



infosauonline.webnode.pt

13

# Info Saúde

## DESTAQUE

**A Diabetes: o papel transformador da  
Enfermagem**

**Mafalda Santos**

**Projeto de intervenção comunitária “Ganha  
Sorrisos com +Conhecimento”**

**Carolina Fernandes, Raquel Simões, Pedro Quintas,  
Patrícia Rolo, Magda Antunes**

**Palhaços d’Opital: Humanização do Cuidado  
Geriátrico através da Arte dos Palhaços em  
contexto hospitalar**

**Jorge Rosado**



# Info Saúde

## Equipa

Ana Baridó  
Andreia Correia  
Carolina Saraiva  
Christine Branquinho  
Cristiana Rosário  
Denise Velho  
Elsa Rodrigues  
Fátima Fonseca  
Hélder Carreira  
Hugo Mendonça  
Madalena Santos  
Mafalda Santos  
Mónica Reis  
Pedro Quintas  
Pedro Sousa  
Tânia Jordão

## Conselho Científico

Cristina Vaz de Almeida  
Eva Menino  
João Ferreira  
José Amendoeira  
José Carlos Gomes  
Juliana Duque  
Maria dos Anjos Dixe  
Maria Irene Santos  
Pedro Melo  
Tânia Morgado  
Teresa Kraus  
Tiago Nascimento

## Coordenação Editorial

Hélder Carreira

## Edição

Número 13 - Ano V

## ISSN

2795-4536

## Periodicidade

Publicação quadrimestral (janeiro, maio e setembro) via online

## Divulgação

Website: <https://infosauodeonline.webnode.pt/>

## Contacto

[infosaude.pl@arscentro.min-saude.pt](mailto:infosaude.pl@arscentro.min-saude.pt)

## Validação

Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULSRL), E.P.E

## Apoios



NOTA EDITORIAL	4	DOSSIER TEMÁTICO	20
<b>Governança, Humanização e Sentido na Construção do Cuidado</b>		<b>Tuberculose: o impacto da estigmatização</b>	
HÉLDER CARREIRA		SOLANGE RODRIGUES	
DOSSIER TEMÁTICO	5	DOSSIER TEMÁTICO	23
<b>A Diabetes: o papel transformador da Enfermagem</b>		<b>Palhaços d’Opital: Humanização do Cuidado Geriátrico através da Arte dos Palhaços em contexto hospitalar</b>	
MAFALDA SANTOS		JORGE ROSADO	
DOSSIER TEMÁTICO	8	OPINIÃO	28
<b>Políticas de saúde e governação clínica: entre sistemas e sentidos</b>		<b>Entre a oportunidade e a sobrecarga: O desafio atual da responsabilidade precoce na Enfermagem</b>	
HÉLDER CARREIRA		CÍNTIA LARANJO	
INVESTIGAÇÃO	11	ENTRE A ARTE E O PENSAMENTO	30
<b>Projeto de intervenção comunitária “Ganha Sorrisos com +Conhecimento”</b>		<b>Receita de Ano Novo</b>	
CAROLINA FERNANDES, RAQUEL SIMÕES, PEDRO QUINTAS, PATRÍCIA ROLO, MAGDA ANTUNES		CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE	
DOSSIER TEMÁTICO	13		
<b>Supervisão Clínica em Enfermagem: A construção de um caminho na Supervisão</b>			
CÍNTIA LARANJO, CRISTINA COSTEIRA			
DOSSIER TEMÁTICO	16		
<b>Skill Mix nos Cuidados de Saúde Primários: Maximização de Competências Clínicas</b>			
MÓNICA REIS, DIOGO URJAIS, MARTA RIBEIRO			



Fonte: <https://super.abril.com.br/sociedade/a-historia-secreta-do-ano-novo/>



Coordenador Editorial do Info Saúde  
Enfermeiro Gestor  
Doutorando em Gestão - Universidade da Beira Interior  
Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E  
NECE - Research Centre for Business Sciences, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal  
iD ORCID: 0009-0003-2729-6286  
hmcarreira@ulsrl.min-saude.pt

## Governança, Humanização e Sentido na Construção do Cuidado

A presente edição do Info Saúde convoca uma reflexão sobre os alicerces éticos e técnicos que sustentam a qualidade dos cuidados em saúde. Os textos reunidos interrogam, com rigor e inquietação crítica, como se articulam as dimensões normativas, relacionais e formativas na prática quotidiana dos profissionais. Mais do que apresentar soluções acabadas, procuram compreender os modos pelos quais políticas, competências e afetos configuram o exercício profissional e determinam o bem-estar das populações.

O dossier temático abre com uma análise das políticas de saúde e da governação clínica enquanto práticas que ultrapassam o domínio meramente administrativo. A governação clínica não se reduz a protocolos ou auditorias: constitui uma ética da corresponsabilidade, onde cada decisão técnica é simultaneamente decisão política, porque afeta o bem comum. A pandemia de COVID-19 expôs as fragilidades sistémicas e convocou uma lógica de resiliência e interdependência que transcende fronteiras disciplinares. A perspetiva One Health emerge como horizonte ético-político, reconhecendo a vulnerabilidade como condição universal e exigindo uma governação que não seja mero mecanismo, mas construção de sentido partilhado.

A capacitação profissional surge como eixo estruturante. O artigo sobre diabetes mellitus tipo 1 em contexto escolar evidencia como a formação avançada dos enfermeiros de saúde escolar se traduz em segurança para alunos, professores e auxiliares. A supervisão clínica, abordada em dois textos complementares, revela-se prática qualificada que exige certificação formal e responsabilidade ética. O debate sobre a atribuição precoce de funções supervisivas a enfermeiros recém-licenciados expõe uma inquietude legítima: entre a confiança nos jovens profissionais e a necessidade de experiência consolidada, importa garantir que a supervisão não seja consequência das falhas do sistema, mas prática planeada e valorizada.

O projeto "Ganha Sorrisos com +Conhecimento" exemplifica como a literacia em saúde oral, trabalhada em meio escolar

através de metodologias participativas, capacita os jovens para comportamentos preventivos. Os resultados demonstram ganhos significativos nos conhecimentos adquiridos, reforçando a importância de intervenções estruturadas junto das comunidades educativas.

A dimensão humanizadora do cuidado perpassa toda esta edição. O artigo sobre tuberculose denuncia o peso do estigma enquanto determinante de saúde que atrasa o diagnóstico e compromete a adesão terapêutica. Apesar dos progressos científicos, a tuberculose continua envolta em crenças simbólicas que remetem para a pobreza e a exclusão. O trabalho dos Palhaços d'Opital ilustra como a arte e o humor em contexto hospitalar transformam o ambiente clínico, reduzem o stress e promovem o bem-estar emocional, particularmente em populações idosas. A intervenção artística, sustentada por evidência científica, não constitui mero complemento: revela-se essencial no respeito pela dignidade e a saúde relacional.

Transversal a todos os contributos está a compreensão de que a eficácia das políticas de saúde depende não só de *frameworks* claros e recursos adequados, mas também de uma cultura que reconheça a saúde como bem comum. As estruturas normativas precisam converter-se em práticas vivas, enraizadas em valores de equidade, respeito e cuidado partilhado. A governação clínica exige visão institucional e compromisso coletivo: não pode limitar-se a protocolos, deve constituir-se como horizonte ético que interroga o sentido do cuidado num mundo marcado por incerteza.

A qualidade dos cuidados constrói-se na articulação entre competência técnica, responsabilidade ética e compromisso relacional. É nesta tríade que reside a possibilidade de transformar estruturas em práticas de sentido, capazes de responder à vulnerabilidade humana, com compaixão e respeito pela sua dignidade.

MAFALDA SANTOS

Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública  
Departamento de Saúde Pública  
Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E  
Membro da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde.  
ID ORCID: 0009-0003-7095-8775  
mafalda.santos@ulsrl.min-saude.pt

## A Diabetes: o papel transformador da Enfermagem

### Resumo

A importância dos enfermeiros, enquanto pilares fundamentais da promoção da saúde e da literacia em saúde na comunidade escolar, torna-se particularmente evidente perante a necessidade de apoiar a pessoa na gestão do regime terapêutico em doenças crónicas como a Diabetes Mellitus tipo 1. Esta patologia, muito prevalente em idade pediátrica, exige uma resposta estruturada por parte da escola, envolvendo competências técnicas, relacionais e pedagógicas. Os enfermeiros, enquanto agentes de saúde pública, desempenham um papel determinante na capacitação dos profissionais educativos, promovendo

### Introdução

A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença metabólica e crónica que pode afetar pessoas de qualquer idade, sendo que a sua incidência é maior em crianças e jovens, tornando-se uma das doenças mais prevalentes em contexto escolar. A permanência das crianças e dos jovens na escola abrange um período alargado do dia, neste sentido, as recomendações internacionais orientam para que seja garantida a gestão adequada da doença neste contexto.

Os enfermeiros de saúde escolar, enquanto interlocutores de saúde na comunidade escolar, devem tomar medidas e decisões necessárias para manter os canais de comunicação adequados entre os alunos, os docentes e não docentes e os cuidadores das crianças e jovens. Aliado à sua formação profissional, neste contexto, deverá ser possível que estes possam providenciar formação adequada aos professores e assistentes operacionais, desmistificando e alertando para a importância da monitorização da glicémia em sala de aula, sempre que for necessário e, atendendo às necessidades da criança/jovem. Esta educação deve ser contínua, de reforço e atualização de conhecimentos sempre que possível.

Assumindo que a saúde escolar apresenta um percurso assinalável na promoção da saúde e prevenção da doença, a escola é um local socialmente reconhecido, cujas competências vão muito além das qualificações técnicas, sendo o desenvolvimento das relações interpessoais cada vez mais valorizado. É deste modo o contexto ideal, logo a seguir à família, para a promoção da saúde através da implementação de

formação contínua, esclarecendo dúvidas e desmistificando procedimentos essenciais, como a monitorização da glicemia ou a atuação perante situações de emergência. Para além disso, asseguram a vigilância clínica regular e a elaboração de planos de saúde individualizados, fundamentais para garantir a segurança, a inclusão e o desenvolvimento biopsicossocial dos alunos com necessidades especiais de saúde. A sua intervenção contribui para ambientes escolares mais seguros, informados e preparados, promovendo a autonomia e o bem-estar das crianças e jovens com diabetes tipo 1.

**Palavras-chave:** Diabetes *Mellitus* Tipo 1; Saúde Escolar; Capacitação;

processos de educação para a saúde, nos quais os enfermeiros são elementos fulcrais e indispensáveis em todo o processo e envolvimento.

### Desenvolvimento conceptual

A Diabetes Mellitus é um dos principais problemas de saúde apresentadas no Plano Nacional de Saúde (PNS), pertencendo ao grupo dos problemas de saúde de elevada magnitude, quer em termos de carga de mortalidade, quer em termos de carga de doença e incapacidade (Direção-Geral da Saúde, DGS, 2021). “A magnitude refere-se à abrangência do problema de saúde, isto é, ao contingente de pessoas afetadas por determinado problema. É medida através dos indicadores de morbilidade e mortalidade.” (Fonseca, Santos, Santos Coelho & Gabriel, 2018, p. 18).

Alinhado com as necessidades atuais, no Departamento de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, em contexto de saúde escolar, está em vigência o Projeto de Intervenção Comunitária, Projeto DARE+: apoiado pelos responsáveis escolares, com a finalidade de criar condições favoráveis ao bem-estar e integração saudável e segura da criança com diabetes tipo 1 em contexto escolar (Menino, 2013).

A saúde pública avalia o estado de saúde de uma população e é responsável pelas atividades e condições governamentais com o intuito de promover, proteger e preservar a saúde da população, constituindo-se igualmente como uma estratégia política e de governação (Melo, 2020).

(continuação na página seguinte)

## A Diabetes: o papel transformador da Enfermagem

O Projeto de Intervenção Comunitária, Projeto DARE+, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, tem como objetivo melhorar os conhecimentos dos enfermeiros de saúde escolar através da formação avançada.

Nesta linha de pensamento, pretende-se formar os enfermeiros de saúde escolar para aplicação do Projeto. A finalidade da sua aplicação será para colmatar as lacunas existentes nos conhecimentos dos agentes educativos de crianças e jovens com DM1, que se identificam como alunos com necessidades educativas especiais.

A doença, seja ela qual for, não deve impedir a boa integração do aluno na comunidade escolar, bem como a sua aprendizagem, sendo necessário que os docentes e não docentes sejam capazes de identificar situações e comportamentos de alerta e intervirem atempadamente e em conformidade. O direito à correta integração junto destes alunos leva-nos ao relatado pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).

Pela análise do descrito importa referir que, segundo a DGS (2015), o PNSE, visa que todas as crianças e jovens beneficiem do direito e acesso à saúde e, devem por isso, frequentar uma comunidade escolar que lhes promova o seu bem-estar e, inclusão. Nestes casos, é importante a correta e atempada identificação do aluno com necessidades de saúde especiais a fim de se proceder ao preenchimento do Plano de Saúde Individual (PSI), presente na orientação técnica de Crianças e Jovens com DM1, com o intuito de ser avaliado o impacto das condições de saúde na funcionalidade da criança na escola e na identificação das medidas de saúde a implementar (medidas terapêuticas, necessidades de saúde, entre outros) (DGS, 2016).

Se existirem condições, que possam comprometer o bem-estar das crianças/jovens, estas devem ser detetadas e acompanhadas precocemente pelos serviços de saúde, em parceria com a comunidade escolar. O mesmo acontece, em casos de crianças/jovens com DM1, pois resultam em necessidades especiais, implicando, na grande maioria das vezes, em problemas de saúde com um impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, podendo ter um impacto negativo na aprendizagem ou no desenvolvimento individual (DGS, 2015).

Deve reter-se que o essencial passa por assegurar as condições de saúde física e mental que permitam a todas as crianças, com ou sem necessidades especiais, a aquisição de competências e o *empowerment*, no sentido do bem-estar e do

sucesso académico e também pessoal (PNSE, 2015). Esta visão elucidativa e abrangente, de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP), considera que estes são os profissionais de saúde mais dotados para promover esta ligação escola, pais/cuidadores, sistemas de saúde.

O EESCSP deve por isso, dando ênfase às competências específicas adquiridas, identificar estes grupos e comunidades, entender os seus problemas, ou seja, o estado de saúde julgado deficiente (Melo, 2020), bem como as necessidades de cada um, respeitando a sua individualidade, no sentido de obtenção de ganhos em saúde, ou pelo menos, diminuir o impacto das doenças.

De acordo com *National Association of School Nurses* (NASN) americana, os enfermeiros de saúde escolar estão posicionados de forma única para atender às necessidades de saúde dos alunos. Tendo por isso um papel multifacetado, prestando cuidados em diferentes áreas, atuando seja ao nível da saúde física, mental, social e emocional. Sendo que as suas áreas de atuação no contexto escolar visam a promoção do desenvolvimento das crianças e jovens, liderando os processos de promoção, saúde e segurança, incluindo deste modo um ambiente escolar saudável, prestando cuidados de qualidade e intervindo em problemas reais e potenciais de saúde (NASN, 2016). Perante um problema de saúde real em comunidade escolar, como a DM1, esta associação refere ainda que a educação dos docentes e não docentes pelo enfermeiro de saúde escolar é imperativa no sentido de promover a gestão medicamentosa de uma criança ou jovem com uma necessidade especial de cuidados de saúde. O enfermeiro de saúde escolar desenvolve formação contínua dirigida à comunidade escolar sobre a diabetes, reforça os conhecimentos sobre esta doença e procede à atualização dos PSI existentes ou à sua elaboração inaugural

Face ao exposto, os enfermeiros com responsabilidades na saúde escolar de uma região devem dispor de recursos e conhecimentos diversificados que permitam auxiliar os profissionais escolares na intervenção junto de crianças e jovens com DM1.

O EESCSP desenvolve uma abordagem sistémica nos diferentes níveis de prevenção, em articulação com outros profissionais, convergindo com os pressupostos do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995)

(continuação na página seguinte)

## A Diabetes: o papel transformador da Enfermagem



Fonte: <https://www.news-medical.net/news/20230105/A-gloomy-outlook-for-type-1-diabetes-in-children-and-adolescents-by-2050.aspx>

A intervenção em saúde nas comunidades deve orientar-se, cada vez mais, para capacitar os grupos a lidar com as fontes de *stress*, de modo a restabelecer um novo equilíbrio, com um mínimo de danos causados pela exposição ao risco (Neuman & Fawcett, 2011).

Assim, torna-se fundamental capacitar a comunidade de forma a promover os seus processos de readaptação, formando e potenciado a gestão dos recursos externos da comunidade. O enfermeiro desenvolve um conjunto de reforços a essas defesas, pela educação e pelas mobilizações sociais por melhores condições de vida e de trabalho. Assim, quanto mais elevado é o nível de literacia numa comunidade, mais apta ela estará para enfrentar os *stressores*.

### Conclusão

A intervenção do enfermeiro no cuidado à comunidade, com promoção de conhecimentos, relação terapêutica de ajuda e trabalho em equipa, centra-se na comunicação. Neste processo partilham-se informações que são capazes de influenciar indivíduos e comunidades na promoção da saúde e prevenção da doença (Machado et al., 2022).

A continuidade das formações avançadas para os enfermeiros de saúde escolar, promovem segurança aos docentes e não docentes na gestão da diabetes das crianças e jovens em contexto escolar.

A inovação tecnológica fez emergir uma nova sociedade do conhecimento. O aumento da longevidade da população conduziu à necessidade de promover dinâmicas de aproxi-

mação nas relações intergeracionais. O fortalecimento da colaboração geral entre a equipa escolar e os profissionais de saúde mostram benefícios imediatos na forma como as crianças/jovens vêm a escola e a sua integração, sentindo-se seguros e com profissionais que detêm conhecimentos aprofundados e adequados à sua situação clínica.

Desta forma, podemos verificar que quando se fala na comunidade como cliente, para garantir a sua autonomia e vontade, enquanto entidade coletiva, será necessário o enfermeiro garantir o processo de empoderamento comunitário, ao promover a participação comunitária dos líderes e dos membros da comunidade (Melo, 2020).

Por todo o descrito, o enfermeiro deve ser visto como um arquiteto de escolha, capaz de ajudar o indivíduo/comunidade a escolher a melhor opção para si tendo em conta os seus interesses individuais. Para isso, recorre-se à utilização de *nudge* (estímulos) com o objetivo de alterar o comportamento dos indivíduos/comunidades de maneira calculável, sem proibir nenhuma escolha ou alterar os seus incentivos é uma estratégia a ser utilizada (Thaler & Sustein, 2018).

### Referências

- Direção-Geral da Saúde (2015, agosto 12). Norma nº 015/2015. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>;
- Direção-Geral da Saúde (2016, novembro 23). Orientação nº006/2016. Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola. [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/orientacao\\_diabetes\\_dez2016\\_assinada.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/orientacao_diabetes_dez2016_assinada.pdf);
- Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. [https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030\\_FINAL-para-Edicao.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf);
- Fonseca, R., Santos, C., Santos, E., Coelho, P. & Gabriel, T. (2018-2020). Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral – 2018-2020. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/QUEM%20SERVIMOS/PLS%20Pinhal%20Litoral%20rev%202019.pdf>;
- Machado, D., Almeida, A. & Tavares, J. (2022). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 47-58. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.236>;
- Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L.V., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Telles de Freitas, C., Dimande, M. (2020) *Revista Rol Enferm* (43)1, 441-446. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/29304/4/ARTIGO%20EAVEC\\_MELO%20ET%20AL%202020\\_RROLENF.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/29304/4/ARTIGO%20EAVEC_MELO%20ET%20AL%202020_RROLENF.pdf);
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. LIDEL;
- Menino, E. (2013). *Gestão da Diabetes em contexto escolar* [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa;
- National Association of School Nurses. (2016). Framework for 21st century school nursing practice. <https://www.nasn.org/nasn-resources/professional-practice-documents/position-statements/ps-role> <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>;
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª edição United States of America: Pearson;
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Stamford: Lance;
- Thaler, R. & Sunstein, C. (2018). *Nudge um pequeno empurrão*. Como decidir melhor em questões de saúde, riqueza e felicidade. Lua de papel.

**HÉLDER CARREIRA**

Coordenador Editorial do Info Saúde

Enfermeiro Gestor

Doutorando em Gestão - Universidade da Beira Interior

Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E

NECE - Research Centre for Business Sciences, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

iD ORCID: 0009-0003-2729-6286

hmcarreira@ulsrl.min-saude.pt

## Políticas de saúde e governação clínica: entre sistemas e sentidos

### Resumo

A governação clínica, mais do que um dispositivo técnico, é a expressão de uma ética coletiva orientada para a qualidade, a segurança e a responsabilidade. Este artigo explora políticas de saúde e governação clínica em Portugal e no plano internacional, analisando como as estruturas normativas se entrelaçam com práticas que exigem reflexão sobre poder, autonomia e cuidado. A pandemia revelou vulnerabilidades sistémicas, convocando uma lógica de resiliência e interdependência que transcende fronteiras. A análise recorre a relatórios da World Health Organization (WHO), da Organisation for Economic Co-operation

and Development (OECD) e literatura recente, destacando modelos híbridos que conjugam regulação e participação. Discute-se a inquietude entre racionalidade económica e equidade, bem como a necessidade de uma governação que não seja mero mecanismo, mas horizonte de sentido para profissionais e cidadãos. Conclui-se que a eficácia das políticas depende de *frameworks* claros, mas também de uma cultura que reconheça a saúde como bem comum e não como simples recurso.

**Palavras-chave:** Governação clínica; Políticas de saúde; Resiliência; Qualidade; Equidade.

### Introdução

A governação clínica nasce da inquietação perante falhas que expuseram a fragilidade do cuidado quando reduzido a rotina. Surge, assim, como tentativa de reconciliar técnica e ética, instituindo responsabilidade partilhada por padrões de qualidade e segurança (Scott, 2001). A pandemia de COVID-19 intensificou esta exigência, revelando que sistemas não são só estruturas, mas organismos vivos, dependentes de confiança e cooperação (Song et al., 2025; WHO, 2024).

Em Portugal, reformas recentes procuram integrar profissionais em decisões estratégicas, deslocando a governação de um modelo hierárquico para uma lógica dialógica (Ferreira et al., 2025). No plano internacional, organismos como OECD e Business at OECD (BIAC) insistem na saúde como um investimento, mas esta perspetiva convoca uma questão: pode a racionalidade económica coexistir com a promessa de equidade?

Este artigo propõe uma leitura crítica, articulando dimensões normativas e culturais, para compreender como políticas e governação clínica se tornam não só instrumentos de gestão, mas práticas que configuram modos de ser e cuidar.

### Desenvolvimento conceptual

A governação clínica é definida por pilares técnicos – auditoria, gestão do risco, formação, envolvimento do utente –, mas a sua essência reside na ideia de responsabilidade distri-

buída (DeBono, 2011). Esta noção implica uma ética da corresponsabilidade, onde cada decisão clínica é também decisão política, pois afeta o bem comum. A literatura recente sublinha que modelos excessivamente burocráticos tendem a esvaziar este sentido, enquanto abordagens colaborativas favorecem aprendizagem e pertença (Veenstra et al., 2017).

No plano internacional, o Reino Unido consolidou um paradigma que alia regulação e transparência, mas enfrenta o desafio de manter vitalidade num sistema marcado por pressões financeiras (Anandaciva, 2023). Austrália e Canadá exploram estratégias que combinam governação clínica com inovação tecnológica, sugerindo que a qualidade não é estática, mas processo em permanente devir (Palm et al., 2025).

A pandemia introduziu uma dimensão ontológica: saúde como interdependência. A lógica *One Health* rompe fronteiras disciplinares, convocando uma governação que reconheça a vulnerabilidade como condição universal (Ramos, 2023). Esta perspetiva desloca a governação clínica de um espaço meramente normativo para um horizonte ético-político, onde a técnica é mediação e não fim.

(continuação na página seguinte)

## Políticas de saúde e governação clínica: entre sistemas e sentidos

Portugal, ao integrar enfermeiros em decisões estratégicas, sinaliza um movimento de democratização interna, mas permanece o desafio de transformar normas em cultura viva (Ferreira et al., 2025). A governação clínica, assim, não é só arquitetura institucional: é prática reflexiva que interroga o sentido do cuidado num mundo marcado por incerteza.

### Discussão

A análise revela inquietudes estruturais: entre regulação e autonomia, entre eficiência e equidade. Modelos *top-down* asseguram uniformidade, mas podem sufocar a criatividade necessária à adaptação. Por outro lado, abordagens *bottom-up* promovem participação, mas exigem maturidade organizacional para evitar fragmentação (Veenstra et al., 2017).

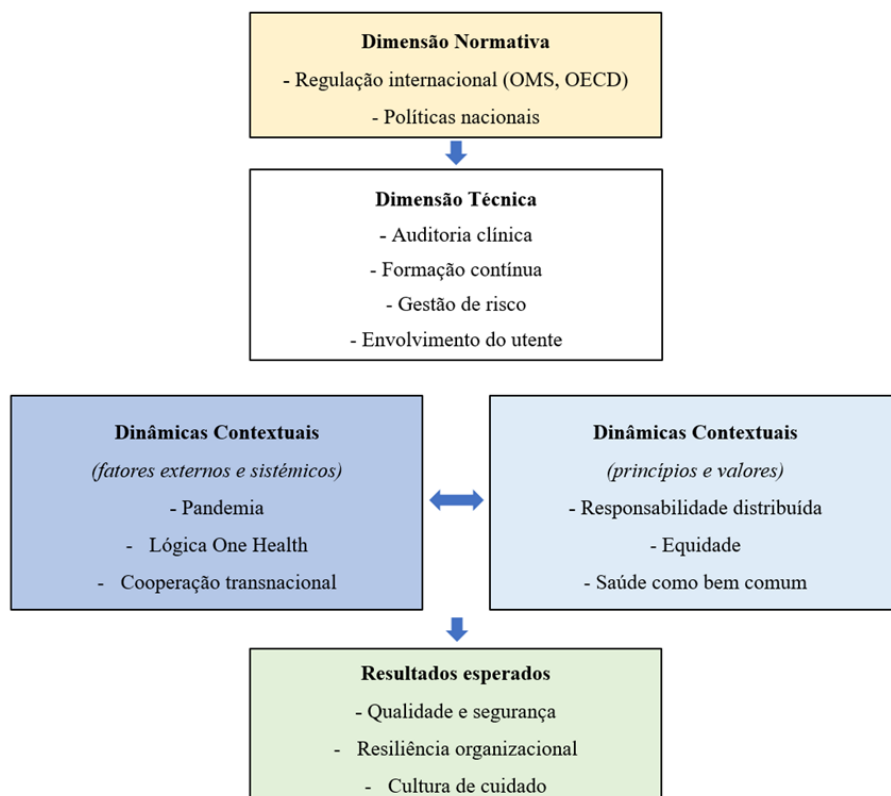
A pandemia expôs a insuficiência de lógicas centradas no controlo, impondo uma governação orientada para resiliência e antecipação. Esta mudança implica reconhecer que sistemas de saúde não são máquinas, mas ecossistemas, onde fluxos de informação, confiança e valores circulam como energia vital (Song et al., 2025).

A dimensão económica introduz outra inquietação: quando a saúde é tratada como investimento, corre-se o risco de

reduzir o cuidado a variável de produtividade. Contudo, estudos mostram que gastos bem orientados ampliam esperança de vida e reduzem mortalidade infantil (Anwar et al., 2023). A questão não é investir ou não, mas como investir sem trair a promessa de justiça sanitária.

Portugal exemplifica esta pressão: reformas legislativas e integração profissional apontam para governação mais inclusiva, mas persistem lacunas na harmonização de programas e na avaliação empírica (Ferreira et al., 2025). A cooperação internacional, como a *European Governance Alliance*, oferece um horizonte de partilha, mas exige coragem política para transcender soberanismos e assumir que saúde é bem relacional, não propriedade nacional.

A figura 1 representa um diagrama que sintetiza a articulação entre políticas de saúde e governação clínica, estruturando cinco núcleos interdependentes: dimensão normativa, dimensão técnica, dimensão ética-política, dinâmicas contextuais e resultados esperados. Este enquadramento evidencia como normas, práticas e valores se conectam para sustentar qualidade, segurança e resiliência nos sistemas de saúde.



**Figura 1** - Framework teórico da governação clínica e políticas de saúde, organizado em cinco núcleos interdependentes

Fonte: Elaboração do autor

(continuação na página seguinte)

## Políticas de saúde e governação clínica: entre sistemas e sentidos

Assim, governação clínica não é um mero dispositivo técnico: é prática que interroga o sentido do cuidado, convocando uma ética da interdependência num mundo onde a fragilidade é condição comum.

### Conclusão

A governação clínica, concebida como um mecanismo de qualidade, revela-se espaço de pressão entre racionalidade técnica e horizonte ético. A pandemia mostrou que políticas de saúde não podem limitar-se a protocolos: exigem imaginação institucional e compromisso coletivo. A eficácia depende de *frameworks* claros, mas também de uma cultura que reconheça a saúde como bem comum, não como recurso instrumental.

Portugal avança na integração profissional e na adaptação normativa, mas enfrenta o desafio de transformar normas em práticas vivas. Internacionalmente, modelos híbridos e cooperação transnacional indicam caminhos para uma governação que seja não só regulação, mas cuidado partilhado.

Em última análise, governação clínica é exercício de responsabilidade que transcende técnica: é gesto político e ético que interroga como queremos viver juntos, sob a condição universal da vulnerabilidade.

### Agradecimentos

O NECE e este trabalho são financiados pela FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P. através do projeto de referência UIDB/04630/2020 e identificador DOI 10.54499/UIDP/04630/2020

### Referências

- Anandaciva, S. (2023). *How does the NHS compare to the health care systems of other countries?* The King's Fund. Disponível em <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/nhs-compare-health-care-systems-other-countries>
- Anwar, A., Hyder, S., Nor, N. M. N., & Younis, M. (2023). Government health expenditures and health outcome nexus: A study on OECD countries. *Frontiers in Public Health*, 11, 1123759. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1123759>
- Business at OECD (BIAC). (2025). *Health as an Economic Imperative*. Synthesis Report. Disponível em <https://www.businessatoecd.org/>
- DeBono, V. (2011). Clinical governance: A review of key concepts in the literature. *Clinical Governance: An International Journal*, 16(1), 62–73. <https://doi.org/10.1108/14777271111104592>
- Ferreira, M. T., Ramalho, S., Silva, T., Oliveira, F., & Gonçalves, R. (2025). Impact of clinical governance in nursing: A literature review. *Millenium – Journal of Education, Technologies and Health*, 27(2), 45–58. <https://doi.org/10.29352/mill0227.40383>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2025). *Health at a glance 2025*. Paris: OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2025-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2025-en)
- Palm, K., Brantnell, A., Peolsson, M., Özbek, N., & Hedström, G. (2025). National eHealth strategies: A comparative study of nine OECD health systems. *BMC Health Services Research*, 25, 269. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12411-7>
- Ramos, V. (2023). Public health, clinical governance, and governance for health and well-being. *Port Journal of Public Health*, 41(1), 1–5. <https://doi.org/10.1159/000530024>
- Scott, I. (2001). Clinical governance: A framework and models for practice. In V. Bishop & I. Scott (Eds.), *Challenges in clinical practice* (pp. 23–45). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4039-3737-7\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4039-3737-7_3)
- Song, J., Zhu, Z., Li, Q., Chen, Y., Wang, Z., Zhou, S., Mog, X., & Zheng, Z.-J. (2025). Comparative content analysis of national health policies before and after COVID-19. *Global Health Research and Policy*, 10(6). <https://doi.org/10.1186/s41256-024-00400-y>
- Veenstra, G. L., Ahaus, K., Welker, G. A., Heineman, E., & van der Laan, M. J. (2017). Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. *BMJ Open*, 7(1), e012591. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012591>

World Health Organization (WHO). (2024). *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs*. Geneva: WHO. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>



Fonte: <https://aihms.in/blog/healthcare-management-mha-mba-hm/>

**CAROLINA FERNANDES<sup>1</sup>****RAQUEL SIMÕES<sup>1</sup>****PEDRO QUINTAS<sup>2</sup>****PATRÍCIA ROLO<sup>2</sup>****MAGDA ANTUNES<sup>3</sup>**<sup>1</sup> Estudante da Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra<sup>2</sup> Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem Comunitária, Unidade de Cuidados na Comunidade de Pombal, ULS Região de Leiria<sup>3</sup> Higienista Oral, ULS Região de Leiria

## Projeto de intervenção comunitária “Ganha Sorrisos com +Conhecimento”

### Resumo

No âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, a Equipa local de Saúde Escolar de Pombal implementou no Agrupamento de Escolas de Pombal um Projeto de Intervenção Comunitária – “Ganha Sorrisos com + Conhecimento” - dirigido a alunos do 5.º ano, com o objetivo de promover a literacia em saúde oral integrado no Programa e-Bug - programa de Literacia em Saúde e Educação para a Cidadania. A análise dos

resultados mostra um aumento significativo dos conhecimentos em saúde oral, com melhorias consistentes entre a 1.ª e a 2.ª sessão em todas as turmas.

Apesar das limitações, os dados sugerem que a intervenção teve impacto positivo na promoção da literacia em saúde oral.

**Palavras-chave:** Capacitação; Intervenção Comunitária; Literacia em Saúde; Saúde Oral e Saúde Escolar.

### Introdução

A saúde oral constitui um componente essencial da saúde geral e do bem-estar, estando associada a funções fundamentais como mastigar, falar e sorrir sem dor nem desconforto (Ordem dos Médicos Dentistas [OMD], 2019). A sua manutenção depende da adoção de comportamentos preventivos, como uma higiene oral adequada, alimentação saudável e visitas regulares ao dentista (DGS, 2021). A promoção da literacia em saúde oral, sobretudo em idade escolar, é uma estratégia fundamental para capacitar os mais jovens e prevenir patologias orais. Assim, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, a Equipa local de Saúde Escolar de Pombal implementou no Agrupamento de Escolas de Pombal, um Projeto de Intervenção Comunitária – “Ganha Sorrisos com +Conhecimento” - dirigido a alunos do 5.º ano de escolaridade, com o intuito de promover a literacia em saúde oral – integrado no Programa e-Bug – Programa de Literacia em Saúde e Educação para a Cidadania.

### Objetivos

Promover o aumento da literacia em saúde oral, através da capacitação dos participantes com conhecimentos e práticas que contribuam para a sua prevenção e manutenção.

### Descrição da Intervenção

Este projeto está estruturado em duas sessões distintas, com recurso a metodologias expositivas e demonstrativas. A intervenção contou com a colaboração de dois Enfermeiros

Especialistas em Enfermagem Comunitária, de uma Higienista Oral e de duas Estudantes de Enfermagem.

A primeira sessão centra-se na exploração da anatomia dentária, da placa bacteriana, do processo de formação das cáries dentárias, dos fatores de risco e das estratégias de prevenção, bem como na utilização dos cheques dentista. A segunda sessão aborda a relação entre a alimentação e a saúde oral, a importância da atividade física para a saúde oral e a promoção de práticas sustentáveis nesta área.

Com o intuito de avaliar a eficácia das sessões e os conhecimentos adquiridos pelos participantes, foi aplicado o mesmo questionário antes da primeira sessão e após a segunda sessão.

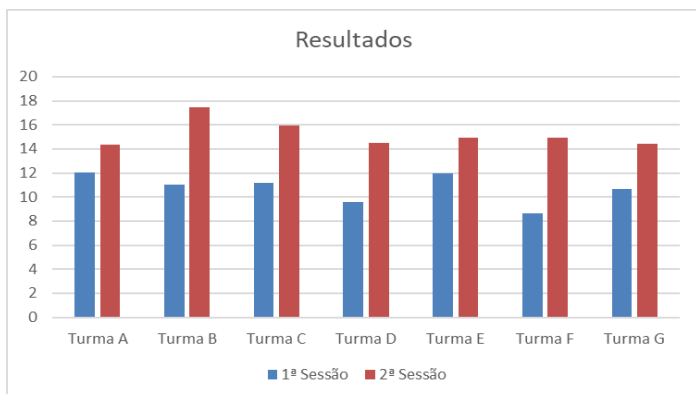
### Resultados

Ao comparar os níveis de conhecimento antes e após a intervenção (Gráfico 1), verifica-se um aumento significativo dos conhecimentos adquiridos pelos participantes: a turma A aumentou 11.40%; a turma B aumentou 31.90%; a turma C aumentou 24.00%; a turma D aumentou 24.85%; a turma E aumentou 15.00%; a turma F aumentou 31.60% e a turma G aumentou 18.75%. O aumento médio das turmas relativamente ao nível de conhecimento sobre saúde oral foi de 22.50%.

*(continuação na página seguinte)*

## Projeto de intervenção comunitária “Ganha Sorrisos com +Conhecimento”

Gráfico 1 - Apresentação dos resultados



### Discussão

O projeto “Ganha Sorrisos com +Conhecimento” foi implementado em 7 turmas, envolvendo 150 alunos.

A análise dos resultados mostra um aumento significativo dos conhecimentos em saúde oral, com melhorias consistentes entre a 1.ª e a 2.ª sessão em todas as turmas. A turma B registou a pontuação mais elevada na 2.ª sessão, enquanto a turma A apresentou a menor progressão.

Contudo, é importante salientar que se trata de uma amostra pequena e não representativa, o que não permite generalizar os resultados à população escolar em geral, nem tirar conclusões definitivas.

### Conclusão

Apesar das limitações, os dados sugerem que a intervenção teve impacto positivo na promoção da literacia em saúde oral. A abordagem multidisciplinar, aliada a metodologias expositivas e demonstrativas, revelou-se eficaz na motivação dos alunos e na aquisição de comportamentos saudáveis, contribuindo para o reforço da prevenção em saúde oral.

Assim, o e-Bug é uma ferramenta educativa que visa promover o conhecimento em diversas áreas, como a saúde oral, capacitando as crianças e os jovens a adotarem comportamentos saudáveis.

### Referências

- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2019). Saúde oral é saúde geral. É qualidade de vida. <https://www.omd.pt/2019/09/saude-oral-geral/>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Direção-Geral da Saúde. <https://uccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>
- UK Health Security Agency. (n.d.). Página principal. e-Bug. <https://www.e-bug.eu/pt-pt/p%C3%A1gina-principal>



CÍNTIA LARANJO<sup>1</sup>CRISTINA COSTEIRA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.; cintia.laranjo@ulsrl.min-saude.pt

<sup>2</sup> Professora adjunta, Escola Superior de Saúde de Leiria, Departamento de Enfermagem; cristina.costeira@ipleiria.pt

## Supervisão Clínica em Enfermagem:

### A construção de um caminho na Supervisão

A supervisão clínica em enfermagem detém raízes históricas que remontam o século XX, tendo inicialmente emergido em áreas como o serviço social, a psicologia e a psiquiatria (Rocha et al., 2015; Teixeira & Pires, 2022). A sua introdução na enfermagem tornou-se mais visível a partir da década de 1990, num contexto de crescente preocupação com a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde. Um dos marcos mais relevantes deste percurso foi a publicação do Relatório Allitt, no Reino Unido, que investigou uma série de acontecimentos trágicos envolvendo uma enfermeira britânica, posteriormente conhecida como o “anjo da morte” (Abreu, 2003). Este documento revelou falhas graves na supervisão dos profissionais e destacou a necessidade de implementar mecanismos de monitorização mais eficazes e estruturados de acompanhamento clínico (Rocha et al., 2015).

A partir desse momento, a supervisão clínica adquiriu uma maior relevância na prática da enfermagem, especialmente no domínio da saúde mental, onde foi prontamente acolhida como uma ferramenta fundamental, para o suporte e o desenvolvimento profissional. No entanto, a sua adoção nos cuidados gerais de enfermagem revelou-se mais limitada, refletindo alguma resistência pela pressão constante do tempo, a escassez de oportunidades organizacionais para a supervisão e a insuficiente formação específica dos enfermeiros supervisores (Butterworth, 2022).

Em Portugal, a valorização da supervisão clínica surgiu da conjugação de três fatores que historicamente influenciaram o desenvolvimento da enfermagem, nomeadamente “o movimento da educação permanente, os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem e os processos de certificação de qualidade” (Augusto, 2020).

Atualmente, destaca-se como um eixo central nas estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional dos enfer-

meiros, tanto em contextos nacionais como internacionais. Para além do seu impacto formativo, a supervisão clínica é cada vez mais valorizada como um mecanismo indispensável para assegurar cuidados éticos, seguros e reflexivos, integrando-se progressivamente no percurso de desenvolvimento contínuo da profissão (Butterworth, 2022; Augusto, 2020)

Progressivamente, a prática da supervisão clínica tem-se afirmado e consolidado do ponto de vista ético e legal, estando devidamente consagrada em diversos documentos normativos emitidos pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, estabelece no artigo 9.º que, no exercício das suas funções nas áreas da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, os enfermeiros contribuem para a melhoria contínua e para a evolução da prestação de cuidados de enfermagem. Essa contribuição concretiza-se, entre outros aspetos, através da organização, coordenação, execução, supervisão e avaliação tanto da formação dos profissionais de enfermagem, como das intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Paralelamente, o Código Deontológico de Enfermagem, promulgado pela Lei n.º156/2015, manifesta claramente que a supervisão clínica integra o exercício profissional de enfermagem, implicando responsabilidade ética, legal e formativa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

*(continuação na página seguinte)*

## Supervisão Clínica em Enfermagem: A construção de um caminho na Supervisão



Fonte: familyclinic.pt

No artigo 100.º, determina-se que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que executa ou delega, assumindo, nesse âmbito, o dever de garantir a qualidade da formação e da supervisão. Esta obrigação é reforçada no artigo 104.º, que impõe ao enfermeiro o dever de assegurar a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, incluindo os que decorrem de tarefas supervisionadas. Por sua vez, os artigos 106.º e 107.º sublinham a importância do respeito pelo sigilo profissional e pela privacidade, princípios que se estendem igualmente aos contextos de supervisão clínica e formação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Esta prática foi regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros, através do Regulamento n.º555/2017, que estabeleceu o regime jurídico de atribuição de títulos de especialidade e competências acrescidas. Este Regulamento, veio contribuir para a valorização, diferenciação e regulação da prática avançada e especializada em enfermagem, tendo um impacto direto na supervisão clínica, uma vez que esta deve ser exercida por profissionais devidamente certificados (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Assim, em 2018, a Ordem dos Enfermeiros definiu, através do Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica - Regulamento n.º 366/2018, a mesma como

“um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Este regulamento constitui um contributo estruturante para a prática clínica em enfermagem, ao estabelecer um referencial normativo que proporciona um suporte efetivo e abrangente no contexto da supervisão clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Entre os principais benefícios destaca-se o enquadramento formal do perfil do Enfermeiro com Competência Acrescida Diferenciada e do Enfermeiro com Competência Acrescida Avançada em Supervisão Clínica, permitindo ainda a acumulação de ambas as competências. Este reconhecimento atribui ao enfermeiro uma capacidade de decisão autónoma e uma responsabilidade diferenciada, sustentadas por princípios éticos, deontológicos e legais da Ordem dos Enfermeiros (2018).

*(continuação na página seguinte)*

## Supervisão Clínica em Enfermagem: A construção de um caminho na Supervisão

Adicionalmente, o regulamento valoriza o papel do enfermeiro na promoção de contextos de aprendizagem clínica seguros, através do desenvolvimento de atividades de formação, supervisão e orientação de estudantes e profissionais de saúde. A prática clínica é, assim, alicerçada em evidência científica, promovendo um compromisso ativo com a investigação e a produção de conhecimento, elementos fundamentais para uma tomada de decisão informada e fundamentada. Por fim, o regulamento reforça a responsabilização do enfermeiro pelas decisões clínicas que toma, pelos cuidados que presta e pela supervisão que exerce, consolidando a sua identidade profissional e a qualidade dos cuidados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Congruentemente com a evolução legislativa supracitada, o Regulamento n.º 613/2022, que define o Ato do Enfermeiro, vem reforçar o estabelecimento do enquadramento normativo, quanto aos princípios do respeito pela autonomia, responsabilidade e delegação, os quais assumem particular relevância no contexto da supervisão clínica. Reforçando também o reconhecimento da supervisão clínica como um ato técnico e científico, integrando o exercício profissional do enfermeiro enquanto prática que envolve a orientação, a formação de outros profissionais e a avaliação de intervenções dentro do seu domínio de competência (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Importa ainda, salientar que o Regulamento consagra a autonomia do enfermeiro na tomada de decisões clínicas, reforçando, simultaneamente, a sua responsabilidade ética, deontológica e legal pelos atos que pratica ou delega. A delegação de tarefas apenas é admissível quando observados critérios rigorosos, incluindo a qualificação do delegatário, a adequação da tarefa e a existência de supervisão formal. Assim, a supervisão clínica constitui uma componente essencial e estruturante do ato profissional, englobando não apenas a execução de cuidados, mas também a vertente pedagógica e formativa (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Diante do atual panorama legislativo e regulamentar, torna-se evidente a necessidade de consolidar a Supervisão Clínica em Enfermagem como uma prática qualificada, ética e sustentada por formação específica. A permanência de profissionais a exercer funções de supervisão sem certificação formal, embora legalmente possível em determinadas condições, representa um risco potencial à qualidade formativa e à segurança dos cuidados prestados. O Parecer n.º 01/2025

da Ordem dos Enfermeiros reforça a importância da responsabilização nesta área, delimitando com rigor as situações excecionais em que tal prática pode ocorrer e promovendo a articulação entre instituições de Ensino e Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2025).

Assim, é imperativo investir na formação avançada em Supervisão Clínica, como estratégia para assegurar uma prática reflexiva, regulamentada e orientada para a excelência na formação de novos profissionais e na prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

### Referências

- Bekhet, A. K. (2024). Promoting lifelong learning in nursing: Strategies for continuing education. *Journal of Intensive and Critical Care Nursing*, 7(1), 188. Obtido em julho 2025
- Pinheiro, G., Macedo, A. P., & Costa, N. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 101-109. Obtido em julho de 2025 de doi:10.12707/R11138
- Butterworth, T. (2022). What is clinical supervision and how can it be delivered i
- Rocha, A., Margarida ; Santos, R., & Cruz, S. (2015). *Supervisão clínica em enfermagem: estratégia potenciadora da excelência dos cuidados* (Comunicação apresentada no II Congresso Internacional de Supervisão Clínica, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Obtido em julho 2025.
- Teixeira, Ana, & Pires, Regina. (2022). A Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde Mental: novos tempos e perspetivas de mudança. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (28), 1-7. Epub 30 de dezembro de 2022. Obtido em julho 2025 de <https://doi.org/10.19131/rpesm.342>
- Abreu, W. (2003). *Supervisão qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau, 2003. Obtido em julho 2025.
- Butterworth, T. (2022). What is clinical supervision and how can it be delivered in practice? *Nursing Times*, 118(2ª edição), 20-22. Obtido em julho de 2025 de <https://www.nursingtimes.net/leadership/what-is-clinical-supervision-and-how-can-it-be-delivered-in-practice-17-01-2022/>
- Augusto, C. (2020). *Contributo da Implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Obtido em julho de 2025 de <https://hdl.handle.net/10216/133881>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro. Dos comentários à Análise dos Casos*. Obtido em julho de 2025
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro* [Decreto-Lei]. Diário da República. Obtido em julho de 2025 de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Regulamento n.º 555/2017. Regulamento de certificação individual de competências* [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 200. Obtido em julho de 2025 de <https://dre.pt/home/-/dre/108315074/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 366/2018: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica* [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113. Obtido em julho de 2025
- Ordem dos Enfermeiros (2022). *Regulamento n.º 613/2022 - Regulamento que define o ato do enfermeiro*. Diário da República [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 131. Obtido em julho de 2025
- Ordem dos Enfermeiros. (2025). *Parecer n.º 01/2025: Acesso à informação clínica no processo de supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem* [Orientação]. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em julho de 2025

MÓNICA REIS<sup>1</sup>  
DIOGO URJAIS<sup>2</sup>  
MARTA RIBEIRO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF D. Diniz, Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E

<sup>2</sup> Enfermeiro, USF D. Diniz, Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E

<sup>3</sup> Assistente em MGF na USF D. Diniz, Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E

## Skill Mix nos Cuidados de Saúde Primários: Maximização de Competências Clínicas

### Resumo

Portugal enfrenta um paradoxo nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo o terceiro país da OCDE com maior densidade médica (5,6/1000 habitantes), mas apresenta défice de enfermeiros (7,4/1000 habitantes vs média OCDE 9,2/1000). Esta distribuição subótima resulta em ineficiências sistémicas e subutilização de competências especializadas. O artigo propõe um modelo de skill mix baseado numa Pirâmide Invertida de Valor Clínico, estruturada em quatro níveis: gestão administrativa especializada, enfermagem de prática alargada, equipas multidisciplinares e coordenação médica especializada. A implementação faseada deste modelo poderia ser implementada em três etapas, com objetivo

de recuperar 40-50% do tempo médico para atividades de alto valor clínico. Os obstáculos identificados incluem resistência corporativa, rigidez legal e fatores culturais. O skill mix otimizado representa uma oportunidade estratégica para resolver a crise de acesso aos CSP, beneficiando os 1,5 milhões de portugueses sem equipa de saúde familiar, conciliando excelência clínica, sustentabilidade económica e equidade no acesso aos cuidados.

**Palavras-chave:** Skill mix; Cuidados de Saúde Primários; Enfermagem de prática alargada; Otimização organizacional; Recursos humanos em saúde; Sistema Nacional de Saúde

### Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários portugueses enfrentam atualmente um complexo desafio organizacional que se materializa numa distribuição subótima dos recursos humanos especializados. A análise dos dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) revela um desequilíbrio estrutural preocupante: Portugal posiciona-se como o terceiro país da OCDE com maior densidade médica, registando 5,6 médicos por 1000 habitantes, significativamente superior à média europeia de 3,7, e apresenta simultaneamente um défice crítico de profissionais de enfermagem, com apenas 7,4 enfermeiros por 1000 habitantes, comparativamente à média da OCDE de 9,2. (OCDE, 2023). Mas serão estes os reais índices?

Este paradoxo demográfico profissional traduz-se numa ineficiência sistémica que transcende a mera questão numérica, manifestando-se através da subutilização das competências especializadas disponíveis e da consequente sobrecarga funcional de determinadas categorias profissionais. A literatura científica internacional demonstra consistentemente que a otimização do skill mix – definido como a combinação estratégica de competências, especializações e habilidades profissionais numa organização de saúde – constitui um imperativo fundamental para a sustentabilidade e eficácia dos sistemas de saúde contemporâneos, particularmente face aos

crescentes desafios demográficos, epidemiológicos e económicos (Buchan et al., 2013; Temido, 2014).

Este artigo propõe-se desenvolver uma análise crítica e integradora sobre o potencial do skill mix como estratégia de otimização organizacional nos CSP portugueses, fundamentada na evidência científica e experiência internacional e adaptada às especificidades do contexto nacional. Os objetivos específicos são: caracterizar o atual desequilíbrio na distribuição de competências profissionais nos CSP portugueses; analisar criticamente os obstáculos que condicionam a implementação eficaz de modelos de skill mix no contexto nacional; propor um modelo conceptual de skill mix adaptado à realidade portuguesa que maximize o valor clínico; e delinear uma estratégia de implementação faseada baseada em evidência.

### Enquadramento Teórico e Análise da Situação Nacional

A otimização do skill mix em saúde, particularmente através da expansão do campo de exercício da enfermagem, tem sido consistentemente recomendada por organismos internacionais como a OCDE e a OMS como estratégia crucial para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Winkelmann et al., 2022; Endalamaw et al., 2024).

*(continuação na página seguinte)*

## **Skill Mix nos Cuidados de Saúde Primários: Maximização de Competências Clínicas**

O conceito transcende a simples redistribuição de tarefas, constituindo uma reengenharia organizacional fundamental que abrange múltiplas dimensões, como a diversidade profissional e especialização, as habilidades práticas desenvolvidas pela experiência, e a composição das equipas multidisciplinares.

O debate sobre skill mix em Portugal é relativamente recente, impulsionado pela necessidade de maior eficiência no SNS face aos constrangimentos financeiros e à escassez de médicos de família. A análise da realidade portuguesa revela que os médicos de família dedicam aproximadamente 34% do seu tempo de trabalho (Granja et al., 2014), na realização de tarefas como receituário crónico e contactos administrativos, sendo que algumas dessas tarefas poderiam ser realizadas por outros profissionais devidamente qualificados, incluindo renovação de receituário crónico, emissão de declarações padronizadas, e atividades de vigilância da saúde ou doença que não exigem necessariamente decisão médica complexa.

Paralelamente, a profissão de enfermagem enfrenta problemas estruturais de baixo reconhecimento social e profissional, manifestados através de condições laborais precárias e emigração significativa de profissionais qualificados. A evidência internacional, contudo, demonstra benefícios consistentes quando enfermeiros adequadamente formados assumem competências em situações protocoladas, com melhorias na qualidade da prescrição, satisfação dos utentes e eficiência organizacional (McDermott et al., 2022; Francetic et al., 2022).

### Obstáculos à Implementação

A literatura identifica múltiplos obstáculos que condicionam a implementação eficaz de modelos de skill mix no contexto português. A resistência corporativa constitui um dos principais constrangimentos, com a Ordem dos Médicos e dos Enfermeiros a manifestar oposição à expansão do campo de atuação dos enfermeiros. A rigidez do quadro legal português na definição de atos profissionais representa outro obstáculo significativo, exigindo revisões legislativas complexas para operacionalizar novas responsabilidades.

Os fatores culturais e sociais também influenciam significativamente a aceitação das mudanças propostas. A perceção social tradicionalista que a população portuguesa mantém

relativamente às profissões de saúde, atribuindo maior status aos médicos, constitui uma barreira adicional. Finalmente, as limitações de financiamento para suportar os custos de formação especializada e reorganização dos serviços representam constrangimentos práticos significativos (Temido et al., 2014; Temido et al., 2015).

### **Modelo de Solução: Skill Mix nos Cuidados de Saúde Primários:**

Com base na evidência científica analisada, é possível desenvolver um modelo integrado que transcende a tradicional abordagem de substituição profissional, evoluindo para um paradigma de complementaridade terapêutica maximizada. O modelo tem como base uma arquitetura de quatro níveis hierárquicos de competência, organizados segundo uma "Pirâmide Invertida de Valor Clínico", onde cada profissional exerce as suas funções no limite superior das suas competências clínicas.

*Nível 1 - Gestão Administrativa Especializada:* Assistentes técnicos com formação específica em triagem não clínica e processamento de documentação e informação sociodemográfica, libertando 15-20% do tempo médico para atividades de maior valor clínico.

*Nível 2 - Enfermagem com Competências Acrescidas Diferenciadas/Avançadas:* Expansão controlada do campo de exercício da enfermagem para primeiro contacto em situações protocoladas, gestão autónoma de doença crónica estável, e vigilância de saúde materna e infantil de baixo risco (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

*Nível 3 - Equipas Multidisciplinares Especializadas:* Integração de outros grupos profissionais como, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas.

*Nível 4 - Coordenação Médica Especializada:* Médicos concentrados em diagnóstico diferencial complexo, gestão de polimorbilidade e supervisão clínica da equipa.

### Análise SWOT

*Forças:* Otimização radical da utilização de competências especializadas com potencial de recuperação de 40-50% do tempo médico para atividades de alto valor clínico, melhoria da capacidade de resposta dos CSP e valorização profissional multidisciplinar.

(continuação na página seguinte)

## **Skill Mix nos Cuidados de Saúde Primários: Maximização de Competências Clínicas**

*Fraquezas:* Necessidade de investimento significativo em formação; complexidade inicial de coordenação interprofissional; dependência da disponibilidade de enfermeiros qualificados.

*Oportunidades:* Pressão política para reforma dos CSP, escassez crítica de médicos de família e disponibilidade de fundos europeus para modernização.

*Ameaças:* Resistência corporativa, rigidez do quadro legal e percepção social tradicionalista das profissões de saúde (Maier et al., 2017; Sirimsi et al., 2022).

### **Implementação: Estratégia faseada**

A implementação do *skill mix* em Portugal deveria ser realizada de forma sistematizada e progressiva, através de um plano estruturado em três fases distintas que permitiriam uma transição segura e eficaz para este novo modelo de cuidados.

A primeira fase, consistiria numa demonstração controlada através da implementação piloto em três Unidades de Saúde Familiar com perfis distintos. Esta fase inicial concentrar-se-ia na transferência de tarefas administrativas de baixo risco clínico, com o objetivo primário de demonstrar uma redução de 25% no tempo dedicado pelos médicos a atividades burocráticas, mantendo simultaneamente todos os indicadores de qualidade assistencial. Esta abordagem cautelosa permitiria identificar obstáculos práticos e ajustar procedimentos antes de uma expansão mais ampla.

A segunda fase, envolveria a validação dos resultados obtidos e a expansão do modelo a quinze USF representativas do panorama nacional. Durante este período, seria introduzida a transferência de competências clínicas protocoladas para enfermeiros, acompanhada de um programa intensivo de formação específica e de um sistema de supervisão clínica estruturada. Os indicadores de sucesso definidos incluiriam a expansão da capacidade de consultas não médicas em 40% e a redução do tempo de espera para consultas em 30%. Esta fase permitiria testar a viabilidade do modelo em diferentes contextos geográficos e socioeconómicos.

A terceira e última fase, representaria a implementação nacional baseada na evidência recolhida nas fases anteriores. Esta etapa incluiria as adaptações regulamentares necessárias ao enquadramento legal existente e a criação de uma infraestrutura nacional de suporte, nomeadamente através

do estabelecimento de centros de formação especializados e de um sistema de acreditação para as novas competências. Simultaneamente, seria implementada uma reestruturação de programas de formação, incorporando as competências necessárias para o exercício das funções maximizadas dentro do modelo de *skill mix*.

Esta abordagem faseada permitiria não apenas minimizar riscos e resistências, mas também garantir que a implementação se baseasse em evidência científica sólida, adaptada à realidade específica do sistema de saúde português, assegurando assim uma transição sustentável e eficaz para um modelo de cuidados mais eficiente e centrado nas necessidades dos utentes.

### Medidas Concretas

Para a concretização de *skill mix* de tarefas seria fundamental o desenvolvimento de protocolos clínicos específicos baseados nas melhores práticas internacionais para gestão de diabetes tipo 2 estável, hipertensão arterial controlada, e revisão terapêutica simples, vigilância de gravidez de baixo risco e vigilância de saúde infantil (em regime de alternância com o médico de família). Para melhor suportar toda a atividade seria determinante a implementação de sistema informático integrado com agenda partilhada, alertas clínicos inteligentes (alterações analíticas, alterações de tensão arterial ou de HbA1c) e dashboard de indicadores em tempo real. Além disso, a criação de programa nacional de formação com currículos padronizados, metodologias baseadas em simulação de casos práticos, e certificação renovável, para as diferentes classes profissionais que integrassem a equipa. A implementação de um sistema de monitorização incluindo indicadores de tempo administrativo, qualidade clínica, e satisfação dos utentes e profissionais e a criação de um modelo de financiamento sustentável com capitação ajustada por complexidade, incentivos baseados em outcomes, e partilha de poupanças geradas (Swan et al., 2015; Laurant et al., 2018), seriam determinantes para garantir a funcionalidade da equipa e garantir a excelência e continuum de cuidados.

*(continuação na página seguinte)*

## Skill Mix nos Cuidados de Saúde Primários: Maximização de Competências Clínicas

### Conclusão

A análise da otimização do skill mix nos CSP representa uma oportunidade estratégica para resolver o paradoxo de subutilização de competências especializadas. O modelo Skill Mix nos CSP, baseado numa "Pirâmide Invertida de Valor Clínico", tem potencial para recuperar 40-50% do tempo médico para atividades de alto valor clínico.

Esta proposta de implementação representa apenas uma sugestão que pretende estimular a reflexão sobre qual poderá ser o futuro dos cuidados de saúde primários em Portugal, com o objetivo fundamental de garantir a melhoria do acesso aos cuidados de saúde por parte de toda a população. A discussão em torno do skill mix não deve ser vista como uma solução definitiva, mas sim como um ponto de partida para um debate mais amplo sobre as transformações necessárias no nosso sistema de saúde.

A implementação eficaz exige uma transformação estrutural que inclui reformas estruturais nos CSP, investimento em programas de formação especializada, e mudança cultural na perceção das profissões de saúde. Uma estratégia de implementação faseada minimiza riscos e permite monitorização e validação progressiva baseada em evidência, alinhando-se com as prioridades de modernização do SNS e oferecendo uma solução para o problema crítico de 1,5 milhões de portugueses sem equipa de saúde familiar.

Importa sublinhar que esta proposta não pretende ser prescritiva, mas antes contribuir para um diálogo construtivo sobre as possibilidades de transformação dos cuidados de saúde primários, reconhecendo que o futuro do acesso aos cuidados de saúde em Portugal depende da nossa capacidade coletiva de inovar, adaptar e implementar soluções que respondam eficazmente às necessidades da população, sempre com o compromisso inabalável de manter a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

O *skill mix* otimizado representa mais do que uma solução técnica – constitui uma oportunidade histórica de reimaginar os CSP como um sistema verdadeiramente centrado no valor clínico e na eficiência terapêutica. A evidência científica internacional, combinada com a urgência dos desafios nacionais, cria uma janela de oportunidade única para posicionar Portugal como referência europeia em inovação organizacional dos CSP, demonstrando que é possível conciliar excelência clínica, sustentabilidade económica e equidade no acesso (Greenhalgh et al., 2004; Porter, 2010).



Fonte: <https://www.nature.com/articles/s41407-023-1778-5>

### Referências

- OCDE. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: : OECD Publishing, 2023.
- Buchan, J, et al. Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013, Vol. 21(1), pp. 38-46.
- Temido, M. Exequibilidade de uma revisão da combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal [tese de doutoramento]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa : Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2014.
- Winkelmann, J, et al. How can skill-mix innovations support the implementation of integrated care for people with chronic conditions and multimorbidity? Denmark : WHO Regional Office for Europe, 2022.
- Endalamaw, A, et al. Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence. *BMC Primary Care*. 2024, Vol. 25:99.
- Granja, M, Ponte, C e Cavadas, L F. What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts. *BMJ Open*. 15 de Jun de 2014, Vol. 4(6), p. e005026.
- McDermott, I, et al. Scale, scope and impact of skill mix change in primary care in England: a mixed-methods study. *Health Soc Care Deliv Res*. 2022, Vol. 10(18), pp. 1-194.
- Francetic, I, et al. Skill-mix change and outcomes in primary care: Longitudinal analysis of general practices in England 2015–2019. *Social Science & Medicine*. 2022, Vol. 308.
- Temido, Marta e Dussault, Gilles. Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2014, Vol. 32(1), pp. 45–54.
- Temido, Marta, Craveiro, Isabel e Dussault, Gilles . Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015, Vols. Série IV - n.º 6.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 556/2017: Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. *Diário da República*. [Online] 17 de Outubro de 2017. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/556-2017-108317775>.
- Maier, C, Aiken, L e Busse, R. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*. 2017, Vol. 98.
- Sirimsi, M M, et al. Scoping review to identify strategies and interventions improving interprofessional collaboration and integration in primary care. *BMJ Open* . 2022, Vol. 12:e062111.
- Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 de Jul de 2018, Vol. 6;7(7).
- Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. Oct de 2015, Vol. 27(5), pp. 396-404.
- orter, M E. What is value in health care? *N Engl J Med*. 23 de Dec de 2010, Vol. 363(26), pp. 2477-81.
- Greenhalgh, T, et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004, Vol. 82(4), pp. 581-629.

**SOLANGE RODRIGUES**

Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública  
Departamento de Saúde Pública  
Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E  
iD ORCID: 0009-0003-8461-0665  
solange.rodrigues@ulsrl.min-saude.pt

## Tuberculose: o impacto da estigmatização

### Resumo

A Tuberculose é reconhecida como a principal causa de morte por agente infeccioso em todo o mundo, permanecendo um desafio de saúde pública. A Tuberculose não é apenas uma doença, é um eco do passado, envolta em estigma e crenças antigas. O seu controlo, através de estratégias de rastreio, diagnóstico e tratamento, enfrenta desafios

relacionados com a vulnerabilidade social e determinantes de saúde. É necessária uma resposta coordenada e inclusiva dos doentes com Tuberculose, que implica a capacitação dos profissionais de saúde e a envolvimento das instituições de saúde e das comunidades.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Estigma; Vulnerabilidade social; Determinantes de saúde; Saúde pública.

### Introdução

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível por via aérea, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch (DGS, 2025). Esta doença foi, em tempos, chamada Tísica (do grego *phthisis*, que significa “magreza”) ou “peste branca”, uma vez que se caracteriza por provocar um aspeto pálido aos doentes (Fiolhais, 2022).

Segundo a World Health Organization (WHO), apesar do progresso no diagnóstico e tratamento, a TB continua a ser a principal causa de morte por agente infeccioso em todo o mundo (WHO, 2024). Afeta, aproximadamente, 10 milhões de pessoas anualmente, provocando cerca de 1,3 milhões de mortes (WHO, 2024).

Este artigo tem como objetivo sensibilizar para a problemática da TB e refletir de que forma o estigma associado à TB e aos grupos populacionais mais vulneráveis pode ter impacto na eficácia do programa de rastreio, vigilância e tratamento da TB. Para além disso, importa também dar visibilidade às intervenções e estratégias que os profissionais de saúde implementam para minimizar esse impacto e promover a adesão ao regime terapêutico.

Tuberculose: O Peso do Estigma na Saúde e na Sociedade

O estigma é um fenómeno que afeta a qualidade de vida das pessoas envolvidas, afetando a sua autoestima e as suas capacidades mentais. Está relacionado com crenças preconceituosas que estigmatizam elementos de determinados grupos, moldando a sua identidade social (Nascimento & Bianchi, 2021).

A estigmatização do doente com TB justificava-se, até ao século XIX, pelo contágio da doença e consequente necessidade de isolamento, mas também pela incerteza do prognóstico e incurabilidade (Nascimento & Bianchi, 2021). Com a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, criou-se uma nova conceção científica e social da doença. Identificou-se o agente causador da TB, permitindo compreender a forma de contágio da doença (Vieira, 2011).

Já no século XX, com a invenção da vacina e, posteriormente, com o aparecimento dos antibióticos, a TB passou a ser uma doença com tratamento e curável. No entanto, isto levou a um reforço do preconceito e estigmatização da TB, uma vez que começou por ser vista como uma doença dos pobres, associada às más condições habitacionais, de higiene e salubridade, o que aumentava o risco de contágio e a dificuldade no acesso aos tratamentos existentes (Nascimento & Bianchi, 2021). A TB era, então, uma doença social, intimamente associada às condições socioeconómicas da população (Vieira, 2011).

### Desenvolvimento conceptual

O maior desafio para a aplicação de estratégias de erradicação da TB persiste entre grupos populacionais mais vulneráveis, tais como pessoas em situação de sem-abrigo, reclusos e indivíduos imunocomprometidos, sendo também nestes os grupos onde existe maior incidência da doença (DGS, 2022, 2025).

*(continuação na página seguinte)*

## A Tuberculose: o impacto da estigmatização

Nos dias atuais, a TB continua a ser uma doença envolta em estigma e crenças de natureza simbólica relacionadas com o passado (Vieira, 2011). O estigma da TB não é apenas um problema individual. É entendido como um fenómeno social, relacionado a determinantes sociais associados às doenças infecciosas, como a pobreza, à migração e más condições habitacionais (Vieira, 2011).

O estigma da TB pode, ainda, associar-se a outras identidade sociais estigmatizadas, como o género, a classe social, a sexualidade, a etnia e à migração (Atre et. Al, 2011 citado por Nascimento & Bianchi, 2021).

Em Portugal, de acordo com o “Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal - Dados de 2023” (DGS, 2025), as populações mais vulneráveis à TB incluem migrantes provenientes de países com elevada incidência, pessoas em situação de sem-abrigo, pessoas com dependências de substâncias psicoativas, doentes imunodeprimidos, pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana e crianças.

O estigma vivenciado por pessoas afetadas pela TB continua a ser um dos principais desafios para o controlo da doença, tratando-se de um dos principais determinantes de saúde (Datiko et al., 2020; WHO, 2024).

O estigma associado à TB revela um atraso na busca por cuidados de saúde, levando, conseqüentemente, ao atraso no diagnóstico da doença (Teo et al., 2021). Existe ainda evidência que o estigma reduz a adesão ao tratamento da TB (Munro et al., 2007).

Assim, a TB é uma doença que vai além da sua dimensão clínica, estando profundamente enraizada nos contextos sociais e económicos. Embora curável, a sua erradicação continua a ser um desafio devido a fatores como o diagnóstico tardio, abandono do tratamento e a resistência medicamentosa (WHO, 2024).

Apesar da incidência de TB estar a diminuir gradualmente no nosso país, resultado das políticas de saúde pública e da melhoria das condições socioeconómicas, Portugal continua a ser o país da Europa Ocidental com a taxa de incidência mais elevada (WHO, 2024). No ano de 2023, em Portugal, foram notificados 1584 casos de TB, o que corresponde a uma taxa de notificação de 14,9 casos por 100 mil habitantes, com uma letalidade de 4,8% (DGS, 2025).

A TB é uma doença com enorme complexidade pelo seu impacto na saúde das populações e nos dos sistemas de saúde de cada país. Por estas razões, mantém-se uma prioridade na agenda de saúde pública em Portugal e do Plano Nacional de Saúde (PNS), com o Programa Nacional para a Tuberculose (DGS, 2022). O Programa Nacional para a Tuberculose, sendo um programa de saúde prioritário, preconiza estratégias estruturadas e dirigidas para o diagnóstico precoce da TB, através de um sistema específico de vigilância e rastreios, mas também o acesso facilitador ao tratamento uniforme e eficaz, mantendo-se o princípio da gratuidade e o livre acesso às consultas (DGS, 2025).

O *Global Tuberculosis Report 2024* da WHO (2024), sublinha que a TB continua a ser uma das doenças infecciosas mais letais, exigindo um reforço das estratégias de prevenção e uma abordagem centrada no utente (WHO, 2024). A WHO e o PNS destacam a necessidade de se fortalecer a vigilância epidemiológica, combater o estigma associado à doença e promover o envolvimento comunitário (DGS, 2022; WHO, 2024).

A capacitação de profissionais de saúde é um dos eixos fundamentais no controlo da TB e no estigma associado, pois garantem diagnósticos precoces e intervenções eficazes (WHO, 2024). O reforço do conhecimento e capacidade de resposta dos profissionais de saúde deve continuar a ser um foco nas políticas de saúde pública (DGS, 2025).

O empoderamento da população na promoção da saúde pública e na literacia para a saúde é um fator determinante na adesão ao regime terapêutico e na prevenção de novas infeções (DGS, 2022). Torna-se, assim, essencial o investimento na disseminação de informação clara e acessível sobre a TB (WHO, 2024).

A redução das barreiras no acesso aos cuidados de saúde dos doentes com TB, onde se inclui o estigma, necessita de uma abordagem integrada e coordenada, objetivando-se a inovação, educação e colaboração entre diferentes organizações (WHO, 2024).

*(continuação na página seguinte)*

## A Tuberculose: o impacto da estigmatização

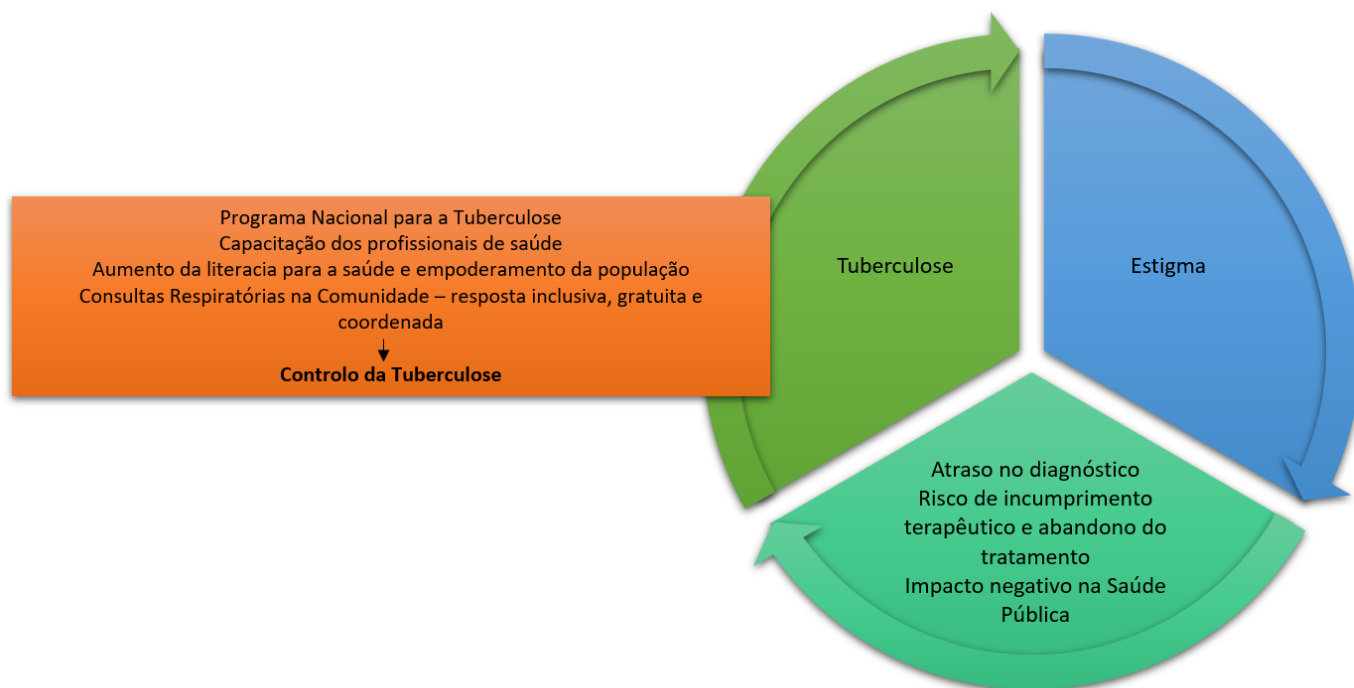


Figura 1. Estratégias integradas para o controlo da tuberculose em Portugal

Em 2024, com a reorganização das consultas dos Centros de Diagnóstico Pneumológico em Consultas Respiratórias na Comunidade, com dois níveis de diferenciação, pretendeu-se manter uma resposta de proximidade centrada no doente e na comunidade, permitindo o acesso a rastreios e diagnósticos precoces mas também o acesso a fármacos essenciais no tratamento da TB (DGS, 2025).

A Figura 1 sintetiza as estratégias integradas e coordenadas essenciais ao controlo eficaz da tuberculose em Portugal, articulando dimensões políticas, formativas e assistenciais numa abordagem centrada na equidade e acessibilidade.

Facilitar o acesso aos cuidados de saúde associados à TB é fundamental, assegurando a sua gratuitidade, especialmente para as populações mais vulneráveis. Para além disso, deve ser promovido um ambiente de inclusão, com o objetivo de diminuir o risco de abandono dos tratamentos e aumentar o número de rastreios e diagnóstico (DGS, 2025).

### Conclusão

A TB é uma sombra nos acompanha há séculos, com uma conotação negativa e estigmatização, com impacto direto na incidência e tratamento da doença. Para a irradiação da TB

é necessário compromisso, investimento e humanidade. Precisamos de não esquecer que, por trás de cada número, de cada estatística, há uma vida. Há um nome. É fundamental continuar a trabalhar numa abordagem integrada e coordenada, que envolva os serviços de saúde e instituições sociais, mas também a sociedade em geral, para a inclusão dos doentes com TB.

### Referências

Datiko, D. G., Jerene, D., & Suarez, P. (2020). Stigma matters in ending tuberculosis: Nationwide survey of stigma in Ethiopia. *BMC Public Health*, 20(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7915-6>

DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030*. Direção-Geral de Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2024/05/PNS-2030-aprovado-em-CM-alter-capa.pdf>

DGS. (2025). *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal: Dados 2023*. Direção-Geral de Saúde.

Fiolhais, C. (2022). Uma Breve História da Tuberculose em Portugal. *revistamultidisciplinar.com*, 4(2), 41–55. <https://doi.org/10.23882/rmd.22098>

Munro, S. A., Lewin, S. A., Smith, H. J., Engel, M. E., Fretheim, A., & Volmink, J. (2007). Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLoS Medicine*, 4(7), e238. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040238>

Nascimento, T. M., & Bianchi, M. (2021). Does TB stigma affect emotion recognition? A study with a Portuguese sample. *PSICOLOGIA*, 35(1), 35–48. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v35i1.1587>

Teo, A. K. J., Singh, S. R., Prem, K., Hsu, L. Y., & Yi, S. (2021). Duration and determinants of delayed tuberculosis diagnosis and treatment in high-burden countries: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Respiratory Research*, 22(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01841-6>

Vieira, I. C. (2011). Alguns aspectos das campanhas antituberculosas em Portugal: Os Congressos da Liga Nacional contra a Tuberculose (1901-1907). *CEM - Cultura, Espaço e Memória*, 2, 265–279.

WHO. (2024). *Global Tuberculosis Report 2024* (1st ed). World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7292c91e-ffb0-4cef-ac39-0200f06961ea/content>

JORGE ROSADO

Co-Founder & Artistic Director  
Palhaços d'Opital  
jorgerosado@palhacosdopital.pt

## Palhaços d'Opital: Humanização do Cuidado Geriátrico através da Arte dos Palhaços em contexto hospitalar

### Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno global que coloca novos desafios à prática geriátrica e a todos que trabalham em áreas relacionadas.

O aumento da esperança média de vida traz consigo maior prevalência de doenças crónicas, demências e isolamento social, fatores que impactam profundamente o bem-estar emocional e cognitivo da pessoa Mais Velha.

Neste contexto, surge a necessidade de estratégias não-farmacológicas, humanizadoras e compassivas, capazes de promover saúde relacional, afeto e dignidade no cuidado.

### Os Mais Velhos em Portugal na Última Década: Retrato de um Envelhecimento em Transformação

Nos últimos dez anos, a situação das pessoas Mais Velhas em Portugal tem vindo a agravar-se em várias dimensões: envelhecimento demográfico, aumento da fragilidade, crescimento dos internamentos sociais e sinais muito preocupantes de abandono e maus tratos.

Em termos de saúde e funcionalidade, estudos nacionais e europeus documentam prevalências substanciais de pré-fragilidade e fragilidade entre os idosos portugueses — estimativas apontam para cerca de 15% de idosos frágeis e percentagens muito maiores em pré-fragilidade, com impacto direto sobre dependência, risco de queda e necessidade de cuidados continuados.

Paralelamente, os internamentos sociais — pessoas que permanecem hospitalizadas apesar de já terem alta clínica por falta de respostas sociais adequadas — cresceram de forma notória: relatórios recentes identificam mais de 2.300 casos contabilizados e um aumento de cerca de 8% no número de camas ocupadas por internamentos sociais num ano, sobrecarregando o SNS.

O abandono e a negligência familiar, documentados em estudos sociológicos e relatórios académicos, emergem como fatores complementares — resultado da fragilidade económica de agregados, da insuficiência de redes formais de apoio e de políticas públicas ainda fragmentadas. Investiga-

dores defendem intervenções integradas: reforço da atenção primária, aumento de respostas domiciliárias e expansão de ERPI/soluções intermédias para reduzir internamentos inapropriados e prevenir isolamento e abandono.

### Palhaços d'Opital, a Associação que humaniza com sorrisos. Uma missão com coração e alegria

A Palhaços d'Opital (PdO) é uma associação sem fins lucrativos, fundada em 12 de fevereiro de 2013, que atua exclusivamente junto de adultos e Mais Velhos hospitalizados. A organização foi pioneira na Europa a trabalhar exclusivamente com pessoas Mais Velhas.

Com mais de 1580 visitas realizadas e mais de 7.780 horas em ambiente hospitalar, o trabalho da Palhaços d'Opital constitui um modelo de intervenção artística com impacto mensurável na saúde emocional, social e fisiológica da pessoa Mais Velha.

### A história por trás do Nariz

A Palhaços d'Opital surgiu como uma concretização do sonho de Jorge Rosado, co-fundador desta Associação, de ser um Clown Doctor.

Um estudo apresentado em 2016, "Remédios do Riso", na Fundação Calouste Gulbenkian, mencionava que 92% dos projetos mundiais nesta área são para crianças.

A intervenção dos Palhaços d'Opital, em ambiente hospitalar, procura atuar como ferramenta de melhoria do bem-estar, redução do stress e alteração positiva do estado anímico. Desta forma, contribuem para a humanização do ambiente hospitalar, valorizando e dignificando a pessoa Mais Velha.

*(continuação na página seguinte)*

## Palhaços d’Opital: Humanização do Cuidado Geriátrico através da Arte dos Palhaços em contexto hospitalar

### A missão

Com o pressuposto de trazer alegria a ambientes mais críticos, com leveza e alegria, a intervenção da Palhaços d’Opital procura criar momentos de abstração da dor/doença, intervindo através do riso, do humor, da alegria, dos afetos, da música e de performances artísticas.

A Palhaços d’Opital conta já com uma equipa artística de 13 elementos, trabalhando regularmente em 10 hospitais parceiros: IPO de Coimbra, ULS Santa Maria, ULS Amadora Sintra, ULS Matosinhos, ULS São João, ULS Santo António, IPO do Porto e IPO Lisboa.

### Missão e princípios de intervenção

Os artistas profissionais - designados “Palhaços d’Opital” – são formados em teatro, música, improvisação e clown em contexto hospitalar, e recebem treino específico em geriatria, demências, cuidados paliativos e terminais, higiene e ética hospitalar, etc.

Cada visita é estruturada segundo três eixos:

- Relação empática individualizada, com respeito pelo estado cognitivo, emocional e físico da pessoa.
- Co-criação artística — uso de humor, música e dinâmicas artísticas para restaurar sentimentos de memórias felizes, pertença, felicidade e identidade.
- Integração interdisciplinar com as equipas clínicas, garantindo alinhamento com os Profissionais de Saúde e as suas rotinas/procedimentos.

O modelo de intervenção assenta em duplas artísticas, que visitam os mesmos serviços, promovendo continuidade e confiança — fatores críticos para a população sénior.

### Fundamentação científica

Estudos conduzidos no Canadá, Brasil, Portugal e Israel documentam benefícios consistentes em três domínios principais:

#### a. Emoção e comportamento:

- Kontos et al. (2016) observaram que interações entre palhaços e residentes com demência reduzem episódios de agitação e aumentam a expressão emocional positiva.

#### b. Fisiologia e stress:

- Alcântara et al. (2016) registraram redução de pressão arterial e frequência cardíaca após visitas de palhaços em unidades geriátricas.



- Estudos recentes do Centro de Inovação em Biomedicina (CIBB-UC) em colaboração com a PdO testam biomarcadores de cortisol e oxitocina, sugerindo efeitos na modulação do stress e vínculo social.

#### c. Humor e qualidade de vida:

- Ensaios clínicos (Low et al., 2013) evidenciam melhoria no humor, redução de apatia e aumento de interação social após ciclos regulares de sessões humorísticas.

### Resultados e impacto em Portugal

A Palhaços d’Opital atua em 10 instituições de saúde/hospitais parceiros e trabalha ininterruptamente desde 12 de fevereiro de 2013.

Dados de 2024 indicam:

- +1 milhão de pessoas alcançadas direta e indiretamente;
- 80% dos profissionais de saúde relatam melhoria do ambiente de trabalho e das relações com doentes;
- 75% dos familiares referem aumento da comunicação e vitalidade dos seus entes queridos após as visitas;
- Avaliações de impacto mostram redução de sintomas de ansiedade e tristeza referidos por doentes hospitalizados.

### Perspetivas de investigação

Propõe-se a realização de estudos colaborativos que avaliem:

- Efeitos do trabalho dos Palhaços em ambiente hospitalar em indicadores de humor, solidão e abandono;
- Alterações fisiológicas (pressão arterial, cortisol, variação de frequência cardíaca);
- Percepções dos familiares, cuidadores e Profissionais de Saúde sobre humanização do ambiente institucional.

(continuação na página seguinte)

## Palhaços d’Opital: Humanização do Cuidado Geriátrico através da Arte dos Palhaços em contexto hospitalar

A recolha de dados quantitativos e qualitativos permitirá consolidar evidência científica e contribuir para as diretrizes de alteração de políticas públicas de humanização em contexto hospitalar.

### Conclusão

A experiência da Palhaços d’Opital demonstra que o humor, o afeto e a presença artística são “ferramentas” de enorme relevância social e humanizadora.

Num mundo que envelhece rapidamente, intervenções como estas não são apenas complementares: são essenciais para a dignidade, o bem-estar e a saúde emocional dos Mais Velhos e de todos e todas.

### Estudos, revisões e artigos científicos

- Lopes-Júnior et al., BMJ (2020) — Revisão sistemática. Conclusão: hospital clowns parecem melhorar o bem-estar psicológico e as respostas emocionais em crianças hospitalizadas; efeitos são consistentes para reduzir ansiedade e melhorar comportamento durante procedimentos. [bmj.com+1](#)
- Sliman et al., Meta-análise (2023) — “Medical clowning in hospitalized children”. Achado: meta-análise de estudos controlados mostrou redução significativa da ansiedade pré-operatória e tendência para redução da dor durante procedimentos em crianças atendidas por palhaços médicos. [PMC+1](#)
- Sánchez et al., BMC Pediatrics (2024) — Estudo sobre ansiedade, stress, dor e marcadores hormonais. Resultados: intervenção com clowning diminuiu indicadores de stress, ansiedade e dor em várias situações clínicas pediátricas; alguns estudos mediram também alterações hormonais (p. ex. cortisol). [BioMed Central+1](#)
- Khoury et al., estudo 2025 / artigos recentes (Nature / Scientific Reports, 2025). Evidência recente indica que programas de palhaços hospitalares podem reduzir o tempo de hospitalização em determinados grupos pediátricos e melhorar medidas de cooperação durante tratamentos. (estudos controlados publicados em 2024–2025). [Nature+1](#)
- Ensaios randomizados e intervenções tecnológicas (ex.: JAMA Pediatrics, 2016). Exemplo: aplicativo com “clown

physicians” reduziu ansiedade pré-operatória em crianças em ensaio clínico randomizado — demonstra que elementos de humor/distração podem ser eficazes mesmo quando digitalizados. [jamanetwork.com](#)

- Revisões e meta-análises recentes (2023–2024) — síntese geral. Vários reviews e meta-análises (2020–2024) convergem para que o efeito mais consistente é sobre ansiedade e stress emocionais; efeitos sobre dor, biomarcadores e estadia hospitalar são promissores mas heterogêneos entre estudos. [bmj.com+1](#)
- Mecanismos propostos (revisões teóricas). Hipóteses fisiológicas incluem redução do stress (menor cortisol), ativação do sistema imune via melhor sono e menor ansiedade, e aumento da adesão/cooperação em procedimentos — estas vias explicam como humor pode traduzir-se em ganhos clínicos. Vários estudos clínicos mediram marcadores de stress ou resultados indiretos (sono, duração de internamento).

### Observações práticas / lacunas de conhecimento

A evidência é mais forte em pediatria; para idosos e utentes adultos faltam ensaios randomizados de grande dimensão.

### Resultados da avaliação de impacto

#### 1. Avaliação da auscultação aos seniores hospitalizados

Verificou-se uma perceção de melhoria do bem-estar após a intervenção dos profissionais da Palhaços d’Opital, em 81,7% dos seniores. Com destaque para a mudança do estado de espírito, reportando a sentimentos de leveza, alegria, animação e alteração do estado anímico.

*“São uma lufada de ar fresco. Para além da alegria, trazem simpatia, carinho, amor, uma palavra de conforto”*

Assim sendo, concluiu-se haver uma mudança no estado anímico dos seniores.

#### 2. Avaliação de impacto junto dos/as profissionais

- 80% de concordância (escala de concordo/concordo totalmente), reportam para a perceção do impacto das atuações da dupla de Doutores d’Opital.

*(continuação na página seguinte)*

## Palhaços d’Opital: Humanização do Cuidado Geriátrico através da Arte dos Palhaços em contexto hospitalar

Veja-se: seniores que acompanham menos aborrecidos/as (83,6%); os/as seniores sentem-se mais animados e com boa disposição a maior parte do tempo (83,6%); os/as seniores tornam-se mais comunicativos/as entre si e com o ambiente que os/as rodeia (85%). Percepciona-se ainda que os/as seniores tem mais facilidade em relaxar (74,7%).

- 74,6% destacaram a Alegria, a Animação, a Boa Disposição, a Descontração, a Humanização dos serviços como fatores de diferenciação da intervenção das performances da Palhaços d’Opital.

No que respeita à perceção dos inquiridos sobre o impacto das atuações das duplas de Doutores d’Opital, com 74,3% de concordância total, a dimensão que remete para o contributo para a humanização dos serviços do hospital.

*“Nos dias em que estão no meu serviço, nota-se uma melhoria no humor, principalmente dos utentes”*

*“Problemas e dificuldades encarados e resolvidos com um espírito de maior leveza e serenidade”*

*“São uma lufada de ar fresco e alegria que inundam o serviço, nem que seja por uns minutos, mas nesses minutos doentes e profissionais pensam noutras coisas, sorriem e conseguem abstrair-se da complexidade do contexto da oncologia”*

### 3. Avaliação de impacto da perceção junto das administrações hospitalares

Ressalta a perceção dos mesmos face à adequabilidade e utilidade das visitas da dupla de Doutores d’Opital e na relação destas com o estado anímico dos/as seniores que acompanham. Mais de 80% das respostas validam que a intervenção alterou a postura dos/as seniores para menos aborrecidos e mais animados e comunicativos, permitindo um estado anímico mais alegre, de energia mais positiva.

Os profissionais percepcionam, ainda, a importância destas intervenções para além da população sénior, reconhecendo o seu impacto nas suas práticas profissionais e, consequentemente, o seu contributo para a humanização dos serviços de saúde.

De acordo com as Administrações Hospitalares, a intervenção da Palhaços d’Opital permitiu cumprir com a missão dos hospitais ao nível da prestação de cuidados humanizados, que representa parte do seu capital cultural e responde ao

Compromisso para a Humanização Hospitalar, assinado em 2019.

Desta intervenção, salienta-se o caráter profissional e especializado dos Doutores d’Opital, sendo evidente toda a formação que lhes serve de base e a sua capacidade de adequar o seu trabalho a cada pessoa com quem interagem.

*“Havia uma cumplicidade muito grande entre os Palhaços d’Opital e os profissionais da instituição. Nós percebíamos que naquele bocadinho em que estavam connosco, o dia tornava-se mais salutar, mesmo que o turno estivesse a ser difícil, mesmo que tivéssemos situações complicadas. Havia sempre um espaço de alegria.”*

Fruto da forte integração dos Palhaços d’Opital nas unidades hospitalares, os profissionais de saúde percecionam este trabalho como multidisciplinar, encarando este projeto como mais um serviço de que o hospital dispõe, sendo um complemento à prestação de cuidados.

### 4. Avaliação de impacto junto das pessoas que acompanham os seniores e presentes nas salas de espera

Verifica-se que as afirmações congregaram mais de 70% de concordância (escala de concordo/concordo totalmente), reconhecendo que a atuação da dupla da Palhaços d’Opital tornou a visita dos inquiridos ao hospital mais agradável (74,5% concorda totalmente) e que o ambiente do hospital também beneficia dessas atuações (85,1% concorda totalmente).

*“Bem-hajam pelo vosso trabalho! Fazem toda a diferença nas visitas que realizam. Vê-se claramente que todos os que são alvo da vossa performance são tocados por ela e reagem positivamente.*

*Vocês são aquela parte do tratamento que vem em forma de alegria”.*

*“Ajudam-nos a cumprir a nossa missão. Um dos valores que faz parte do capital cultural do hospital é a humanização de cuidados e, com a intervenção lúdica que fazem de modo profissional e especializado, conseguem melhorar o estado anímico dos doentes e da comunidade hospitalar. Se tivesse de destacar um aspeto, é o de nos ajudarem a cumprir a nossa missão que é prestar cuidados”.*

## Palhaços d'Opital: Humanização do Cuidado Geriátrico através da Arte dos Palhaços em contexto hospitalar

### Considerações finais

É reconhecida a adequabilidade e utilidade da Palhaços d'Opital em contexto hospitalar, percecionando-se o impacto positivo junto dos profissionais de saúde, na contribuição para a humanização dos serviços e na melhoria no estado anímico dos doentes.

A metodologia de intervenção da Palhaços d'Opital é inovadora e disruptiva por ter sido criada de raiz para trabalhar com e para os seniores hospitalizados. É implementada através da visita dos profissionais da Palhaços d'Opital, que levam a alegria, afetos e boa disposição aos utentes (com foco essencial no sénior), cuidadores formais e informais, familiares e profissionais de saúde.

Face ao exposto, concluiu-se que tanto na visão dos profissionais, como na das Administrações Hospitalares, é reco-

nhecido que as intervenções artísticas têm impacto no ambiente hospitalar e contribuem para a humanização dos serviços de saúde, validando a intervenção através da arte da Palhaços d'Opital, promovida pela Palhaços d'Opital. Percecionando o impacto junto dos profissionais de saúde, reconhecem a sua adequabilidade e utilidade em contexto hospitalar, contribuindo para a humanização dos serviços e reconhecem ainda o impacto positivo no estado anímico dos doentes, contribuindo para a valorização e dignificação do papel da população sénior. I

As Administrações Hospitalares validam igualmente a intervenção da Dupla de Palhaços na mudança do estado anímico dos doentes denotada, diretamente, através da observação das interações e indiretamente através do feedback dos profissionais de saúde.



### FAMILIARES E/OU ACOMPANHANTES



CÍNTIA LARANJO

Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública  
Serviço de Cardiologia  
Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E.  
cintia.laranjo@ulsrl.min-saude.pt

## Entre a oportunidade e a sobrecarga: O desafio atual da responsabilidade precoce na Enfermagem

A enfermagem é, por natureza, uma profissão ancorada no cuidado, na cooperação e na aprendizagem contínua (Bekhet, 2024). É também um pilar essencial dos sistemas de saúde, sustentado não apenas por competências técnicas, mas por relações humanas e pela partilha de saberes entre profissionais (Pinheiro et al., 2014). Este alicerce torna-se ainda mais relevante em contextos de formação, onde a transmissão de conhecimentos assume um papel central na construção de uma prática clínica segura e eficaz (Butterworth, 2022; Bernardo et al., 2024).

Contudo, nos últimos anos, particularmente em contextos de prática clínica marcados pela pressão constante e pela escassez de recursos humanos, assistimos a uma realidade que exige uma análise detalhada e um debate responsável, isto porque os enfermeiros recém-licenciados estão a assumir, desde muito cedo, funções de supervisão de estudantes nomeadamente no acolhimento e integração de pares. Esta prática levanta uma questão delicada e urgente: estaremos a proporcionar-lhe uma oportunidade precoce de desenvolvimento ou a contribuir para um problema multidimensional na segurança da qualidade da prestação de cuidados?

Por um lado, não se pode ignorar que os jovens profissionais chegam ao mercado munidos de conhecimentos teóricos e práticos atualizados, entusiasmo e motivação, características de potencial no acompanhamento de estudantes e na integração de pares. Em teoria, esta proximidade com o conhecimento atual, aliada a uma cultura de trabalho colaborativa e bem supervisionada, poderia traduzir-se numa experiência enriquecedora para todos os envolvidos. Contudo, a realidade de prática nem sempre corresponde a este ideal.

Sobretudo, quando falamos de supervisão clínica, entramos num campo que ultrapassa o domínio da boa vontade ou da capacidade técnica pontual. Entramos no domínio da qualificação, da segurança e da responsabilidade legal. E é precisamente aqui que a ambiguidade normativa começa a emergir.

A regulamentação emanada pela Ordem dos Enfermeiros — nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Código Deontológico, e os Regulamentos n.º 555/2017, n.º 366/2018 e n.º 613/2022 — converge na ideia da supervisão como um dever ético e profissional, uma prática qualificada e uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento de competências e para a garantia da qualidade dos cuidados. Mais do que um gesto de colaboração, a supervisão é entendida como um ato clínico com implicações formativas e nas práticas relevantes (Ordem dos Enfermeiros, 1996, 2015, 2017, 2018, 2022, 2025)

Todos estes documentos ressaltam a exigência que o enfermeiro que supervisiona deve estar preparado, tanto do ponto de vista técnico como pedagógico, atuando com suporte institucional e num ambiente que favoreça a aprendizagem segura. A publicação do Parecer n.º 01/2025, também pela Ordem dos Enfermeiros, reforça esta visão ao afirmar explicitamente que a prática da supervisão sem a devida certificação constitui uma infração aos princípios de qualidade e segurança dos cuidados. Devendo, portanto, ser evitada — exceto em casos excecionais, transitórios e devidamente justificados (Ordem dos Enfermeiros, 2025).

No entanto, esta exigência levanta uma questão: a integração de profissionais não alinhados com os valores, missão e cultura institucional compromete não só a eficácia da supervisão, como também a aculturação dos pares. Esta dessintonia pode dificultar o processo de socialização profissional, afetar a coesão das equipas e comprometer a qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se negativamente na missão formativa das instituições de saúde.

Ainda assim, a legislação não impede expressamente que um enfermeiro recém-licenciado, sem formação avançada em supervisão clínica, possa assumir essas funções, desde que o contexto de prática clínica assim o permita e desde que o faça sob a sua responsabilidade profissional.

*(continuação na página seguinte)*

## Entre a oportunidade e a sobrecarga: O desafio atual da responsabilidade precoce na Enfermagem



Fonte: Gavers, <https://experiencia-1235.webnode.pt/l/supervisao-clinica-processos/>

Aqui reside o paradoxo: a supervisão é exigida, valorizada e essencial, mas, muitas vezes, deixada à impreparação e à boa vontade dos enfermeiros iniciados.

Este novo paradigma abre um horizonte de questões urgentes e oportunidades de melhoria que a profissão não pode ignorar:

- Deverá a supervisão clínica ser integrada formalmente na formação de base em enfermagem, enquanto unidade curricular obrigatória? Afinal, se é um dever ético e profissional após a licenciatura, por que não dotar desde logo os estudantes das ferramentas para a exercer com segurança?
- Fará sentido implementar um período de transição ou experiência clínica obrigatória antes da assunção de funções supervisivas? Tal como sucede noutras profissões reguladas, talvez devêssemos formalizar um tempo mínimo de prática antes de atribuir responsabilidades pedagógicas.
- Qual o papel das instituições de saúde na criação de condições adequadas para que a supervisão ocorra com qualidade? As chefias intermédias devem lutar pela idoneidade formativa dos serviços, mas como o podem fazer com eficácia sem apoio organizacional, recursos humanos suficientes e reconhecimento formal dessa função?

Responder a estas perguntas não é simples, mas é inevitável. Ignorar estas questões é perpetuar um modelo que delega funções cruciais em profissionais ainda em processo de

adaptação, comprometendo não só a formação dos estudantes, mas também o desenvolvimento saudável dos jovens enfermeiros e a segurança dos cuidados prestados.

Confiar nos nossos jovens enfermeiros é, sem dúvida, fundamental. Mas confiar não pode significar desresponsabilizar o sistema. É urgente que a supervisão clínica deixe de ser uma consequência das falhas do sistema e passe a ser uma prática planeada, valorizada e regulada - como exige a complexidade e a dignidade da profissão de enfermagem.

### Referências

- Bekhet, A. K. (2024). Promoting lifelong learning in nursing: Strategies for continuing education. *Journal of Intensive and Critical Care Nursing*, 7(1), 188. Obtido em julho 2025
- Pinheiro, G., Macedo, A. P., & Costa, N. (2014). Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 101-109. Obtido em julho de 2025 de doi:10.12707/RII138
- Butterworth, T. (2022). What is clinical supervision and how can it be delivered in practice? *Nursing Times*, 118(2a edição), 20-22. Obtido em julho de 2025 de <https://www.nursingtimes.net/leadership/what-is-clinical-supervision-and-how-can-it-be-delivered-in-practice-17-01-2022>
- Bernardo, J., Loureiro, H., Cunha, L., & Loureiro, R. (2024). Construção do pensamento ético do estudante de Enfermagem – contributos do enfermeiro supervisor: Um relato de experiência. *Research, Society and Development*, 13(2), e11813245098. Obtido em julho de 2025 de <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i2.45098>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro [Decreto-Lei]. *Diário da República*. Obtido em julho de 2025 de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Dos comentários à Análise dos Casos. Obtido em julho de 2025
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento n.º 555/2017. Regulamento de certificação individual de competências [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 200. Obtido em julho de 2025 de <https://dre.pt/home/-/dre/108315074/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 366/2018: Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 113. Obtido em julho de 2025
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Regulamento n.º 613/2022 - Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República* [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 131. Obtido em julho de 2025
- Ordem dos Enfermeiros. (2025). Parecer n.º 001/2025: Acesso à informação clínica no processo de supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem [Orientação]. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em julho de 2025

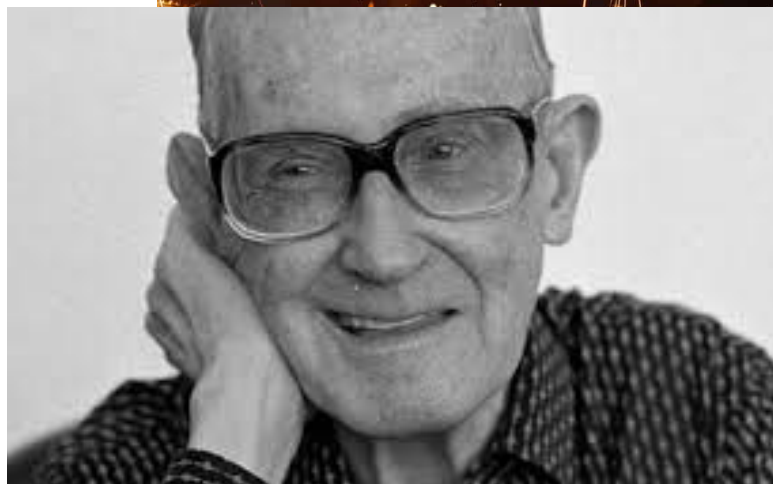
## Receita de Ano Novo

*Para você ganhar bellissimo Ano Novo  
cor do arco-íris, ou da cor da sua paz,  
Ano Novo sem comparação com todo o tempo já vivido  
(mal vivido talvez ou sem sentido)  
para você ganhar um ano  
não apenas pintado de novo, remendado às carreiras,  
mas novo nas sementinhas do vir-a-ser;  
novo  
até no coração das coisas menos percebidas  
(a começar pelo seu interior)  
novo, espontâneo, que de tão perfeito nem se nota,  
mas com ele se come, se passeia,  
se ama, se compreende, se trabalha,  
você não precisa beber champanha ou qualquer outra birita,  
não precisa expedir nem receber mensagens  
(planta recebe mensagens?  
passa telegramas?)*

*Não precisa  
fazer lista de boas intenções  
para arquivá-las na gaveta.  
Não precisa chorar arrependido  
pelas besteiras consumidas  
nem parvamente acreditar  
que por decreto de esperança  
a partir de janeiro as coisas mudem  
e seja tudo claridade, recompensa,  
justiça entre os homens e as nações,  
liberdade com cheiro e gosto de pão matinal,  
direitos respeitados, começando  
pelo direito augusto de viver.*

*Para ganhar um Ano Novo  
que mereça este nome,  
você, meu caro, tem de merecê-lo,  
tem de fazê-lo novo, eu sei que não é fácil,  
mas tente, experimente, consciente.  
É dentro de você que o Ano Novo  
cochila e espera desde sempre.*

**Carlos Drummond de Andrade**



Fonte: <https://www.revistaprosaveroearte.com/receita-de-ano-novo-carlos-drummond-de-andrade/>