

# DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

UMA NOVA COREOGRAFIA DO SABER

## COORDENAÇÃO

AMÉRICO PEREIRA | AMÉLIA SIMÕES FIGUEIREDO |  
PATRÍCIA PONTÍFICE SOUSA | CLARA ROQUETE VIANA

## AUTORES

ALEXANDRE TOMÁS | AMÉLIA SIMÕES FIGUEIREDO | AMÉRICO PEREIRA |  
BEATRIZ PIRES | DANIEL MINEIRO | D. ALEXANDRE BRITO PALMA  
| ELSA AZEITEIRO | LUCIANA KUSUMOTA | PATRÍCIA PONTÍFICE SOUSA |  
PEDRO CALDEIRA | RUI LOPES | TÂNIA DOS SANTOS AFONSO



CATÓLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

UCP  
EDITORA

TÍTULO Do cuidado em enfermagem  
Uma nova coreografia do saber  
COORDENAÇÃO Américo Pereira, Amélia Simões Figueiredo,  
Patrícia Pontífice Sousa, Clara Roquete Viana  
COLEÇÃO Varia

© Autores  
© Universidade Católica Editora

REVISÃO Patrícia Feio  
PAGINAÇÃO Magda M. Coelho  
CAPA Ana Luísa Bolsa | 4 ELEMENTOS  
DATA fevereiro 2025  
eISBN 9789725411032



Universidade Católica Editora,  
Sociedade Unipessoal, Lda.  
Palma de Cima 1649-023 Lisboa  
Tel. (351) 217 214 020  
uceditora@ucp.pt | www.uceditora.ucp.pt

COORDENAÇÃO

Américo Pereira, Amélia Simões Figueiredo  
Patrícia Pontífice Sousa, Clara Roquete Viana

# **Do cuidado em enfermagem**

## **Uma nova coreografia do saber**

**UCP**   
EDITORA

# Índice

<b>Agradecimentos</b>	6
Amélia Simões Figueiredo	
<b>Apresentação</b>	10
Patrícia Pontífice de Sousa	
<b>Introdução</b>	
<b>Vida, saúde, cuidado, enfermagem</b>	14
Américo Pereira	
<b>1. Alargar os horizontes do cuidado</b>	27
D. Alexandre Brito Palma	
<b>2. O cuidado como estrutura da civilização</b>	33
Américo Pereira	
<b>3. Acesso a cuidados de saúde no contínuo ciclo de vida</b>	54
Alexandre Tomás	
<b>4. Qualidade de vida e saúde da pessoa idosa em hemodiálise: interface com o cuidado integral</b>	63
Luciana Kusumota	
<b>5. Papel do enfermeiro no ciclo de gestão de catástrofes</b>	70
Pedro Caldeira	
<b>6. Noruega: da euforia do verão à depressão do inverno</b>	75
Elsa Azeiteiro	

<b>7. Tratamento e redenção: o <i>kairós</i> da humanidade</b>	80
Daniel Mineiro	
<b>8. O utente paliativo em serviço de urgência: impacto económico</b>	93
Tânia dos Santos Afonso	
<b>9. Aprendizagens significativas – experiências profissionais</b>	98
Rui Lopes	
<b>Posfácio</b>	113
Beatriz Pires	

#### **Posters apresentados a concurso e premiados**

«Primeiro Prémio»	116
«Menção Honrosa»	117
«Menção Honrosa»	118
«Menção Honrosa»	119

# Agradecimentos

Amélia Simões Figueiredo<sup>1</sup>

Dou as boas vidas a todos os participantes nas XIII (13) Jornadas Nacionais e XI (11) Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem (Lisboa), cumprimentando todas as pessoas que integram a mesa de abertura e muito nos honram com a sua presença.

Cumprimento o Senhor Vice-Reitor, Professor Doutor Peter Hanenberg, em representação da Magnífica Reitora, Professora Doutora Isabel Capelo Gil. É sempre um gosto integrar uma mesa com a presença do Senhor Vice-Reitor, que deixa invariavelmente uma marca muito simpática, sendo já habitual nos nossos eventos.

Cumprimento o Senhora Enfermeira Sílvia Fernandes, Vice-Presidente do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, em representação do Senhor Bastonário, Enfermeiro Luís Barreira. Agradeço a presença constante da Ordem na nossa Academia quer em eventos desta natureza quer no acompanhamento dos nossos estudantes de licenciatura em Enfermagem, bem como dos Mestres Enfermeiros especialistas. Esta relação tem sido profícua para a Profissão e para a Área Científica da Enfermagem.

---

1 Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Diretora da Escola de Enfermagem (Lisboa).

Cumprimento a Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, Regente da Unidade Curricular «Integração à Vida Profissional», que, nesta qualidade, preside a estas Jornadas, contando com a colaboração da Professora Doutora Clara Roquette Viana, Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Quero, ainda, dizer que a Senhora Professora Patrícia integra este evento há já treze anos; felicito-a por este feito académico, que muito prestigia a nossa Academia e a Enfermagem.

Cumprimento a estudante Beatriz Pires, Presidente da Associação de Estudantes da Escola de Enfermagem de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa, agradecendo todo o seu desempenho e pro-atividade no associativismo académico. Por fim, saúdo as estudantes finalistas, a estudante Beatriz Pires, Presidente da Associação de Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, e a estudante Margarida Almeida, representante dos estudantes finalistas e da Comissão Organizadora destas Jornadas de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, que se constituem como ilustres representantes da turma dos finalistas e futuros Enfermeiros deste país, e do mundo.

Cumprimento agora toda a assembleia presente, destacando: os Estudantes dos quatro anos curriculares, os Professores, Investigadores e Colaboradores desta Academia; os Senhores Enfermeiros Diretores, os Senhores Enfermeiros Gestores e os Senhores Enfermeiros Orientadores. Aproveito o momento para enaltecer a vossa colaboração na aprendizagem dos estudantes de Enfermagem que estão hoje aqui presentes.

Cumprimento, em particular, todos os estudantes finalistas pela escolha da temática «Do Cuidado em Enfermagem: Uma nova coreografia do saber».

A temática não só segue uma tradição académica como se inscreve no lema da Universidade Católica Portuguesa para o presente ano letivo.

Se me permitem, dirijo-me, agora, especificamente à turma dos finalistas, referindo: que melhor forma de terminar um ciclo de estudos senão revisitando o *Cuidado* como a estrutura da civilização e o *Cuidado* na integralidade dos saberes, no país e no mundo, cuidado sempre envolto em saber coreografado, isto é, o cuidado e o saber coreografado – tendo presente a reflexão da Magnífica Reitora – como valores para a tomada de decisão.

Neste momento, reflito sobre as provas que deram ao longo do vosso processo de academização, no respeito pelo cuidado de Enfermagem e pelo saber disciplinar, na relação convosco, na relação com os outros e na relação com o «Outro», em contextos vários, nas comunidades, na clínica, nas academias.

Do discurso da Magnífica Reitora, aquando do dia da Universidade Católica Portuguesa, destaco, a propósito do lema da Universidade Católica Portuguesa, que (e cito):

«Para a Universidade, esta nova coreografia estrutura-se em torno da relação poliédrica dos saberes. Significa postular a harmonia de um *Chóros* como modelo de uma sociedade, cujas partes se relacionam entre si e de forma integrada. A coreografia sugere uma gestão do movimento que não exclui a autonomia e liberdade, pelo contrário, são corpos livres os que são impelidos ao movimento. E é também em liberdade que se relacionam entre si, sem perder a autonomia, mas criando novas figurações».

## AGRADECIMENTOS

Com esta inquietação, que a Senhora Reitora nos deixou, a todos desejo que estas jornadas concorram para que, em autonomia e liberdade, sejam impelidos a criar novas figurações de Cuidado e de saber disciplinar da Enfermagem.

# Apresentação

Patrícia Pontífice de Sousa<sup>2</sup>

Neste tempo de cuidado contemporâneo, as desigualdades aprofundam-se, os nacionalismos crescem, as guerras grassam. A fase que o mundo atravessa, com os fenómenos globais, com todos os respetivos efeitos disruptivos e devastadores, conduz-nos à discussão sobre os desafios mais atuais na enfermagem, que são imensos e que ocorrem em diferentes domínios, cada vez mais transversais quer na missão – tão-só a de «melhorar a condição humana» e capacitar a sociedade – quer na contribuição do cuidado para o futuro da humanidade, com exigências acrescidas, permitindo repensar a prática e enriquecer a esfera da Enfermagem, nos seus diferentes domínios de saber.

O tema «Do Cuidado em Enfermagem: Uma nova coreografia do saber» convoca-nos, numa ligação ao lema anual da UCP e sustentados na sua missão, para um dia de «encontro», de diálogo transversal de saberes, em que buscaremos despertar para a harmonia do cuidado, enquanto compromisso comum e integral, que procura, perante os problemas da humanidade, preparar profissionais qualificados para dar respostas consistentes e integradoras, tendo como finalidade um cuidado mais

---

2 Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Regente da Unidade Curricular «Integração à Vida Profissional».

responsável e sustentado, fundado no reconhecimento da dignidade e humanidade da pessoa humana.

A vida humana é vida de cuidado, e uma sociedade que cuida tem de ter em si, justamente, o sentido da humanidade, associado à responsabilidade do cuidar, acentuando em particular o papel da educação. O modo de ser-no-mundo dá-se na forma de interação e de intervenção, e realiza-se pelo cuidado.

Num caminho do cuidado, fundado na relação com o outro, procuraremos, com estas jornadas, numa organização harmoniosa, potenciar a capacitação e consciencialização para o cuidado da totalidade da pessoa, em que a dimensão do Saber (para além da coreografia) constitui um pilar crucial.

Sob o enquadramento de um compromisso institucional e profissional, reconhecemos a importância da pluralidade e diversidade científica, ao abordarmos, nestas jornadas, múltiplas perspetivas do cuidado em saúde, mormente em Enfermagem, enquanto resposta ao apelo do outro, que acolhe a condição humana fragilizada, exposta a vulnerabilidades e riscos inesperados, pelo que, ao longo deste dia, procuraremos criar um espaço científico de reflexão. Fazemo-lo, concretamente, em torno da relação poliédrica dos saberes, iniciando os trabalhos com uma conferência que acolhe o sentido do «Cuidado humano como estrutura da civilização» e ancora três eixos de saber integradores:

O primeiro eixo assenta na integralidade dos saberes, na valoração do cuidado integral, em que se reconhece a importância das relações interpessoais na saúde e no bem-estar da pessoa, com enfoque na espiritualidade como um pilar do cuidado humanizado, como Valor, e como contributo para a vida e para a saúde, integrando, numa perspetiva alargada do

conhecimento, a importância do acesso aos cuidados de saúde no contínuo ciclo da vida.

O segundo eixo, que, em tempos de conquista, invoca a Enfermagem no Mundo, permite, a este propósito, refletir sobre o lugar e horizonte da Pessoa Idosa, como Ser em relação. Permite, também, pensar o lugar do Enfermeiro em tal relação, e o Valor do cuidado integral, na relação com as diferentes dimensões da Pessoa Humana, na construção de uma Cultura de Responsabilidade Social, na gestão de situações limite, na partilha de experiências de cuidado além fronteiras, e na importância da relação como um recurso estrutural em prol do bem comum.

Finalmente, o terceiro e último eixo de *saber e saber fazer*, em que se abre um espaço que procura olhar alguns desafios da Enfermagem na atualidade e particularizar o caminho dos cuidados de saúde, contextualizando a fragilidade humana na sua própria natureza. Reflete-se sobre o atendimento dos Mais Frágeis, do Utente paliativo, e sobre os cuidados para a obtenção de melhores ganhos em saúde, e, por fim, a partir de uma lógica de solidariedade e Fraternidade Social, dá-se sentido às questões da Emigração da Enfermagem portuguesa, ao serviço da Humanidade, em que se releva como valor o seu contributo. Como um processo de intervenção no campo interdisciplinar em saúde, reconhecemos efetivamente que tal se constitui como um desafio aliciante, com efeitos na saúde humana, individual e coletiva.

É este o enquadramento para o nosso encontro e reflexão. Faço votos para que este seja um dia em que possamos beneficiar de novos olhares dirigidos ao conhecimento e desenvolvimento científico acerca do cuidado humano, não só através das comunicações bem como pela partilha dos pósteres,

trabalhos que nos conduzem a poder reafirmar a Centralidade da Pessoa como Valor de cuidado de enfermagem, ao serviço de uma vida digna.

Reafirmamos o sentido do conhecimento próprio em Enfermagem, para que se possa chegar a uma educação mais aberta e inclusiva que decorre da especificidade e missão da Universidade Católica, na relação com os desafios sociais, éticos, ambientais e culturais.

Não sendo nosso objetivo esgotar os temas abordados, acreditamos ser, hoje, possível criar espaços de verdadeira reflexão, através da possibilidade, encontrada, de refletir na multidimensionalidade do Cuidado inscrevendo-o no quadro de valores que consideramos ser determinantes em Enfermagem, no contexto das melhores práticas dos profissionais de saúde, concretamente dos Enfermeiros, em que se manifesta, atendendo à natureza do cuidado, a importância de olharmos para novos desenvolvimentos, novas perspetivas nesta área, capazes de serem percursos confortadores em prol da qualidade dos cuidados, contribuindo, no nosso entender, para a felicidade da Pessoa, no seu melhor interesse que é a Saúde e qualidade de vida.

Em época de desafios constantes, desejamos que as reflexões acerca «Do Cuidado em Enfermagem: Uma nova coreografia do saber» elevem o processo de intervenção no campo interdisciplinar da saúde, em prol da vida da pessoa que se manifesta, que se dá, que se partilha, que se confia.

Termino recordando as Palavras do Papa Francisco (2023), quando reafirma que a cultura do cuidado requer um processo educativo, e acrescenta que «devemos cultivar os saberes sendo importante a especialização, nunca estagnando e sabendo interligar as várias áreas do saber».

# Introdução

## Vida, saúde, cuidado, enfermagem

Américo Pereira<sup>3</sup>

*O tema do cuidado, em termos antropológicos, éticos, políticos, e, no seio de cada uma destas grandes categorias, em todas as atividades, teóricas ou prático-pragmáticas pertinentes, nomeadamente, e talvez mesmo principalmente, no âmbito das disciplinas/artes relativas à saúde, precisamente aos cuidados de saúde, não é algo de recente.*

Por mais que movimentos tipicamente ideológicos, logo, alienados do concreto da realidade, se queiram reclamar da novidade do cuidado, reduzindo tal tema a algo de modal, de historicamente situado, na sua e nossa contemporaneidade, nem por isso deixa o *real cuidado* de ser *perene eixo fundamental e incontornável de construção da humanidade*.

Procure-se pelo *cuidado* nos incontáveis mitos antigos que até nós chegaram, e verifique-se a *presença*, mesmo no seio de histórias, por vezes, de extrema violência, bem vincada, do *ato de cuidado*, marcando, com um indelével rasgo de humanidade, isso que faz que a mesma humanidade mereça tal

---

<sup>3</sup> Professor na Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.

nome, nome não atribuível, de modo credível, pela violência – marca bestial e anti-humana –, mas apenas por tal mesmo *cuidado*.

*A humanidade não se afirma como tal pela bestialidade da violência, por mais heroica que possa parecer, mas pela grandeza pacífica do cuidado.*

Lembre-se, por exemplo, o cuidado do Pai Príamo relativamente aos restos mortais de seu filho, Heitor, ou o cuidado que o Ulisses, possível perene amante de Calipso, a mais bela de entre mulheres e deusas, tem por sua mulher e seu filho, cuidado centrífugo, dadivoso, a que a deusa corresponde com um *amante cuidado* pelo amante, a quem liberta para voltar para junto de esses de quem cuida. Os exemplos podem multiplicar-se indefinidamente, tal a importância do sentido antropológico do ato em causa.

Isso é ‘coisa de mito’, pode o comum cínico político objetar. Pois bem, com o Velho Platão, o tema do cuidado surge clara e filosoficamente, e com o termo próprio, já adulto, «therapeyo/ /therapeia» («eu cuido/cuidado»), como *motivo único* para a ação política. O mais é lixo político. Compreende-se um pouco melhor o ódio de certas pessoas a Platão, esse que obriga a que o governo da cidade seja exclusivamente ministrado como *cuidado* para com o bem possível da mesma, ou seja, como *cuidado* de e para cada um dos seus humanos componentes (não se restringindo a estes, mas englobando tudo o que constitui a cidade).

*Governar é um ato de cuidado.* Não é, por exemplo, um ato de apropriação de bens alheios ou de abuso de poder sobre terceiros. Pode dizer-se que *governar é o ato de cuidar da saúde da «polis»*, cidade; governar, que é o ato de saudável agir na e para a cidade, como cuidado.

Deste modo, em nada espanta que o médico Aristóteles tenha um tão profundo trabalho acerca de como construir a cidade, como médico que ajuda a cidade a ser parida, mas também nos seus tempos infantis de crescimento, na sua mocidade, na sua adultez, na velhice; todavia, não na morte, mas na renovação, no constante parir de ‘nova cidade’, em forma de novos cidadãos, assim, renovando o pormenor humano, numa ciclicidade tipicamente biológica, tipicamente necessitando de *cuidados* próprios das e para as coisas biológicas.

Sendo assim, a própria cidade confunde-se com *isso que é como ato de cuidado*, sem o qual, mais cedo ou mais tarde, morre.

Neste sentido, a atividade da Enfermagem impõe-se como prestação de cuidados continuados à saúde da cidade, não em abstrato, como a última afirmação indica, mas no concreto de cada pessoa.

Como todas as outras atividades específicas no âmbito dos cuidados de saúde, a Enfermagem é custódia não da doença, mas da saúde. No âmbito basal da saúde da cidade, deve competir à Enfermagem a custódia da saúde, através do exercício de cuidados próximos prestados às pessoas. Deve competir à Enfermagem a permanente «triagem» em saúde, detetando, assim, *antes de a saúde se degradar*, o que, após tal deteção, há que encaminhar para outro tipo e nível de cuidados, nomeadamente de tipo curativo, remediador.

Tal significa que o governo da saúde da cidade deveria começar com a Enfermagem, terminando em outras formas de cuidado, todavia, em modo de encaminhamento racional, racionalidade que inclui, muito cartesianamente, o tempo devido na deteção e encaminhamento, a devida universalidade

do cuidado, a centralidade de toda a prática na pessoa, para salientar apenas três características fundamentais.

Deste modo, enquadram-se perfeitamente na longa tradição de custódia do cuidado o título, o tema e o objeto escolhidos para as «XIII Jornadas Nacionais e XI Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem (Lisboa): Do cuidado em Enfermagem: Uma nova coreografia do saber!», que se realizaram a 18 de junho de 2024, e de que este livro é testemunho, através dos capítulos que o compõem.

A presente obra inicia-se com os textos correspondentes aos discursos inaugurais, a cargo da Diretora da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo, da Regente da Unidade Curricular «Integração à Vida Profissional», que, nesta qualidade, presidiu às Jornadas<sup>4</sup>, Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, e da estudante Beatriz Pires, Presidente da Associação de Estudantes da Escola de Enfermagem de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa.

Com as suas palavras, a Professora Amélia Simões Figueiredo começou por saudar os vários intervenientes nas Jornadas, salientando a pertinência da escolha do tema do Cuidado em Enfermagem, cuidado tanto mais importante quanto a sua coreografia contribuir para uma prestação de cuidados de saúde integrados e, sobretudo, centrados na pessoa humana.

Sublinhando as palavras da Magnífica Reitora sobre o modo coreográfico do ser-se em sociedade, segundo as quais

---

4 No que contou com a colaboração da Professora Doutora Clara Roquette Viana, Coordenadora da Licenciatura em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

«A coreografia sugere uma gestão do movimento que não exclui autonomia e liberdade, [...] criando novas figurações», incentiva-se os novos Enfermeiros – e todos os Enfermeiros – a que «sejam impelidos a criar novas figurações do Cuidado e de saber disciplinar da Enfermagem».

Quis, com as suas palavras iniciais, a Professora Patrícia Pontífice de Sousa agradecer a presença das pessoas que permitiram a montagem das Jornadas, bem como a presença de quem, com a Jornadas, aposta em fazer crescer o seu conhecimento e a sua capacidade de reflexão.

Relembrando a matriz interdisciplinar do modo como a Universidade deve relacionar as diferentes áreas de conhecimento, chamou também a atenção para os tempos difíceis em que o global mundo hodierno se encontra mergulhado, suscitando mais agudamente a intervenção imprescindível da Enfermagem, mormente no que concerne o Cuidado para com quem dele necessita. Perante estas incontornáveis condições existenciais, de que não há fuga possível, o trabalho académico de um curso de Enfermagem consiste em «preparar profissionais qualificados para dar respostas consistentes e integradoras, tendo como finalidade um cuidado mais responsável e sustentado, fundado no reconhecimento da dignidade e humanidade da pessoa humana».

Usando da palavra, a estudante Beatriz Pires, após saudar os presentes, salientou a adequada escolha do tema das Jornadas, sublinhando que «na enfermagem cada ação e decisão devem ser cuidadosamente ponderadas e executadas», lembrou que esta é uma ocasião para «olharmos para o futuro e refletirmos sobre como podemos continuar a contribuir para a evolução da enfermagem», que é «profissão em constante evolução», pelo que, como Enfermeiros, «Devemos estar sempre

dispostos a questionar, a explorar novas abordagens, e a integrar novos conhecimentos e tecnologias na nossa prática».

No primeiro capítulo, intitulado «Alargar os horizontes do cuidado», o Bispo, Professor Doutor D. Alexandre Brito Palma, claramente define, de entrada, o escopo universal do cuidado: «O horizonte do cuidado deverá ter a extensão do humano», devendo tal prática, que «objetiva uma visão humanista», evitar qualquer modo reducionista, sustentada numa «visão integral do humano». Evitando práticas que «fragmentam a unidade do humano», alargando as «formas de racionalidade», a modos não redutoramente métricos, o exercício do cuidado – como o exercício teórico e prático da Teologia teve de assumir epistemologicamente –, respeitando um irreduzível cerne de humanidade e de larga racionalidade – não positivista –, tem de «alargar a relação terapêutica de uma compreensão meramente física das suas práticas para uma consideração integral de todos os sujeitos humanos nelas envolvidos», incluindo as pessoas prestadoras de cuidados.

O horizonte do cuidado tem de ser sempre balizado por questões fundamentais, como: «Ter-se-á já dado ou levado tão longe quanto desejável este “alargamento dos horizontes do cuidado”?»; «Haverá abordagens clínicas que reflitam ainda um entendimento redutor ou fragmentado da condição humana, em que as várias dimensões que a compõem (física-corpórea, psíquica-anímica, religiosa-espiritual) não são vistas na sua interação ou não são sequer consideradas?».

No segundo capítulo, intitulado «O cuidado como estrutura da civilização», Américo Pereira reflete sobre o cuidado como cerne ativo de construção ética e política da sociedade humana, único capaz de transformar isso que socialmente, sem o exercício do cuidado, mais não é do que um agregado

de indivíduos humanos em algo como uma comunidade, ato universal em que é o bem próprio de cada um e de todos que conta, que ‘imperar’. Sem cuidado, não há humanidade: há, invocando o cinismo político de Hobbes, uma selva em que os seres humanos são uns para os outros como ferozes lobos.

No terceiro capítulo, intitulado «Acesso a cuidados de saúde no contínuo ciclo da vida», Alexandre Tomás mostra cuidadosamente como – tendo em especial conta o «atual contexto da organização dos serviços/unidades prestadoras de cuidados de saúde, em Unidades Locais de Saúde» – tem havido «um aumento gradual da procura por cuidados de saúde, seja no âmbito dos cuidados de saúde primários, hospitalares ou continuados, bem como de cuidados paliativos, nos setores público, privado e social».

Deste modo, indelutavelmente, «o Sistema de Saúde», para lá de ter «necessidade de garantir qualidade assistencial», «depara-se com o imperativo de promover acesso ao nível da promoção da saúde, da resposta a procura aguda, bem como ao nível da continuidade de cuidados».

Com pormenor e conhecimento de causa, o autor consubstancia em razões a tese apresentada, cuja conclusão se pode sintetizar nas seguintes palavras: «Em suma, e no atual contexto organizacional do Sistema de Saúde Português, considero que garantiremos melhor acesso a cuidados de saúde no contínuo ciclo de vida se implementarmos: as equipas multissetoriais de intervenção comunitária, equipas de saúde familiar, centros integrados de diagnóstico e urgências referenciadas.»

No quarto capítulo, intitulado «Qualidade de vida e saúde da pessoa idosa em hemodiálise: interface com o cuidado integral», Luciana Kusumota relata, com grande acribia, que

«De entre os projetos de investigação que desenvolvemos, o intitulado “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde [QVRS] de pacientes em Hemodiálise: um estudo longitudinal” tem sido um projeto bastante importante na nossa carreira académica e na formação de pós-graduandos de mestrado e de doutoramento, além de estudantes de graduação», projeto que «busca avaliar a QVRS e investigar as interfaces com o cuidado de enfermagem à pessoa adulta e idosa com DRC».

Se bem que haja muitas e boas perspetivas futuras para a investigação, pode avançar-se, já, que «O transcorrer dos anos em tratamento por diálise pode ser considerado como um fator de sobrecarga para o paciente, em especial por envelhecer em diálise. Em função do aparecimento da doença, do aparecimento das complicações e da própria senescência, é essencial reconhecer as mudanças da QVRS destes pacientes e a relação entre estas variáveis e os desfechos adversos».

No quinto capítulo, intitulado «Papel do enfermeiro no ciclo de gestão de catástrofes», Pedro Caldeira mostra em que consiste tal ciclo, e qual pode e deve ser a contribuição da Enfermagem para o bom sucesso das ações empreendidas no seio de tal movimento, «processo contínuo que visa reduzir os impactos de desastres, melhorar a resposta e facilitar a recuperação». Tal «ciclo é dividido em quatro fases principais: mitigação, preparação, resposta e recuperação».

Apresenta-se o detalhe das referidas fases, ações em que os Enfermeiros «desempenham um papel fundamental, contribuindo com a sua *expertise* em cuidados de saúde, planeamento e resposta a emergências», ressaltando, sempre, no concreto, o exato papel do Enfermeiro, concluindo que tal é essencial «em todas as fases do ciclo de gestão de catástrofes», sendo que o seu «envolvimento ativo [...] na mitigação,

preparação, resposta e recuperação garante uma abordagem abrangente e integrada para lidar com desastres, promovendo a resiliência das comunidades e minimizando os impactos negativos», o que insere tal prática num ambiente e modo de cuidado.

No sexto capítulo, intitulado «Noruega: da euforia do verão à depressão do inverno», Elsa Azeiteiro apresenta a realidade do «sector da saúde» na Noruega, cuja realidade histórica e cultural começa por breve, mas claramente, referir, mostrando as vantagens e desvantagem de tal condição.

É manifesto o interesse que os governos noruegueses têm pela boa qualidade do seu «sector da saúde», o que provoca uma evidente «satisfação da população», havendo acesso «garantido a todas as pessoas, tendo direito a atendimento e tratamento completamente gratuito». Exemplifica-se, concretizando: «O número de médicos de família e de equipas de enfermagem é elevado, de forma a que exista um “centro” de saúde em cada bairro facilitando o acesso e a criação de uma relação de proximidade.»

No que concerne «A qualidade de vida dos profissionais de saúde, mais especificamente dos enfermeiros, é [...] alta», nomeadamente «salários elevados», podendo «o trabalhador [...] escolher a percentagem de horas semanais que pretende fazer e alterar» tal escolha «conforme as necessidades familiares ou pessoais».

No sétimo capítulo, intitulado «Tratamento e redenção: o *kairós* da humanidade», Daniel Mineiro ensaia um percurso reflexivo em que, tendo como objetivo primeiro e último o absoluto do que é a entidade humana concreta, em carne, de carne, realidade irreduzível a mera materialidade ou biologia, pensa quer a naturalidade quer a artificialidade

da inteligência e do humano, na sua relação, mas, também, na necessária complementaridade da inteligência posta nas máquinas com a inteligência em humana carne, em modo de boa finalidade, essa que serve o bem de cada indivíduo humano, todavia, nele e com ele, toda a humanidade, no que é um desiderato de bem comum.

A máquina, se posta inteligentemente ao serviço deste bem comum, pode perfeitamente co-adjuvar o ser humano no cuidado e no conforto do cuidado, ou, mesmo, substituí-lo, quando aquele não se mostra à altura da tarefa. O autor espraia a sua reflexão por temas como: o mundo das relações, que questiona; o significado de «criar» artificialmente, em que discute o legado ilusório do atomismo lógico, bem como a mesma artificialidade de Homem e máquina. Aborda a cooperação maquinal, cada vez mais necessária em âmbito de cuidados competentes, ponderando acerca da relação entre a ética mecânica e a poiética humana, que têm a humana fragilidade como ponte. Por fim, aborda a questão do cuidado como «redenção do corpo».

No oitavo capítulo, intitulado «O utente paliativo em serviço de urgência; impacto económico», Tânia dos Santos Afonso reconhece «a importância do suporte assistencial em cuidados paliativos no sistema de saúde», bem como o facto de que «a sua integração nos diferentes níveis dos cuidados em saúde, particularmente no âmbito comunitário, poderá ser preventiva de admissões evitáveis em serviço de urgência», com impacto quer sobre os custos quer sobre a qualidade de vida.

Com a finalidade de entender esta realidade, «Desenhou-se um estudo quantitativo, analítico, secundário, longitudinal e retrospectivo, com uma população de utentes paliativos que

recorreram ao serviço de urgência de um hospital da periferia de uma das principais regiões metropolitanas de Portugal». Tal estudo permitiu chegar à conclusão de que «os custos superiores associados ao fim de vida decorrem do internamento hospitalar», permitindo os dados recolhidos inferir uma possível poupança «na ordem dos milhões de euros, quer em custos globais quer apenas nos referentes ao cuidado de enfermagem e intervenção do enfermeiro».

Concluiu-se, ainda que «O suporte às necessidades paliativas dos utentes e famílias, com o reforço de meios e cobertura em cuidados paliativos, permitiria: diminuição de custos em saúde; melhoria da qualidade dos cuidados; melhores resultados, e, com estes, a satisfação e incremento da humanização dos cuidados».

No nono capítulo, intitulado «Aprendizagens significativas – experiências profissionais», Rui Lopes, entrelaçando enquadramento teórico e experiência prática, viaja entre as aprendizagens formais, fundamentais para que o Enfermeiro *saiba o que está a fazer*, e as aprendizagens informais, de vida vivida, fundamentais para que o Enfermeiro *saiba como fazer*. Não há, propriamente, ação em Enfermagem sem ambas as aprendizagens.

Ainda que o pretexto da reflexão seja o da experiência – formal e informal – haurida em Inglaterra, o escopo do ensinamento obtido alarga-se e aprofunda-se, implicando a ação do Enfermeiro como um todo, integrado e harmonizado, sendo que «A aprendizagem em contexto clínico implica um processo de interação dinâmica entre os conceitos que o Enfermeiro apreendeu nas aulas teóricas, as novas situações com que se depara na prática e a redefinição de conceitos com base nessas novas experiências incorporadas», uma vez

que «O processo de aprendizagem inicia-se quando o Enfermeiro se confronta com uma situação nova, situação essa que o leva a questionar e reformular os seus esquemas operatórios», assim se adaptando às necessidades de esses de quem cuida.

O cuidado não é tema de origem moderna, acompanhando a grande teoria fundadora da civilização ocidental desde quer a Antiguidade Clássica Helénica quer os tempos fundadores do Judaísmo, prolongado pelo Cristianismo. Um agregado de seres humanos sem mútuo e indefetível cuidado constitui a negação da mesma humanidade. A comunidade e a cidade como comunidade constroem-se como ato de cuidado, falho o qual, a cidade perece.

À medida que a conflitualidade latente no mundo se vai patenteando em modo conflitual manifesto, em movimentos que, em muitos casos, têm como finalidade a aniquilação de pessoas singulares, grupos específicos de pessoas ou mesmo povos inteiros, pensar o sentido profundo do cuidado, na sua grandeza de elemento relacional que une as pessoas, assim as humanizando, sem exceção, é trabalho da maior relevância, mais do que contributo para uma radical mudança de finalidades e de atitudes, instrumento de tal mudança.

Isso que se revela cada vez mais como *destino humano da humanidade* está realmente nas mãos da mesma humanidade que, de facto, se move entre os extremos de um cuidado universal – compossível com a perenidade da humanidade – e de um ‘descuido’, ‘descuidado’ universal, possível aniquilador da humanidade.

A escolha é humana, de cada ser humano, que, assim, carrega em sua decisão o seu futuro e o futuro de todos os outros seres humanos.

A Enfermagem deseja e quer – pois age – fazer parte imprescindível de esses que escolhem cuidar do humano, universalmente, tanto quanto possível. Todavia, tal finalidade é insuperavelmente boa e bela.

# 1.

## Alargar os horizontes do cuidado

D. Alexandre Brito Palma<sup>5</sup>

*O horizonte do cuidado deverá ter a extensão do humano.*

Nada do que haja de verdadeiramente humano poderá, portanto, ficar excluído do perímetro das práticas de cuidado, clínicas ou de qualquer outra natureza. Este postulado resume o fundamento do que aqui se procura sustentar. Para além disso, ele objetiva uma visão humanista do cuidado, de um humanismo que não reduz o que haja de humano em nós, mas que, pelo contrário, concebe a abertura de si a um mais (e a um maior) como traço determinante do que significa ser humano.

Este postulado sustenta, por um lado, uma determinada forma de implementar e organizar práticas de cuidado e encerra, por outro, uma crítica a todas as formas de redução dos horizontes do cuidado, consequências naturais de reduções no reconhecimento do que seja o ser humano. Por isso, se pugna aqui por um «alargamento dos horizontes do cuidado», decorrente de uma visão integral do humano. A defesa desta perspectiva beneficiará, contudo, de argumentação

---

<sup>5</sup> Bispo Auxiliar de Lisboa. Professor na Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Teologia, CITER – Centro de Investigação em Teologia e Estudos de Religião.

suplementar. Talvez esta se possa estabelecer com base num paralelo (limitado, mas ainda assim sugestivo) entre o percurso intelectual feito no terreno das humanidades nos últimos séculos e o percurso prático empreendido (ou a empreender) no campo das ciências da saúde.

Com efeito, e de forma muito compreensível, haverá nas humanidades uma particular predisposição para oferecer resistência crítica a todas as formas que reduzem o entendimento do que seja o humano (em especial das formas que hipervalorizam as suas dimensões físico-biológicas, minorando a relevância antropológica de dimensões psíquicas, culturais, artísticas, éticas, espirituais ou outras) ou que fragmentam a unidade do humano, dividindo-o em componentes mais ou menos autónomas e contrastantes (como se afirma, por exemplo, na emblemática tensão cartesiana entre *res extensa* e *res cogitans*).

Alargar os horizontes do que seja o humano parece ser tarefa urgente, particularmente confiada às humanidades. Esta tarefa não perdeu atualidade, desde logo porque os novos tempos trouxeram também consigo novas formas de reduzir ou decompor o humano, de que certas expressões do trans-humanismo contemporâneo serão apenas exemplo.

Este itinerário crítico foi particularmente vivido pela Teologia. Entre teólogos, sob múltiplas formas, pugnou-se por um «alargamento dos espaços da racionalidade» (Bento XVI)<sup>6</sup>. Desta forma se problematizavam determinados entendimentos da razão humana e, em simultâneo, se afirmava

---

6 Bento XVI, *Discurso aos membros da Ação Católica Italiana*, 4/5/2008; A. Piola, «Élargir les espaces de rationalité». Une proposition pastorale de Benoît XVI», *Nouvelle Revue Théologique* 134/2 (2012), 233-251.

a existência de outras formas de racionalidade. Reagia-se contra certos entendimentos que assumiam como racional apenas e só o que poderia ser empiricamente comprovado e reproduzido.

O inquestionável êxito técnico e científico desta abordagem alimentou uma desmesurada hipertrofia da «razão positivista». Segundo tal lógica, só este uso da razão seria racionalmente válido e legítimo. Todas as outras formas de racionalidade ficariam, portanto, fora dos espaços da razão. No fundo, o sucesso de um determinado uso da razão conduziu ao efeito imprevisto de redução do horizonte desse mesmo uso da razão humana.

Por razões facilmente atendíveis, a Teologia foi um dos primeiros campos da reflexão a sofrer com as consequências deste estreitamento da razão humana e, portanto, do próprio ser humano. Trabalhando, por excelência, com realidades (espirituais) não perfeitamente objetiváveis; lidando com experiências (religiosas) não totalmente reprodutíveis; chegando a conclusões (doutrinas) não positivisticamente demonstráveis, a Teologia achava-se removida dos espaços aceites pelo novo uso da razão.

Todavia, a necessidade de «alargar os espaços da razão» não se confirmou apenas por razões defensivas da Teologia ou de qualquer outra área do saber menos sintonizada com os ditames da razão positivística. Com o decurso do tempo, foi a própria razão humana que mostrou a si própria a insustentabilidade dessa sua própria autorredução. Por exemplo, a psicanálise operou, a este respeito, uma autêntica revolução antropológica. Neste caso, *a razão mostrou à razão* o oceano do inconsciente e do subconsciente que nos habita e escapa a qualquer uso estrito da inteligência e da vontade.

De facto, estamos hoje mais cientes da paleta rica, diversa e complexa que compõe a racionalidade humana. Sintoma disso são, por exemplo, a consagração pela psicologia de uma «inteligência emocional» ou o genérico reconhecimento de uma autêntica «racionalidade artística», assente na verificação de que as artes têm a capacidade de identificar e exprimir realidades a que não acederíamos de outra forma. É neste contexto que se vêm igualmente reintroduzindo as dimensões religiosas e espirituais no amplo espaço que compõe o humano.

O paralelo, atrás mencionado, entre Humanidades (e a Teologia) e as práticas clínicas quer, pois, remeter para a necessidade de se operar um movimento análogo de alargamento terapêutico no reconhecimento do humano. Ambos os domínios são chamados a contrariar todas as formas de redução do que seja o ser humano.

Tal como historicamente emergiu do interior das Humanidades (e da Teologia) uma reação perante formas reducionistas de interpretar o humano, também do interior das práticas clínicas deverão surgir formas de resistência a quaisquer reduções do «horizonte do cuidado».

Qualquer (auto)limitação no alcance do cuidado será, simultaneamente, causa e consequência de uma visão reduzida (e, portanto, redutora) dos sujeitos humanos implicados numa relação terapêutica. Dito pela positiva, tal como o estudo aprofundado do humano chegou ao reconhecimento da sua riqueza e multiforme unidade, também a experiência clínica demonstra a existência de uma multiplicidade de variáveis humanas implicadas em qualquer processo terapêutico.

Em concreto, isto significa alargar a relação terapêutica de uma compreensão meramente física das suas práticas para

uma consideração integral de todos os sujeitos humanos nelas envolvidos.

Desta reflexão emergem, sobretudo, interrogações para os mais diretamente envolvidos no campo da atividade clínica. Ter-se-á já dado ou levado tão longe quanto desejável este «alargamento dos horizontes do cuidado»? Haverá abordagens clínicas que reflitam ainda um entendimento redutor ou fragmentado da condição humana, em que as várias dimensões que a compõem (física-corpórea, psíquica-anímica, religiosa-espiritual) não são vistas na sua interação ou não são sequer consideradas?

Questões como estas terão, por certo, respostas variadas conforme os sujeitos a quem sejam dirigidas e os contextos nos quais sejam colocadas. Mais importante do que encontrar respostas absolutas para estas interrogações será, portanto, que os profissionais de saúde assumam a gravidade desta inquietação antropológica fundamental. Com ela ampliarão o entendimento e o horizonte da sua própria atividade e identidade. Serão, deste modo, profissionais quem encontrará as necessárias formas de tradução prática do proposto alargamento no «horizonte do cuidado».

Importa, a terminar, esclarecer que estas considerações não se limitam apenas à forma como é contemplada a pessoa cuidada. É certo que esta, na sua integralidade, pede um reconhecimento total da sua condição humana. Pede um reconhecimento que não se concentre apenas nas suas necessidades físicas, e recusa um tratamento que ignore ou desarticule quaisquer necessidades do ser psicológico, social, religioso ou espiritual que também é.

Todavia, também o cuidador, profissional de saúde ou outro, é um ser humano integral. Também ele habita essa

relação terapêutica com tudo o que é e não apenas com as suas competências profissionais ou com a sua habilidade técnica. Assim, e por coerência com a defesa de uma abordagem terapêutica integral, também no cuidador e na sua ação se refletem as várias dimensões que o compõem como humano.

Quando o cuidador age, age com a sua competência científica e técnica, mas age também como sujeito psíquico e espiritual que também é. Assim, um alargamento do «horizonte do cuidado» há de estender-se, para lá da pessoa cuidada, à consideração do próprio cuidador. Também este beneficia em representar-se como um sujeito humano integral, superando quaisquer reduções que a seu respeito se possam insinuar. Porque, no fundo, o cuidador e a pessoa cuidada não estão assim tão distantes um do outro. Une-os o que de mais fundamental há em todos nós: uma só e mesma condição humana.

## 2.

# O cuidado como estrutura da civilização

Américo Pereira

De modo a evitar equivocidade, o sentido do termo «cultura» que se utiliza nesta reflexão coincide com *a totalidade da realização humana*, desde que há seres identificáveis como propriamente humanos, em qualquer considerável ramo de atividade, prática ou poiética, isto é, *puramente ética*, como fontalidade do movimento propriamente humano, ou como *transcendência* de tal âmbito, como eficácia materializada, concretizada, por exemplo, em consequência *política*<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Por exemplo, a construção de um estádio de futebol ou de um hospital começa por ser algo de ético, ao nível da decisão, da vontade em ato que inicia o movimento real de construção, e termina em algo de político, no modo concreto de isso que tal decisão iniciou, consubstanciando-se na realidade física do estádio de futebol ou do hospital. Como é evidente, *não há consequência política sem decisão*, o que significa que, *na base de toda a política, está a ética como seu motor primeiro*. Como também deve ser evidente, a ética não tem carácter adjetival, mais ou menos adequado, que se sobrepõe a outras realidades, como a política, mas constitui, coincide com o cerne ativo da própria política. Neste sentido, dizer algo como uma «política ética» é ou um truísmo, pois toda a política é ética na sua origem motora, ou uma afirmação ignara, pois ignora tal carácter ontológico da motricidade etiológica da política. Substituir o termo «bom» pelo termo «ético» é um péssimo serviço ao entendimento do que está em causa na ação humana.

Por outro lado, reserva-se o uso do termo «civilização» para a parte da cultura que corresponde à sua *estruturação lógica*, em formas diferentes de racionalidade, mítica ou científica<sup>8</sup>, desde que carregando um *sentido de ordenação* compatível com a existência humana, tendencialmente apontada ao pleno das suas possibilidades, pleno que implica, sempre, *positividade ontológica*, comumente conhecida como «bem». O «bem» não é, deste modo, algo de adjetivo, acrescentado a algo de substantivo, mas o que há de mais substantivo, pois corresponde ao absoluto de realidade total de cada ‘coisa’; a sua contrapartida lógica é o nada.

*O «bem» é o ser como absoluto ontológico, por oposição ao nada.*

O bem, substantivamente entendido, não é confundível com o adjetivo «bom». O bem não é realidade, fundamentalmente, ética, mas realidade ontológica. Não perceber isto, é,

---

8 Ao invés do que uma vulgata positivista afirma, *não há qualquer descontinuidade lógica fundamental entre o modo mítico de se pensar e o modo científico de se pensar*; a diferença reside quer nas *finalidades próprias* quer nos *métodos lógicos usados*. Há estruturas lógicas complexas e rigorosas nos mitos, como há onirismo mítico nas ciências. Exemplos do primeiro caso podem encontrar-se em estudos como *La Pensée Sauvage*, de Claude Lévi-Strauss; exemplos do segundo são o mecanismo mágico chamado «empatia» ou as afirmações comuns do tipo «a espécie adaptou-se» (há adaptações nas espécies que não podem ser atribuídas às mesmas como se de algo de deliberado se tratasse; tal é meramente casual, segundo o cerne da teoria em causa, sob pena de se cair em ‘finalismo’, algo de execrável em termos teóricos para tal teoria). A grande lição acerca da profunda ligação lógica que existe entre racionalidade mítica e racionalidade epistemológica é dada por Platão sempre que, esgotadas as capacidades da segunda, recorre às virtualidades de desbravamento de trilhos de sentido – intuitivos – da primeira; consulte-se, por exemplo, a este respeito, o trabalho espantoso que se realiza na famosa «Alegoria da caverna» («mito da caverna»), presente no início do «Livro VII» da sua obra *República*, cota 514a-518d.

imediatamente, reduzir o cerne ontológico de tudo a algo de relativizável, de valorável em redução valorativa.

Ora, *o ser não é valor*; limita-se a ser o que é, o absoluto do ato que é, em sua mesma grandeza ontológica irreduzível. A grandeza ontológica de cada ser percebe-se, apenas, ‘comparando’ com o nada (com o ‘nada desse mesmo ser’ que ‘corresponderia’ à sua total ausência). Ora, tal comparação é impossível, pelo que a grandeza ontológica de cada ser apenas é dada numa *intuição* em que nada mais do que a pureza do ser que se dá à inteligência conta. O mais corrompe sempre a relação.

Compreende-se tal, imaginando a intuição da presença do ente que mais amamos, imediatamente seguida do desaparecimento de tal intuição, para sempre: imagem da *aniquilação*.

*É esta grandeza ontológica que o pessoal que trabalha em saúde serve*, não o Estado, o ‘patrão’ ou os próprios caprichos psicológicos.

É a *perversidade desta finalidade* que é a grande causadora das *deficiências de serviço* verificadas, a todos os níveis, pois ‘o senhor a que se serve’ não é aquele que se deve servir, isto é, único e unicamente, o bem da pessoa humana.

Deste modo, só se aceita o uso destes dois termos – «cultura» e «civilização» – relativamente *a atos e factos humanos*, não relativamente a algo de realmente *trans-humano*, seja divino ou animalesco, ou mesmo, animalescamente divino ou divinamente animalesco, modalidades não-humanas.

É no âmbito, agora claríssimo, do que é o resultado efetivo da ação humana, em seu sentido mais lato, que importa refletir acerca do *significado cultural e civilizacional* de «cuidado», «do cuidado», não apenas como algo de restrito a um ou a uns poucos *lugares lógicos* do universal humano e do humano

universal, mas como algo, precisamente, em si mesmo, *necessariamente universal para que possa haver humanidade*.

O cuidado não é algo *diverso* do humano, sequer *diferente* do humano; não é algo de *acrescentado* ao humano, não é algo de *complementar* ao humano; algo que seja ‘produto do humano’, produto de algo que lhe seria, deste modo, anterior, de algum modo – lógico ou cronológico, por exemplo –, o que é absurdo.

O cuidado é, constitui, a lógica própria do humano, sendo-lhe, assim, contemporâneo, mas não ao modo cronológico, antes, ao modo transcendental, quer dizer, como sua condição lógica de possibilidade ontológica. Esta ‘contemporaneidade’ assume, então, a forma de uma co-atualidade: *é o cuidado que dá a estrutura lógica e ontológica ao humano* (no tempo, sim, mas para ‘lá’ e para ‘cá’ do tempo, em ‘campo’ lógico de estruturação formal irreduzível).

Não se restringe, pois, apenas à *universalidade* a grandeza ontológica do cuidado, mas estende-se também para o campo lógico da *necessidade, do que não pode não ser*, como se procura demonstrar.

*Tese: «não há humanidade sem cuidado».*

Sendo, então, «universal» e «necessário», o cuidado é o que tecnicamente se designa como «transcendental». Ora, «transcendental» não deve ser confundido com «transcendente», que se refere ao que «ultrapassa» algo: pelo contrário, nada há, em si mesmo, que seja mais *não-«transcendente»*, em termos humanos, de isso que designamos como «onto-antropológico», do que o *cuidado*, pois, sem este, acompanhando sempre e indefetivamente a ação humana, a humanidade é impossível,

quer dizer, não apenas o *agregado humano*, qualquer, considerado de qualquer modo, estruturado de qualquer modo, mas cada ser humano individualmente considerado.

Sendo transcendental – lembre-se: universal e necessário –, o cuidado não é ‘coisa *da* moda’, não é ‘coisa *de* moda’; não é preocupação moderna ou contemporânea: é real e literal preocupação humana *perene*, correlato de uma presença ontológica *perene*.

Pode, mesmo, perspetivar-se a questão do cuidado invertendo o que é a comum ordem de prioridades – *ontológicas*, quer dizer, *segundo o ser* – entre humanidade e cuidado: *logicamente*, ‘primeiro’ vem o cuidado, apenas na sua sequência lógica, e como fruto bem-sucedido do cuidado, surge a humanidade.

A insistência, propositada, no uso de termos relativos à logicidade da questão, serve para fazer ressaltar que o que diz respeito ao cuidado não se reduz a qualquer forma positivista de efetividade de tipo meramente histórico ou sociológico – nestes estritos âmbitos, sendo o que é, num dado momento, mas podendo ser algo de diverso num outro qualquer momento –, antes, *permeia estruturalmente de modo indelével e imutável toda a possibilidade de existência humana*.

É esta condição ontológica do cuidado que faz que este seja transcendental à humanidade.

O cuidado não é casual ou casuístico, não é facultativo ou sujeito a capricho de tiranos ou oligarcas, não é relativo a eras ou lugares, é isso mediante o que pode haver humanidade, ou, na sua ausência, isso sem o que não pode haver humanidade.

Tão simples quanto isto. Fácil de perceber, se se invocar o caso mais evidente, que é o do ser humano em geração intra-uterina e em imediata existência pós-parto e em mediata

existência até poder ser autónomo – mas sempre e apenas parcialmente – *com ou sem cuidado*; respetivamente, viável e inviável.

Até um perene Dr. Mengele – cujos avatares sempre persistem em existir – percebe bem que tal entidade humana sem cuidado não é viável. E se Mengele entende...

Pense-se bem: que sentido faz poder haver humanidade sem que, para tal, tenha de ter havido cuidado, tenha de haver cuidado?

Como? Atente-se ao *cuidado de que* – usamos linguagem dura da biologia, de propósito –, como acabámos de intuir, *uma cria humana recém parida necessita*. Exemplarmente bastante, na sua crueza.

Pode dizer-se – e bem – que cuidados também são exigidos por outras crias em outras espécies. Sem dúvida. Todavia, este tipo de comparação consiste sempre em *projetar* sobre outras espécies o que é a *experiência humana*, puramente humana, procurando vislumbrar em tais espécies algo que se possa comparar com o paradigma humano. Que é isso de «cuidado»<sup>9</sup> para uma girafa ou uma vaca, por exemplo?

---

9 Note-se que o sentido que o termo «cuidado» transporta e veicula é sempre e será sempre algo de estritamente humano. Em termos, por exemplo, do que é o movimento próprio de uma girafa quando executa os protocolos biológicos que lhe permitem, ‘sem escola’, mecanicamente ‘ajudar’ a sua cria, os seres humanos apenas dispõem do que é a manifestação ‘fenotípica’, isto é, a manifestação que se nos mostra de tais movimentos. A que é que tal corresponde em termos do que é a indiscutível interioridade de inteligência própria de uma girafa? Então, como paralelizar isso com o que é o sentido próprio do cuidado humano? Baseia-se tal apenas na aparência exterior manifesta? Todavia, *que ciência é essa que vive de bases de aparência?* Relembra-se: tudo o que se proclama a este nível sobre outras formas de inteligência e de relação com as suas manifestações externas nada mais é do que *projeção de modos humanos* sobre outras realidades, em si mesmas impassíveis de acesso humano ao que são em sua mesma interioridade lógica (o paradigma deste tipo de aberração

As outras espécies, as não-humanas, seguem deterministicamente o que corresponde a *protocolos biológicos de possibilidade de comportamento*, de movimento, que se designa analogicamente como ‘comportamento’, protocolos que se auto-dispõem mecanicamente, sem que isso que assim se movimenta (o ente em causa) – *agir* já é noção humana – possa, de algum modo, *governar* autonomamente tais movimentos.

Tal não sucede com os elementos da espécie humana. Aliás, grande parte do que constitui o cuidado a este nível, feito de muitos cuidados particulares, que variam de cultura para cultura, coincide num ponto: *a salvaguarda do bem de isso de que se cuida*.

Ora, isso tem de ser *aprendido*, não estando previsto protocolarmente na parte biológica do ser humano: o ADN permite certamente que se possa mudar fraldas ou o equivalente, todavia, as belas bases azotadas não têm escrito o preciso modo de o fazer<sup>10</sup>.

---

epistemológica foi denunciado, há já mais de vinte e cinco séculos, a propósito do mesmo tipo de projeções do humano sobre o ‘divino’, pelo filósofo pré-socrático Xenófanes).

10 Aliás, sendo o nível do ADN já um nível de enormes macromoléculas, é interessante notar que, em qualquer dos níveis anteriores, desde as famosas ‘super-cordas’ primordiais, passando pelos componentes das partículas sub-atômicas, por estas mesmas, pelos átomos, pelas moléculas mais simples, pelas moléculas mais complexas, mas também em todos os níveis posteriores, em que as macromoléculas e tudo o mais se insere, em nenhum destes níveis consideráveis o cuidado humano acontece: acontece apenas ao nível do indivíduo humano vivo e capaz de ação. O fígado não cuida, mas o cadáver também não. O fígado, se em boas condições, ajuda o ‘seu’ indivíduo humano a cuidar. O cadáver, esse, nunca cuida. Este olhar frio e duro ajuda a compreender a grandeza ontológica quer do cuidar quer de esse que cuida. O ato de cuidar, própria e irredutivelmente humano, cria a possibilidade e a atualidade do ser humano, quer em termos objetivos quer em termos subjetivos, como adiante se verá.

Por outro lado, o ser humano *pode sempre*, contra todos e contra tudo, *negar-se a prestar cuidados* neste âmbito – e em todos os outros –, o que não sucede, senão excepcionalmente e de maneira especificamente aberrante, nas outras espécies, em seus modos protocolares próprios: tal significa que, no âmbito dos cuidados aos recém-nascidos, pode acontecer que todos os seres humanos presentes num determinado período – não necessita de ser muito prolongado, uma semana deve bastar – se neguem a cuidar de tais recém-nascidos, para que todos se tornem subsistente e substancialmente inviáveis. Prolongado este comportamento até ao final da vida de todos os que se recusaram a cuidar, alargando a todos os possíveis objetos de cuidado a recusa, tal significaria que a humanidade se auto-aniquilaria por falta de cuidados, de cuidados incoativos e prolongados ao longo da vida.

Este exemplo, extremo, mas não inverosímil, mostra o quão importante, ao ponto de ser *determinante*, o cuidado é em termos humanos.

Deste modo, percebe-se facilmente que o cuidado, *como algo de cultural*, não corresponde a uma curiosidade intelectual interessante, mas a algo de *estrutural*, de *ontologicamente estrutural*, relativamente ao que é a realidade propriamente humana, penetrando esta até à sua mais profunda raiz, e, assim, a distinguindo das demais.

O cuidado, como realidade humana, não corresponde a um protocolo biológico mecânico, depende não *apenas* da biologia que permite a sua existência, mas, *sobretudo* – pois tal é determinante –, da *vontade humana*. Como já referido, a humanidade pode escolher auto-aniquilar-se apenas decidindo deixar de cuidar de si própria.

Pode, assim, perceber-se que *uma sociedade que cuida mal é uma sociedade moribunda*, com a morte próxima, anunciada, exata e precisamente, no e pelo *modo deficiente de cuidar*.

Todavia, no extremo, uma sociedade que não cuida é uma sociedade não apenas moribunda, mas já em estertor de morte, em agonia. Talvez tal se note melhor em pequenas sociedades, como, por exemplo, isso a que, por vezes erradamente, se designa como «família»: se não há cuidado, não há e não pode haver família; o que existe é apenas um aglomerado, maior ou menor, de seres humanos, *sem cuidado*, logo, sem possibilidade de futuro, a maior ou menor prazo.

Neste sentido, pode começar a vislumbrar-se o que distingue um tal *aglomerado condenado* de seres humanos de isso que é uma *família*: tal é, precisamente, o cuidado.

*É o cuidado que instala isso que é o bem-comum*, isso que é a comunidade. *A família é o modo* – há quem diga «célula», o que está bem como metáfora, se se referir a uma *célula sã* – *mínimo de sociedade, precisamente, como comunidade criada pelo exercício mútuo do cuidado*.

Chegados a este ponto, pode haver quem pergunte – e bem – se isso que se vai designando como «cuidado» não é, antes, o que o Velho Aristóteles designaria, aliás, designou, como sendo o *vínculo político*, algo como o ‘cimento’ ou a ‘cola’ ou o «vínculo unitivo» da sociedade, precisamente a «amizade»?

Sim e não.

Sim, porque, nos seus três níveis de realidade, *a amizade é o que permite que*, através das *relações* que concretiza, em que consiste, *todas as necessidades humanas*, desde as mais

básicas e de tipo material às mais elevadas de tipo espiritual, *sejam satisfeitas*.

No seu nível mais básico, a amizade, que assume um carácter de tipo comercial, permite que, através da troca de favores, de serviços, de bens – de bens válidos para o interesse do sujeito da ação, todavia, sempre em regime de reciprocidade –, o excesso<sup>11</sup> de bens de uns se transforme, pelo menos, no *mínimo indispensável de bens* para os outros.

Esta amizade dura o tempo que tal comércio faz sentido *mútuo*. É frágil, como toda a relação meramente comercial, todavia, enquanto dura, corresponde exatamente a uma *troca de cuidados entre seres humanos*, troca que mantém quem assim troca, pelo menos, em existência. Por exemplo, é o nível do pessoal de saúde que trabalha apenas em troca do retorno, salarial ou outro, que recebe, mais nada (aquele que recebe o cuidado, recebe-o como ‘pagamento’ do pagamento ao cuidador: comércio puro)<sup>12</sup>.

No segundo nível da amizade, Aristóteles situa a troca de bens ao nível do *prazer* que se obtém nessa e por essa mesma troca. Neste âmbito, não é a materialidade dos bens, a sua

---

11 «Excesso» em sentido puramente técnico, como isso de que o sujeito *não necessita*, como isso de que pode prescindir, dado que, do que carece não pode haver disposição de oferta: não se pode partilhar uma ausência, salvo poeticamente, mas o âmbito em que nos movemos, neste nível mais básico da amizade, nada tem de poético. É «poiético», como forma efetiva de ação humana, precisamente, de partilha recíproca de bens excedentes. De notar que é segundo este modelo que nasce isso que é o real *mercado* – que em pouquíssimo coincide com as formas comuns de tipificação de mercado hodiernas –, por sua vez, forma básica da economia, também esta real, não imaginada ou em redução teórica alienada da realidade.

12 A reciprocidade de tipo comercial é, neste exemplo, talvez não evidente, mas consiste no pagamento que o ser humano cuidado pelo pessoal cuidador – cuidante – faz quer direta quer indiretamente, por exemplo, através das contribuições fiscais.

utilidade concreta, que conta, como no anterior, mas o *gosto pessoal que os amigos retiram da relação*.

É, também este, um nível frágil, pois a manutenção da relação depende de fatores externos aos sujeitos da ação: esta amizade é, como a anterior, passional, limitando-se o sujeito a *reagir* às paixões que o dominam e ao gozo que a relação de satisfação lhe aporta, seja a origem negativa primeira e última desta a fome de pão ou a fome de afeto, por exemplo.

É no seu nível terceiro, que o Velho Filósofo designa como o autêntico, que a amizade se manifesta como o real cimento político, o vínculo unitivo, a relação forte e durável que *insti-tui e mantém* a «polis», criando, deste modo, *comunidade*. Não há outro modo de criar comunidade.

Ora, repita-se, a comunidade é criada apenas como «cuidado». O específico deste terceiro nível, *que é o específico do cuidado*, propriamente dito, consiste em que o seu exercício tem como *fim* primeiro e último e exclusivo *o bem do objeto, isto é, da pessoa de quem se cuida*.

O bem do sujeito, diretamente, não interessa. O bem do sujeito, como bem do sujeito, em si mesmo, não interessa<sup>13</sup>. Ora, como *só há amizade havendo necessariamente reciproci-*

---

13 Esta, chame-se-lhe assim, ‘visão’ (é, muito mais do que isso, uma intuição teórica estrutural do que constitui o tal vínculo político comunitário, propriamente comunitário, o que as duas anteriores não conseguem: instituem o político como cuidado, mas não como comunidade) é diversa do que costuma ser o modo moderno de situar o sujeito da ação relativamente aos bens em causa. Simplificando, o padrão ético e político moderno comum implica que a ação sirva o bem do seu sujeito que, enquanto age, até o pode fazer eventualmente como serviço de bem a terceiros. Todavia, não é este o fim, sobretudo, não é o *fim único* da sua ação, mas o seu próprio bem. A amizade verdadeira, em Aristóteles (e o fundamento que lhe subjaz e de que se falará adiante), implica que *o bem próprio surja apenas como reflexo do bem que se fez ao outro*. É a reciprocidade que instala tal reflexividade do bem, como adiante se verá.

*dade*, tal significa que, nesta relação, A cuida de B pelo bem exclusivo de B, e B cuida de A pelo bem exclusivo de A.

Só que, dada, precisamente, a estrutura de *necessária reciprocidade* de toda a amizade, em qualquer nível, tal implica que, ao cuidar cada um exclusivamente *do bem do seu objeto de ação*, através de tal necessária reciprocidade, *necessariamente*<sup>14</sup> ambos são cuidados, por e em si mesmos, pelo outro.

Parece magia, mas é tudo menos magia: é a mais nobre e espantosa relação que os seres humanos conhecem, aplicável a toda a humanidade; aliás, não é possível, como já foi dito, haver humanidade sem que exista este tipo de relação em que a ação do ser humano se derrama em favor do bem do outro.

O que é espantoso é que a estrutura da amizade implica que quem faz o bem ao outro, *na e pela relação de mutualidade*, acabe, indiretamente, recebendo como seu bem a ação do outro em seu favor.

Na amizade pura, o bem do sujeito é um dado colateral positivo da sua pertença a uma relação de doação. Deste modo, em relação de mutualidade, *se tece o que é a estrutura de bem que institui* – e apenas ela – *a comunidade*: o meu bem é o resultado do bem do outro e, assim, universalmente. O meu cuidado do bem do outro permite a possibilidade do outro; a possibilidade do outro permite que o outro possa, se o quiser, cuidar de mim.

Este resultado é *consequência lógica* da estrutura da amizade como *reciprocidade* de cuidado. Não é comércio: é a *grandeza expansiva do dom*, de tal modo magno, que permite retorno, ainda que não necessário. O dom de cuidado, sem

---

14 A repetição é propositada.

que tal seja o seu fim próprio, permitindo a possibilidade do outro, é, também, um *apelo* à sua vontade de cuidar.

Pondo isto em termos de estrutura ética e política, percebe-se que o resultado da *decisão* – parte ética – de cuidar do outro, imediatamente, através deste ato de vontade, se transforma em real ato de cuidado, isto é, no ato de fazer o bem para o outro, assim instituindo o que é o reino do político, quer dizer, da *realidade concreta das relações inter-humanas*. Neste caso, *como comunidade*, quer dizer, como realidade transcendental de ação como *cuidado recíproco*. A sua contraditoriedade em ato aniquila a humanidade, a maior ou menor prazo.

Em termos do pessoal de saúde, este modo de cuidar manifesta-se como *vontade de cuidar do objeto humano de cuidado apenas pelo bem deste*, sendo a verdadeira recompensa *o bem que se faz*, em retroação sobre quem assim agiu. O resto, mesmo o pagamento, nada mais é do que isso de que se necessita para poder trabalhar. A Madre Teresa e Mengele, como agentes sanitários, não são bem o mesmo.

Não (ainda respondendo a partir de Aristóteles) – esta parte é rápida de enunciar e fácil de entender –: *não, se, no ato político, não houver real vontade de cuidar do bem do outro*.

Se assim for, nada opera, tudo falha, quer dizer, não há amizade alguma, verdadeiro cuidado algum.

Percebe-se, assim, a razão do título desta reflexão: *é apenas através do cuidado que se pode constituir, construir, isso que é a civilização*, no seu sentido mais profundo e vasto, quer dizer como «civitas», como «polis», como cidade.

Ora, o Velho Aristóteles não inventou o âmago do que defendeu como ato estruturante da cidade; teve um mestre, ainda mais velho, Platão.

Termina-se com a invocação da lição platónica, claríssima, sobre o cuidado – de facto, a conceptualização é dele, ainda que, a seu belo modo, feita de maneira mais poética do que epistemológica.

Transcrevemos, na versão em língua portuguesa da Professora Maria Helena da Rocha Pereira<sup>15</sup>, uma passagem da *República* (345c-345e), em que Platão põe claramente o que é o cerne de isso que é o «cuidado», já usando, precisamente, o termo próprio, «cuidar».

Discute-se, então, em que é que consiste o bem da cidade e o bem de quem domina a cidade. Sócrates defende o bem dos governados; *governados*, não dominados. Trasímaco defende, em exclusivo, o bem do tirano.

Fala Sócrates:

«— Não, por Zeus, não faças tal! — exclamei —. Mas, em primeiro lugar persiste nas afirmações que fizeste; ou então, se fizeres alguma alteração, fá-la abertamente, e não estejas a iludir-nos. Ora repara, ó Trasímaco — examinando ainda o que anteriormente tratámos — que, embora desejasses definir primeiro o verdadeiro médico, não achaste necessário prestar depois rigorosa atenção ao exemplo do verdadeiro pastor, mas supões que ele trata de engordar as ovelhas, na medida em que é um pastor, não porque tenha em vista o que é melhor

---

15 PLATÃO, *A República*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, [1980], p. 35.

para elas, mas como um conviva ou uma pessoa que quer dar um banquete, para se regalar, ou então para as vender, como se fosse um homem de negócios, e não um pastor. Ora a finalidade da arte do pastor não é outra, sem dúvida, senão aquela para que foi destinada, conseguir para o seu objecto<sup>16</sup> o máximo de bem-estar — uma vez que seguramente está já dotado o bastante das qualidades específicas que lhe darão a supremacia, na medida em que nada lhe falte da sua essência de arte do pastoreio. Por estas razões, eu concluí há pouco que é forçoso que concordemos que todo o governo, como governo, não tem por finalidade velar pelo bem de mais ninguém, senão do súbdito de que cuida, quer este seja uma pessoa pública ou particular. Ora, tu pensas que os governantes dos Estados, aqueles que são verdadeiros governantes, governam por prazer?»

O termo que interessa é «therapeyomeno(i)», «θεραπευομένω», que pertence ao âmbito semântico riquíssimo de «therapeia» («θεραπεία»), cuja tradução mais direta é, precisamente, «cuidado».

Todavia, tal «cuidado» é também relativo ao «cuidado religioso», remetendo, assim, tal tradição para um sentido de cuidado que liga esta ação humana ao *sentido do absoluto*, sentido *único verdadeiro* para o fundamento do religioso. Deste modo, a «therapeia», a «terapia» é, antes de mais, *uma ação que cuida do absoluto de cada seu objeto*, do ato de tal objeto, de isso que o mantém no ser, de isso que, ainda que efemeramente, o impede de soçobrar no nada.

---

16 Respeita-se a grafia do original, que nunca se deve alterar. A ciência não deve obedecer a caprichos modais.

Não cabe aqui trabalhar a riqueza desta família de termos relacionados com «therapeia» («θεραπεία»), todavia, todos eles, substantiva ou ativamente, remetem para *o serviço ao bem*, ao bem do outro, ao bem de tudo. O verbo matriz é «therapeyo» («θεραπεύω»): «cuido».

A lição platónica é bem clara e o uso de linguagem metafórica tem a vantagem de não restringir o núcleo lógico do que é dito a algo de restritamente específico, mas alarga a todo o possível em causa tal mesma lógica.

Ora, a lógica de que aqui se cuida é, precisamente, a lógica do cuidado. Repare-se como, em metáfora agrícola, agro-pecuária, se põe definitivamente o que é o cerne político de possibilidade da cidade, da civilização, não de gado, mas de seres humanos: «a finalidade da arte do pastor não é outra, sem dúvida, senão aquela para que foi destinada, conseguir para o seu objecto o máximo de bem-estar».

A arte de esse que cuida, neste caso, a arte como *o cuidado*, alarga-se, alarga o que é *o possível de sua possibilidade*, e torna-se «governo»: assim, pois, a arte de quem governa só tem uma finalidade, «conseguir para o seu objecto o máximo de bem-estar»<sup>17</sup>, quer se esteja ao nível de um máximo governante quer ao nível de um administrador de unidade de saúde, ou de enfermaria.

---

17 Repare-se bem na 'modernidade' de uma reflexão e de um texto que têm quase dois mil e quatrocentos (2 400) anos. Pode pensar-se que os temas do cuidado e do bem-estar são algo de recente, todavia e de modo claríssimo, já são preocupação platónica, aliás, a grande preocupação platónica em termos éticos, políticos e antropológicos, condicionando toda a sua reflexão, pois todos os outros – muitos – seus temas só são tratados porque são serviço à preocupação geral com o bem do humano e do humano em relação com o cósmico. O imenso esforço reflexivo de Platão – que fundou o que é o Ocidente – deve-se não a vã curiosidade, dita intelectual, mas a um cuidado com o cosmos e os seres humanos que o habitam.

Todavia, mais claro ainda se torna isso em que tal atualidade de fim e de meios consiste, quando o velho Gigante de Atenas afirma: «todo o governo, como governo, não tem por finalidade velar pelo bem de mais ninguém, senão do súbdito de que cuida, quer este seja uma pessoa pública ou particular».

A ação de qualquer chefia política, a qualquer nível, do pastor ao oligarca-mor (que é o que vai havendo neste nosso mundo), ao *nunca real* sábio governante, deve consistir, e consistir apenas, em ato de cuidado universal, que, para que não se limite a algo de abstrato, se tem de concretizar em *atos de cuidado*.

Atos de cuidado, tantos quantos os exatamente necessários. Menos do que isto, não há governo, há outra coisa qualquer. Tal aplica-se quer ao nível dos governos dos Estados quanto ao governo das Unidades de Saúde e, nelas, das Enfermarias.

A dificuldade de tal ação explica por que razão não há verdadeiramente governos, nos vários níveis de serviço ao bem-comum, antes, ‘outras coisas’. Todavia, a inexistência de tais reais cuidadores políticos e de seus necessários atos de cuidado implica necessariamente, a maior ou menor prazo, a aniquilação da civilização, em qualquer nível considerável.

Não é de tal medo de aniquilação que hodiernamente se vive, chamando-lhe ‘outras coisas’?

Ora, talvez em ninguém tanto quanto num *agente em saúde* o eco das palavras de Platão soe quer como orientação quer como alerta. Tais agentes, por exemplo, o pessoal de Enfermagem, bem sabem o caos que se instala no seu serviço quando a chefia não cumpre o que Platão exige, a total dedicação ao cuidado *com o, do* bem de esses cuja existência e saúde estão sob a sua vigilância, como *pastores de pessoas* que necessitam

de ser devidamente cuidadas, não des-cuidadas de qualquer modo.

O ambiente político em saúde, nos espaços à saúde dedicados – não à doença, à saúde –, é um microcosmos análogo ao ambiente político mais vasto da englobante cidade.

Ora, a lição platónica, definitiva há já mais de dois milénios, ensina-nos que é *o cuidado objetivo*, e apenas este, em favor *do bem do outro ser humano*, universal e necessariamente, isso que permite que haja cidade, que haja civilização.

Ao fim de todo este tempo, de que é que se está à espera?

Será assim tão difícil cumprir este mandamento lógico e antropológico do cuidado?

Comece-se pelo microcosmos que de cada um de nós depende.

## Bibliografia

- Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, tradução, prefácio e notas de António de Castro Caeiro, Lisboa, Quetzal Editores, 2012.
- Bailly A., *Dictionnaire Grec Français. Rédigé avec le concours de E. Egger*, Paris, Hachette, [1997].
- Lévi-Strauss Claude, *La Pensée Sauvage*, Paris, Plon, 1962.
- Platão, *A República*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, [1980].
- Plato, *Republic*, Books 1-5, tradução de Paul Shorey, Cambridge, Massachusetts, London, England, Harvard University Press, 2003.
- Platon, *La République I-III*, tradução de Émile Chambry, Paris, Les Belles Lettres, 1989.

## Apêndice

PLATÃO, *A República*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, [1980], p. 35 (o parágrafo começa ainda antes de 345c; optamos por transcrever o parágrafo todo; para maior

confiança interpretativa, transcrevem-se, também, duas das traduções clássicas do trecho):

«— Não, por Zeus, não faças tal! — exclamei —. Mas, em primeiro lugar persiste nas afirmações que fizeste; ou então, se fizeres alguma alteração, fá-la abertamente, e não estejas a iludir-nos. Ora repara, ó Trasímaco — examinando ainda o que anteriormente tratámos — que, embora desejasses definir primeiro o verdadeiro médico, não achaste necessário prestar depois rigorosa atenção ao exemplo do verdadeiro pastor, mas supões que ele trata de engordar as ovelhas, na medida em que é um pastor, não porque tenha em vista o que é melhor para elas, mas como um conviva ou uma pessoa que quer dar um banquete, para se regalar, ou então para as vender, como se fosse um homem de negócios, e não um pastor. Ora a finalidade da arte do pastor não é outra, sem dúvida, senão aquela para que foi destinada, conseguir para o seu objecto o máximo de bem-estar — uma vez que seguramente está já dotado o bastante das qualidades específicas que lhe darão a supremacia, na medida em que nada lhe falte da sua essência de arte do pastoreio. Por estas razões, eu concluí há pouco que é forçoso que concordemos que todo o governo, como governo, não tem por finalidade velar pelo bem de mais ninguém, senão do súbdito de que cuida, quer este seja uma pessoa pública ou particular. Ora, tu pensas que os governantes dos Estados, aqueles que são verdadeiros governantes, governam por prazer?»;

Versão da Loeb Classical Library, pp. 73-75: «“Heaven forbid!” I said, “don’t do that. But in the first place when you have said a thing stand by it, or if you shift your ground change openly and don’t try to deceive us. But, as it is, you see, Thrasymachus – let us return to the previous examples – you see that while you began by taking the physician in the true sense of the word, you did not think fit afterwards to be consistent and maintain with precision the notion of the true shepherd, but you apparently think that he herds his sheep in his quality of shepherd, not with regard to what is best for the sheep, but as if he were a banqueter about to be feasted with regard to the good cheer or again with a view to the sale of them, as if he were a money-maker and not a shepherd. But the art of the shepherd surely is concerned with nothing else than how to provide what is best for that over which it is set, since its own affairs, its own best estate, are surely sufficiently provided for so long as it in nowise fails of being the shepherd’s art. And in like manner I supposed that we just now were constrained to acknowledge that every form of rule in so far as it is a rule considers what is best for nothing else than that which is governed and cared for by it, alike in political and private rule. Why do you think that the rulers and holders of office in our cities – the true rulers – willingly hold office and rule?”»;

Versão da edição das Belles Lettres, pp. 32-33: «Non, par Zeus, répliquai-je, n'en fais rien; mais tout d'abord tiens-toi aux choses que tu auras dites, ou, si tu y fais quelque changement, fais-le ouvertement, et sans nous surprendre. Or à présent, Thrasymaque, pour revenir à ce que nous avons dit, tu vois qu'après avoir donné d'abord la définition du véritable médecin, tu ne t'es plus cru obligé ensuite de t'en tenir rigoureusement à celle du véritable berger. Tu crois au contraire qu'il paît ses moutons, en tant que berger, non bien en vue du bien de son troupeau, mais comme un gastronome, pour en faire bonne chère dans un festin, ou comme un homme d'affaires, pour les vendre, et pas du tout comme un berger? Or l'art du berger n'a pas, n'est-ce pas? d'autre but que de procurer le plus grand bien de l'objet auquel il s'applique; car pour les qualités intrinsèques qui constituent sa perfection, il est, je pense, entièrement pourvu, tant qu'il ne perd rien de son essence d'art pastoral. Par la même raison je croyais tout à l'heure qu'il nous fallait convenir que tout gouvernement, en tant que gouvernement, se propose uniquement le bien du sujet dont il a la charge, qui le sujet soit un État ou un simple particulier. Mais toi, penses-tu que ceux qui gouvernent les États, je dis ceux qui gouvernent véritablement, t'imagines-tu qu'ils le fassent volontairement?».

### 3.

## Acesso a cuidados de saúde no contínuo ciclo de vida

Alexandre Tomás<sup>18</sup>

Pretendo com esta comunicação contribuir para a reflexão sobre o acesso a cuidados de saúde no contínuo de ciclo de vida, particularmente no atual contexto da organização dos serviços/unidades prestadoras de cuidados de saúde, em Unidades Locais de Saúde.

Durante as últimas décadas temos assistido a um aumento gradual da procura por cuidados de saúde, seja no âmbito dos cuidados de saúde primários, hospitalares ou continuados, bem como de cuidados paliativos, nos setores público, privado e social.

A par da necessidade de garantir qualidade assistencial, o Sistema de Saúde depara-se com o imperativo de promover acesso ao nível da promoção da saúde, da resposta a procura aguda, bem como ao nível da continuidade de cuidados.

A comunicação está estruturada em três pontos principais:

- 1) Relação entre Conceito de Saúde e Sistema de Saúde;
- 2) Identificação de necessidades em saúde;
- 3) Elementos de reflexão para a construção do futuro;

---

<sup>18</sup> Vogal Financeiro do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde Loures/Odivelas.

Importa, portanto, efetuar uma breve análise do *caminho trilhado*, procurando evidenciar a relação existente entre a evolução do Conceito de Saúde e as características do Sistema de Saúde.

De acordo com algumas correntes de pensamento, podemos constatar que o conceito de saúde percorreu três principais momentos.

Numa primeira fase, a saúde era entendida como ausência de doença, e, como tal, saúde e doença eram duas dimensões dicotômicas e inequívocas. Em bom rigor, a pessoa apenas poderia estar saudável ou doente. A pessoa seria naturalmente saudável, e, por efeito de fatores externos, poderia ficar doente.

Numa segunda fase, a saúde era entendida na sequência de definição da OMS de 1946, como sendo «não só a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social».

Numa terceira fase, em torno do final dos anos 80, a saúde foi entendida como noção de um equilíbrio permanentemente instável, que o indivíduo estabelece no contexto em que vive.

Consubstancia-se, assim, a ideia de maior variabilidade e adaptabilidade do conceito de saúde, quer na sua ligação a cada uma das fases do ciclo de vida, quer na efetiva personalização e vivência de cada cidadão.

De referir que, apesar de estas três visões sobre saúde terem surgido de forma cronológica, em bom rigor não são substitutivas, estando hoje presentes no nosso quotidiano profissional e social.

Podemos então constatar que a evolução do sistema de saúde dependeu, depende e seguramente dependerá da visão predominante sobre saúde.

A primeira fase pressupõe principalmente atividades para diagnosticar, tratar e cuidar, que se desenvolvem predominantemente em estruturas hospitalares.

Já a noção de «completo bem-estar», privilegia promover (a saúde), prevenir (a doença) e monitorizar o estado de saúde das populações, o que, como se sabe, são desideratos estruturantes dos cuidados de saúde primários.

Quando a saúde é assumida como «equilíbrio», procura-se incrementar medidas para capacitar a autonomia dos cidadãos, por forma a melhor viver no contínuo do ciclo de vida, desencadeando sobretudo ações e políticas intersetoriais, que mobilizem e façam convergir recursos de diferentes domínios sociais, económicos e políticos.

Constata-se que na «saúde como visão dicotómica com doença», o sistema de saúde promove respostas hospitalares, na «saúde enquanto completo bem-estar», incrementam-se centros de saúde, e na perspetiva de «saúde enquanto equilíbrio», emergem respostas intersetoriais. Tal como referi, estes conceitos, apesar da evolução cronológica, não são substitutivos, mas sim cumulativos e adaptativos.

Não deixa de ser curioso que são atribuídas diferentes designações à pessoa que contacta com cada uma destas dimensões organizacionais, ou seja, nos hospitais os utilizadores são «doentes», nos cuidados de saúde primários, são «utentes», e no âmbito das ações intersetoriais, são «cidadãos». Para além de outras reflexões, verifica-se um gradiente de maior autonomia da pessoa/família e como tal desafios na organização dos serviços e na promoção do acesso. Mudou-se

de uma visão mais paternalista para uma de autonomia e responsabilização.

Assim, analisando historicamente o desenvolvimento do sistema de saúde português, podemos constatar inequivocamente esta relação entre conceito de saúde e estrutura do sistema, naturalmente com um desfasamento temporal.

Neste «caminho trilhado», irei sinalizar, de forma telegráfica, três situações/momentos históricos da evolução da profissão de enfermagem, que podem servir de reflexão para a relação entre o desenvolvimento profissional e a promoção do acesso a cuidados de saúde.

#### Momento 1: objetivos estratégicos

No início dos anos 70, num congresso de enfermagem foram consensualizados três objetivos estratégicos para a dignificação e afirmação da profissão de enfermagem.

1) A existência de um só nível profissional de enfermagem.

À época existam enfermeiros e auxiliares de enfermagem, numa proporção aproximada de um para três.

2) Que a formação em enfermagem fosse integrada no ensino superior.

À época o curso de enfermagem era um «curso geral».

3) Que a profissão tivesse instrumentos de autorregulação.

À época existiam estruturas sindicais de enfermagem, bem como associações profissionais e/ou científicas.

Revisitando a história, constatamos que estes três objetivos estratégicos foram alcançados ao final de 25 anos, senão vejamos.

1) Durante os anos 70 e início dos anos 80, realizaram-se de forma regular e intensa cursos de promoção de auxiliares, passando a existir «apenas» enfermeiros;

- 2) O ensino de enfermagem foi integrado ao nível de ensino superior em 1988, conferindo o grau de bacharel;
- 3) Após a publicação do «Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros» (REPE), em 1996, em que ficou expresso que os enfermeiros desenvolvem atividades autónomas e interdependentes, em 1998 foi constituída a Ordem dos Enfermeiros, cuja razão de existência é principalmente a «(auto) regulação profissional».

#### Momento 2: formação diferenciada, mais candidatos

Verificamos que, quer em 1988, quando o curso se integrou no ensino superior, quer em 2001, quando transitou de bacharelato para licenciatura, houve um aumento significativo do número de enfermeiros formados. No primeiro caso, houve uma duplicação da capacidade formativa de estudantes de enfermagem, com a criação de dois cursos por ano letivo em escolas públicas. No segundo caso, houve coincidência com a autorização de abertura generalizada do curso em estabelecimentos de ensino superior privados.

#### Momento 3: modelo de desenvolvimento profissional «abandonado»

Em 2009, foi efetuada uma alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, passando este a incorporar o Modelo de Desenvolvimento Profissional, que propunha alteração na forma de certificação e recertificação de competências dos enfermeiros. De acordo com este modelo, em síntese, todos os enfermeiros de cuidados gerais tendiam (e podiam) vir a ser enfermeiros especialistas, através de um processo de certificação de competências profissionais, incorporando também formação académica.

Considero que, se este modelo tivesse sido aplicado, tal teria sido muito estruturante para o desenvolvimento autónomo da profissão. Porém, fruto de vicissitudes externas mas também internas à profissão, este modelo acabou por não ser implementado.

Perante estes e outros momentos relevantes da história da enfermagem portuguesa, podemos afirmar que existe um contributo diferenciado dos enfermeiros no Sistema de Saúde, nomeadamente:

- Promoção do acesso ao Sistema de Saúde, com respostas inovadoras, assunto central desta comunicação;
- Promoção da relação entre os setores Saúde/Social no que concerne ao envelhecimento;
- Acompanhamento da alteração da estrutura familiar, concretamente com o desenvolvimento da metodologia de enfermeiro de família;
- Visão sistémica-holística da Saúde;
- Articulação entre setores público, privado e social;
- Contributo para a sustentabilidade financeira do Sistema, desenvolvendo medidas de promoção da saúde, e de organização de respostas custo-efetivas.

Depois de termos olhado para «o caminho percorrido», fará sentido, tendo em conta o tema desta comunicação, contactarmos com algumas características das «pessoas que servimos».

Sabemos que o continente europeu tem um perfil de envelhecimento da população, resultado da conjugação de dois fatores: aumento da esperança média de vida e diminuição

da taxa de natalidade. Esta realidade, que em bom rigor não é nova, põe pressão sobre vários domínios sociais, económicos, políticos e culturais.

Contudo, importa destacar que, em Portugal, este envelhecimento tem uma outra característica, concretamente, a elevada proporção de população com mais de 65 anos que vive sozinha. Evidencia-se que, para esta população, o acesso aos diferentes níveis de cuidados é ainda mais imperioso e determinante para a qualidade de vida de tais pessoas.

Para conhecermos melhor as necessidades em saúde de uma comunidade, podemos utilizar os referenciais do Modelo de Ciclo de Vida apresentado por Chrissie Pickin e A. Selwyn St. Leger, que irei sumariamente enunciar.

A identificação de necessidade em saúde parte do diagnóstico de situação, sinalizando «medidas de estado de saúde», a partir de uma variabilidade de dados de áreas tão diversas como: fatores de risco para as principais causas de morbidade e mortalidade, estado de saúde percebido, indicadores positivos de saúde, ou modificadores da ocorrência de doença.

Este processo alicerça-se na observação sistemática da população com uma base regional, identificação de recursos existentes na comunidade, estratificação da população por classes etárias, à qual correspondem pontos-chave em saúde, consubstanciando-se, assim, num modelo assente numa estrutura de ciclo de vida.

Resulta da aplicação deste modelo que «a saúde» da população será tanto melhor quanto mais efetiva for a relação entre «recursos» existentes e os principais «problemas» identificados.

No que diz respeito à organização do regulamento interno da Unidade Local de Saúde de Loures/Odivelas, estamos a utilizar esta metodologia de organização de serviços por «ciclo de vida», perspetivando-se que possa vir a ser diferenciador, correspondendo a um dos principais desideratos das ULS, ou seja, a promoção da integração de cuidados.

Para finalizar, gostaria de destacar alguns tópicos reflexivos sobre a «Construção do Futuro», à qual muito bem podemos associar a expressão de Sua Santidade, o Papa Francisco: «Sejam Coreógrafos da Dança da Vida.»

O setor da saúde tem sido, e muito provavelmente manter-se-á sendo, influenciado pelas características demográficas da população, a que aqui já aludimos. A demografia transporta consigo necessidades em saúde, cuja satisfação estará dependente das características do próprio sistema de saúde, que, como já refletimos, evolui em função do conceito predominante sobre saúde.

A direção da evolução do sistema está mutuamente relacionada com a economia, em primeira instância, por ser indubitavelmente um setor promotor de desenvolvimento económico, mas também por estar, de alguma forma, dependente dos recursos financeiros do respetivo país. Por outro lado, a utilização de recursos será cada vez mais avaliada em função do consequente impacto na sustentabilidade, nas mais diversas dimensões.

O futuro deverá passar pela consolidação da relação entre diversos parceiros, destacando-se, para tal, a confiança dos vários intervenientes, bem como as lideranças de cada momento/contexto. Penso que, uma vez mais, trata-se de relação, de pessoas, de envolvimento e de vinculação.

Perante o exposto, considero que, para podermos promover o Acesso a Cuidados de Saúde no Contínuo Ciclo de Vida, dever-se-á organizar recursos de proximidade, personalizados, que incorporem inovação, assim como evidência de resultados a médio/longo prazo.

Para esta concretização, será essencial a implementação de ações e políticas intersetoriais, o desenvolvimento de modelos de financiamento centrados mais em resultados do que em produção, e também a concretização de planos de investimento plurianuais.

Considero relevante, estando a abordar esta temática numa grande e nobre academia, que o país (todos nós) seja capaz de discutir, pensar e avaliar a relação e regulação entre a formação académica dos futuros profissionais do setor da saúde, os processos de contratação e entrada no mercado de trabalho, bem como metodologias de desenvolvimento profissional e respetivo reconhecimento/valorização.

Em suma, e no atual contexto organizacional do Sistema de Saúde Português, considero que garantiremos melhor acesso a cuidados de saúde no contínuo ciclo de vida se implementarmos: equipas multissetoriais de intervenção comunitária, equipas de saúde familiar, centros integrados de diagnóstico e urgências referenciadas.

## 4.

# Qualidade de vida e saúde da pessoa idosa em hemodiálise: interface com o cuidado integral

Luciana Kusumota<sup>19</sup>

Há décadas, a Qualidade de Vida (QV) das pessoas tem recebido atenção, como um referencial de avaliação adotado por pesquisadores, políticos, economistas e profissionais da saúde. O avanço científico, tecnológico e a maior longevidade da humanidade são razões pelas quais há atenção à QV das pessoas. Mas afinal o que é QV? *Qualidade* é uma palavra derivada do latim (*qualitate*) e tem o significado de propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas, capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza. *Vida* também é derivada do latim (*vita*) e significa estado ou condição dos organismos que se mantêm em contínua atividade desde o nascimento até à morte, ou seja, durante a sua existência (Ferreira, 1999).

Assim, QV tem seu uso no conhecimento popular ou linguagem cotidiana, cujo significado do senso comum se reporta ao bem-estar, incluindo aspetos de felicidade e satisfação com

---

19 Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-Brasil.

a vida como um todo. Na abordagem científica, não há um consenso para um conceito único de QV, mas, geralmente, está relacionado com a qualificação dos aspetos da vida.

A QV é subjetiva e as pessoas atribuem níveis de importância aos aspetos relevantes para as suas condições de vida, relacionadas ou não com a saúde. Assim, a QV incorpora significados diversos para as pessoas, países/culturas, tempos e áreas de aplicação; é provável que cada pessoa tenha sua própria noção de QV e que, por isso, se torne difícil obter uma definição única (Paschoal, 2002).

A Organização Mundial de Saúde conceitua a QV como sendo a «Percepção do indivíduo e sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações». Tal inclui seis domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHOQOL GROUP, 1995). Considerando particularmente a Saúde como uma dimensão da QV, mas que possui diversos aspetos relacionados com as demais condições de vida das pessoas e para as ciências da saúde, pode-se dizer que a saúde tem atributos próprios, os quais a caracterizam como um constructo de interesse na área da saúde.

Desta forma, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) está baseada na percepção individual e no impacto de uma série de aspetos clínicos e não clínicos na saúde das pessoas, tais como a avaliação da saúde geral, a saúde física, o estado mental e emocional, a função social, sexual, e aspetos de doenças, além de consequências indiretas como o desemprego e as dificuldades financeiras (Anderson et al., 2019; Fayers & Machin, 2016).

A avaliação da QVRS é uma medida fundamental para ponderar a influência de doenças e seus respectivos tratamentos, nos aspectos da vida dos pacientes (Anderson et al., 2019; Kusumota, 2019; Peipert et al., 2018; Aiyegbusi et al., 2017). É uma medida que pode melhorar a assistência à saúde, incluindo o cuidado de enfermagem, pois implica utilizar recursos legítimos para subsidiar as intervenções da prática clínica. Assim, tem o potencial de melhor qualificar a prática em saúde (Anderson et al., 2019; Kusumota, 2019; Hall et al., 2018; Peipert et al., 2018; Perl et al., 2017; KDOQI, 2002).

A mensuração da QVRS ocorre a partir de medidas autor-reportadas em pesquisas de resultados centrados no paciente, portanto, a partir da percepção subjetiva da pessoa, resultando em diferentes níveis de avaliação. Para viabilizar tal avaliação, há referenciais teóricos de fundamentação que orientam a construção e utilização de instrumentos psicométricos, que são conjuntos de itens inter-relacionados que compõem as dimensões (Valderrábano, Jofre & López-Gomez, 2001; Gill & Feinstein, 1994).

No Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (NUPEGG-EERP/USP), no qual sou uma das professoras responsáveis, desenvolvemos investigações na linha de pesquisa: «O cuidar de adultos e idosos».

De entre os projetos de investigação que desenvolvemos, o intitulado «Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise: um estudo longitudinal» tem sido um projeto bastante importante na nossa carreira acadêmica e na formação de pós-graduandos de mestrado e de doutoramento, além de estudantes de graduação.

O Projeto busca avaliar a QVRS e investigar as interfaces com o cuidado de enfermagem à pessoa adulta e idosa com Doença Renal Crônica.

Em 2019, finalizámos o estudo observacional de delineamento longitudinal, realizado entre 2004 e 2019, com pessoas idosas em tratamento por hemodiálise e residentes no município de Ribeirão Preto-São Paulo, Brasil.

Este estudo representa um passo importante no avanço científico, pois possibilita a identificação de aspetos da QVRS que se alteraram ou não ao longo do tempo na percepção das pessoas idosas em hemodiálise, por meio da utilização do instrumento *Kidney Disease and Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF) (Hays et al., 1994; Duarte et al., 2003), tendo também explorado a relação dos aspetos de QVRS, demográficos e clínicos, e a ocorrência de desfechos desfavoráveis.

As pessoas idosas em tratamento por hemodiálise apresentaram baixos escores de QVRS, nas dimensões Sobrecarga da doença renal, Situação de trabalho, Funcionamento físico, e Função física.

É importante destacar os resultados sobre as mudanças nas quatro dimensões, duas da escala de avaliação de QVRS genérica e duas da escala específica da DRC, mensuradas por meio do KDQOL-SF<sup>TM</sup>.

A função sexual foi bem avaliada no início do seguimento e a pior avaliada no final dos 15 anos. A situação de trabalho estava prejudicada do início ao final do seguimento. Com ajuste das variáveis relevantes inseridas no modelo de análise, a idade avançada e o número de comorbidades foram considerados como preditores de óbito, porém a QVRS não foi preditor de hospitalização e óbito como suspeitávamos.

Em se tratando de um estudo com pessoas idosas, a capacidade funcional é uma dimensão de interesse e, no estudo sem muita variação ao longo do tempo, mostrou-se com os escores mais baixos, refletindo pior QVRS.

O transcorrer dos anos em tratamento por diálise pode ser considerado como um fator de sobrecarga para o paciente, em especial por envelhecer em diálise. Em função da progressão da doença, do aparecimento das complicações e da própria senescência, é essencial reconhecer as mudanças da QVRS destes pacientes e a relação entre estas variáveis e os desfechos adversos.

O período de 15 anos de seguimento dos idosos em tratamento por hemodiálise neste estudo foi um aspeto inédito no cenário brasileiro, mas houve uma limitação relacionada com o pequeno número de pessoas que finalizaram o período do estudo, o que pode justificar-se pela alta morbidade e mortalidade, que dificultam ou impedem tal avaliação prospectiva longa. Por outro lado, a complexidade, a heterogeneidade clínica e suas mudanças temporais requerem avaliação criteriosa para a tomada de decisões, baseadas em uma abordagem ampliada das comorbidades, da funcionalidade, da QVRS, bem como das opiniões e preferências do próprio paciente.

As perspectivas para investigações futuras são muitas e diversas. Há de se considerar a realidade da prática e seus «problemas» a serem transformados em novas investigações, bem como aperfeiçoar os delineamentos e planejamentos de estudos clínicos.

## Referências

- Anderson, N. E. et al. The Use of Patient-Reported Outcomes in Patients Treated with Maintenance Hemodialysis: A Perspective. *Am J Kidney Dis*, v. 74, n. 3, pp. 399-406, 2019.
- Aiyegbusi, O. L. et al. A patient-centered approach to measuring quality in kidney care: patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, v. 26, n. 6, pp. 442-9, 2017.
- Duarte, P. S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Rev Assoc Med Bras*, v. 49, n. 4, pp. 375-81, 2003.
- Fairclough, D. L. Design and analysis of quality of life studies in clinical trials. 2nd ed. Boca Raton: Taylor and Francis, 2010.
- Fayers, P. M., & Machin, D. Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes. 3rd ed. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell, 2016.
- Ferreira, A. B. de H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, v. 272, n. 8, pp. 619-626. 1994. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R. et al. Uma revisão sistemática da pesquisa sobre qualidade de vida em medicina e ciências da saúde. *Qual Life Res*, v. 28, pp. 2641-2650, 2019. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Hays, R. D. et al. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL TM) instrument. *Qual Life Res*, v. 3, n. 5, pp. 329-338, 1994.
- Hays, R. D. et al. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3: a manual for use and scoring. Santa Monica, CA: Rand, v. 39, 1997.
- Hill, N.R. et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, v. 11, n. 7, 2016.
- Kusumota, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul. Enferm*, v. 21, pp. 152-9, 2008. Número especial.
- Kusumota, L., Oliveira, M. P., & Marques, S. O idoso em diálise. *Acta Paul Enferm*, v. 22, pp. 540-50, 2009. Número especial.
- Kusumota, L. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise e sua relação com a sobrevivência: um estudo longitudinal. 2019. 107 p. Tese (Livres-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Ribeirão Preto, 2019.

- Paschoal, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., & Rocha, S. M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, pp. 79-84.
- Peipert, J. D. et al. Psychometric Properties of the Kidney Disease Quality of Life 36-Item Short-Form Survey (KDQOL-36) in the United States. *Am J Kidney Dis*, v. 71, n. 4, pp. 461-8, 2018.
- Valderrábano, F., Jofre, R., & López-Gomez, J. M. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*, v. 38, n. 3, pp. 443-6, 2001.
- Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization special issue on health-related quality of life: what is it and how should measure it? *Soc Sci Med*, v. 41, n. 10, pp. 1403-9, 1995.

## 5.

# Papel do enfermeiro no ciclo de gestão de catástrofes

Pedro Caldeira<sup>20</sup>

### Objetivo

O ciclo de gestão de catástrofes é um processo contínuo que visa reduzir os impactos de desastres, melhorar a resposta e facilitar a recuperação. Este ciclo é dividido em quatro fases principais: mitigação, preparação, resposta e recuperação. Em cada uma dessas fases, os enfermeiros desempenham um papel fundamental, contribuindo com a sua *expertise* em cuidados de saúde, planeamento e resposta a emergências.

### Mitigação

Objetivo: Reduzir ou eliminar os riscos e impactos de futuros desastres.

---

<sup>20</sup> RN, MSc, PhD Student.

## **Papel do Enfermeiro**

– Avaliação de Riscos: Os enfermeiros colaboram na identificação e análise de riscos potenciais em suas comunidades. Isso pode incluir a realização de avaliações de vulnerabilidade e riscos de saúde.

– Educação Comunitária: Envolvem-se em campanhas de sensibilização para educar a população sobre medidas preventivas, como vacinação, práticas de higiene e preparação para emergências.

– Políticas de Saúde: Contribuem para o desenvolvimento de políticas e regulamentos que incentivem a construção segura, o uso adequado do solo e práticas de saúde pública que reduzam os riscos de desastres.

## **Preparação**

Objetivo: Desenvolver capacidades e prontidão para responder de forma eficaz a desastres.

## **Papel do Enfermeiro**

– Desenvolvimento de Planos de Emergência: Participam na criação de planos detalhados de resposta a desastres, incluindo protocolos de triagem, tratamento, evacuação e comunicação durante emergências (inclusive Planos Hospitalares).

– Treino e Simulações: Organizam formações e participam em treinos e exercícios simulados para equipes de saúde e comunidades, preparando-os para agir rapidamente e eficientemente durante um desastre.

– Gestão e Logística: Gestão de *stocks* médicos e equipamentos essenciais, garantindo que estejam prontos para uso imediato durante uma emergência.

– Sistemas de Comunicação: Estabelecem e mantêm redes de comunicação eficazes entre autoridades, equipas de emergência e a população, assegurando uma coordenação adequada durante as situações de exceção.

## **Resposta**

Objetivo: Ação imediata para salvar vidas, proteger propriedades e atender às necessidades humanas básicas durante uma catástrofe.

## **Papel do Enfermeiro**

– Triage e Avaliação: Realizam triagem rápida para priorizar o atendimento com base na gravidade das lesões ou condições, garantindo que os recursos sejam utilizados da forma mais eficaz.

– Cuidados Clínicos: Fornecem cuidados assistenciais diretos, garantindo todos os cuidados à pessoa em situação crítica.

– Coordenação de Equipas de Emergência: Coordenam e trabalham em conjunto com outras equipas de emergência, como médicos, paramédicos (cenários internacionais), bombeiros e autoridades de saúde pública, para garantir uma resposta coordenada e organizada.

– Comunicação com Familiares: Mantêm as famílias informadas sobre a situação das vítimas e os procedimentos em andamento, proporcionando suporte emocional e informações essenciais.

## Recuperação

Objetivo: Restaurar a normalidade e reconstruir a comunidade após a ocorrência de uma catástrofe.

### Papel do Enfermeiro

– Restabelecimento de Serviços de Saúde: Ajudam a restabelecer serviços públicos essenciais, como eletricidade, água e saneamento, além de garantir que as instalações de saúde estejam operacionais.

– Reabilitação e Cuidados Continuados: Fornecem cuidados contínuos às vítimas, coordenando transferências hospitalares, reabilitação e cuidados domiciliários, conforme necessário.

– Apoio Psicossocial: Oferecem apoio emocional e psicológico às vítimas, familiares e colegas de trabalho, ajudando a lidar com o trauma e o *stress* pós-catástrofe.

– Avaliação Pós-Catástrofe: Participam na avaliação das respostas ao desastre, identificando pontos fortes e áreas para melhoria nos planos de emergência. Contribuem para a revisão e atualização de protocolos de resposta com base nas lições aprendidas.

## **Conclusão**

Os enfermeiros são essenciais em todas as fases do ciclo de gestão de catástrofes. A sua capacidade de fornecer cuidados clínicos, coordenar esforços de resposta e oferecer suporte emocional é fundamental para a eficácia da resposta a emergências. O envolvimento ativo dos enfermeiros na mitigação, preparação, resposta e recuperação garante uma abordagem abrangente e integrada para lidar com desastres, promovendo a resiliência das comunidades e minimizando os impactos negativos.

## 6.

# Noruega: da euforia do verão à depressão do inverno

Elsa Azeiteiro<sup>21</sup>

Para conseguirmos falar sobre a qualidade de vida na Noruega é imprescindível contextualizar historicamente alguns marcos civilizacionais. A Noruega, como todos sabemos, é associada como a terra dos Vikings, um povo resiliente e guerreiro, que desde cedo partiu em missões de descoberta e conquista pelo mundo, mas, na verdade, este país foi considerado, durante muito tempo, um território de pouco interesse, já que apenas 20% da sua extensão é cultivável, e foi durante séculos utilizado como moeda de troca entre a Suécia e a Dinamarca.

É um território vasto, com difícil acesso entre as povoações devido à geografia montanhosa, o que, conjugado com o clima inóspito no inverno, levava a que as populações passassem grandes temporadas em isolamento. A falta de comunicação levou ao aparecimento e desenvolvimento de vários dialetos.

Os Noruegueses foram durante séculos considerados um povo pobre, mas resiliente, cujas fundações assentavam nas tradições e costumes que pouco ou nada foram alteradas até aos dias de hoje. Desde a Era Viking que os Noruegueses se

---

21 Mestre em Enfermagem, Hospital da Luz.

orgulham de se regerem por um conjunto de regras que são chamadas de *jantelovers*, as leis de Jante. Apesar de não se saber qual a sua origem ou localizar temporalmente o seu início, estas regras estão presentes em diversas histórias infantis e contos tradicionais populares.

As leis de Jante pretendem inculcar no indivíduo a noção de que o bem comum é maior do que o individual, e de que ninguém deve ou pode sentir-se superior ao seu par. Todos devem ter as mesmas oportunidades e acesso aos mesmos benefícios. Quando em 1960 se dá a descoberta, e início da exploração, do petróleo do país, ocorre uma verdadeira exploração das condições socioeconómicas das famílias e do próprio Estado, e é aqui que a natureza íntegra e ancestral da Noruega desempenha um papel determinante nas escolhas feitas.

O governo, com o apoio de toda a população, decide que o dinheiro da exploração petrolífera teria de ser gerido e armazenado de forma a beneficiar o bem comum e não apenas o particular. Foi criado o fundo soberano norueguês, que tem como objetivo gerir e investir o dinheiro ganho nessa indústria, e a existência de um sistema fiscal com impostos altos que permitam a manutenção gratuita das instituições e da segurança pública.

Através da conjugação destes factos, é fácil compreender a razão pela qual a Noruega se encontra nos lugares cimeiros em relação à Qualidade de Vida.

Relativamente ao sector da saúde é ainda mais clara a satisfação da população, já que a Noruega destina grande parte do seu orçamento anual ao sistema de saúde, considerado um dos melhores do mundo. O seu sistema de saúde é administrado pela Heflo, com um orçamento anual aproximado de 35 mil milhões de coroas norueguesas (aproximadamente 3,08

mil milhões de euros). O acesso ao mesmo é garantido a todas as pessoas, tendo direito a atendimento e tratamento completamente gratuito. Para tal é necessário apenas a inscrição no registo de população do país, sendo depois atribuído um médico de família, que será responsável pelo atendimento, acompanhamento e possível encaminhamento, em caso de necessidade.

O número de médicos de família e de equipas de enfermagem ao domicílio é elevado, de forma a que exista um «centro» de saúde em cada bairro facilitando o acesso e a criação de uma relação de proximidade.

A rede de evacuação aérea é altamente eficaz e faz que o transporte das pessoas até um hospital central (e posterior regresso a casa) seja rápido.

O internamento pretende-se curto e com poucos riscos associados, de forma a que a pessoa possa voltar rapidamente à sua área de residência com os cuidados de reabilitação necessários.

Para tal, o uso de antibióticos é dos mais baixos do mundo, havendo uma preocupação constante em prevenir o aparecimento de bactérias multirresistentes. A utilização de analgésicos e anti-inflamatórios mais potentes é também evitado, havendo uma aposta nas terapias complementares tais como a acupuntura ou o *reiki*.

O paradigma atual consiste na tentativa de baixar os tempos de internamento hospitalar através da criação de centros de reabilitação espalhados pelo país e equipas multidisciplinares que façam um levantamento das necessidades dos doentes, o mais precocemente possível, mantendo uma comunicação direta e diária com a «Kommune» em que o doente reside, de forma a agilizar o apoio necessário para a alta.

Para tal, por exemplo, a equipa hospitalar comunica com a equipa do centro de saúde da área de residência de forma a assegurar que o doente X tenha o apoio da equipa de enfermagem ao domicílio três vezes ao dia, de acordo com as suas necessidades, e, assim que o apoio esteja assegurado, a alta pode ser despoletada.

Este sistema tem-se mostrado altamente eficaz na resposta à nova realidade demográfica do país, em que a esperança média de vida é de 82,7 anos, uma das mais altas da Europa.

A qualidade de vida dos profissionais de saúde, mais especificamente dos enfermeiros, é compreensivelmente alta. Em primeiro lugar beneficiam de salários elevados, e as condições de contratação de hoje em dia já incluem alojamento e curso de língua. A relação contratual é bastante flexível e o trabalhador pode escolher a percentagem de horas semanais que pretende fazer e alterar a mesma conforme as necessidades familiares ou pessoais.

Existe uma grande procura por profissionais altamente qualificados, e os salários acompanham essa procura. As instituições estão igualmente disponíveis para pagar os estudos de especialidade nas áreas de que necessitam.

A estrutura hierárquica clínica é bastante horizontalizada e existem relações de confiança e igualdade que são mantidas através de visitas e reuniões clínicas diárias, em que os casos e os planos são trabalhados em equipa.

Sendo a perfeição uma utopia, a Noruega conta, por outro lado, com um dos climas mais inóspitos da Europa, em que os invernos são rigorosos e sombrios, alguns dias contam apenas com uma hora de claridade, o que se pensa estar associado a um número elevado de síndromes depressivos e doenças neurodegenerativas.

A língua oficial é difícil e conta com inúmeros dialetos de difícil compreensão. A integração social pode ser complexa e longa devido aos padrões sociais recheados de tradições e referências culturais. Uma vez ultrapassados estes obstáculos, a beleza das paisagens naturais e a qualidade de vida prometem apaixonar qualquer pessoa que aceite este grande desafio.

## 7.

# Tratamento e redenção: o *kairós* da humanidade

Daniel Mineiro<sup>22</sup>

### 1. O mundo das relações em questão

Quase todas as enciclopédias têm um verbete sobre o cuidar humano. Basta passar os olhos pela mancha gráfica, para que apareçam as definições, as condições de possibilidade e a carga moral que possui. É sempre um assegurar de uma determinada realidade, que é percebida como frágil pelo cuidador<sup>23</sup>. Está sempre no plano de uma técnica perfeitíssima, que tende ao melhor estado de saúde possível e nunca foge a um imperativo categórico: temos, todos, o dever de promover o cuidado dos outros com os quais habitamos a terra. No limite, é sempre o assegurar das condições de vida de um terceiro, portanto, tem como tarefa última o bem dessa pessoa<sup>24</sup>.

---

22 Professor da Universidade Lusófona.

23 José Manuel Pereira de Almeida, «Humanização como condição terapêutica», in *Humanização e cuidado*, Lisboa, Summer School, Editorial Cáritas, 2018, p. 115.

24 Patrícia Pontífice de Sousa, «Fragilidade Humana e cuidado Humanizador», in *Humanização e cuidado*, Lisboa, Summer School, Editorial Cáritas, 2018,

Será este todo o lastro que se pode pensar? Parece-me que esta relação, que avalia e promove biologicamente as melhores condições de vida, é pouco. Tocar a carne ferida de uma Pessoa não é uma mera tentativa de restabelecimento de um estado ou condição de saúde, porque esse tecido celular, por ser de uma determinada Pessoa, tem uma outra dimensão. Pode ser considerado desde uma leitura espiritual, e, nesse sentido, assumido como morada de uma moralização, que aceita a situação na qual se está, e leva a cabo divinamente a construção de Bem, que a Pessoa deve ser em todo o Ato de que é capaz.

Pretendo, com efeito, criar uma clivagem ao nível modal entre os conceitos de *tratamento* e de *cuidar humanizador*, afinal, a *redenção*. Não surtem o mesmo efeito uma estrutura de tratamento que promove as melhores condições possíveis, portanto, um bem ao nível biológico, e uma *inteligência profunda da carne humana*, como lugar forte para cumprir a presença real da Pessoa no mundo como bem. A segunda, só um ser humano pode realizar.

Só o Ato humano de cuidar pode criar uma redenção do corpo, porque ergue desde uma fragilidade, para uma dimensão absolutamente nova e divina. Nada de programável faz este tipo de metamorfoses. Nada, neste modelo, é da ordem da repetição ou da programação<sup>25</sup>.

---

p. 76. Deve ainda ser considerado o excelente livro da mesma autora, a saber: *O conforto no cuidar*, Lisboa, UCP Editora, 2024.

25 «Ao amar como Deus ama a criatura, esta, por tal ato e em tal ato, metamorfoseia-se em algo de semelhante, em ato, ao criador, diviniza-se. Cumpre o seu sentido de ser possível, próprio de criatura humana e próprio seu de pessoa humana única, tão única como Deus. Mais nada o pode cumprir por si, nem mesmo o criador, que já nela pôs incoativamente tudo o que necessitava para

## 2. O que significa criar artificialmente?

### 2.1 O legado ilusório do atomismo lógico

O conceito de criar de modo artificial é muito denso, porque implica revisitar toda a história da epistemologia e do tipo de experiência da realidade que permite; mas também o é porque implica perceber que existe uma aceção que não cria: a positivista. Passemos em revista os passos que permitiram uma abordagem positivista da realidade.

Não é preciso voltar aos estudos desenvolvidos acerca do mundo e da natureza, desenvolvidos pelos pré-socráticos, por Platão, pelos neoplatónicos e por Aristóteles. Este périplo apenas situa a criação de que a inteligência artificial é capaz no seu meio: isto é exatamente como fruto de uma relação profícua com a natureza. Basta visitar o mais prestigiado dos seus cultores: Demócrito<sup>26</sup>.

Ao arrepio do mestre Heraclito, que tinha percebido muito bem a relação com o ser, a dimensão metafísica da ontologia e do pensamento, o Pai do Atomismo lógico promoveu um rendilhado mental, que não tinha em conta a estrutura de sentido para que fosse perceptível e portanto pensável. Com efeito, cria a ideia de pequenos átomos, que apenas de modo postulado podem existir, e, com este tipo de matriz, a ausência de vasos comunicantes entre as diferentes partículas, entretanto encontradas.

Logo depois, teremos de reconhecer o eco que a má leitura de Aristóteles produziu na estrutura de experiência vigente.

---

poder operar tal ato». Américo Pereira, «A carne de Deus», in [www.snpcultura.org](http://www.snpcultura.org) (1/12/2024).

<sup>26</sup> Joaquim Cerqueira Gonçalves, *Homem e mundo em S. Boaventura*, Braga, 1970, p. 123.

Recorde-se a proposta das suas Física e Metafísica, seja lembrado o conceito de hilemorfismo e a ideia de uma causa formal, para que a questão apareça. Foram as visões simplificadas da harmonia entre conteúdo e forma, ou, se quisermos, entre matéria e forma, que ditaram a leitura da ontologia como um item de uma física, totalmente determinada pela forma, e objetividade. Foi o segundo movimento de fechamento do plano de uma inteligência verdadeiramente penetrante<sup>27</sup>.

Emerge a proposta historicista de Hegel, que pretende fixar um princípio e um fim para a realidade, criando toda a forma na qual aparece. Foi o seu espírito absoluto, a objetivação da história e as tendências gnosticistas para aperfeiçoamento do Homem que se fizeram presentes. Já tinha recebido da herança aristotélica a possibilidade de desligar a forma do conteúdo, portanto, fixou uma forma de entender a realidade que não depende de uma referência precisa à realidade de um determinado conceito. Fixou, em outras palavras, uma antropologia com base numa técnica de objetivar a forma de aparecimento do Homem no mundo. E, com esta referência, não podemos deixar de mencionar Ernest Kapp, Vico e Karl Marx, devendo mesmo esticar esta tradição gnóstica até aos positivistas<sup>28</sup>.

Todos, herdeiros do descrédito do hilemorfismo, promoveram uma construção da realidade que não decorre de uma construção de sentido a partir da realidade. Fizeram uso de uma liberdade para que o saber da realidade fosse interiorizado e existisse uma laicização da razão. Promoveram a separação entre sujeito e objeto e a criação da forma da realidade

---

27 *Ibidem*, p. 151.

28 José Bragança de Miranda, *Teorias da Cultura*, Lisboa, Ed. Séc. XXI, p. 39.

de acordo com uma nova verdade instrumental, que só tinha um único fito: construir a dimensão de sentido da realidade, desde o terreno de uma universalização, objetivação e instrumentalização da matéria.

Em toda a tradição historicista existe uma construção da realidade, postulada pela onnipotência cientificista. Não existe uma tentativa de concertação do sentido construído, com aquela realidade, que é percebida através dos sentidos. O desejo mecanicista e gnóstico impera no terreno de uma artificialidade da forma de apreensão da realidade, transformando a artificialidade em algo de ilusório e artificioso<sup>29</sup>.

É a petrificação de um determinado tipo de realidade, que reduz toda a densidade do material ao conceito para o descrever, apesar de querer que a realidade seja aumentada em infinitas próteses e virtualizações.

É uma certa mecânica mental, que reduz toda a densidade da realidade a uma construção da consciência, que, do alto da sua potência, se crê criadora de realidades e de propostas totalmente livres, de realidade fáustica. Com efeito, não pode existir uma inteligência que cria um determinado sentido de realidade. Existe uma espiritualização da matéria a bel-prazer, mas não uma construção de sentido que tem em conta o conteúdo de uma determinada forma, mas isto é, como acima dizia, uma construção, um artifício, que seja próprio da inteligência.

---

29 A crítica de Cerqueira Gonçalves que encontramos na obra *Em louvor da vida e da morte* à postura moderna é verdadeiramente implacável. Cf. Joaquim Cerqueira Gonçalves, *Em louvor da vida e da morte*, Lisboa, Ed. Colibri, p. 44.

## 2.2 Homem e máquina: uma mesma artificialidade

A inteligência é, por definição, uma leitura da realidade. Não permite uma relação dual, nem permite que exista qualquer tipo de hipóstase que faça a leitura da realidade. No exato momento da leitura, sentido, e realidade que é apreendida, surgem num mesmo ato de criação de realidade, que não admite exceções.

Assim que começo a perceber a realidade, é esta mesma que está no ato de leitura inteligente da realidade, dando notas da sua mesma matriz, para que eu possa intuir o seu sentido, o sentido desta realidade. E toda a realidade não existe à margem de uma qualquer determinação de sentido de que possa ser capaz<sup>30</sup>.

Tal sucede, não porque exista uma redução daquela ao ato de pensar ou de perceber o sentido da realidade. Não é este o sentido da criação da realidade. A densidade da realidade decorre de uma leitura da realidade, que não prescinde dela. Por essa razão, o que existe é uma absoluta incapacidade de intuir sem que exista a realidade: não há intuição *de nada*. E, além disso, um necessário mutismo diante de uma realidade à qual não tenho referência.

A inteligência artificial não é diferente desta realidade dita natural. Em bom rigor, *toda e qualquer inteligência cria sentido*, por essa razão, toda a inteligência é artificial. Cria o mundo, no qual vive, e a realidade que está diante dos seus olhos. Não é possível que não seja<sup>31</sup>.

---

30 Américo Pereira, «Natureza e cultura», in [www.snpcultura.org](http://www.snpcultura.org) (1/12/2024).

31 Américo Pereira, *Inteligência Artificial: Morte e superação do humano*, Covilhã, Praxis, p. 1. Para quem quiser ler, está aqui a prova de que importa perseguir o bem. Seja por máquinas ou por humanos, todo o ato deve ser feito para que exista o maior bem possível para a humanidade.

A pura naturalidade não faz sentido. Seria a incapacidade de estabelecer relação e de criar a realidade. Estaria presente na forma de uma determinada faculdade, mas não seria um ato de intuição da realidade, que só aparece no ato mesmo de ser intuída. Tal é difícil de explicar de um ponto de vista lógico, porque os conteúdos da memória, e os sentidos que se pudessem produzir, teriam de vir de determinado lugar, que não é explicável.

E se a inteligência é toda ela artificial, então, podemos afirmar que a inteligência artificial, de tipo protocolar, lhe segue o passo. Criada uma extensão de uma determinada lógica, são dadas entradas de dados numa determinada matriz. Depois, é ativado um determinado tipo de tratamento destes dados e, finalmente, após uma programação fina, a máquina, como habilidade engenhosa, que executa funções para as quais foi competentemente programada, executa fielmente a função em causa. Nem o tipo de matriz, nem o tipo de tratamentos de dados, nem a dependência de seres humanos, para que seja alimentada com dados programáveis, retira esta proximidade em termos lógicos e de ação artificiosa.

São conhecidos vários exemplos de máquinas, perfeitamente programadas, para executar tarefas. E, desse ponto de vista, o resultado não é diferente daquele que seria alcançado pelo agente humano. Pelo contrário, se nada obstar a uma perfeita funcionalidade das peças ou da programação da máquina, o nível de eficácia é absoluto. O cumprimento da tarefa não tem altos, nem baixos.

Não se pode notar uma diferença lógica, técnica ou modal, porque toda a informação, que é transformada em ação, foi produzida por entes humanos. Toda a possibilidade de

materializar uma tarefa foi construída desde *uma mesma lógica de intuição da realidade*.

### 3. A cooperação maquinal

Se as máquinas se mostram na tarefa de cumprir o bem, isto é, de executar uma tarefa, que foi pensada como um bem para uma determinada Pessoa, não pode este tipo de inteligência protocolar ajudar nos tratamentos a ser prestados aos doentes?

Cumprindo escrupulosamente o plano de programação das máquinas, não há razão para rejeitar a ideia de que os tratamentos sejam feitos por não-humanos. Se pretendemos ver cumpridas funções, com rigor, precisão, durante longos períodos, sem desgaste dos cuidados e sem que exista investimento acrescido, do ponto de vista metafísico e ontológico, não existem impedimentos.

Note-se que todo o critério que não seja aquele que premeia a bondade é uma mera preferência, que não pode continuar de pé, se existir uma situação de verdadeira necessidade ou urgência em agir. E, neste sentido, sabendo da identificação lógica, técnica e em termos de finalidade da máquina com o Homem, só poderá ser uma escolha deste tipo<sup>32</sup>.

No momento em que a máquina faz o melhor programado em favor de uma determinada realidade, essa realidade passa a ser uma realidade, que foi atendida exatamente como ela é e, neste sentido, o ato de tratamento, que foi maquinalmente determinado, passa a ser um *amor maquinal*, que não tem por isso de ser de uma gama de amor inferior. Amor é bem

---

32 Américo Pereira, «O homem e a máquina: Relevância antropológica do prestador de cuidados de Saúde», in [www.snpcultura.org](http://www.snpcultura.org) (1/12/2024).

querer, sem condições. Seja feito por uma máquina ou por um ser humano. Desde que seja segundo aquilo que é preciso a cada ser, então, é de amor que se trata<sup>33</sup>.

Esta é uma verdadeira lição para a humanidade, que sempre se mostrou dentro das *lógicas da retribuição* e pouco feliz com o bem dos outros Homens. É este o terreno do bem absoluto, porque este não põe condições. E este labor não tem de ser mau, por ser maquinal.

Ora, apesar disto, há que pensar no outro polo da equação. Nem todos os pontos estão pensados.

Não estará o doente, que merece todos os cuidados, acantonado no reino dos Céus, que a máquina está a proporcionar? Não está, em última instância, ausente de si, sem que possa ser inteiro, dentro do sofrimento carnal por que passa?

Em última instância, uma fragilidade sem moralidade é uma menoridade da grandeza da Pessoa. Pode mesmo precipitar a carne ferida, agora só tecido celular, num desejo de estar bem, que nunca vê o sentido maior da fragilidade, que nunca é fraqueza, mas momento de conversão metafísica ao que pode ser<sup>34</sup>.

---

33 «Se as boas características que definem um bom prestador de cuidados de saúde desaparecerem e surgirem máquinas aperfeiçoadas que o possam substituir com vantagem para as pessoas com necessidade de tais cuidados, o que deve ser feito, em benefício de tais pessoas, é substituir tais seres humanos maus prestadores de cuidados de saúde por máquinas boas prestadoras dos mesmos cuidados». *Ibidem*.

34 «Apenas a fragilidade total e absoluta do ser humano perante a possibilidade da morte eminente – iminente é sempre – justifica a reiterada pergunta. Esta fragilidade é, aqui, imediato paradigma da condição humana», Américo Pereira, «Fragilidade e força de Cristo», in [www.snpcultura.org](http://www.snpcultura.org) (1/12/2024).

#### 4. Entre a ética mecânica e a *poiética* humana: a fragilidade como ponte

Não existem dúvidas quanto ao processo de ação, por outra ideia, de concretização material de uma inteligência protocolar. Desde que seja assegurada a mecânica de uma ética, que se pretende extensão de uma ação humana, não há dúvidas de que pode e, de facto, assegura o cuidado biológico de uma determinada realidade. Justamente porque a máquina não tem caprichos, nem formas de contornar o tratamento que tem de realizar, por falta de desejo de o fazer ou de vontade.

Uma vez programada, existe um universo de bem que é assegurado a quem necessita de um determinado tipo de cuidado. É esta a condição da habilidade que é a máquina que foi programada para tratar. Será sempre esta a segurança que pode oferecer um tipo de abordagem deste tipo. Bem programada, com todos os itens, sem quaisquer tipos de impedimentos à execução dessa ação, a máquina não tem campo possível, para que exista uma desvirtuação.

Toda e qualquer limitação, todo o erro possível, todo o mau funcionamento ou resultados menos bons são culpa do ser humano que teve de programar e programou a máquina. Como vimos anteriormente, não existe qualquer autonomia deste tipo de mecanismos. Por definição, são mecânicos. Operam com a lógica, com a técnica e com a finalidade que lhes for possível. Não são livres, não podem programar uma não-ação. Não podem programar o boicote ou até o esquecimento de uma determinada tarefa.

O puro código binário determina que terá de ser executado determinado tratamento, sem qualquer tipo de *maldade* anexa. A máquina apenas cumpre o que lhe foi determinado. E cumpre bem, instaurando, como acima dizíamos, um reino

de bem e de bondade, de *comovente durabilidade*. Está no terreno de uma ética normativa. Cumpre, porque lhe é devido.

Cumpre porque, de modo orgânico, tem de cumprir. E isso é bom. Não vale a pena considerar que é feita de outro tipo de material ou até que não tem aparência humana. Para a temática evocada, tal não tem relevância.

O corpo maquinal, porque passível de assumir qualquer forma na boa tradição platónica, não deve criar distâncias. A parte justificativa também não o pode, uma vez que no ato de querer o bem de outro, de força absolutamente determina, é a presença concreta de um bem comum, o que é deverás louvável.

O problema está na redução, que este tipo de tratamento pode promover, não no tipo de forma que a máquina pode assumir. Desde que seja boa, mesmo sendo um mecanismo, cumpriu a sua função e passou a figurar segundo uma modalidade humana: aquela que ama, fazendo sempre o melhor por quem está diante de nós. Todavia, vejamos de que tipo de redução se trata.

Quando um pedaço de Carne é tocado, dentro de um plano de tratamentos, não é apenas uma determinada estrutura celular que é tocada. A Carne beliscada, acariciada ou tocada com um pedaço de gaze faz parte de uma realidade mais densa: a realidade da Pessoa, que integra uma outra parte, espiritual. Não pode ser reduzida a uma mera realidade física ou biológica, sem que se perca algo de muito importante: a capacidade que existe de espiritualizar a carne, tornando a célula biológica que foi tocada num pedaço de carne habitada pelo espírito, portanto encarnada<sup>35</sup>.

---

35 Américo Pereira, «A carne de Deus», in [www.snp.cultura.org](http://www.snp.cultura.org) (1/12/2024).

Cumpra ao cuidador, que procura a humanização dos tratamentos, e, neste sentido, a presença absoluta da Pessoa que recebe o cuidado, fazer o enquadramento da *carne sofrida* na *vida do espírito* através da sua própria capacidade de amar. Cumpra ao profissional ser professo à presença, divina e absoluta, do *absoluto do ser em cada Pessoa*, mostrando que a vida, naquela circunstância, encarnada naquele modo determinado, tem toda a dignidade e força, para que possa transformar a fragilidade do material carnal na grandeza de uma carne, que aceita a realidade absoluta que é, e, nessa condição, quer cumprir a possibilidade de vida que pode ser.

Insisto, cumpra ao profissional de saúde cuidar de modo tão fino quanto possível, para que o referente da situação de doença não seja somente o tratamento ou uma tendência para uma eventual cura, mas uma aceitação da condição carnal em que o espírito – que integra a carne, espiritualizando-a – é obrigado a trabalhar, para que toda a humanidade, com quem não desiste da vida, seja salva. E, neste ponto, *aqui*, não pode existir a tendência da preguiça, dos estados de alma ou até um desvirtuar da verdadeira atenção amorosa ao outro, o que permite dar-lhe as condições de que necessita para viver com a capacidade necessária para continuar a ser na realidade que lhe é possível.

A radicalidade da ação implica que o amor seja transformador e absoluto. A dimensão da metamorfose é tão densa que a mínima dúvida resulta num desinvestimento na realidade que se é, e precipita todo o ser Humano numa realidade que se quer ser. E a dúvida não resulta, simplesmente porque este tipo de atitude não pode salvar Pessoa alguma.

A plenitude desse amor transforma o amado naquilo que é, enquanto é. E este modo de ser é a perfeita encarnação

espiritualizada daquilo que a Pessoa pode ser naquele instante. Numa palavra: a divina presença no mundo. Não mais, não menos: ser de acordo com aquilo que lhe é dado a ser. Nem em termos de força, nem em termos de vigor, muito menos de aparência: ser do modo «mais absoluto» possível. É este o fruto de um amor, que sabe o valor da realidade. Será neste tipo de cuidados que o cuidador pode transformar a vida das pessoas e tratar a carne humana – e não apenas tecidos – por meio de uma ordem mecânica dada a uma máquina, perfeitamente boa, que, assim, é.

## 5. A redenção do corpo

Neste nível de atenção metafísica, a cura de uma determinada doença ou mesmo um determinado tratamento são relativos. O instante de aceitação que o cuidador oferece, naquela metamorfose do ato sofredor em corpo amado, assume uma importância transcendente e eterna. Não é apagável e, por uma vez que seja, ergue toda a humanidade.

Em termos absolutos, a maior lição que vem da redenção da carne é aquela que vem de Cristo: *aceitar beber do cálice*. Fazer da fragilidade um lugar de força, de grandeza e de moralidade cristã.

Se o nosso corpo for assumido, doente que esteja, como o modo perfeito, porque é aquele que me é possível, passível de ser no mundo e com os outros, então, está cumprida a encarnação, que me é possível. Estou a cumprir absolutamente a minha divina possibilidade de fazer o bem. Faço a marcha com toda a humanidade, que comigo está em todo o ato de bem ou de mal, que puder realizar na livre escolha.

## 8.

# O utente paliativo em serviço de urgência: impacto económico

Tânia dos Santos Afonso<sup>36</sup>

Os Cuidados Paliativos desenvolvem-se a partir de princípios basilares em resposta ao sofrimento da pessoa que vive uma doença limitadora da qualidade e tempo de vida.<sup>1,2</sup>

É reconhecida a importância do suporte assistencial em cuidados paliativos no sistema de saúde. Mais se reconhece que a sua integração nos diferentes níveis dos cuidados em saúde, particularmente no âmbito comunitário, poderá ser preventiva de admissões evitáveis em serviço de urgência e, conseqüentemente, promotora da redução de custos, com ganhos concretos em saúde e na qualidade de vida.<sup>1,2</sup>

No ano em que o *International Council of Nurses* apresenta como foco o tema «O Poder Económico dos Cuidados»,<sup>3</sup> estudos como o que se apresenta, «O Custo Económico do Cuidado de Enfermagem ao Utente Paliativo em Serviço de Urgência», integram-se em algumas das premissas desenvolvidas,<sup>4</sup> entre elas, o investimento em Enfermagem para melhorar o acesso aos cuidados e promover a cobertura universal de saúde.

---

36 Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. Diretora Executiva do Observatório Português dos Cuidados Paliativos.

Estudando o fenómeno das urgências evitáveis em serviço de urgência por utentes paliativos,<sup>5</sup> importa compreender a quem nos referimos. *O utente paliativo é a pessoa com necessidades paliativas* e não (apenas) o doente terminal, o mesmo que se admite a um contexto de urgência pouco preparado para responder às necessidades paliativas. Impreparação que se justifica pela ausência de paralelismo entre a abordagem curativa e a abordagem paliativa, pelo défice formativo dos profissionais de saúde, pela pouca experiência clínica e pela percepção de que a urgência responde à doença com cura.<sup>2</sup>

Em ausência de conhecimento sobre os custos económicos dos cuidados de enfermagem paliativos em admissões evitáveis ao serviço de urgência, determinou-se a importância de o quantificar, definindo o conceito de urgência evitável em cuidados paliativos, identificando intervenções de enfermagem a este utente e família, e quantificando o custo do cuidado de enfermagem associado.

Desenhou-se um estudo quantitativo, analítico, secundário, longitudinal e retrospectivo, com uma população de utentes paliativos que recorreram ao serviço de urgência de um hospital da periferia de uma das principais regiões metropolitanas de Portugal.

A amostra probabilística englobou utentes falecidos em serviço de urgência geral no ano de 2019, em ausência de melhor determinante de aproximação do fenómeno paliativo.

Partindo de dados administrativos e elementos cedidos por direções e gestão, os dados de 358 episódios foram estudados e avaliados por uma equipa perita, a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. O tratamento de dados foi assegurado por análise estatística descritiva e inferencial, na amostra de 273 de 358 utentes em estudo

(76,3%,IC95%:71,7-80,8), excluído 1 utente por internamento eletivo em medicina.

O conceito de urgência evitável foi definido a partir de um Delphi; foram identificados 33 parâmetros de intervenção de enfermagem nos episódios analisados e o custo do cuidado de enfermagem quantificado. Este último foi parcelado em fator humano – custo do trabalho do enfermeiro –, fator material – custo dos consumíveis – e fator estrutural – custos atribuídos à instituição –, partindo de informação cedida e trabalhada junto da gestão do serviço hospitalar e direção de enfermagem.

Sobre os resultados obtidos, e indicando-nos a evidência que os custos superiores associados ao fim de vida decorrem do internamento hospitalar,<sup>6-9</sup> os nossos dados foram representativos de uma poupança na ordem dos milhões de euros, quer em custos globais quer apenas nos referentes ao cuidado de enfermagem e intervenção do enfermeiro.

Os dados obtidos, em linha com o plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos,<sup>9</sup> permitiriam a realocação dos gastos na criação das equipas previstas, nomeadamente, a total cobertura comunitária e/ou o complemento de recursos humanos das equipas intra-hospitalares.

O suporte às necessidades paliativas dos utentes e famílias, com o reforço de meios e a cobertura em cuidados paliativos, permitiria: diminuição de custos em saúde; melhoria da qualidade dos cuidados; melhores resultados e, com estes, a satisfação e incremento da humanização dos cuidados.<sup>10-16</sup>

Procura-se, desta forma, a efetiva integração dos cuidados paliativos em saúde, considerando um percurso de mudança organizacional promotor de mais e melhores cuidados a utentes, famílias e comunidades com necessidades paliativas.

## Referências bibliográficas

1. Afonso TDS. A transferência do utente em fim de vida para uma morte em ambiente hospitalar: uma inevitabilidade? Universidade de Lisboa; 2015.
2. Capelas ML, Coelho SP, Silva SC, Ferreira C. Cuidar a Pessoa que sofre. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2017.
3. Stewart D. O nosso futuro. O poder económico dos cuidados – do original – «Our Nurses. Our Future. The economic power of care». Revisão pela Ordem dos Enfermeiros; 2024. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33687/kit-die-2024.pdf>.
4. Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH, Chisholm G, Williams J, Allo J, et al. Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(3):497–504.
5. Afonso TDS. O custo económico do cuidado de enfermagem ao utente paliativo em serviço de urgência [tese de doutoramento]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2022.
6. Schneider PP, Pouwels XGLV, Passos VL, Ramaekers BLT, Geurts SME, Ibragimova KIE, et al. Variability of cost trajectories over the last year of life in patients with advanced breast cancer in the Netherlands. *PLoS One*. 2020;15(4):1–15.
7. Dumont S, Jacobs P, Turcotte V, Turcotte S, Johnston G. Palliative care costs in Canada: A descriptive comparison of studies of urban and rural patients near end of life. *Palliat Med*. 2015;29(10):908–17.
8. Gardiner C, Ward S, Gott M, Ingleton C. Economic impact of hospitalizations among patients in the last year of life: An observational study. *Palliat Med*. 2014;28(5):422–9.
9. May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, et al. Economics of palliative care for hospitalized adults with serious illness: A metaanalysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(6):820–9.
10. Silva R, Paiva M, Vital F, Moura MJ, Lourenço J. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022. 2021; [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021\\_2022.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf).
11. May P, Normand C. Analyzing the Impact of Palliative Care Interventions on Cost of Hospitalization: Practical Guidance for Choice of Dependent Variable. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(1):100–6.
12. Mathew C, Hsu AT, Prentice M, Lawlor P, Kyeremanteng K, Tanuseputro P, et al. Economic evaluations of palliative care models: A systematic review. *Palliat Med*. 2020;34(1):69–82.

13. Gardiner C, Ryan T, Gott M. What is the cost of palliative care in the UK? A systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2018;8(3):250–7.
14. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(7):e883–92.
15. Wallace EM, Cooney MC, Walsh J, Conroy M, Twomey F. Why do Palliative Care Patients Present to the Emergency Department? Avoidable or Unavoidable? *Am J Hosp Palliat Med*. 2013;30(3):253–6.
16. Ward S, Gott M, Gardiner C, Cobb M, Richards N, Ingleton C. Economic analysis of potentially avoidable hospital admissions in patients with palliative care needs. *Prog Palliat Care*. 2012;20(3):147–53.

## 9.

# Aprendizagens significativas – experiências profissionais

Rui Lopes<sup>37</sup>

A aprendizagem é uma das funções mentais mais importantes no ser humano, estando relacionada com a educação e o desenvolvimento pessoal.

Pode designar-se por aprendizagem um processo educativo pelo qual as *competências, habilidades, conhecimentos, comportamentos ou valores* são adquiridos ou modificados, como resultado de *estudo, experiência, formação, raciocínio e observação*, sendo que tal processo deverá ser devidamente orientado e favorecido quando o indivíduo está motivado.

E foi neste sentido, por sentir estar motivado pela experiência de trabalhar no estrangeiro, mais propriamente em Inglaterra, não só pela conjuntura política e social em Portugal, que condicionava e dificultava o acesso à empregabilidade no período temporal 2011-2014, mas também por aquilo que proporcionaria, que me facilitou a decisão de ter uma experiência pessoal e profissional num país estrangeiro. Assim, e ao ser confrontado com o término de um contrato por tempo incerto com a Unidade Local de Saúde Norte Alentejano – Hospital de

---

37 Mestre em Enfermagem, Hospital Beatriz Ângelo.

Portalegre, contrato que nunca teve oportunidade de transitar para tempo indeterminado –, fui, de certa forma, obrigado a alargar os meus horizontes profissionais.

Aconteceu no final do ano 2012. Começo, no ano 2013, a procurar e avaliar oportunidades de trabalho em Portugal. Com a dificuldade que imperava nesta linha temporal, ainda com alguma relutância e hesitação para sair da minha «zona de conforto», inicio a procura de possíveis locais de trabalho.

Deparo-me então com a escassa oferta dentro do distrito da minha naturalidade, bem como com os salários praticados, que eram consideravelmente baixos. Estava a ser muito difícil encontrar um caminho de decisão profissional. Neste contexto, optei pelo exercício de outra profissão, enquanto continuava na procura por melhores oportunidades de trabalho como Enfermeiro.

Esta acabou por ser uma decisão importante, na medida em que tive a possibilidade de aumentar, enriquecer e educar a minha personalidade, a minha pessoa, sendo mais um momento privilegiado de crescimento e de aprendizagem fundamental para o meu desenvolvimento psicossocial.

A aprendizagem é correlato de uma ação educativa, tendo como finalidade ajudar a desenvolver nos indivíduos as capacidades que os tornem capazes de estabelecer uma relação pessoal com o meio em que vivem (físico e humano), servindo-se, para este efeito, das suas estruturas sensório-motoras, cognitivas, afetivas e linguísticas.

Existem algumas teorias que suportam o processo e conceito de aprendizagem, designadamente:

As *comportamentalistas (behavioristas)*, em que a aprendizagem é vista como a aquisição de comportamentos expressos, através de relações, mais ou menos mecânicas, entre um

estímulo e uma resposta, sendo o sujeito relativamente passivo neste processo;

As *cognitivistas*, em que a aprendizagem é entendida como um processo dinâmico de codificação, processamento e recodificação da informação; nesta, o estudo da aprendizagem centra-se nos processos cognitivos que permitem estas operações e nas condições contextuais que as facilitam; o indivíduo é visto como um ser que interage com o meio, e é graças a essa interação que aprende;

As *humanistas*, que baseiam a aprendizagem essencialmente no carácter único e pessoal do sujeito que aprende, em função das suas experiências únicas e pessoais; o sujeito que aprende tem um papel ativo neste processo, mas a aprendizagem é vista, muitas vezes, como algo espontâneo.

Atualmente, a aprendizagem é considerada um processo dinâmico e ativo, em que os indivíduos não são simples receptores passivos, mas sim processadores ativos da informação.

Todos os indivíduos, à sua maneira e tendo em conta as suas características pessoais, são capazes de «aprender a aprender», isto é, são capazes de encontrar respostas para situações ou problemas, quer mobilizando conhecimentos de experiências anteriores em situações idênticas, quer projetando para o futuro uma ideia ou solução que têm no presente, interagindo com os estímulos (situações e problemas) de uma forma pessoal.

Depois deste período, e após larga análise e avaliação das ofertas de trabalho disponíveis no mercado, e recorrendo a vários momentos de reflexão de vida pessoal e profissional, cheguei à conclusão de que tinha de me decidir por opções que implicavam a emigração.

Associado à *aprendizagem*, surge outro processo não menos importante. A *reflexão*, e todo o seu processo inerente, que se apresenta como parte integrante da aprendizagem. Monteiro (2009: 55) afirma que:

«[...] reflectindo e analisando conjuntamente a aprendizagem, torna-se possível esclarecer eventuais dúvidas e constrangimentos ocorridos durante a formação, através de explicações e descrições, do conselho e crítica, mas também pela demonstração de determinada intervenção. Adoptando-se a forma reflexiva-em-acção recíproca, reflectindo sobre a actividade executada e os conceitos facultados, delineiam-se as estratégias apropriadas para o desenvolvimento da aprendizagem num processo de reflexão-para-acção»<sup>38</sup>.

Pode então considerar-se a reflexão como um método de relevante importância, na formação individual como profissional de saúde, permitindo assim efetuar uma abordagem consciencializada das problemáticas decorrentes das ações desenvolvidas, através da análise de conteúdo dos diferentes aspetos relacionados com as mesmas, apoiando-se eventualmente na exploração de conceitos teóricos associados à atividade decorrida em contexto de prática clínica.

O Enfermeiro pode desenvolver um processo reflexivo, que lhe permita relacionar os conhecimentos teóricos adquiridos aquando do desenvolvimento de determinada atividade. Segundo Sá-Chaves (2000: 47), trata-se de «um

---

38 Tratando-se de uma citação, respeita-se criticamente a grafia original; este princípio aplica-se a todo o capítulo.

profissional reflexivo que, momento a momento e situação a situação, invo[ca] os seus saberes para, deles, seleccionar os que, do seu ponto de vista, melhor se ajustem à situação real que está a vivenciar», podendo, assim, posteriormente analisar e efetuar uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas.

A estruturação do processo reflexivo deve, assim, partir do relacionamento direto das atividades desenvolvidas e dos problemas que daí possam advir, de forma a que estejam contempladas todas as dificuldades e dúvidas aquando do processo da construção da identidade profissional.

«Assim, considera-se existirem dois tipos de actividades associadas a uma prática reflexiva, que contribuem para um ‘círculo de aprendizagem’: a actividade que se está a aprender e a reflexão em acção mediante a qual se aprende» (Monteiro, 2009: 57).

Neste seguimento, e de acordo com o processo de aprendizagem e reflexão já efetuado e adquirido, e de alguma forma consolidado, é com firme certeza que tomo a decisão de emigrar para Inglaterra. Dado o contexto de necessidade em contratar profissionais de Enfermagem por parte deste país, com uma recetividade muito elevada para a entrada neste mercado de trabalho, sendo uma cultura europeia e com uma barreira linguística facilmente ultrapassável, com um sistema nacional de saúde com enormes semelhanças estruturais e funcionais ao praticado em Portugal, e com carreira e salários mais atrativos, facilmente a decisão foi tomada.

Foi então que ingressei no Queens Elizabeth Hospital Birmingham, em que encontrei a possibilidade de dar

continuidade ao meu conhecimento teórico e prático, dentro do que já era a minha experiência adquirida em Portugal, em contexto da prestação de cuidados em Hemodiálise.

Na prática de Enfermagem, torna-se inevitável a construção de uma relação teórico-prática, que deverá estar presente ao longo do processo de aprendizagem, partindo do princípio de que terá de ser «alimentada» e aperfeiçoada com o decorrer da prática clínica. Desta forma, tal vai permitir cimentar o crescimento e desenvolvimento socioprofissional, através da aplicação dos conhecimentos já apreendidos e da assimilação dos novos adquiridos. Começa então uma nova aprendizagem, potenciada pelo desafio da experiência de viver e trabalhar num país estrangeiro.

Como era de esperar, surgiram algumas dificuldades inerentes a esta transição, e às diferenças evidentes que se manifestam a quem inicia funções num novo contexto profissional. Para minha surpresa, e contrariamente ao efetuado em integrações passadas, não fui encaminhado de imediato para o serviço de Hemodiálise do Queens Elizabeth Hospital Birmingham, como esperado. Existe implementado neste hospital um processo de integração, que visa, nas duas primeiras semanas de funções, iniciar o percurso do Enfermeiro pelo conhecimento de toda a estrutura hospitalar, circuitos, restantes departamentos não-clínicos e outros.

Durante este período, são efetuadas todas as formações obrigatórias para iniciar funções neste Hospital, sejam elas teóricas e/ou práticas, nomeadamente suporte imediato de vida intra-hospitalar, gestão de conflitos, manuseamento de todos os objetos, materiais, produtos e equipamentos que se vão encontrar no serviço de Hemodiálise. É também apresentada

a «Visão, Missão e Valores do Hospital», algo que é considerado de extrema importância dentro desta instituição.

Após este período, chego então ao meu novo local de trabalho, começando a integração no serviço no que se refere à prática clínica e prestação de cuidados específicos de Hemodiálise.

Atendendo a que a aprendizagem em contexto clínico representa uma experiência única para cada Enfermeiro, tal potencia o seu desenvolvimento pessoal e profissional de uma forma específica e individualizada.

Independentemente da minha experiência profissional já possuída na área de Hemodiálise, foi necessário respeitar o tempo de integração obrigatório de três meses, acompanhado por um colega de referência. Este período é rígido e inflexível, mesmo havendo a «urgência» em contar com um novo elemento na equipa de Enfermagem, de forma individual e independente, capaz de prestar os melhores cuidados de Enfermagem.

Confesso que estranhei, uma vez que, em pouco tempo, já demonstrava competência no meu desempenho de funções profissionais. Mas passados estes anos e após refletir melhor sobre o assunto, considero que foi de extrema importância e que fez a diferença de forma muito positiva para uma melhor integração e competência no desempenho de funções.

Acabado o período de integração, e início da prática profissional diária, surgiu uma outra novidade para a prestação de cuidados, e para o modo como funciona em contexto de trabalho na Equipa de Enfermagem: a administração de terapêutica endovenosa, que, ao contrário da administração de medicação per os, não é efetuada de forma individual, mas sim com uma dupla validação/verificação com o colega mais

próximo. Há uma demonstração visual do medicamento a administrar, e é validado pelo colega, bem como o doente a ser administrado. É confirmada e validada duplamente toda a medicação endovenosa a ser administrada.

As restantes práticas de Enfermagem são muito semelhantes entre Portugal e Inglaterra, pelo menos no que respeita a cuidados de Hemodiálise.

Relativamente à realidade cultural de viver e trabalhar em Inglaterra, existem evidentes diferenças, e são muitas as que poderiam ser enumeradas. Considero as mais relevantes, que exemplifico remetendo para frases muito conhecidas em Portugal acerca da cultura inglesa: «para inglês ver» e «pontualidade britânica». Tal é algo que existe e que é uma realidade diária constante: não existem atrasos em compromissos sérios, formais e profissionais, e, em qualquer situação, a imagem do que é realizado é muito importante, e mais valorizada do que o conteúdo da realização.

Refiro mais alguns aspetos da cultura inglesa que colidem com hábitos de Portugal. O nível de civismo social em pequenas coisas do dia a dia é quase exemplar. A ausência de lixo nas ruas é manifesta, bem como a forma como é feita a gestão ambiental do mesmo a nível das zonas habitacionais.

Outro aspeto flagrante de civismo e elevação cultural e social recai na forma como o trânsito automóvel e os condutores são extremamente cordiais e corretos, para uma melhor fluidez e eficiência.

Segundo Vygotsky, um conceito relevante para a aprendizagem é o de «legitimate peripheral participation», que normalmente é conhecido entre nós por «aprendizagens informais». Abreu (2001) referia a importância dos momentos não formais e informais para a aprendizagem dos enfermeiros,

uma vez que esses momentos permitiam problematizar aspectos estruturantes do contexto socioclínico.

No processo de formação do profissional de saúde no seu contexto de trabalho, é importante dar ênfase a atividades paralelas, de natureza sociocultural, clínica ou não, porque, para além de poderem ser relevantes sob o ponto de vista científico, algumas dessas atividades são pontos de ancoragem para promover a motivação, para preservar a estabilidade emocional do enfermeiro ou até, única e simplesmente, para apoiar a sua formação pessoal (Abreu, 2007).

À luz da teoria sociocultural de Vygotsky, o sucesso da aprendizagem em contexto clínico está dependente das relações que se estabelecem no ambiente sociocultural.

Finalmente, e olhando para a teoria de Vygotsky, pode considerar-se que ela é útil para que se compreendam as interações complexas associadas à formação em contexto clínico, designadamente ao processo de construção da *profissionalidade*.

Em 1984, David Kolb editou a obra *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Neste trabalho, apresenta a sua teoria da aprendizagem pela experiência, que desenvolve tendo como referência os estudos de numerosos investigadores do século xx, tais como: Dewey, Lewin, Piaget e Vygotsky (Abreu, 2007).

Kolb, tendo por base os trabalhos de Vygotsky, define a aprendizagem experiencial como «um processo, no decurso do qual um saber é criado graças à transformação pela experiência» (Kolb, 1984: 38).

Os estudos de Kolb assentam no pressuposto de que as ideias não são estáveis e imutáveis no tempo e no espaço, mas sim passíveis de serem testadas e readaptadas permanentemente

através da experiência. Fazendo a ponte com os contextos de aprendizagem, pode aceitar-se que o sucesso das experiências num determinado percurso resulta de aprendizagens anteriores e das motivações intrínsecas.

No processo de aprendizagem pela experiência, Kolb identifica quatro modos adaptativos de aprendizagem: experiência concreta; observação reflexiva; conceptualização abstrata e experimentação ativa. A dimensão formada pelo eixo experiência concreta *versus* conceptualização abstrata está associada à apreensão e à dimensão formada pelo eixo de experimentação ativa *versus* observação reflexiva, que está associada à transformação. Cada uma destas dimensões representa uma orientação adaptativa oposta.

Assim, pode afirmar-se que o profissional de saúde, quando confrontado com novas situações e/ou informações, questiona, reflete sobre e reformula as mesmas, com a finalidade de estabelecer um comportamento direcionado para o controlo da sua aprendizagem.

«Nós estamos condenados a aprender enquanto seres humanos, o que significa que, [...] aprender é tão natural como respirar. Se não fizéssemos aprendizagens fundamentais desde que nascemos, não conseguiríamos sobreviver como seres humanos» (Canário, 2007: 181).

Dando ênfase a esta ideia de aprendizagem, Canário (2007) sublinha que é essa ideia que permite pensar o processo de aprendizagem como coincidente com um processo largo e multiforme de socialização. Nesse sentido, Abreu (2007: 81) refere que «a formação clínica é um espaço importante de socialização dos enfermeiros».

A aprendizagem em contexto clínico contém características particulares que a distingue da educação formal em sala de aula. Neste sentido, Abreu (2001) refere que, em contraste com a sala de aula, a aprendizagem clínica ocorre num contexto social muito complexo, em que se cruzam as lógicas dos utentes e dos enfermeiros.

A aprendizagem em contexto clínico implica um processo de interação dinâmica entre os conceitos que o Enfermeiro apreendeu nas aulas teóricas, as novas situações com que se depara na prática e a redefinição de conceitos com base nessas novas experiências incorporadas. A este respeito, Abreu (2003a: 21) refere que a aprendizagem em contexto clínico «pressupõe sempre uma actividade cognitiva, mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica».

O processo de aprendizagem inicia-se quando o Enfermeiro se confronta com uma situação nova, situação essa que o leva a questionar e reformular os seus esquemas operatórios. Na ótica de Abreu (2003b), esta fase compreende a motivação, a orientação, a integração e a ação. Sendo assim, haverá aprendizagem quando o Enfermeiro integra a nova informação e conseqüentemente estabelece um comportamento, num contexto de avaliação e controlo.

É desta forma que posso afirmar haver um elevado processo de aprendizagem durante o tempo de exercício de funções em Inglaterra, consolidação de conhecimentos e evolução profissional, proporcionado não só pelas experiências em contexto de trabalho, como também a nível social e cultural.

Há claramente um antes e um depois desta passagem por terras britânicas, que influenciou positivamente a construção da minha identidade profissional e pessoal.

Por outro lado, foram questões pessoais e familiares que ditaram o meu regresso a Portugal, e terminaram com esta passagem por Inglaterra. Regressado, novamente, não encontro grandes alterações, diria até que quase nenhuma, apenas uma melhoria no aumento de oportunidades de trabalho, mas com as mesmas escassas e desmotivantes condições salariais.

Depois de estar num país com muito rigor e organização nas suas estruturas de saúde, verifico que Portugal continua com o Sistema Nacional de Saúde com o mesmo funcionamento que sempre tem apresentado até hoje, e sem reformas significativas para a melhoria da qualidade dos cuidados, bem como da acessibilidade aos mesmos pela população, a que acresce a falta de melhores e mais atrativos salários e carreiras.

Pior ainda, é com alguma estranheza, até, que me vejo a regressar a «velhos» hábitos da minha profissão, desde a forma como são efetuadas as integrações em novo local de trabalho, até ao tempo ideal para as mesmas.

É triste verificar, também, que o cenário sociocultural está intacto pela negativa, e que o caminho é longo e penoso para pensarmos em algum dia podermos chegar ao nível de outros países ditos mais desenvolvidos da Europa, sobretudo na valorização do profissional de Enfermagem. Basta olharmos para as diferenças salariais e para a estrutura de carreira, para percebermos que estamos muito distantes do valor atribuído aos Enfermeiros em países como a Inglaterra. Neste país, contrariamente ao que acontece em Portugal, é possível progredir na carreira de forma significativamente rápida, desde que haja um investimento pessoal considerável em formação e crescimento curricular. Facilmente a valorização profissional e recompensa salarial vão aparecer em tal sistema.

Para quem tiver intenção de emigrar, e, depois do que foi a minha aprendizagem e experiência nessa passagem, penso que, caso seja possível ter um ou mais momentos de crescimento profissional em Portugal, antes de iniciar essa aventura, será idealmente a melhor opção. Terminar a licenciatura e emigrar de imediato pode ser mais difícil para o processo de integração e deixar o jovem Enfermeiro em situação de desconforto profissional pela falta de consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, pela ainda não experiência real em contexto de trabalho. De notar que, para além do referido anteriormente, acresce mais a dificuldade natural de adaptação a nível social, cultural e linguístico num outro país. Havendo já algum nível de conhecimento teórico e prático prévio, poderá tal ser um elemento facilitador de integração e de sucesso profissional futuro.

Outro aspeto que considero importante e vantajoso em não ingressar no mercado de trabalho num país estrangeiro, imediatamente após o término da licenciatura em Enfermagem, prende-se com o facto de se dever estar mais bem preparado a nível curricular para se poder escolher as melhores ofertas de trabalho disponíveis, bem como para poder usar uma melhor capacidade negocial de contrato e salário.

O futuro dos Enfermeiros que tenham intenção de emigrar, ou já o fizeram, está certamente garantido, porque, contrariamente ao que acontece em Portugal, facilmente conseguem valorizar-se e ver recompensado o seu esforço e investimento curricular, dado que, por exemplo, em Inglaterra, existe meritocracia no desempenho e valorização profissional, ao passo que, em Portugal, isso não acontece, o que dificilmente poderá levar à possibilidade de atingir patamares salariais elevados na profissão.

## Referências bibliográficas

- Abreu, W. (1998). «Etnografia em educação: decidir com o conhecimento das realidades simbólicas. Estudo etnográfico da formação e das identidades profissionais dos enfermeiros em contexto escolar», in A. Estrela & J. Ferreira (orgs.), *Decisão em Educação*. Lisboa: AFIRSE, 533-564.
- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho – Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2003a). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2003b). «Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar», in R. Canário (org.), *Formação e Situações de Trabalho* (2.<sup>a</sup> ed.). Porto: Porto Editora, 147-168.
- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais – Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Canário, R. (1998). *Gestão da Escola: Como elaborar o plano de formação?*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Canário, R. (2003). «Formação e mudança no campo da saúde», in R. Canário (org.), *Formação e Situações de Trabalho* (2.<sup>a</sup> ed.). Porto: Porto Editora, 117-146.
- Canário, R. (2006). «Formação e adquiridos experienciais: entre a pessoa e o indivíduo», in G. Figari et al. (org.), *Avaliação de Competências e Aprendizagens Experienciais: Saberes, modelos e métodos*. Lisboa: Educa, 35-46.
- Canário, R. (2007). «Aprendizagens e quotidianos profissionais», in Â. Rodrigues et al., *Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados – Ciclo de Colóquios*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 175-185.
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Monteiro, F. (2009). *Relações Supervisivas e Desenvolvimento da Profissionalidade do Aluno de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação (Dissertação de Mestrado).
- Sá-Chaves, I., & Alarcão, I. (2000). «Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica», in I. Sá-Chaves (org.), *Formação, Conhecimento e Supervisão – Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 143-159.

- Sá-Chaves, I. (2000). «Formação, competências e conhecimento profissional», in M. Costa, M. Mestrinho & M. Sampaio (orgs.), *Ensino de Enfermagem: Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 39-48.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society – The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.

# Posfácio

Beatriz Pires<sup>39</sup>

A escolha do tema «Do Cuidado em Enfermagem: Uma nova coreografia do saber» não poderia ser mais apropriada. A enfermagem, ao longo dos tempos, tem sido uma dança complexa, uma coreografia que exige precisão, empatia, conhecimento e adaptação constante. Assim como na dança, em que cada movimento deve ser detalhadamente ensaiado e sincronizado, na enfermagem cada ação e decisão devem ser cuidadosamente ponderadas e executadas.

Para os finalistas, tenho a certeza de que foram quatro anos de muita dedicação, aprendizagem e crescimento. Quatro anos em que enfrentaram desafios, superaram obstáculos e, acima de tudo, construíram uma base sólida de conhecimentos e competências, que vos permitirão desempenhar a arte da enfermagem com a excelência que merece.

Gostaria de parabenizar todos os colegas da turma 15 por terem concluído com sucesso esta etapa tão significativa das suas vidas. O esforço e o compromisso de cada um de vós são dignos de reconhecimento e de admiração. Agradeço também aos nossos docentes, que vos guiaram nesta grande jornada que é o Curso de Licenciatura em Enfermagem.

---

39 Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Lisboa), Presidente da Associação de Estudantes.

O empenho investido na organização deste evento é evidente e acredito que todos aqui presentes partilham do meu sentimento de gratidão. Este evento não é apenas um marco importante da turma finalista, mas também uma oportunidade de olharmos para o futuro e refletirmos sobre como podemos continuar a contribuir para a evolução da enfermagem.

Ao olharmos para o futuro, devemos lembrar que a enfermagem é uma profissão em constante evolução. A nova coreografia do saber exige que sejamos flexíveis, inovadores e comprometidos com a aprendizagem contínua. Devemos estar sempre dispostos a questionar, a explorar novas abordagens, e a integrar novos conhecimentos e tecnologias na nossa prática.

Em nome da Associação de Estudantes, desejo a todos um excelente evento, repleto de reflexões e debates enriquecedores. Que estas jornadas sejam um ponto de partida para novas descobertas e inovações na nossa área.

Muito obrigada a todos pela presença. Juntos, continuaremos a dançar, nesta bela e desafiadora coreografia do saber, sempre na procura de um cuidado cada vez mais holístico.

Somos a força que molda o amanhã.

## Pósteres

Nesta parte, publicam-se os pósteres apresentados a concurso e que foram premiados, um com a menção «Primeiro Prémio», surgindo, de seguida, os três que receberam «Menção Honrosa», estes sem ordem especial.

## Póster 1 – «Primeiro Prémio»

## «As necessidades da família no processo de doação de órgãos e tecidos: scoping review»



# DO CUIDADO EM ENFERMAGEM UMA NOVA COREOGRAFIA DO SABER!



XIII JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA  
XI JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

## As necessidades da família no processo de doação de órgãos e tecidos: Scoping Review

Ana Rita Silva<sup>1,2</sup>; Nísia Nunes<sup>1,3</sup>; Filipa Veludo<sup>1,4</sup>; Susana Miguel<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem de Lisboa; <sup>2</sup>Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Portugal. <https://orcid.org/0000-0001-9613-5353>;

<sup>3</sup>Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Urgência Central, Portugal. <https://orcid.org/0009-0007-7256-3549>; <sup>4</sup>Center for Interdisciplinary Research in Health, Portugal. <https://orcid.org/0000-0001-8749-0193>;

<sup>5</sup>Center for Interdisciplinary Research in Health, Portugal. <https://orcid.org/0000-0001-8830-070X>

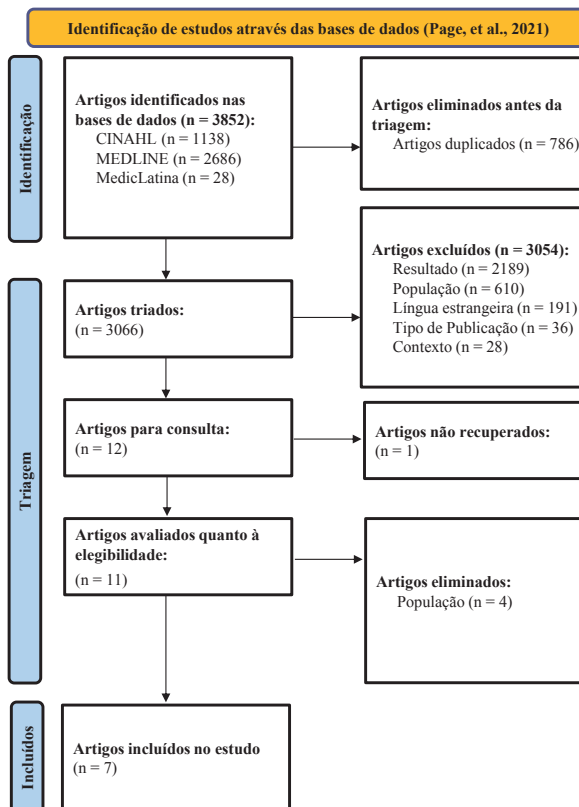
### Introdução e Objetivo

Durante o processo de doação, a família experiencia diversos desafios relacionados com o medo e a reduzida informação sobre os procedimentos, tornando-se fundamental o apoio à família para lidar com emoções, dúvidas e angústias, criando uma relação terapêutica (Bocci et al., 2018). O papel do enfermeiro é determinante na prestação do cuidado não só face ao dador de órgãos, como também à sua família, pelo que a experiência da família em todo este processo tem sido alvo de discussão em vários estudos (Xie et al., 2022). A identificação e reconhecimento pelos profissionais de saúde das necessidades das famílias permite uma melhor adaptação da mesma ao processo de doação (Pessoa et al., 2013; Santos et al., 2014). Esta scoping review teve como objetivo mapear as necessidades da família no processo de doação de órgãos.

### Método

Tipo de Revisão	de	Scoping Review (revisão cega por 2 revisores)
Metodologia PCC (Peters, et al., 2020)		População: profissionais de saúde e famílias dos dadores Conceito: as necessidades da família Contexto: processo de doação de órgãos
Outros critérios		Língua portuguesa, inglesa e castelhana; Sem restrição temporal
Itens de análise		Título, autores e ano de publicação; tipo de estudo e nível de evidência (Joanna Briggs Institute, 2014); objetivo; participantes e conceitos relevantes

### Resultados



#### Necessidade de Informação

(Kentish-Barnes et al., 2019; Manzari et al., 2012; Mills & Koulouglioti, 2016):

- Conceito morte cerebral/doação de órgãos;
- Adequação da comunicação;
- Qualidade da informação.



#### Necessidade de Follow-Up

(Fernandes et al., 2015; Kentish-Barnes et al., 2019; Manzari et al., 2012):

- Acompanhamento até uma semana após a doação de órgãos.



#### Necessidade de Suporte Emocional (Davis & Lemke, 1987; Fernandes et al., 2015; Jacoby et al., 2005; Manzari et al., 2012):

- Suporte emocional/psicológico/espiritual;
- Respeito pelo familiar;
- Grupos de suporte.



#### Necessidades Materiais e Ambientais (Avilés et al., 2023; Jacoby et al., 2005; Manzari et al., 2012; Mills & Koulouglioti, 2016):

- Privacidade/Espaço seguro e livre fora da UCI;
- Maior intervalo temporal entre a receção da informação e o início do processo de doação;
- Apoios sociais/Assistente social;
- Honras e homenagens aos familiares.



### Conclusão

Ao mapear a evidência disponível das necessidades da família perante o processo de doação de órgãos, emergem quatro categorias: a necessidade de informação, a necessidade de suporte emocional, as necessidades materiais e ambientais e, por fim, a necessidade de follow-up. Considera-se que esta scoping review pode servir de base para futura investigação, deixando o desafio para a elaboração de estudos primários.

### Referências Bibliográficas



## Póster 2 – «Menção Honrosa»

«Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis:  
Projeto de Estágio»

# PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS: UM PROJETO DE ESTÁGIO

**AUTORES:** Ana Patrícia Moita Dias, Universidade Católica Portuguesa: [s-apmdias@ucp.pt](mailto:s-apmdias@ucp.pt); Professora Doutora Fernanda Loureiro, Universidade Católica Portuguesa

**INTRODUÇÃO:** A alternância entre a vigília e o sono constitui um ritmo fundamental à espécie humana, particularmente na infância (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2017). Um sono adequado é essencial para o crescimento, desenvolvimento, saúde da criança e bem-estar familiar (OE, 2023). Apesar de ser um tema presente no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), sabe-se que os problemas de sono são muitas vezes subvalorizados e subdiagnosticados (Rangel et al., 2015).

**METODOLOGIA:** Recorreu-se à metodologia de projeto (Leite et al., 2001) em distintas fases: diagnóstico de situação operacionalizado no contexto através da observação e da reflexão crítico-reflexiva, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação de resultados. O projeto foi implementado numa unidade de saúde familiar onde decorreu o estágio integrado no curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

### OBJETIVOS:

**Objetivo geral:** Desenvolver competências como Enfermeira Especialista de Saúde e Pediátrica (EESIP) no âmbito dos cuidados de saúde primários, focalizada na área do sono infantil.

#### Objetivo Específico

Capacitar a criança/jovem e os seus pais/familiares para a aquisição ou promoção, respetivamente, de hábitos de sono saudáveis.



#### Atividades Realizadas

Desenvolvidas > de 15 consultas de enfermagem nas diferentes idades previstas pela DGS (2013), nas quais a problemática do sono foi sempre abordada.



#### Competência Desenvolvida

Competência específica do EESIP “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”.



Desenvolvidos 4 folhetos informativos sobre a promoção de hábitos de sono saudável ao longo da infância e um folheto sobre o *jet lag* social; planeada e implementada a ação de formação direcionada aos profissionais de saúde.



Competência específica do EESIP “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”.

RESULTADOS

Capacitar a equipa multidisciplinar para a promoção de hábitos de sono saudáveis no âmbito da CSIJ.

**CONCLUSÃO:** A temática do sono é uma temática sensível aos cuidados do EESIP. A utilização da metodologia de projeto permitiu o diagnóstico de situação e consequente implementação de intervenções adaptadas às necessidades do contexto de estágio. As atividades permitiram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EESIP.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>; Leite, E. et al. (2001). Trabalho de projeto: aprender por projetos centrado em problemas. 4ª edição. Porto: Editora Afrontamento.; Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador De Boas Práticas: O Sono na Criança e no Adolescente*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp\\_sonobeadolescente\\_v7-okn.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobeadolescente_v7-okn.pdf); Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjo, S., & Leite, A. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(4), 256-264. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>; Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). *Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados*. <https://www.spp.pt>

## Póster 3 – «Menção Honrosa»

## «Utilização de Oxigenoterapia de Alto Fluxo no serviço de urgência»



FISDIA

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
SANTA MARIA

# DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

## UMA NOVA COREOGRAFIA DO SABER!

XIII JORNADAS NACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA  
XI JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DA CATÓLICA

### UTILIZAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Rondão, B., Silva, N., Melo, H., Ipluso, ERISA.  
Marques, B., ULS Santa Maria

#### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a terapia de alto fluxo surgiu como uma importante forma de tratamento em doentes com insuficiência respiratória aguda no serviço de urgência.

Sendo esta uma terapia recentemente implantada nos serviços de urgência em Portugal, é de extrema importância que os profissionais, que com ela trabalham, a conheçam de forma a proporcionar o seu correto uso e implementação.

#### DESCRITORES

Oxigenoterapia; Serviço de urgência; Enfermagem.

#### OBJETIVOS

- Identificar das principais indicações para o uso da oxigenoterapia de alto fluxo, no serviço de urgência.
- Clarificar as suas vantagens e desvantagens.
- Esclarecer o seu uso face à oxigenoterapia convencional e à ventilação não invasiva.

#### MÉTODO

Revisão narrativa da literatura, recorrendo ao uso de bases de dados e de nomenclatura da classificação internacional para a prática da enfermagem.

#### O QUE É?

Técnica de suporte ventilatório não invasivo (Drager, 2024), que consiste no fornecimento de ar aquecido, umidificado e enriquecido em oxigénio (St Vincent's Health, 2024).

Esta reduz o esforço respiratório e cria uma leve pressão positiva nas vias aéreas superiores (St Vincent's Health, 2024).

#### FUNÇÃO

- Há fornecimento de volumes de ar acima da capacidade fisiológica de ventilação, o que permite a eliminação fisiológica do espaço morto de gases residuais, como o CO<sub>2</sub>, e assim o aumento da PaO<sub>2</sub>.
- A aplicação de uma pressão expiratória final positiva, ↓ a resistência na nasofaringe, o que melhora a ventilação e oxigenação.
- A criação desta pressão positiva no final da expiração demonstrou diminuir a frequência respiratória e aumentar o volume corrente.
- Esta pressão positiva exercida no final da expiração, evita o colapso alveolar e melhora o recrutamento destes, havendo assim uma maior área disponível para trocas de gases nos pulmões.
- De forma a aproveitar o máximo benefício desta técnica de suporte, é essencial que os pacientes tentem manter a boca fechada, visto que a ventilação é feita totalmente por uma cânula nasal. (Sharma, Danckers, Sanghavi, & Chakraborty, 2023)

#### CONCLUSÃO

A terapia de alto fluxo, revelou ser uma opção eficiente no tratamento de várias condições respiratórias graves. No entanto, como tantas outras técnicas, esta também apresenta limitações, mas apesar desses desafios, é uma opção valiosa e confortável para utentes do serviço de urgência.

Como o cuidar em enfermagem se baseia numa prática informada, que tem por base a evidência científica, é importante que os enfermeiros do serviço de urgência estejam informados relativamente a esta nova técnica de suporte ventilatório, de forma a que a prestação de cuidados seja mais informada, segura, eficaz, apropriada e individualizada.

#### RESULTADOS

##### INDICAÇÕES

- Insuficiência respiratória hipercápnica (Sharma, Danckers, Sanghavi, & Chakraborty, 2023);
- Fibrose pulmonar (Hosp Trade, 2022);
- Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA);
- Asma;
- Exacerbação da DPOC;
- Pneumonia;
- Terapia de desmame da máscara CPAP ou BPAP;
- Desconforto respiratório (St Vincent's Health, 2024).

##### VANTAGENS

- Menor trauma nasal quando comparado com o CPAP;
- Maior conforto e melhor adaptação;
- Alívio da inflamação das mucosas (Sharma, Danckers, Sanghavi, & Chakraborty, 2023);
- Maior tolerância a maiores fluxos (Pires, Marques, & Masip, 2018);
- ↓ da necessidade de entubação orotraqueal (Feng, et al., 2022);

##### DESvantagens

- Não há controlo de pressões ou volumes o que pode levar à ocorrência de lesões pulmonares;
- Distensão abdominal;
- Áreas de pressão;
- Bloqueio da cânula por secreções;
- Possível Hipotensão (Melbourne, 2021).

#### REFERÊNCIAS

- Drager. (2024). Terapia por alto fluxo de oxigénio: suporte respiratório não invasivo. Obtido de Drager: <https://www.drager.com/pt-br/Hospital/High-Flow-Oxygen-Therapy>
- Feng, Z., Zhang, L., Yu, H., Su, X., Shuai, T., Zhu, L., . . . Liu, J. (30 de August de 2022). High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy versus Non-Invasive Ventilation for AECOPD Patients After Extubation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. pp. 1987-199. Obtido em Maio de 2024, de <https://www.dovepress.com/high-flow-nasal-cannula-oxygen-therapy-versus-non-invasive-ventilation-2-peer-reviewed-fulltext-article-COPD>
- Hosp Trade. (18 de Maio de 2022). Terapia por alto fluxo de oxigénio: saiba mais sobre o tema! Obtido de Hosp Trade: <https://hosptrade.com.br/hospital/terapia-por-alto-fluxo-de-oxigenio-saiba-mais-sobre-o-tema/>
- Melbourne, H. I. (novembro de 2021). *Terapia com pronga nasal de alto fluxo (HFNP)*. Obtido de The Royal Children's Hospital Melbourne: [https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital\\_clinical\\_guideline\\_index/High\\_Flow\\_Nasal\\_Prong\\_HFNP\\_oxygen\\_therapy\\_Sugar\\_Glider\\_Medical\\_Care/](https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/High_Flow_Nasal_Prong_HFNP_oxygen_therapy_Sugar_Glider_Medical_Care/)
- Pires, P., Marques, C., & Masip, J. (Abril/Junho de 2018). Cânulas Nasais de Alto Fluxo: Uma Alternativa de Oxigenoterapia. 25(2), p. 123 a 133. Obtido de [https://www.spmi.pt/revista/vol25/vol25\\_n2\\_2018\\_123\\_133.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol25/vol25_n2_2018_123_133.pdf)
- Sharma, S., Danckers, M., Sanghavi, D., & Chakraborty, R. (6 de Abril de 2023). High-Flow Nasal Cannula. Obtido em maio de 2024, de <https://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526071/>
- St Vincent's Health. (2024). *High Flow Oxygen Therapy*. Obtido de St Vincent's Hospital Lung Health: <https://www.svhlunghealth.com.au/procedures/procedures-treatments/high-flow-oxygen-therapy>

## Póster 4 – «Menção Honrosa»

## “Impacto do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”

# DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

## UMA NOVA COREOGRAFIA DO SABER!

### IMPACTO DO "FEIXE DE INTERVENÇÕES" PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Mata, M.<sup>1</sup>; Miguel, J.<sup>1</sup>; Reis, B.<sup>1</sup>; Santos, C.<sup>1</sup>; Torres, G.<sup>1</sup>; Viallelle, J.<sup>1</sup>; Garcia, G.<sup>2</sup>; Deodato, S.<sup>3</sup><sup>1</sup> Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, turma quinze, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa (EEL-UCP) <sup>2</sup> Licenciado em Enfermagem, na EEL-UCP<sup>3</sup> Doutor em Enfermagem, Professor Associado da EEL-UCP, Investigador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS)

#### Introdução

O presente póster, surge no âmbito da Unidade Curricular Políticas de Saúde e do Projeto *Ethics4Care* do (CIIS), na qual foi solicitada a análise crítica de uma Norma, tendo sido selecionada pelo grupo a Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) no. 020/2015, 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico.”

As Infecções do Local Cirúrgico (ILC) são as principais Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em Portugal. Estas têm consequências como Internamentos prolongados, procedimentos adicionais, maior morbilidade/mortalidade e elevados custos. Deste modo, coloca-se a questão “Qual a articulação da Norma com a legislação no que se refere ao impacto das intervenções na prevenção da ILC?”.

#### Objetivos

Analisar de forma crítica e fundamentada a Norma escolhida pelos alunos constituintes do grupo: Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) no. 020/2015, 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico.”

Relacionar o conteúdo descrito na Norma acima referida com a Legislação Portuguesa.

#### Método

Foi selecionada a Norma 020/2015, 17/11/2022, referente ao “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. A metodologia de análise utilizada, foi a análise crítica, da Norma acima mencionada, comparando-a com evidência científica que comprove ou refute a sua aplicação no contexto de cuidados.

#### Intervenções

Pré-Operatório	Rastreio <i>Staphylococcus aureus</i> metilina resistente SAMR. Se positivo, descolonização.
	Banho Pré-Operatório com Clorexidina (CHD) a 2- 4%.
Pré e Intra Operatório	Realizar tricotomia, quando necessária, com máquina de uso único.
	Profilaxia Antibiótica Cirúrgica.
	Preparação da pele do utente.
Pós-Operatório	Manter a homeostasia intra-operatória do utente.
	Manter a homeostasia pós-operatória do utente.
	Técnica asséptica nos cuidados ao penso.

Quadro 1 - Elementos do “Feixe de Intervenções”

#### Discussão/ Resultados

A prevenção da ILC é um processo multifatorial, implicando um pré, peri e pós operatório padronizado.

Existiu um aumento na adesão ao “Feixe de Intervenções” tendo como resultado a diminuição das ILC, nomeadamente:

- Colecistectomia: Redução de 10%;
- Cesariana: Redução de 5,6%;
- Artroplastia de Joelho: Redução de 30%;
- Artroplastia de Anca: Redução de 38,1%. (Relatório do Programa Prioritário PPCIRA 2021)

A Norma vai ao encontro da Lei de Bases de Saúde, Base 4, ponto 2, alínea a) é necessário respeitar “A promoção da saúde e a prevenção da doença (...)”.

A presente norma não cumpre com o princípio da universalidade, uma vez que a pessoa idosa (>65 anos) não se encontra especificada, englobando apenas a idade pediátrica e os adultos.

#### Conclusão

Com a análise da Norma, foi possível constatar que a implementação da mesma foi importante para a prevenção da ILC, refletindo um impacto positivo na saúde dos utentes. A Norma, ao alinhar-se com a Base 4 da Lei de Bases de Saúde e promover práticas baseadas em evidência, não só reforça o compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, mas também evidencia a importância da adesão às diretrizes por parte dos profissionais de saúde.

#### Referências Bibliográficas

