HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

RESUMOS DO 6º CONGRESSO NACIONAL DE BIOÉTICA

19-20 MAIO 2005
Lisboa

Presidente:
Rui Nunes

Secretária Geral:
Cristina Nunes

Comissão Organizadora:
Guilhermina Rego
Helena Melo
Ivone Duarte
Miguel Ricou

Organização:
Associação Portuguesa de Bioética
Serviço de Bioética e Ética Médica – FMUP

bioética
associação portuguesa de bioética

Ficha Técnica

Título Original
Livro de Resumos do 6º Congresso Nacional de Bioética
Autores
Rui Nunes e Guilhermina Rego

Projeto Gráfico e Diagramação
Fortunato Cardoso Silva
1ª Edição
janeiro 2020

ISBN
978-989-54596-1-2

Livro de Resumos
6º Congresso Nacional de Bioética

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

Rui Nunes
Guilhermina Rego

6.º Congresso Nacional de Bioética

Palavras de Abertura

Rui Nunes[1]

A Bioética tem sido caracterizada como uma ponte para o futuro. Um futuro em constante mutação, mas onde determinados valores são considerados imutáveis e intemporais. Nomeadamente, o respeito pela dignidade da pessoa humana - sobretudo quando se encontra doente -tem-se tomado o paradigma das relações interpessoais nas sociedades plurais e democráticas.

Consequentemente, humanizar a prestação dos cuidados é, na perspectiva da Bioética, a ponte para o futuro que se deseja na área da saúde. De facto, a esperança que os portugueses depositam na transformação do Serviço Nacional de Saúde associa-se claramente à visão humanista das democracias ocidentais onde a evolução tecnológica é apenas um meio para melhorar a condição humana e a qualidade de vida dos cidadãos.

Ao longo da última década um dos objectivos primordiais das políticas sociais tem sido o de assegurar a equidade no acesso à saúde no limite dos recursos humanos e materiais. Neste enquadramento axiológico, e num quadro de recessão económica global, a estratégia determinante pretende garantir a sustentabilidade do sistema público, face ao crescimento descontrolado dos custos com os cuidados de saúde.

Porém, ultrapassada esta fase, o grande desafio em Portugal, como aliás na maioria dos países ocidentais, é o da excelência na saúde. Ou seja, conceitos tais como qualidade, segurança, profissionalismo e desenvolvimento científico e tecnológico devem ter em atenção que o epicentro do sistema de saúde é o utente, particularmente quando se encontra fragilizado pela sua situação de doença. A humanização na saúde é, neste contexto, tanto o veículo da qualidade clínica como o instrumento da excelência assistencial.

Mas humanizar a saúde é uma tarefa que respeita a todos os actores envolvidos. Assim, os profissionais de saúde - médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de saúde, entre outros - têm a responsabilidade ética de exercer a sua profissão na convicção profunda de que lidam com pessoas humanas particularmente vulneráveis e para as quais o fenómeno da doença é profundamente incapacitante e indesejável.

Por seu turno, os administradores devem preocupar-se com a gestão económica e financeira mas tendo em atenção que a missão de uma unidade prestadora de cuidados de saúde - independentemente do modelo de gestão ou do sistema em que se inscreve - é servir a sociedade e os cidadãos e não gerar lucros ou dividendos aceitáveis noutros ramos de actividade.

---

[1] Presidente do 5.º Congresso Nacional de Bioética

Por fim, ao poder político compete o dever de tomar as decisões desejáveis, ainda que socialmente menos agradáveis, num quadro de referência legitimado pelas regras da democracia representativa.

O 6° Congresso Nacional de Bioética pretende, deste modo, ajudar a construir a ponte para o futuro do sistema de saúde conjugando estas diferentes perspectivas e debruçando-se sobre temas da maior importância tais como os direitos dos doentes, o estabelecimento de prioridades na saúde, as doenças crónicas, os cuidados paliativos, ou o impacto profissional da evolução científica e tecnológica.

Porém, se não restam dúvidas de que a saúde em Portugal evoluiu consideravelmente ao longo das últimas décadas com a criação do Serviço Nacional de Saúde, importa agora alcançar novas e aliciantes fronteiras: as da excelência e da humanização.

HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE: OS CUIDADOS PALIATIVOS

ISABEL GALRIÇA NETO[1]

A humanização na saúde tem por base a resposta às múltiplas necessidades dos doentes. Em cuidados paliativos, o objectivo é minorar e intervir no sofrimento daqueles que apresentam doença avançada, progressiva e incurável, numa fase tão precoce quanto possível.

De acordo com o que recentemente (2002) a OMS preconiza para o modelo de intervenção dos cuidados paliativos, as necessidades globais dos doentes e seus familiares representam o aspecto central que determina o plano de actuação da equipa de profissionais e voluntários.

Para que esta intervenção se faça com rigor técnico, há em primeiro lugar que chamar a atenção para a necessidade de formação específica dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos, nestas matérias.

Dada a vulnerabilidade acrescida dos doentes em cuidados paliativos, a formação técnica - pré e pós-graduada -, rigorosa e humanizada, representa assim um aspecto ético fundamental.

Depois de contextualizada a filosofia e os princípios dos cuidados paliativos, analisaremos sucintamente os problemas no ensino humanizado destas matérias, as áreas fundamentais em que ele deve incidir e as principais estratégias a utilizar na prática pedagógica para ultrapassar a desumanização crescente dos profissionais.

[1] Médica de Cuidados Paliativos do Centro de Saúde de Odivelas. Docente da Faculdade de Medicina de Lisboa

A DEMOCRACIA E A SAÚDE

CLARA CARNEIRO[1]

Em Portugal, nos 26 anos que já leva a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), concretizou-se uma profunda alteração na política de saúde, exigida pela dinâmica de adaptação aos inquestionáveis resultados de ganhos em saúde.

A produção de cuidados mais que duplicou, o número de funcionários multiplicou-se por dez, a despesa do S.N.S. *per capita* sofreu um acréscimo de 220% na última década.

O perfil de morbilidade da população alterou-se, a esperança de vida cresceu: no virar do século, o índice de envelhecimento atingiu os 91,6%.

A grande reflexão e o grande desafio que hoje se nos apresenta - em Portugal como nos restantes Países europeus - traduz-se no alcançar de um equilíbrio entre os meios para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde e os meios para garantir a sustentabilidade financeira desses mesmos sistemas de saúde.

Se é forçoso que os cidadãos se tornem cada vez mais conscientes dos seus deveres, mais responsáveis pela sua saúde individual e colectiva, também é inestimável a crescente consciencialização dos seus direitos, enquanto doentes.

E se, quando falamos de garantia e defesa dos interesses legítimos dos cidadãos, o direito à equidade no acesso aos cuidados de saúde é prioritariamente lembrado, entendo que o direito ao acesso a serviços de saúde com padrões de qualidade garantidos, não pode ter menor valor hierárquico.

Falar de qualidade em saúde significa falar de humanização dos cuidados, enquanto objectivo intrínseco aos próprios cuidados, numa exigência de comportamentos e atitudes que constantemente se renovam na relação com os outros.

A humanização dos serviços de saúde é um dever e uma obrigação, tanto profissional, como institucional.

[1] Farmacêutica.Docente Universitária do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul.

A HUMANIZAÇÃO, UM DIREITO, UM DEVER

GARCIA PEREIRA[1]

O direito à saúde é um direito constitucional dos cidadãos, a saúde é um valor essencial da colectividade e a salvaguarda da dignidade de toda a pessoa humana é um elemento estruturante da República Portuguesa como Estado de direito democrático.

Se e quando se aceite substituir esta concepção pela de que a saúde não passa de um mero serviço, do qual os cidadãos são simples "utentes", a lógica passa então, e sob o argumento de que os recursos são sempre escassos, a ser a de que "quem quer saúde, paga-a !", a de que a qualidade dos serviços de saúde prestados deve deixar de ser a preocupação essencial e ser substituída por uma lógica em que o lucro passa a constituir a prioridade, a ele sendo necessariamente sacrificados não só a diversidade e qualificação dos recursos como a preservação das competências e das carreiras dos profissionais de saúde e sobretudo a primordial atenção para com o doente enquanto cidadão, necessariamente carenciado e desprotegido.

Passa então, nessa perspectiva , a ser "admissível" que um estabelecimento de saúde exclua aquelas valências que, pelo elevado valor do investimento que exigem, são considerados menos rentáveis; que o respeito pelas carreiras médicas e de enfermagem seja substituído por formas cada vez mais precárias de contratação e por conceitos, tão amplos quanto potencialmente perigosos, de "polivalência" ; e que, finalmente, o doente seja somente considerado como entidade potencialmente produtora ou justificadora de receitas, e apenas enquanto tal.

Impõe-se, por isso, recentrar toda a problemática da saúde na pessoa do cidadão e na concretização do seu direito constitucional à saúde, e daí retirar todas as ilações e consequências.

Assim, a formação dos profissionais da Saúde deve ter, desde o início, uma forte componente cívica e de respeito pelos direitos dos cidadãos, a qual deve ser igualmente relevante para a progressão nas respectivas carreiras.

Os critérios de produtividade e de rentabilidade devem ter uma natureza eminentemente social (ou seja, no sentido da qualidade e da utilidade social do serviço prestado).

As relações médico/doente e instituição/doente devem assim ser também radicalmente alteradas, em termos de transparência, de humanização e de respeito mútuo, nomeadamente no que respeita a informação, fidedignidade dos registos, natureza dos próprios cuidados prestados, horários e admissibilidade de visitas.

---

[1] Jurista. Professor Universitário.

A NOVA CARTA DOS DIREITOS DOS DOENTES

HELENA PEREIRA DE MELO[1]

Ultrapassada a concepção paternalista da relação médico/doente entende-se hoje que entre este e o pessoal de saúde se estabelece uma relação intersubjectiva que tem enquadramento jurídico e no âmbito da qual são atribuídos direitos ao doente, nomeadamente o direito à autodeterminação na prestação dos cuidados de saúde.

Este novo enquadramento ético-jurídico da aludida relação, centrado no respeito pela dignidade e na autonomia da pessoa em situação de doença, implica que lhe sejam reconhecidos no plano deontológico e legal direitos. A ética e o Direito confluem assim no objectivo de dotar a pessoa que se encontra numa situação de especial vulnerabilidade de um estatuto adequado a essa sua situação, que lhe confira a indispensável protecção para que possa colaborar com o pessoal de saúde na tarefa comum que é a obtenção da sua cura, quando possível.

Constituem expressão deste esforço diversos textos elaborados por diferentes entidades de diversa natureza. Encontramos deste modo instrumentos de cariz deontológico elaborados pela Associação Médica Mundial ou pelo Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas, ou ético elaborados pela Comissão para a Humanização para os Cuidados de Saúde ou pela Direcção-Geral de Saúde.

Existem também, no plano jurídico, vários textos que no plano nacional e internacional visam assegurar a protecção dos direitos de quem se encontra em situação de doença. Constituem exemplo destes textos a Lei de Bases da Saúde, a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e a Convenção do Conselho da Europa sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina aberta à assinatura em 4 de abril de 1997.

Atenta a natureza dispersa e algo fragmentária da tutela dispensada pelo Direito a quem se encontra doente parece-nos da maior utilidade a elaboração de um texto de natureza jurídica que lhe permita assegurar uma protecção coerente e acrescida. Esta necessidade foi aliás já reconhecida pelo legislador que, no Decreto-Lei n.º 309/2003, de 1O de dezembro, determinou incumbir à Entidade Reguladora da Saúde elaborar e registar uma Carta dos Direitos do Utente.

Na nossa exposição procuraremos expor, nas suas linhas gerais, quais os fundamentos teóricos, estrutura e principais direitos que nos parece dever esse novo texto conter para que sejam efectivamente respeitados a dignidade e os direitos de todos aqueles que carecem da prestação de cuidados de saúde, seja qual for a situação concreta em que se encontrem.

---

[1] Jurista. Coordenadora da Unidade de Biodireito do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto.

CHOICES IN HEALTH CARE

DAVID CHINITZ[1]

No phrase gives rise to opposing emotions as does the above title. Most of us are brought up thinking that having more, rather than less, choices is a fortunate position. We all favor, unless some very strong constraints inhibit us, giving patients increased choice of provider and allowing physicians free choice of treatment regimens. We tend, at least in rhetoric, to look favorably on more autonomy being granted to participants in medical and health transactions as a way of increasing the utility derived from health and medical care transactions.

On the other hand, the reality of cost constraints, information problems and rapid technological development makes our attitude towards choice more jaded. More options for medical treatment mean harder sweating for those making choices. Patients who are paying privately seek the advice of "those in the know" as to where to seek treatment.

Public insurers seek to limit choice of provider and treatment in order to remain within budgetary constraints. Public and private insurers offer more choice to those willing to pay for the privilege. But is choice worth paying for?

Who should choose what? Should patients choose physicians and let the latter choose the hospital for them? Should patients dictate treatment options to providers? Should insurers or government decide on lists of covered services, or should each medical intervention be decided on its own merits? In what circumstances is the locus of choice with the individual, and in what cases with some sort of collectivity? Who is and should be held accountable for this myriad of choices in health and medical care?

This paper reviews the evolution of various perspectives on choices on health care and puts them in the context of various theories of decision making and public choice. This will be followed by application of notions such as John Elster's idea of local justice, social capital, trust and political capital to various dimensions of the issue of choices in health care. Several country examples will be presented, along with policy implications for health systems coping with similar problems but at different levels of health policy development.

[1] International Society on Priorities in Healthcare

A FORMAÇÃO ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DANIEL SERRÃO[1]

1. Como se configura a ética na actividade dos profissionais de saúde. Ética individual, ética relacional, ética de origem social;

2. Operacionalidade do juízo ou decisão ética: valores, princípios, normas. Ética descritiva, ética prescritiva, ética deliberativa;

3. Conceitos de ética das decisões pessoais, de norma deontológica e de moralidade pública;

4. Como preparar o profissional de saúde para o exercício ético:
    a. conhecimento exaustivo e actualizado dos grandes princípios éticos, na sua natureza, no seu sentido real e no seu uso na decisão,
    b. aprendizagem teórica e casuística,
    c. reflexão aprofundada sobre a ética do agente (ética individual) como ética de virtudes,
    d. a delicada questão do paternalismo aceitável e do paradigma do ser virtuoso como ente moral.

5. Benefícios da formação pós-graduada em ética em cuidados de saúde e em bioética.

[1] Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA EM DOENÇAS CRÓNICAS

JOSÉ PEDRO LOPES NUN ES[1]

1. Objectivos da Investigação Científica.

A investigação científica tem como objectivo principal o aumento do conhecimento humano. O conhecimento científico é um tipo de conhecimento que radica em dados objectivos, e que utiliza métodos de vária ordem para validar empiricamente hipóteses.

Para K .R. Popper, "it is the aim of science to find *satisfactory explanations* of whatever strikes us as being in need of explanation" 1• Para o mesmo autor, "scientific explanation, whenever it is a discovery, will be *the explanation of the known by the unknown"* [1].

Tipicamente, a investigação científica desenvolve-se na sequência da identificação de uma questão, sendo os métodos escolhidos após se proceder à escolha da questão a estudar. Os métodos ideais dependem das questões em análise. Poderá notar-se, contudo, que muitos investigadores, dispondo de certos e determinados métodos de estudo, optam por seleccionar questões passíveis de serem estudadas pelos métodos disponíveis.

A investigação científica terá mais hipóteses de ser bem-sucedida se a questão a estudar for simultaneamente nova e passível de estudo pelos métodos disponíveis.

2. Investigação Científica em Medicina.

A investigação científica em Medicina comporta várias vertentes, uma vez que grande parte dos avanços neste campo tem dependido de trabalho de laboratório, ou seja, de trabalho que não envolve directamente doentes, ou pessoas humanas em geral, enquanto objecto de estudo.

No campo da terapêutica medicamentosa, a título de exemplo, a primeira vez que uma dada molécula nova contacta com uma pessoa é normalmente após muitos anos de estudos, desde logo no campo da síntese química, posteriormente em investigação farmacológica em tecidos e células isoladas, bem como em estudos em outros tipos de animais.

A investigação médica pode envolver estudos com pessoas (doentes), estudos com materiais com proveniência em pessoas (por exemplo, estudos laboratoriais realizados sobre peças retiradas em cirurgias), mas também estudos nos quais todo o material de estudo é não-humano.

3. Investigação Científica Clínica.

A investigação científica clínica, aquela que envolve mais directamente pessoas (como norma, doentes) desenvolve-se de forma associada a uma ou mais dadas estruturas prestadoras de cuidados de saúde. A investigação clínica depende, em alguma medida, da qualidade dos serviços clínicos prestados, mas também de outros factores, tais como a disponibilidade de

---

[1] Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

tempo dos médicos para colaborarem em projectos de investigação.

A valorização relativa das actividades investigacionais, contida nos normativos, designadamente legais, aplicáveis à contratação de profissionais de saúde, bem como à respectiva promoção, tenderá, com toda a probabilidade, a influenciar a qualidade e a quantidade de investigação desenvolvida, uma vez que, se essa valorização for mínima, não será de esperar que o investimento pessoal a esse nível seja grande.

A investigação clínica é, pela sua relativa dependência dos serviços de saúde (um parâmetro que não domina), mais difícil de pôr em marcha do que a investigação laboratorial não envolvendo doentes. Enquanto que a presença de meios humanos adequados e de meios técnicos pode levar a resultados neste último tipo de investigação, o mesmo não acontece necessariamente na investigação clínica.

O domínio do Inglês científico, o domínio mínimo da Estatística e o apoio bibliográfico são aspectos cruciais para a actividade científica médica em geral. Embora a vasta maioria das revistas médicas aceitem rever submissões de artigos de qualquer proveniência, a realidade é que, nas estatísticas de publicação de um dado país, far-se-á provavelmente repercutir a eventual existência de revista s desse país com estatuto de revista internacional (designadamente, listada no *!nstitute for Scientific !nformation) ,* uma vez que existem uma série de textos (muitos Editoriais, muitos artigos de revisão, etc.), que são redigidos por quem controla a revista em causa, ou a seu convite.

4. Investigação Científica em Doenças Crónicas.

A investigação científica em doenças crónicas não se distingue da restante investigação médica, no que respeita a múltiplos aspectos:

- No que respeita às normas éticas a seguir. Por exemplo, as normas a aplicar no caso dos ensaios clínicos não diferem nos doentes crónicos e nos não crónicos.
- No que respeita à existência de componentes clínicos e de componentes laboratoriais. Podem existir estudos exclusivamente laboratoriais para abordar questões relacionadas com doenças crónicas comuns (e.g. Doença de Alzheimer), tal como acontece com qualquer outro tipo de doença.
- No que respeita à necessidade do domínio de alguns componentes básicos (acima mencionados) para efectuar qualquer tipo de investigação.
- No que respeita à eventual existência de fontes de financiamento.

O impacto deste tipo de investigação tem sido, nas últimas décadas, muito importante, uma vez que têm sido obtidos progressos notáveis no diagnóstico e tratamento de numerosas doenças crónicas, com particular relevo para as doenças cardio-vasculares, oncológicas e infecciosas, entre outras.

5. Avaliação da Investigação Científica.

A avaliação da investigação científica encontra-se actualmente muito simplificada. Tal como

já tinha sido notado alguns séculos atrás, *"! have heard that nothing gives an author so great pleasure, as to find his works respectfully quoted by others"* [2]. A citação pelos pares, ou seja, em trabalhos subsequentes, constitui hoje a base para o reconhecimento do valor de um dado trabalho científico. Constitui um critério objectivo e simples, e que reflecte, em alguma medida, a contribuição de um dado trabalho para o avanço da ciência - o impacto de um trabalho.

Uma vez que o impacto de uma obra científica só pode ser avaliado com algum rigor bastantes anos após a respectiva publicação, foi desenvolvido um critério para fornecer uma estimativa desse impacto, o qual é constituído pelo impacto médio da revista na qual o artigo é publicado. Para o *Jnstitute for Scientific Jnformation,* o "Factor de impacto" é calculado dividindo o número de citações, num dado ano, de artigos publicados nos dois anos anteriores, pelo número de artigos publicados nos dois anos anteriores[3]. O factor de impacto serve para classificar as revistas mas não serve para prever com rigor o impacto de um dado artigo, uma vez que é sabido que o impacto de diferentes artigos publicados na mesma revista varia acentuadamente[4].

Os artigos publicados em revistas internacionais, pelo seu lado, são facilmente identificáveis através de bases de dados tais como a base de dados PUBMED da *National Library of Medicine* [5].

A avaliação da investigação médica é, em consequência do atrás exposto, relativamente fácil de fazer, uma vez que o número de artigos publicados em revistas internacionais, o seu respectivo impacto, bem como, na fase imediatamente subsequente à publicação, o factor de impacto da revista em que o trabalho foi publicado, são dados passíveis de serem obtidos e analisados.

6. Conflitos de Interesses.

Problemática central na perspectiva ética da investigação médica é a questão dos conflitos de interesse, central na medida em que se poderá recear que eventuais situações de conflitos de interesse possam influenciar a natureza das informações a serem ou não veiculadas para o exterior na sequência de uma dada investigação científica.

Esta problemática atinge maiores proporções na investigação envolvendo fármacos ou outras circunstâncias nas quais se encontrem envolvidos fortes interesses comerciais.

Foi defendido o conceito segundo o qual os funcionários do Estado ligados a funções de investigação científica deveriam ver limitada a sua interacção com determinado tipo de entidades privadas: *"it is appropriate to limit broadly employees ' outside activities with those entities to avoid any appearance that official actions may be pot entially injluenced bypriva/ efinan cial interests or loyalty to an outside employer"* [6].

Entre as entidades visadas poderão contar-se, designadamente, entre outras: empresas de biotecnologia, farmacêuticas ou de dispositivos médicos; hospitais, clínicas, organizações de manutenção de saúde; seguradoras actuando no campo da saúde [6].

Também no que respeita às instituições académicas foram emitidas recomendações, as quais incluem os conceitos segundo os quais: *"For faculty members who wish lofound a company or play an active part in one, increased latitude may best be obtained by*

taking part-time appointments or leaves of absence. However, a clear separation of academic

rolesfrom company roles is essential" [7].

7. Financiamento.

A investigação científica é uma actividade que comporta custos, os quais poderão ser suportados por vários tipos de entidades. A investigação laboratorial implica, com frequência, custos tais que não é passível de ser desenvolvida sem financiamentos específicos.

No caso da investigação clínica, pode dar-se o caso de ser a investigação paga, indirectamente, pelo financiamento da assistência. É o que se passa, por exemplo, quando investigadores médicos publicam um trabalho contendo dados obtidos de doentes observados exclusivamente no âmbito do atendimento clínico aos doentes.

Quando a prática clínica é de excelência, aumenta a probabilidade de serem gerados dados com potencial interesse científico. Por outro lado, a inserção de um dado doente num dado protocolo de investigação pode, em sistemas de saúde que não sejam de excelência, aumentar o grau de atenção prestado a um dado doente, ou seja, implicar potenciais benefícios indirectos para o doente.

As entidades que financiam directamente a investigação científica utilizam, com frequência, a metodologia dos concursos de projectos, ou seja, o financiamento é concedido de forma prévia à realização da investigação. Os investigadores apresentam projectos, os quais são avaliados, sendo tomada a decisão de financiar ou de não financiar, em função da avaliação que é feita de cada projecto.

Esta metodologia é lógica, no sentido que não é possível cozinhar sem dispor de alimentos. Contudo, apresenta alguns inconvenientes, de que se salientam os seguintes:

1) O investigador pode não estar na disposição de tomar conhecidos aos avaliadores as questões e as metodologias que pretende abordar, uma vez que qualquer fuga de informação num meio altamente competitivo poderia ter consequências negativas. O investigador pode preferir não dispor de financiamentos do que tomar conhecidos de outros os seus projectos em concreto. O investigador pode preferir apresentar, como projecto, um trabalho já realizado, que poderá tentar publicar em pouco tempo, ou que já tenha mesmo sido enviado para publicação.

2) No caso particular das doenças crónicas, o financiamento pode exigir resultados num período relativamente curto, o qual pode não ser compatível com observações ou acções relativamente longas. Enquanto *Case Studies,* poderão mencionar-se dois trabalhos publicados envolvendo doenças crónicas, o de J.J. Polónia e colaboradores - *Blood Pressure Monitoring,* 10: 57-64, 2005 - e o de M. do S. Faria e colaboradores - *Nephrology, Dialysis and Transplantation,* 18: 2308-2313, 2003. Ambos os trabalhos, de cariz prospectivo, foram realizados durante um período muito longo. Nenhum dos trabalhos atrás mencionado foi objecto de qualquer financiamento específico para o mesmo, nem, provavelmente, seria fácil que o tivesse sido.

Os modelos de financiamento poderiam envolver, não apenas projectos concretos, mas também um financiamento baseado em publicações prévias, ou seja, mediante a atribuição, a entidades que publicaram trabalhos considerados de relevo, de financiamento a projectos futuros, sem que os mesmos sejam formalmente apresentados ao pormenor, sendo apenas

exigível uma caracterização sumária da área de estudo (visando evitar eventuais abusos).

Num pequeno desvio ao tema, poderemos mesmo dizer que poderá ser de interesse evitar uma *"tentação planificadora ",* neste caso, de planificação de toda a investigação (sem esquecer que o planificador é dotado de poder - poder de decisão), em ordem a atingir alguns objectivos de relevo, a saber: prevenir que bons projectos cheguem ao conhecimento de pessoas que não foram responsáveis pela sua criação; diminuir a possibilidade de serem apoiados projectos que não venham a dar origem a qualquer publicação ; apoiar quem já deu provas.

8. Conclusões.

A investigação em doenças crónicas, uma forma de investigação médica, visando esclarecer pontos considerados *"in need of explanation",* pode ser dotada de componentes clínicos e não clínicos, sendo baseada em conceitos científicos e éticos que não diferem significativamente dos conceitos aplicáveis a outros tipos de investigação em Medicina. O impacto deste tipo de investigação tem sido, nos últimos anos, muito significativo. A questão dos conflitos de interesses é, neste como noutros campos, de importância crucial, uma vez que pode influenciar a credibilidade e a validade das conclusões atingidas. A avaliação deste tipo de investigação é relativamente fácil de efectuar, tendo em conta o tipo e número de publicações geradas, e o respectivo impacto (citações), podendo o factor de impacto da revista ser utilizado num primeiro tempo, antes de estar determinado o impacto propriamente dito. No que respeita ao financiamento, existem críticas que podem ser feitas a modelos baseados apenas na análise de projectos, nomeadamente tendo em conta que alguns estudos, neste campo, podem exigir períodos de observação, prospectiva, muito prolongados. Trata-se, em suma, de um tipo de investigação médica cujos excelentes resultados, obtidos no passado recente, poderão, espera-se, ser acompanhados por novos avanços significativos no futuro.

9. Bibliografia

1. K.R. Popper. Realism and the aim of science (1956). Routledge, London, New York, 1983 (reprinted 1994), pág. 132.
2. B. Franklin. The way to wealth (1758). Applewood Books, Bedford, MA, 1986.
3. Institute for Scientific Information Web of Knowledge. ISI Journal Citation Reports. http://isi15.isiknowledge .com/portal.cgi?DestApp =JCR&Func=Frame. Acedido em 27de abril de 2005.
4. T Opthof, R. Coronel, H.M. Piper. Impact factors: no totum pro parte by skewness of citation. Cardiovascular Research 61: 201-203, 2004.
5. Pubmed.National Library of Medicine. http://www .ncbi.nlm.nih .gov/entrez/query.fcgi . Acedido em 27 de abril de 2005.
6. Federal Register 70: 5543-5565, 2005.
7. H. Moses III, E. Braunwald, J.B. Martin, S.O. Their. Collaborating with industry. Choices for the academic medical center. The New England Joumal of medicine 347: 1371-1375, 2002.

O ACOMPANHAMENTO ESPIRITUAL E A DOENÇA CRÓNICA

VITOR FEYTOR PINTO[1]

1. O ser humano é um ser global pelo que, para além da sua dimensão física e psicológica, ele tem também dimensões sociais, culturais, espirituais e mesmo religiosas. Com razão, Ortega y Garret falava do homem e a sua circunstância. É na complementaridade de todos estes aspectos da vida humana que o ser humano se realiza e vive a qualidade de vida de que é capaz.

- **Se o ser humano é social,** torna-se indispensável o acompanhamento em todas as situações da vida, sobretudo naquelas em que ele se sinta mais debilitado e mais frágil.
- **Se é um ser cultural,** na relação com ele deverá ter-se em conta o seu património, as suas tradições, os seus valores de referência, as suas relações de transcendência.
- Se é **um ser espiritual,** não poderão esquecer-se elementos fundamentais da sua vida como seja a sua sensibilidade, o seu jogo de afectos, a sua capacidade de reflexão, a sua atenção à beleza, ao meio envolvente, ao projecto do futuro.
- **Se é um ser religioso,** no quadro da sua liberdade religiosa, não poderá deixar de ter-se em conta o seu culto, a religião que professa, os seus hábitos e a sua prática normal, sobretudo em horas mais difíceis em que sinta mais a sua insuficiência.

2. **Um doente crónico** é uma pessoa que, tendo assumido as suas limitações como condicionante da vida, não desistiu, porém, de ter uma vida normal. Normalidade , no viver comum, significa usufruir de todos os direitos de qualquer cidadão, o direito à vida com a qualidade indispensável e a assistência necessária; o direito à verdade e à cultura, a partir do estatuto social de que goza; o direito ao trabalho e à participação no bem comum, com todas as prerrogativas próprias da sua formação específica; o direito às liberdades no que diz respeito à privacidade , ao amor, à propriedade, mas também às opiniões e opções próprias de qualquer cidadão. O doente crónico, apesar dos seus problemas suficientemente controlados, tem uma vida normal. Assim sendo:

Tem projectos de futuro que pode concretizar

Tem capacidade de decisão que deve ser respeitada

Tem formas de se exprimir que é preciso reconhecer

Tem necessidades concretas às quais é necessário dar resposta

O doente crónico deve ser respeitado como pessoa humana, com todos os seus direitos e deveres e, por isso, poderá ser acompanhado com toda a qualidade, para que possa corresponder aos anseios que, ao longo da vida, venha a ter.

---

[1] Coordenador Nacional da Comissão Nacional da Pastoral da Saúde

3. **A terapia de acompanhamento** é hoje indissociável de todos os cuidados que urge prestar aos enfermos. Depois de um diagnóstico e prognóstico possível, é necessário definir uma terapia eficaz. Mal iria a equipa que pensasse prescrever apenas uma terapia medicamentosa, com inúmeros produtos químicos a tomar. Uma terapia, qualquer ela que seja, tem de contemplar a dimensão global da pessoa. Não basta então indicar uma série de fármacos a tomar, é necessário também procurar o alívio de tensões, os encontros gratificantes, as experiências agradáveis, os apoios psicológicos e afectivos imprescindíveis. Muitas vezes, a visita de um neto, a companhia de um amigo, os agradáveis de um passeio, de um filme ou de uma festa, podem constituir elementos complementares a toda uma acção terapêutica que procure propor-se. *"Até já me sino melhor"* é uma expressão frequente num enfermo que acaba de conversar com um amigo que o visitou.

A terapia de acompanhamento dá a componente social indispensável à recuperação integral da pessoa que, medicada, encontra o sentido da vida.

4. **A espiritualidade faz parte desta terapia de acompanhamento.** A espiritualidade não se esgota no religioso, embora as preocupações religiosas, no quadro da maior liberdade, constituam também elemento estabilizador no processo de tratamento de um doente crónico.

O Plano Nacional de Saúde recentemente assumido pela comunidade de saúde na promoção da saúde em Portugal (não é apenas um problema do Ministério da Saúde ou da Política da Saúde), consagra ao problema da espiritualidade uma das referências mais interessantes para a chamada humanização da saúde. Há princípios a ter em conta no acompanhamento espiritual do doente crónico:

O acompanhamento espiritual ultrapassa em muito o âmbito de uma assistência religiosa, porque tem como missão envolver o enfermo num ambiente cultural onde a arte, a música, o teatro, a literatura, a poesia, ocupam um lugar do maior interesse no completo equilíbrio da pessoa.

A espiritualidade tem também uma função terapêutica, pelo que o problema não está em ocupar o tempo livre do doente, nem tão pouco em o distrair ou levá-lo a esquecer o seu problema, ou ainda em o dominar para que aceite com resignação a sua realidade de situação intransponível. A espiritualidade ajuda a pessoa doente a superar os seus limites, a colaborar na terapia, a promover a sua recuperação, despertando a mente para o sonho possível de uma vida com qualidade. Chama-se muitas vezes a atenção para a importância do "controlo da mente" quando se está enfermo, mas a espiritualidade favorece esse mesmo controlo da mente, essa superação da dificuldade e a reconquista da harmonia à saúde plena.

- Na **espiritualidade há também a dimensão religiosa.** O problema religioso não é um elemento sem importância na vida da pessoa. O ser humano é religioso por excelência. Sabe que vem de Alguém e caminha para Alguém. Conforme a cultura de cada um, a sua base tradicional, vive com uma determinada religião, na relação com o Deus em que acredita e na relação consigo mesmo, na definição do seu próprio projecto de vida. É neste contexto que se considera que o apoio religioso aparece também como terapia de acompanhamento. Seja com a presença do "ministro da religião" (padre, pastor, sheik, rabi ou outro), seja com a oração, isto é, o diálogo com alguém em quem se acredita, seja com um sacramento, um

sinal significativo da fé que se tem; seja com o apoio da comunidade de que se faz parte, a religião acaba por dar sentido à vida e até pode permitir o encontro com o sentido mais profundo da morte. É por isso que a dimensão religiosa é também imprescindível numa terapia de acompanhamento. Acautela-se, porém, sempre a liberdade de opção religiosa de cada um, libertando os medos e abrindo a porta a desafios sempre mais conseguidos.

A espiritualidade e a **religião** permitem, ainda, uma melhor relação com o sofrimento. *"O tempo da doença surge como um grande lugar de emergência das questões antropológicas e espirituais; as pessoas esbarram com a experiência da doença estando cada vez menos preparadas para a enfrentarem e integrarem; o envelhecimento da população faz subir nos internamentos o número de idosos que solicitam mais a assistência religiosa; doenças novas, tal como novas possibilidades terapêuticas, determinam longos internamentos, que pedem um tipo de apoio espiritual e, muitas vezes, de assistência religiosa".*

Este texto do Plano Nacional de Saúde confirma a importância da espiritualidade na assistência integral do doente crónico.

Há inúmeros problemas a ultrapassar: o respeito pela opção religiosa de cada um, a difícil integração desta dimensão nos cuidados de saúde, a insuficiência dos modelos do Serviço Religioso nos Centros de Saúde ou nos Hospitais, a impreparação dos voluntários que poderiam ser componente da terapia integral, a pouca consciência dos profissionais de saúde para a importância desta dimensão. Porém, sabem que "o caminho não está feito, o caminho faz-se a andar". Só o facto de afirmar a importância da espiritualidade, só por si, já é um valor incalculável.

Conclusão:

O acompanhamento espiritual do doente crónico, seja por que forma for, é sempre elemento importante a integrar numa terapia eficaz.

VOLUNTARIADO E HUMANIZAÇÃO

ACÁCIO F. CATARINO[1]

1. Lugares comuns sobre o voluntariado em geral

1.1 Noção: actividade pessoal de serviço a outrem e ao bem comum realizada com gratuidade (exterior e interior);

1.2 Distinção relativamente ao trabalho profissional remunerado

1.2.1- A distinção não consiste na disponibilidade nem na dedicação;

1.2.2 - Também não consiste na qualificação nem na organização;

1.2.3 - Consiste sim, na gratuidade e na complementaridade;

1.3 - Nótula histórica

Sempre existiu voluntariado, mais ou menos assumido e organizado. Justifica- se assinalar aqui três fases históricas

1.3.1- Até ao século XIX: voluntariado social, corporativo, de saúde, de protecção civil, de educação, religioso ...;

1.3.2 - Do século XIX a meados do século XX: voluntariado cooperativo, mutualista, sindical, político, associativo em geral...;

1.3.3 - De meados do século XX aos dias de hoje: voluntariado dos direitos humanos, da cultura, do ambiente, do desenvolvimento, da articulação entre os diferentes domínios de voluntariado...;

1.4 - Alguns tipos de voluntariado

1.4.1- Quanto aos domínios: todos os sectores da actividade humana;

1.4.2 - Quanto aos níveis de qualificação: todos os níveis;

1.4.3- Quanto às missões desempenhadas nas organizações: todas, nomeadamente: direcção; assessoria, execução;

1.4.4- Quanto aos níveis hierárquicos: todos e…. nenhum;

1.5- Voluntariado e humanização. Algumas constatações

1.5.1 - O voluntariado é, por natureza, humanizante; na prática, nem sempre assim é ou nem sempre é visto como tal;

1.5.2 - O voluntariado não tem o exclusivo da humanização; aliás qualquer actividade

[1] Presidente do Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado

humana deve ser humanizante.

2 -Voluntariado e humanização na saúde (nomeadamente nos hospitais)

2.1-Justificação

2.1.1 - Razões comuns a outros domínios: existem problemas a resolver e aspirações a satisfazer; e existem pessoas dispostas a actuar, sem contrapartidas remuneratórias;

2.1.2 - Razões específicas

a) A relevância da saúde, identificada (em larga medida) com a própria vida;

b) O ambiente paradoxal das instituições de saúde

identificado com o sofrimento, a morte e também com a cura e a vida;

o alegado poder de veredicto definitivo (análogo ao dos tribunais) sobre o destino humano;

2.2 Actividades a desenvolver

2.2.1 - Estar disponível

2.2.2 - Apoiar o doente na sua rede relacional, nomeadamente no relacionamento com a família e no interior da instituição de saúde;

2.2.3 - Apoiar o doente na preservação ou reconstituição do seu projecto de vida, considerando

a) - As dimensões de vida a que o doente e sua família são mais sensíveis;

b) - Bem como a assunção e superação do veredicto médico. Aqui se inscreve a temática da abertura ao transcendente e o voluntariado religioso. Deixando para sede própria o voluntariado religioso, ocorre perguntar se os voluntários da saúde devem

b 1) - assumir-se como portadores do transcendente;

b2) - não facilitar a abertura do doente ao transcendente;

b3) - ser sensíveis e abertos a esta dimensão e solicitar a cooperação do voluntariado ou do serviço religioso, se tal for a vontade do doente;

2.2.4 - Prestação de ajudas diversas

a) - Na área específica da instituição onde o doente se encontre internado;

b) - Em relação a outros aspectos da vida do doente: financeiros, familiares, profissionais, empresariais...;

2.3 - Articulações necessárias (cooperações ou parcerias)

2.3.1 - Entre grupos, ligas, ou outras organizações de voluntários que actuam na mesma instituição de saúde, tendo em conta as particularidades

a) -Do voluntariado interno;

b) - E do externo ou de visitação (ocasional ou regular);

2.3.2 - Entre o voluntariado (interno e externo), nas instituições de saúde, e as

famílias dos doentes e **o voluntariado local;**

2.3.3 - Entre o voluntariado interno e externo nas instituições de saúde e os serviços religiosos;

2.3.4 - Entre o voluntariado interno e externo, por um lado, e, por outro, o

órgão de gestão e os serviços da instituição de saúde

a) - O órgão de gestão

b) - O serviço responsável pelo voluntariado;

e) - Os serviços onde o voluntariado actua.

O ENFERMEIRO, A FAMILIA E O DOENTE

JOSÉ RIBEIRO[1]

O serviço de saúde, palco de grandes transformações sociais ao longo das últimas décadas, tem sido alvo de diversos estudos com perspectivas diversificadas. Estes estudos vieram provocar mudanças, um acesso a um conhecimento novo, onde enfermagem é bem o exemplo.

A clarificação do conhecimento em enfermagem tem passado pela clarificação do sentido ou intenção que é colocada no cuidado de enfermagem, quando desenvolvido por profissionais qualificados para tal, integrados em equipas interdisciplinares.

O cuidado de enfermagem, de acordo com uma intenção humanista e não mecânica, permite valorizar a descrição minuciosa das manifestações ligadas à vida, à adaptação quotidiana da pessoa, ao funcionamento do corpo, à reacção, quer de problemas de saúde, quer de doença, quer da evolução, da procura de sentido, aos efeitos reais da prestação de cuidados e terapêuticos; aos impactos dos actos profissionais a diversos níveis.

Esta valorização, que assume a pessoa como o centro de todo o processo de cuidados, leva-me a considerar as actividades desenvolvidas pelos enfermeiros numa perspectiva de interacção entre estes e os utentes (indivíduos, família e comunidade), no sentido da identificação das necessidades vitais dos últimos, a fim de planear e desencadear acções que as possam satisfazer ou compensar. As actividades de enfermagem dão ajuda ou assistência, com a intenção de promover e aumentar as capacidades de auto-cuidado do indivíduo ou da comunidade.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família e/ou comunidade). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas utentes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual que é necessário respeitar.

Ser enfermeiro é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a individualidade do utente. O enfermeiro desenvolvendo o seu saber - ser, centraliza-se na especificidade da pessoa humana, tendo em conta uma identidade cultural, sentimentos e emoções próprias. Deixará, pois, de tratar máquinas para passar a cuidar de pessoas.

Esta situação toma evidente que é possível identificar duas concepções de enfermagem, ou seja, duas formas distintas de os enfermeiros conceberem e orientarem a sua acção: uma orientação para o "tratar" e uma outra para o "cuidar".

A pnme1ra terá primordialmente em vista a cura e, relacionada que está com procedimentos técnicos de diagnóstico e terapêutica, toma-se uma orientação mais instrumental e atomista, centrada na doença e na sua reparação, correspondendo àquilo a que convencionou chamar-se o "modelo bio-médico". A segunda perspectiva ou orientação (para o cuidar) é mais abrangente e holística: para além de se preocupar com a cura, atende o doente na sua

[1] Enfermeiro, Membro da Comissão de Ética do Hospital Padre Américo.

globalidade, especificidade e individualidade, visando o seu máximo bem-estar.

Esta orientação para o cuidar é o "núcleo" ou a "essência" de enfermagem. É um acto que cada um presta a si próprio, por forma a manter a sua vida, mas também é um acto de "reciprocidade que somos levados a prestar à pessoa que tem necessidade de ajuda, para assumir as necessidades vitais, por forma a garantir a continuidade da vida.

Nos vários momentos do cuidar, o corpo do enfermeiro que cuida e o da pessoa cuidada, encontram-se através do olhar, da voz, da postura, do gesto, num contexto de intimidade forçada e não procurada que pode ser geradora de emoções fortes e contraditórias, o que toma a relação complexa.

Esta relação é complexa porque interferem múltiplos factos (biológicos, psicológicos e psicossociais), mas é a forma de dois ou mais intervenientes comunicarem. Comunicar é relacionar-se.

Comunicar com o doente é quebrar a solidão, é ajudar, é a resposta à satisfação das necessidades humanas básicas e às necessidades recíprocas de ordem intelectual, afectiva, moral e social.

Nós enfermeiros, intervenientes em processos de interacções, usamos métodos de comunicação verbal e não verbal, com o doente e a família. A comunicação enfermeiro, doente e família torna-se fundamental para que os cuidados sejam verdadeiramente eficazes.

A relação de parceria enfermeiro/doente/família deverá ser pautada pelo dinamismo, disponibilidade e mudança de atitude, encarando também a família como membro da equipa.

Este envolvimento da família toma-os nossos parceiros no cuidar, mas também receptores de cuidados. Como parceiros no cuidar, os familiares poderão ter um papel activo na prestação de cuidados ao doente, assim como na tomada de decisão do cuidado ao doente. No que se refere à situação dos familiares como receptores de cuidados, eles requerem informação e formação por parte dos enfermeiros, de forma a reunirem as melhores condições para lidarem com a situação / problema.

Uma família envolvida é necessariamente uma família mais tranquila, esclarecida e cooperante.

QUALIDADE E A EXCELÊNCIA NA SAÚDE

PILAR BAYLINA MACHADO[1]

As organizações prestadoras de cuidados de saúde, um pouco por todo o mundo, atravessam um período difícil. O actual panorama socio-económico fomenta esta situação. Podem-se identificar alguns factores que condicionam as actuais políticas de saúde:

- as crescentes exigências orçamentais para a saúde e a sua influência no aumento da despesa pública;
- a escassez dos recursos e a necessidade de implementar uma reforma no sector com intuito de aumentar a eficácia e eficiência mantendo a equidade;
- a criação de novos mecanismos que promovam a "accountability " e a confiança nos sistemas de saúde;
- a crescente evolução tecnológica acompanhada pela necessidade de adaptação das diferentes classes profissionais que apresentam grandes níveis de desmotivação;
- o aumento constante das exigências e necessidades de informação e capacidade crítica dos "utilizadores" dos serviços de saúde.

Durante várias décadas, as organizações de saúde, as entidades reguladoras do sector e o governo acordaram sobre a sustentabilidade do sistema implantado. Actualmente, consideram ser premente a implementação de um novo paradigma de gestão na Saúde, no sentido da introdução de melhorias claras, concisas e mensuráveis, capazes de proporcionar uma resposta à questão: "Como é que se prestam cuidados de saúde com qualidade a um custo comportável para a sociedade?"

Segundo a Organização Mundial de Saúde a definição de Qualidade na saúde é "um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivos a melhoria contínua da qualidade dos cuidados".

Tendo por base este conceito, a concretização da missão, visão e valores das entidades prestadoras de cuidados de saúde e dos profissionais que as integram é potenciada pela definição e implementação de metodologias e critérios de conduta e acção, suportados e promotores dos princípios reguladores do acto médico bem como, simultaneamente, orientados para o estabelecimento de uma cultura organizacional adequada aos novos desafios.

A inquestionável competência técnica e brio dos profissionais de saúde, constituem um elemento indispensável para a prestação de cuidados de qualidade. As normas de boa-prática técnico-profissional, já largamente utilizadas, são inequivocamente relevantes, mas

[1] Prof. Adjunta da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

toma-se necessário complementar as mesmas com a correcta articulação dos vários elementos, contributos e funções, diferentes em natureza, mas que na realidade interagem como um todo coerente.

A obtenção de cuidados de saúde excelentes encontra-se, assim, claramente dependente da adopção de modelos efectivos de gestão, constituídos por regras e métodos de melhoria da prática organizacional, sendo esta na realidade a força motriz inequívoca para o desenvolvimento sustentável das organizações de Saúde.

Nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, muitas são as correntes de opinião sobre a melhor metodologia ou modelo a seguir na prossecução de ganhos em eficácia e eficiência. Todas elas advogam, no entanto, a necessidade de garantir incondicionalmente a satisfação do "cliente" e das partes interessadas ("stakeholders"), de optimizar a utilização dos recursos e de assegurar o reconhecimento das comunidades às quais prestam serviço.

A ênfase da generalidade destes modelos está colocada na vertente da conformidade e resultados, na engenharia de processos, na gestão das características mais intangíveis do serviço, nos aspectos relacionais do atendimento, na modernização das práticas de gestão, na liderança dos recursos humanos ou no planeamento estratégico. Esta realidade é tão premente como em qualquer outra área em que seja importante a decisão baseada na evidência objectiva de que a Qualidade foi alcançada nos níveis desejados.

A adopção de modelos e referenciais de gestão da Qualidade pressupõe, no entanto, uma adequação à realidade, natureza e cultura de cada organização. Por outro lado, e complementarmente, a implementação de modelos de gestão constitui hoje uma etapa relevante para as entidades prestadoras de cuidados de Saúde, na sua jornada em direcção à excelência, sendo de salientar os seguintes factores:

- Factor "Cliente": cada vez mais os utentes, pacientes e/ou clientes (e outras partes interessadas) exigem a garantia e confiança no sistema de gestão das entidades prestadoras de cuidados de saúde, de forma a assegurarem-se de níveis de conformidade apropriados das suas actividades, produtos e serviços, bem como da garantia da disponibilização da informação necessária e do adequado tratamento de reclamações, identificação das suas necessidades ou protecção ambiental , entre outros aspectos;

- Factor Melhoria: A implementação de ferramentas efectivas de gestão pressupõe a racionalização da estrutura organizativa e a optimização dos processos a par com o cumprimento dos requisitos legais, estatutários, éticos ou regulamentares aplicáveis:

- Factor Reconhecimento: O reconhecimento externo e credível da adequação de um determinado sistema de gestão face a referenciais ou modelos específicos, potencia a sua utilização como argumento de gestão e evidência dos esforços concretizados e das iniciativas desenvolvidas.

- Factor "Accountability": a possibilidade de suportar as decisões com base na evidência objectiva de forma a promover a "accountability" e a confiança nos sistemas de saúde, potenciando uma melhor gestão face às novas políticas do sector.

No actual cenário, a forma eficaz das entidades prestadoras de cuidados de Saúde, sejam

elas públicas ou privadas, se aproximarem dos exigentes padrões das suas congéneres espalhadas pelo mundo, passa pela adopção de políticas capazes de conduzir ao sucesso técnico e económico.

Os "números" no sector da saúde, no relativo à adaptação, implementação e reconhecimento externo da conformidade dos seus sistemas de gestão da qualidade, estão ainda muito distantes dos valores associados a outros sectores de actividade. No entanto, a taxa de crescimento neste sector é consideravelmente superior à de outros sectores, mais maduros e tradicionalmente mais envolvidos na implementação de sistemas ou modelos de gestão. Este facto, associado à evidente e crescente consciencialização dos diversos intervenientes, permite olhar o futuro com expectativa e optimismo.

O HOSPITAL E A DESUMANIZAÇÃO

ANTÓNIO VAZ CARNEIRO[1]

Os triunfos da medicina ao longo dos tempos

A Medicina - como actividade curativa dos males orgânicos - é reconhecida na civilização ocidental há cerca de 2.000 anos. A arte foi praticada por inúmeros artesãos durante este período, sendo que a profissão só muito mais tarde é que adquiriu a sua autonomia própria. Nomes como Esculápio, Hipócrates, Galeno, Avicenna, Averroes, Maimonides, Vesalius, Hunter, Harvey, Sydenham, Virchow, Jenner, Bernard, Pasteur, Osler -para só citar alguns - povoam o panteão de uma profissão rica em valores éticos, sendo provavelmente a última profissão com um carácter altruístico de base (1).

Durante os primeiros dezanove séculos, a prática foi poderosamente influenciada pelos ensinamentos hipocráticos e galénicos, com muito poucas alterações ao corpo de princípios que aqueles tinham estabelecido no seu tempo. Deste modo, podemos afirmar que a evolução científica biomédica se caracterizou por uma longa fase de estagnação, seguida de um explosivo desenvolvimento: a esmagadora maioria da ciência médica que hoje em dia serve de base à prática clínica foi descoberta apenas a partir da segunda metade do século XX.

O médico/jornalista James le Fanu, no seu excelente livro "The Rise and Fall of Modem Medicine", identifica aquilo a que chama 12 momentos definitivos na medicina moderna. São eles:

1. a descoberta da penicilina (1935)
2. a descoberta da cortisona (1949)
3. a identificação duma relação entre o tabaco e o cancro do pulmão (1950)
4. o tratamento da tuberculose com estreptomicina e PAS (1950)
5. o nascimento da medicina intensiva pós-epidemia de poliomielite na Dinamarca (1952)
6. o tratamento da esquizofrenia com clorpromazina (1952)
7. a cirurgia cardíaca de coração aberto (1955)
8. a prótese total da anca (1961)
9. a transplantação de rim (1963)
10. lO. a prevenção do acidente vascu lar cerebral (1964)

[1] Faculdade de Medicina de Lisboa. Hospital de Santa Maria

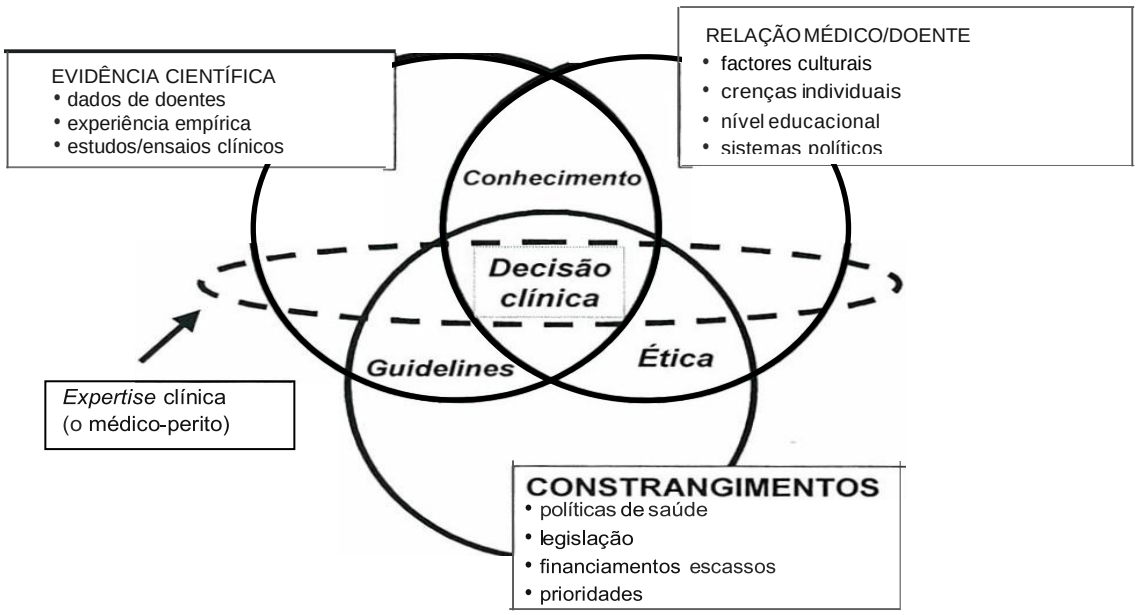
11. a cura do cancro infantil (1971)
12. a procriação medicamente assistida (1978) e
13. a determinação do *Helicobacter pylori* como agente causal da úlcera péptica (1984).

Sucessos importantes, sem dúvida, mas poder-se-ia facilmente adicionar a estes eventos uma outra lista (muito pouco exaustiva) de descobertas que vieram também revolucionar a medicina:

- a diálise renal (1944)
- an anestesia geral (1946)
- a técnica de ressuscitação cárdiopulmonar (1956)
- a pílula anticonceptiva (1960)
- a transplantação cardíaca (1967)
- a tomografia axial computorizada (1973)
- a trombólise para o enfarte agudo do miocárdio (1987)
- a terapêutica anti-retroviral para a SIDA (1996)
- a descodificação do genoma humano (2001).

A complexidade da prática clínica no início do sec. XXI pode ser facilmente compreendida quando se reconhece que a decisão clínica se encontra na intersecção de três grandes universos: o da relação médico-doente, o do conhecimento científico e dos recursos financeiros (figura).

Na interacção entre a relação médico-doente e os dados da ciência clínica está a área do conhecimento (aqui em sentido filosófico), entre os dados científicos de intervenções provadamente eficazes e seguras e os constrangimentos que recursos sempre escassos impõem à sua livre utilização é o campo da utilização das normas de orientação clínica *(guidelines)* e, finalmente, são nas regras éticas que o médico baseia as suas decisões referentes às expectativas e exigências do seu doente individual, quando sabe que nem sempre se encontram disponíveis todas as que ele sabe úteis e apropriadas.



Na sua prática diária o clínico moderno tem de obrigatoriamente de ter em conta as diversas imposições que cada uma destas áreas lhe coloca, se quiser praticar uma medicina simultaneamente individual e social, com qual idade e custo-efectiva (2).

O aumento exponencial do conhecimento médico e a necessidade de especialização

O conhecimento médico tem vindo a aumentar a um ritmo verdadeiramente vertiginoso, impedindo desde há muito tempo que o médico individual consiga conhecer tudo o que se publica: existem no mundo mais de 30.000 revistas médicas e o seu aumento tem sido exponencial, desde que apareceram as primeiras publicações no século XVII. Presentemente, o período de duplicação do número de revistas é de cerca de 19 anos e a base de dados bibliográfica mais utilizada - a *Medline* - possui hoje em dia mais de 12 milhões de artigos indexados e calcula-se que este número representa apenas 50% da totalidade dos artigos médicos existentes no mundo (3).

A combinação entre a dimensão da informação e o desenvolvimento de técnicas diagnósticas e terapêuticas específicas fez com que a medicina se fosse diferenciando em campos de especialidade bem definidas, com o seu ensino e prática próprios: cardiologia, cirurgia vascular, radiologia, oftalmologia, etc. Uma das consequências deste desenvolvimento

tecnológico foi que uma percentagem crescente de profissionais médicos passou a dedicar-se quase exclusivamente às técnicas da sua especialidade, deixando de facto de ser o médico assistente daqueles, no sentido holístico do termo, deixando essa tarefa a uma minoria de clínicos.

O desejo (ilusório!) de dominar o corpo teórico da sua especialidade, combinado com o prestígio social que o título de Especialista sempre traz (não esquecendo as vantagens financeiras decorrentes desta opção...), faz com que todos os anos cada vez mais jovens licenciados procurem as pós-graduações tecnologicamente mais sofisticadas, afastando-se do contacto na consulta directa com o doente. Este fenómeno é universal, verificando-se naturalmente também em Portugal.

A organização social da medicina e os gastos com a saúde

Há 50 ou 60 anos a prática da medicina era sobretudo uma actividade de um profissional autónomo e liberal. A medicina era ineficiente, pouco agressiva e tudo o que o médico necessitava para a sua actividade cabia dentro de uma maleta. A ciência era escassa, provinha das escolas europeias (Alemanha, França) e era ensinada acima de tudo na faculdade, quase não havendo estudos de pós-graduação dignos desse nome. O estudante de medicina graduava-se e era esperado que trabalhasse quase exclusivamente como profissional liberal, já que os lugares estatais eram raros e muito competitivos de conseguir.

Não havia segurança social digna desse nome e as despesas com a saúde eram da responsabilidade quase exclusiva dos doentes, que pagavam directamente do seu bolso os (escassos) cuidados recebidos. A relação médico-doente caracterizava-se por uma confiança ilimitada do doente no médico, com grau acentuado de paternalismo por parte deste e sem discussão das suas decisões. A doença era acompanhada sempre pelo mesmo médico que, impotente numa quantidade elevada dos casos para alterar o respectivo curso, se limitava a apoiar e confortar ou, nos casos mais graves, a assistir o doente no seu percurso até à morte. O médico era detentor de grande prestígio social, embora o nível económico que desfrutava não fosse muito diferente do dos seus doentes...

J.A. Muir Gray, no seu livro "The Resourceful Patient", afirma o declínio da influência social da classe médica sob quatro perspectivas (4):

- a da autoridade sapiencial (os doentes questionam hoje em dia as opções que lhe são oferecidas, são mais conhecedores das suas doenças - por ex. pela pesquisa da internet - e existe um melhor conhecimento sobre as dificuldades e problemas da prática médica)

- a da autoridade moral (os médicos são reconhecidos como seres "mortais", falíveis e a ciência biomédica tem limites, não sendo capaz de resolver todos os problemas do doente)

- a da autoridade burocrática (a auto-regulação da prática profissional dos médicos - uma reivindicação absoluta desde sempre - é imperfeita e limitada, levantando questões sobre uma eventual regulação externa à profissão)

- a da autoridade carismática (a substituição do médico como padre pelo médico tecnocrático, a desmistificação da prática clínica, o reconhecimento do erro médico, etc.).

A prática clínica no início do sec. XXI é -na maioria dos casos - uma pálida sombra do cenário acima descrito: transfom1ou-se numa actividade eficiente, agressiva em muitos casos e com um desenvolvimento tecnológico esmagador. A ciência biomédica desenvolveu-se enormemente (com uma supremacia absoluta da que é originada no mundo anglo-saxónico), a profissão organizou-se em termos de ensino pós-graduado em dezenas de especialidades (cada uma com os seus requerimentos de formação pós-escola médica) e o médico recém-formado pode optar por uma carreira liberal (solo ou em grupo) ou então assalariada (privada ou no Estado). A prática clínica é hoje em dia uma actividade de grupo (especialmente no hospital), a medicina resolve inúmeros problemas que dantes não tinham solução e é uma actividade de risco, quer para os doentes, quer para os profissionais. Os cuidados médicos são cada vez mais caros e, na maior parte dos casos, pagos pela segurança social ou por seguradoras privadas, contribuindo o doente com uma parcela variável para os custos dos

cuidados que recebe. O sucesso espectacular da medicina acompanhou-se paradoxal mente de uma erosão do prestígio dos médicos, sendo que o conceito do "médico assistente" do doente (um clínico que tem a responsabilidade de base de tomar conta dos doentes, por vezes por décadas) tem sido substituído por cuidados prestados por diversos especialistas, cada um responsável apenas pelo seu órgão ou sistema...

A tentativa de controlar os sempre crescentes custos da saúde trouxe para o mundo médico controlos da prática, burocracia, alterações mais ou menos profundas da organização de prestação dos serviços, restrições de acesso, racionamento de cuidados, etc. Onde ontem apenas havia dois actores no acto médico (doente e médico), existem hoje muitos outros (gestores, políticos, administrativos, etc.), transformando profundamente a própria natureza da relação entre médicos e doentes.

Mais: a irrupção da medicina preventiva como padrão de comportamentos saudáveis veio complicar ainda mais o quadro, levantando até problemas éticos sobre a chamada para dentro do sistema de saúde de pacientes basicamente saudáveis, com a criação de uma nova classe de consumidores, os "preocupados saudáveis" *(worried well).*

O médico encontra-se em posição absolutamente central no seio de todos estes interesses, tendo de ser curador *(healer),* gestor de doentes e doenças, aconselhador de opções, líder de equipas multidiciplinares, gestor de conhecimentos científicos e parceiro dos doentes no seu tratamento. Difícil tarefa!!!

O hospital é o local da tecnologia médica mais avançada

Nos últimos 100 anos os hospitais são sem dúvida umas das instituições mais apreciadas na nossa sociedade. Com as suas origens nos remotos tempos da Grécia clássica (templos de cura), contêm neles toda a maravilhosa capacidade de nos devolver a saúde perdida ou, se isso não for possível, pelo menos aliviar o nosso sofrimento. A maior parte de nós nasce num destes edifícios e acaba - em média - por contactá-lo 7 vezes durante a vida, até morrermos na última dentro das suas paredes.

A história recente dos hospitais está ligada aos avanços da medicina, sendo que neles também se ensina (pré e pós-graduação) e investiga (ciências básicas e clínicas). Mas é naturalmente no campo da assistência que os hospitais mais relevância possuem, já que possuem a mais avançada e dispendiosa tecnologia disponível, sendo o local por excelência onde a medicina moderna se realiza na sua plenitude tecnológica, ainda que com um custo elevadíssimo.

O papel da instituição hospitalar tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos, da casa de refúgio e morte nos tempos clássicos, à casa de reabilitação renascentista, até finalmente assumir o seu papel primordial de cura a partir do século dezoito.

Um hospital actual, especialmente se for terciário e universitário, é uma organização formidável, mimetizando a cultura da comunidade que serve e assumindo o papel de símbolo dessa mesma comunidade (5). Dentro das suas paredes proporciona- se aos doentes um complexo conjunto de tecnologias diagnósticas e intervenções terapêuticas, desde ressonâncias magnéticas nucleares a cirurgias cardíacas, de exames cintigráficos a endoscopias digestivas.

Ao hospital onde o autor trabalha - H. Santa Maria em Lisboa -acorrem diariamente milhares de doentes, que são recebidos por um corpo de milhares de funcionários (médicos,

enfermeiros, administrativos, gestores, etc.). Os serviços de internamento, consulta ou urgência trabalham continuamente 24 horas sobre 24, sete dias por semana, obrigando a que o pessoal clínico tenha de disponibilizar-se em horários muito heterogéneos, com as consequências daí decorrentes na sua qualidade de vida e satisfação profissional.

A evolução da relação médico-doente: o que esperam os doentes dos médicos na era da tecnologia?

A passagem de um estado de "saúde" para um estado de "doença" é habitualmente uma experiência traumática. Ken Cox, autor de "Doctor and Patient", define dez factos que transformam uma pessoa num doente (6):

1. a doença deve evoluir para uma dimensão ou intensidade para que seja notada
2. o doente deve reconhecer a existência da doença
3. o doente tem de aceitar que os sintomas não são normais, isto é, que saem do que é um dia-a-dia habitual
4. o doente tem de estar convencido que os sintomas não desaparecem espontaneamente, ou que duram há tempo demais, apesar do tratamento já instituído
5. os sintomas devem ser suficientemente intensos para que o doente procure ajuda
6. deve idealmente existir um tratamento disponível e eficaz para as queixas do doente
7. o doente deve confiar nas capacidades técnico-profissionais do médico
8. este, por se turno, deve estar disponível, acessível e aceitável para ver o doente
9. o doente deve confiar no médico
10. existiu algo que despoletou no doente a ida ao médico (ou hospital).

Os doentes internados em hospitais - quer em espaços individuais, quer em enfermarias colectivas - apresentam quase sempre patologias de elevada gravidade, já que os que estão menos doentes são tratados em ambulatório. Este fenómeno é relativamente recente: com efeito, as pressões de contenção de custos obrigam a tratar o maior número de doentes fora destas instituições tão dispendiosas, pelo que o tempo de internamento cada vez mais curto é um desiderato constantemente procurado pelos responsáveis clínicos e administrativos.

O doente internado está naturalmente numa posição muito fragilizada, longe do seu ambiente familiar, em condições que muitas vezes atingem a sua dignidade e recato. Sente-se infeliz porque está doente e sofre, está preocupado com o seu prognóstico, intimidado com uma instituição que não conhece, agredido pelo contacto com profissionais que o manipulam intimamente sem o conhecerem, aterrorizado pela hipótese de ter uma complicação grave ou mesmo morrer durante o internamento. O doente internado no hospital espera o mesmo contacto humano e próximo de qualquer outro doente - com a agravante de o sentir como mais premente, já que se encontra em território "estrangeiro".

Por seu lado, os profissionais de saúde hospitalares, obrigados a intensidades de trabalho muito elevadas, responsáveis por vezes por dezenas de doentes, não têm frequentemente a

disponibilidade quer física quer mental para humanizar as suas relações com quem se encontra sob a sua responsabilidade. Os horários muito dilatados, a responsabilidade clínica e legal pelos doentes, a complexidade e variação dos problemas que aqueles apresentam, fazem com que não esteja de facto criada uma atmosfera conducente à tranquilidade necessária para que a relação se possa revestir de aspectos mais íntimos, afectivos e humanos. Acresce que o uso impessoal da tecnologia isola o ser doente do contacto humano directo, substituído por máquinas mais ou menos intimidantes (quem já fez uma TAC ou urna RMN sabe bem o que isto significa ...).

A solução para este problema tem de se colocar ao nível da organização dos serviços hospitalares, do envolvimento pró-activo dos seus profissionais e de uma política de contacto com os doentes claramente aceite por todos como importante e desejável. Passa por uma sistemática aproximação ao doente como pessoa (e não como "utente"), por disponibilização de tempo para poder contactar serenamente com ele/a, ouvir as suas queixas, atender às suas angústias e esclarecer as suas preocupações. No mundo necessariamente artificial da enfermaria hospitalar, esta abordagem deve ser feita de maneira profissional, envolvendo todos os elementos da equipa.

O panorama destes problemas não será fácil de resolver, no entanto, já que as pressões para uma certa prática custo-eficaz implicarão um contacto cada vez mais breve entre as equipas hospitalares e os doentes internados. Vale, no entanto, a pena envidar todos os esforços no sentido de fazer com que uma experiência tão pouco *natural* como é um internamento se possa revestir de um mínimo de sofrimento e de dor para os nossos doentes.

Bibliografia

1. The Editors. Looking Back on the Millennium in Medicine. N Engl J Med 2000; 342:42-49.
2. Weatherall D. Science and the quiet art. I st ed. Oxford: Oxford University Press, 1995. 3. Carneiro AV. A cardiologia baseada na evidência científica: princípios e prática. Ver. Port Cardiol 2000; 19:911-919.
3. Gray JAM. The resourceful patient. I st ed. Oxford: eRosetta Press, 2002.
4. Risse GB. Mending bodies, saving souls. A history of hospitals. 1st ed. New York: Oxford University Press, 1999.
5. Cox K. Doctor & patient. 1st ed. Sydney: UNSW Press, 1999.

COMUNICAÇÕES LIVRES

HUMANIZAR PARA MELHOR CUIDAR

ISABEL NEVES MOREIRA[1], SUSANA PATRÍCIA VENTURA[2]

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam diariamente no seu plano profissional necessidade de tomar decisões éticas. Só um esclarecido conhecimento dos valores éticos para o desempenho em Enfermagem, uma clareza de pensamento em relação a si e aos outros, em relação ao próprio exercício profissional, aos direitos e deveres dos utentes, podem permitir que mais facilmente sejam prestados cuidados humanizados.

Cresce na Enfermagem a exigência e a necessidade de prestar cuidados de qualidade, passando não só pela competência técnica, mas sobretudo pela competência relacional. Sendo a Enfermagem uma profissão que assenta no pressuposto de que os cuidados são prestados por pessoas e para pessoas, estes só se realizam quando se encontra em cada enfermeiro o Saber Científico, o Saber Fazer Técnico e o Saber Ser Pessoa.

A consciencialização por parte dos enfermeiros de que a pessoa humana doente é também ela dotada de direitos e deveres que lhe são inerentes à sua condição de vulnerabilidade, sendo também uma linha de orientação à humanização dos cuidados.

Acreditamos que humanizar passa por um nível de qualidade para todos, por um reconhecimento dos direitos à autonomia e informação do utente e por cuidados de Enfermagem segundo princípios éticos, sentimos a importância da realização deste trabalho. E porque só reflectindo eticamente podemos crescer.

Vamos desenvolver este trabalho com a pretensão de atingir os seguintes objectivos:

- Alertar para o processo de humanização e a sua relação com a qualidade dos cuidados prestados;
- Sensibilizar os enfermeiros para que sejam agentes que intervenham activamente na humanização dos cuidados.

[1] Aluna do IV Mestrado Bioética, FMUP.
[2] Aluna do IV Mestrado Bioética, FMUP.

MORRER NESTE MUNDO ... OS PRINCÍPIOS ÉTICOS E O PROCESSO DE MORTE

IOLA VIEIRA[1]; LUÍSA FERREIRA[2]; RITA RODRIGUES[3]

TEMA: Questões éticas nos cuidados no final da vida, numa perspectiva de possibilitar os cuidados paliativos no domicílio.

OBJECTIVOS:

- Reflectir sobre a problemática das questões éticas relacionadas com o final da vida;
- Realçar as condições necessárias na sociedade para uma morte mais humana...;

METODOLOGIA: pesquisa bibliográfica; descritiva e expositiva através da realização e apresentação de uma comunicação livre

RESUMO:

Durante muito tempo existiram relações familiares muito fortes e enraizados; as próprias comunidades utilizavam todos os recursos existentes para conseguirem satisfazer as suas necessidades, numa verdadeira inter-ajuda social, acolhendo os seus moribundos com mais serenidade.

Este panorama alterou-se por completo, nos últimos tempos.

Todas as alterações familiares, sociais, científico-tecnológicas e culturais levaram ao desenraizamento do processo de morte.

Como tal temos que tentar o percurso inverso, utilizando os melhores recursos técnico-científicos, inserindo-os nos cuidados domiciliários-paliativos.

O profissional de saúde, que acompanharia o processo de morte no domicílio, teria um papel preponderante na rentabilização dos recursos existentes na comunidade, de forma a conseguir influenciar uma diminuição do nº de internamentos hospitalares, apresentando a alternativa de uma eficiente prestação de serviços ao domicílio, de forma continuada.

Permitindo ao idoso viver… morrendo melhor!

Perante um cuidar humanizado muitos dos dilemas ético-morais que actualmente existem atenuar-se-iam.

Numa vivência dos princípios éticos a humanização desenvolve-se gradualmente.

[1] Enfermeira na Maternidade Júlio Dinis - Porto. Aluna do IV Mestrado em Bioética, FMU P.
[2] Enfermeira na Maternidade Júlio Dinis - Porto.
[3] Enfermeira na Maternidade Júlio Dinis - Porto.

Princípio da autonomia

Baseia-se no respeito pela autodeterminação do doente.

Princípios da beneficência e da não maleficência

Todas as intervenções e atitudes terapêuticas devem visar o fim único do bem para o doente.

Um aspecto que levanta muitas questões ético-morais é o denominado "duplo-efeito". Um caso muito divulgado é o da administração da morfina nos doentes terminais, para o alívio da dor. que pode encurtar a vida, sendo muitas vezes confundido erradamente com eutanásia uma vez que o objectivo não é matar, mas tratar a dor.

Princípio da justiça

Rentabilizar a utilização dos recursos disponíveis, adequando-os às reais necessidades dos doentes.

Para respeitar a dignidade da pessoa humana é fundamental basear os cuidados prestados numa verdadeira relação terapêutica, que só poderá ser estabelecida respeitando os princípios éticos já mencionados.

BIBLIOGRAFIA:

TWYCROSS, Robert; "cuidados paliativos"; Climepsi Editores; Lisboa; 2001; pp.22-25 OL

TÉCNICA E HUMANISMO - A IMPORTÂNCIA DE UM EQUILÍBRIO[1]

CARLOS ALMEIDA[2]

Aldous Huxley, na sua obra "Admirável Mundo Novo", previa uma difícil coabitação entre o progresso científico/tecnológico e o Homem: A técnica, poderosa e dominadora, virar-se-ia contra o "pequeno" e subserviente Ser Humano.

De facto, na actualidade, a relação do homem com o progresso científico tem sido, muitas vezes, encarada como um confronto entre adversários. Não falta, mesmo, quem aposte nos vários desfechos possíveis, que vão desde a proibição e fim de quaisquer desenvolvimentos científicos às previsões da derrota mais dramática do

homem que seria a perda da sua identidade, a sua humanidade, falando-se mesmo num "futuro pós-humano".[3] Augura-se, por isso, difícil a tarefa de conseguir a harmonia entre estes dois caminhos.

Esta dificuldade é particularmente visível no domínio dos "serviços de saúde". Talvez por estarmos diante a complexa realidade do Homem frente às suas debilidades provocadas pela doença; perante a impotência face ao sofrimento; perante a evidência da finitude, é, precisamente, neste âmbito, que o homem mais espera da ciência. Também, por isso, é aqui, que, muitas vezes, não se olha a meios para conseguir avanços, gerando-se os maiores desequilíbrios e criando-se as maiores utopias. Daí que, em muitas instituições de saúde, se observe, hoje, um progresso notável no que refere à investigação científica e ao desenvolvimento técnico, mas, porém, um grande deficit na relação humana[4]. Perante esta realidade, algumas questões se nos colocam: Será possível encontrar, no "mundo" da saúde, um equilíbrio entre a técnica e o humanismo, em que a primeira seja capaz de se desenvolver ao serviço do Homem e este não se deixe "cegar" ou dominar por ela? Será, ainda, possível o Homem, o profissional de saúde voltar a questionar-se constantemente sobre "o que devo fazer?" e também "como o devo fazer"?

1. Assim, é partindo destas questões que desenvolveremos esta reflexão, abordada nos seguintes capítulos:

    - Cuidados de saúde: do ideal humanista ao tecnicista
    - Da tecnicização à desumanização
    - Tecnicização/Humanismo: o equilíbrio necessário

---

[1] Resumo do trabalho elaborado no módulo "Vida e Saúde", leccionado pelo Prof. Walter Osswald, do III° Curso de Mestrado em Bioética da Faculdade de Filosofia de Braga.

[2] Docente da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

[3] Referência à obra de FUKUYAMA, Francis - O nosso futuro pós-humano, tradução de Victor Antunes, Lisboa: Editores Quetzal, 2002

[4] cf. PINTO, Feytor -" Humanização e Qualidade de Vida" in: Revista Servir; Vol.nº44 - nº 1 referente a janeiro/fevereiro, Lisboa: associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde; 1990, p.12

OS DOENTES TERMINAIS E A QUESTÃO DA MORTE

SOFIA BARROSO[1]

Todos temos consciência da nossa finitude, contudo, a morte continua, para alguns de nós, a ser um tema que provoca medo. Se por um lado tememos a nossa morte, por outro sofremos ao ver morrer quem nos rodeia, sentindo-nos muitas vezes impotentes e culpados por não conseguirmos enfrentar o fim inevitável.

A morte faz parte do quotidiano dos profissionais de saúde, que diariamente são confrontados com as doenças terminais dos seus pacientes e, por esse motivo, têm de lidar com este processo de morrer. Contudo existe o risco de nos centrarmos demasiado no sinal ou sintoma apresentado pelo paciente, esquecendo as questões da qualidade de vida e da humanização.

O doente deve ser encarado como pessoa e não como objecto de actuação do médico, passivo, submisso e silencioso. Deve ser promovido o repouso e a tranquilidade, evitando a submissão constante a exames e outras técnicas abusivas. Muitos destes doentes começam a sentir o isolamento e o afastamento da relação familiar, que por vezes é bem mais angustiante do que o medo da morte.

Toma-se então essencial reflectir um pouco nesta problemática e, promover a compreensão das necessidades do doente, dos seus desejos, medos e angústias, tantas vezes patentes nos seus olhares.

Será este o objectivo principal desta comunicação, debruçarmo-nos sobre esta temática reflectindo nas condições que os nossos serviços de saúde deveriam oferecer aos nossos pacientes para que estes possam "morrer em paz" e com dignidade, tendo assim oportunidade para realizarem os seus últimos desejos.

[1] Estagiária de Psicologia do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto

INOVAR EM SAÚDE ATRAVÉS DA HUMANIZAÇÃO

LUÍSA MARIA DOMINGUES[1],CRISTINA NUNES[2]

A evolução científica e tecnológica com que somos confrontados, associada ao envelhecimento da população e ao consumo exagerado de cuidados de saúde, deu lugar ao reconhecimento de que a saúde é um bem essencial. No entanto, constatamos que a qualidade assistencial nos hospitais e centros de saúde portugueses exibe flutuações importantes e índices de satisfação dos utentes distanciados do que seria desejável.

Ainda que tentadora, o esforço de controlar os custos com a prestação de cuidados de saúde, visando inverter a derrapagem das contas públicas neste sector de actividade, cedo se revelou pouco eficaz dado que, entre outros factores, a saúde reveste-se de uma dimensão mais qualitativa do que quantitativa.

Mais ainda, é perceptível aos olhos do cidadão comum que a obtenção sustentada de ganhos em saúde só pode ser observada após uma mudança substancial na filosofia da prestação dos cuidados de saúde, por forma a ser possível a obtenção de níveis de saúde populacionais equiparados aos países mais desenvolvidos. Desde logo, porque se assiste ao longo dos últimos anos a uma importante deriva tecnológica sobretudo a nível hospitalar.

O objectivo deste estudo é comprovar que é possível, mesmo desejável, apostar na inovação tecnológica, colocando uma ênfase especial na formação profissional e na criação das condições necessárias e suficientes para uma prestação mais conforme aos valores éticos que norteiam a medicina, a enfermagem e as outras profissões da saúde. Ou seja, através de uma verdadeira humanização da saúde.

[1] Licenciada em Cardiopneumologia e Aluna do III Mestrado em Bioética, FMUP.
[2] Coordenadora da Unidade de Ética Ambiental de Serviço de Bioética e Ética Médica da FMUP

A COMUNICAÇÃO COMO FACTOR DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

ESMERALDA PACHECO, PAULO GOMES, SIMONE GONÇALVES

A comunicação reveste-se de um papel primordial na relação que se estabelece entre as pessoas. É o acto de comunicar que nos possibilita a proximidade com os outros, criar empatias, partilhar informações e emoções. É um processo dinâmico, verbal ou não verbal, que nos possibilita estabelecer, manter e aumentar os contactos com os outros.

Na área da saúde, a comunicação desempenha um papel essencial na relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o utente e vice-versa, possibilitando, assim, um bom relacionamento entre ambos e melhorando a relação terapêutica existente.

É imperioso que se utilize um discurso claro e conciso, com frases curtas e concretas, um vocabulário acessível à pessoa em causa, tendo especial atenção ao sentido conotativo e denotativo das frases que se utilizam. A adequação do ritmo da informação a facultar e o sentido de oportunidade e relevância são factores a ter em atenção quando se comunica com o utente. Além de tudo aquilo que se diz é importante que se tenha particular atenção à postura que se assume, às expressões e gestos que se adoptam, bem como à entoação dada a cada frase proferida.

Na saúde, a comunicação assume um papel não só de diálogo, mas também de informação, influência, comodidade, identidade e relação, já que proporciona conhecimentos ao utente e família. Pode ser considerado um factor redutor das incertezas em momentos de stress, altura em que as pessoas se encontram em situação de vulnerabilidade.

Podemos, então, assumir que a comunicação adquire um enorme enquadramento na humanização dos cuidados de saúde. Face às alterações que se têm vindo a verificar nas últimas décadas, não podemos descurar a importância da comunicação na nossa prática diária, assumindo não só a capacidade de falar, como também a de saber escutar.

PRINCÍPIOS GERAIS DA ORGANIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE VOLUNTARIADO SOCIAL EM PORTUGAL

Luís ROSEIRA, CONSTANÇA PAÚL E INÁCIO MARTINEZ

Na sequência de várias iniciativas, nomeadamente promovidas pela Senhora Dona Maria José Ritta, como o colóquio "Voluntariado Social Que Futuro" (Lisboa, 1999), avançou-se na legislação sobre voluntariado (Resolução n.º 50/2000, DR 94/2000 SÉRIE II de 2000-04-20) tentando colmatar a falta de organização a nível nacional do movimento de voluntariado social. As iniciativas conheceram outro momento de vitalidade, durante as comemorações do Ano Internacional do Voluntariado em 2001 e a partir de então instalou-se a inércia e o voluntariado permanece desorganizado, disperso, sem representação significativa a nível nacional e internacional.

Apesar de constituir um fenómeno social incontestável, a taxa de Voluntariado Social em Portugal é baixa, comparativamente com outros países Europeus. Esta realidade convive com indicadores sociais e económicos também dos mais baixos da Comunidade Europeia, clamando por urna acção eficaz de Solidariedade Social que passa, entre outras coisas, por uma profunda reforma do Voluntariado Social.

O voluntariado social mantém-se no geral insuficientemente formado, face às exigências actuais do importante papel que exerce, nas mais diversas instituições de serviços à comunidade. O empenhamento de tantos é assim mais custoso e menos produtivo, e a vontade de muitos outros em se tomarem voluntários, contribuindo assim para uma sociedade mais solidária e humana, não é devidamente acarinhada e orientada. Passados vários anos sobre a criação de instrumentos legais para a promoção do Voluntariado Social em Portugal, tomou-se claro que o modelo actual é completamente inoperante e não se vislumbram iniciativas tendentes a modificar o rumo da situação. Provavelmente, o modelo governamental instituído é ele próprio o erro original de concepção e organização do que deve ser o Voluntariado Social, ou seja, um movimento essencialmente da sociedade civil.

Na sequência destas reflexões, pretendemos impulsionar de novo a sociedade civil no sentido de se construir uma nova forma organizativa que sem perda das obrigações que cabem ao Estado, acolha e dinamize as várias associações de voluntariado existentes e actuantes nas diversas áreas de intervenção social. Uma estrutura que possa representar adequadamente o movimento de voluntariado social Português na Comunidade Europeia e a nível mundial, beneficiando do intercâmbio de experiências e capitalizando a nossa posição privilegiada no vasto mundo de expressão portuguesa.

Nesse sentido defendemos:

1- A criação dum **Provedor do Voluntariado Social.**

2- A criação da **Provedoria para o Voluntariado Social** que deverá organizar-se por áreas de intervenção, por exemplo, voluntariado na saúde, voluntariado no apoio à infância, etc. tendo sempre por base as associações que apoiam as actividades nos vários sectores e funcionando, de forma descentralizada, de acordo com as valências que existam ou possam vir a ser criadas face à evolução dos problemas sociais.

3- A actualização permanente do **Estatuto do Voluntário,** realizada em parceria com os

Governos de forma a garantir os direitos, obrigações e a dignidade do voluntário.

4- A criação de um modelo de formação e actualização dos voluntários, que deve passar pela criação de **formadores** com conhecimentos e praticas básicas comuns e formação sectorial diversificada.

5- A criação de uma **bolsa de voluntários** em que todos os candidatos possam ser acolhidos, formados e encaminhados para as respectivas áreas de Voluntariado Social deficitárias e de interesse/ adequação dos candidatos.

6- A **internacionalização do movimento de Voluntariado Social Português,** de modo a garantir a transferência de conhecimentos e boas práticas, de que naturalmente necessitamos, para o desenvolvimento do Voluntariado Social em Portugal.

7- Sendo, como desejamos, que esta proposta de trabalho, assente na sociedade civil, não dispensa o Estado de garantir a sua participação que parte da legalização do modelo proposto por uma maioria de associações, bem como legislar propostas que contribuam para a sua viabilização e permanente actualização, promovendo o alargamento às demais áreas em descoberto e que a vitalidade deste movimento venha a integrar.

No sentido de concretizar estes objectivos e alargar a base de apo10 à iniciativa pretendemos avançar com os passos seguintes: (i) criar uma **Comissão Promotora do Voluntariado Social em Portugal** que inclua nomeadamente personalidades representativas das grandes

associações de voluntários, motivadas em implementar este projecto; (2) criar um **espaço na Internet** que permita a participação, o mais alargada possível, de todas as associações e voluntários Portugueses que desejem participar de forma a aumentar o mais possível a base de apoio e representatividade desta iniciativa, em prol do Voluntariado Social em Portugal.

A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA E HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS NO BLOCO OPERATÓRIO DO HOSPITAL EGAS MONIZ

MARIA EMÍLIA CARDOSO E ELVIRA MARIA FREITAS

INTRODUÇÃO

"Em termos de saúde pública, a prevenção das reacções adversas de natureza física e mental, resultantes do stresse causado pelos acontecimentos de vida, representa um passo importante na humanização e qualidade dos serviços de saúde portugueses. Neste contexto, é fundamental reforçar o profissional de saúde numa melhor compreensão das estratégias a seguir para uma intervenção positiva, gestora saudável do stresse do cidadão. Como poderá reagir o doente a uma informação clínica, a um exame específico e aos seus resultados? De que recursos dispõe o cidadão para lidar com o stresse? Como reforçá-lo na obtenção de uma condição de melhor saúde mental?" (Saboga, 1996-1998).

De vários estudos já publicados sobre a visita pré-operatória, todos concluem como sendo importante melhorando assim a qualidade dos cuidados de enfermagem, trazendo benefícios para o doente, família e profissionais de saúde.

PROBLEMÁTICA

Quando uma intervenção é programada, a pessoa organiza a sua vida pessoal familiar e profissional antes da hospitalização, o que a liberta de um bom número de preocupações. Por outro lado, se a intervenção é desejada pelo doente, com o objectivo de obter um aumento de bem-estar físico, social e psicológico, no momento das consultas precedentes à hospitalização pode haver a familiarização com o hospital, com o serviço onde irá ficar internado, com o cirurgião que o irá operar e com a equipa de enfermagem que o irá cuidar.

O doente pode também ficar ao corrente da sua situação, saber no que vai consistir a sua intervenção cirúrgica e limitações pós-operatórias que irá experimentar. Todos estes factores contribuem para reduzir o stresse face à operação, mas não o suprimem. Efectivamente, a entrada no hospital transtorna os hábitos, o ritmo diário, provocando, apesar da previsão da mudança, uma rotura com o quotidiano.

Contudo, apesar de toda a preparação que possa ter havido, as rotinas pré-operatórias (análises, radiografias, electrocardiogramas, etc.), tomam-se concretas e transformam a anterior representação abstracta em realidade palpável, e o stresse vai surgir através desta materialização.

Depois, surge o internamento e, mesmo que seja feito um bom internamento, vai instalar-se de forma abrupta a perda da sua identidade. É o despir das roupas, é o espólio dos seus valores (jóias, dinheiro), é a forma como poderá ser tratado, não sendo reconhecido pelo seu nome, mas sim por um número ou uma patologia. Rapidamente o doente perde a sua identidade.

Aparece então o stresse é como uma resposta estereotipada não específica do corpo a qualquer estímulo que é assimilada como uma ameaça à homeostasia emocional ou física.

O stresse no pré-operatório

Um elevado nível de stresse pré-operatório pode determinar o cancelamento de uma cirurgia há muito programada, pois tem muitas implicações fisiológicas e psicológicas nos períodos intra e pós-operatório.

Os doentes que se preparam para uma cirurgia, sabendo que esta pode ameaçar a sua vida, necessitam de tomar decisões que são geradoras de stresse.

Este stresse tem intensidade variável e vai revelar-se nos comportamentos, nas conversas e nas questões que nos são colocadas na VPO como por exemplo:

- O que me vão fazer?
- Quanto tempo vai demorar a operação?
- Irei acordar depois da anestesia?
- Quando é que me poderei levantar e andar?

Vários autores referem que a cirurgia é um momento de stresse para os doentes e família, muitas vezes expresso durante as visitas pré-operatórias.

"Dado que estamos numa relação dinâmica entropia-negantropia, a informação injectada num sistema incidirá nesta direcção. Promover-se-ão assim trocas de informação, estabelecer-se-ão processos de troca formal e informal de ajuda que garantirão uma integração promotora de saúde. Cabe por isso ao profissional de saúde actuar na promoção do máximo bem-estar em todas as vertentes da condição humana quando se interrogam sobre a comunicação clínica de doença. (Saboga 1998)

INFORMAÇÃO E RECUPERAÇÃO DE CIRURGIA

A informação fornecida ao utente /família durante a VPO também pode estar relacionada com a recuperação e resultados que se seguem à doença e à cirurgia. Partindo do princípio de que o stresse causado pela cirurgia pode estar relacionado com a posterior recuperação.

Jane Odgen (1999) refere alguns estudos que relacionam o medo intenso, moderado, mínimo ou nulo no pré-operatório. O medo intenso reflectia-se na preocupação, ansiedade e relatos de vulnerabilidade constantes; o medo moderado reflectia-se na orientação para a realidade, com o indivíduo a procurar informações sobre a cirurgia; pouco ou nenhum medo reflectia-se num estado de negação. Demonstrou-se que o medo moderado do pré-operatório (isto é, uma orientação para a realidade e uma procura de informação) estava relacionado com uma redução no sofrimento pós-operatório.

Segundo Janis, e mencionada por Odgen (1999) sugeriu que o medo moderado leva o indivíduo a desenvolver mecanismos de defesa, estratégias de coping ao procurar informações relevantes e a ensaiar possíveis resultados da cirurgia. Esta abordagem pode levar a um aumento da confiança nos resultados, tendo como reflexo uma diminuição do sofrimento pós-operatório.

Estando o stresse relacionado com a recuperação da cirurgia, então a informação pode ser um importante meio para o reduzir. Podem ser usados diferentes tipos de informação, para

ajudar na recuperação do indivíduo alvo de intervenção cirúrgica, incluindo:

1. Informação sensorial que pode ser utilizada para ajudar o indivíduo a lidar com as suas sensações ou reflectir sobre elas,
2. Informação sobre os procedimentos que permite que o indivíduo aprenda o modo como o processo ou a intervenção será realizado,
3. Informações acerca das competências de coping que podem ensinar as possíveis estratégias a utilizar.

Estudos relatam que as informações a doentes que iam ser hospitalizados e concluíram que a informação específica sobre o modo como podiam "sobreviver" na instituição, reduzia o nível de sofrimento e o tempo de permanência no hospital. Também se concluiu que a informação dada no pré-operatório, pode influenciar a recuperação e reduzir a ansiedade, os níveis de dor, o tempo de hospitalização e a ingestão de analgésicos. A informação dada no pré-operatório pode ajudar a reduzir a ansiedade, permitindo aos doentes ensaiar mentalmente as suas preocupações, medos e mudanças posteriores à operação, de forma que estas mudanças se tornem previsíveis. Estes resultados sugerem que a informação correctamente comunicada por um técnico de saúde pode ser um factor importante para reduzir o sofrimento resultante de uma hospitalização ou de uma intervenção hospitalar.

A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Vários estudos relatam a VPO como sendo uma intervenção de grande importância para o doente / família e equipa de saúde, concretamente na relação com os enfermeiros. A intervenção da enfermagem perioperatória, nomeadamente a visita pré-operatória, é o momento ideal para a preparação psicológica dos doentes, para a individualização dos cuidados e para a preparação psicológica para o pós-operatório.

A enfermagem perioperatória envolve três fases:

- Pré-operatória - antes da cirurgia
- Intra-operatória - durante a cirurgia
- Pós-operatória - após a cirurgia

Um dos objectivos da relação de ajuda é diminuir o medo e ansiedade, em relação à doença, e neste caso, também em relação à cirurgia.

No HEM a VPO foi implementada em 2000-2001, e é realizada de modo sistemático, diariamente, na véspera de uma cirurgia programada. Desde essa altura, que se tem verificado vantagens nesta actividade, porque o doente parece mais calmo, tem conhecimento de todas as etapas, e recupera mais rapidamente. É distribuído um folheto com várias informações ***"guia de orientação ao utente cirúrgico"*** (em anexo) para o doente e família, sobre os procedimentos da véspera, dia e pós-operatório imediato. Se o doente e família quiserem ou o desejarem podem ver um álbum fotográfico sobre o bloco operatório e todos os locais por onde o doente irá passar.

A RELAÇÃO DE AJUDA

Na relação de ajuda, é importante que o enfermeiro tenha sempre presente que o doente, família / pessoa significativa, têm a sua própria forma de reagir à situação. Saber ouvir e saber pôr as questões certas, são atitudes determinantes nos cuidados de enfermagem ao doente/família.

Apesar da vertente técnica ser fundamental nos cuidados de enfermagem, a vertente relacional deve assumir o papel principal. É através da relação que o enfermeiro se apercebe dos problemas e angústias do doente / família e, que estes se apercebem que têm alguém, o enfermeiro, que os escuta, compreende e aceita incondicionalmente e, que está junto deles para ajudar a lidar, e enfrentar a situação.

As metas da enfermagem pré-operatória são a redução da ansiedade do paciente e sua preparação para a cirurgia. Os receios que contribuem para a ansiedade do doente no período pré-operatório são o medo do desconhecido, da morte, da anestesia e da alteração da sua imagem corporal. O facto de ter alguém disponível para ouvir e responder a dúvidas reduz a ansiedade do doente e deverão ser sempre individualizados. Geralmente, a educação do doente no pré-operatório inclui a atenção do seu papel como doente, explicar que estará sempre acompanhado, que lhe serão administrados analgésicos sempre que necessário no pós-operatório, e essencialmente, o saber escutar o doente.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção da saúde segundo a Carta Ottawa "É o processo que visa criar condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos em que se inserem e agir sobre os factores que a influenciam"(I 986).

A perda de identidade e privacidade que um doente sente ao entrar num hospital, e toda a aceitação inerente ao "papel de doente", assim como de submissão, é o que nos faz questionar desde sempre. É principalmente por causa desta constatação que a VPO teve como principal preocupação o doente como centro dos cuidados, mas respeitando todo os laços familiares. Contribuindo também para satisfação dos intervenientes.

A VPO, vai ao encontro das estratégias da carta de Ottawa, concretamente "Reorientar os serviços de saúde e desenvolver as competências pessoais". Esta última contribui para o empowerment através da prevenção e do bem-estar, nesta perspectiva este projecto é visto ao nível da prevenção, ou seja, no contínuo funcionalidade-disfuncionalidade, esta intervenção preventiva enfatiza o empoderamento, ainda num estádio de saúde e bem-estar, antes da doença ser instalada.

O empoderamento sob esta perspectiva, e a VPO favorece um conceito de vida para uma boa saúde mental dos intervenientes.

Comportamentos relacionados com a saúde.

Kasl e Cobb (1996) e referido por Ogden (1999), definiram três tipos de comportamentos relacionados com a saúde. Sugeriram que:

- Um comportamento de saúde é um comportamento cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença;

- Um comportamento de doença é um comportamento cujo objectivo é encontrar um tratamento (por exemplo, procurar um médico);
- Um comportamento de doente é uma actividade que tem como objectivo ficar saudável (por exemplo, tomar uma medicação prescrita pelo médico, descansar).

Os comportamentos de saúde foram, posteriormente, definidos por Matarazzo (1984), em termos de:

- Hábitos prejudiciais para a saúde, que denominou "comportamentos patogénicos como por exemplo fumar
- Comportamentos de protecção da saúde, que definiu como "comportamentos imunogénicos" como por exemplo fazer um check-up

Em resumo, Matarazzo fez a distinção entre os comportamentos que têm um efeito negativo "comportamentos patogénicos ", e aqueles que podem ter um efeito positivo "os comportamentos imunogénicos", tais **como procurar informação relacionada com a saúde.**

Segundo Odgen, os comportamentos de saúde são geralmente encarados como comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo.

Leventhal e Col. (1985) e mencionado por Odgen descreveram um certo número de factores, que acreditavam permitir predizer os comportamentos de saúde:

- Factores sociais como a aprendizagem, o reforço, a modelagem e as normas sociais;
- Genética, que sugere possíveis provas de uma base genética ligada ao consumo de álcool;
- Factores emocionais como **ansiedade, stresse, tensão e medo;**
- Sintomas percebidos, como dor, falta de ar e fadiga;
- As crenças do doente;
- As crenças dos profissionais de saúde.

Leventhal e Col (1985) sugeriram que uma combinação destes factores poderia ser utilizada para predizer e promover os comportamentos ligados à saúde.

De facto, a maioria das investigações que teve como objectivo predizer os comportamentos de saúde incluem a teoria da atribuição, o locus de controlo da saúde, o optimismo irrealista e o modelo transteórico de mudança dos comportamentos. Mencionado por Odgen (1999).

Na década de 70, Albert Bandura, citado por Ogden (2004), desenvolveu a Teoria da Cognição Social, como integração e sequência de muitos estudos que desenvolveram diversas teorias com ênfase nas crenças em saúde (percepções individuais sobre a susceptibilidade à doença, a gravidade da doença, os custos e benefícios envolvidos na realização de um comportamento , as pistas internas ou externas para a acção, o locus de controlo interno ou externo, entre outras) como importantes preditoras dos comportamentos em saúde.

Rotter (1975), na sua referência ao Locus de controlo interno e Locus de controlo externo,

defende que o indivíduo eficaz é aquele que percepciona o seu comportamento como sendo influenciado por si e não por factores externos. Já Bandura (1977) indica que os indivíduos com boas expectativas de eficácia têm crenças de que são capazes de realizar com êxito o comportamento requerido e consequentemente obter resultados com sucesso.

BIBLIOGRAFIA

COLLIERE, Marie Françoise - **«Promover a vida»,** Lidei: Edições técnicas, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CHAUCHARD, Paul - **"O Acolhimento",** Edições Paulistas, s.d. Biblioteca Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende 6/ 12/ 1977.

HESBEEN, Walter - **Cuidar no Hospital:** Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar. 1ª edição Lusociência, 1997

FÉLIX, Mª do Carmo e Outros - **Acolhimento do utente nas unidades de adulto** do

C.H.I., "Nursing", Lisboa, nº 72, janeiro, 1994, p. 9-16.

LEITÃO, João Manuel - **Contributo da relação enfermeiro / utente no comportamento do doente cirúrgico, "** Nursing", Lisboa, nº 58, novembro, 1992, p.6-17.

OGDEN, J. - **Psicologia da saúde.** 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2004.

RIBAS, Angela e Outros - Relacion de ayuda en los cuidados enfermeros, "ROL," Nº 190, junho, 1994, p.67-71.

SABOGA NUNES, L. A. - Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 16:4 (1998) 25-30.

SANTOS, Peixoto e Outros - "Enfermagem Agora - Visita pré-operatória de enfermagem", Enfermagem (12), (2ª série) outubro/dezembro 1998, pp. 29-34.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) - Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Copenhagen: World Health Organization.

QUANDO JÁ NÃO HÁ CURA, MAS AINDA HÁ VIDA: A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS NOS DOENTES COM ELA

EVA CONCEIÇÃO[1]

A presente comunicação pretende promover uma reflexão sobre a realidade contemporânea, marcada pelo desenvolvimento tecnológico dos cuidados de saúde, na qual questionamos outras alternativas de intervenção como seja a intervenção psicológica. Quando a cura não é possível, as novas tecnologias aplicadas na manutenção da vida têm vindo a gerar conflitos de valores relativos ao sentido da própria vida, o que, frequentemente, culmina na ameaça à integridade psicológica, pioria da qualidade de vida e dificuldade na adesão às prescrições terapêuticas.

Partindo de um contexto clínico específico (a doença Esclerose Lateral Amiotrófica - ELA) e fazendo uma avaliação do impacto desta doença crónica na qualidade de vida da pessoa, concluí-se que as reacções psicológicas que surgem predominantemente associadas são a depressão, sentimentos de perda de controlo, medo, frustração, isolamento e ansiedade. Aliás, diversos autores colocam em evidência os factores psicológicos como variáveis que desempenham, na avaliação subjectiva da qualidade de vida, um papel mais saliente do que os factores físicos.

Ora, sendo Saúde (definição OMS) definida como "um bem-estar físico, psíquico e social", parece claro que, com vista à promoção da Humanização dos cuidados de saúde, surge a necessidade de um tratamento que valorize e respeite a pessoa humana em todas as suas dimensões. Uma vez que o estado psicológico assume um importante papel na avaliação da qualidade de vida, a intervenção a este nível aparece como uma necessidade fundamental no sentido em que visa promover uma melhor qualidade de vida no paciente com ELA e consequentemente melhorar os seus índices de Saúde.

Para além do mais, e partilhando da opinião de diferentes autores, deste tipo de intervenção resultará, numa análise de custo-benefício, um balanço positivo, não só pelas consequências favoráveis previsíveis para o doente, mas também pelo seu impacto na recorrência aos serviços de saúde.

[1] Estagiária de Psicologia do Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João.

A BIOÉTICA NAS ESCOLAS

MIRIAM GONZAGA[1], RUI NUNES[2]

Os indivíduos, para funcionarem como sociedade organizada necessitam de uma construção valorativa que encerra em si mesma o paradigma da dualidade da pessoa humana contido na tradição judaico-cristã do bem e do mal. Os valores nascem assim da conversação social e da partilha de análises éticas individuais.

Os valores nasceram e cresceram na sociedade, sendo centrais na sua estruturação e evolução pelo que nunca podem ser totais e absolutos. São no fundo atribuições de sentimentos específicos a emoções ou são fruto de uma racionalização consciente de origem intelectual.

Quando procuramos na ética a metodologia de acção para educar para os valores e para uma sexualidade responsável, e sendo que a ética é relação, nenhuma ligação mais intrínseca poderia ser conseguida.

De acordo com esta perspectiva o projecto "A Bioética na Educação para os Valores e para uma Sexualidade Responsável" que se baseia numa componente educativa e formativa, e tem como objectivo final a consciencialização dos jovens sobre a sua construção enquanto pessoa, com vista à determinação do seu lugar na sociedade.

Procuramos então a promoção dos valores humanistas, o desenvolvimento de capacidades de comunicação e de um pensamento crítico essencial para o desenvolvimento dos jovens, visando o exercício de uma autonomia responsável, criando as condições para a concretização de escolhas informadas ao nível da auto- determinação sexual em particular, bem como de comportamentos saudáveis em geral.

[1] Licenciada em Ciências da Educação. Estudante do V Mestrado em Bioética, FMUP.
[2] Director do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

A PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS COMO FACTOR DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

CATARINA CANÁRIO[1]

As mais recentes concepções sobre o processo de humanização dos serviços de saúde apontam no sentido de que as qualidades dos serviços de saúde dependem da incorporação de uma atitude ética de respeito face às necessidades dos utentes e dos profissionais de saúde.

Na qualidade desses mesmos serviços pressupõem-se factores básicos como as infra-estruturas de saúde, as tecnologias utilizadas e a competências dos profissionais de saúde envolvidos no processo, mas o impacto em termos da qualidade dos serviços prestados depende fortemente da existência de relações humanas entre os profissionais e os utentes dos serviços de saúde.

Contudo, não parece justo afirmar que o decurso da humanização de saúde passe pela implementação de critérios exclusivamente nos serviços de saúde, nomeadamente face aos profissionais. Parece-nos de todo pertinente que o processo de promoção da saúde, alicerçado no sistema de educação para a saúde, desenvolvido em escolas, centros de saúde e unidades hospitalares, seja um elemento fundamental no processo de humanização de saúde. Esta pertinência assume-se pelo facto de a promoção de comportamentos saudáveis, objectivo da educação para a saúde, contribuir para a diminuição das iniquidades no conhecimento da saúde e, por outro lado, minimizar o impacto da assimetria estabelecida no âmbito da relação entre o profissional de saúde e o utente que a ele recorre.

[1] Psicóloga, Aluna do V Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ESTRABISMO E EMOCIONALIDADE: NA PROCURA DE FACTORES PSICOGÉNEOS DO ESTRABISMO

ANA SEARA CARDOSO[1], MIGUEL RICOU[1], JOÃO SALGADO[2]

A etiologia de determinados tipos de estrabismo está longe de ser bem compreendida. Contudo, verifica-se a percepção por parte de médicos oftalmologistas que factores emocionais poderão estar na base desta patologia. Até à década de 80 foram realizados vários estudos que apoiam esta hipótese, influenciados pela corrente psicodinârnica dominante na altura. Os diferentes estudos e teses, apesar de não apresentarem uma comprovação empírica consistente, descrevem vários casos de estrabismo surgidos após momentos de grande tensão emocional e casos de estrabismo tratados com sucesso através de psicoterapia. Apontam ainda para determinadas características próprias do funcionamento das crianças estrábicas, nomeadamente baixo limiar à frustração, maior tensão emocional e maior irritabilidade.

Por outro lado, são bem conhecidos os efeitos psicossociais negativos que o estrabismo tem tanto nas crianças como nos adolescentes e adultos, o que torna ainda mais evidente a urgência do desenvolvimento de métodos que contribuam para a eficácia do seu tratamento.

Nas últimas décadas, os estudos levados a cabo nas áreas do temperamento e do desenvolvimento infantil trouxeram novas contribuições para a compreensão da emocionalidade, nomeadamente através dos conceitos de reactividade e auto-regulação emocional, que poderão discernir mais facilmente as ligações entre o funcionamento emocional e problemas de ordem física. Quando uma pessoa carece de recursos interiores ou do meio para lidar com a activação emocional, o estado emocional e o comportamento podem tornar-se perturbados.

Deste modo, toma-se essencial conhecer o melhor possível as etiologias desta perturbação no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Este é um imperativo ético essencial no contexto da humanização dos cuidados de saúde: a promoção da compreensão da pessoa humana.

[1] Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
[2] Instituto Superior da Maia

QUALIDADE DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE NA ADESÃO TERAPÊUTICA

ISA SILVA[1]

Pela sua importância na saúde do indivíduo, especialmente quando esta se encontra ameaçada, a adesão terapêutica tem merecido uma grande atenção por parte de toda a comunidade científica, nomeadamente daqueles que sentem mais de perto a problemática inerente à não adesão, como médicos, enfermeiros e psicólogos e outros técnicos de saúde.

A promoção da participação do doente no seu tratamento implica um papel activo deste no planeamento e implementação do plano terapêutico, no qual a própria satisfação do indivíduo é vista como uma medida indirecta do seu resultado de saúde. Em contrapartida, sentimentos como a indiferença, a passividade e a recusa, reflectem-se numa perda de oportunidades de saúde relacionadas com o prolongamento do sofrimento do doente assim como um desperdício potencial dos recursos.

Deste modo a adesão terapêutica é vista como uma componente multimodal determinada por uma série de factores psicológicos e sociais, nos quais a interacção que o doente estabelece com o técnico que o acompanha se assume como fundamental. As características da comunicação profissional de saúde/doente, a forma e o sentido que esta adquire, as crenças e atitudes perante o tratamento a instituir, a relação específica que é estabelecida entre ambos, bem como o treino de competências básicas de atendimento e de escuta activa, são os temas centrais sobre os quais nos centraremos nesta comunicação.

[1] Estagiária de Psicologia do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto

NO LIMIAR DOS LIMITES: O QUE MANTÉM O DOENTE MENTAL DE HOMEM ÉTICO

ANTÓNIO MIRANDA[1]

Se assumirmos que o Homem é um animal ético, porque comporta emoções, sensações e pensamentos, e como tal decisões, sem dúvida que o que se segue pode ser obliterado, porque desnecessário. No entanto, porque tratando- se de viver uma vida de limites, muitas vezes no limiar dos limites, onde dos recantos da mente saltam emoções que nos suscitam inquietações, em que as decisões tem de ser o mais conscientes possíveis, ponderadas , logo racionais (não racionalizadas) teremos de levar esta análise ao extremo, transportando-o para o sujeito doente mental, pois, ser ético implica não só tomar decisões, como fazê-las conscientemente , logo ao nível da cultura simbólica, o que implica criar objectos na cultura exterior simbólica, portadores de cultura, logo de valores.

O sujeito moral é aquele que age com consciência moral, com responsabilidade, sabedoria e prudência. A consciência moral ajuíza no concreto, ponderando o dever e a norma; assim, depende e é condicionada pelo ambiente.

Esta análise é condicionada pelo facto de ser o que sou, viver como e onde vivo, pelo que existe numa subjectividade latente aos olhos dos outros que se manifesta numa realidade concreta vivida por mim. Esta relatividade da realização da realidade torna-se subjectiva quando ponderada por outros olhos que não os meus, o que valida a existência de valores diferentes dos meus e a forma de manifestação de agires diferentes. Se destituídos das nossas consciências morais damos apenas voz ao instinto animal, da luta pela sobrevivência, vivendo apenas de meros agir de homem.

Podemos dizer que o doente mental vive numa esfera de um relativismo ético- normativo em que a *inexistência de normas morais reguladoras do comportamento ou a impossibilidade de formular juízos morais objectivos, absolutos e universalmente válidos para se traduzirem em normas que devam ser seguidas, na actuação de todas as acções similares, em qualquer época histórica e em qualquer área geográfica* (Privitera, 2001: 974), o que impede de se inserir na sociedade, com a sua moral, as suas normas, os seus valores, levando à estigmatização e marginalização social.

Estes doentes vão perdendo, com evolução e a duração da estadia e do tratamento, laços que os prendem às famílias ou às pessoas próximas, e estabelecem *fortes laços* com pessoas estranhas que, em regime institucional, *cuidam deles.* Mas se esta desvinculação familiar, independentemente do tipo de laço anteriormente criado, é envolta em crise, não o será menor o ingresso num ambiente estranho e a vinculação ao estranho, porque num universo de valores totalmente diferente, funcionará sempre como um estranho moral vinculado a estranhos morais. Esta disfunção moral, para lá da *décalage* da doença, funciona como um estigma em que *os comportamentos de vinculação, desvinculação e autonomia poderão ser modelos (estados comportamentais) aparentemente repetidos ao longo da vida de cada pessoa ," serão porventura modelados por e com outros modelos familiares , através de auto/deutero aprendizagem* (Batenson, 1982) *e desempenharão uma função biopsicossocial básica tendo em vista uma adequada reacção e adaptação às mudanças internas e externas*

[1] Aluno do V Mestrado em Bioética, FMUP.

(Fernandes, 1998: 18 e 19).

Face a esta estrutura rígida e monolítica, em que se nega o estatuto de pessoa, que eticidade é conferida a este tipo de doentes?

Se a condição humana *é ser sujeito (sub-jecto) a algo que está para além de si, que a transcende,* então o seu resultado é o sofrimento, porque o Homem não se conforma e recusa qualquer posição de inferioridade (Lopes, 1993: 103).

Mas a valorização sendo por nós elaborada também serve de justificação à nossa aproximação ou afastamento. (...) Sendo a valorização relativa é sentido como irresponsabilidade de abarcar o valor total do Outro, ou seja, de o descobrir, de o revelar (Lopes, 1993: 156).

Mas o que é o valor? *Na sua raiz está a ideia de bem, de força, ou de protecção.* Assim, o valor é válido como um bem valioso, algo que tem força e protege (Lopes, 1993: 156).

Então, o Outro tem valor quando se torna valioso para nós, o que surge uma relação. *Valorar é dar significado à descoberta do Outro dentro do horizonte de intencionalidade da consciência comprometida (...) O valor de cada um é dado pelo que é, não pelo que tem (...). Quem valora reflecte o valor da sua própria existência. Questiona-se a si próprio perante o assim do Outro.*

O valor individual representa-se como o valor próprio dos seres livres agindo livremente; quando falta a liberdade, deixa de haver moralidade. A moralidade é irrecusável, categórica (kantiana), em que sendo *incondicional ou absoluto, o valor moral apresenta-se como superior nos demais valores com que o homem se encontra, preferível a qualquer deles, não sacrificável perante nenhum.* No entanto, o homem encontra-se vinculado na sua liberdade: *deve* querer, *livremente,* o bem e rejeitar o mal, porque só assim conseguirá atingir a felicidade, em si, no e com o Outro, pois, *a verdadeira autonomia de que goza é uma autonomia fundada, recebida, devida a Outrem a quem o homem se deve.* Assim, para o homem ser bom, fazendo o bem, face a uma diversidade *de opiniões deve* proceder de modo *autenticamente humano,* reconhecendo-se como pessoa ao ser reconhecido como tal. Existe assim, uma espécie de *lei moral natural* e quem não procede como tal não será reconhecido como moralmente aceite, logo com um *modus operandi* tipicamente humano, contrariamente àqueles que não tendo estes predicado s suportam apenas um agir de homem, *sendo por isso reprovados e condenados os procedimentos que se consideram desumanos, anti- humanos* (Cabral, 2003: 79 e 80).

Assim, resta-nos concluir que embora o agir humano (característica do homem ético) é assumido exclusivamente na cultura simbólica de natureza cortical, o que implica o pensamento racional, reflexivo , moral e emocional, ele não deixa de ser pessoa, porque ontologicamente é um ser humano e como tal digno de respeito, apesar de eventualmente poder não ter a competência para expressar a sua autonomia na esfera da decisão (caso dos doentes mentais profundos), pelo que a eticidade acaba por ter somenos importância face à sua importância ontológica humana. A emoção poderá ter importância capital bloqueando os processos de ponderação ética, podendo apenas viver na cultura mimética (porventura inferior ainda?), em que o si tem pouca ou nenhuma consciência, mas cabe ao profissional zelar por respeitar e fazer respeitar a sua dignidade ontológica e permitir que possa a vir desempenhar a autonomia dentro das suas potencialidades, nas várias esferas e dimensões do seu ser.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, J.L. Pio - Como tornar-se um Doente Mental. l l3 ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. (Psicologia Clínica e Psiquiatria). ISBN: 972-8535-75-9.

BATESON, G. - Natureza e Espírito. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1987. BERNARDO, O. P. -Bioética e Saúde. 2ª ed. Porto: l 998.

CABRAL, S. J. Roque - Temas de Ética. 1ª ed. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, 2003. (Pensamento Filosófico, 20). ISBN: 972-697-156-X.

CORDEIRO, J. Dias - A Saúde Mental e a Vida: Pessoas e Populações em Risco Psiquiátrico. 3ª ed. Lisboa: Edições Salamandra, 1994. (Colecção Alter Ego,2). ISBN: 972-689-097-7.

DAMÁSIO, António R. et al. - Unity of Knowledge: The Convergence of Natural and Human Science. New York: The New York Academy of Sciences, 2001. (Annals of The New York Academy of Sciences, 935). ISBN: 1-57331-310-6 (Cloth). ISBN: 1- 57331-311-4 (Paper). ISSN: 0077-8923.

DAMÁSIO, António R. - O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência. 14ª ed. Mem Martins: Publicações Europa-América, 2003. (Fórum da Ciência, 50).

DUPLÁ, Leonardo Rodríguez - Ética. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2001. ISBN: 84-7914-595-1.

FERNANDES, Victor - Comportamentos e Vinculação-Separação-Autonomia e Ciclo de Vida na Família: Contribuição para uma releitura da psicopatologia e da psicoterapia à luz da Teoria da Vinculação. *In:* Psiquiatria e Saúde Mental (1 e 2). Coimbra: Hospital de Sobral Cid, 1999.

FREITAS, Manuel - O Homem no confronto entre Fé e Ética. *In:* Fé e Ética. Porto: Centro de Estudos de Bio-Ética, 1992. (Temas de Bioética, 2)

HABIB, Michel - Bases Neurológicas dos Comportamentos. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2000. ISBN: 972-8449-59-3.

HERRERA, Filipe et al. - Aprender a Ser. 3ª ed. Lisboa: Livraria Bertrand, 1981.

KELLY, Lucie Young; JOEL, Lucille A. - **Dimensions of Profissional Nursing.** 8ª ed. New York: McGraw-Hill, 1999. ISBN: 0-07-034440-X.

LAPASSADE, Georges - **L'entré dans la vie.** Paris: Les Editions de Minuit, 1963. LIMA, António Carneiro Torres - **Bioética e Antropologia.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda. e Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto, 2004. (Colectânea Bioética Hoje, VIII). ISBN: 972-603-323-3.

LOPES, Guimarães - **Curso de Psicopatologia.** 1ª ed. Porto: Hospital do Conde de Ferreira, 1985.

LOPES, Guimarães - **Clínica Psicopedagógica: Perspectiva Antropológica Fenomológica e Existencial.** 1ª ed. Porto: Hospital do Conde de Ferreira, 1993.

MARTÍNEZ, Mª Carmem -**Ética Psiquiátrica.** Madrid: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2002. ISBN: 84-8468-061-4.

MIRANDA, António José de Almeida - **No Limiar dos Limites: O que mantém o doente mental de homem ético.** Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2005.

NUNES, Rui et al. - **Dependências Individuais e Valores Sociais.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda. e Associação Portuguesa de Bioética e Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2004. (Bioética Hoje, VII). ISBN: 972-603-307-1.

PRIVITERA, Salvatore - **Relativismo** *In:* **Dicionário de Bioética.** Porto: Editorial Perpétuo Socorro, 2001.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque - **Ética em Enfermagem.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001. (Enfermagem, 4). ISBN: 972-8717-07-5.

RICOU, Miguel - **Ética em Saúde** Mental. *In:* **Ética em Cuidados de Saúde.** Porto: Porto Editora, Lda., 2001. ISBN: 972-0-06033-6.

RICOU, Miguel - **Ética e Psicologia: uma prática integrada.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda., 2004. ISBN: 972-603-311-X.

SERRÃO, Daniel - O Homem no confronto entre Fé e Ética. *In:* **Fé e Ética.** Porto: Centro de Estudos de Bioética, 1992. (Temas de Bioética, 2)

SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui - **Ética em Cuidados de Saúde.** Porto: Porto Editora, Lda., 2001. ISBN: 972-0-06033-6.

TABORDA, Mário et al. - **Ética Psiquiátrica.** s.l: Colégio da Ordem dos Médicos, 1992.

A PESSOA EM SI

ANTÓNIO MIRANDA[1]

A ética estuda a dimensão moral da existência humana, o bem e o mal. Fazer aquilo que é correcto é não só fazer o que é melhor (como superlativo de bom), como cumprir com os seus deveres (kantiano) perante a sociedade/outros. Assim, só as acções boas podem ser correctas, porque conduzem à vida boa, bem como só os desejos bons norteariam as boas acções. Por outro lado, actos de homem são aqueles que decorrem naturalmente (são atributos) enquanto que os actos humanos são livres e racionais (têm valor porque têm uma dimensão moral, porque entram na esfera da decisão/deliberação/ponderação). Um acto só é deliberado (racional e livre) quando o sujeito sabe o que faz. Se um acto não é deliberado, logo o sujeito não sabe o que faz, logo não é livre, logo não passa de agir de homem, o mesmo é dizer que não teve um agir humano. Deste agir humano ficam excluídos os actos não deliberados, como os movimentos reflexos; rotinas e mecanismos, instintos e pulsões. Por vezes, o agir humano está precedido da vontade, ou seja, é premeditado, o que importa calcular as probabilidades e o querer a sua realização, o mesmo é dizer, a autodeterminação e a existência de um motivo. Este motivo, resulta de um querer, de um desejo que pode ser objectivo (por residir no pólo objectivo da relação intencional que a deliberação estabelece entre o sujeito e o fim possível da vontade) ou subjectivo (em que a conduta é motivada pela atitude interior, ou qualidades permanentes do carácter ou do estado anímico em que o sujeito se encontra). No caso dos impulsos do desejo, sendo simples prolongamentos naturais do desejo prévio, pelo que não têm valor em si mesmo. Uma acção só tem valor se é voluntária (Duplá: 2001: 5, 29 a 39).

O ético procura a unidade face à multiplicidade sensível e intelectual. Face ao imediato estético o ético é mediação. Face à diferença estética, reconcilia. A sua opção não está entre o Bem e o Mal, mas entre a recusa ou a aceitação de unipolarização. Dois caminhos se abrem à sua frente:

- *ou recusar a escolher e seguir indiferente*
- *ou aceitar o Bem e o Mal e diferenciar-se na afirmação de si.*

É esta precisamente o que constitui a unidade ética: a afirmação de si decorrente da escolha de si presente a alternativa posta em qualquer situação vivida.

O *ético centra-se em si. As normas de vida do existente, (individuais e concretas) são irredutíveis às normas sociais (genéricas e abstractas) ou a qualquer sistema de pensar a existência. (...), mas o ético é frágil. A sua fragilidade advém da discrepância entre a imposição do eu devo e a garantia da sua realização* (Lopes, 1993: 88).

Já São Tomás de Aquino, no início da década de 1250, dizia que *o ser tem duas*

[1] Aluno do V Mestrado em Bioética, FMUP.

determinações primárias e imediatas: em acto, quando tem actualmente a existência que lhe corresponde, · em potência, quando existe nas causas eficientes com capacidade de lhe dar a existência actual. Só Deus é acto puro; todos os demais seres chegam a acto depois de terem existido em potência.

Já Kant entende a pessoa numa perspectiva de *liberdade de um ser racional sob leis morais dadas pelo racional a si próprio,* (...) em que o homem *é o sujeito moral (...) graças à autonomia da sua liberdade,* e por isso, *o que é próprio de todo o fim em si, de toda a pessoa, é respeitar os outros fins em si* (Diaz, 1997: 285-286)

Já Levinas refere que *ser é ser-com-outro, e não apenas ser coexistindo, isso exige dar resposta, isto é, enfrentar a relação com o outro, que por ser outro é pergunta, outro que, portanto, também eu próprio sou para mim mesmo, enquanto também me torno pergunta para mim.* Assim, pessoa é reconhecer no outro um interlocutor, que me interroga e me interpela, e, ao qual eu respondo, e ao qual eu reconheço os seus direitos através dos meus deveres (Diaz, 1997: 287-288).

Podemos dizer que é intuitivo que *sentimos, diante de qualquer ser humano, estar perante algo sagrado como diz Cícero, ou profundo, no dizer de Agostinho,* porque, *reconhecemos a dignidade do outro porque nele vemos um outro eu, alter ego* (Cabral, 2003: 280).

Parece deste modo, ao reconhecer no outro o estatuto de pessoa, *a voz de Deus,* mas que no fundo ao ser invocada lhes surge a própria, *a voz da consciência,* dita ao indivíduo o caminho do que é bom e que desperta a necessidade de proteger as fraquezas do seu interlocutor , porque para além do dever (kantiano) lhe surge algo que brota de si, que não reconhece, mas em que *Deus é a voz de si próprio .* Porém, a voz da consciência não é apenas uma voz interior, individual, mas sim a voz das consciências, diria mesmo uma voz *conssocial. Posto isto, a verdadeira voz, não seria o eco autista e solipsista em que Narciso julgava ouvir-se a si próprio e só a si próprio, mas também a repercussão e a ressonância da minha voz no outro que ma devolve como minha sendo sua, e reciprocamente* (Diaz, 1997: 313-314).

Mas, como nasceu a Pessoa (em Si)?

No princípio o ser era logos que se fez corpo-vivo (carne) na tradução clássica do texto joanino. A corporalidade é o remanescente em mim do logos incarnado (Lopes, 1993: 77).

O nosso princípio ôntico reside na corporalidade que (...) por sua vez *nasce da idealidade e estrutura-se como meu corpo. Ela conserva o real, não o nega.* (...) *Enquanto o corpo se pode tornar objectivo (o corpo que tenho) a corporalidade faz parte da subjectividade (corpo que sou)* (Lopes, 1993: 77 e 78).

Na corporalidade apropriamos o que sensoriamos, o que sentimos, o que simbolizamos, (...) enquanto subjectividade é o pressuposto, ante-predicativo, na globalidade unitária de vivências e acontecimentos, de simbolizações e comportamentos, pela antecipação do acontecer corpóreo-mundano (Lopes, 1993: 78).

Assim, o *Eu* tem um corpo, uma dimensão física que ultrapassa a esfera transcendental da existência. A constatação da existência do *Eu* consolida a noção básica de *Pessoa* e pressupõe a existência do estatuto de *Pessoa* no *Outro,* pois, também ele tem o seu *Eu.* No entanto, se a existência de um corpo limita a existência do Eu (pelo menos fisicamente), a existência de vários Eus (nos *Outros)* parece dar significado ao contexto de valorização da *Pessoa,* não tanto em cada *Eu,* mas ao reconhecer no *Outro* esse predicado. Assim, a importância do ser *Pessoa,* surge não como reconhecer-me a *Mim* como tal, mas acima de tudo o ser reconhecida pelo *Outro,* a do *ser isso,* que acaba por ser mais do que a soma das partes constituintes do ser (psíquica, corpórea, intelectual, etérea).

Todavia, o indivíduo particular é um ser eminentemente concreto e, na sua existência limitada no tempo e no espaço, concilia dialecticamente os dois aspectos da vida humana. É através da finitude da existência do *Outro* que toma consciência da sua fragilidade. *Encontrar os outros é, fundamentalmente, partilhar alguma coisa com eles* (Abreu, 2002: 118).

Outoridade é a constitucionalidade própria do outro não simples carta de alforria por nós consentida ou tolerado. (...) *Só se comunica quando há algo de comum entre mim e o Outro* (Lopes, 1993: 86).

A forma superior do Encontro não acontece sem inicialmente haver colisão de ideias, choque de sentimentos. O Outro sendo obstáculo à minha circulação libertária detém- me. Abala a confiança no meu poder. Faz-me reflectir. E este reflexo de mim próprio através do Outro leva-me a considerá-lo como o meu espelho e eu o dele. Após o choque, cada um dos intervenientes poderá seguir, mais ou menos lesionado, o seu caminho ou então tentar conciliar atitudes, ideias ou sentimentos. O acto conciliatório só é possível pela mudança de perspectiva, isto é, pela procura em se colocar na posição do Outro, procurar ver o mundo através do seu olhar. E aceitá-lo (Lopes, 1993: 89).

É a decisão que, quanto a nós, torna o Homem existente humano e não tão só vivendo como os seres animais. Ela é a pedra de toque da autoridade existencial. (Lopes, 1993: 76).

Porém cada existente tem a sua norma própria não comparável a qualquer outra. Mas sendo existir *estar com o outro,* ou seja, coexistir a norma da pessoa entra em jogo dinâmico com a norma do outro surgindo uma norma comum a que ambos se sujeitam e fazem sua (Lopes, 1993: 101).

Ser pessoa, implica acima de tudo, *o ente racional, individualmente existente, concreto, suposto, existindo por si, sujeito último da atribuição ontológica.* Por outro lado, a pessoa *é a autora dos seus actos e como tal não é agida (como as coisas).* Assim, ser pessoa é sobretudo ser uma entidade dotada de dignidade, intrínseca ao seu ser, na qual radica (por isso, sendo íntima), mas que é agente sobre o ambiente exterior a si (sendo aberto à universalidade e interactivo), pelo que se deduz que pode ser objecto e sujeito, mas que a ética reside apenas em si como sujeito (reflectindo sobre o valor das acções), e não do objecto das mesmas (Freitas, 1992: 19).

O facto de pertencermos a grupos diferentes implica que existam regras que por vezes estejam em conflito; por outro lado, muitas delas resultam de um acordo tácito entre as pessoas. Mas as regras, implícitas ou explícitas, estão em constante mutação, o que significa que existam para ser transgredidas. Cabe à pessoa a liberdade de as respeitar ou não. Se não as respeitar pode incorrer no risco de se tomar *bizarro* ou *original,* consoante o preconceito tiverem relativamente a si. No último caso, pode ser origem de novas regras. Mas

a transgressão repetida leva a um comportamento antissocial, e mesmo marginal (Abreu, 2002).

Não se pode confundir pessoa com indivíduo. (...) Por trás de cada máscara (prosópon) fica algo que não se vê, o invisível da experiência, das valorizações, do projecto. O essencial revela-se na manifestação, mas não é manifestada em si (Lopes, 1993: 69).

Analisando um pouco A Pessoa em Si, em nós e nos outros, mesmo com risco de causar polémica, mas acima de tudo deixar à reflexão e ao estímulo cortical, mesmo que isso possa causar algumas tempestades talâmicas, diria que sendo o Homem uma pessoa, é também um conjunto de pessoas, não só no reconhecer o estatuto de pessoa no(s) outro(s), mas também do facto de tomarmos uma como referência e nos comportamos dessa forma porque *convém à nossa comodidade pessoal e ao jogo social em que estamos inseridos. E todos nós aderimos muito a essa persona, a essa manobra de ser, com mais ou menos largueza, amando mais ou menos o risco, o perigo, aderimos a ela e é essa personalidade aquela que fundamentalmente vivemos na nossa vida social. Mas há muitas outras que existem dentro de nós como tendência ou como realização, potência ou acto.* Reprimimos o ideal, porque o ideal seria *ir na corrente do rio, bem alegre, bem divertido com o rio, pronto para ir para todos os lugares aonde ele levar,* porque o *voto fundamental da pessoa deve ser, de facto o voto à liberdade.* Esse querer ser Deus, atingir o ideal, viver outras *personae, viver o imprevisível,* e também ao mesmo tempo não ter ideal nenhum, porque ele é imprevisível (Silva, 1998: 27-30).

Resta-nos então concluir, dizendo que *nascemos no mundo como somos, mas talvez ao mesmo tempo com um certo poder sobre nós mesmos,* em que somos ao mesmo tempo fatalismo e liberdade, em que cada pessoa se deve ver *exactamente como é, sem humildade ou orgulho* (Silva, 1998: 178), procurando realizar- se e ser feliz, consigo e com os outros.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, J.L. Pio - **Como tornar-se um Doente Mental.** 11ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. (Psicologia Clínica e Psiquiatria). ISBN: 972-8535-75-9.

AQUINO, São Tomás - **Os Princípios da Realidade Natural.** Porto: Porto Editora, 2003. ISBN: 972-0-45056 -8.

CABRAL, S. J. Roque - **Temas de Ética.** I3 ed. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, 2003. (Pensamento Filosófico, 20). ISBN: 972-697-156-X.

DIAZ, Carlos - **Pessoa.** *In:* CORTINA, Adela - **10 Palavras Chave em Ética.**

Coimbra (Palheira): Gráfica de Coimbra, 1997. ISBN: 972-603-157-5.

DUPLÁ, Leonardo Rodríguez - **Ética.** Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2001. ISBN: 84-7914-595-1.

ETXEBERRIA, Xabier - **Ética de las profissiones.** Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A., 2002. ISBN: 84-330-1667-9.

FREITAS, Manuel? - O Homem no confronto entre Fé e Ética. *In:* **Fé e Ética.** Porto: Centro de Estudos de Bioética, 1992. (Temas de Bioética, 2)

HERRERA, Filipe et al. -**Aprender a Ser.** 3ª ed. Lisboa: Livraria Bertrand, 1981. LOPES, Guimarães - **Clínica Psicopedagógica: Perspectiva Antropológica Fenomológica e Existencial.** 1ª ed. Porto: Hospital do Conde de Ferreira, 1993.

MIRANDA, António José de Almeida - **A Pessoa em Si.** Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2005.

NUNES, Rui et al. - **Dependências Individuais e Valores Sociais.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda. e Associação Portuguesa de Bioética e Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2004. (Bioética Hoje, VII). ISBN: 972-603-307-1.

RICOU, Miguel - **Ética e Psicologia: uma prática integrada.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda., 2004. ISBN: 972-603-311-X.

RICOU, Miguel - **Ética em Saúde** Mental. *In:* **Ética em Cuidados de Saúde.** Porto: Porto Editora, Lda., 2001. ISBN: 972-0-06033-6.

SILVA, Agostinho - **Vida Conversável.** 2ª ed. Lisboa: Assírio & Alvim, 1998. (Penisulares/Especial, 37). ISBN: 972-37-0366-1.

PÓSTERES

PÓSTER: MECANISMOS DE COPING UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS PERANTE O MORIBUNDO

ALBERTINA MONTEIRO[1], IRENE CAMPOS[1], LÚCIA FERNANDES[1] e SÍLVIA FERNANDES[1]

É um facto que nos nossos dias a forma de encarar e vivenciar o fenómeno da morte sofreu alterações. Num passado recente grande parte das pessoas morria em casa rodeada de familiares e amigos, no meio de afecto, carinho e atenção. Hoje, a esmagadora maioria das pessoas morre em instituições de saúde, pelo que cada vez mais os enfermeiros se confrontam com situações de morte necessitando desenvolver capacidades e competências de forma a encararem e gerirem a morte do outro, de modo a poderem ajudá-lo e à sua família num momento particularmente sensível.

Ultimamente, no hospital onde desempenhamos funções, esta situação tem-se vindo a verificar pelo que considerámos pertinente, junto dos colegas, identificar os mecanismos de coping utilizados aquando da prestação de cuidados ao moribundo. Para tal, elaborámos como questão central "Quais os mecanismos de coping utilizados pelos enfermeiros do serviço IV, do HOSA, ao cuidarem do moribundo?"

Para dar resposta à questão colocada optámos por investigação qualitativa, tipo fenomenológica, de pesquisa exploratória e descritiva uma vez que foi nossa pretensão explorar e descrever o fenómeno dos mecanismos de coping utilizados pelos enfermeiros do serviço IV, do HOSA, ao cuidarem do moribundo.

Desenvolvemos o enquadramento teórico em tomo do tema morte e cuidar em fim de vida.

A amostra é não probabilística, típica e intencional, constituída por três enfermeiros do serviço IV do HOSA, aos quais realizámos uma entrevista semi-estruturada.

De momento encontramo-nos na fase de análise dos dados.

[1] Hospital Ortopédico de Sant 'Ana.

PÓSTER: AS COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE E O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

ALEXANDRA PAIS TAVARES[1] E HUGO TAVARES[2]

A institucionalização das Comissões de Ética para a Saúde foi levada a cabo pelo Ministério da Saúde, com o Decreto-Lei n.0 97, de 10 de maio de 1995. Segundo o Professor Doutor Daniel Serrão a sua área específica da sua intervenção é "a das relações humanas na instituição, que devem ser regidas por normas consensuais, fundamentadas na consciência cívica, ética e moral dos membros da Comissão"[3]

Cabe-lhes zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética. De acordo com o artigo 6º, é da sua competência:

a) zelar, no âmbito do funcionamento da instituição ou serviço de saúde respectivo, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas;

b) promover a divulgação dos princípios gerais da Bioética, designadamente através de estudos, pareceres ou outros documentos, no âmbito dos profissionais de saúde da respectiva instituição ou serviço de saúde;

As comissões de ética contribuem para a resolução dos problemas de carácter ético com que os profissionais de saúde se deparam. O aparecimento das comissões de ética decorreu da consciencialização de que os problemas científicos, éticos e jurídicos decorrentes do avanço das biotecnologias extrapolavam para fora do domínio da ciência e da sensibilização da opinião pública para os mesmos problemas. Espera-se das comissões de ética que, numa situação concreta, ajudem a decidir qual a melhor solução para promover o respeito pelos direitos do homem e para realizar o melhor bem para a pessoa concreta, numa situação concreta de relação humana no âmbito dos cuidados de saúde ou noutro âmbito relacional[4]. Podemos concluir que compete às comissões de ética proceder ao enquadramento normativo dos problemas[5] e zelar pela protecção da dignidade humana e pelo respeito da autonomia dos indivíduos doentes. A sua função pedagógica sobre os profissionais de saúde da instituição, nomeadamente no âmbito da humanização dos cuidados, dos direitos dos doentes e outras questões éticas, é conseguida pela emissão de pareceres e documentos e pela promoção de debates, conferências e cursos sobre temas de ética, exercendo influência sobre as suas atitudes e comportamentos e favorecendo o crescimento de uma consciência ética. De realçar que, paralelamente, lhe é cometida a função de esclarecimento da opinião pública[6] e de sensibilização da população para os problemas éticos, nomeadamente com a organização de seminários.

---

[1] Aluna do III Mestrado em Bioética, FMUP.
[2] Aluno do 1 Mestrado em Enfermagem m da Universidade Católica - Porto.
[3] CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA, 1995, p. 159.
[4] SERRÃO, 2002, p. 5.
[5] MELO, 1999, p. 37.
[6] MELO, 1999, p. 21.

BIBLIOGRAFIA:

ANZANI, Alfredo (2001) "Comissões de Ética", *in Dicionário de Bioética,* V. N. Gaia, Editorial Perpétuo Socorro, pp. 171-174.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (1995)

"Parecer n.0 9/CNE/94", *in Documentação,* Vol. II (1993-1994), Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros, Imprensa Nacional - Casa da Moeda, pp. 159-162.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, I Série A, nº 108, Decreto-Lei n.º 97 de 1O de maio de 1995, pp. 2645-2647.

MELO, Helena Pereira de (1999) "Legislação e Bioética", *in Cadernos de Bioética,*

Abril de 1999, Coimbra, Centro de Estudos de Bioética, pp. 15-52.

SERRÃO, Daniel (2002) "A Ética numa Sociedade Plural", *in 1º Seminário sobre Comissões de Ética,* Porto, Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pp. 1-8.

PÓSTER: "HUMANIZAR NO FINAL DA VIDA: UM CAMINHO PARA A EXCELÊNCIA! "

ANABELA BRANCO[1] 1, ÂNGELA GUEDES[2] , ELISABETE CALDAS[3], ÉLIA FARIA[4]

A Sociedade em que vivemos encontra-se num constante devir. Assistimos a um crescente progresso da ciência e da tecnologia, sendo possível intervir no controlo da evolução natural de muitas doenças, aumentando a esperança de vida.

Toma-se fundamental não esquecer a importância da evolução da humanização dos cuidados que deve acompanhar esse progresso tecnológico, e da crescente tomada de consciência entre os profissionais de saúde da necessidade de compreensão dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais do doente em todas as dimensões, principalmente quando envolvem a doença terminal. Esta filosofia levou ao desenvolvimento dos cuidados paliativos que têm como objectivo dar prioridade à autonomia e bem-estar do indivíduo doente, no seu dia a dia, proporcionando cuidados multidisciplinares, promotores da qualidade de vida. Este facto, levou a população a criar expectativas e a procurar uma constante dinamização e investimento em alternativas de organização e prestação de cuidados de saúde humanizados.

Apesar de tudo isto, na sociedade economicista em que vivemos podem surgir questões acerca dos custos implicados neste tipo de cuidados, e se vale ou não a pena investir nesta área, em que os doentes não esperam mais a cura. Como se tem verificado um aumento elevado do número de casos que precisam de apoio através dos cuidados paliativos, as organizações começam a privilegiar a assistência com uma melhor qualidade.

Toda esta evolução implica uma mudança completa das prioridades dos profissionais e da aplicabilidade de novas práticas. Para tal, toma-se fundamental que os profissionais de saúde estejam despertos para este problema e se formem ainda mais e melhor nesta área, explorando, desenvolvendo e "simplificando" o processo de morrer e o período que o rodeia como forma a proporcionar a humanização do serviço prestado para todos aqueles que necessitam de ajuda, assim como às suas famílias.

A evolução nos conhecimentos científicos e bioéticos, assim como as mudanças culturais da sociedade têm vindo a proporcionar melhores prestações nos cuidados aos indivíduos no fim da vida, considerando a morte como um processo natural decorrente do processo da vida.

Os cuidados paliativos devem começar mesmo antes da fase terminal da doença e da fase de agonia, uma vez que eles não contemplam apenas o doente terminal, abrangendo uma perspectiva mais global: como a atitude de prevenção do sofrimento, atendendo sempre também aos aspectos éticos do cuidar e da pessoa que é cuidada.

[1] Aluna IV Mestrado Bioética, FMUP
[2] Aluna III Mestrado Bioética, FMUP.
[3] Aluna IV Mestrado Bioética, FMUP
[4] Aluna IV Mestrado Bioética, FMUP

BIBLIOGRAFIA:

ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter - "Bioética" - Lisboa, Verbo, 1996.

ASTUDILLO, Wilson - "Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia", Eunsa, 3ª Edição, 1997.

BARON, M. González - "Tratado de medicina paliativa y tratamientos de soporte en el enfermo com cancer", Editorial Médica paramericana, 1996.

BATISTA, X. Gómez - "Cuidados paliativos en oncologia", Editorial Jims, 1ª Edição, 1996.

Dossier Sinais Vitais nº 4 - "Cuidados Paliativos" -Formasau, 1ª Edição, 2000.

NUNES, Rui; REGO, Guilhermina - "Prioridades na Saúde", McGraw Hill, Lisboa, 2002.

NUNES, Rui; REGO, Guilhermina; NUNES, Cristina - "Afectação de Recursos para a Saúde: Perspectivas para um novo SNS", Gráfica de Coimbra, Colectânea Bioética Hoje-IV, Coimbra, 2003.

SFAP - Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos; Colégio de cuidados de enfermagem - "Desafios de enfermagem em cuidados paliativos

«Cuidar»: Ética e práticas", Edição Portuguesa de Dulce Cabete, Lusociência, 2000.

TWYCROSS, Robert - "Cuidados Paliativos" - Climepsi, Iª Edição, 2001.

PÓSTER: A BIOÉTICA E A SAÚDE MENTAL. UMA NOVA ABORDAGEM EPISTEMOLÓGICA

HOLISMO, BIOÉTI CA, ARQ UEOBIOLOGIA E INTERACTIVIDA DE NA CONCEPÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E REGIS TO DE Â CTJVIDADES

ANTÓNIO MIRANDA[1]

Esta perspectiva constitui uma ruptura epistemológica com a tradicional concepção das actividades baseadas em critérios de dependência e competência, muitas vezes formuladas sem suporte teórico, sem critérios de avaliação sistemática, sem objectivos bem definidos, apenas sustentadas pelo empirismo e pela obrigação do fazer alguma coisa.

O Enfermeiro deverá ter um papel Proactivo (nos Cuidados, na Equipa de Saúde e no contexto da saúde em geral, no sentido de colocar o utente no centro da equipa), Interveniente (através da distribuição responsável e racional do método de trabalho, da gestão da Equipa e dos Recursos e Cuidados a fornecer, discutindo e reflectindo sobre as práticas e os cuidados) e Interactivo (porque interage com os diversos actores na Saúde, sendo um interface útil e participativo , e avaliando os seus utentes numa abordagem pan-holistica , introduzindo o conceito de Consulta de Enfermagem , que pressupõe uma colheita de dados exaustiva, interactiva e universal, um levantamento histórico e de necessidades, em que o Processo de Enfermagem é um mero instrumento e o Plano de Cuidados um simples recurso. A avaliação subsequente passa pelo método de consulta interactivo e transdisciplinar, sujeitando o plano de cuidados a reavaliação e reformulação actualizada. Cumpre ao Utente assumir ser responsável (passa pela contractualização, logo pelo consentimento informado), Participativo (nos cuidados aos diversos níveis) nos Cuidados Pan-Holisticos (abordagem universal e interactiva).

Face a esta concepção, preconizamos um suporte teórico baseado na perspectiva **holística** (o ser humano é um todo e não apenas a soma das diversas partes que o constituem. Para além disso, ele tem uma biografia e papéis sociais), **Bioética** (o ser humano, independentemente do estatuto de pessoa que se lhe possa reconhecer , é dotado de dignidade e respeito), Arqueobiologia (defendendo a perspectiva do Prof. Daniel Serrão, em que o ser humano passa pelas mesmas fases, por onde passou a sua espécie na evolução filogenética e que confere ao seu desenvolvimento) e Interactivo (da mesma forma que o ser evolui, face à doença, à deficiência e aos acidentes traumáticos e degenerativos ele pode regredir a fases anteriores, pelo que importa reconhecer o patamar em que se encontra, de forma a estabelecer actividades que o estimulem, não só parar a regressão, mas se possível a adquirir competências competências do(s) patamar(es) superior(es)).

[1] Aluno do V Mestrado em Bioética, FMUP.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, J.L. Pio - Como tornar-se um Doente Mental. 11ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. (Psicologia Clínica e Psiquiatria). ISBN: 972-8535-75-9.

AKERMAN, Nathan W. - Diagnóstico e tratamento das relações familiares. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 1986.

ALARCÃO, Madalena - (Des)Equilíbrios Familiares. l3 ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2000. (Psicologia e Saúde) ISBN: 972-8535-21-X.

ANDOLFI, M. -A terapia familiar. Lisboa: Editorial Veja, 1981.

ANDRÉ, Christophe; LELORD, François - A auto-estima: Aprender a gostar de si para melhor viver com os outros. Lisboa: Editorial Presença, 2000.

ATHAYDE, J. Scheneeberger - Elementos de Psicopatologia. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, s.d.

BATESON, G. -Natureza e Espírito. Lisboa: Publicações D. Quixote, 1987. BERNARDO, O. P. -Bioética e Saúde. 2ª ed. Porto: 1998.

BOWLBY, John - Formação e rompimentos dos laços afectivos. 2ª ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1990. (Psicologia e Pedagogia)

BÜHLER, Charlotte - A Psicologia na vida do nosso tempo. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1980.

CABRAL, S. J. Roque - Temas de Ética. 1ª ed. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, 2003. (Pensamento Filosófico, 20). ISBN: 972-697-156-X.

CORDEIRO, J. Dias - A Saúde Mental e a Vida: Pessoas e Populações em Risco Psiquiátrico. 3ª ed. Lisboa: Edições Salamandra, 1994. (Colecção Alter Ego,2). ISBN: 972-689-097-7.

DAMÁSIO, António R. et al. - Unity of Knowledge: The Convergence of Natural and Human Science. New York: The New York Academy of Sciences, 2001. (Annals of The New York Academy of Sciences, 935). ISBN: 1-57331-310-6 (Cloth). ISBN: 1- 57331-311-4 (Paper). ISSN: 0077-8923.

DAMÁSIO, António R. - O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência. 14ª ed. Mem Martins: Publicações Europa-América, 2003. (Fórum da Ciência, 50).

DUPLÁ, Leonardo Rodríguez - Ética. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2001. ISBN: 84-7914-595-1.

FERNANDES, Victor - Comportamentos e Vinculação-Separação-Autonomia e Ciclo de Vida na Família: Contribuição para uma releitura da psicopatologia e da psicoterapia à luz da Teoria da Vinculação. *In:* Psiquiatria e Saúde Mental (1 e 2). Coimbra: Hospital de Sobral Cid, 1999.

FREITAS, Manuel - O Homem no confronto entre Fé e Ética. *In:* Fé e Ética. Porto: Centro de Estudos de Bio-Ética, 1992. (Temas de Bioética, 2)

GAMEIRO, Aires -Psicopatologia e Saúde Mental. Porto: Edições Salesianas, 1992. HABIB, Michel - Bases Neurológicas dos Comportamentos. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2000. ISBN: 972-8449-59-3.

HERRERA, Filipe et al. -Aprender a Ser. 3ª ed. Lisboa: Livraria Bertrand, 1981. KORKINA, M. et al. - Psychiatric Ward Practrice. Moscow: Mir Publishers, 1981. KELLY, Lucie Young; JOEL, Lucille A. - Dimensions of Profissional Nursing. 8ª ed. New York: McGraw-Hill, 1999. ISBN: 0-07-034440-X.

LAPASSADE, Georges - L'entré dans la vie. Paris: Les Editions de Minuit, 1963. LEAL, Isabel - A realidade já não é o que era. Linda-a-Velha: Abril/ControlJornal Editora, 2001a. ISBN: 972-611-805-0.

LEAL, Isabel -Em teoria, o amor é sempre bom. Linda-a-Velha: Abril/ControlJornal Editora, 200 lb. ISBN: 972-611-806-9.

LIMA, António Carneiro Torres - Bioética e Antropologia. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda. e Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto, 2004. (Colectânea Bioética Hoje, VIII). ISBN: 972-603-323-3.

LOPES, Guimarães - **Curso de Psicopatologia.** 1ª ed. Porto: Hospital do Conde de Ferreira, 1985.

LOPES, Guimarães - **Clínica Psicopedagógica: Perspectiva Antropológica Fenomológica e Existencial.** 1ª ed. Porto: Hospital do Conde de Ferreira, 1993.

POLIT, F. Denise; HUNGLER, Bernardette P. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SAMPAIO, D.; GAMEIRO, J. **- Terapia familiar.** Porto: Edições Afrontamento, 1985. SERRA, Adriano Vaz - **O Inventário Clínico de Auto-Conceito.** Coimbra: Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 1986. (Psiquiatria Clínica, 7).

MARTÍNEZ, Mª Carmem - **Ética Psiquiátrica.** Madrid: Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2002. ISBN: 84-8468-061-4.

MIRANDA, António José de Almeida - **No Limiar dos Limites: O que mantém o doente mental de homem ético.** Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2005.

NUNES, Rui et al. - **Dependências Individuais e Valores Sociais.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda. e Associação Portuguesa de Bioética e Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2004. (Bioética Hoje, VII). ISBN: 972-603-307-1.

PRIVITERA, Salvatore - **Relativismo** *In:* **Dicionário de Bioética.** Porto: Editorial Perpétuo Socorro, 2001.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque - **Ética em Enfermagem.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001. (Enfermagem, 4). ISBN: 972-8717-07-5.

RICOU, Miguel - **Ética em Saúde** Mental. *In:* **Ética em Cuidados de Saúde.** Porto: Porto Editora, Lda., 2001. ISBN: 972-0-06033-6.

RICOU, Miguel - **Ética e Psicologia: uma prática integrada.** Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda., 2004. ISBN: 972-603-311-X.

SERRÃO, Daniel - O Homem no confronto entre Fé e Ética. *In:* **Fé e Ética.** Porto: Centro de Estudos de Bio-Ética, 1992. (Temas de Bioética, 2)

SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui - **Ética em Cuidados de Saúde.** Porto: Porto Editora, Lda., 2001. ISBN: 972-0-06033-6.

TABORDA, Mário et al. - **Ética Psiquiátrica.** s.l: Colégio da Ordem dos Médicos, 1992.

PÓSTER: A ÉTICA E A PSICOLOGIA: UMA RELAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

CATARINA PEIXOTO[1] JOANA TEIXEIRA[1] MARCO CAETANO[1]

Humanizar a relação com o paciente exige que os técnicos de saúde valorizem e respeitem determinados aspectos também necessários ao acto de cuidar, tais como a capacidade de comunicar, a afectividade e a sensibilidade. Para além disto, os profissionais não devem nunca descurar a visão holística da pessoa, respeitando, portanto, a sua unicidade e integridade.

É importante salientar que, quando a pessoa recorre aos profissionais de saúde encontra- se fragilizada, pelo que o acto terapêutico deverá ser um acto de profunda responsabilidade ética e legal.

No entanto, não cabe apenas aos profissionais de saúde regerem-se por um padrão ético, mas sim também à própria pessoa, a qual é a principal responsável pelas suas atitudes e comportamentos.

Logo, a pessoa como ser responsável que é, e uma vez que vive e existe em constante relação com os outros, tem de ter sempre presente a ideia de que a sua liberdade, e por consequente a sua autonomia, são condicionadas pelos valores morais e éticos individuais, mas também da própria Sociedade onde está inserida, e com a qual está intrinsecamente relacionada. Assim, a Ética não é mais do que uma definição das normas e valores vigentes na sociedade, sendo que a pessoa como ser social também necessitará de cumprir normas para se adaptar à mesma. Portanto, a Psicologia surge como uma ciência que auxilia a pessoa nessa adaptação, para que esta possa usufruir da sua individualidade socialmente. Assim estes três constructos, a Sociedade, a Ética e a Psicologia, têm o mesmo objectivo - o bem-estar da pessoa. Consequentemente, e para atingir tal desiderato, é fundamental a existência de uma relação equilibrada entre os mesmos.

Deste modo, é essencial que se proceda a uma humanização dos serviços e dos técnicos de saúde, respeitando sempre as questões éticas e deontológicas tendo sempre como referência a promoção do bem-estar da pessoa.

[1] Estagiários de Psicologia do Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

PÓSTER: MORRER NESTE MUNDO ... OS PRINCÍPIOS ÉTICOS E O PROCESSO DE MORTE

IOLA VIEIRA[1] LUÍSA FERREIRA[2], RITA RODRIGUES[3]

TEMA:

Questões éticas nos cuidados no final da vida, numa perspectiva de possibilitar os cuidados paliativos no domicílio. Tentar-se-á abordar as respostas possíveis aos dilemas da desumanização crescente dos cuidados de saúde, resultantes das alterações familiares e/ou socioculturais dos últimos tempos.

OBJECTIVOS:

a) Reflectir sobre a problemática das questões éticas relacionadas com o final da vida;

b) Realçar as condições necessárias na sociedade para uma morte mais humana...;

METODOLOGIA:

Pesquisa bibliográfica; descritiva e expositiva através da realização e apresentação de um póster.

BIBLIOGRAFIA:

TWYCROSS, Robert; "cuidados paliativos"; Climepsi Editores; Lisboa; 2001; pp.22-25

OLIVEIRA E SILVA, Ângela Maria; VILARES, Manuel Joaquim Soares; "Cuidados paliativos - alternativa ao cuidar institucional" in NUNES, Rui "POLÍTICA DE SAÚDE"; Universidade Portucalense Infante D. Henrique; Porto; 2003; pp.183-195

[1] Enfermeira na Maternidade Júlio Dinis - Porto. Aluna do IV Mestrado em Bioética, FMUP.
[2] Enfermeira na Maternidade Júlio Dinis - Porto.
[3] Enfermeira no Hospital de São João - Porto. Aluna do IV Mestrado em Bioética, FMUP.

PÓSTER: MORRER COM DIGNIDADE

ISABEL NEVES MOREIRA[1], SUSANA PATRÍCIA VENTURA[2]

Nas civilizações modernas, prevalece uma postura antitética, uma vez que a morte deixou de ser encarada com naturalidade e não mais é entendida como um acontecimento que faz parte da vida das pessoas, mas como um fenómeno contrário à vida. Esta nova situação é favorecida, ou mesmo provocada, pelos avanços científicos e tecnológicos no âmbito das ciências biomédicas que vieram possibilitar a resolução de muitas situações de doença, dando origem a que a morte deixasse de ser vista como um acontecimento ou fenómeno natural e passasse a ser sentida como um dos poucos problemas que o homem ainda não é capaz de resolver.

O uso de meios cada vez mais numerosos e sofisticados pode, com efeito, impor-se rapidamente como finalidade em si, em detrimento da pessoa doente ou a morrer. "Há, porém, um momento em que a luta chega a um término e deve-se parar de investir, porque de contrário estaríamos somente impondo gastos desnecessários em nome de uma terapia já inútil, mas principalmente desrespeitando a pessoa do moribundo ".

Vamos desenvolver este trabalho com a pretensão de contribuir de alguma forma, para que seja dada a atenção que a pessoa terminal merece por parte dos profissionais de saúde e de todos os que o rodeiam e para que lhe sejam prestados cuidados mais adequados durante a fase final da vida.

[1] Aluna do IV Mestrado Bioética, FMUP.
[2] Aluna do IV Mestrado Bioética, FMUP.

PÓSTER: O HOSPITAL E A HUMANIZAÇÃO

ISABEL NEVES MOREIRA[1],SUSANA PATRÍCIA VENTURA[2]

O cuidar é a essência da Enfermagem, sendo, contudo, um modo humano de ser. Está dirigido para a pessoa humana em qualquer fase do seu desenvolvimento.

O agir em Enfermagem orienta-se pelo respeito da dignidade da pessoa humana como um ser holístico inserido num ambiente. Ter em conta estes princípios contribuem para que os cuidados de Enfermagem sejam mais humanizados.

Humanizar é um processo abrangente, sendo conseguido com respostas integradas nas necessidades do utente/família/comunidade. É necessário que o utente deixe de ser sujeito passivo, para se tomar agente e colaborador do seu próprio processo de tratamento. É importante que os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros vejam os utentes com direito à sua auto governação, dotados de direitos e deveres que lhe são reconhecidos.

Assim, cuidar é ajudar a viver e humanizar cuidando é ajudar a viver melhor. Neste contexto, um serviço voltado essencialmente para a sua vertente técnica, não pode descurar em momento algum o sentido da sua existência -a Pessoa Humana.

Vamos desenvolver este trabalho com a pretensão de atingir os seguintes objectivos:

- Alertar para o processo de humanização e a sua relação com a qualidade dos cuidados prestados;
- Sensibilizar os enfermeiros para que sejam agentes que intervenham activamente na humanização dos cuidados;

[1] Aluna do IV Mestrado Bioética, FMUP.
[2] Aluna do IV Mestrado Bioética, FMUP.

PÓSTER: HUMANIZAÇÃO/QUALIDADE/DIGNIDADE UM DIREITO DA CRIANÇA E UM DEVER DO PROFISSIONAL

MARIA DULCE PITA RMA[1] E MARIA FILOMENA FREITAS[1]

Humanizar a saúde infantil é aliar a qualidade e eficácia da assistência prestada, à dignidade que a criança merece.

Humanizar é um estado de espírito... (A. Torrado da Silva) ... é um processo de relação afectiva com a criança e a família... (A. Moleiro)

Segundo Bentovim (1987), um ambiente positivo do ponto de vista afectivo e humanizado contribui em grande parte para o sucesso terapêutico, podendo levar a uma redução da ordem dos 50% no tempo de hospitalização.

Humanizar passa por todos em geral e por cada um de nós em particular. É pessoal e intransmissível, o papel de humanizar, uma vez que ninguém pode ser humano no nosso lugar. Nesta vertente todos nós somos elementos-chave de uma rede que perde a sustentação se algum de nós falhar.

No Hospital Pediátrico de Coimbra a humanização esteve sempre presente no espírito dos profissionais. Desde o primeiro momento respeitaram a integridade emocional e afectiva da criança, valorizando a sua ligação à família. Com o objectivo de minimizar os efeitos do afastamento do seu meio natural, na tentativa de amenizar o impacto que a doença provoca e na procura do cumprimento dos princípios da Carta da Criança Hospitalizada, este Hospital foi pioneiro na abertura ao exterior, não só no incentivo do acompanhamento permanente dos pais junto da criança, como também no apoio escolar individualizado.

Desde então, diversas actividades têm vindo a ser desenvolvidas e implementadas, quer pelos próprios profissionais, quer através de projectos e parcerias com diversos organismos públicos e particulares.

O novo Hospital Pediátrico de Coimbra começa agora a nascer e com ele a esperança de um espaço cada vez mais humanizado. Continuaremos a apostar numa melhoria da qualidade dos serviços prestados privilegiando a relação afectiva com a criança e a família.

[1] Assistente Social do Hospital Pediátrico do Coimbra

PÓSTER: "O OLHAR COMO COMPETÊNCIA DE ENFERMAGEM"

MARIA ELVIRA FREITAS E MARIA EMÍLIA LEAL CARDOSO

INTRODUÇÃO

Devido ao crescente desenvolvimento tecnológico, aliado à era da informação, verificamos, frequentemente, a desumanização dos cuidados de enfermagem, tomando- se o doente num objecto que manipulamos como queremos, esquecendo-nos que estamos perante uma pessoa com sentimentos e necessidades de conhecer a sua situação clínica, e integração no maio hostil que o rodeia. Concluindo, o enfermeiro por vezes tem tendência a tomar-se demasiado tecnicista e individualista.

No âmbito da problemática do doente monitorizado resolvemos focar principalmente no relembrar de cuidados humanos básicos, como a observação física e psicológica, e a relação de ajuda enfermeiro/doente e também na pesquisa de novas técnicas de monitorização.

OBJECTIVOS

- A importância da observação do doente
- Desenvolver a observação como forma de comunicar e favorecer a relação com o doente;
- Identificar a relevância da monitorização clínica como prioritária em relação à monitorização mecânica;

DESENVOLVIMENTO

A observação do doente, é o primeiro passo para que se possa aplicar o processo de enfermagem e para o diagnóstico de enfermagem.

Observação - É a recolha de dados, através da identificação e registo de factos ou ocorrências.

A partir da recolha de dados poderemos identificar os diagnósticos de enfermagem, planear os cuidados, desenvolver as acções e avaliar os resultados.

Mas, o enfermeiro deve ser selectivo na observação, deve saber o que ver, deve saber o que ouvir, deve saber o que sentir, e saber o que cheirar e ainda, saber como descrever e registar o que foi observado (ELHART e tal., 1983).

A observação passa por dois métodos de obtenção de dados (DOENGES e MOOHOUSE, 1992):

1. Dados objectivos - Todos os que são observáveis como: estado físico, de consciência, de nutrição, psíquico, comportamentos, sinais vitais, cor da pele e mucosas e resultados de exames.

2. Dados subjectivos - Todos os que não são observáveis, como o que o doente ou família

nos fornece quando da entrevista, para a colheita de dados.

Para que a observação seja feita correctamente, já deve existir um plano prévio elaborado pelo enfermeiro para avaliar o estado do doente.

O doente deve ser observado como um todo, um ser biopsicossocial. Deve o enfermeiro fazer uma avaliação do estado físico do doente, idade, consciência, nutrição e hidratação, estado psíquico e de higiene.

De seguida, e caso o estado de consciência do doente o permitir, iremos realizar a entrevista. A entrevista pode ser efectuada por várias etapas, cada etapa deverá fornecer informação, e confirmar informação obtida. A entrevista não passa por uma simples troca de informação, é acima de tudo um meio de comunicação, tão importante em cuidados de enfermagem.

Na confirmação da observação do doente com equipamentos de monitorização , não podemos deixar de referenciar as várias dificuldades pelas quais o doente vai passar; a adaptação ao meio ambiente que lhe é totalmente desconhecido, chegando mesmo a "agressivo" não só em relação às técnicas invasivas como às não invasivas, como podendo também vir a gerar alterações em todo o seu estado psicológico. Estas alterações podem provocar estados de ansiedade, angústia e medos.

CONCLUSÃO

Como conclusivo, cabe aos enfermeiros atenuar e desmistificar estes estados, por serem eles que mais tempo permanecem junto do doente.

Bastam pequenos esclarecimentos para cada passo que é efectuado em relação às técnicas a efectuar, aos aparelhos que vão sendo ligados e para que serve cada um deles. Transmitindo segurança em cada técnica, conversando com o doente e tendo um leve sorriso. Tratar o doente pelo nome. Tranquilizar o doente em relação à informação que vai ser transmitida à família sobre o seu estado, para que não se sinta "abandonado ". Facilitando, tanto quanto possível as visitas de familiares por ele indicados. E nunca subestimar o poder do contacto.

PÓSTER: BIOÉTICA É PONTE PARA... A HUMANIDADE DA HUMANIDADE

SUSANA CARLA RIBEIRO DE SOUSA REGADAS[1]

O Homem é uma unidade totalizante, que em simbiose transporta uma realidade biológica, psicológica e social, cuja plenitude não é o resultado da prevalência de uma sobre a outra, ao contrário resulta da harmonia entre as diferentes dimensões. É também um ser em relação e de abertura aos outros, o que o faz reconhecer-se como único e irrepetível. No *continuum* de vida, o Homem integra duas realidades: a pública que livremente partilha com os outros, e a privada que também livremente não partilha ; toma-se portanto fundamental que ao reflectir-se sobre o Homem numa perspectiva Ética, não se caia numa Ética puramente individualista, ou pelo contrário numa perspectiva colectivista, sob o risco de nos tornarmos extremamente reducionistas. A realidade humana só tem um entendimento se estudada de forma globalizante, e a sua compreensão só será atingida se reflectirmos sobre aspectos fundamentais que estão para além da realidade biológica, e que fazem parte da vida relacional, tal como a Justiça, a Dignidade, a Autonomia e a Liberdade.

Os problemas éticos que se nos apresentam no dia-a-dia, nomeadamente aos profissionais de saúde, são complexos e exigem por parte de quem com eles se confronta, a simbiose entre o respeito pelos Códigos Deontológicos, e a consciência ética do profissional que se confronta com a situação. Os dilemas éticos no contexto de saúde/doença, exigem tomadas de decisão que por terem implicações nas vidas das pessoas, impõe-se que sejam as mais adequadas e permite-se uma diminuta margem de erro, se é que esta margem em muitas situações não é apenas virtual, digo eu.

Mas decidir bem, não se circunscreve à decisão exclusivamente técnica, estende-se ao âmbito dos direitos e dos deveres do doente enquanto Pessoa, à vivência individual da situação de doença e perdas pessoais, familiares e sociais, que a situação frequentemente comporta. "Mentir, permanecer em silêncio, ficar por perto, ou dizer a verdade, é frequentemente uma decisão difícil de tomar". (Shrõck, 1993, p.139)

É nesta complexa inter subjectividade de vivências, agravada pelo cenário da doença e sofrimento muitas vezes perturbador da clarividência do pensamento, que temos de ser capazes de tomar decisões que tenham em consideração, simultaneamente os Princípios Éticos, mantendo a verdadeira "Humanidade da Humanidade ", onde os valores da eficiência e a máxima rentabilização dos recursos são frequentemente vistos como prioritários.

Neste contexto, acredito e estou convicta, à luz de uma afirmação de Raatikainen (1989), que quem decide deve privilegiar "um conhecimento profundo e abrangente, e desenvolver a capacidade para pensar de forma crítico-reflexiva, a capacidade de análise, para além de uma forte ética profissional ". Só desta forma "competente", as decisões serão norteadas para a responsabilização de quem as toma ou deixa por tomar, e das quais resultarão ganhos em

[1] Aluna do III Mestrado em Bioética, FMUP.

saúde significativos.

Finalmente, que a Bioética seja tal como referiu Luís Archer "...charneira entre o possível e o conveniente. Entre a tecnologia galopante e humanitude imprescindível."

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DONALD, Merlin - Origins of Modem Mind. Three stages in the evolution of culture and cognition. Harvard University Press, 1991 (tradução portuguesa: Origens do Pensamento Moderno, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1999)

FACIONE, N - Criticai Thinking & Clinicai Judgement: Goals 2000 for Nursing Science Paper presented in Annual Meeting of the Westem Institute of Nursing, San Diego, CA, 1995

FONTEYN, M -Thinking Strategies for Nursing Practice, New York, Lippincott, 1998

MAYNARD, C - Relationship or Critical Thinking Ability to Professional Nursing Competence. In: Journal of Nursing Education, 1996, vol 35, Nº 1

MORIN, Edgar - Introduction à la Pensée Complexe, Instituto Piaget, Paris, 1990, 2ª Ed

SANTOS, Maria; LIMA, Teresa - No Reino dos Porquês: «O Homem do outro lado do espelho ", Porto Editora, Porto, 1991, 5ª Ed.

A MEDICINA DENTÁRIA E O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

HUGO TSOU FERRAZ[1]

A Saúde Oral é uma área fundamental para promover bons índices de saúde global do indivíduo, não só pela importância funcional que desempenha, como na prevenção de um conjunto de patologias muito incapacitantes para a pessoa.

Contudo, e por diversos motivos que se pretendem discutir, a Medicina Dentária está longe de ser encarada como uma prioridade em Portugal, tendo em consideração a sua quase ausência do Serviço Nacional de Saúde. O autor pretende fazer uma síntese da situação actual no nosso país, tentando definir qual o perfil considerado ideal para o profissional de Medicina Dentária. A esse propósito, não deixa de ser curioso constatar que os únicos profissionais com acesso ao Serviço Nacional de Saúde são os Médicos Estomatologistas que se configuram como uma classe profissional à parte dos Médicos Dentistas, situação única na União Europeia.

O objectivo final desta comunicação será lançar as bases para a realização de um estudo que pretende promover a discussão sobre as diferentes alternativas possíveis para minorar as consequências nefastas da situação vivida. Apenas através do recurso à Medicina Privada é possível, em Portugal, potenciar níveis de saúde oral adequados. Deste modo, e de acordo com alguns modelos existentes noutros países, pretende-se levar à discussão um conjunto de medidas que visem promover o objectivo último dos cuidados de saúde: a prevenção e o tratamento da pessoa humana, numa perspectiva humanista com vista ao respeito da dignidade individual.

[1] Médico Dentista. Aluno do IV Mestrado em Bioética FMUP

AUTONOMIA E CONSENTIMENTO INFORMADO NO DOENTE CIRÚRGICO

MARIA DO CÉU DIOGO NUNES[1]; CRISTINA TEIXEIRA LOPES[1]; ENF.ª CRISTINA PEREIRA; MARIA CRUZ PEREIRA[1]; ENF.ª ILDA MARIA RODRIGUES LOURENÇO[2]

O póster que nos propomos elaborar tem em vista a sua apresentação no Congresso supracitado e aborda o tema: **Autonomia e Consentimento Informado no doente cirúrgico.**

Seleccionámos o tema, por o considerarmos pertinente e actual no nosso contexto sócio-profissional, significando para todos um direito e um dever assente em princípios de autonomia, dignidade e liberdade humana.

O corpo de um doente cirúrgico é invadido durante o acto cirúrgico, sendo a integridade do doente passível de ser violada pelos profissionais de saúde (Parrot e tal, 1989). Durante os períodos pré, peri e pós-operatórios, estes doentes podem requerer cuidados de enfermagem e intervenções tecnológicas altamente especializados para as suas actividades diárias. Os enfermeiros devem assim prestar uma atenção particular aos temas relacionados com a autonomia e consentimento informado por parte do doente.

Para que possa exercer a sua autonomia, dando o consentimento informado, o doente necessita de informação relevante.

Três elementos são essenciais para que o consentimento seja considerado livre e esclarecido: competência na decisão, informação apropriada e inexistência de coerção.

A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina configura como regra geral que *"qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois da pessoa em causa dar o seu consentimento deforma livre e esclarecida".*

São objectivos deste poster reforçar o conceito de consentimento informado bem como sensibilizar todos os profissionais de saúde, para a importância do mesmo face a qualquer acto cirúrgico/intervenção de enfermagem.

Como opções metodológicas recorreremos a pequenos textos, e figuras esquemáticas.

---

[1] Enfermeira. Maternidade Bissaya Barreto (CHC) - Coimbra
[2] Enfermeira. Hospital S. José.

BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, Alexandra; NUNES, Rui (1999) - Consentimento Informado na prática clínica.

Arquivos de Medicina, 13 (2). ISSN 0871-3413, p.121-127

- ARCHER, Luís; et. al (l996) -*bioética.* Lisboa: Ed. Verbo. ISBN 972-22-1719-4

- HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, M. H. (1998) - *Dicionário da Bioética.* Instituto Piaget, Divisão Editorial. ISBN: 972-8407-72-6

- PARROT, j. Burgoon et. AI (l989) - Privacy between psysicians: more than a matter of confidencial ity. *Soe.* Sei. *Med.* 29 (12), p. 1381-5

- WALLACE, B. (2000) -Nurses and consent. *Prof Nurse 15* (11), p. 727-30.

HUMANIZAÇÃO DA SAUDE