



Perceção e valorização pelos profissionais de saúde dos problemas da ética clínica: estudo observacional na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Ivone Gonçalves Gaspar^{1,2}, Catarina Viegas Dias^{3,4}, Hélder Raposo⁵⁻⁷

RESUMO

Introdução: A ética clínica integra a identificação, análise e resolução de problemas éticos que surgem em contexto assistencial. Assim, os objetivos desta investigação foram os seguintes: caracterizar a forma como os profissionais de saúde identificam e gerem os problemas da ética clínica e identificar que ferramentas e estruturas de apoio considerariam úteis.

Métodos: Estudo transversal, observacional, tendo como população-alvo os profissionais de saúde a trabalhar em cuidados de saúde primários na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Realizou-se uma amostragem aleatória por *cluster* simples de uma etapa, estratificada, para obtenção de um total de 400 profissionais de saúde. Aplicou-se um questionário de autopreenchimento, previamente aplicado em quatro países europeus, adaptado e submetido a teste-piloto.

Resultados: Recolheram-se 204 questionários, 96% dos participantes reportaram experiência com pelo menos um dos sete tipos de problemas éticos descritos. Os problemas mais frequentemente identificados foram o cuidado de adultos cuja capacidade de decisão sobre a própria saúde era desconhecida ou estava comprometida (94%) e situações em que a gestão de recursos obrigou o profissional a optar por uma solução diferente da desejada (81%). Apenas 16% dos profissionais tinham recorrido a algum dos recursos de apoio ético descritos. Os recursos considerados mais úteis na resolução de problemas éticos foram os que ofereciam ajuda na clarificação das questões éticas ao próprio e aos demais profissionais envolvidos (42%).

Conclusão: Os problemas éticos são uma parte constitutiva da complexidade do cuidar, o que evidencia a necessidade de um suporte ético adequado na tomada de decisão. Todavia, destaca-se como tendência predominante uma baixa utilização desses recursos pelos profissionais de saúde. Esta situação deverá ser objeto de reflexão no desenho dos modelos organizativos de suporte à decisão ética.

Palavras-chave: Ética clínica; Problemas éticos; Suporte à decisão ética em saúde; Consultor ético.

INTRODUÇÃO

A ética clínica é definida como a identificação, análise e a resolução de problemas morais que surgem no cuidado de doentes concretos. Relaciona-se intrinsecamente com o trabalho mais importante dos profissionais de saúde, que é decidir e colocar em prática o melhor cuidado de saúde a uma pessoa concreta em determinadas circunstâncias.¹ Nesta perspetiva, podem identificar-se

1. Médica de Família. USF Dafundo, ULS Lisboa Ocidental. Cruz Quebrada, Portugal.
2. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal.
3. Comprehensive Health Research Centre (CHRC). Lisboa, Portugal.
4. NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas, NMS|FCM, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal.
5. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa. Lisboa, Portugal.
6. Centro de Investigação e Estudos em Sociologia, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal.
7. H&TRC – Health & Technology Research Center, ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa. Lisboa, Portugal.



problemas éticos nas diversas atividades clínicas diárias; contudo, as decisões sobre os mesmos parecem mais dependentes da intuição individual e menos de uma reflexão eticamente alicerçada.² Assim, define-se um problema ético como uma questão aberta que surge quando há um conflito de valores, sendo que o procedimento deliberativo poderá ser utilizado para encontrar uma decisão prudente.³ Independentemente da metodologia de resolução, a identificação dos problemas éticos constitui o primeiro passo para a deliberação ética na prática clínica.

Um médico de uma unidade de saúde observa um utente consciente e autónomo que recusa a realização de colonoscopia para esclarecer uma aparente lesão suspeita observada em ecografia abdominal. Como manter a relação terapêutica? Deve o médico continuar a insistir na realização do exame? Deve falar com um familiar? Uma enfermeira de família consulta o registo de saúde eletrónico de uma utente para verificar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. No dia seguinte recebe uma mensagem de correio eletrónico dessa utente, pedindo que lhe seja explicado porque acederam ao seu processo. Como responder? Deve consultar a Comissão de Ética para a Saúde (CES)? Um interno de formação específica observa um utente em consulta e durante a discussão do plano discorda da atitude terapêutica proposta pelo seu orientador. Deve instituir a terapêutica não concordando com a mesma? Deve fazer prevalecer a sua opção, colocando de parte a opinião do orientador? Estes são alguns exemplos de problemas da bioética clínica que ilustram as diversas complexidades no processo de tomada de decisão e para os quais os profissionais de saúde necessitam de formação e do acesso a uma CES e/ou a um consultor ético que responda às suas inquietações.

A investigação publicada e acessível sobre esta temática demonstra que os problemas éticos em cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal se encontram em três áreas: problemas éticos nas relações com os utentes e famílias; problemas éticos nas relações com as equipas; problemas éticos nas relações com o sistema de saúde.⁴⁻⁶

A nível internacional, os estudos encontrados sobre a temática foram realizados em contexto de CSP e secundários, sendo que utilizam uma lista pré-definida de possíveis problemas éticos em forma de questioná-

rio.⁷⁻¹¹ Hurst et al.⁸ utilizaram na sua investigação itens do questionário de DuVal et al.⁷ e aplicaram-no a 400 médicos generalistas e internistas, em quatro países europeus: Noruega, Suíça, Itália e Reino Unido. Os três problemas éticos mais frequentemente reportados foram a incerteza na capacidade de decisão, conflitos entre cuidadores e limitação do esforço terapêutico. Concluíram que as diferenças culturais podem influenciar a perceção médica das dificuldades éticas. Todavia, o tipo de suporte ético necessário não varia marcadamente.

Partindo desta base de informação e considerando que a investigação nesta área é limitada em Portugal, em particular a relativa ao tipo de suporte ético, procedeu-se à presente investigação, tendo como objetivo caracterizar como os profissionais da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) identificam e gerem os problemas éticos na atividade assistencial, bem como identificar que ferramentas e estruturas de apoio considerariam úteis neste contexto.

MÉTODOS

Os autores conduziram um estudo transversal, tendo seguido as *guidelines* STROBE para reporte de estudos observacionais.

Os critérios de inclusão definidos foram: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a trabalhar em CSP, na ARSLVT, nomeadamente em Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Como critério de exclusão estavam os profissionais que desempenhavam a sua atividade em Unidades de Saúde Pública.

Foi realizada uma amostragem por *cluster* simples de uma etapa (*clusters* de unidades de saúde da ARSLVT),¹² estratificada por Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS). Dado o carácter exploratório do estudo e a ausência de uma hipótese a ser testada, o cálculo do tamanho amostral não foi realizado.¹³ Optou-se por realizar uma amostra aleatória (de forma a evitar viés de seleção) de dimensão semelhante à do estudo de Hurst et al.⁸

Prevendo uma taxa de resposta de cerca de 75%¹⁴ foram aleatorizadas 27 unidades pertencentes aos 15 ACeS da ARSLVT, o que resultaria num total de cerca de



500 profissionais de saúde. Das 27 unidades selecionadas, nove eram UCSP, 16 USF e duas UCC. As unidades de saúde aleatorizadas foram contactadas por correio eletrónico, num máximo de três tentativas, num período de seis meses. Com o objetivo de aumentar a taxa de resposta, os questionários foram entregues e recolhidos presencialmente nas unidades de saúde, cumprindo os requisitos de uma investigação ética.

Como instrumento métrico foi utilizado o questionário de autopreenchimento, disponibilizado pelos autores dos estudos DuVal et al.⁷ e Hurst et al.⁸ O questionário foi traduzido para português, de forma independente, por dois profissionais médicos de CSP bilingues (inglês/português). O questionário foi depois adaptado à realidade portuguesa, pelos autores e por um perito em bioética. Posteriormente foi pilotado em três unidades de saúde da ARSLVT, de forma a avaliar a clareza e a compreensão das questões, o tempo de preenchimento e a adesão dos profissionais ao questionário. Trata-se de um estudo exploratório, não se pretendendo utilizar o questionário como uma medida validada.¹⁵

À semelhança do artigo original foi construída a Escala de Experiência Ética (Cronbach's $\alpha = 0,72$) utilizando os itens individuais do questionário, permitindo assim a comparação de resultados. Este índice define-se como “perante uma lista de situações da ética clínica, com que frequência o profissional se encontrou em cada uma das situações nos últimos dois anos”. O questionário identifica doze situações/problemas éticos, em que se incluem os cuidados a doentes terminais em que se levantou a questão da limitação do esforço terapêutico, da morte medicamente assistida ou das Diretivas Antecipadas de Vontade, as questões de confidencialidade sobre a informação clínica, a incerteza face à capacidade para tomar decisões em autonomia e a gestão de recursos, entre outras. As opções de resposta eram nunca (0), raramente (1), às vezes (2), frequentemente (3) e não sabe/não responde. Assim, a Escala de Experiência Ética apresenta uma pontuação possível entre os 0-36 pontos.

Numa outra questão foi pedido aos participantes que descrevessem de forma sucinta uma situação de conflito ético que tenham experienciado na sua prática assistencial e que classificassem o seu grau de satisfação com a decisão utilizando uma escala analógica de

0 (não satisfeito) a 10 (extremamente satisfeito). Ainda relativamente à resolução do conflito ético descrito foi pedido aos participantes que assinalassem, de uma lista de catorze, quais os recursos que teria sido importante utilizar.

Foram ainda recolhidos dados demográficos e profissionais, nomeadamente a idade, género, categoria profissional, anos de experiência clínica e formação prévia em ética clínica.

Os dados provenientes do questionário foram descritos como contagens e proporções para as variáveis categóricas, média e desvio-padrão para as variáveis contínuas com distribuição normal e mediana e variação interquartis para as variáveis contínuas com distribuição não-normal.

RESULTADOS

Das 27 unidades aleatorizadas, 16 responderam e foram incluídas no estudo, sendo que 11 são USF, quatro UCSP e uma UCC. Relativamente aos profissionais recolhidos 204 questionários, com uma taxa de resposta global de 71,6%, sendo que 92 são médicos especialistas, 93 enfermeiros e 19 internos de formação específica em medicina geral e familiar (MGF). Dos profissionais que responderam, 84% são mulheres e têm idades compreendidas entre os 25-68 anos, com uma média de idades de 43,7 anos e uma mediana de 42 anos. Em média, os profissionais trabalham em cuidados de saúde primários há 13,3 anos, com uma mediana de 10 anos. Entre os profissionais, 9,3% responde não ter recebido formação em ética e, dos restantes, 77% afirma que a formação ocorreu em contexto pré-graduado. A Tabela 1 resume as características dos profissionais.

A. Problemas éticos

O valor médio da Escala de Experiência Ética foi de 12,6, com intervalo entre os 3-25 para um máximo de 36. Este valor significa, por exemplo, que um profissional experiente, em média, quatro tipos de problemas éticos frequentemente ou três tipos frequentemente e dois tipos às vezes. Entre os participantes, 96% reporta experiência com pelo menos um dos tipos de problemas éticos descritos.

Os problemas éticos mais frequentemente identificados pelos profissionais (Figura 1) são o cuidar de

TABELA 1. Características demográficas da amostra

Unidades participantes, <i>n</i>	
USF	11
UCSP	4
UCC	1
Número de participantes, <i>n</i>	204
Atividades dos participantes, <i>n</i> (%)	
Médicos	92
Enfermeiros	93
Internos MGF	19
Gênero	
Feminino	172
Masculino	32
Idade, mediana (intervalo)	42 (25-68)
Anos de trabalho CSP, mediana	10
Formação em Ética, %	
Não	9,3
Sim, pré-graduado	77

adultos em que a capacidade para decidir sobre a sua saúde é desconhecida ou está afetada (94%), o plano de cuidados adequado a um doente não ser concretizado por dificuldades económicas (87%) e, por último, a ne-

cessidade de gerir recursos que exige que o profissional faça uma escolha diferente da desejada (81%).

B. Identificação e satisfação com a resolução de uma situação de conflito ético

Dos 204 participantes, apenas 71 (34,8%) descrevem um conflito ético da sua prática assistencial. Dos profissionais que respondem, 44,3% reportam um grau de satisfação com a decisão superior ou igual a sete e 35,4% expressam insatisfação com uma pontuação inferior ou igual a três.

C. Recursos éticos

Dos participantes, 50% responde que tem acesso a uma CES, sendo que 25% não sabe/não responde. Relativamente a ter acesso a um interlocutor ético, 25% dos participantes responde afirmativamente, sendo que a taxa de não sabe/não responde é de 30%. Apenas 16% dos profissionais já utilizou algum dos recursos de suporte ético descrito anteriormente.

Na questão relativa à utilidade de diferentes recursos éticos responderam 94 profissionais (Figura 2). Os tipos de recursos éticos considerados como potencialmente úteis na resolução dos conflitos éticos são a ajuda na clarificação das questões éticas ao próprio e aos profissionais envolvidos (42%), alguém capaz de fornecer conselhos específicos sobre o melhor curso de ação (42%), ajuda para esclarecer as questões éticas aos

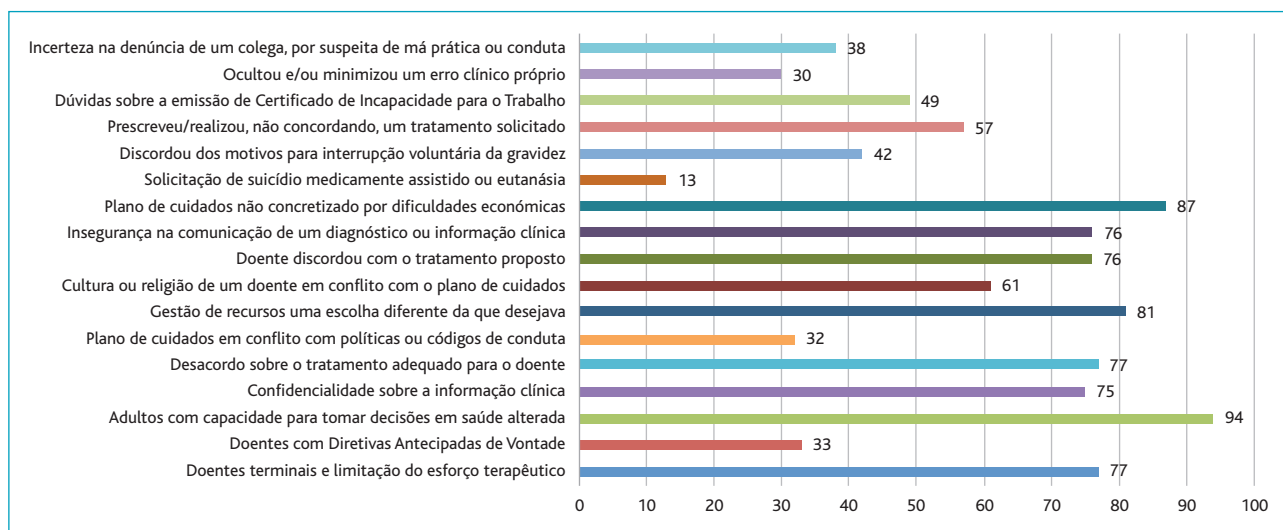


Figura 1. Problemas éticos identificados pelos profissionais.

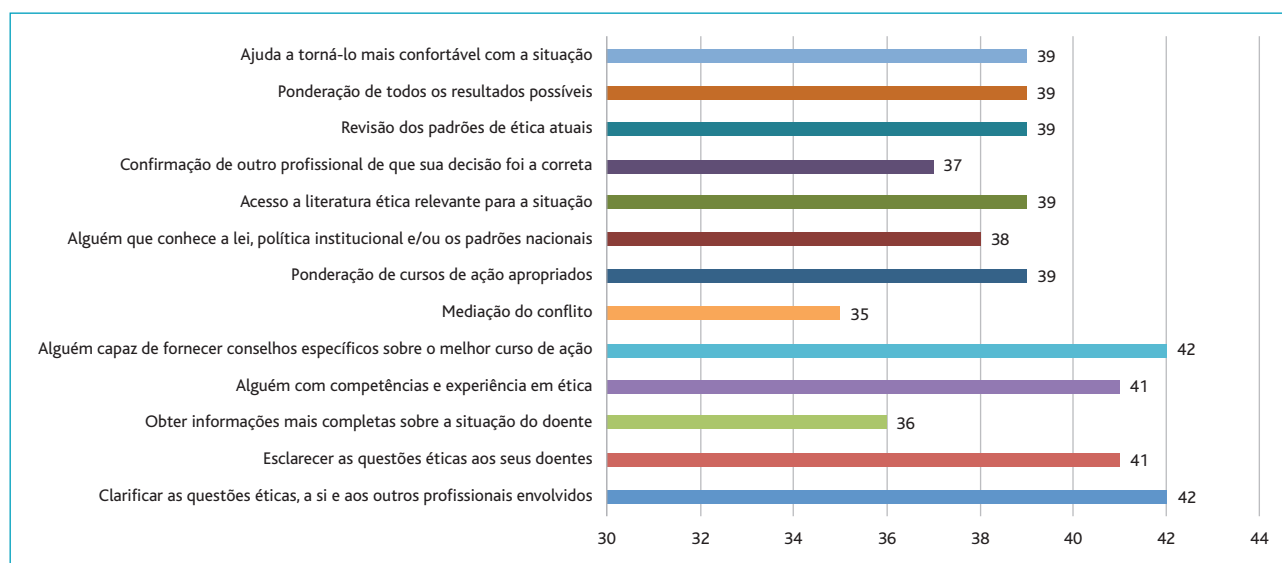


Figura 2. Recursos éticos considerados pelos profissionais na resolução de conflitos éticos.

doentes (41%) e alguém com competências e experiência ética (41%). Os recursos considerados menos úteis são a ajuda na mediação do conflito (35%) e ajuda para obter informações mais completas sobre a situação do doente (36%).

DISCUSSÃO

Na comparação da atual investigação com a de características semelhantes conduzida nos quatro países europeus⁸ verifica-se que existem diferenças, nomeadamente nas características da amostra, fatores que podem condicionar a comparação:

1. Amostra do estudo atual com idade média mais jovem, 43 anos *versus* 51 anos;
2. Estudo atual inclui profissionais médicos e de enfermagem *versus* apenas médicos;
3. Estudo atual concretizado em contexto de CSP *versus* contexto hospitalar, prática isolada de medicina e grupos multidisciplinares.

Relativamente à possibilidade de acesso a uma CES, os profissionais médicos e de enfermagem da ARSLVT parecem ter um conhecimento superior à média citada nos questionários europeus (50% *versus* 17,6%). Na recolha destes dados existe um hiato temporal superior a 10 anos que condiciona a interpretação e comparação destes resultados, podendo também ser a justifica-

ção para uma maior divulgação e conhecimento da existência das CES.

Na comparação dos principais problemas éticos identificados verifica-se que o valor médio da Escala de Experiência Ética foi semelhante nos dois estudos, significando que em média os profissionais se deparam com problemas éticos na sua prática clínica em igual frequência. Quando se analisa a tipologia de problemas éticos mais frequentemente reportados conclui-se que existe uma concordância em percentagem (94%) nas duas investigações relativamente às questões que se prendem com a incerteza na capacidade de decisão em saúde dos utentes, sendo identificado como problema ético mais frequente. A avaliação desta capacidade para tomar decisões em saúde encerra em si uma complexidade clínica e legal com repercussões potenciais na aplicação do processo de consentimento livre, informado e esclarecido. Relativamente aos restantes problemas éticos identificados verifica-se, como os autores do estudo europeu sinalizam, uma variação considerável entre países. Na atual investigação, os problemas éticos identificados em segundo e terceiro lugar de frequência relacionam-se com as questões de não concretização do plano de cuidados por dificuldades económicas ou com a necessidade de gerir recursos, o que poderá relacionar-se com os



constrangimentos decorrentes do contexto político-institucional. Esta variação da frequência dos problemas éticos é também sugestiva da importância do contexto cultural na identificação dos problemas da ética clínica.¹⁶

Quando comparado o grau de satisfação com a resolução de um problema ético as percentagens nas duas investigações são semelhantes, sendo que a maioria dos profissionais que descreveu um problema ético considera que seria útil utilizar alguns dos recursos éticos listados. Dentro dos recursos considerados mais úteis, dois coincidem com os mais utilizados pelos profissionais do estudo europeu, nomeadamente a ajuda na clarificação das questões éticas ao próprio e aos profissionais envolvidos e alguém capaz de fornecer conselhos específicos sobre o melhor curso de ação. Coincidem no recurso menos utilizado, ainda, na ajuda para a mediação do conflito.

Apenas 16% dos profissionais já utilizou algum dos recursos éticos, que é um valor ligeiramente superior ao estudo europeu (13,6%). Estes números vão ao encontro de um estudo publicado em 2006 sobre os comités de ética na Catalunha/Espanha, em que em média as CES recebiam quatro consultas/anuais.¹⁷ Existem várias propostas de compreensão para este facto, entre as quais: 1) as dificuldades na resposta a casos urgentes e/ou atraso na resposta pelas CES; 2) o receio de julgamento pelo profissional que envia a situação; 3) o tempo para preparar o caso; 4) experiências prévias negativas; 5) a percepção que a resposta interfere com as decisões;¹⁸ 6) e a eventual não consciência do profissional que está perante um problema ético, situação designada por Herreros de “cegueira axiológica”, sendo que o mesmo autor descreve que esta resulta da falta de formação ou sensibilidade ética.¹⁹

Em 1999, Kuczewski²⁰ designou este fenómeno que estava a acontecer nas CES de *fails to thrive*. Este síndrome de atraso de crescimento das CES foi caracterizado por: 1) a incerteza sobre a importância clínica das CES e o seu desconhecimento por parte dos profissionais das unidades de saúde; 2) o absentismo dos membros e a falta de presença efetiva deste órgão nas unidades de saúde; 3) a burocratização da função consultiva e o baixo número de consultas; e 4) pouca atividade formativa e de realização de pareceres.

Em resposta a estas dificuldades começaram a desenvolver-se, primeiro nos EUA e mais recentemente em alguns países europeus, sistemas de consultoria ético-clínica. Esta consultoria é definida pela *American Society for Bioethics and Humanities*²¹ como um serviço prestado por um indivíduo ou grupo, com o objetivo de ajudar os utentes, as famílias, profissionais de saúde ou outras partes envolvidas em conflitos de valores que surjam nos cuidados de saúde. A existência de um consultor em ética na instituição poderá ter mais-valias que passam pela proximidade e rapidez de ação, seguimento da evolução da situação, maior confidencialidade e maior proximidade com a situação clínica e com os intervenientes.¹⁹ Por outro lado, a existência de um consultor em ética nas instituições implica a formação e a aquisição de competências que sejam garantia de qualidade e que diminuam as desvantagens que possam surgir, como por exemplo o viés de análise ético. Este viés resulta de um julgamento ético deformado por um conflito de interesses potencialmente existente ou por outros fatores que dificultam uma visão abrangente da situação em apreço.²²

Limitações e forças do estudo

Como principais limitações do estudo os autores identificam: 1) um possível viés de não respondedores, considerando que as unidades respondedoras são aquelas com mais interesse na área; 2) um possível viés de informação, se os clínicos não se recordam bem dos problemas éticos da sua prática; e 3) um possível viés de desejabilidade social, considerando que os clínicos identificam mais problemas éticos porque estão na presença de membros da CES.

Como principais forças considera-se: 1) a amostra representativa da população que será alvo de futura intervenção da CES; 2) a caracterização de um problema local não conhecido; e 3) o aumento da consciencialização dos profissionais para a bioética clínica.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu evidenciar que na ARSLVT cerca de 96% dos profissionais de saúde já experienciou pelo menos um dos tipos de problemas éticos descritos e, em média, experienciam: 1) quatro tipos de problemas éticos frequentemente, ou 2) três tipos frequentemente e dois tipos às vezes.



Os problemas éticos mais frequentemente identificados estão relacionados com dois aspetos principais: a prestação de cuidados a adultos, em que a capacidade para decidir sobre a sua saúde era desconhecida ou estava afetada; e a não concretização do plano de cuidados adequado por dificuldades económicas ou pela necessidade de gerir recursos.

Esses problemas éticos são constitutivos da atividade de assistencial e, como tal, não só contribuem para o aumento da complexidade do cuidar,²³ como levantam a necessidade de um suporte ético adequado na tomada de decisão.

Não obstante a frequência e a natureza dos problemas da ética clínica serem em grande medida a expressão das especificidades dos contextos socioculturais onde a mesma se exerce, não deixa, todavia, de se verificar alguma transversalidade na identificação de alguns problemas recorrentes. O reconhecimento dos problemas éticos clínicos mais frequentes deverá guiar o desenho dos programas de formação em bioética pré e pós-graduada, incluindo a formação como competência das CES.

Relativamente aos recursos considerados úteis no suporte à decisão ética parece existir alguma concordância entre os resultados apurados para a realidade portuguesa e os relativos ao estudo europeu mencionado, salientando-se, como facto comum, uma baixa utilização desses recursos pelos profissionais de saúde. Esta situação deverá ser objeto de reflexão no desenho dos modelos organizativos de suporte à decisão ética. É certo que o Decreto-Lei n.º 80/2018 estabelece que as CES têm competências específicas na ética da prática assistencial e da investigação clínica, mas as atividades de regulação da investigação ocupam a quase totalidade do trabalho das CES,²⁴ pelo que a introdução da figura do consultor ético (ou interlocutor ético) na prática assistencial, à semelhança do que acontece noutros países, poderá ser uma possível solução.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Dr. António Faria Vaz e à Dra. Teresa Marçal, da CES ARSLVT, pelos contributos no desenho inicial da investigação e pelo incentivo ao seu desenvolvimento. Agradecem ao Dr. Rosalvo Almeida pela revisão e adaptação do questionário e às Dras. Cecília Shinn e Liliana Amaral pela tradução do questionário original. Aos profissionais de saúde da UCSP dos Olivais, da USF Dafundo e da USF São João do Estoril, que se disponibilizaram para fazer o teste piloto do questionário. A todos os pro-

fissionais das restantes Unidades de Saúde da ARSLVT, que contribuíram com as suas respostas para a realização da investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pose-Varela CA. El nacimiento de la ética clínica y el auge del eticista como consultor. *Eidon*. 2016;(46):34-69.
2. Sisk B, Dubois JM. The microethics of communication in health care: a new framework for the fast thinking of everyday clinical encounters. *Hastings Cent Rep*. 2022;52(4):34-43.
3. Gracia-Guillén D. La deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica. In: Sarabia J, De los Reyes M, editors. *Comités de ética asistencial*. Madrid:Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000. p. 21-41.
4. Neves-Amado J. Problemas éticos na comunidade. *Rev Ordem Enf*. 2011;(37):27-30.
5. Simões JA. Ética e cuidados de saúde primários: um estudo descritivo em centros de saúde [dissertation]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2015. Available from: <http://hdl.handle.net/10773/16978>
6. Simões C, Araújo I, Araújo N, Fernandes F, Sousa L. Principais problemas éticos nos cuidados de saúde primários [Major ethical problems in primary health care]. *Rev Enferm*. 2020;43(1 Suppl):272-81. Portuguese
7. DuVal C, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *J Gen Intern Med*. 2004;19(3):251-8.
8. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther AM, et al. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *J Med Ethics*. 2007;33(1):51-7.
9. Lima AC, Morales DA, Zoboli EL, Sartório NA. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos [Ethical problems in primary health care: the perception of nurses and doctors]. *Cogitare Enferm*. 2009;14(2):294-303. Portuguese
10. Lillemoen L, Pedersen R. Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nurs Ethics*. 2013;20(1):96-108.
11. Bringedal B, Isaksson Rø K, Magelssen M, Førde R, Aasland OG. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. *J Med Ethics*. 2018;44(4):239-43.
12. Ahmed S. Cluster sampling. The Johns Hopkins University; 2009.
13. Jones SR, Carley S, Harrison M. An introduction to power and sample size estimation. *Emerg Med J*. 2003;20(5):453-8.
14. Basílio N, Cardoso S, Nunes JM, Laranjo L, Antunes ML, Heleno B. Portuguese primary care physicians response rate in surveys: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(3):272-80.
15. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ*. 2004;328(7451):1312-5.
16. Gracia-Guillén D, Cortina-Orts A. La cuestión del valor: discurso de recepción del académico de número. *Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*; 2010. ISBN 9788472963320
17. Ribas-Ribas S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento [Observational study of healthcare ethics committees in Catalonia: CEA-CAT study (1). Structure and functioning]. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(2):60-6. Spanish



18. Beca JP. Consultores en etica clinica y sus funciones. In: Feito-Grande L, Gracia-Guillén D, Sanchez-Gonzalez MA, editors. Bioética: el estado de la cuestión. Madrid: Triacastela; 2011. p. 31-9. ISBN 9788495840646
19. Herreros B. La consultoría ética, alternativa o complemento. Cuad Fundación Víctor Grifols i Lucas. 2017;46:53-62.
20. Kuczewski MG. When your healthcare ethics committee 'fails to thrive'. HEC Forum. 1999;11(3):197-207.
21. American Society for Bioethics and Humanities. Core competences for health care ethics consultation. Glenview: ASBH; 1998.
22. Howe EG. Beyond the basics: more ways that ethics consultants can help patients. J Clin Ethics. 2022;33(1):3-12.
23. Islam R, Weir C, Del Fiol G. Clinical complexity in medicine: a measurement model of task and patient complexity. Methods Inf Med. 2016;55(1):14-22.
24. Nunes L. História das comissões de ética: conferência de abertura [Internet]. In: Reunião Nacional de Comissões de Ética, Hospital da Luz, 22 março 2013. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/4803>

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, IGG, CVD e HR; metodologia, IGG, CVD e HR; *software*, IGG e CVD; validação, IGG; análise formal, IGG e CVD; investigação, IGG e CVD; recursos, IGG; curadoria de dados, IGG; redação do *draft* original, IGG;

redação, revisão e validação do texto final, IGG, CVD e HR; supervisão, IGG. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado. Trabalho realizado no âmbito da CES ARSLVT.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Submetido à CES ARSLVT, com parecer favorável com a referência n.º 5324/2018 e à CNPD com a autorização n.º 6638/2018.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ivone Gonçalves Gaspar

E-mail: ivone.gaspar@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6134-7145>

Recebido em 23-05-2024

Aceite para publicação em 14-07-2025

ABSTRACT

PERCEPTION AND VALUING OF CLINICAL ETHICS ISSUES BY HEALTH PROFESSIONALS: AN OBSERVATIONAL STUDY IN ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

Introduction: Clinical ethics involves identifying, analyzing, and resolving ethical problems that arise in healthcare practice. This study aimed to describe how health professionals identify and manage clinical ethics issues and to identify which tools and support structures they consider useful.

Methods: A cross-sectional, observational study was conducted among health professionals working in primary care in the Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). A one-stage, stratified, simple cluster random sampling method was used to select a total of 400 professionals. A self-administered questionnaire, previously applied in four European countries, was adapted and pilot-tested for this context.

Results: A total of 204 questionnaires were collected. Ninety-six percent of participants reported experience with at least one of seven types of ethical problems described. The most frequently identified issues were caring for adults whose decision-making capacity regarding their health was unknown or impaired (94%), and situations where resource management required professionals to make choices different from those they desired (81%). Only 16% of professionals had used any of the described ethical support resources. The most valued resources for resolving ethical conflicts were those providing help in clarifying ethical issues for themselves and other professionals involved (42%).

Conclusion: Ethical problems are an inherent part of the complexity of healthcare, highlighting the need for adequate ethical support in decision-making. However, the low use of such resources among professionals stands out as a key finding. This should be considered when designing organizational models for ethical decision support.

Keywords: Clinical ethics; Ethical problems; Ethical decision support in healthcare; Ethical consultant.