas de descobrir nos diferentes espaços o lugar e a adequação dos princípios (Simões, 2010).

O conjunto de dilemas éticos identificados podem ser agrupados e discutidos em conjunto, uma vez que em simultâneo contribuem para a caracterização dos dilemas éticos inerentes à prática psicológica em centros de saúde, nomeadamente a inexistência de critérios para atendimentos prioritários, a escassez de recursos, a diversidade de populações e problemáticas e o tempo de tratamento.

O perfil da instituição de prestação de cuidados de saúde exerce grande influência no molde da ética (Neves, 2005), uma vez que alguns aspetos demonstram

que os dilemas éticos vividos nos centros de saúde diferem dos dilemas encontrados noutros níveis dos serviços de saúde, nomeadamente no que concerne as ações, procedimentos e intervenções oferecidas, nos objetivos estabelecidos e o tipo de situações recebidas.

Segundo Braunack-Mayer (2007), estes contextos recebem utentes com diversos tipos de queixas em diferentes fases de desenvolvimento e distintos níveis económicos e sociais, pelo que o profissional para exercer neste âmbito necessita um conjunto de habilidades que lhe permita cumprir com as responsabilidades profissionais com esta população específica, respeitando a configuração da instituição para a realização das intervenções.

Com base nos resultados recolhidos através das entrevistas percebemos que os dilemas éticos enunciados pelas psicólogas são apoiados pela literatura existente sobre o assunto.

A própria configuração da instituição impõe limitações e formas de atuação para as intervenções psicológicas, nomeadamente os tratamentos mais objetivos e a curto prazo, além da necessidade de acompanhar utentes de diversas idades, responder a um grande fluxo de pedidos, etc.

No entanto, o que parece estar em causa é um descuido das necessidades mais essenciais da intervenção psicológica, tais como o respeito pela competência e limitações, pela responsabilidade das consequências do trabalho dos psicólogos junto dos utentes, pela promoção da boa prática da psicologia em centros de saúde.

A própria OPP tem feito esforços contínuos no sentido de afirmar a importância e efetividade da intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários, nomeadamente nos centros de saúde. Contudo, apesar dos profissionais terem a responsabilidade de cooperar com as instituições na realização dos objetivos das mesmas, os psicólogos possuem um compromisso e responsabilidade com os utentes, devem respeitar as suas competências, limitações e promoção de boas práticas profissionais, de forma a garantir um serviço de excelência para as instituições e principalmente para os seus utilizadores.

Dada a maior importância que se tem atribuído aos psicólogos clínicos em centros de saúde e em equipas multidisciplinares, as referidas preocupações e dilemas referidos pelas psicólogas merecem especial atenção no sentido de serem pensadas estratégias institucionais que possam auxiliar os psicólogos na árdua tarefa de lidar com dilemas éticos diariamente.

Dilemas éticos relacionados com a intervenção em comunidades pequenas também foram referidos pelas psicólogas. A existência deste grupo de dilemas relaciona-se com o local de intervenção das entrevistadas.

Como o estudo foi conduzido na região de Évora, profissionais que trabalham em regiões mais pequenas como Redondo, Reguengos ou Viana do Alentejo foram entrevistados e convidados a partilhar a sua experiência profissional nestes contextos.

Assim como no caso dos dilemas éticos inerentes a intervenção em centros de saúde, os dilemas éticos em comunidades pequenas assumem igualmente especial importância, visto caracterizar o contexto de realização da investigação.

Dilemas éticos relacionados com a dificuldade de manutenção do anonimato dos utentes, o estabelecimento de relações múltiplas, confusão de papéis, duplicação de intervenções, acompanhamento de amigos/familiares em simultâneo e finalmente a privacidade do profissional foram referidos como problemáticas presentes na intervenção em contextos pequenos.

Segundo a perspectiva das entrevistadas, em contextos mais alargados a probabilidade de dilemas éticos como os citados ocorrerem é bastante inferior a ocorrência em contextos mais pequenos. Estes dilemas agravam-se quando as diretrizes éticas estabelecidas derivam de contextos mais amplos e flexíveis, não adaptando-se ao contexto das comunidades pequenas (Pope & Vetter, 1992), sendo considerados por Niemira (1988; citado por Roberts & Dyer) tão incongruentes com a realidade das pequenas comunidades, que são inúteis.

De facto, em comunidades pequenas muito facilmente psicólogo e utente podem se cruzar na rua, frequentar os mesmos espaços, ou conhecerem pessoas em comum. Os próprios utentes podem se sentir mais expostos aos olhares críticos dos outros e por vezes este é um sentimento bastante real, principalmente quando situações difíceis ou estigmatizantes estão em causa. A possibilidade de duplicação de intervenções é outro fator que contribui para uma maior exposição involuntária dos utentes dificultando a objetividade, neutralidade e confiança na intervenção.

Em certos casos, é a privacidade do profissional que está em causa. Alguma proximidade física entre profissional e utente, nomeadamente o facto de residirem na mesma cidade ou frequentarem os mesmo lugares pode despertar a curiosidade dos utentes e por vezes alguma confusão acerca dos limites da relação pode ocorrer.

Uma vez que todas as entrevistadas integram equipas multidisciplinares que prestam apoio a uma extensa população, inclusive utentes em cuidados em fim de vida, uma problemática específica relacionada com a comunicação e dizer a verdade

foi identificada como dilemática, dadas as dificuldades inerentes a comunicação de más notícias e a prática frequente, por parte dos familiares de não divulgarem as informações relativas as condições de saúde do utente – conspiração do silêncio.

Segundo Trincão (2009), o medo de não saber lidar posteriormente com as dúvidas, perguntas e sentimentos despertados pela má notícia é um dos fatores que favorecem a conspiração do silêncio e que pode ser benéfica a curto prazo, mas impede o utente e a família de ajustarem as suas vidas, se organizarem e estabelecerem objetivos atingíveis e realistas.

Em dilemas éticos relacionados com a comunicação em fim de vida, os psicólogos tem como objetivo zelar pela autonomia e autodeterminação dos utentes. Para tal é útil avaliar juntamente do utente que informações este deseja saber e a partir daí, recorrer a habilidades comunicacionais para melhor informá-lo, dar espaço para as suas inquietações e dúvidas, utilizar linguagem acessível e adaptada ao utente em causa.

Apesar das dificuldades inerentes a esta responsabilidade, o psicólogo enquanto mediador da comunicação entre profissionais de saúde, familiares e utente deve esforçar-se para evitar o envolvimento em situações de conspiração do silêncio.

Após identificarem um conjunto de dilemas éticos existentes nas suas práticas, as entrevistadas referiram formas de atuação perante estas situações, isto é, estratégias e fontes de apoio as quais recorrem de modo a melhor lidarem com os dilemas éticos que enfrentam, ressaltando que a resolução dos mesmos é difícil, mas através do empenho de quem se dedica a esta área, diversos recursos são identificados no auxílio da gestão de dilemas éticos.

Uma vez que os dilemas relacionados com a confidencialidade foram citados com alguma frequência e em distintas situações, importa referir algumas estratégias e fontes de suporte identificadas por Roberts e Dyer (2004), que apesar de não serem infalíveis, auxiliam os psicólogos em situações dilemáticas, ajudando na gestão dos mesmos, bem como na sua prevenção: 1) informar os utentes sobre as questões da privacidade e da confidencialidade no início do processo terapêutico, bem como informar a influência das obrigações legais e profissionais no processo; 2) contar com a ajuda e conhecimento de colegas e supervisores quando se está a lidar com novos ou especiais dilemas éticos relacionados com a confidencialidade e a privacidade; 3) pensar cuidadosamente sobre quem tem acesso aos dados dos utentes e como essas informações são compartilhadas; 4) apenas revelar, fora das interações psicólogo-utente informações que são absolutamente necessárias, mesmo em situações legais;

5) encontrar estratégias para tratar a informação clínica dos utentes e sensibilizar as equipas multidisciplinares para questões complexas que envolvem a privacidade do utente.

As estratégias e fontes de apoio identificadas pelas entrevistadas vão de encontro com as estratégias e fontes de apoio identificadas por Roberts e Dyer (2004) em situações dilemáticas, evidenciando que a existência dos referidos recursos, são de facto úteis na prática e auxiliam os psicólogos a melhor enfrentarem os dilemas éticos inerentes na prática diária.

Importa referir a importância atribuída a Ordem dos psicólogos como fonte de apoio e ao conhecimento do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses, como estratégia para promover uma prática de qualidade ao disponibilizar um instrumento que estabelece diretrizes e bases para o desenvolvimento de uma reflexão ética sobre as práticas realizadas.

A utilização do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses como fonte de apoio em situações dilemáticas também foi referenciada aquando da investigação da importância atribuída aos Princípios Éticos e ao Código Deontológico na prática.

Além de essencial em situações dilemáticas, o Código Deontológico foi referido como importante na orientação da prática profissional, bem como na standardização das intervenções, ao constituir-se como um instrumento que permite prestar serviços de elevada qualidade, priorizando o respeito pelos direitos dos utentes, uma prática transparente e promotora de valores fundamentais para a intervenção psicológica, bem como servindo de base para orientar as nossas ações em situações dilemáticas.

No que concerne às limitações do presente estudo e direções futuras, importa realçar que o carácter qualitativo da investigação não permite transposições das conclusões identificadas para outras realidades de outros psicólogos clínicos. Além disso, por se tratar de um estudo qualitativo, torna-se difícil apresentar os dados de forma mais reduzida, pelo que o presente trabalho encontra-se mais extenso do que o desejado.

Dada a abrangência e complexidade do estudo da ética e dos dilemas éticos, muitos aspetos ficaram por aprofundar ou explorar. Desta forma, a realização de estudos futuros que explorassem, numa maior amostra, as problemáticas relacionadas com os dilemas éticos em centros de saúde seria útil para o desenvolvimento de intervenções psicológicas cada vez mais assentes na ética e nos princípios éticos e promotora de uma consciência ética nos profissionais.

Pensar nos dilemas éticos inerentes a prática da psicologia clínica é uma árdua tarefa dada a inexistência de respostas claras, objetivas e óbvias. Esta perspectiva pode consistir numa experiência extremamente interessante, ou extremamente frustrante. Se não há respostas claras e óbvias, isto significa que temos a oportunidade de desenvolver e expressar a nossa própria opinião, baseada nos valores e princípios éticos.

Significa que nós, na consciência de que muito ainda fica por saber, podemos na relação com o outro, no espaço que nos é disponibilizado para intervir, repensar práticas, (pré) conceitos, aprimorar ações e descobrir na singularidade do outro que a ética relaciona-se com o saber, mas principalmente com a aplicação prática do saber.

O estudo da ética e dos dilemas éticos permite-nos refletir sobre o nosso próprio comportamento enquanto psicólogos, enquanto profissionais que procuram através da intervenção essencialmente relacional, encontrar um espaço de reflexão que beneficie e promova o crescimento do outro.

Este espaço que nos é concedido possui um grande valor para a relação, para o utente que nos procura e principalmente para o crescimento pessoal e ético do profissional.

Desta forma, este espaço relacional existente na relação entre psicólogo e utente deve ser usado, explorado e compreendido dentro dos contornos éticos, baseado em princípios que fundamentem as nossas ações e justifiquem as nossas escolhas e principalmente sirvam de suporte para o constante confronto com as situações diárias que nos chamam para o exercício ético de uma profissão que procuramos dignificar.

Referências bibliográficas

- Almeida, J. F. & Pinto, J. M. (1981). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Archard, D. W. (2007). Children's consent to medical treatment. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 311-318). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, Gary., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – a Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5 (4), 302-311.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Beauchamp, T. L. (2007). The 'Four Principles' approach to health care ethics. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 3-10). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Belitz, J., Roberts, L., & Dyer, A. (2004). *Caring for Children. Ethics in Mental Health Care* (pp. 119-134). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Bennett, R. (2007). Confidentiality. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 325-332). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Braunack-Mayer, A. J. (2007). The ethics of primary health care. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 357-364). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Bush, S. S., Connell, M. A., & Denney, R. L. (2006). *Ethical Practice in Forensic Psychology: A Systematic Model for Decision Making*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bush, S. S. (2009). *Geriatric Mental Health Ethics: A Casebook*. New York: Springer
- Calvetti, P. Ü., Ludwig, M. W. B., Redivo, L. B., Menegat., & Müller, M. C. (2007). *A bioética na pesquisa em psicologia*. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0355.pdf>
- Cohen, L. & Manion, L. (1985). *Research methods in education* (2nd Ed.). London: Croom Helm.

- Cottone, R. & Claus, R. (2000). Ethical decision-making models: A review of the literature. *Journal of counseling & development*, 78, 275-283. *Journal of Counseling & Development*, 78, 275-283. doi: 10.1002/j.1556-6676.2000.tb01908.x
- Devettere, R. J. (2010). *Practical Decision Making in Health Care Ethics: cases and concepts* (3rd). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Dresser, R. S. (2007). Treatment decisions for incapacitated patients. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 305-310). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Dowie, J. (2007). Decision analysis: The ethical approach to most health decision making. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 577-584). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, 24, 213-225.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde. (2011). Relatório sobre “A carta dos direitos dos utentes”: Draft Preliminar. Porto
- Faber-Post, L. (2007). Ethics and the delivery of palliative care. In A. E. Blank., & S. O'Mahony (Eds.), *Choices in palliative care: Issues in health care delivery* (pp. 211-224). New York, NY: Springer.
- Fairbairn, G. (2005). Suicide and justified paternalism. In M. Brazier., & M. Lobjoit (Eds.), *Protecting the vulnerable: Autonomy and consent in health care* (pp. 113-133). Retrieved from http://bookmoving.com/book/protecting-vulnerable-autonomy-consent-health-care_69353.html
- Flory, J., Wendler, D. & Emanuel, E. (2007). In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 704-710). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Fonte, C. (2005). Investigar narrativas e significados: A Grounded Analysis como metodologia de referência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 2, 290-297.
- Forester-Miller, H., & Davis, T. (1996). *A practitioner's guide to ethical decision making*. American Counseling Association.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gillon, R. (2005). Research on the vulnerable: An ethical overview. In M. Brazier., & M. Lobjoit (Eds.), *Protecting the vulnerable: Autonomy and consent in health*

- care (pp. 53-76). Retrieved from http://bookmoving.com/book/protecting-vulnerable-autonomy-consent-health-care_69353.html
- Guilhem, D., & Diniz, D. (2005). In D. Diniz., D. Guilhem., & U. Schüklenk (Eds.), *Ética na pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos*. Brasília: Letras Livres.
- Hughes, J. C. (2007). Ethical Issues and Health Care for Older People. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 3-10). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Huxtable, R. (2007). Eutanásia and principled health care ethics: From conflict to compromise?. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 489-496). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Loughlin, M. (2006). Impossible problems? The limits to the very idea of reasoning about the management of health services. In S. Dracopoulou (Ed.), *Ethics and Values in health care management*. London: Routledge
- Ludwig, M. W. B., Redivo, L. B., Jorge, H. Z., & Müller, M. C. (2007). Psicoterapia e bioética: Aproximando conceitos, aperfeiçoando práticas. *Psicologia em Estudo*, 12 (3), 603-608. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a17.pdf>
- Machado, C. (2004). Ética: da e na formação. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39 (3): 129-134.
- Manson, N. C. (2007). Consente and Informed Consent. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 297-304). London: Jhon Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Melia, K. (2004). *Health Care Ethics: lessons from intensive care*. London: Sage Publications. doi: 10.4135/9781446220870
- Müller, M. C. & Zogbi, H. (2004). Bioética e Pacientes Oncológicos. In: D. R. Azevedo., & M. C., Barros, & M. C., Müller. *Psicooncologia e Interdisciplinaridade: Uma experiência na educação à Distância*. Porto Alegre. EDIPUCRS.
- Neto, A. J. (1998). *Resolução de problemas em Física: Conceitos, processos e novas abordagens*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Neves, M. C. P. (2005). Bioética e bioéticas. In M. C. P. Neves (Ed). *Comissões de ética: das bases teóricas à atividade quotidiana* (2nd ed.). (pp. 285-308). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Nicholson, R. (2005). The ethics of research with children. In M. Brazier., & M. Lobjoit (Eds.), *Protecting the vulnerable: Autonomy and consent in health care* (pp. 11-21). Retrieved from http://bookmoving.com/book/protecting-vulnerable-autonomy-consent-health-care_69353.html
- Oliveira, E., Ens, R. T., Andrade, D. B. S. F., De Muis, C. R. (2003). Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. *Revista Diálogo Educacional*, 9 (4), 11-27.
- Oliveira, M., Müller, M.C, Jorge, H.Z. (2006). Dilemas Éticos na Pesquisa em Psicologia. In D. Kipper (org), *Ética, Teoria e Prática - Uma visão Multidisciplinar*. Porto Alegre, EDIPUCRS
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Publicado na 2ª série do Diário da República. Regulamento N° 258/2011. Retrieved from https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico.pdf
- OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde.
- Pettifor, J. L., McCarron, M. C. E., Scoepp, G., Stark, C., & Stewart, D. (2010). *Resource guide for psychologists: ethical supervision in teaching, research, practice, and administration*. Canadian Psychological Association. Retrieved from <http://www.cpa.ca/docs/file/Ethics/COEResGuideSuperAppNov2010Rev14June2011.pdf>
- Pope, K. S. (s/d). Ethical and Malpractice Issues in Hospital Practice. *American Psychologist*, 45 (9), 1066-1070. Retrieved from <http://kspope.com/ethics/hospital.php>
- Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1992). Ethical Dilemmas Encountered by Members of the American Psychological Association; A National Survey. *American Psychologist*, 43 (3), 397-411. Retrieved from <http://kspope.com/ethics/ethics2.php#contentarea>
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2007). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Post, L.F., Blustein, J., & Dubler, N.N. (2007). *Handbook for Health Care Ethics Committees*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I.G. (2006). Comunicação. In: A. Barbosa, I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/

- Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (pp.357-378).
- Ricou, M. (2004). *Ética e Psicologia: Uma Prática Integrada*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Roberts, L. W., & Dyer, A. R. (2004). *Concise guide to Ethics in Mental Health Care*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Sánchez-González, M. A. (1998). Los modelos del razonamiento moral y la investigación de la ética utilizando internet: la “red de conciencia virtual”, un proyecto de investigación inspirado en el coherentismo. *Texto & contexto enfermagem*. 14 (1): 49-57.
- Simões, J. A. R. (2010). *Ética e cuidados de saúde primários. Um estudo descritivo em centros de saúde*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sommerville, A., & English, V. (2007). Dual responsibilities: Do they raise any different ethical issue from ‘Normal’ therapeutic relationships?. In R. Aschcroft, A. Dawson, H. Draper., & J. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics* (pp. 371-378). London: John Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470510544
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. London: SAGE Publications.
- Thomson, M. H., Adams, B. D., & Sartori, J. A. (2005). *Moral and ethical decision making: Literature review*. Defense research and Development Canada.
- Trincão, V. (2009). Comunicação intrafamiliar sobre o final de vida e a morte. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa.
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica* 16 (2), 217-229.
- Tuckman, B. W. (1994). *Manual de investigação em educação* (4th Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wicclair, M. R. (1999). Ethics, community and the elderly: health care decision-making for incompetent elderly patients. In M. Parker (Ed.). *Ethics and community in the health care professions*. London: Routledge.
- Zanelli, J. C. (1996). Pesquisa qualitativa em Psicologia e Administração. In A. Tamayo, J. E. Borges-Andrade, & W. Codo (Orgs.), *Trabalho, organizações e cultura* (pp. 84-93). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós graduação em Psicologia.
- Zulueta.P. (2008). Primary Care Ethics. *London Journal of Primary Care*.

