

Editorial

Objeción de conciencia en enfermería

Victoria Eugenia **Cabal E.**

Enfermera, magíster en Educación
Profesor titular, Facultad de Enfermería
Universidad El Bosque

Es bien sabido que la objeción de conciencia se refiere al derecho que cualquier persona tiene de no obedecer, no ejecutar o no aceptar una orden, norma o ley por considerar que entra en conflicto con las convicciones en las que se fundamenta el propio ser. Es decir, se presenta una objeción de conciencia cuando surge un conflicto entre la norma y la conciencia, lo que se relaciona directamente con el derecho a la autonomía y a la libertad para decidir sobre sí mismo. En este sentido, en Colombia, la Constitución Política garantiza la libertad de conciencia al afirmar que: “Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia” (1), lo que pone la objeción de conciencia en el nivel de un derecho fundamental, por lo que ni la Constitución ni la Ley pueden estar por encima de la conciencia (2).

El ejercicio en enfermería no es ajeno a la objeción de conciencia por cuanto sus profesionales son responsables por acción u omisión de todas las actividades realizadas en su desempeño. El parágrafo del Artículo 9 de la Ley 911 de 2004 hace explícita referencia a la objeción de conciencia cuando establece que:

En los casos en que la ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y los derechos de los seres humanos, el profesional de enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones (3).

Para delimitar el contexto en el que se realiza la reflexión sobre la enfermería y la objeción de conciencia, se requiere definir la perspectiva a partir de la cual estos profesionales fundamentan su quehacer. En la construcción teórica de la enfermería se identifican tres ejes: el primero se refiere al saber, es decir, al conocimiento del desarrollo conceptual orientado a fundamentar la identidad de la disciplina y es resultante de trabajos de investigación; el segundo se enfoca en el cuidado de enfermería como el objeto disciplinar, aquello que constituye su naturaleza o su ser, tal como lo reconocen los teóricos; y el tercero señala la forma como se realizan las intervenciones de enfermería, lo que configura su quehacer. Estos ejes constituyen la base para facilitar la comprensión de la profesión.

EL SABER DE ENFERMERÍA

El conocimiento del desarrollo conceptual de la enfermería permite a los profesionales tanto explicar con suficiencia el marco en el que se basan para guiar el pensamiento crítico, como clarificar los valores y supuestos que orientan la toma de decisiones en su práctica profesional. En este contexto, los conceptos de persona, salud, entorno, cuidado y enfermería se plantean como fundamentos que constituyen el saber disciplinar y delimitan la práctica, la investigación y formación profesional; con el desarrollo conceptual alcanzado, se identifican para cada uno de ellos el sentido y alcance que tienen para la disciplina.

EL SER DE ENFERMERÍA

Se considera que el cuidado de enfermería es la esencia y el sentido de la disciplina, por lo tanto, es pertinente mencionar los elementos constitutivos del concepto.

En primer término, el Cuidado de Enfermería representa en gran medida la visión de interacción, lo que le da el carácter de ser una disciplina social, tal como lo reconoce la legislación colombiana. En segundo lugar, para proporcionar Cuidado de Enfermería hace falta conocer: a) el sujeto de cuidado en su individualidad; b) la situación de salud específica de este sujeto; y c) la forma particular del ejercicio profesional. Por último, el Cuidado de Enfermería exige actuar con calidad científica, técnica y humana (4).

EL QUEHACER DE ENFERMERÍA

Se refiere al desarrollo de acciones contempladas en el ejercicio disciplinar; por lo tanto, este concepto implica que la intervención de enfermería abarca la participación en la definición de políticas públicas referidas a salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento oportuno, la rehabilitación, el acompañamiento para favorecer el bienestar y el bien morir del sujeto de cuidado en su entorno cultural, social y familiar (4).

Hechas estas precisiones sobre el objeto disciplinar de la enfermería, se presenta a continuación una serie de consideraciones que, con base en sus particularidades como disciplina y profesión, han de tenerse en cuenta desde la perspectiva deontológica para establecer la importancia de la objeción de conciencia para el profesional de enfermería.

OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN ENFERMERÍA

La objeción de conciencia se basa en los modelos de comportamiento surgidos del reconocimiento de las propias convicciones y la importancia de mantener la integridad moral. Por tanto, en el contexto de la enfermería, este concepto se centra en el ser mismo del profesional y en sus implicaciones en el ejercicio disciplinar. Según Odell, Abhyankar, Malcom y Rua, citados por Lachman, en la atención en salud esta definición “involucra el rechazo de cualquier acción realizada por un proveedor, fundamentalmente porque podría violar profundamente un valor ético o moral relacionado con lo correcto y lo incorrecto” (5).

En el ámbito del ejercicio profesional, Benjamin, citado por Lachman, se refiere a la objeción de conciencia como el rechazo de un enfermero a ejecutar una acción o a participar en una situación específica con base en la conciencia. La conciencia, agrega este autor, “reclama tres características: un sentido interno que distingue los actos buenos de los malos, la internalización de las normas familiares y sociales, y una reflexión de la integridad y la totalidad de la persona” (5).

Ahora bien, ¿qué identifica que se está haciendo objeción de conciencia y no que se acude a preferencias o deseos para justificar tal rechazo por parte del profesional de enfermería? McCullough, al comentar el trabajo de Wicclair, comparte la tesis donde se expresa que un agente prestador de servicios de salud requiere tres condiciones para reconocer una objeción basada genuinamente en la conciencia:

1. Que el agente tenga un conjunto nuclear de creencias morales (por ejemplo: éticas o religiosas);
2. Que proveer el servicio o el bien sea incompatible con las creencias nucleares de ese agente; y
3. Que el rechazo del agente esté basado en esas creencias nucleares (6).

Se asume, con base en ello, que en coherencia con los principios y valores disciplinares, el profesional de enfermería que hace objeción de conciencia está en capacidad de argumentar a qué valor, principio o creencia profunda y consistente acude para negarse a ejecutar una acción o participar en ella.

Aparisi y Guzmán retoman la Sentencia 19/1985, FJ2º y 120/1990 del Tribunal Constitucional Español para plantear que el interés de quien hace objeción de conciencia

[...] no es obstruir u obstaculizar el cumplimiento social de la norma legal, sino obtener el legítimo respeto a su propia conciencia. La objeción de conciencia encuentra su fundamento en el respeto a la libertad de conciencia. Se presupone que esta libertad posee una proyección interna y externa. De ese modo, la libertad de conciencia implica no solo el derecho de llevar a cabo juicios de conciencia, sino también el reconocimiento de una libertad de actuación conforme a los mismos (7).

IMPORTANCIA DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Coirley y colaboradores (8), citando a Jameton, aseveran que los enfermeros hoy se enfrentan a tres tipos de conflictos éticos: la incertidumbre moral, el dilema ético y la angustia moral. De negarse la objeción de conciencia al profesional, traería como consecuencia, como bien ha sido documentado en la literatura nacional e internacional, el tercer tipo de conflicto al que se ha hecho referencia. Se trata de la angustia moral, en la cual el enfermero, sabiendo en conciencia qué es lo correcto, es decir, cuál es su deber, ejecuta acciones conforme a lo que normas externas (por ejemplo: orden o prescripción médica, normas institucionales) le exigen.

Hamric y colaboradores citan a Bartholome (9), quien hace referencia a la importancia de las jerarquías verticales en la ocurrencia de la angustia moral. Los autores afirman que la objeción de conciencia reduce la probabilidad de que ocurra la angustia moral al permitir al profesional de enfermería decidir, en coherencia con sus principios y valores, sobre lo correcto y lo incorrecto en lo que tiene que ver con el cuidado de enfermería que proporciona. Lo anterior cobra importancia en la disciplina dado que la angustia moral ha tenido consecuencias negativas para los profesionales por cuanto, al comprometerse su integridad moral, se incide también en el cuidado que brindan. A ello se suma que podrían surgir sentimientos negativos como la ira, la culpa o la depresión e inclusive síntomas físicos “como ocurre en las enfermeras, en las que la angustia moral contribuye al síndrome de quemarse por el trabajo y al retiro del sitio de trabajo o incluso al abandono de la profesión” (10).

En la práctica profesional, la objeción de conciencia se puede constituir en una dificultad para el funcionamiento de las instituciones. Sin embargo, la objeción de conciencia expresa precisamente que el enfermero, en su condición de profesional y como sujeto moral, asume “la responsabilidad por el correcto ejercicio de su profesión”, siendo la integridad de las exigencias profesionales que se le demandan las que quedan en discusión en una objeción consciente. Por ello exhortarlo a dedicarse a otra actividad si sus creencias le impiden ejercer la profesión es desconocer los intereses particulares que median en la atención en salud y “que tienden a forzar a los trabajadores del campo de la salud a que participen, directamente o indirectamente, en procedimientos moralmente controvertidos” (11).

La objeción de conciencia se constituye en una demostración del correcto sentido del ejercicio del poder en el desempeño profesional, en contra de su uso arbitrario por los directivos de una institución o de los gobernantes, lo que permite defender un límite en este ejercicio: el límite del respeto a la dignidad humana y a los derechos innatos de todo hombre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4. República de Colombia. Constitución Política, Artículo 18. 1991.
5. Zárate A. Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordenamiento jurídico colombiano. *Prolegómenos - Derechos y Valores*. 2011; XIV(27): 43-56.
6. República de Colombia. Ley 911 de 2004. Parágrafo, Artículo 9.
7. Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. *Rev. Colomb. Enferm.* 2011; 6: 73-81.
8. Lachman V. Conscientious objection in nursing: definition and criteria for acceptance. *Medsurg Nursing* [Internet]. 2014 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 23(3): 196. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Conscientious-Objection-in-Nursing.pdf>
9. McCullough L. Conscientious objection in health care: an ethical analysis. Reviewed by Laurence McCullough. *Notre Dame Philosophical Reviews* [Internet]. 2012 [consultado 2 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/zciDJG>

10. Aparisi A, Guzmán J. El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. *Persona y Bioética* [Internet]. 2006 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 10(1); 35-51. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/927/1007>
11. Coirley M, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics* [Internet]. 2005 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 12(4); 381-90. DOI 10.1191/0969733005ne804oa
12. Hamric A, Davis W, Childress M. Moral distress in health care professionals. What is it and what can we do about it? *The Pharos* [Internet]. 2006 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 69(1); 16-23. Disponible en: <http://alphaomegaalpha.org/pharos/PDFs/2006-1-Hamric-etal.pdf>
13. Arango G. Tensiones que emergen entre los tipos de clima ético organizacional y los conflictos éticos que se presentan a médicos y enfermeros en tres IPS de Bogotá [tesis doctoral]. Universidad El Bosque, 2013.
14. Associació Catalana D'estudis Bioètics. Objeción de conciencia en materia de salud [Internet]. España: Aceb; 2005 [consultado 29 de febrero de 2016]. Disponible en <http://www.aceb.org/oc/oc.htm#oc>

Editorial

Conscientious objection in nursing

Victoria Eugenia **Cabal E.**

*Enfermera, magíster en Educación
Profesor titular, Facultad de Enfermería
Universidad El Bosque*

It is well known that conscientious objection refers to the right to disobey an order, rule or law that conflicts with personal convictions, in the case of conflict between the order and the person's conscience; with a conscientious objection, a direct relationship is created between the rights of autonomy and the freedom to decide about one's self. In Colombia, the constitution guarantees freedom of conscience: "No one shall be harassed because of their convictions or beliefs, or compelled to reveal them, or obliged to act against their conscience" (1) which makes conscientious objection a fundamental right, and implies that neither the Constitution nor the law can rule over conscience (2).

Conscientious objection must be available for nurses, since they, as any other professional, are responsible for actions or omissions in all activities realized in their profession. The Paragraph of Article 9 of Law 911 of 2004 specifies conscientious objection and states:

In cases where the law or the rules of the institutions allow procedures that violate the respect for life, dignity and rights of human beings, the nurse may use conscientious objection, without thereby impairing their rights or being sanctioned (3).

To define the context in which this reflection on Nursing and conscientious objection is made, it is necessary to define the perspective from which nurses base their work. Nursing theory is based on an axis: the first axis refers to knowledge as the conceptual development that leads to the basis of the identity of the discipline, as a result of research; the second axis focuses on the objective of the discipline of nursing itself, which theorists as that of caretaker; and the third axis signals how nursing care is carried out, which determines the task.

NURSING KNOWLEDGE

Knowing the conceptual development of nursing allows professionals to sufficiently explain the context that guides critical thinking to clarify the values and premises that guide decision making in their professional practice. In this sense, the concepts of person, health, environment, care and nursing are disclosed as fundamentals that constitute the knowledge and discipline that circumscribe the exercise of the practice, research and vocational training; with the conceptual development achieved, the meaning and scope represented for discipline are identified in each of them.

THE BEING OF NURSING

The care of Nursing is the essence and sense of the discipline; therefore, it is important to mention the elements that constitute the concept of care.

First of all, nursing care represents to a large degree a vision of interaction, which gives it the character of being a social discipline as recognize by the Colombian legislation. Secondly, in order to provide nursing care, it is important to know: a) the subject of care in their individuality; b) the specific health status of the subject; and c) the particular method of practice of the profession. Lastly, nursing care demands performance with scientific, technical, and human qualities (4).

THE TASK OF NURSING

Referred to is the development of actions contemplated within the discipline; therefore, this concept implies that nursing involves participation on the designation of public policies related to health, health promotion, disease prevention, suitable treatment, rehabilitation, caretaker company to promote wellbeing, and any death of a patient being in good standing with their cultural, social and family setting (4).

With these understandings regarding the discipline of nursing, presented is a series of considerations that, based on the particulars of nursing as a discipline and profession, and from a deontological prospective, establish the importance of conscientious objection.

CONSCIENTIOUS OBJECTION IN NURSING

This concept focuses on the very being of the nurse and the implications for the disciplinary exercise of conscientious objection, if it is understood that the latter is based on models of behavior arising from the recognition of self-convictions and the importance of maintaining moral integrity. According to Odell, Abhyankar, Malcom and Rua, cited by Lachman, in healthcare this definition “includes the rejection of any action taken by a provider, primarily because it would deeply violate an ethical or moral value related to right and wrong” (5).

In the practice of the profession of nursing, Benjamin, cited by Lachman, refers to conscientious objection as the refusal of a nurse to perform a particular action in a specific situation based on their conscience. Conscience, the author adds, “claims three characteristics: an inner sense that distinguishes the good actions from the evil, the internalization of family and social norms, and a reflection of the integrity and the entirety of the self” (5).

However, what differentiates conscientious objection from personal preferences or desires, to justify the nursing professional’s rejection? McCullough comments on Wicclair’s work, and shares a thesis of the three conditions required by the health care professional in order to recognize a decision based on conscientious objection:

1. The provider has a central core of moral convictions (e.g. ethical or religious),
2. The provision of the service or good is incompatible with the moral convictions of that provider and,
3. The rejection is based in those central moral convictions (6).

It is assumed, based on this and in line with the principles and values of the discipline, that a nurse who makes a conscientious objection can explain what value, principle or profound and consistent belief is grounds for refusing to execute or participate in an action.

Aparisi and Guzmán, summarizing judgment 19/1985, FJ2° and 120/1990 of the Spanish Constitutional Court, state that the interest of the person who makes a conscientious objection

[...] is not to obstruct or hinder social compliance with the legal rule but rather to garner legitimate respect for their own conscience. Conscientious objection is founded on respect for the freedom of conscience. It is assumed that this freedom has internal and external projections. Thus, freedom of conscience implies not only the right to perform this judgment on conscience, but also the recognition of a freedom to act accordingly (7).

IMPORTANCE OF CONSCIENTIOUS OBJECTION

Coirley and co. (8), citing Jameton, state that nurses face three types of ethical conflicts: moral uncertainty, ethical dilemma, and moral distress. To deny conscientious objection would result in this third type of conflict, as documented nationally and internationally. It is moral distress, in which the nurse, knowing in conscience what is right, that is, what is their duty, carries out required actions according to external standard (e.g. doctor’s orders or prescriptions, institutional standards).

Hamric and co. cite Bartholome (9), who refers to the importance of vertical hierarchies in the development of moral distress, stated that conscientious objection reduces the possibility of moral distress by permitting the professional nurse to decide, in coherence with his own principles and values, what is right or wrong in the provision of nursing care. This becomes important in nursing since moral distress has had negative consequences for professionals because, by comprising moral integrity, the care provided is also compromised. In addition, negative feelings could emerge including anger, guilt, or depression, and can include other symptoms “such as occur in nurses where moral distress contributes to job complaints, burnout, job abandonment, and even the career retirement” (10).

Conscientious objection could be considered a problem for the functioning of institutions in the professional practice. Regardless, in the capacity of a professional and as a moral subject, conscientious objection expresses precisely that nurses assume “responsibility for the proper exercise of their profession”, with the integrity of the professional requirements that are demanded which are discussed in a conscientious objection. Therefore, referring to the concept and beliefs as preventing a nurse from exercising the profession, suggesting that it is better to engage in another activity, is to ignore the special interests that mediate in health care and “tend to force healthcare professionals to participate, directly or indirectly, in morally controversial procedures” (11).

Conscientious objection is a demonstration of a correct use of power on a professional’s performance, against its arbitrary use by the directors of an institution or the officers, allowing the defense of a limit to this exercise: the limit of respect for human dignity and distinctive rights of every human being.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Colombia. Constitución Política, Artículo 18. 1991.
2. Zárate A. Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordenamiento jurídico colombiano. *Prolegómenos - Derechos y Valores*. 2011; XIV(27): 43-56.
3. República de Colombia. Ley 911 de 2004. Parágrafo, Artículo 9.
4. Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. *Rev. Colomb. Enferm.* 2011; 6: 73-81.
5. Lachman V. Conscientious objection in nursing: definition and criteria for acceptance. *Medsurg Nursing* [Internet]. 2014 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 23(3): 196. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Conscientious-Objection-in-Nursing.pdf>
6. McCullough L. Conscientious objection in health care: an ethical analysis. Reviewed by Laurence McCullough. *Notre Dame Philosophical Reviews* [Internet]. 2012 [consultado 2 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/zciDJG>
7. Aparisi A, Guzmán J. El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. *Persona y Bioética* [Internet]. 2006 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 10(1): 35-51. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/927/1007>
8. Coirley M, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics* [Internet]. 2005 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 12(4): 381-90. DOI 10.1191/0969733005ne804oa
9. Hamric A, Davis W, Childress M. Moral distress in health care professionals. What is it and what can we do about it? *The Pharos* [Internet]. 2006 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 69(1): 16-23. Disponible en: <http://alphaomegaalpha.org/pharos/PDFs/2006-1-Hamric-et-al.pdf>
10. Arango G. Tensiones que emergen entre los tipos de clima ético organizacional y los conflictos éticos que se presentan a médicos y enfermeros en tres IPS de Bogotá [tesis doctoral]. Universidad El Bosque, 2013.
11. Associació Catalana D'estudis Bioètics. Objeción de conciencia en materia de salud [Internet]. España: Aceb; 2005 [consultado 29 de febrero de 2016]. Disponible en <http://www.aceb.org/oc/oc.htm#oc1>

Editorial

Objeção de consciência na enfermagem

Victoria Eugenia **Cabal E.**

*Enfermera, magíster en Educación
Profesor titular, Facultad de Enfermería
Universidad El Bosque*

Sabe-se que a objeção de consciência se refere ao direito que toda pessoa tem de não obedecer, não realizar ou não aceitar uma ordem, norma ou lei, por achar que estas entram em conflito com as convicções em que se fundamentam o próprio ser, ou seja, forma-se um conflito entre a norma e a consciência. Com esta afirmação se faz direta a relação com o direito à autonomia, à liberdade, para decidir sobre si mesmo. Na Colômbia, a Constituição Política garante a liberdade de consciência ao afirmar: “Ninguém será incomodado por suas convicções ou crenças, nem será compelido a revelá-las, nem obrigado a atuar contra sua consciência” (1), o que coloca a objeção de consciência no nível de um direito fundamental, uma vez que nem a Constituição nem a Lei podem estar acima da consciência (2).

Para a enfermagem, a objeção de consciência não tem que ser alheia, uma vez que, como todo profissional, responde por ação ou omissão por todas as atividades realizadas em seu desempenho. O Parágrafo do Artigo 9, da Lei 911, de 2004, faz referência explícita à objeção de consciência quando estabelece:

Nos casos em que a lei ou as normas das instituições permitam procedimentos que infrinjam o respeito à vida, à dignidade e aos direitos dos seres humanos, o profissional de enfermagem poderá fazer uso da objeção de consciência, sem que, por isso, se possa menosprezar seus direitos ou impor-lhes sanções (3).

Para definir o contexto em que se realiza a reflexão sobre Enfermagem e a objeção de consciência, é preciso definir a perspectiva a partir da qual os profissionais de enfermagem fundamentam sua ocupação. Na construção teórica de Enfermagem se identificam eixos: o primeiro se refere ao saber como desenvolvimento conceitual orientado a fundamentar a identidade da disciplina e resultante de trabalhos de investigação. O segundo tem como foco o cuidado de enfermagem como o objeto disciplinar, aquele que constitui a própria natureza da disciplina, os teóricos de enfermagem reconhecem que o cuidado é o ser da Enfermagem. E o terceiro destaca a forma como as intervenções de enfermagem se realizam, o que configura sua ocupação. Estes desenvolvimentos constituem a base para facilitar a compreensão da disciplina profissional.

O SABER DE ENFERMAGEM

O conhecimento do desenvolvimento conceitual de enfermagem permite aos profissionais explicar com suficiência o quadro em que se baseiam para guiar o pensamento crítico e esclarecer os valores e pressupostos que orientam a tomada de decisões em sua prática profissional. Neste sentido, os conceitos de pessoa, saúde, ambiente, cuidado e enfermagem se expõem como fundamentos que constituem o saber disciplinar e que delimitam o exercício da prática, a investigação e formação profissional. Com o desenvolvimento conceitual alcançado, são identificados para cada um deles o sentido e alcance que representam para a disciplina.

O SER DE ENFERMAGEM

O Cuidado de Enfermagem é considerado a essência e o sentido da disciplina, portanto, é pertinente mencionar os elementos constitutivos do conceito de cuidado.

Em primeiro lugar, o Cuidado de Enfermagem representa em grande medida a visão de interação, o que lhe dá o caráter de ser uma disciplina social, tal como a legislação colombiana a reconhece. Em segundo lugar, para proporcionar o Cuidado de Enfermagem, precisa-se conhecer: a) o sujeito de cuidado em sua individualidade; b) a situação de saúde específica deste sujeito; e, c) a forma particular do exercício profissional. Por último, o Cuidado de Enfermagem exige atuar com qualidade científica, técnica e humana (4).

A OCUPAÇÃO DE ENFERMAGEM

Refere-se ao desenvolvimento de ações contempladas no exercício disciplinar, portanto, este conceito implica que a intervenção de enfermagem abranja a participação na definição de políticas públicas referentes à saúde, à promoção da saúde, à prevenção da enfermidade, ao tratamento oportuno, à reabilitação, ao acompanhamento para favorecer o bem-estar e a boa morte do sujeito de cuidado em seu ambiente cultural, social e familiar (4).

Feitos estes esclarecimentos sobre o objeto disciplinar da Enfermagem, é apresentada a seguir uma série de considerações que, com base nas particularidades da Enfermagem como disciplina e profissão, devem-se ter em conta, desde a perspectiva deontológica, para estabelecer a importância da objeção de consciência para o profissional de enfermagem.

OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA NA ENFERMAGEM

Este conceito é centralizado no ser do profissional de enfermagem e nas implicações que a objeção de consciência tem no exercício disciplinar, se entende que esta última se baseia nos modelos de comportamento surgidos do reconhecimento das próprias convicções e da importância de manter a integridade moral. Segundo Odell, Abhyankar, Malcom e Rua, citados por Lachman, esta definição, na atenção em saúde, “envolve a rejeição de qualquer ação realizada por um provedor, fundamentalmente porque poderia violar profundamente um valor ético ou moral relacionado com o correto e o incorreto” (5).

No âmbito do exercício da profissão de enfermagem, Benjamin, citado por Lachman, refere-se à objeção de consciência como a rejeição de um enfermeiro em executar uma ação, ou participar em uma situação específica, com base na consciência. A consciência, adiciona este autor, “reivindica três características: um sentido interno que distingue os atos bons dos ruins, a internalização das normas familiares e sociais e uma reflexão da integridade e a totalidade da pessoa” (5).

Contudo: o que identifica que o que se está fazendo é objeção de consciência e não uma questão de preferências ou desejos para justificar tal rejeição por parte do profissional de enfermagem? McCullough, ao comentar o trabalho de Wicclair, compartilha a tese em que expressa que um agente prestador de serviços de saúde requer três condições para reconhecer uma objeção baseada genuinamente na consciência:

1. Que o agente tenha um conjunto nuclear de crenças morais (por exemplo: éticas ou religiosas);
2. Que prover o serviço ou o bem seja incompatível com as crenças nucleares desse agente; e
3. Que a rejeição do agente esteja baseada nessas crenças nucleares (6).

Assume-se, com base nisso, que, coerentemente com os princípios e valores disciplinares, o profissional de enfermagem que faz objeção de consciência é capaz de argumentar para qual valor, princípio ou crença profunda e consistente ele recorre para negar-se a executar uma ação ou participar dela.

Aparisi e Guzmán, retomando a Sentença 19/1985, FJ2º e 120/1990 do Tribunal Constitucional Espanhol explicam que o interesse de quem faz objeção de consciência

[...] não é obstruir ou bloquear o cumprimento social da norma legal, mas sim obter o legítimo respeito a sua própria consciência. A objeção de consciência encontra seu fundamento no respeito à liberdade de consciência. Pressupõe-se que esta liberdade possui uma projeção interna e externa. Deste modo, a liberdade de consciência implica não somente no direito de exercer juízos de consciência, mas também no reconhecimento de uma liberdade de atuação em conformidade com os mesmos (7).

IMPORTÂNCIA DA OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Coirley e cols. (8), citando Jameton, afirmaram que os enfermeiros hoje enfrentam três tipos de conflitos éticos: a incerteza moral, o dilema ético e a angústia moral. Negar a objeção de consciência ao profissional traria como consequência, como foi bem documentado na literatura nacional e internacional, o terceiro tipo de conflito ao que se fez referência. Trata-se da angústia moral, na qual o enfermeiro, sabendo conscientemente que é o correto, isto é, qual é o seu dever, executa ações conforme o que normas externas (por exemplo: ordem ou prescrição médica, normas institucionais) exigem.

Hamric e cols., citam Bartholome (9), que fazem referência à importância das hierarquias verticais na ocorrência da angústia moral, afirmam que a objeção de consciência reduz a probabilidade de que ocorra a angústia moral, ao permitir ao profissional de enfermagem decidir, coerentemente com seus princípios e valores, sobre o correto e o incorreto no que tem a ver com o cuidado de enfermagem que proporciona. Isto é importante na enfermagem, dado que a angústia moral teve consequências negativas para os profissionais porque, ao comprometer sua integridade moral, incide-se também no cuidado que proporcionam. A isto se soma que poderiam surgir sentimentos negativos como a ira, a culpa ou a depressão e, inclusive, sintomas físicos “como ocorre nas enfermeiras, nas quais a angústia moral contribui para a síndrome de Burnout (esgotamento profissional) e a retirada do local de trabalho ou até mesmo ao abandono da profissão” (10).

Na prática profissional, a objeção de consciência se pode constituir em uma dificuldade para o funcionamento das instituições. Ainda assim, em sua condição de profissional e como sujeito moral, a objeção de consciência expressa precisamente que o enfermeiro assume “a responsabilidade pelo correto exercício de sua profissão”, sendo a integridade das exigências profissionais demandadas as que permanecem discutidas em uma objeção consciente. Portanto, aludir ao conceito: se suas crenças o impedem de exercer a profissão, é melhor que se dedique a outra atividade, é desconhecer os interesses particulares que mediam na atenção em saúde e “que tendem a forçar os trabalhadores do campo da saúde que participem, direta ou indiretamente, em procedimentos morais controversos” (11).

A objeção de consciência se constitui em uma demonstração do correto sentido do exercício do poder no desempenho profissional, em contraponto ao seu uso arbitrário pelos diretores de uma instituição ou pelos governantes, o que permite defender um limite a este exercício: o limite do respeito à dignidade humana e aos direitos inatos de todo homem.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Colombia. Constitución Política, Artículo 18. 1991.
2. Zárate A. Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordenamiento jurídico colombiano. *Prolegómenos - Derechos y Valores*. 2011; XIV(27): 43-56.
3. República de Colombia. Ley 911 de 2004. Parágrafo, Artículo 9.
4. Cabal V, Guarnizo M. Enfermería como disciplina. *Rev. Colomb. Enferm.* 2011; 6: 73-81.
5. Lachman V. Conscientious objection in nursing: definition and criteria for acceptance. *Medsurg Nursing* [Internet]. 2014 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 23(3): 196. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Conscientious-Objection-in-Nursing.pdf>

6. McCullough L. Conscientious objection in health care: an ethical analysis. Reviewed by Laurence McCullough. Notre Dame Philosophical Reviews [Internet]. 2012 [consultado 2 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/zciDJG>
7. Aparisi A, Guzmán J. El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. *Persona y Bioética* [Internet]. 2006 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 10(1); 35-51. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/927/1007>
8. Coirley M, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics* [Internet]. 2005 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 12(4); 381-90. DOI 10.1191/0969733005ne804oa
9. Hamric A, Davis W, Childress M. Moral distress in health care professionals. What is it and what can we do about it? *The Pharos* [Internet]. 2006 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 69(1); 16-23. Disponible en: <http://alphaomegaalpha.org/pharos/PDFs/2006-1-Hamric-etal.pdf>
10. Arango G. Tensiones que emergen entre los tipos de clima ético organizacional y los conflictos éticos que se presentan a médicos y enfermeros en tres IPS de Bogotá [tesis doctoral]. Universidad El Bosque, 2013.
11. Associació Catalana D'estudis Bioètics. Objeción de conciencia en materia de salud [Internet]. España: Aceb; 2005 [consultado 29 de febrero de 2016]. Disponible en <http://www.aceb.org/oc/oc.htm#oc1>