



Competências morais dos profissionais de enfermagem

«CINCO ESTRELAS» REVISITADAS.

Nos idos de 2001, escrevemos um artigo sob o título «**Cinco estrelas**»: **acerca das competências morais no exercício de enfermagem**¹, que foi publicado em 2002. Voltei ao tema em várias ocasiões pois este é um assunto que me acompanha na vida e na reflexão profissionais. Uma vez mais ligado a competências, outras vezes mais relacionado com a procura da excelência ética e moral, como aliás, se esperaria se pensarmos no *padrão de conhecimento ético* de enfermagem, conforme definido por Barbara Carper. Doze anos depois, retomamos² seriamente o assunto - e por *seriamente* entenda-se o re-escrever atual da ideia, na sequência de um convite para uma comunicação, desta feita sob o título **Competências morais dos profissionais de enfermagem**³.

Tem-se falado de **competências profissionais**, enquadrando-as, por exemplo, em modelos referenciais, como os que hoje conhecemos como «Competências do enfermeiro de cuidados gerais» ou «Competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas». Se aceitarmos que a profissão de enfermagem *tem uma tripla orientação no que diz respeito ao que realiza em nome do ser humano (ética), em nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral)*⁴ então, ao cuidar de uma Pessoa, teremos necessidade de instrumentos e habilidades de géneros diferentes, como são os de ordem técnico-científica e os de ordem moral.

Atendendo às etapas que cada um vai percorrendo, no caminho do desenvolvimento profissional, a forma como se encara o que é **ser enfermeiro** poderá

¹ NUNES, L. - «"Cinco estrelas": acerca das competências morais no exercício de enfermagem». *Nursing* edição portuguesa, nº 171, Novembro 2002, p. 8-11.

² Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Coordenadora do Departamento de Enfermagem. Doutorada em Filosofia. Mestre em Ciências de Enfermagem e em História Cultural e Política. Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Investigadora em Lisboa.

³ Comunicação no VIII Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar Leiria-Pombal. Mesa: Bioética e a Tomada de decisão em Enfermagem. Leiria, 10 de Outubro, 2013. Agradecemos à Comissão Organizadora e Científica, bem como aos presentes, um público que aderiu ao debate e foi assaz acolhedor.

⁴ LOPES, Armandina; NUNES, Lucília- «Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e Ética» In *Nursing* edição portuguesa, nº 90/91, Jul./Agosto 1995, p.10-13.

ser bastante diferente no primeiro ano, no quarto⁵ ou ao longo dos anos de exercício. Até pensando nas questões que Patricia Benner estudou, no seu modelo de desenvolvimento socioprofissional, e no que caracteriza os estádios de *principiante* a *perito*.

A competência profissional assume características multidimensionais e aquilo que cada um espera (e considera que os outros valorizam na sua acção) vai sendo modificado pelas experiências vividas e reflectidas. E este é um processo individual pois a dimensão do ser e tornar-se, desenvolve-se de uma forma singular em cada um, ainda que reconhecendo a influência dos Outros nesse processo.

É neste sentido que o acto de Enfermagem se assemelha ao desempenho de um *papel* que cada um de nós interpreta de forma diferente - há um estilo pessoal que se constrói, relacionado com a reflexão sobre o vivido e a vontade de adequar os comportamentos e atitudes. E, porque somos pessoas, também relacionado com as virtudes que cada um se empenha em desenvolver.

Muitas vezes, em determinadas circunstâncias, o nosso papel parece estar (in)definido e hesitamos quanto ao que fazer - é nessas alturas que nos socorremos de alguns pontos de apoio como a experiência, a formação, a criatividade e a sabedoria pessoais. Consideremos que estes elementos constituem um verdadeiro património individual, que podemos capitalizar quando partilhamos com os outros.

Através da experiência e da formação, desenvolvemos conhecimentos, capacidades e habilidades, que se integram em padrões morais e legais, e caracterizam uma prática competente. Não obstante esta diversidade e os contextos diferentes em que a desenvolvem, todos os enfermeiros seguem uma mesma finalidade.

Assim, começemos pelo princípio, isto é, pela ***finalidade da profissão de enfermagem***. Os cuidados de Enfermagem surgem como acto humano intencional, de

⁵ Cf. SAND, Asa Lindberg - The spider in the glue - The impact of clinical training on the development of professional nursing competence. An ethnographic-phenomenographic study. Lund University, 1996. <http://www.ped.gu.se/biorn/phgraph/civil/graphica/diss.su/lindberg1.html>

uma-pessoa-para-outra; são, por isso, ações deliberadas em que o desempenho de tarefas e actividades tem o Cuidar como ideal moral⁶ - estamos literalmente a encostar a ideia a Jean Watson e a retomar que a finalidade da enfermagem é moral, sendo que os conhecimentos, habilidades, atitudes e os saberes que desenvolvemos, estão focados numa ação em benefício do Outro.

Dito de outra forma, *a finalidade da profissão de enfermagem é o bem-estar de outros seres humanos, de acordo com os projectos de saúde e vida que eles mesmos demandam – então, esta não é uma finalidade científica ou técnica mas de ordem moral; ou seja, assenta num conceito moral básico (a preocupação com outras pessoas) e os conhecimentos, capacidades e competências requeridas dirigem-se para responder a esta finalidade*⁷.

Partindo do princípio que a **competência profissional** é caracterizada *fundamentalmente como juízo e acção sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito... também requer conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções comuns*⁸ – há que aceitar a possibilidade da competência na prestação de cuidados de Enfermagem ter foros de circunstancialidade apreciável. Ou seja, de re-conhecer a circunstância e os contextos em que se desenvolvem os actos e em que decorre a intervenção de Enfermagem.

Qualquer que seja a situação, encontramos necessariamente o exercício de competências de ordem não-técnica (*de terceira dimensão*⁹), onde se incluem as atitudes existenciais ou éticas, que enquadram *a referência a valores e a perspectiva*

⁶ A consideração do Cuidar como ideal moral da Enfermagem é colhido em Jean Watson (*Nursing: Human Science and Human Care*. New York: National League for Nursing, 1988, p.63).

⁷ NUNES, Lucília - *Ética de Enfermagem. Fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência, 2011. p. 30.

⁸ CARROL, Susan; GODDARD, Leslie - *Assuring Continuing Clinical Competence*. <http://www.aann.org/Houston1/tsld004.htm>

⁹ Simone Aubrun e Roselyne Orofiamma assim as definiram, em 1990, agrupando 4 categorias distintas: os comportamentos profissionais e sociais, as atitudes, as capacidades criativas e as atitudes existenciais ou éticas. (PIRES, Ana de Oliveira - *As novas competências profissionais*. In *Formar*, nº 10, Fev/Mar/Abr 1994).

*existencial do sujeito*¹⁰. Este sujeito, que tem um caminho pessoal a percorrer e que existe ligado à instituição social, constitui o suposto da Ética e está inserido, vinculativamente, no domínio da Moral.

E cada um de nós é esse *sujeito* – que desenvolve o seu agir numa dinâmica de construção de si próprio (na esfera privada) e atendendo à existência dos Outros (na esfera pública). A ponte entre a relação consigo e a existência social é tecida pelas virtudes e pelos valores - assim, quando uma enfermeira age junto de uma pessoa, o seu agir reflecte também as suas virtudes e os seus valores, ainda que tenha o dever de cumprir com os valores universais¹¹ e os princípios éticos da profissão.

Importa compreender que as organizações constituem *espaços morais*¹² onde nos desenvolvemos e onde é possível agirmos com um impacto maior do que singularmente como indivíduos. E, como seria de prever, a possibilidade de enriquecer a actuação faz-se acompanhar da correspondente responsabilidade. Daí que a **competência moral** possa ser encarada como representação mental, capacidade interpretativa e ação consistente - como habilidade de reconhecer-se enquanto pessoa moralmente responsável. Assim, a competência moral será dinâmica, como uma espécie de capacidade de **orientar-se num espaço moral**.

O que verdadeiramente importa é que a reflexão conduza à acção e que esta reconduza à reflexão, como meio e modo de descristalizar as nossas condutas.

A especificidade da aprendizagem adulta ou, se preferirem, o adulto como aprendiz, não se compadece de teorismos e centra-se mais em problemas e na procura de soluções - ainda que compreendendo previamente que cada solução não pode constituir uma “receita” e que estamos sempre em situação de desafio pelo real.

¹⁰ PIRES, Ana de Oliveira - *As novas competências profissionais*. In *Formar*, nº 10, Fev/Mar/Abr 1994, p.14.

¹¹ Lei nº 111/2009 de 16 setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Código Deontológico do Enfermeiro, artº 78º.

¹² BRYTTING, Tomas - *Moral Competence: a missing concept in organizational research*. Estocolmo. International Society of Business, Economics and Ethics. <http://www3.nd.edu>

E o *problema* nesta reflexão reside em torno da **importância das competências morais** para a prestação de cuidados de Enfermagem. Até porque, na sequência de considerar que a finalidade da profissão não é científica nem técnica mas **moral** – ou seja, preocupada como bem estar dos outros - e tendo em linha de conta que “*é necessário reconhecer que a dimensão moral é uma dimensão de toda a consciência humana*”¹³, seria absolutamente insensato ignorá-la e aos elementos que a constituem.

Ademais, “*peças verdadeiramente competentes agem a partir de inclinações alargadas, não de regras aceites e, por isso, podem superar o facto evidente de que as respostas puramente habitudinárias não são assaz estruturadas quanto à infinita variedade de circunstâncias que estamos em condições de enfrentar*”¹⁴.

Para fundamentar a moral, agimos porque a razão nos diz que qualquer ser humano agiria do mesmo modo¹⁵ (*logo, ajo porque devo*) e todos sabemos qual é o nosso dever, mesmo quando escolhemos não o cumprir.

Assim, a moralidade supõe autonomia da vontade e livre arbítrio.

Quando actuamos, numa situação específica, fazemo-lo de um modo que apelidamos de “*intuitivo*” e quanto mais familiar a situação nos é, mais competentes nos sentimos a lidar com ela. *Nos momentos de perturbação, por outras palavras, quando não somos competentes no nosso micromundo, é que reflectimos e analisamos, ou seja, nos tornamos como principiantes que procuram levar a cabo com desenvoltura a tarefa do momento*¹⁶. Se alargássemos esta ideia, poderíamos conceber a possibilidade de ser, nesses momentos de perturbação, que estamos mais disponíveis

¹³ ETCHEGOYEN, Alain - *A Era dos Responsáveis*. Lisboa: Difel, 1995, p.29.

¹⁴ VARELA, Francisco J. - *Sobre a competência ética*. Lisboa: Edições 70, 1995, p.28.

¹⁵ Trata-se da simplificação do imperativo categórico de Kant que, na sua primeira fórmula surge como “Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal” (p.59). Na segunda fórmula, assume a forma: “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como um fim e nunca simplesmente como meio” (KANT, Immanuel - *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70, 1986, p.69).

¹⁶ VARELA, Francisco J. - *Sobre a competência ética*. Lisboa: Edições 70, 1995, p.38.

para perguntar: “e agora, o que posso fazer?” que é, em si, diferente de perguntar “e agora, o que devo fazer?”¹⁷.

A moralidade, enquanto respeito por normas e princípios (e portanto, prescritiva e normativa), é do domínio do Dever e reguladora da conduta, sendo de distinguir entre a consciência dessas regras (o juízo moral) e as práticas desenvolvidas (a ação moral). Se quisermos, é similar à distinção, que tantas vezes fazemos, entre a teoria e a prática, tomando a teoria também como dimensão da conduta humana.

Neste sentido, levanta-se a questão da consistência¹⁸ entre o aspecto cognitivo e a conduta, ou entre as **boas intenções** e a **ação moral**, entre as quais as competências morais fazem a “*ponte*”. Parece-me que pode ser no decurso desta ideia e da verbalização de intenções diversas das acções realizadas que tenha nascido a tal expressão que “de boas intenções está (o caminho para) o inferno cheio”.

É clássica a definição da competência de juízo moral estabelecida por Kohlberg, circunscrevendo-a como *a capacidade de realizar juízos e decisões morais (i.e., baseados em princípios internos) e de agir em concordância com esses juízos*¹⁹.

O juízo e o comportamento morais têm aspectos pronunciados de competência e, como outras competências, a de ordem moral pode ser promovida²⁰ pela educação ou regredir em determinadas fases se não houver acompanhamento ou um meio activo que a facilite.

¹⁷ Numa outra perspectiva, não deixa de ser curioso que a primeira questão de ordem moral (redigida por Kant) tenha sido “O que devo fazer?” e se tenha vindo a transformar, no pensamento de Paul Ricoeur, em “Como quero conduzir a minha vida?”

¹⁸ Esta consistência constitui, de acordo com Orlando Lourenço, um caso especial do problema mais global entre competência e desempenho. LOURENÇO, Orlando - *Psicologia do desenvolvimento moral*. Coimbra: Almedina, 1992.

¹⁹ KOLBERG, L. - *The development of moral character and moral ideology*. In Hoffman eds., *Review of child development research*. Vol. I. New York: Russel Sage Foundation, 1964, p.425 (“the capacity to make decisions and judgements which are moral (i.e., based on internal principles) and to act in accordance with such judgements”).

²⁰ Em oposição a James Rest, é esta a concepção de Georg Lind (*Testing Moral Judgement Competence*. In *Moral development and the social environment*. Chicago: Precedent Publishing, 1985, pp. 79-105).

Tendo assim “isolado” a competência moral, poderemos passar a analisá-la, verificando que ela se desdobra em diversos componentes²¹, designadamente: a) a **sensibilidade** moral (a habilidade para identificar quando algo que se fez afectou o bem estar de outra pessoa, quer tenha sido positiva ou negativamente), b) o **juízo** moral (ajuizar o que deve ser feito em determinada situação), c) a **intenção** moral (que preside à deliberação e decisão) e d) o comportamento moral (ao executar a decisão).

Assim, as representações da situação são operadas pela sensibilidade moral e, no processo de formulação do juízo moral intervém os conhecimentos, o raciocínio e as estruturas hipotetico-dedutivas sendo a dimensão da conduta, de novo, apreciada à luz da sensibilidade – estamos perante uma espécie de círculo de *apreciação-juízo-ação*. É de salientar que o juízo moral é de carácter afectivo e cognitivo, em termos dos princípios morais que uma pessoa segue e quão competentemente os aplica no processo de tomada de decisão. Sinteticamente, a competência moral resulta da associação de sensibilidade, juízo, intenção e comportamento morais.

Atualmente, há quem formule a competência moral em relação "com os sentimentos morais, que nos ajudam a decidir rapidamente e agir resolutamente"²² - mas aqui os sentimentos são colocados em confronto com um pensamento moral.

Contudo, quando se equacionam competências morais em enfermagem, alguns autores concordam que os valores influenciam as decisões ético-morais de várias formas²³: a) os valores enquadram o problema e as pessoas veem um problema com

²¹ LEDDY, Susan; PEPPER, Mae - *Conceptual bases of professional nursing*. 3ª ed. New York: Lippincott Company, 1993.

²² Lind, G. "Moral competence and democratic ways of life". In: W. G. Weber, M. Thoma, A. Ostendorf, & Lynne Chisholm, eds., *Democratic competences and social practices in organizations*, pp. 62 - 85. Wiesbaden: Springer VS. 2012. http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2012_moral-competence-democratic%20life_WEBER.pdf

²³ JORMRI, Pantip et al - «Moral competence in nursing practice». *Nursing Ethics* 2005, 12 (6). p. 582-594. Em http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/88187/ketefian-moral_competence_nursing_practice.pdf. - "in general, values influence ethical decision making in three ways: (1) values frame a problem and people view a problem on the basis of the values they bring to the situation; (2) values supply alternatives that humans consider as possible problem resolutions and are determined on the basis of the values they apply to their potential actions; and (3) values directing

base nos valores que trazem para a situação; b) os valores fornecem alternativas para considerar possíveis resoluções de problemas e são determinados com base nos que se aplicam em tal situação; c) os valores dirigem o julgamento ou raciocínio na resolução de problemas, centrados no que se deseja defender ou promover.

De um modo geral, qualquer competência pode ser definida como tendo três componentes²⁴ essenciais: conhecimento, atitudes e habilidades. Por isso, nem sequer me atreveria a tentar elencar, em género de listagem, aspectos da configuração das competências morais. Mas não dispensam os saberes que, como noutras situações, suportam as competências.

A reflexão ora feita centra-se mais em **pensar a importância e os elementos fundacionais da competência moral** de forma a *fazer as pontes* para a prática de enfermagem.

Em 2002, escolhi cinco: respeito, empatia, qualidade do cuidado, disponibilidade e parceria – **cinco estrelas** como se de uma constelação se tratasse mas também pela utilização “cinco estrelas” associada à excelência.

Vejamos uma a uma o que sobre cada *estrela* se afirma e se vale a pena, na *revisitação*, alterar a configuração das *estrelas*.

Como princípio (e atitude) moral essencial está o **RESPEITO**²⁵ por si e pelos outros, como pessoas únicas, seres de relação, de passagem, de experiência, de pensamento, de imaginação, de desejo, de vontade. Cada pessoa é um ser-no-mundo²⁶, uma totalidade viva e em crescimento que reage como um todo unificado. O respeito radica-

judgment or reasoning in resolving a problem are framed by what they wish to uphold or promote." (p. 583).

²⁴ "A competence can be defined as having three essential components: attitude, skill and knowledge. A positive attitude is something you must bring with you. Skill will be learned and honed in the workplace, through practice and experience. Knowledge will be acquired and built-on through training and development." *Identifying competencies*. University of North London careers page, p.1 - Email: <http://tara.unl.ac.uk/~hydzmartinw/competences.htm>

²⁵ Vidé CATARINO, Jorge; CASSIANO, José; SILVA, Rui Costa; *O respeito como princípio moral básico e principal princípio em Enfermagem*. In *Nursing*, nº 99, Abril 1996, p. 21-24.

²⁶ WATSON, Jean, ob. cit., p.74

se no reconhecimento da dignidade da Pessoa Humana, na ideia de que o ser humano, como sujeito moral, possui uma dignidade absoluta. Consequentemente, o processo de Cuidar constitui-se como uma relação interpessoal, em que a competência moral da enfermeira se fundamenta no seu compromisso de Cuidar o outro e na intenção de o afirmar como pessoa. Na prática, não é assim tão simples respeitar plenamente o Outro – porque não significa simplesmente tolerá-lo mas aceitá-lo sem preconceitos.

A palavra *respeito* é uma palavra especial - não pode ser confundida com tolerância nem com simpatia. O respeito considera todos, independentemente das suas características e dos seus antecedentes, como pessoas igualmente dignas. É esta a premissa de base: assenta na Dignidade, ou melhor, no reconhecimento da Dignidade (sua e do Outro).

E, perto do respeito e próxima da solicitude, já que implica a preocupação com os outros, está a **EMPATIA** - *“subjacente a muitas facetas do juízo e da acção moral”*²⁷. Hofman²⁸ defende que as raízes da moralidade devem procurar-se na empatia, já que essa capacidade de afecto empático nos leva a agir para tentar ajudar. Entendendo-a como capacidade de com-partilhar, a empatia reporta-nos à autoconsciência e constitui-se como *“competência-social chave”*²⁹ - trata-se de intuir os sentimentos dos outros pela habilidade de ler os canais não-verbais, de tentar *“calçar os sapatos do outro”*, sabendo que essa sintonia será sempre uma mera aproximação. De alguma forma, a empatia tem sido minorizada pelas dificuldades que comporta mas *“compreender os outros é a grande aventura, uma aventura mais ambiciosa que a antiga obsessão pelas conquistas (...) Descobrir a empatia é a nova recompensa da intimidade”*³⁰.

A valorização do **respeito** e da **empatia** nos papéis e nos discursos pode não ter correspondência imediata nas práticas que visam cuidar. Quantas vezes, talvez até com

²⁷ GOLEMAN, Daniel - *Emotional intelligence - Why it can matter more than IQ*. London: Bloomsbury, 1996, p.105

²⁸ HOFMAN, Martin - «*Empathy, Social Cognition and Moral Action*». In W. Kurtines e J. Gerwitz, eds., *Moral Behavior and Development Advances in Theory, Research and Applications*. New York: John Wiley and Sons, 1984.

²⁹ GOLEMAN, ob. cit., p.290

³⁰ ZELDIN, Theodore - *História íntima da humanidade*. Camarate: Círculo de leitores, 1997, p.271.

a melhor das intenções, já decidimos por outra pessoa o que ela iria fazer? A expressão “*vamos tomar banho?*” é paradigmática – já a tinha dito umas centenas ou milhares de vezes quando um doente me respondeu literalmente e, nesse momento, percebi que, além de incorrecta pela utilização do plural (o prestador de cuidados não vai concerteza!), se tratava de uma falsa pergunta, porque as rotinas já estavam *decididas*. Assim, a pergunta não era senão uma espécie de subterfúgio simpático para comunicar a decisão do prestador de cuidados.

O respeito também se espelha (como a confiança) nas pequenas coisas, como o prometer voltar (“*volto já*”) voltar mesmo, o dizer “*só um bocadinho*” e não se esquecer. Entendo que se reporta à aceitação das crenças e valores dos outros - portanto, a que eu compreenda a sua recusa em aceitar uma transfusão de eritrócitos como em comer carne de porco, que providencie acesso ao pároco ou ao pastor da sua igreja, que preserve a sua identidade social positiva, desde o acolhimento até à alta, e que utilize o nome que a pessoa prefere mas é ainda mais do que isto...

A **QUALIDADE DO CUIDADO** diz respeito à procura de excelência no cuidado prestado, numa perspectiva holística da pessoa. A avaliação da qualidade dos cuidados poderá ser realizada segundo uma tríade de vertentes (estrutura, processo, resultados) mas o que se pretende salientar aqui é a dimensão moral do serviço que se presta e que os outros esperam de nós. Não basta saber que os utentes têm direito a ser *tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, com correcção técnica, privacidade e respeito*³¹, é necessário que a prestação de cuidados concreta ao Sr. Manuel ou à Sr^a Maria seja boa, enquanto zelosa e competente.

Ou seja, não se trata da pura satisfação de um direito formal³² mas a associação da competência técnica, científica e moral para a prestação de um cuidado de qualidade aos níveis físico, emocional, espiritual, intelectual e social. Leva-se tempo (que não necessariamente cronológico mas de reflexão sobre o vivido) a passar de “estou a

³¹ Lei 48/90 de 24 de Agosto, Base XIV, ponto 1, alínea c)

³² A prestação de serviço integra-se no terreno da “*legis artis*” - na *praxis*, as faltas que constituam violação da *legis artis*, conferem responsabilidade civil, criminal e disciplinar.

tratar o Sr. Manuel como eu gostaria de ser tratado” para “estou a tentar tratar o Sr. Manuel como ele gostaria de ser tratado”. Porque costumamos inverter o sentido da frase popular, que é regra de ouro, de «não faças aos outros o que não queres que te façam a ti» - e esta afirmação, nesta forma, é correcta; se lhe invertemos o sentido, e a transformamos em «faz aos outros o que queres que te façam», estamos a pretender ter um universo cheio de pessoas como nós... Esta passagem de «como eu» para «como ele» gosta de ser tratado, implica passar de uma projecção pessoal para o verdadeiro respeito pelo outro.

Noutra perspetiva, pensemos que qualidade é mais do que *fazer o que se pode com os recursos que se tem* - porque tem de ser garantida a resposta às necessidades das pessoas. Por isso, poder-se-ia simplificar afirmando que a qualidade dos cuidados reside em fazer o que se pode com os recursos que se tem, respondendo efetivamente às necessidades das pessoas. Estar empenhado na missão de cuidar integralmente do outro e de o ajudar a cuidar-se cruza-se com a acessibilidade e disponibilidade do enfermeiro.

A **DISPONIBILIDADE**, por demonstrar que se *pode dispôr*, na expressão de estar *livre para*. E é daquelas condutas que se percebe e se transmite - e é por isso que evitamos transmitir a mensagem de estar sempre a correr (já constatei que há pessoas que desenvolvem um ritmo muito rápido com um ar sereno e pessoas que correm e se agitam e cujo resultado final é mais de aparato que de eficácia) ou a olhar para o relógio. Como se a disponibilidade fosse, simplesmente, “ser capaz de” se aquietar.

Mas, um pouco mais longe, pode representar disponibilidade para se modificar, para se ajustar às realidades, sem uma rigidez espartilhadora mas que, como a tolerância, tem os seus limites (tolerância absoluta seria intolerável como a flexibilidade absoluta seria brandura excessiva).

Curiosamente, a disponibilidade pode ser de si, do tempo, do estar mas também dos recursos. E aqui, liga-se à equidade - será o caso de recursos especializados (como

os enfermeiros especialistas) que podem existir mas não estar *ao dispôr* das pessoas nos cuidados.

Finalmente, a **PARCERIA** –encarar os destinatários dos cuidados como iguais no processo de cuidado; *fazer com...* em vez de apenas *fazer para...* (o que implica planear e realizar em conjunto). E é mais difícil (e mais moroso) “*fazer com*” do que substituir a pessoa – todavia, parece ser muito mais duradouro e eficaz. Estamos aqui a enquadrar a parceria como um “considerar parceiro”, ao mesmo nível, com a mesma tarefa e/ou objectivo.

Ainda prevalece muito a ideia de que existem profissionais que diagnosticam e prescrevem e doentes/utentes a quem compete obedecer – mas tem vindo a ser reconhecido que o centro da atenção, na Saúde, está em mudança. Se é geralmente aceite que a acção de cada um de nós é decisiva para a promoção ou protecção da sua saúde, a prevenção ou tratamento das suas doenças, os que pretendem cuidar têm de se debater com o dilema de o fazer de tal modo que possam assegurar, o melhor possível, o resultado final. E isto nunca estará, exclusivamente, na mão dos profissionais - *É cada vez mais reconhecido pelo Sistema de Saúde que a chave do sucesso de uma intervenção em que o diagnóstico é correcto de a prescrição de tratamento adequada, está sediada na adesão do sujeito em tratamento*³³. Aumentar a participação do doente/utente e o sucesso do sistema de saúde pressupõe cuidados de saúde centrados no utente – planeados e realizados com... , em parceria.

Hoje temos uma palavra melhor para revestir esta ideia – que seria **Capacitação**, a tradução de Empowerment; pois não haverá verdadeiramente parceria se os cidadãos não tiverem literacia em saúde e estiverem capacitados para participar/tomar as decisões que a si dizem respeito. E os enfermeiros quando informam, esclarecem, ensinam, não estão a agir apenas ao nível do indivíduo mas afetam a família, os grupos, a comunidade.

³³ RIBEIRO, Pais – *Psicologia na saúde*. Lisboa: ISPA, 2000, p. 300

Das cinco estrelas de 2002, estes anos depois, **mantinha** respeito, qualidade do cuidado e disponibilidade. **Modificava** parceria por capacitação e trocava empatia por compaixão. E falar-vos-ia de Martha Nussbaum.

Até ao pensamento de Nussbaum, o debate entre o cuidado e a justiça, apresentava-se polarizado: por um lado, no cuidado, um Self contingente, desenhando a sua identidade pela interacção com os outros (na perspectiva feminista, em que o valor mais elevado é o do cuidado); por outro lado: na justiça, um Self em competição com os outros (na perspectiva masculina, em que o valor mais elevado é a justiça). A ponte entre ambos foi realizada pela discussão de Nussbaum acerca da **compaixão** – “*painful emotion directed at another’s person’s misfortune or suffering*” (emoção dolorosa dirigida a outra pessoa em situação de infortúnio ou sofrimento).

A compaixão – muito embora seja uma palavra que anda «pelas ruas da amargura», no sentido de lhe termos colado uma noção judaico-cristão de caridade, de a carregarmos com afinidades que a minorizam . Prefiro a compaixão à empatia, à simpatia e à piedade (com raiz na *comiseratio*, na comiseração). Entendo que Comte-Sponville a considere virtude e sentimento e que Lazarus a trate como habilidade, disposição e processo. Distingamo-las, porém.

A simpatia promove encontro entre as pessoas mas não afirma sobre o valor das suas qualidades (há patifes muito simpáticos...); mesmo vista como «sentir com», resta saber *com quem* se simpatiza. A empatia reporta a tentar colocarmo-nos no lugar (nas circunstâncias) do Outro. Faz parte do leque de habilidades da inteligência emocional. A sua ligação à acção é, todavia, mais escassa que a da compaixão. A piedade (e junto-me a outros detractores) é uma tristeza que sentimos diante da tristeza do outro – não acrescenta nada, a não ser mais tristeza; a piedade vai a reboque do infortúnio e, concordo com Comte-Sponville, é *comiseratio*, sentida e vivida de cima para baixo.

Hannah Arendt distingue a *piedade* da *compaixão* afirmando que esta, ao contrário da piedade, “só pode compreender o particular, mas fica sem conhecimento do geral”; assim, não pode “ir além do que sofre uma pessoa única”. Esta relação ao

peçoal, singular, concreto, seduz. Não supõe, quanto ao seu objeto, nenhum juízo de valor determinado: pode-se ter compaixão pelo que se admira, como também pelo que se condena. A compaixão é participar do sentimento do outro em situação de sofrimento, na dor e na tristeza. Não se trata de aprovar (ou desaprovar), nem de compartilhar as suas razões. A compaixão muda a orientação para um *amor pelos outros*, e não é por acaso que Schopenhauer vê nela o móbil por excelência da moralidade. Simpatiza universalmente com tudo o que sofre: se temos deveres para com os animais, por exemplo, é antes de tudo por ela, ou nela, e é por isso que a compaixão talvez seja a mais universal das nossas virtudes.

À luz da compaixão e pensando com Lazarus, "a tendência da ação é o impulso para mitigar o sofrimento do outro, para ajudar a outra pessoa, para expressar simpatia, e ainda assim manter distanciamento suficiente para evitar ficar sobrecarregados nós mesmos."³⁴. Pela compaixão, somos movidos a ajudar o Outro que sofre, sem, como diria Nussbaum, considerar nenhum sofrimento como de menor importância, pois que ninguém merece sofrer e atendendo a que o sofrimento afeta todos no florescimento humano. "Ama e faz o que queres", diz Agostinho ou "compadece-te e faz o que deves", como afirma Comte-Sponville.

As **competências morais** dizem respeito a conhecimentos, habilidades e atitudes mas manifestam-se necessariamente na ação, no agir concreto.

E o desenvolvimento das competências morais passará por estes cinco tópicos - **Respeito, Compaixão, Qualidade do cuidado, Disponibilidade e Capacitação** - mesmo não se encerrando neles: Que o caminho de construção de cada um de nós seja ***cinco estrelas!***

³⁴ LAZARUS, Richard S. - *Emotion & Adaptation*, Oxford University Press, 1991. p. 290. "In compassion, the action tendency is the impulse to reach out to mitigate the other's plight, to help the other person, to express sympathy, and yet to maintain sufficient detachment to avoid being overwhelmed with distress ourselves. If we should experience survivor guilt along with compassion, as long as it does not chill the wish to help the victim, it may support compassion, because we wish to pay or atone for our own good fortune at not being a victim"