



8<sup>o</sup>  
SEMINÁRIO DE  
BIOÉTICA

# Humanizar é Preciso!

## LIVRO DE ATAS

COMISSÃO DE ÉTICA  
DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

2016  
VISEU

Título	Livro de Atas do 8.º Seminário de Bioética - Humanizar é Preciso
Autores	Comissão de Ética da ESSV (coord.)
Editor	IPV - Escola Superior de Saúde de Viseu
e-mail	seminariodebioetica.essv@gmail.com
ISBN	978-989-98305-9-2
Data da Edição	2016
Local	Viseu

**Comissão de Ética:**

Ernestina Batoca Silva  
Joana Araújo Peres  
José Luís Gomes  
Rosa Maria Lopes Martins  
Suzana Serrano André

**Comissão Científica:**

Amadeu Matos  
Cláudia Chaves  
Conceição Martins  
Graça Aparício  
Helena Solheiro  
João Duarte  
Paula Nelas



## ÍNDICE

ÍNDICE .....	7
PREFÁCIO.....	9
<b>ARTIGOS COMPLETOS.....</b>	<b>11</b>
<b>AS INSTITUIÇÕES DO ENSINO SUPERIOR: VALORIZAÇÃO DO CAPITAL HUMANO .....</b>	<b>13</b>
Joaquim Mourato, Paula Oliveira, Adriano Pedro, Miguel Arriaga.....	13
<b>PRÁTICAS DE CIDADANIA ATIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR .....</b>	<b>23</b>
Madalena Cunha, Jéssica Figueiredo, Joana Breia, João Pina, Sónia de Almeida, Tiago Oliveira.	23
<b>E quando os pais elegem Terapêuticas Não Convencionais? .....</b>	<b>27</b>
Andreia Almeida, Sara Paixão, Cláudia Esteves, Ernestina Silva .....	27
<b>RESUMOS DAS CONFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
<b>A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS .....</b>	<b>32</b>
Aura Miguel.....	32
<b>OS APOIOS SOCIAIS DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU .....</b>	<b>33</b>
Miguel Sousa .....	33
<b>O FUNDO DE APOIO AO ESTUDANTE DA ASSOCIAÇÃO ACADÉMICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (FAEAAIPV) E O COMBATE ÀS DIFICULDADES ECONÓMICAS NO ENSINO SUPERIOR.....</b>	<b>34</b>
Daniela Rodrigues, Elisabete Magalhães, Cristina Amaro da Costa, Ana Berta Alves .....	34
<b>RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>PRÁTICAS DE CIDADANIA ATIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR .....</b>	<b>36</b>
Madalena Cunha, Jéssica Figueiredo, Joana Breia, João Pina, Sónia de Almeida, Tiago Oliveira.	36
<b>Como se pensa o fim do fim? .....</b>	<b>37</b>
Anabela Guedes .....	37
<b>Incapacidade Funcional em Doentes Pós AVC: Subsídios da Enfermagem de Reabilitação</b>	<b>38</b>
Rosa Martins, Sónia Girão, Helena Moreira, Ana Andrade.....	38
<b>Cuidados Paliativos em Pediatria: uma visão ética .....</b>	<b>39</b>
Ana Ramos, Luís Pinho, Maria Silva, Ernestina Silva .....	39
<b>RESUMOS DOS POSTERS.....</b>	<b>41</b>
<b>EUTANÁSIA, NÃO É.....</b>	<b>42</b>
Alison Silva, Ana Pereira, Eunice Seixas, Inês Trigo, Mariana Correia .....	42
<b>Consentimento informado na criança .....</b>	<b>43</b>
Carolina Matos, Carolina Capela, Mafalda Mendes, Maria Gomes, Vânia Monteiro.....	43
<b>Contenção Mecânica: Consentimento Informado.....</b>	<b>45</b>

Ana Cristina Carvalho, Emília Rodrigues, Joana Guilherme, Sandra Rodrigues, Ernestina Silva...	45
<b>Maternidade de Substituição: Socialmente aceite ou eticamente correto? .....</b>	<b>46</b>
Ana Rocha, Joana Rocha, Nancy Peixoto, Sandra Sobreira.....	46
<b>MELHORAMENTO GENÉTICO E CLONAGEM.....</b>	<b>47</b>
Diana Caessa, Inês Alves, Leandro Pinto, Mariana Francisco, Rafael Barreiros.....	47
<b>E quando os pais elegem Terapêuticas Não Convencionais? .....</b>	<b>49</b>
Andreia Almeida, Sara Paixão, Cláudia Esteves, Ernestina Silva .....	49
<b>O Peso do Internamento Compulsivo na Ética do Cuidar .....</b>	<b>50</b>
Catarina Vitorino, Ernestina Silva, Lúcia Casimiro, Rui Paixão .....	50
<b>Aborto: Direito à Vida Vs. Direito ao Corpo? .....</b>	<b>52</b>
Leonor Silva, Raquel Alves, Tiago Soares, Ernestina Silva .....	52
<b>O Enfermeiro perante práticas de distanásia: o exercício da objeção de consciência ....</b>	<b>53</b>
Malés Ana, Coelho Marisa, Santos Raquel, Ernestina Silva .....	53

## PREFÁCIO

O Seminário de Bioética da Comissão de Ética da ESSV tem sido nos últimos anos um evento importante para o aprofundar do discernimento ético e um espaço privilegiado para debater e reflectir sobre temas atuais, dando ênfase à promoção do respeito da pessoa e dignidade do ser humano. Este ano o título "Humanizar é preciso!" surge como um apelo à melhoria da humanização ou por outras palavras à melhoria da dignidade do ser humano.

Não podemos descorar, e a partir da experiência clínica é uma das conclusões que se podem colher, a importância da descoberta da dignidade através da relação com o outro que se encontra em sofrimento. Isto é, a dignidade de quem sofre e a dignidade que ressalta naqueles que lidam de perto com quem sofre. Deste modo, a busca, a procura dos sentidos da dignidade e das formas da sua violação - e o impacto no bem-estar físico, mental e social - pode ajudar a descobrir um novo universo do sofrimento humano o qual a bioética tem procurado demonstrar.

Importa, pois, a procura da dignidade humana alicerçada nas responsabilidades, ligada a expressões que vão desde a "qualidade de vida", ao "cuidado", à "carícia", à "compaixão".

E tanto é, que hoje em dia, não podemos falar de direitos sem ao mesmo tempo referir as responsabilidades que deles decorrem. Deste modo, os comportamentos que menos dignificam o próprio são os que menos dignificam os outros, sobretudo os mais débeis e vulneráveis. Lembramos as crianças, os idosos, os doentes, os excluídos ou mesmo o estudante ou profissional que por várias razões, desde a falta de poder à falta de amor, se encontram em situação de vulnerabilidade.

De facto, todos temos a noção de que na relação enfermeiro/doente, médico/doente ou qualquer outro profissional de saúde/doente a humanização dos cuidados de saúde é um alto baluarte. Contudo, com frequência somos confrontados com episódios de desumanização que se prendem com a tecnologia emergente, com o cansaço, com a falta de meios ou recursos, entre outros. A nova cultura face aos desafios da internet e informática criou vários desafios e é importante refletir sobre algumas questões: Será que os médicos ou enfermeiros vão junto dos doentes ou simplesmente porque podem aceder a toda a informação on-line, consultam os seus dados e não vão falar com os doentes? Será que os exames auxiliares de diagnóstico não são hoje hipervalorizados em detrimento das queixas ou exame clínico do doente? Será que o segredo profissional é salvaguardado? Será que os profissionais de saúde atendem à comunicação, espiritualidade, apoio à família e trabalho em equipa, para além do controlo de sintomas? Será que estamos a perder a arte preciosa de cuidar da pessoa? Como perspetivamos o dever de conferirmos a dignidade de sermos humanos?

A realização deste Seminário cumpriu amplamente com os objectivos propostos. Para isso contamos com vários contributos e a todos manifesto um reconhecido bem-haja. Em primeiro lugar aos ilustres conferencistas convidados Prof. Doutor Filipe Almeida, Dr. Ermida Rebelo, Dr<sup>ª</sup> Aura Miguel, Prof. Doutor Joaquim Mourato, Dr. Miguel Sousa, Dr<sup>ª</sup> Daniela Rodrigues e Dr<sup>ª</sup> Elizabete Magalhães. Em segundo lugar um agradecimento aos colegas da Comissão de Ética da ESSV, à Dr<sup>ª</sup> Helena Solheiro da Comissão de Ética do CHTV e aos estudantes do 28<sup>º</sup> CLE pelo envolvimento na organização do Seminário. Um agradecimento especial aos colegas da Comissão Científica pelas tarefas inerentes às apresentações das comunicações orais e pósteres. Um agradecimento ainda para o Nuno Mendes e Cristina Lima pela capa e formatação do texto.

A eficácia dos nossos esforços nesta missão de elucidar, instruir, questionar e sensibilizar não é possível mensurar. Fazemos apenas uma parte, mas cada um, juntamente com todos, podemos defender que com ética e respeito se expressem as diferenças e especificidades, num trilho que é o caminho da procura da felicidade. Desejamos que sejam felizes!... e que se sintam felizes ao consultar este e-book que apesar da sua singeleza não deixa de merecer um imenso valor.

ERNESTINA MARIA V. BATOCA SILVA  
Presidente da Comissão de Ética  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Instituto Politécnico de Viseu



ARTIGOS COMPLETOS



## AS INSTITUIÇÕES DO ENSINO SUPERIOR: VALORIZAÇÃO DO CAPITAL HUMANO

Joaquim Mourato <sup>1</sup>, Paula Oliveira <sup>1</sup>, Adriano Pedro <sup>1</sup>, Miguel Arriaga <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Politécnico de Portalegre;  
Contacto: [amourato@ippportalegre.pt](mailto:amourato@ippportalegre.pt)

### RESUMO

**Introdução:** O Ensino Superior é tido como estruturante na formação do *Capital Humano* pelo que, primeiro que tudo, deve apostar na valorização dos seus colaboradores. Só com professores e investigadores cada vez mais qualificados é possível formar e valorizar a comunidade. Neste enquadramento viramos o nosso olhar para o interior das instituições de ensino superior, como ponto de partida da valorização do *Capital Humano*. O conhecimento, a experiência, a competência, os valores, a motivação, a satisfação de todos os colaboradores e a cultura organizacional devem ser requisitos determinantes, mais dinâmicos, que proporcionem a diferenciação e promovam uma identidade de instituição. As Instituições de Ensino Superior têm que estar preparadas adequadamente e afirmar plenamente a sua aptidão, para fazer face aos novos desafios impostos pelas necessidades sociais emergentes num contexto de transformação e crescimento da ciência e tecnologia, e na sua missão de produção e difusão do conhecimento científico. Uma Instituição de Ensino Superior só pode transmitir aquilo que é, por isso, para que seja eficaz na formação e na investigação, tem que ela própria se valorizar internamente, seguir uma cultura organizacional de melhoria contínua.

A OCDE (1998) definiu *Capital Humano* como o conhecimento, as aptidões, as competências e outros atributos incorporados nos indivíduos que são relevantes para a atividade económica. Pode ser determinado pelo conjunto de qualidades, valores, motivações e saúde de um indivíduo, influenciando a sua competência e produtividade no local de trabalho, pelo que, tem que ser visto como forma de investimento para produção de benefícios e aumento de resultados.

O investimento no *Capital Humano* deve ser contínuo e usado de forma inteligente como factor diferenciador para o desenvolvimento intelectual, competência técnica e científica, ambos geradores de qualidade e sucesso, individuais e organizacionais.

A capacidade demonstrada por pessoas é gerida pelo constante processo adaptativo do conhecimento (Ponchirrolli, 2011).

É sabido que a maioria das pessoas desempenham o seu trabalho de forma mais empenhada e adequada quando gostam do que fazem e quando acham que aquilo que fazem é significativo. Os profissionais de sucesso satisfazem as suas necessidades em objetivos organizacionais através de metas particulares. Não trabalham simplesmente porque receberam uma ordem, mas porque valorizam o que fazem e querem fazer (Maccoby, 2006). A satisfação no trabalho é um sentimento agradável que resulta da percepção de que o nosso trabalho realiza ou permite a realização de valores importantes relativos ao próprio trabalho (Wagner; Hollenbeck, 1999). Os valores são elementos fundamentais para formar a identidade individual, mas também a identidade organizacional, pois podem aproximar um grupo de pessoas fomentando um sentimento de pertença e um desejo de partilhar e satisfazer necessidades, objetivos e metas comuns.

A compreensão dos valores associados ao trabalho pode potenciar o desenvolvimento de estratégias para a promoção de bem estar dos trabalhadores, bem como a melhoria dos resultados da organização, através da sua motivação. (Pato e Tamayo, 2008)

A motivação pode ser entendida como uma força impulsionadora que leva a pessoa a agir de determinada forma e dá origem a determinado comportamento para satisfazer as suas necessidades ou desejos, havendo forças motivacionais distintas em momentos distintos que afetam de forma diferente o modo de encarar a vida e o trabalho. Ainda que algumas ações humanas ocorram sem motivação, a grande maioria dos comportamentos conscientes são motivados (Abreu, 2008).

Herzberg (1966) considerou dois tipos de fatores associados à motivação no trabalho: os fatores higiénicos, como a cultura empresarial, a relação com os superiores ou colegas, as condições de trabalho, o rendimento, o horário, todos estão relacionados com o contexto de trabalho, não contribuem diretamente para a satisfação no trabalho, mas impedem a insatisfação com o mesmo; os fatores motivacionais como a realização, o reconhecimento, progressão na carreira, o conteúdo funcional, a responsabilidade, o desenvolvimento pessoal, estão relacionados com o conteúdo do trabalho e contribuem diretamente para a satisfação, sendo estes, os únicos capazes de motivar os indivíduos e promover elevados níveis de satisfação. Esta teoria alerta para a necessidade de tornar mais interessante o conteúdo e enriquecimento do trabalho, através do qual a organização pode oferecer ao trabalhador mais desafios, responsabilidades, autonomia e realização, desenvolvendo desta forma os fatores de motivação (Sekiou et al.,2001).

Na Teoria das Necessidades de Maslow cada ser humano preocupa-se em satisfazer as suas necessidades pessoais e profissionais de forma hierárquica, em que as necessidades consideradas de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto, como uma pirâmide hierárquica para atingir a sua auto-realização.

As teorias de motivação de Maslow e Herzberg são concordantes relativamente aos factores que influenciam a motivação e satisfação no trabalho.

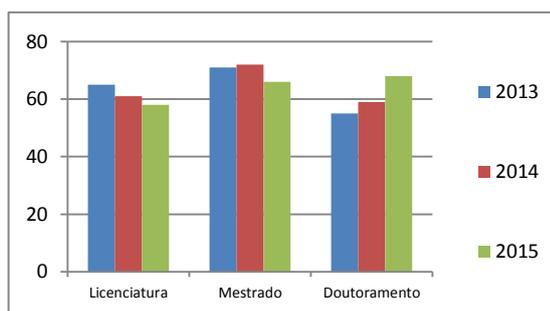
O dia-a-dia de uma Instituição de Ensino Superior é complexo, sendo vital para a sua sustentabilidade a participação eficaz e motivada dos seus recursos humanos. A motivação para o trabalho pode ter origem, quer na pessoa, quer no contexto, traduzindo-se pela autodeterminação movida pela necessidade/satisfação de concretização daquilo que mais valoriza, daí a importância do estudo dos valores dos seus colaboradores, pois estes são determinantes do seu comportamento e desempenho. Este estudo aplica-se ao Instituto Politécnico de Portalegre e tem como objetivo conhecer a Valorização do seu Capital Humano e relacioná-la com a satisfação dos seus colaboradores e estudantes.

**Metodologia:** A opção metodológica adoptada resulta da combinação de uma análise documental (relatórios de avaliação de satisfação dos colaboradores do IPP de 2013, 2014 e 2015, relatórios das matriculas dos estudantes do IPP de 2013, 2014 e 2015 e relatórios de avaliação dos serviços do IPP pelos estudantes) e de um estudo quantitativo, exploratório, transversal e descritivo. A população seleccionada foram os trabalhadores, docentes e não docentes, do IP Portalegre, num total de 338 sendo que 192 são docentes e 146 são funcionários não docentes. Para a recolha de dados utilizou-se o questionário sobre Valores Associados ao Trabalho de Pentti Sinisalo e Larissa Shvets, adaptado por N. Lima Santos (1999) e o Questionário de valores pessoais de Shalom H. Schwartz, recriado por Prioste, Narciso & Gonçalves (2010). Foi enviado por correio electrónico através do Google Docs à totalidade dos colaboradores do IPP tendo sido consideradas as respostas realizadas nas duas semanas seguintes ao envio do questionário, obtendo-se 87 respostas a que corresponde uma taxa de resposta de aproximadamente 26%. A análise estatística dos dados foi realizada através do

programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows*, versão 20.0 e os dados apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

### O Capital Humano no IPP

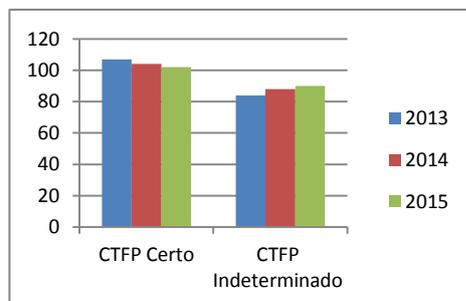
Quanto à qualificação do pessoal docente também se verificou uma significativa melhoria nos últimos três anos. Passou-se em 2013 de 65 licenciados, 71 mestres e 55 doutorados para 58 licenciados, 66 mestres e 68 doutorados em 2015. Em Dezembro de 2015 o IPP tem uma taxa de doutores de 35,5% e se a estes acrescentarmos os 28 especialistas do ensino superior politécnico (Dec-Lei 206/2009 de 31 de agosto), resulta numa taxa de 50% de doutorados e especialistas. Se recuarmos a 2009 temos uma taxa de 12% de doutorados.



Face ao número de docentes em doutoramento prevê-se, a curto prazo, um crescimento acentuado da qualificação.

Relativamente ao tipo de vínculo dos docentes, em 2013 havia 107 docentes com Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Certo e 84 por Tempo Indeterminado, no final de 2015 havia 102 a Termo Certo e 90 por Tempo

Indeterminado, verificando-se uma maior estabilidade do emprego apesar da situação económico-financeira que Portugal tem atravessado.



Nas atividades de investigação e desenvolvimento também foi notória a sua evolução, verificando-se um crescimento de 140% nas publicações em revistas científicas com revisão por pares se compararmos 2013 com 2015.

Da análise dos Relatórios da Avaliação de Satisfação dos Colaboradores e dos Relatórios das Matrículas dos Estudantes, ambos dos últimos 3 anos, ressalta numa melhoria progressiva no grau de satisfação dos colaboradores em todos os itens avaliados. Apresentam-se de seguida alguns resultados, tendo como indicador o ano de 2015.

Relativamente às condições de trabalho, grande parte dos colaboradores considera estar muito satisfeito ou satisfeito com a igualdade de oportunidades e tratamento (91%), a flexibilidade de horário (79%), as relações interpessoais (79%), condições de segurança (91%), condições de higiene (91%), tratamento dado às questões sociais e ambientais (79%) e instalações (87%). As atividades

sociais são as que apresentam menor satisfação, apesar do aumento verificado, com 55% de satisfeitos ou muito satisfeitos.

Na satisfação com o desenvolvimento da carreira e das competências, sobressai como satisfeito ou muito satisfeito as oportunidades criadas pela organização para desenvolver novas competências (59%) e as ações de formação realizadas pela organização (68%)

Quanto ao envolvimento ativo dos trabalhadores na organização a grande maioria está satisfeita ou muito satisfeita

em relação aos mecanismos de consulta e diálogo entre colaboradores e dirigentes (70%), ao seu envolvimento nas atividades de melhoria contínua (65%) e no envolvimento nos processos de tomada de decisão (62%).



Em relação à satisfação com os níveis de motivação dos colaboradores, a grande parte deles está muito satisfeita ou satisfeita com a motivação para sugerir melhorias (76%), motivação para participar em projetos de mudança na organização (74%), motivação para participar em ações de formação (76%), motivação para desenvolver trabalho em equipa (77%) e motivação para aprender novos métodos de trabalho (76%). De evidenciar o aumento significativo nos últimos três anos, do número

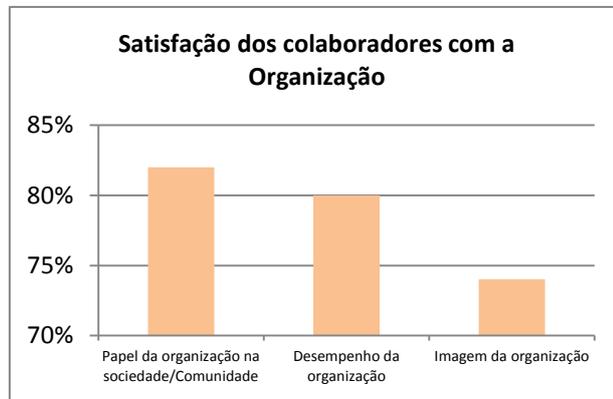


de trabalhadores muitos satisfeitos com a sua motivação.

Quando analisamos a satisfação dos colaboradores com o acesso à informação, ressalta como satisfeitos ou muito satisfeitos os itens resultados da instituição (77%), objetivos do colaborador (72%), objetivos da instituição (82%) e iniciativas de organização do IPP (85%).

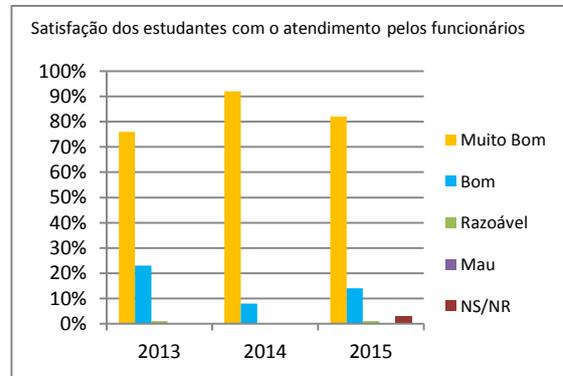
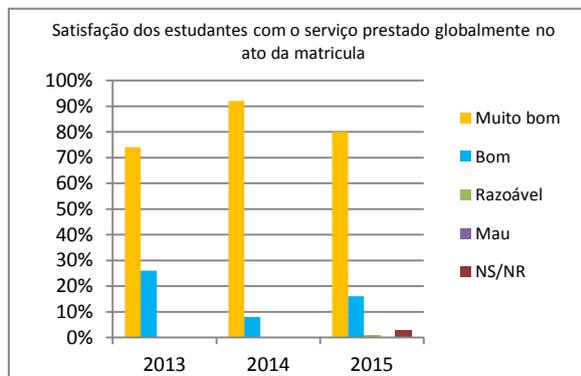


Na satisfação dos colaboradores com a organização, releva-se o satisfeito ou muito satisfeito com o papel da organização na sociedade/comunidade (82%), com o desempenho da organização (80%) e a imagem da organização (74%).



Quando se procurou conhecer a satisfação global dos colaboradores do IPP verificou-se que 80% identificaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a organização, sendo que apenas 1% se identificou como insatisfeito.

Do Relatório de satisfação dos Estudantes com o processo de matrículas, destaca-se os resultados de satisfação com o serviço prestado globalmente (os muito satisfeitos passaram de 74% para 80%) e com o atendimento pelos funcionários (os muito satisfeitos aumentaram de 76% para 82%).



No sentido de compreender a percepção da importância que os colaboradores atribuem aos valores pessoais e os associados ao trabalho, resultou da aplicação do questionário que, de uma população de N=338 colaboradores do IPP (Docentes e Não Docentes), foram obtidas um total de n=87 respostas validas, n=44 (51,2%) Docentes e n=42 (48,8%) Não Docentes. Das respostas obtidas n=37 (43%) foram de colaboradores do sexo masculino e n=49 (49%) de colaboradores do sexo feminino, sendo a maioria, 74,7% casados. No que respeita à idade 75,8% dos colaboradores tem idade superior aos 42 anos de idade, sendo que desses 37,9% tem idade superior a 50 anos de idade.

Do total de respostas recebidas, verificou-se que 80,5% (n=70) dos colaboradores tem Contrato em Funções Publicas por tempo indeterminado, sendo que 19,5% (n=17) tem como vínculo contratual, contrato a termo certo.

O questionário utilizado utiliza escalas de *Likert*, sendo 1 Nada Importante e 5 Muito importante. Dos três grandes dimensões de análise, do questionário formulado, Valores Associados ao Trabalho,

Motivação no Trabalho e Valores Pessoais importa apresentar os mais relevantes resultados verificados

Tabela 1. Valores Associados ao Trabalho

	N	Mínimo	Máximo	Média
Atividades/funções variadas	86	2	5	4,07
Interessante/motivador	87	1	5	4,38
Adquirir formação/informação	87	3	5	4,49
Aplicar conhecimentos/competências	87	3	5	4,52
Bem remunerado	86	1	5	4,31
Estável/seguro	86	2	5	4,49
Não exigente intelectual/fisicamente	84	1	5	2,80
Horário adequado	87	1	5	4,14
Bom ambiente com os colegas	87	3	5	4,51
Bom ambiente com superiores hierárquicos	87	3	5	4,48
Compatível com a vida familiar	87	3	5	4,56
Ética e transparência	87	2	5	4,61
Excelência organizacional	87	2	5	4,41
Envolvimento e orientação para as partes interessadas	87	2	5	4,31
Subsidiariedade	87	2	5	3,97
Desenvolvimento sustentável	87	2	5	4,23
Respeito por opiniões diferentes	87	2	5	4,49

No que respeita aos valores associados ao trabalho, os três mais referidos pelos colaboradores são os da “Ética e transparência”, o “Compatível com a vida familiar” e o “Bom ambiente com os colegas” com valores médios, respetivamente, de  $x= 4.61$ ,  $X=4.56$  e  $X=4.51$ . em sentido contrário, os três menos referenciados foram “Não exigente intelectual/fisicamente”, “Subsidiariedade” e “Atividades/funções variadas” com valores médios, respetivamente, de  $x= 2.80$ ,  $X=3.97$  e  $X=4.07$ .

Tabela 2. Função e Ética e transparência

		Ética e transparência				
		Pouco importante				
		importante	Indiferente	Importante	Muito Importante	Total
Função	Docente	1	1	13	29	44
	Não Docente	0	0	16	27	43

A análise da tabela mostra que 2 Docentes consideraram a ética e transparência como “Pouco importante” ou “Indiferente”, enquanto a totalidade dos Não docentes considerou “Importante” ou “Muito Importante”.

Tabela 3. Função e Compatível com a vida familiar

		Compatível com a vida familiar			Total
		Indiferente	Importante	Muito Importante	
Função	Docente	1	14	29	44
	Não Docente	0	22	21	43

Já na compatibilização com a vida familiar, apenas n=1 docente considerou “Indiferente”, tendo a restante totalidade dos participantes respondido “importante” ou “Muito importante”.

Tabela 4. Motivação no trabalho

	N	Mínimo	Máximo	Média
Remuneração	87	2	5	4,47
Perspetivas de progressão na carreira	87	1	5	4,54
Elogios pelos colegas	87	1	5	4,03
Reconhecimento do trabalho pelos superiores hierárquicos	87	1	5	4,53
Receber feedback pelo trabalho realizado	87	3	5	4,56
Prestígio/reconhecimento social	87	1	5	3,84
Ambiente organizacional	87	1	5	4,38
Possibilidade de formação contínua	87	1	5	4,31
	87	1	5	4,56

Na dimensão de análise Motivação no trabalho, são de destacar, como apresentando as mais altas médias de resposta a “Possibilidade de formação contínua” e “Receber feedback pelo trabalho realizado”, ambas com média de respostas de  $x=4,56$ . Em sentido contrário, referiram o “Prestígio/reconhecimento social” ( $X=3.84$ ) e “Elogios pelos colegas” ( $X=4.03$ ) como menos motivadores no trabalho.

Tabela 5. Função e Possibilidade de formação contínua

		Possibilidade de formação contínua				Total
		Nada importante	Indiferente	Importante	Muito Importante	
Função	Docente	0	2	25	17	44
	Não Docente	1	2	23	17	43

A possibilidade de formação contínua, não apresentou grandes diferenças pela função, tendo a grande maioria dos docentes e Não docentes, considerado “Importante” (n=48) ou “Muito Importante” (n=34).

Tabela 6. Função e Receber feedback pelo trabalho realizado

		Receber feedback pelo trabalho realizado			Total
		Indiferente	Importante	Muito Importante	
Função	Docente	2	20	22	44
	Não Docente	1	12	30	43

Já no que concerne ao receber feedback pelo trabalho realizado, a maioria das respostas independentemente da função, foca-se no “importante” ou “Muito importante”.

Tabela 7. Valores Pessoais

	N	Mínimo	Máximo	Média
Igualdade/Equidade	87	1	5	4,56
Justiça	87	4	5	4,74
Não discriminação	87	1	5	4,60
Liberdade	87	4	5	4,54
Família	87	4	5	4,77
Prazer/Alegria	87	1	5	4,51
Amor	87	1	5	4,39
Amizade	87	1	5	4,45
Atividade laboral	87	1	5	4,38
Altruismo	87	1	5	4,31
Lealdade	87	3	5	4,71
Humildade/modéstia	87	3	5	4,63
respeito	87	4	5	4,82
Responsabilidade	87	4	5	4,74
Solidariedade	86	1	5	4,55
Religiosidade/espiritualidade	87	1	5	3,57
Esperança	87	1	5	4,28

A dimensão Valores Pessoais apresentou como mais altas médias de resposta, “Respeito” (X=4.82) e “Família” (X=4.77). Os valores pessoais menos valorizados foram a “Religiosidade/espiritualidade” (X=3.57) e a “Esperança” (X=4.28). Esta dimensão foi a que apresentou as mais elevadas médias de resposta.

Tabela 8. Função e Família

		Valores pessoais [Família]		Total
		Importante	Muito Importante	
Função	Docente	12	32	44
	Não Docente	8	35	43

Relativamente às respostas entre a Função e a importância da família, as respostas centraram-se entre o Importante (n=20) e o Muito Importante (n=67)

Tabela 9. Função e Respeito

		Respeito		Total
		Importante	Muito Importante	
Função	Docente	8	36	44
	Não Docente	8	35	43

Na análise da Tabela 9, verifica-se também uma confluência de respostas entre a Função e o respeito, centrando-se as respostas entre o Importante (n=16) e o Muito Importante (n=71).

**Discussão dos resultados:** A análise dos resultados do estudo realizado permite verificar que os valores associados ao trabalho são reportados no estudo como tendo um forte peso, “Importante ou Muito Importante”, na percepção dos colaboradores do IPP. Apesar do referido por Herzberg (1966) que considera “os fatores higiénicos, a cultura empresarial, a relação com os superiores ou colegas, as condições de trabalho, o rendimento, o horário, todos estão relacionados com o contexto de trabalho, não contribuem diretamente para a satisfação”, verificou-se que quanto ao rendimento e horário, apesar do número elevado de respostas como Importante e Muito Importante, não se apresentaram como as variáveis mais importantes. Já no que respeita ao Bom ambiente com colegas e relação com superiores hierárquicos os valores apresentados são dos mais respondidos como “Importante ou Muito Importante”. De destacar que a “Subsidiariedade” é um dos valores assumidos pelo IPP mas pouco valorizado pelos seus colaboradores.

Os colaboradores do IPP identificaram o “receber feedback pelo trabalho realizado” e a “possibilidade de formação continua” como mais motivadores para o trabalho, em detrimento das necessidades de estima ou superiores (Maslow, 1954) ou das motivacionais (Herzberg, 1966).

Relativamente aos valores pessoais dos colaboradores do IPP, verificaram-se as médias mais elevadas em quase todos os valores propostos. Os valores da organização (<http://www.ipportalegre.pt/html1/1o%20polit%C3%A9cnico/1Sistema%20Integrado%20de%20Gest%C3%A3o.aspx>) estão em clara consonância com os individuais identificados pelos colaboradores.

**Conclusões:** Nesta reflexão, leitura dos relatórios e pesquisa realizada foi possível demonstrar uma provável relação positiva entre a mudança da cultura organizacional, a aposta na qualificação do corpo docente e o reforço do vínculo contratual dos colaboradores com o aumento da produção científica e da internacionalização, bem como com a satisfação e a motivação dos colaboradores e dos estudantes.

Os valores associados ao trabalho, o feedback pelo trabalho realizado, a possibilidade de formação continua, bem como a correspondência entre os valores pessoais dos colaboradores com os valores da organização revelaram-se como fontes de motivação.

Por último, o estudo de caso foi bem revelador da relação positiva entre a valorização do capital humano e a motivação e satisfação dos colaboradores. Este é o ponto de partida para que uma instituição de ensino superior cumpra a sua missão com qualidade.

**Palavras-chave** – Capital Humano; Valorização; Motivação e Satisfação;

**Referências Bibliográficas:**

CHIAVENATO, Idalberto. Recursos humanos: o capital humano nas organizações. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

HERZBERG, Frederick (1996). A Teoria Motivação - Higiene in Comportamento Organizacional e Gestão de Empresas. Publicações Dom Quixote (1996).

MASLOW, A.H. (1954). Motivation and Personality, New York: Harper e Row

## PRÁTICAS DE CIDADANIA ATIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Madalena Cunha <sup>1</sup>, Jéssica Figueiredo <sup>2</sup>, Joana Breia <sup>2</sup>, João Pina <sup>2</sup>, Sónia de Almeida <sup>2</sup>, Tiago Oliveira <sup>2</sup>

<sup>1</sup> CI&DETS, Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu;

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu;

Contacto: [joaopina@live.com.pt](mailto:joaopina@live.com.pt)

### RESUMO

**Introdução:** Promover uma cultura de responsabilidade social e cidadania ativa, a par da promoção da excelência na qualificação, é uma problemática atual das instituições de ensino que visam a formação integral dos seus alunos. Não basta conceder as competências científicas e técnicas específicas de cada área, a meta a alcançar é o desenvolvimento integrado de cada estudante enquanto cidadão informado, socialmente responsável e participativo, conhecendo os seus direitos (Santos, Silva & Guedes, 2011, p. 2).

**Objetivo:** Caracterizar as práticas de cidadania ativa dos estudantes do ensino superior. **Métodos:** O estudo em corte transversal de natureza descritiva foi realizado numa amostra de 345 estudantes da ESSV/IPV, maioritariamente mulheres (80.0%), com uma média de idades de 20,82 anos que responderam ao Questionário de Cidadania Ativa e Modo de Agir ético em Estudantes do Ensino Superior (CiAMAE) (Cunha, 2015).

**Resultados:** Na globalidade, 67,0% dos estudantes frequentaram formação sobre Cidadania/Moral/Bioética/Ética/Direito/Valores. Predominou a formação em: Direito (96,1%) e Valores (96,1%), Cidadania (84,8%). A formação foi em média de 31 horas, sendo que 39,7% realizaram 40 ou mais horas. O contexto predominante de formação foi o curso de licenciatura (82,6%). A Prática Ativa de Voluntariado foi assumida apenas por 26,4% estudantes, sendo 34,1% em Lar/Centro de Dia/IPSS e 27,5% em Paróquias/Igreja/Doutrina. Os meios preferenciais para a participação em campanhas de solidariedade social foram: donativo de géneros (87,4%), corridas/caminhadas (34,2%), donativo em dinheiro (32,6%) e trabalho voluntário (23,5%). Da participação em internacionais, destacaram-se a UNICEF (57,8%) e o Banco Mundial Contra a Fome (57,8%). No âmbito nacional salienta-se a participação nas Campanhas do Banco Alimentar Contra a Fome (86,1%) e da Liga Portuguesa Contra o Cancro (76,8%).

**Conclusão:** Os resultados mostram que apesar dos estudantes possuírem formação, não têm práticas consistentes de vivência da cidadania ativa, sugerindo a necessidade de implementar programas educacionais com intervenção em contexto reais, aliando conhecimento e ação numa dialética transformadora das pessoas.

**Palavras-chave** – Cidadania; ensino superior; estudantes;

### INTRODUÇÃO

A Cidadania pode ser definida como uma «condição da pessoa que, como membro de um Estado, se acha no gozo de direitos que lhe permitem participar na vida política». Trata-se de uma definição que, no entanto, é completada, no mesmo dicionário, por uma outra relativa à condição de cidadão em que se afirma que cidadão é «o indivíduo que, como membro de um Estado, usufrui de direitos civis e políticos garantidos pelo mesmo Estado e desempenha os deveres que, nesta condição, lhe são atribuídos» (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, 2007 como citado em Grilo, 2008).

Promover uma cultura de responsabilidade social e cidadania ativa, a par da promoção da excelência na qualificação, é uma problemática atual das instituições de ensino que visam a formação integral dos seus alunos. (Santos, Silva & Guedes, 2011, p. 2).

Não basta conceder as competências científicas e técnicas específicas de cada área, a meta a alcançar é o desenvolvimento integrado de cada estudante enquanto cidadão informado, socialmente responsável e participativo (Santos, Silva & Guedes, 2011, p. 2).

## MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo: **Estudo em corte transversal de natureza descritiva**. Autorizado pelo Presidente da ESSV em 27-07-2015, com Parecer Favorável da Comissão de Ética da ESSV (Parecer nº23/2015, de 29 de Julho, 2015).

Participantes: Amostra não probabilística de **345 estudantes** da ESSV/IPV, **maioritariamente mulheres (80.0%)**, com uma média de idades de **20,82 anos**.

Objetivo: Caracterizar as práticas de cidadania ativa dos estudantes do Ensino Superior.

Instrumento de Colheita de Dados: Questionário de Cidadania Ativa e Modo de Agir ético em Estudantes do Ensino Superior (CiAMAE) (Cunha, 2015).

## RESULTADOS

Na globalidade, **67,0% dos estudantes** frequentaram formação sobre Cidadania/Moral/Bioética/Ética/Direito/Valores. **Predominou a formação em:** Direito (96,1%), Valores (96,1%) e Cidadania (84,8%).

**Tabela 1** – Estatísticas sobre a frequência de formação no âmbito da Cidadania, Moral, Bioética/ética, Direito e Valores

Variáveis	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (68)	% (19.7)	Nº (277)	% (80.3)	Nº (345)	% (100.0)
<b>Formação</b>	37	54.4	194	70.0	231	67.0
<b>Formação em Direito</b>	36	97.3	186	95.9	222	96.1
<b>Formação em Valores</b>	36	97.3	186	95.9	222	96.1
<b>Formação em Cidadania</b>	31	83.8	165	85.1	196	84.8
<b>Formação em Moral</b>	27	73.0	110	56.7	137	59.3
<b>Formação em Bioética/Ética</b>	2	5.4	37	19.1	39	16.9

A formação foi em **média de 31 horas**, sendo que **39,7% realizaram 40 ou mais horas**. O contexto predominante de formação foi o **curso de licenciatura (82,6%)**.

Tabela 2 – Estatísticas sobre o número de horas de formação e o contexto de aquisição da formação

Variáveis	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		Nº	%	Nº	%
<b>N.º de horas de formação</b>						
<= 19 horas	10	37.0	34	31.2	44	32.4
20-38 horas	9	33.3	29	26.6	38	27.9
>= 40 horas	8	29.6	46	42.2	54	39.7
<b>Adquiriu formação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
	(37)	(16.0)	(194)	(84.0)	(231)	(100.0)
<b>Curso de Licenciatura</b>	31	83.8	159	82.4	190	82.6
<b>No Ensino Básico</b>	11	29.7	86	44.3	97	42.0
<b>No Ensino Secundário</b>	11	29.7	65	33.5	76	32.9
<b>Na família</b>	11	29.7	49	25.3	60	26.0
<b>Formação Contínua</b>	11	29.7	29	14.9	40	17.3
<b>Curso de Mestrado</b>	-	-	1	0.5	1	0.4
<b>Curso de Doutoramento</b>	27	2.7	-	-	1	0.4

A Prática Ativa de Voluntariado foi assumida apenas por **26,4% estudantes**, sendo **34,1% em Lar/Centro de Dia/IPSS** e **27,5% em Paróquias/Igreja/Doutrina**.

Tabela 3 – Estatísticas sobre o local de prática ativa de voluntariado

Variáveis	Sexo		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(68)	(19.7)	(277)	(80.3)	(345)	(100.0)
<b>Prática voluntária</b>	17	25.0	74	26.7	91	26.4
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
	(17)	(18.7)	(74)	(81.3)	(91)	(100.0)
<b>Lar/Centro de Dia/IPSS</b>	4	23.5	27	36.5	31	34.1
<b>Paróquia/Igreja/Doutrina</b>	1	5.9	24	32.4	25	27.5
<b>Bombeiros Voluntários</b>	9	52.9	7	9.5	16	17.6
<b>Banco Alimentar Contra a Fome</b>	2	11.8	11	14.9	13	14.3
<b>Instituição de saúde</b>	1	5.9	6	8.1	7	7.7
<b>Junta de Freguesia</b>	1	5.9	5	6.8	6	6.6
<b>Instituto de Ensino Superior</b>	1	5.9	3	4.1	4	4.4
<b>Cruz Vermelha Portuguesa</b>	-	-	2	2.7	2	2.2
<b>Centro prisional</b>	-	-	1	1.4	1	1.1
<b>ATL Satão</b>	-	-	1	1.4	1	1.1
<b>Cantinho dos Animais</b>	-	-	1	1.4	1	1.1
<b>Abandonados de Viseu</b>	-	-	1	1.4	1	1.1
<b>Comunidade Doroteia</b>	-	-	1	1.4	1	1.1
<b>Empresas Desportivas</b>	-	-	1	1.4	1	1.1
<b>Giro HC - Associação de Pessoas com Diabetes</b>	1	5.9	-	-	1	1.1
<b>Programa Marés Vivas - Câmara de Cascais</b>	1	5.9	-	-	1	1.1

Os meios preferenciais para a participação em campanhas de solidariedade social foram: **donativo de géneros (87,4%)**, **corridas/caminhadas (34,2%)**, **donativo em dinheiro (32,6%)** e **trabalho voluntário (23,5%)**.

Tabela 4 – Estatísticas sobre a preferência de realização da participação nas campanhas de solidariedade social

Variáveis	Sexo		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(68)	(19.7)	(277)	(80.3)	(345)	(100.0)
<b>Donativo de géneros</b>	44	88.0	205	87.2	249	87.4
<b>Corridas/caminhadas</b>	11	22.4	86	36.6	97	34.2
<b>Donativo em dinheiro</b>	18	36.0	75	31.9	93	32.6
<b>Trabalho de voluntariado</b>	11	22.0	56	23.8	67	23.5
<b>Donativo de dias de trabalho</b>	5	10.0	13	5.5	18	6.3
<b>Outros</b>	1	2.0	2	0.9	3	1.1

Da participação em campanhas internacionais, destacaram-se a **UNICEF (57,8%)**, o **Banco Mundial Contra a Fome (57,8%)** e a **AMI (34,4%)**.

**Tabela 5 – Estatísticas sobre participação em campanhas de âmbito internacional**

Campanhas de âmbito nacional, organizadas por	Nº (48)	% (17.5)	Nº (277)	% (82.5)	Nº (275)	% (100.0)
UNICEF	27	56.3	132	58.1	159	57.8
Banco Mundial Contra a Fome	35	71.4	124	54.9	159	57.8
AMI	21	42.9	74	32.6	95	34.4
Médicos do Mundo	13	26.5	60	26.5	73	26.5
Alto Comissário de Apoio aos Refugiados	12	24.5	36	15.9	48	17.4

No âmbito nacional salienta-se a participação nas **Campanhas do Banco Alimentar Contra a Fome (86,1%)**, da **Liga Portuguesa Contra o Cancro (76,8%)** e dos **Bombeiros Voluntários Portugueses (56,9%)**.

**Tabela 6 – Estatísticas sobre participação em campanhas de âmbito nacional**

Campanhas de âmbito nacional, organizadas por	Nº (50)	% (17.8)	Nº (231)	% (82.2)	Nº (281)	% (100.0)
Banco Alimentar Contra a Fome	44	88.0	198	85.7	242	86.1
Liga Portuguesa Contra o Cancro	39	78.0	176	76.5	215	76.8
Bombeiros Voluntários Portugueses	31	62.0	129	55.8	160	56.9
Outras	23	33.8	50	18.1	73	21.2

## CONCLUSÕES

Os resultados mostram que apesar dos estudantes possuírem formação, **não têm práticas consistentes de vivência da cidadania ativa (apenas 26,4% participam em ações de voluntariado)**, sugerindo a **necessidade de implementar programas educacionais com intervenção em contextos reais**, aliando conhecimento e ação numa dialética transformadora das pessoas.

**O pilar essencial para a construção da Cidadania Ativa assenta na Educação para os Valores, desenvolve-se na Família e amplia-se na Escola.**

## AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento à Professora Doutora Madalena Cunha e ao Professor Doutor João Duarte, docentes da Escola Superior de Saúde de Viseu, por todo o apoio e dedicação demonstrados na realização deste estudo preliminar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

Santos, P.; Silva, M. & Guedes, A. (2011). *O Voluntariado como Elemento de Aprendizagem e de Empregabilidade*. Ano Europeu do Voluntariado 2011: Corpo Nacional de Escutas – Escutismo Católico Português. Acedido em <http://www.aev2011.cne-escutismo.pt/PDF/Voluntariado/O%20VOLUNTARIADO%20COMO%20ELEMENTO%20DE%20APRENDIZAGEM.pdf>

Grilo, M. (2008). *Educar para a Cidadania*. Biblioteca InfoEuropa - Biblioteca de Informação Europeia em língua portuguesa. Acedido em <http://ftp.infoeuropa.euroid.pt/files/database/000042001-000043000/000042092.pdf>

## E QUANDO OS PAIS ELEGEM TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS?

Andreia Almeida<sup>1</sup>, Sara Paixão<sup>1</sup>, Cláudia Esteves<sup>1</sup>, Ernestina Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudantes do CMESIP, ESSV

<sup>2</sup> Professora na ESSV

Contacto: sarapaixao@yahoo.com.br

### RESUMO

**Introdução:** No seu exercício profissional, o enfermeiro vê-se confrontado com a recusa dos pais para com algumas atitudes terapêuticas, relacionadas com a medicina convencional, preferindo as terapêuticas não convencionais. De notar que se tem verificado um aumento da procura da Medicina Alternativa e Complementar em todo o mundo, incluindo Portugal. Torna-se, pertinente esclarecer e refletir com base nos princípios éticos (autonomia, não maleficência e beneficência) sobre a atitude dos profissionais de saúde perante a decisão parental na escolha de cuidados e tratamentos a prestar ao seu filho.

**Métodos:** Efetuada pesquisa bibliográfica em base de dados, na análise de artigos científicos, normas e legislação publicada com posterior reflexão ética acerca do tema.

**Resultados:** Na Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), reitera-se o “interesse superior da criança” tendo ela o direito de “expressar livremente a sua opinião sobre questões que lhe digam respeito e de ver essa opinião tomada em consideração”, de acordo com a sua idade e maturidade e a “liberdade de expressão”. Perante uma recusa terapêutica, que ponha em risco a vida ou a qualidade de vida da criança, o profissional de saúde deve comunicar ao Tribunal de Menores, assumindo este a decisão, em nome do menor. Nas situações comuns e no respeito pelo princípio da autonomia, cabe aos pais e ouvida a criança em função da sua capacidade de discernimento, a decisão sobre qual o tratamento de eleição. Neste processo de escolha de tratamentos, cabe ao profissional de saúde fornecer adequada informação para uma decisão livre e esclarecida, sem nunca colocar os pais numa posição de se sentirem desrespeitados na sua função parental. O interesse da criança deve sempre prevalecer.

**Conclusões:** A atitude do profissional de saúde deve ter como base princípios éticos enunciados. A relação entre profissional e pais/criança será no sentido da percepção que todos possuem o mesmo objetivo, o de promover saúde e/ou bem-estar à criança, e sempre que possível com o envolvimento da criança. No caso de decidir por uma terapia não convencional alertar para que procurem profissionais creditados e com práticas regulamentadas.

**Palavras-chave** – Medicina alternativa, convencional, criança, ética.

### INTRODUÇÃO

A Medicina Convencional tem sido até há poucos anos, praticamente e de forma geral, a primeira, se não a única, opção de tratamento para as populações, principalmente nas ocidentais. No entanto, têm-se verificado cada vez mais a procura de medicinas não convencionais. Segundo a Organização Mundial de Saúde tem-se verificado um aumento da procura da Medicina Alternativa Complementar em todo o mundo e de acordo com os estudos “Traditional Medicine Strategy 2002-2005 e “National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey” (WHO, 2002) mais de 2 milhões de pessoas recorrem regularmente em Portugal à Medicina Convencional Alternativa. As Medicinas Alternativas são definidas como diagnóstico, tratamento e/ou

prevenção que complementam a Medicina Convencional, satisfazendo a procura não conhecida pela ortodoxia, ou diversificando a conceptual estrutura/enquadramento da medicina (WHO, 2002). Enquanto a primeira diz respeito ao uso das Medicinas Alternativas Complementares em conjunto com a Medicina Convencional, a Medicina Alternativa diz respeito ao uso das Medicinas Alternativas Complementares em substituição à Medicina Convencional. Portanto, a Medicina Convencional e a Medicina Alternativa diferenciam-se na forma como o profissional de saúde a aplica no tratamento do indivíduo. De acordo com estas definições, constata-se que as Medicinas Alternativas Complementares não pertencem às práticas da Medicina Convencional inseridas no Sistema Nacional de Saúde. Existem diversas áreas nas medicinas alternativas, no entanto, segundo a Lei nº 45/2003 de 22 de Agosto “Lei das Terapêuticas Não Convencionais”, estabelece o enquadramento da atividade e do exercício dos profissionais que aplicam as terapêuticas não convencionais, tal como são definidas pela Organização Mundial de Saúde. A presente lei aplica-se a todos os profissionais que se dediquem ao exercício das terapêuticas não convencionais. A Medicina Alternativa aplica processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias. Em Portugal apenas são reconhecidas seis medicinas alternativas: Acupunctura, Homeopatia, Osteopatia, Naturopatia, Fitoterapia e Quiropraxia, com os seguintes princípios orientadores: 1- O direito de opção pelo método terapêutico, baseado numa escolha informada, sobre a inocuidade, qualidade, eficácia e eventuais riscos; 2- A defesa da Saúde Pública, no respeito do direito individual de proteção da saúde; 3- A defesa dos utilizadores, que exige que as terapêuticas não convencionais sejam exercidas com um elevado grau de responsabilidade, diligência e competência, assentando na qualificação profissional de quem as exerce e na respetiva certificação; 4- A defesa do bem-estar do utilizador, que inclui a complementaridade com outras profissões de saúde; 5- A promoção da investigação científica nas diferentes áreas das terapêuticas não convencionais, visando alcançar elevados padrões de qualidade, eficácia e efetividade” (Lei nº 45/2003). Deste modo, é reconhecida a autonomia técnica e deontológica no exercício profissional da prática da Medicina Alternativa. A WHO (2002) aponta como principais causas da procura das Medicinas Alternativas Complementar, a necessidade de uma prestação de cuidados de saúde eficaz, com custos menos elevados e a insatisfação com a ineficácia e/ou os elevados riscos associados às intervenções biomédicas da Medicina Convencional. Em relação às consultas dos médicos convencionais, Furnham (2002) considera que as pessoas se sentem um pouco desapontadas pela falta de tempo que os médicos disponibilizam para as suas consultas. Outro motivo está relacionado com o fato de as pessoas quererem tratamentos sem sofrerem efeitos secundários ou dores durante o processo de cura. Assim, o interesse pelas Medicinas Alternativas Complementares também está relacionado com o fato das pessoas acreditarem que estas práticas são mais naturais e seguras do que a Medicina Convencional (Policarpo, 2012). Outros motivos que levam à procura das Medicinas Alternativas Complementares prendem-se com o fato do Serviço Nacional de Saúde não estar capacitado para responder à crescente procura de consultas e de tratamentos e, ainda, com o custo mais reduzido dos tratamentos e a utilização de técnicas mais simples que não necessitam de recorrer à tecnologia científica (OMS, 2001; Luz, 2005; Nuñez, 2002 citados por Policarpo, 2012). De fato, associado aos tratamentos convencionais estão associados riscos que podem ser considerados de risco aceitável tendo em conta o nível de benefício que trazem para a população, mas o medo dos efeitos secundários prejudiciais de alguns medicamentos, levam as pessoas a procurar terapias alternativas ou complementares sempre que possível, como é o caso dos produtos naturais. Através de uma ótica holística, as Medicinas Alternativas Complementares aplicam técnicas simples, com custos associados mais reduzidos dando ênfase à prevenção e à promoção da saúde, estando mais próximos do utente, estimulando-o a ser mais autónomo na monitorização da sua saúde. Assim sendo, o uso da Medicina Alternativa em pediatria pode estar relacionado com o desejo dos pais de se

envolverem mais na gestão de tratamento dos seus filhos. Apesar dos benefícios, as Medicinas Alternativas Complementares também apresentam alguns riscos que importa conhecer para evitar situações de perigo para a saúde da população. De acordo com a OMS (2005) existe falta de regulamentação dos produtos das Medicinas Alternativas Complementares em muitos países, o que aumenta a preocupação em relação aos consumidores no que diz respeito à segurança e qualidade destes produtos. Face a esta nova realidade com que nos deparamos atualmente, tivemos como objetivo contribuir para a reflexão com base nos princípios éticos (autonomia, não maleficência e beneficência) sobre a atitude dos profissionais de saúde perante a decisão parental na escolha de cuidados e tratamentos a prestar ao seu filho.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Efetuada pesquisa bibliográfica em bases de dados integradas como *EBSCOhost* e *RCAAP*, na análise de artigos científicos, normas e legislação publicadas com posterior reflexão ética acerca do tema.

## **RESULTADOS**

Na Convenção sobre os Direitos da Criança (United Nations Children's Fund [UNICEF], 1989), reitera-se o interesse superior da criança tendo ela o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre questões que lhe digam respeito e de ver essa opinião tomada em consideração, de acordo com a sua idade e maturidade e também tendo em conta o direito à liberdade de expressão. No que diz respeito ao princípio da autonomia, perante uma recusa terapêutica, que ponha em risco a vida ou a qualidade de vida da criança, o profissional de saúde deve comunicar ao Tribunal de Menores, assumindo este a decisão, em nome do menor. Nas situações comuns e no respeito pelo princípio da autonomia, cabe aos pais e ouvida a criança em função da sua capacidade de discernimento, a decisão sobre qual o tratamento de eleição. Se o menor tiver idade  $\geq 16$  anos e discernimento necessário para avaliar o tratamento proposto, pode consentir ou dissentir. O direito à decisão sobre o tratamento assenta no consentimento informado e, implica uma adequada informação para que a decisão seja livre e esclarecida (Portugal, Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015). Em relação ao princípio Beneficência/Não Maleficência, existe obrigação moral de atuar em benefício dos outros e não fazer dano intencionalmente (Busquets, & Tubau, 2011). O profissional de saúde tem o dever de praticar o bem e de promover o bem do doente (Almeida, 2004). Por isso, o interesse da medicina deve coadunar-se com o melhor interesse da família para alcançar o melhor interesse global da criança (Baines, 2008). Neste processo de escolha de tratamentos, cabe ao profissional de saúde fornecer adequada informação para uma decisão livre e esclarecida, sem nunca colocar os pais numa posição de se sentirem desrespeitados na sua função parental. O melhor interesse da criança deve sempre prevalecer.

## **CONCLUSÕES**

A atitude do profissional de saúde deve ter como base os princípios éticos enunciados. A relação entre profissional e pais/criança será no sentido da perceção que todos possuem o mesmo objetivo, o de promover saúde e/ou bem-estar à criança e, sempre que possível, com o envolvimento da criança. No caso dos pais decidirem por uma terapia não convencional, os profissionais de saúde devem alertar para que procurem centros de Medicina Alternativa Complementar creditados e com práticas regulamentadas.

## AGRADECIMENTOS

Deixamos aqui um sincero agradecimento à Professora Doutora Ernestina Batoca Silva pela proposta da reflexão ética e também pela sua disponibilidade e prontidão na sua elaboração. Um bem-haja!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F. N. A. S. (2004). *Ética em pediatria: Uma nova dinâmica num relacionamento vital?* (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9869?locale=pt>
- Baines, P. (2008). Medical ethics for children: Applying the four principles to paediatrics. *Journal of Medical Ethics*, 34(3), 141-145 5p. Acedido em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105890806&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Busquets, E., & Tubau, J. M. (2011). Principios de ética biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioètica & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, 17(64), 1-7. Acedido em [http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat\\_es/article/view/257097](http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/257097)
- Furnham, A. (2002). Complementary and alternative medicine. *The Psychologist*, 15 (5), 228-231.
- Lei nº 45/2003. (2003, Agosto 22). Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais [Portugal]. *Diário da República*, 1(193), pp. 5391-5392. Acedido em <https://dre.pt/application/file/656023>
- Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 015/2013: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>
- Policarpo, M. C. (2012). *Integração das medidas alternativas e complementares no plano nacional de saúde* (Dissertação de mestrado, ISCTE Business School). Acedido em <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/wp-content/uploads/2014/02/tese-monica-policarpo.pdf>
- United Nations Children's Fund. (1989). *A convenção sobre os direitos da criança*. Acedido em [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- World Health Organization. (2002). *WHO traditional medicine strategy 2002-2005*. Geneva: WHO. Acedido em [http://www.wpro.who.int/health\\_technology/book\\_who\\_traditional\\_medicine\\_strategy\\_2002\\_2005.pdf](http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf)
- World Health Organization. (2005). *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey*. Acedido em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s7916e/s7916e.pdf>

## RESUMOS DAS CONFERÊNCIAS

# A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Aura Miguel <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Jornalista na Rádio Renascença

*Contacto:*

## RESUMO

Trata-se de uma conferência que teve como esquema:

Eles procuram sempre fugir das trevas fora e dentro de si sonhando sistemas tão perfeitos que já ninguém precise de ser bom” (T. Elliott, Coros de “A Ro-cha”)

1. Contexto actual e a “anestesia” do Eu
2. Actuais formas de indiferença
3. O outro é um bem para mim?
4. A grande provocação do real
5. O desejo do coração

**Palavras-chave** – Relações interpessoais

## Referências Bibliográficas:

Vários excertos de jornais de visitas do Papá aos vários países do mundo.

## OS APOIOS SOCIAIS DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Miguel Sousa <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Técnico Superior dos Serviços de Ação Social do Instituto Politécnico de Viseu

Contacto: *msousa@pres.ipv.pt*

### RESUMO

Nas sociedades modernas dos nossos dias, nota-se a necessidade e a procura de humanizar cada vez mais e da melhor forma possível as instituições. No entanto, constata-se que nem sempre é alcançado esse objetivo, devido a variadíssimos fatores que se sobrepõem à vontade de o fazer. Os Serviços de Ação Social do Instituto Politécnico de Viseu têm como preocupação real a satisfação dos nossos clientes que são os nossos alunos, tendo como principal objetivo o proporcionar a todos os estudantes matriculados nas várias unidades orgânicas, a igualdade de condições de acesso, frequência e sucesso escolar, garantindo que nenhum estudante será excluído do sistema do ensino superior por incapacidade financeira. Desta forma, toda a atenção é focalizada neles para que assim consigam atingir o objetivo principal e o culminar da sua passagem pela nossa instituição que é o terminarem os seus cursos. Mas também nos importa que se sintam realizados, e acima de tudo, mais felizes, apesar de todas as dificuldades que possam vir a encontrar ao longo da sua vida pessoal e profissional. Por isso, dizemos: “Humanizar é preciso”.

**Palavras-chave** - Objetivo; Satisfação; Humanizar;

**Referências Bibliográficas:** Plano de atividades 2016 dos SASIPV

# O FUNDO DE APOIO AO ESTUDANTE DA ASSOCIAÇÃO ACADÉMICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (FAEAAIPV) E O COMBATE ÀS DIFICULDADES ECONÓMICAS NO ENSINO SUPERIOR

Daniela Rodrigues <sup>1</sup>, Elisabete Magalhães <sup>1</sup>, Cristina Amaro da Costa <sup>2</sup>, Ana Berta Alves <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Associação Académica do Instituto Politécnico de Viseu

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Viseu

<sup>3</sup> Escola Superior de Educação de Viseu

Contacto: [acaosocial.aaipv@outlook.pt](mailto:acaosocial.aaipv@outlook.pt)

## RESUMO

Atendendo à atual conjuntura do país, um dos temas centrais na definição de políticas educativas, no âmbito do ensino superior, é a necessidade de estruturar medidas de apoio aos estudantes, uma vez que a ausência de apoios financeiros por parte do Estado surge como um dos principais motivos para o abandono escolar, pois existem evidências de que os alunos financeiramente apoiados apresentam um menor risco de abandono do que aqueles que não têm qualquer tipo de apoio (Katsarova, 2015; Batista, 2015).

Com o objetivo de analisar as dificuldades económicas sentidas entre os alunos do Instituto Politécnico de Viseu (IPV) foi aplicado, presencialmente, em sala de aula, um inquérito por questionário fechado, a uma amostra de 1286 estudantes das cinco Unidades Orgânicas do IPV, no ano letivo de 2014/2015.

O tratamento dos dados foi efetuado através do recurso ao *Software Microsoft Office Excel 2007* e ao *Software aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Este estudo permitiu concluir que um estudante do IPV gasta em média 318,75€ mensais, incluindo as despesas de alojamento, alimentação, deslocações e material escolar, sendo que estudantes do sexo feminino têm gastos significativamente superiores aos estudantes do sexo masculino.

De entre os inquiridos não bolseiros, encontra-se ainda um número significativo de estudantes (n=430) com despesas mensais inferiores à média de gastos da amostra; porém, se considerarmos que estes estudantes provêm de famílias com rendimentos mais baixos, será lícito inferir que cerca de 30% dos estudantes não bolseiros estariam em condições de poder beneficiar de um apoio como o FAEAAIPV, já que se tratam de estudantes em situação próxima do risco, ou em risco, de abandonar o Ensino Superior e este Fundo visa auxiliar estudantes que não beneficiam de outro tipo de apoio de ação social, através da atribuição bens em espécie (alimentação, material escolar, deslocações).

A implementação deste projeto apresenta como principal limitação a dificuldade que os estudantes têm em pedir ajuda, mesmo quando as dificuldades são acentuadas.

**Palavras-chave** – Ensino superior; Dificuldades económicas; Fundo de apoio ao estudante;

## Referências Bibliográficas:

Baptista, J. (2015). Indicadores de transferência e de abandono no ensino superior Português. Direção-geral de Estatísticas da Educação e Ciência. Obtido de: [http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/FOED731F-7C42-4F19-A1BD2370BBD57226/9017/2\\_ApresentacaoDGEEC.pdf](http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/FOED731F-7C42-4F19-A1BD2370BBD57226/9017/2_ApresentacaoDGEEC.pdf)

Katsarova, I. (2015). Higher education in the EU. Obtido de: <http://epthinktank.eu/2015/04/03/higher-education-in-the-eu-approaches-issues-and-trends/>

RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS

## PRÁTICAS DE CIDADANIA ATIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

Madalena Cunha<sup>1</sup>, Jéssica Figueiredo<sup>2</sup>, Joana Breia<sup>2</sup>, João Pina<sup>2</sup>, Sónia de Almeida<sup>2</sup>, Tiago Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CI&DETS, Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu;

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu;

Contacto: [joaopina@live.com.pt](mailto:joaopina@live.com.pt)

### RESUMO

**Introdução:** Promover uma cultura de responsabilidade social e cidadania ativa, a par da promoção da excelência na qualificação, é uma problemática atual das instituições de ensino que visam a formação integral dos seus alunos. Não basta conceder as competências científicas e técnicas específicas de cada área, a meta a alcançar é o desenvolvimento integrado de cada estudante enquanto cidadão informado, socialmente responsável e participativo, conhecendo os seus direitos (Santos, Silva & Guedes, 2011, p. 2).

**Objetivo:** Caracterizar as práticas de cidadania ativa dos estudantes do ensino superior. Métodos: O estudo em corte transversal de natureza descritiva foi realizado numa amostra de 345 estudantes da ESSV/IPV, maioritariamente mulheres (80.0%), com uma média de idades de 20,82 anos que responderam ao Questionário de Cidadania Ativa e Modo de Agir ético em Estudantes do Ensino Superior (CiAMAE) (Cunha, 2015).

**Resultados:** Na globalidade, 67,0% dos estudantes frequentaram formação sobre Cidadania/Moral/Bioética/Ética/Direito/Valores. Predominou a formação em: Direito (96,1%) e Valores (96,1%), Cidadania (84,8%). A formação foi em média de 31 horas, sendo que 39,7% realizaram 40 ou mais horas. O contexto predominante de formação foi o curso de licenciatura (82,6%). A Prática Ativa de Voluntariado foi assumida apenas por 26,4% estudantes, sendo 34,1% em Lar/Centro de Dia/IPSS e 27,5% em Paróquias/Igreja/Doutrina. Os meios preferenciais para a participação em campanhas de solidariedade social foram: donativo de géneros (87,4%), corridas/caminhadas (34,2%), donativo em dinheiro (32,6%) e trabalho voluntário (23,5%). Da participação em internacionais, destacaram-se a UNICEF (57,8%) e o Banco Mundial Contra a Fome (57,8%). No âmbito nacional salienta-se a participação nas Campanhas do Banco Alimentar Contra a Fome (86,1%) e da Liga Portuguesa Contra o Cancro (76,8%).

**Conclusão:** Os resultados mostram que apesar dos estudantes possuírem formação, não têm práticas consistentes de vivência da cidadania ativa, sugerindo a necessidade de implementar programas educacionais com intervenção em contexto reais, aliando conhecimento e acção numa dialética transformadora das pessoas.

**Palavras-chave – Cidadania; ensino superior; estudantes.**

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Santos,P.; Silva,M. & Guedes, A. (2011). O Voluntariado como Elemento de Aprendizagem e de Empregabilidade. Ano Europeu do Voluntariado 2011: Corpo Nacional de Escutas – Escutismo Católico Português. Acedido em <http://www.aev2011.cne-escutismo.pt/PDF/Voluntariado/O%20VOLUNTARIADO%20COMO%20ELEMENTO%20DE%20APRENDIZAGEM.pdf>

## COMO SE PENSA O FIM DO FIM?

Anabela Guedes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego

Contacto: [aguedes@estgl.ipv.pt](mailto:aguedes@estgl.ipv.pt)

### RESUMO

A abertura do debate para a legalização da eutanásia e do suicídio assistido chamou-nos a contribuir com uma perspetiva que não se resumirá ao esmiuçar terminológico que o tema suscita nem tampouco levar o leitor a definir-se “a favor” ou “contra” a prática da eutanásia. De resto, terá sido esta constante técnica usada para resolver problemas morais que nos incitou a contribuir para a desmistificação de que legalizar ou permitir por lei alguma coisa é, por si só, sinal de evolução da moral de um país que teima em mudar mais rapidamente leis do que apostar em debates esclarecedores que não se resumam à defesa do “a favor” e do “contra”. Temos assistido a alterações relevantes em matérias de grande sensibilidade social e as soluções legislativas não se mostram eficazes sob o ponto de vista de alteração da moral vigente. Tememos que a discussão sobre os chamados temas fraturantes (porque questionam determinadas atitudes e comportamentos, porque põem em causa valores tidos, até há pouco, como irrefutáveis para amplos sectores da opinião pública considerada mais consistente e que almejam a alteração substancial de alguns códigos) se continue a resumir, como antes já verificado, a inúmeras polémicas e trocas de argumentos como foram os casos do aborto, do casamento entre pessoas do mesmo sexo e, mais recentemente, da coadopção. Tememos que voltemos a assistir a mais um pseudodebate sem o acompanhamento pedagógico que era exigido para que as pessoas, em concreto, possam decidir com toda a liberdade e lucidez desejáveis. Urge que matérias como estas reclamem a presença da consciência de cada um, claro está, mas esta formada com base no conhecimento disponível e atuante, à luz da liberdade de decisão pessoal, com o apoio da orientação de quem honestamente esteja capacitado para uma orientação de cunho holístico e humanista. A discussão neste trabalho será feita no âmago da ética filosófica pretendendo-se demonstrar o poder da reflexão filosófica para iluminar esta questão ética da maior importância que está a ser discutida, mas, de um modo geral, cremos, mal discutida.

**Palavras-chave** – pessoa, vida, morte, eutanásia;

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Singer, P.(1993). Practical Ethics. Cambridge: Cambridge University Press  
Galvão, P. (2015). Ética com razões. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos

# INCAPACIDADE FUNCIONAL EM DOENTES PÓS AVC: SUBSÍDIOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Rosa Martins <sup>1</sup>, Sónia Girão <sup>2</sup>, Helena Moreira <sup>3</sup>, Ana Andrade<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde

<sup>2</sup> Centro de Saúde de Felgueiras

<sup>3</sup> Centro Hospitalar Tondela Viseu

Contacto: *rmartins.viseu@gmail.com*

## RESUMO

**Introdução-** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) continua a ser a primeira causa de morte em Portugal, sendo também responsável por índices elevados de incapacidade e dependência funcional na população adulta portuguesa. As intervenções da enfermagem de reabilitação aplicadas de forma continuada têm-se revelado fundamentais na recuperação da independência funcional destes doentes. Assim, é objetivo deste estudo avaliar níveis e determinantes de incapacidade funcional em doentes no pós AVC, em dois grupos: uns com e outro sem programas sistematizados de reabilitação.

**Método-** Estudo quasi-experimental de carácter quantitativo, descritivo, transversal e analítico, no qual participaram 60 indivíduos que sofreram AVC, pertencendo 36 ao grupo experimental e 24 ao grupo de controle. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário composto por questões de caracterização sociodemográfica, de caracterização clínica, uma escala de Apgar Familiar e uma Escala de Medida de Independência funcional (MIF).

**Resultados-** Constatou-se que o grupo de controle possui níveis de incapacidade funcional superiores ao grupo experimental e as variáveis que influenciaram significativamente a independência funcional foram: o género (no comportamento social no G. cont), o estado civil (solteiros/viúvo mais independentes nos cuidados pessoais, controle dos esfíncteres, mobilidade e locomoção no G. exp), habilitações académicas (maior escolaridade maior independência no G. exp) fatores de risco (doentes sem fatores de risco no G. cont são mais independentes nos cuidados pessoais, controle de esfíncteres e locomoção), indivíduos com AVC isquémico são mais independentes nos cuidados pessoais e locomoção, e os que realizaram trombólise são mais independentes nas diferentes dimensões nos dois grupos.

**Conclusões-** As variáveis sociodemográficas e clínicas estão associadas apenas em algumas dimensões da independência funcional dos utentes após o AVC e a reabilitação desenvolvida de forma codos utentes após o AVC e a reabilitação desenvolvida de forma continuada, aumenta o grau de independência dos doentes diminuindo o grau de incapacidade.

**Palavras-chave** – AVC, Incapacidade funcional, reabilitação

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Menoita, E. C. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente. Loures: Lusociência

Shirley, P. (2013) Enfermagem de reabilitação - Processo e aplicação. Lusociência.

## CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA: UMA VISÃO ÉTICA

Ana Ramos<sup>1</sup>, Luís Pinho<sup>2</sup>, Maria Silva<sup>1</sup>, Ernestina Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CHVNGaia/Espinho, EPE, Estudante CMESIP da ESSV

<sup>2</sup> CHSJoão, EPE, Estudante CMESIP da ESSV

<sup>3</sup> Professora da ESSV

Contacto: *luis\_pinhoufp@hotmail.com*

### RESUMO

Atualmente, o crescente conhecimento científico e avanço tecnológico tornam possível uma maior taxa de sobrevivência nas crianças com doenças crónicas e/ou ameaçadoras da sua vida. Surge assim a necessidade de uma resposta vocacionada para um adequado controlo dos sintomas e para a qualidade de vida da criança e sua família, tornando-se imperativo que a medicina curativa e paliativa coexistam.

Perante esta problemática, delineamos como objetivo refletir sobre a importância dos cuidados paliativos pediátricos no cuidar da criança com doença terminal. Como método utilizamos a revisão integrativa da literatura recorrendo a bases de dados como a SciELO e a B-On.

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) são "os cuidados ativos, totais e integrais do corpo, mente e espírito da criança incluindo o apoio à família" (EAPC, 2007). Estes, devem ser iniciados desde o diagnóstico e acompanhar a evolução da doença, quer o final seja a cura ou morte da criança, visando uma abordagem humanizada e holística. Os objetivos dos CPP centram-se na promoção do conforto e na melhoria da qualidade de vida, promovendo o ajustamento da criança e família às alterações impostas pela doença, permitindo uma morte digna com nenhum ou menor sofrimento possível, estendendo-se o apoio ao processo de luto da família.

A atuação em CPP deve ser desenvolvida por uma equipa multidisciplinar não sendo passível de ser minimizada a um protocolo que possa ser aplicado a todos os casos. Numa perspetiva de respeito pela dignidade humana, devemos considerar os princípios da bioética no desenvolvimento do nosso pensamento crítico para cada caso específico. A existência de conflitos éticos é frequente e intensifica-se quando se fala em crianças. De forma a auxiliar a resolução destes conflitos devemos atender aos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Podemos concluir que a abordagem da criança com doença terminal deve ser individual e integrada, tendo em conta o melhor interesse da criança, baseando-se nos valores e crenças de cada família. Em Enfermagem, torna-se imperativo a promoção de um cuidar ético para as crianças e suas famílias, sendo para isso necessário um maior investimento na preparação/formação dos profissionais com o objetivo de garantir a dignidade no viver e também no morrer.

**Palavras-chave** – Cuidados Paliativos; Pediatria; Ética

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

European Association for Palliative Care. (2007). IMPACCT: Normas para a Prática de Cuidados Paliativos Pediátricos na Europa. *European Journal of Palliative Care*, 14 (3), 109-114.

Mendes, J., Silva, L., & Santos, M.(2012). Cuidados Paliativos neonatais e pediátricos para Portugal: um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43 (5), 218-222.

RESUMOS DOS POSTERS

## EUTANÁSIA, NÃO É...

Alison Silva<sup>1</sup>, Ana Pereira<sup>1</sup>, Eunice Seixas<sup>1</sup>, Inês Trigo<sup>1</sup>, Mariana Correia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu  
Contacto: ejcns@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** Etimologicamente o termo eutanásia significa “boa morte”. Na prática médica a eutanásia consiste no culminar deliberado da vida de uma pessoa com doença incurável ou sofrimento intenso a seu pedido explícito, repetido, informado e consciente, pela administração de fármacos letais. Nesta perspectiva a morte pode surgir como clemência e compaixão.

Contudo, a eutanásia não é uma questão fácil nem linear. Independentemente da forma como é praticada e o facto de ser ou não legalizada, implica sempre o aparecimento de várias questões na área ética, científica e religiosa, no que concerne à valorização da vida e o direito ou não de interferir no seu decurso. Por isso é nosso objectivo reflectir e desmistificar o conceito de eutanásia.

**Estado da Arte:** A eutanásia não é a recusa de tratamentos desproporcionados ou a suspensão de tratamentos fúteis, ambas reflectem uma boa prática médica; eutanásia não é a administração de medicamentos opióides e sedativos quando o objectivo é aliviar o sofrimento/dor; eutanásia não é uma “morte digna” pois esta só seria digna se fosse fruto de um processo natural; eutanásia não se afirma como o direito à liberdade de decidir sobre a morte de cada um, pois também não decidimos sobre o nascer; a eutanásia condiciona a legitimidade ética do profissional de saúde pois o ato de matar outra pessoa, ainda que a seu pedido, é proibido no Código Deontológico.

**Conclusões:** Assim, não haverá outros meios para ajudar alguém que quer morrer, sem sermos nós a matá-lo? Segundo Hennezel (2005), 90% dos pedidos de eutanásia desapareceriam se os doentes terminais se sentissem menos sós e se lhes aliviassem melhor o sofrimento. É o que se preconiza com os cuidados paliativos, isto é que não se limitam ao simples tratamento da dor mas derrubam a conspiração do silêncio e põem a pessoa no centro das decisões que lhe respeitam. É o que as equipas de cuidados paliativos fazem ao aliviar o sofrimento de uma pessoa no fim da vida, saber escutar as suas necessidades e respeitar o tempo que lhe resta viver, sem o abreviar ou prolongar.

**Palavras-chave** – Eutanásia; Morte; Ética; Cuidados Paliativos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Comte-Sponville, A., Hennezel, M. & Kahn, A. (2005). Deve a eutanásia ser legalizada? Porto: Campo das Letras.
- Cundiff, D., (1997). A eutanásia não é a resposta. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gouveia, B.,J. & Mota, H., (1998). Vida e direito: reflexões sobre um referendo. Cascais: Principia.
- Osswald, W., (2004). Um fio de ética: exercícios e reflexões. 2ª ed. revista. Coimbra : Gráfica de Coimbra.
- Valls, A. L. M. (2004) - Da ética à bioética. Petrópolis : Vozes.

## CONSENTIMENTO INFORMADO NA CRIANÇA

Carolina Matos<sup>1</sup>, Carolina Capela<sup>1</sup>, Mafalda Mendes<sup>1</sup>, Maria Gomes<sup>1</sup>, Vânia Monteiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu  
Contacto: [catiaapfernandes@gmail.com](mailto:catiaapfernandes@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** O consentimento informado trata-se de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autónoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo a natureza do mesmo, das suas consequências e dos seus riscos (Goldim, 1997). O consentimento só será eficaz se o individuo tiver a competência e o discernimento necessário para avaliar o seu sentido no momento em que o presta. No caso dos incapazes e das crianças até aos 16 anos este direito é exercido pelo representante legal. É nosso objectivo reflectir sobre os desafios do consentimento informado na criança.

**Estado da arte:** O Código Civil, no artigo 1878º, refere que compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-lo, ainda que nascituros, e administrar os seus bens.

Contudo, segundo a Convenção dos Direitos da Criança do artigo 12 (Portugal, 1990) “Os Estados Partes garantem à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões das crianças, de acordo com a sua idade e maturidade”. Mas será que na prática clínica a criança pode exprimir a sua opinião sobre o seu tratamento? Será que a criança é informada sobre o seu estado e situação? Será que é tida em conta a sua opinião?

Pode observar-se no livro “Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa” (Schmitt, 2003), uma nova perspectiva em relação aos sentimentos e angústias de Óscar, uma criança que se encontra em estado terminal. “A compaixão pelo Óscar levava todos a afastá-los de maior sofrimento – a informação sobre a sua doença. Imperava a conspiração do silêncio. Óscar não compreendia, especialmente por parte dos pais, o porquê de lhe esconderem a verdade. Ele censurava e revoltava-se: “Detesto os meus pais. Então detesta-os com toda a força. É a senhora que me diz isso, Vóvó-Rosa? Sim. (...) Assim ficas com um osso para roer. Quando acabares o teu osso, verás que não valia a pena” (Ibid:27). Sofria e interpretava como “têm medo de mim. Não se atrevem a falar comigo”. Uma história de vida que nos ensina entre outras coisas que a criança é dotada de sensibilidade, de encanto e perspicácia e confronta os adultos, levando-os a reflectir nas suas dificuldades de informar com verdade e compaixão não descurando a transmissão da esperança (Silva, 2011).

**Conclusão:** De facto a criança é um ser humano com direitos e sentimentos e temos de ter em conta a sua opinião, considerando a sua autonomia e capacidade de avaliação, de modo a melhor refletir e ponderar a nossa decisão quer para tratamentos, quer outros atos que atentem contra a integridade moral, emocional ou do corpo da criança.

**Palavras-chave** – Consentimento informado, criança, direitos, autonomia.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

Goldim, J.R., (1997). Consentimento Informado. Acedido em [www.bioetica.ufrgs.br/consinf.htm](http://www.bioetica.ufrgs.br/consinf.htm)

Silva, E. M. B., (2011). Reflexão sobre vivência de cuidados paliativos: Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa. Acedido em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/21.pdf>

Schmitt, E. E. (2003). Óscar e a senhora Cor-de-rosa. 2ª ed., Porto, Ambar.

Portugal, UNICEF. (1990). A convenção sobre os direitos da criança. Acedido em [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

## CONTENÇÃO MECÂNICA: CONSENTIMENTO INFORMADO

Ana Cristina Carvalho<sup>1</sup>, Emília Rodrigues<sup>2</sup>, Joana Guilherme<sup>3</sup>, Sandra Rodrigues<sup>4</sup>, Ernestina Silva<sup>5</sup>

<sup>1</sup> USF Grão Vasco;

<sup>2</sup> Centro Diagnóstico Pneumológico, Viseu;

<sup>3</sup> Unidade de Cuidados Continuados de Fornos de Algodres;

<sup>4</sup> Unidade de Cuidados à Comunidade de Tarouca;

<sup>5</sup> Professora na ESSV

Contacto: *enf.cristinacarvalho@gmail.com*

### RESUMO

Cuidar de pessoas com perturbações da memória e da atividade psicomotora, gerir o risco e promover a segurança destes utentes, implica pensamento crítico baseado em conhecimentos específicos, que permitam compreender estas alterações e planear intervenções adaptadas às suas necessidades. O uso de medidas de contenção mecânica (CM) é uma ação levada a cabo por parte dos profissionais de saúde para a segurança do doente.

A utilização de medidas de CM tornam vulneráveis alguns dos direitos fundamentais do ser humano, sendo fulcral a reflexão deste problema à luz da ética e esclarecer os critérios de atuação que dizem respeito aos direitos e valores inerentes à pessoa. Assim, são nossos objetivos refletir sobre a importância do consentimento informado na CM e compreender que o consentimento informado do doente é o ponto de partida para uma prática baseada no respeito pela dignidade e autonomia. Como método utilizamos a revisão bibliográfica integrativa.

Do ponto de vista ético a CM é uma medida de urgência que deve ser utilizada como último recurso após o fracasso das medidas alternativas: contenção verbal, medidas ambientais e de conduta e contenção farmacológica. Deve-se informar o doente da necessidade do procedimento de forma a obter sempre que possível o seu consentimento. Caso não seja possível, deve-se obter o consentimento da família ou pessoa significativa. O doente deve ser esclarecido do que vai ser feito e porquê, ajustar a medida de contenção à sua situação, ponderar os riscos de lesão e manter a sua vigilância, reavaliando a necessidade de manter a medida de contenção.

A atuação do profissional deve nortear-se pelo respeito da dignidade da pessoa, tendo como pilares os princípios do respeito pela dignidade, autonomia, beneficência e não-maleficência. O Consentimento Informado é um direito dos doentes e refletem uma obrigação dos profissionais de saúde, tendo por base a ética (os princípios e os valores), a deontologia (os deveres e os limites), o direito (como emanção normativa e reguladora da sociedade) e a sociedade.

A CM deve ter como único e exclusivo objetivo garantir que a pessoa doente ultrapasse com segurança a sua situação de crise.

**Palavras-chave** – contenção mecânica, consentimento informado.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação nº021/2011 de 06/06/2011: Prevenção dos comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=20464>

Parra, Y. P. (2013). Problemas Éticos en la Práctica de la Contención Mecánica Ante un Paciente con Agitación Psicomotriz. In XIV Congreso Virtual de Psiquiatria.

# MATERNIDADE DE SUBSTITUIÇÃO: SOCIALMENTE ACEITE OU ETICAMENTE CORRETO?

Ana Rocha<sup>1</sup>, Joana Rocha<sup>1</sup>, Nancy Peixoto<sup>1</sup>, Sandra Sobreira<sup>1</sup>

1 Escola Superior de Saúde de Viseu  
Contacto: raquelrocha1111@gmail.com

## RESUMO

**Introdução:** O desejo de criar uma família é comum a vários cidadãos, mas nem sempre é possível que a gestação ocorra da forma convencional. Muitos são os motivos que explicam o recurso a métodos alternativos e um deles é a maternidade de substituição, mais conhecida como “barriga de aluguer”. Atualmente existe uma grande controvérsia relativamente a este método, levantando questões éticas e divergências sociais. Este trabalho tem como objetivo refletir sobre questões éticas da maternidade de substituição.

**Métodos:** Foram utilizados artigos online, como do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Estado de arte: Atualmente, segundo a Lei n.º 32/2006 art. 9º 8º, não é permitido em Portugal a maternidade de substituição. Esta consiste no ato de uma mulher disponibilizar o seu útero para a gestação de um filho que terá que ser entregue, após o seu nascimento, à respetiva “mãe”. A gestante tanto pode gerar o filho com o material genético do pai biológico e/ou da mãe biológica como recorrer a bancos de gâmetas. O número de mulheres que “oferecem” o seu útero é considerável, no entanto, algumas aderem à doação por motivos financeiros ou emocionais. Várias questões se levantam neste procedimento, tais como: Será a maternidade de substituição uma boa alternativa para os casais que querem ter filhos e a mulher não possui condições para gerar uma criança? O que fazer se a mãe de substituição não cumprir o acordo e acabar por querer ficar com a criança, com a qual desenvolveu laços vinculares inconscientemente? Como reagir se a “mãe” que aluga a barriga rejeitar a criança pós-parto devido a alguma doença ou mal formação?

**Conclusão:** A maternidade de substituição, um assunto que tem gerado muita polémica, é vítima de algumas divergências sociais e várias questões éticas. Nunca devemos esquecer que nem tudo o que é socialmente aceite corresponde ao que é eticamente correto. Não sendo legal no nosso país a maternidade de substituição é praticada em vários países e alertamos que é necessário ter em conta o respeito pela dignidade e a integridade moral dos participantes e que devem ser salvaguardado os interesses superiores da criança.

**Palavras-chave** - Maternidade de Substituição; Bioética; Saúde; Lei.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Relatório Sobre Procriação Medicamente Assistida (PMA) e Gravidez de Substituição. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2012). Acedido em:  
<http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1333387259-relatorio-20.2.2012-revisto-em-2.4.12-1.pdf>
- Paiano, D. & Ferrari, G. (2013). A Cessão do Útero e Suas Implicações na Ordem Contratual. Acedido em : <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/view/3461/3216>

## MELHORAMENTO GENÉTICO E CLONAGEM

Diana Caessa<sup>1</sup>, Inês Alves<sup>1</sup>, Leandro Pinto<sup>1</sup>, Mariana Francisco<sup>1</sup>, Rafael Barreiros<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde de Viseu  
Contacto: dianacaessa@hotmail.com

### RESUMO

A engenharia genética de melhoramento pretende a introdução ou alteração de um ou mais genes (cirurgia génica) em células, com a finalidade de aperfeiçoar determinada característica.

A engenharia genética de melhoramento entra diretamente em colisão com o princípio da não-instrumentalização do ser humano, que refere que cada indivíduo deve ser sempre considerado como um fim em si mesmo, e não como um meio para atingir determinado objetivo (Wagner, 1997). É nosso objetivo reflectir sobre os aspetos éticos do melhoramento humano e clonagem fruto da engenharia genética.

Se a sociedade permitisse a engenharia genética de melhoramento, a orientação dos cuidados de saúde seria dirigida para melhorar geneticamente a espécie humana e relegaria o alívio da dor para um segundo plano.

A clonagem de seres humanos encontra-se desenquadrada do conceito de liberdade ética individual e coloca-nos questões éticas fundamentais. Estará a sociedade a conferir um valor mais importante ao direito à reprodução do que à própria vida humana?

Segundo o parecer do Group of Advisers on the Ethical Implications of Biotechnology of the European Commission, a clonagem para fins reprodutivos deve ser proibida (GAEIB, 1998). Eticamente é errado que se confira um maior valor ao direito de reprodução do que à própria vida humana. A clonagem de embriões não tem em consideração o valor intrínseco da não-instrumentalização humana. No entanto, importa considerar que a doutrina da dignidade não confere ao determinismo genético uma importância fundamental, a influência cultural e ambiental imprime um cunho próprio ao nível de desenvolvimento.

Numa perspetiva biológica não se sabe até que ponto a clonagem em seres humanos adultos pode provocar alterações desconhecidas. Por exemplo pode originar uma expectativa de vida reduzida, alterações genéticas e tendência a neoplasias.

De momento a maior parte dos países e das instâncias internacionais condena a clonagem a seres humanos, pela falta de validade moral de uma intervenção que pode conduzir à alienação da própria concepção de humanidade.

O filme de ficção científica “A Ilha” aborda este tema mostrando que a pessoa é irreproduzível e individual. Mostra-nos um futuro onde uma empresa cria clones de pessoas ricas, servindo de garantia para os seus donos.

Podemos concluir que caso se tornasse possível ou eticamente aceite, a clonagem de seres humanos acabaria por ser um processo ao qual recorreríamos involuntariamente com objetivo de usufruto próprio e não tendo em conta que um clone seria um ser humano com direitos e não apenas um instrumento, tal como é representado no filme.

**Palavras-chave** – Clonagem; Bioética; Manipulação; Dignidade.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CARVALHO, A., & NUNES R. (2000). CLONAGEM: O RISCO E O DESAFIO. PORTO: GABINETE DE INVESTIGAÇÃO DE BIOÉTICA.

NUNES, R. (1998). ÉTICA EM CUIDADOS DE SAÚDE (COORDENAÇÃO DANIEL SERRÃO E RUI NUNES. PORTO: PORTO EDITORA.

## E QUANDO OS PAIS ELEGEM TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS?

Andreia Almeida<sup>1</sup>, Sara Paixão<sup>1</sup>, Cláudia Esteves<sup>1</sup>, Ernestina Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudantes do CMESIP, ESSV

<sup>2</sup> Professora na ESSV

Contacto: sarapaixao@yahoo.com.br

### RESUMO

**Introdução:** No seu exercício profissional, o enfermeiro vê-se confrontado com a recusa dos pais para com algumas atitudes terapêuticas, relacionadas com a medicina convencional, preferindo as terapêuticas não convencionais. De notar que se tem verificado um aumento da procura da Medicina Alternativa e Complementar em todo o mundo, incluindo Portugal. Torna-se, pertinente esclarecer e refletir com base nos princípios éticos (autonomia, não maleficiência e beneficência) sobre a atitude dos profissionais de saúde perante a decisão parental na escolha de cuidados e tratamentos a prestar ao seu filho.

**Métodos:** Efetuada pesquisa bibliográfica em base de dados, na análise de artigos científicos, normas e legislação publicada com posterior reflexão ética acerca do tema.

**Resultados:** Na Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), reitera-se o “interesse superior da criança” tendo ela o direito de “expressar livremente a sua opinião sobre questões que lhe digam respeito e de ver essa opinião tomada em consideração”, de acordo com a sua idade e maturidade e a “liberdade de expressão”. Perante uma recusa terapêutica, que ponha em risco a vida ou a qualidade de vida da criança, o profissional de saúde deve comunicar ao Tribunal de Menores, assumindo este a decisão, em nome do menor. Nas situações comuns e no respeito pelo princípio da autonomia, cabe aos pais e ouvida a criança em função da sua capacidade de discernimento, a decisão sobre qual o tratamento de eleição. Neste processo de escolha de tratamentos, cabe ao profissional de saúde fornecer adequada informação para uma decisão livre e esclarecida, sem nunca colocar os pais numa posição de se sentirem desrespeitados na sua função parental. O interesse da criança deve sempre prevalecer.

**Conclusões:** A atitude do profissional de saúde deve ter como base princípios éticos enunciados. A relação entre profissional e pais/criança será no sentido da percepção que todos possuem o mesmo objetivo, o de promover saúde e/ou bem-estar à criança, e sempre que possível com o envolvimento da criança. No caso de decidir por uma terapia não convencional alertar para que procurem profissionais creditados e com práticas regulamentadas.

**Palavras-chave** – Medicina alternativa, convencional, criança, ética.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Almeida, F. N. A. dos S. (2004). Ética em Pediatria: Uma Nova dinâmica num relacionamento vital? Universidade do Porto. Reitoria. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9869>

UNICEF. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança A Convenção sobre os Direitos da Criança. Retrieved from [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

## O PESO DO INTERNAMENTO COMPULSIVO NA ÉTICA DO CUIDAR

Catarina Vitorino<sup>1</sup>, Ernestina Silva<sup>2</sup>, Lúcia Casimiro<sup>1</sup>, Rui Paixão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Estudante do 1º CPLEESMP da ESSF

<sup>2</sup> Professora da ESSF

Contacto: [cmbvitorino@gmail.com](mailto:cmbvitorino@gmail.com)

### RESUMO

As medidas compulsivas em saúde mental levantam várias questões éticas, em particular ao enfermeiro que se depara com o dever de cuidar da pessoa doente, numa sociedade que está, cada vez mais, consciente da autonomia e dos seus direitos. Atualmente, o tratamento e internamento compulsivos requerem critérios de aplicação específicos, regulados por documentos internacionais e pela lei interna, para restringir o seu uso e assegurar que os direitos das pessoas e exigências éticas sejam respeitados. Princípios como os da justiça, equidade, não-discriminação e não-estigmatização, privacidade, confidencialidade, beneficência, autonomia, integridade pessoal e solidariedade são, sem dúvida, relevantes no estudo das questões relacionadas com o internamento e tratamento compulsivos.

Os objetivos deste trabalho são: a) Contribuir para a reflexão e discussão dos valores éticos envolvidos no processo de cuidar durante a aplicação de medidas compulsivas na pessoa em situação de doença mental; b) Identificar estratégias facilitadoras da resolução dos dilemas éticos, para adoção pelos enfermeiros, com o fim da humanização dos cuidados.

Devido à falta de estudos sobre a realidade portuguesa, optamos por fazer uma análise de estudos recentes realizados na Suécia(1), Noruega(2), Inglaterra(3) e Holanda(4), países com enquadramentos legal e deontológico idênticos a Portugal, bem como uma evolução crescente no recurso ao internamento/tratamento involuntário. Baseamo-nos em estudos sobre as vivências dos doentes e dos enfermeiros.

É unânime que o internamento compulsivo é uma medida de natureza coerciva(1,2,3) que põe em causa a autonomia dos clientes, tornando-os vulneráveis(2) e provocando-lhes sentimentos de angústia(4), ansiedade(4), desamparo(4) e perda(4). Esses sentimentos são potenciados quando se recorre a medidas de isolamento(2,4) ou contenção física(3), que se revestem com carga humilhante(1,2) e punitiva(4).

Os próprios enfermeiros, nas situações em que recorrem à coação e às medidas de isolamento ou contenção física para garantir o cumprimento do tratamento, experienciam sentimentos de culpa(2), impotência(2), vergonha(2,4), tensão(4) e fracasso(1,4), que os torna também vulneráveis(1), frustrados(1) e com desconfiança perante os seus pares e os clientes(4). Os estudos são unânimes em referir que, mesmo em regime de internamento involuntário, os clientes devem vivenciar a liberdade(4), satisfação(1,4), dignidade(1), respeito(4) e segurança(3), responsabilizando em grande parte os enfermeiros por essa missão. Para isso, os enfermeiros, além dos conhecimentos(4), da experiência(4), da capacidade de resposta(4) e da responsabilidade(1,4), também devem demonstrar competências relacionais(4) como o respeito(1,3,4), empatia(4) e atenção pelo outro(4). Também é identificada uma ferramenta denominada “Os primeiros 5 minutos da admissão”, baseada na suposição de que o primeiro encontro com o cliente determina a qualidade do relacionamento enfermeiro/cliente(4).

Em síntese, concluímos que a seleção de valores representativos do conflito é importante para definir a direção a seguir. O cerne da deliberação moral no internamento involuntário é a identificação de um ponto intermédio respeitando os dois valores em conflito, simultaneamente. Se considerarmos a vida e a liberdade como razão de conflito, a solução do conflito residirá no respeito pela necessidade dos enfermeiros aplicarem o princípio da beneficência e no respeito pela necessidade de autonomia dos clientes.

**Palavras-chave** – Internamento compulsivo; humanização; enfermagem.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- (1) Gustafsson, L., Wigerblad, A., & Lindwall, L. (2014). Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 21(2), 176-186.
- (2) Larsen, I., & Terkelsen, T. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436.
- (3) Valenti, E., Giacco, D., Katsakou, C., & Priebe, S. (2014). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal Of Medical Ethics*, 40, 832-836.
- (4) Voskes, Y., Kemper, M., Landeweer, E., & Widdershoven, G. (2014). Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nursing Ethics*, 21(7), 766-773.

## ABORTO: DIREITO À VIDA VS. DIREITO AO CORPO?

Leonor Silva<sup>1</sup>, Raquel Alves<sup>1</sup>, Tiago Soares<sup>1</sup>, Ernestina Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Estudantes da Escola Superior de Saúde de Viseu

<sup>2</sup> Professora da Escola Superior de Saúde de Viseu

Contacto: leonor.silva97@hotmail.com

### RESUMO

**Introdução:** O aborto é um dos temas mais sensíveis e complexos da ética médica pois envolve aspetos religiosos, legais, médicos, socioculturais e políticos que muitas vezes se contradizem. Temos, portanto, o objetivo de esclarecer o conceito de aborto e mostrar alguns pontos de vista sobre este dilema ético.

**Desenvolvimento:** Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), o aborto é classificado como a morte embrionária ou fetal, seja ele induzido ou espontâneo, antes de completar 20 semanas ou peso inferior a 500g. É uma prática que em Portugal, até 1984 era completamente proibida. A partir daí, foi permitida em casos de gravidez que pusesse a vida da mulher em perigo, malformação fetal ou quando resultasse numa violação. Em 1997, esta legislação foi modificada, havendo alguns alargamentos nestes casos, sendo que, em 2007, o aborto passou a ser possível por opção da mulher até às 10 semanas. Assim sendo, várias questões éticas são levantadas:

O que seria moral em termos de aborto para a nossa sociedade?

Terá o pai um papel significativo nesta tomada de decisão já que pode ser feito só por opção da mulher?

Não deverá o aborto ser considerado um procedimento errado, perante o direito moral da vida do feto e a proteção à vida, em conflito com as razões que se prendem com a escolha da mulher?

Se a mulher tem um direito moral sobre o próprio corpo, pode assim optar pela interrupção de uma gravidez indesejada ou de risco?

Existem também posições mais extremas acerca deste tema que defendem que os fetos com malformação grave devem ser eliminados pois a sociedade deve ser constituída por indivíduos capacitados e sem qualquer anormalidade.

**Conclusão:** O aborto é um, de entre outros temas, em que é praticamente impossível haver consenso dentro das sociedades. Os fundamentos éticos acerca deste tema são infindáveis e, cada ponto de vista tenta sobrepor-se ao outro. Para uns, trata-se do direito à vida; para outros, o direito da mulher a decidir sobre o seu corpo. Contudo queremos reforçar que a morte de um feto é privar a vida de uma criança.

**Palavras-chave** – Aborto; Direito ao Corpo; Direito à Vida.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

APF (2015, setembro 28), acedido em março 2016: <http://www.apf.pt/aborto-e-interrupcao-da-gravidez>

OMS, acedido em março, 2016 em: <http://www.who.int/en/>

# O ENFERMEIRO PERANTE PRÁTICAS DE DISTANÁSIA: O EXERCÍCIO DA OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Malés Ana<sup>1</sup>, Coelho Marisa<sup>2</sup>, Santos Raquel<sup>1</sup>, Ernestina Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ULS Guarda EPE Medicina Interna

<sup>2</sup> ULS Guarda EPE Especialidades Cirúrgicas

<sup>3</sup> Professora da Escola Superior de Saúde de Viseu

Contacto: [marisaacoelho@live.com](mailto:marisaacoelho@live.com)

## RESUMO

**Introdução:** Face a um doente terminal com agravamento do estado clínico é necessário saber quais os cuidados e tratamentos que devem ser proporcionados, de modo, a não se praticar a distanásia ou encarniçamento terapêutico. Estas práticas são consideradas eticamente reprováveis, pois atentam contra a dignidade do processo de morte natural. É nosso objectivo discutir se perante o encarniçamento terapêutico o enfermeiro pode alegar objeção de consciência por considerar tal prática eticamente incorreta.

Como metodologia usamos a observação participante e análise reflexiva a partir de um estudo de caso que diz respeito a um doente terminal com neoplasia pulmonar metastizada, internado num serviço de Medicina Interna nas suas últimas semanas de vida. Após colocação de SNG, é prescrita alimentação parentérica por via periférica. Com difíceis e escassos acessos venosos, o doente mostra-se renitente e desconfortável com o procedimento, considerando-o abusivo e completamente desnecessário e o enfermeiro discute outras opções com o médico assistente, sem sucesso.

**Desenvolvimento:** A inevitabilidade da morte assombra a medicina que se propõe curativa e que a todo o custo quer prolongar a vida a par dos mais recentes meios artificiais, tornando-se difícil estabelecer limites entre o que é ou não aceitável, percebendo-se que a utilização desproporcionada de intervenções médicas suscita dilemas éticos de enorme impacto nas sociedades ocidentais, sendo hoje universalmente considerada má prática médica designada por distanásia. Perante um doente terminal competente, a sua vontade tem que ser respeitada atendendo ao respeito pela dignidade da pessoa humana e é hoje universalmente considerado que o direito à recusa de tratamento é uma expressão concreta da inviolabilidade da integridade física pessoal (Nunes, 2008). Face a estas situações, o Enfermeiro tem o direito, a não querer realizar determinadas intervenções agindo de acordo com a sua consciência moral e profissional, no âmbito do legítimo direito à objeção de consciência, consagrado no Código Deontológico do Enfermeiro.

**Conclusão:** Enquanto o doente for considerado competente para tomar uma decisão, a sua vontade deve prevalecer e ser respeitada. Numa situação de contexto de doente terminal deve haver bom senso entre a utilidade e a futilidade e o enfermeiro detentor de competências e saberes deve zelar pelo respeito da dignidade da pessoa humana, sendo-lhe reconhecido o direito à objeção de consciência.

**Palavras-chave** – Dignidade; Distanásia; Objeção de Consciência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Neves, M. C., & Pacheco, S. (2004). Para uma Ética da Enfermagem - Desafios. Gráfica de Coimbra, ISBN: 972-603-326-8.

Nunes, R. (2008). Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. Serviço de bioética e ética médica. FMUP, Porto.