



2ª Edição

Outubro-Dezembro 2006

# Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem

## Ficha técnica

Publicação electrónica  
com periodicidade trimestral  
Ano I - Nº 2  
ISSN 1646-5067

**Coordenação**  
Lucília Nunes

**Conselho Científico**  
Lucília Nunes  
Joaquim Lopes  
Paula Leal

**Colaboradores Permanentes**  
Ana Paula Gato  
Alice Ruivo  
Dulce Cabete  
Fernanda Costa  
Lurdes Martins  
Paulo Cruchinho

**Colaboradores Neste Número:**  
Ana Paula Gato  
Cândida Ferrito  
Dulce Cabete  
Fátima Bicho  
Helena Caria  
Joaquim Lopes  
Lino Ramos  
Lucília Nunes  
Mariana Pereira  
Paula Leal

**Editor**  
António Freitas

**Contactos**  
lnunes@ess.ips.pt  
afreitas@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados pelo  
C.C. para esta edição são da  
exclusiva responsabilidade  
dos seus autores.

## Sumário

<b>EDITORIAL</b> .....	2
<b>NOTÍCIAS</b> .....	3, 4
<b>EDUCAÇÃO</b>	
<i>Insucesso Escolar em Ensino Clínico</i>	
- <i>moldura teórica de suporte à reflexão</i> .....	6
Lucília Nunes	
<b>PROJECTOS</b>	
<i>Trabalhar em Parceria para o Desenvolvimento</i> .....	15
Ana Paula Gato	
<b>REFLEXÕES &amp; VIVÊNCIAS</b>	
<i>Formar para a Cidadania na Licenciatura em Enfermagem</i>	
- <i>experiência na escola Superior de Saúde</i> .....	19
Ana Paula Gato, Fátima Bicho e Paula Leal	
<i>Articulação Escola/Serviços</i> .....	22
Paula Leal	
<b>ENFERMAGEM</b>	
<i>(Re)Olhar o enquadramento Jurídico do Ensino de Enfermagem</i> .....	29
Sérgio Deodato	
<i>Resiliência</i>	
- <i>um recurso para os cuidados em pediatria</i> .....	33
Fátima Bicho	
<b>INVESTIGAÇÃO</b>	
<i>A doença e a Morte num rural</i>	
- <i>o natural na produção e gestão da doença e nas concepções sobre a</i>	
<i>morte</i> .....	38
Joaquim Lopes	
<b>SAÚDE</b>	
<i>Ototoxicidade e respectiva prevenção: diagnósticos no século XXI</i> .....	44
Helena Caria	
<i>De que falamos quando falamos de Metadona?</i> .....	48
Lino Ramos	

# Editorial

Joaquim Lopes

É Fim do Ano.

No balanço de um ano conturbado para o ensino superior, gostaria de neste editorial deixar algumas notas breves sobre a forma como, olhando para a linha do tempo, é possível perceber o que foi e antever o que poderá ser, colocando-as ao nível do ensino superior politécnico e do ensino de enfermagem em particular.

Escuso-me neste documento à discussão sobre se a enfermagem “é do politécnico ou do universitário”, se o acesso à profissão deve ser feito a partir do primeiro ou do segundo ciclo, mas noto que na actualidade se formam, por ano, em quarenta e nove cursos (entre público e privado) cerca de 3000 novos enfermeiros.

No tempo, e considerando também o aumento do período produtivo, a oferta de enfermeiros será bastante maior que a procura (o que já se faz sentir). A partir desse momento, escolher “fazer” o curso de enfermagem (que beneficiou de um “marketing social” intenso em finais de 90 mercê da inclusão no ensino superior, de passar a licenciatura e de ser uma profissão auto-regulada), será porventura menos aliciante. Antevejo por isso que as Escolas Superiores de Saúde e de Enfermagem possam tentar

ser mais atractivas, procurando fazer a diferença junto dos seus principais clientes: os estudantes e as entidades empregadoras.

A abertura a novos públicos, os projectos de parceria e os serviços à comunidade, a internacionalização de estudantes e docentes, a adopção de correntes e metodologias pedagógicas orientadas para a aprendizagem activa e ao longo da vida, o desenvolvimento pessoal, a investigação pura e aplicada e, em todo este contexto, a formação pós-graduada dos docentes ao nível do doutoramento em enfermagem (sobretudo em enfermagem) serão, estou certo, mais-valias fundamentais.

*Sine qua non*, estas últimas.

É Natal.

Votos para que o Pai Natal ponha um Doutoramento nos nossos sapatinhos.



Saudações Académicas e Boas Festas.

*Joaquim Lopes*

# Notícias

**Cândida Ferrito & Mariana Pereira**

## **A ESS tem mais um Professor Coordenador ...**

Nos dias 25 e 26 de Outubro de 2006 a Professora Doutora Lucília Nunes realizou o Concurso de provas públicas para Professor Coordenador da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

As provas foram constituídas por três momentos: A Lição, a Dissertação e a apresentação do Currículo Vitae.

O primeiro momento foi a Lição, que foi subordinada ao tema "Segurança nos Cuidados: Do estudo do erro, à prudência, prevenção e precaução. Da cultura da culpa à pedagogia do risco." A apresentação constou de um enquadramento teórico do tema, englobando a apresentação de alguns estudos e trabalhos desenvolvidos na área, a nível nacional e internacional e finalizando com o estabelecer de relação entre a temática e os cuidados de enfermagem em ligação à responsabilidade profissional, dimensão ética e deontológica.

O segundo momento constou da apresentação da Dissertação intitulada: "Perfil de Competências do Professor de Enfermagem", que descreveu o processo de construção e validação interna de um perfil de competências do professor



de enfermagem a partir da seguinte questão de investigação: "No actual cenário e face às perspectivas e desafios do ensino superior, qual o perfil de competências do professor de enfermagem, consensualizado pela equipa de professores nesta área disciplinar da Escola Superior de Saúde?".

No terceiro momento a Professora Lucília Nunes apresentou o seu Curriculum Vitae de uma forma muito própria e original. Todo o seu percurso pessoal e profissional foi apresentado e representado numa linha do tempo, e ilustrado com imagens representativas.

No final o júri foi unânime dando a sua "aprovação por mérito absoluto".

Queremos ainda aproveitar este momento para manifestar a nossa satisfação e agradecimento, pelo reconhecimento público que fez a toda a equipa docente da Área Disciplinar de Enfermagem.

Parabéns à Professora Doutora Lucília Nunes.

**Notícias**

# Notícias

## Ciclo de Conferências Encerra Pós-Graduação em Tratamento de Feridas & Viabilidade Tecidual

Dulce Cabete



Encerrando o 1º Curso de Pós-Graduação em Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecidual, teve lugar na Escola Superior de Saúde, em Setúbal, nos passados dias 4 e 5 de Dezembro, o Ciclo de Conferências ***Da formação à acção: a construção de projectos no terreno***. A ocasião ficou também marcada pela apresentação de um livro, com o mesmo título.

### Um ano de formação pós-graduada

Quando, há cerca de um ano atrás, nos lançámos no desafio de trabalhar, estudantes e docentes, nesta área, estávamos longe de imaginar tudo o que se iria passar: o trabalho, a aprendizagem, o empenhamento, a superação individual e os laços que se criaram, num conjunto de sinergias que fizeram ultrapassar todas as expectativas. Para além do reconhecimento internacional oficial do curso pela EWMA (*European Wound Management Association*), este curso contou com a activa colaboração do GAIF (*Grupo Associativo de Investigação em Feridas*), parceiro da Escola Superior de Saúde do IPS



*O grupo de estudantes que concluiu a primeira Pós-Graduação em Feridas e Viabilidade Tecidual da ESS, IPS*

neste projecto. Conseguiram reunir-se, numa mesma equipa docente, profissionais de reconhecido mérito a nível nacional e internacional, que garantiram a elevada qualidade científica deste curso.

Subjacente a todo este processo, manteve-se presente o princípio de que o conhecimento pode e deve conduzir a mudanças. Assim sendo, os projectos de intervenção tiveram um relevo e um papel fundamentais na dinâmica deste curso, com reflexos positivos em muitos locais de trabalho.

No final deste caminho percorrido, pequenas e grandes coisas mudaram, na prática individual e nas equipas de saúde que o 1º grupo de Pós-Graduados integra. Seguramente, melhores cuidados se prestam hoje em muitos locais, muitos dos quais podem ser objectivamente mensurados. Cada um(a), se envolveu de forma a conseguir demonstrar que é possível desenvolver projectos no terreno, nesta nossa área de interesse comum que é a prevenção e tratamento de feridas.

### O Ciclo de Conferências

Este evento, organizado pela Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPS, encerrou este ciclo de estudos pós-graduados. Contando com um programa científico muito rico, com especialistas de diferentes áreas, grande parte do programa do primeiro dia foi preenchido com comunicações e apresentações de posters, da responsabilidade dos estudantes que terminavam a Pós-Graduação.

Desta forma, foi possível divulgar todos os projectos de intervenção por eles realizados ao longo de um ano, tornando acessíveis a outros profissionais os resultados e as mudanças conseguidos e permitindo-lhes, desta forma, aproveitar as experiências já realizadas como fonte de desenvolvimento de novos projectos e de melhores práticas na área da prevenção e tratamento de feridas.

O programa terminou com a entrega de certificados a todos os novos pós-graduados bem como dos prémios para os dois melhores estudantes (prémio Smith & Nephew®) e para as melhores comunicações, e com o pré-lançamento do livro *Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecidual – da Formação à Acção: a Construção de Projectos no Terreno*.

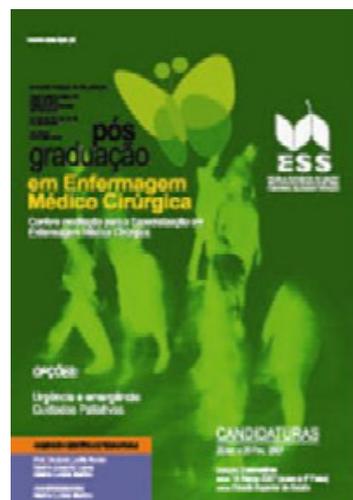
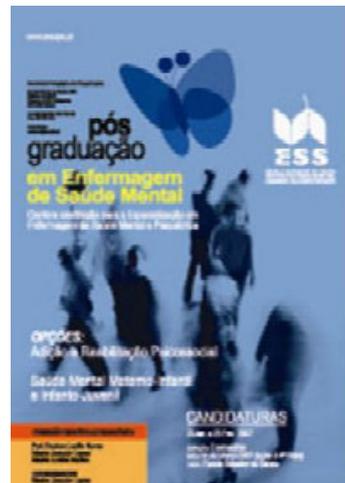
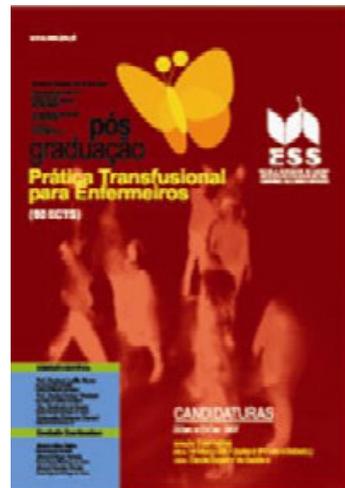
### O Livro

O livro *Tratamento de Feridas e Viabilidade Tecidual – da Formação à Acção: a Construção de Projectos no Terreno*, editado pela Escola Superior de Saúde com o patrocínio da Johnson & Johnson Wound Management®, é o resultado de um ano de trabalho e reúne os artigos que apresentam as intervenções e resultados dos projectos desenvolvidos pelos 33 estudantes que terminaram esta Pós-Graduação. Em cada um dos capítulos podemos percorrer trajectos de mudança, com respectivo desenvolvimento teórico e prático e avaliação dos resultados da intervenção. Esta é uma forma não só de dar visibilidade ao que foi feito, mas também de partilhar resultados com a restante comunidade académica e científica, numa área temática ainda escassa em quantificação de dados em Portugal. Estará disponível para aquisição a partir de Janeiro de 2007.



Dulce Gaspar Cabete  
Coordenadora da Pós-Graduação

## Pós-Graduações na ESS, IPS Esteja atento...



# (In)Sucesso escolar em Ensino Clínico - moldura teórica de suporte à reflexão

Lucília Nunes

A vivência de situações de insucesso e o acompanhamento de estudantes que não atingem os resultados de aprendizagem esperados, no ano lectivo de 2005/2006, levou-nos à interrogação sobre os conhecimentos nesta área e a análise dos factores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem. Esta é a génese da revisão bibliográfica, na procura do entendimento e de uma interpretação mais fundamentada para o fenómeno de insucesso.

Se a aprendizagem é “construção pessoal resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se manifesta por uma modificação do comportamento relativamente estável” (Tavares e Alarcão), consideram-se<sup>1</sup> quatro componentes essenciais do processo de aprendizagem:

## **1. Estrutura Cognitiva**

que diz respeito a aquisição de conhecimentos, habilidades de compreensão (transposição, interpretação, extrapolação), habilidades de aplicação, de análise (procura dos elementos, das relações e dos princípios de organização), de síntese (produção pessoal, elaboração de plano de acção, derivação de relações abstractas) e habilidades de avaliação (crítica interna e externa).

A estrutura cognitiva pode ter influências do poder de exposição, dos conteúdos e conceitos integrados, da utilização de métodos adequados de apresentação e ordenação dos materiais, da disponibilidade de ideias pré-existentes num nível adequado de inclusividade, da generalidade e abstracção e dos meios organizadores da aprendizagem.

## **2. Personalidade**

Complexo padrão de características profundamente enraizadas e dificilmente erradicáveis que se exprimem de forma automática em cada faceta do funcionamento individual. Inclui expressão emocional, interesses, valores e crenças, actividades imaginativas e criativas. Esta componente liga-se à estrutura cognitiva, com influência recíproca, por exemplo, com o mecanismo da aptidão<sup>2</sup>.

## **3. Factores sociais e interpessoais**

Representam uma tomada de perspectiva social: capacidade para diferenciar e integrar diferentes pontos de vista sobre uma dada situação (pertence à estrutura sócio-cognitiva subjacente ao pensamento social e interpessoal<sup>3</sup>); relacionam-se com a vivência<sup>4</sup> das relações interpessoais e das interacções estabelecidas nos grupos para a resolução de conflitos pessoais. Tem relação com o papel da família e consideram-se contextos influenciadores: grupo-turma, Escola, sistema educativo, cultura...

No que se refere à relação com o Ensino Clínico, tenha-se em conta que cuidar é aprendido nas relações e proximidade professor/professor, professor/estudante, estudante/orientador, estudante/estudante e estudante/utente. A valorização que os estudantes sentem e referem do ensino clínico resulta de se sentirem e saberem capazes de dar resposta às necessidades dos utentes e, simultaneamente, sentirem-se cuidados.

Um contexto de interacção obedece a um dos dois padrões fundamentais: ou de um

sistema de escalada (reforço recíproco, em espiral) ou de um sistema auto-regulado (comportamentos aferidos por norma ou critério).

#### 4. Factores sociais e interpessoais

Porque a capacidade intelectual não explica a variação dos resultados escolares (em média, mais de 25% de variação), há que considerar a influência de outras variáveis:

- a) pessoais: decorrentes das crenças do estudante, do auto-conceito e expectativas (interesse por aprender, pela obtenção de nota, de recompensa, aprovação dos pais, dos professores, fuga das valorações negativas)
- b) da componente afectiva – auto-conceito de habilidades e de esforço decorrente das interacções sociais e da imagem de si;
- c) contextuais, do ambiente escola-curso - constituem exemplos: organização do ensino, estrutura da turma, atitude do professor, organização da tarefa, tipo de tarefa, feedback, sistema de avaliação, entre outros
- d) ligadas aos factores motivacionais. Neste sentido, pode desenhar-se o perfil de três tipos de estudantes (Rodrigues, 1986): os orientados para o domínio (têm sucesso escolar, consideram-se capazes, elevada motivação e confiança em si mesmos), os que aceitam o fracasso (eventualmente, uma imagem de si deteriorada, sentimentos de desalento, consideram difícil o controlo sobre o ambiente e renunciam ao esforço) e os que evitam o fracasso (carecem de firme sentido de aptidão e auto-estima, colocam pouco esforço no desempenho, protegem a imagem ante um possível fracasso, recorrem a estratégias como participação mínima, atraso na realização de tarefa, etc).

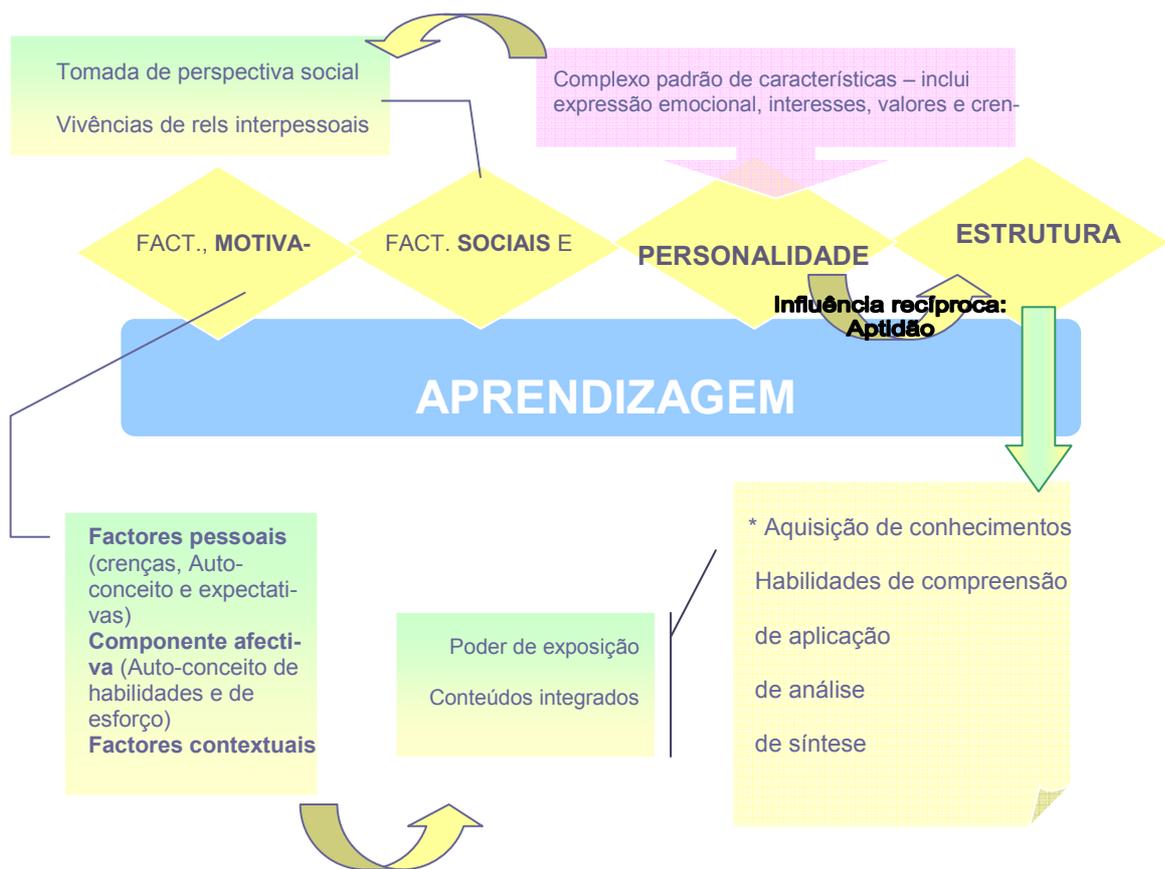
Note-se, ainda a diferença entre metas de aprendizagem (intenção de obter conhecimentos e dominar as habilidades) e metas de desempenho (intenção de parecer inteligente e capaz entre outros). É afirmado que os “estudantes que estão motivados para aprender estabelecem metas de aprendizagem mais do que de desempenho e preocupam-se mais em aprender do que em apresentar um bom resultado”.

No que se refere às necessidades do estudante, das várias teorias existentes, relevam-se a da hierarquia das necessidades (de Arends) que assume como fins o sucesso, a afiliação e a influência; ou a teoria da atribuição (de Weiner) que considera que o modo de perceber as causas dos sucessos e fracassos determina a motivação para o sucesso.

Importante aportar aqui a questão da classificação das tarefas de aprendizagem, pois a ser realizada pelos níveis de risco o fracasso ou sucesso podem ser mais ou menos prováveis, e não deixa de ser importante que a ambiguidade da tarefa é prejudicial, ou seja, existe valor em detalhar a tarefa. Cabe aos professores tomarem decisões prudentes e darem instruções claras, orientando no sentido da recompensa e atendendo ao papel das expectativas do professor na motivação dos estudantes.



Na vida, como na escola, existe uma atitude generalizada de apontar fraquezas, defeitos ou erros – e, às vezes, com lente de aumento. Poder-se-á equacionar que aos aspectos negativos se podem e devem juntar os positivos, fortalecendo o ânimo, abalado por um evento de falha.



Num estudo relativo a *atitudes e estratégias de aprendizagem em estudantes do Ensino Superior: estudo na Universidade dos Açores*<sup>5</sup>, com enfoque das abordagens cognitivistas e construtivistas - o papel do estudante realçado, sendo que a aprendizagem mais significativa é aquela que se opera enquanto construção progressiva e integrada de conhecimento.

Releva a acção do aluno enquanto agente do seu próprio processo de mudança - daí, a importância crescente dos processos de auto-regulação como determinantes das estratégias cognitivo-motivacionais dos alunos, sobressaindo as componentes metacognitivas, relevantes para o sucesso académico.

A investigação em psicologia educacional continua a relacionar positivamente a aprendizagem e o sucesso académico com a utilização de estratégias eficientes de estudo - importa ajudar os estudantes a melhorar as referidas estratégias,

assumindo que estas se desenvolvem e constroem em contextos específicos de ensino-aprendizagem.

Notemos que o conceito de estratégia de aprendizagem liga-se, cada vez mais, ao sucesso académico. Ramsdem (1992) afirma que as diferentes tarefas e contextos impõem aos alunos a utilização de estratégias «ajustadas» de estudo e de aprendizagem.

O tipo de abordagem relaciona-se com os processos de aprendizagem que emergem das percepções existentes acerca das tarefas e exigências académicas, sendo influenciado pelas diferentes características pessoais e modos de actuar (estilos). Ramsdem definiu três tipos de estilos e estratégias:

- *surface approach*, abordagem superficial ou reprodutora - estudante encontra-se instrumental ou pragmaticamente motivado;

- *deep approach* (abordagem profunda) na preparação de exames, a análise de questões, a preparação de relatórios e a de uma expectativa positiva quanto à organização da aprendizagem a partir da sua realização; a adopção de uma *'deep feedback'* proporcionado em avaliações *'approach'* constitui uma manifestação das anteriores, entre outras; própria excelência, estando associada à obtenção de classificações e níveis académicos elevados – *abordagem de alto rendimento*.

(4) **Estratégias de gestão pessoal**, visando uma gestão autónoma do estudo, e onde se pode incluir a gestão de

QUADRO 1  
*Motivo e estratégia nas abordagens ao estudo*

Abordagem Superficial Surface approach	Motivo	Para saber o mínimo. O meio termo entre o 'fracasso' e trabalhar mais do que é necessário.
	Estratégia	Delimitar objectivos instrutivos para obter apenas o essencial e básico, reproduzindo mecanicamente os conteúdos que são exigidos.
Abordagem profunda Deep approach	Motivo	Interesse intrínseco naquilo que é aprendido; útil no envolvimento e desenvolvimento de competências académicas.
	Estratégia	Descobrir o sentido dos assuntos estudando-os em profundidade e inter-relacionando-os com os conhecimentos prévios.
Abordagem de alto rendimento Strategic/achieving approach	Motivo	Obter satisfação do ego e autoconceito através da competição. Procurar obter as mais altas classificações e o máximo de rendimento.
	Estratégia	Organizar tempo e espaços de trabalho; seguir as sugestões, gerir e monitorizar o estudo; tornar-se um aluno 'modelo'.

Apresenta quatro categorias, que representam diferentes propósitos ou objectivos educacionais:

(i) **Estratégias para aquisição/ organização da informação**, orientadas para o incremento dos conhecimentos adquiridos pelo sujeito, e das quais fazem parte: os sublinhados, as tomadas de notas e apontamentos, os sombreados, a memorização de aspectos principais, a revisão, a planificação, a monitorização e a auto-regulação, entre outras;

(2) **Estratégias para processar a informação**, conduzindo à sua melhor compreensão, e nas quais se inclui, por exemplo, a organização e a exploração das ideias, a realização de sumários e resumos, o estudo em grupo e a abordagem sistemática ao estudo;

(3) **Estratégias para confirmar as aprendizagens**, ou de avaliação das próprias aprendizagens e desempenhos, onde se inclui as simulações e as questões de revisão para confirmar as aprendizagens

recursos disponíveis, as estratégias de  *coping*, a gestão de tempos, a auto-aprendizagem, a avaliação e a auto-avaliação.

Pensando o Ensino Clínico, e o tempo de observação e de aprendizagem que propicia, bem como o facto de que a competência só existe quando é aplicada, pondera-se a utilização das situações de trabalho vividas pelos estudantes como ponto de partida para uma reflexão crítica sobre a experiência adquirida no próprio local de trabalho.

O conceito de **insucesso escolar** é considerado relativo, visto variar em função do sistema educativo implementado - em Portugal, o insucesso escolar é definido como a "incapacidade que o aluno revela em atingir os objectivos globais definidos para cada ciclo de estudos" sendo considerados indicadores de insucesso as taxas de retenção, de abandonos e de insucesso nos exames .

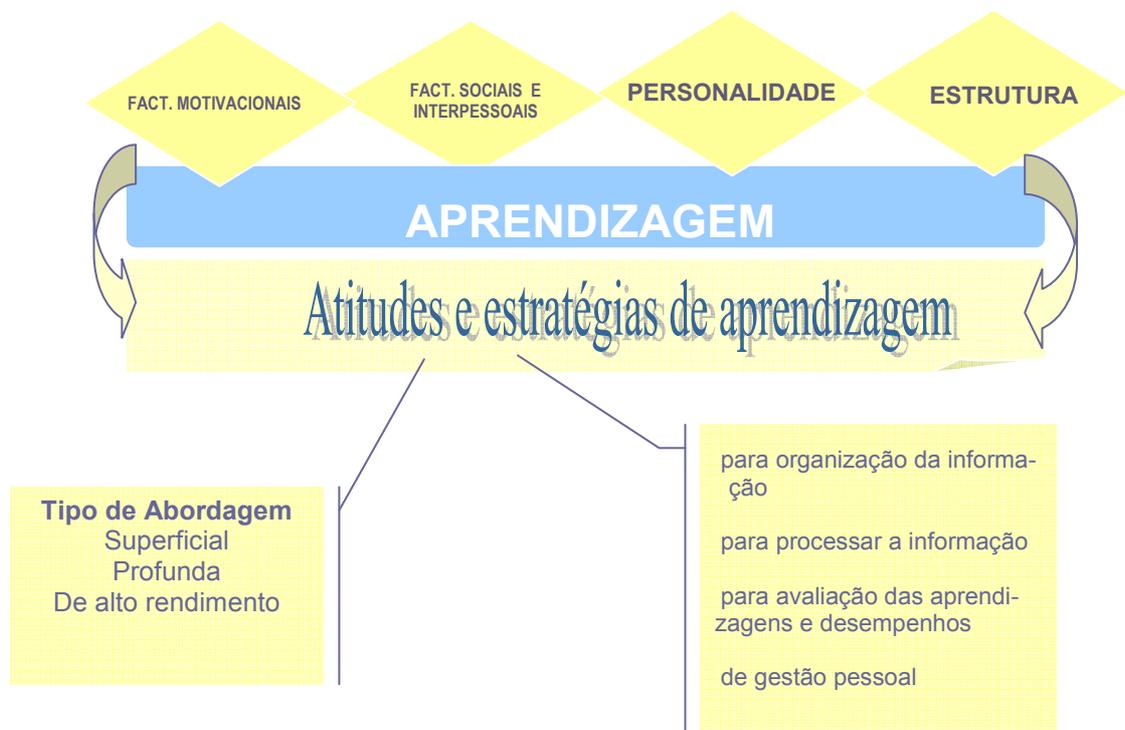
O fenómeno do insucesso escolar acompanha o surgimento do fenómeno da massificação da escola. Evidencia por um lado, a incapacidade do sistema educativo em assegurar igualdade de oportunidades a todos os alunos e, por outro lado, a dificuldade do sistema em conciliar uma educação de qualidade com uma educação para todos (EURYDICE, 1995).

As diferentes teorias explicativas do insucesso – por exemplo, as teorias dos «dotes» individuais<sup>6</sup>, do handicap sócio-cultural<sup>7</sup>, sócio-institucional<sup>8</sup> - são insuficientes.

O sucesso é perspectivado como a “razão entre o que se pretende conseguir (objectivos) e o que efectivamente se conseguiu (os resultados)”. Considera-se quer os resultados (objectivos) quer a satisfação (subjectiva) com esses resultados são indicadores de sucesso.

Na definição dos objectivos bem como nos resultados conseguidos há a ter em consideração a influência dos recursos internos do aluno (competências físicas, psicológicas e cognitivas) e dos recursos externos (meios humanos e materiais, necessários para alcançar os objectivos).

A nível académico, o sucesso/insucesso deverá ser equacionado ao analisar as competências de estudo e aprendizagem



O sucesso “possui uma natureza multifacetada e subjectiva - multifacetada, porque quando se fala em sucesso este nos remete para uma noção mais abrangente que tem a ver com a adaptação bem sucedida, e que avalia o sucesso, não só no domínio académico, mas também nos domínios social, relacional e biopsicológico; subjectiva, porque um mesmo desempenho pode ser percebido de forma diferente dependendo dos objectivos do aluno” (Tavares).

dos alunos e as suas relações com o rendimento académico.

Mais do que falar em sucesso escolar, deverá falar-se em sucesso académico – que “não poderá, na realidade, ser medido apenas pelo rendimento escolar atingido nas diferentes disciplinas do seu plano de estudos e pelo nível mais ou menos elevado das suas classificações. Hoje, conta, sobretudo, o seu desenvolvimento integrado pessoal e social, o seu equilíbrio, o bom senso e

maturidade, a sua capacidade de criatividade e de desenvolver relações humanas entre pares e superiores hierárquicos e de ajudar a resolver tensões e conflitos em ambientes de trabalho”(TAVARES, 2003: 478).

Em casos concretos, como a administração de medicamentos: a vivência dos alunos em seu primeiro estágio<sup>9</sup>, compreende-se que a aprendizagem de uma técnica de enfermagem envolve tanto aspectos dependentes do próprio estudante (como a habilidade motora), quanto outros dependentes da maneira como ocorre o processo ensino-aprendizagem.

A ansiedade no início de uma prática, como a administração de terapêutica parece ter uma forte relação com o medo de errar (que é um grande gerador de ansiedade) – seja o medo de errar na diluição, na punção, trocar as drogas, administrar o medicamento no paciente errado, na via errada, etc. Outro aspecto que se apresenta como motivador da ansiedade é a falta de experiência, a falta de destreza manual e do desconhecimento da droga – daqui, releve-se a importância da prática de laboratório como preparação para a prática de campo, a orientação e actuação sistemáticas do professor e o reforço de que a prática precisa de ser reconstruída teoricamente para ser fonte de conhecimento e não só de aplicação decorrente (Demo, 1996).

A obtenção de sucesso ou o desenvolvimento de insucesso no contexto académico podem estar relacionados com as estruturas da personalidade em formação e com a situação de transição que o jovem estudante enfrenta nesta fase da sua vida, atendendo a todos os problemas inerentes a esse processo, dos quais ressalta o *homesickness*<sup>10</sup>.

As expectativas, ao não serem coincidentes com a realidade académica, influenciam os resultados nas tarefas e a própria motivação para o sucesso (Fontaine, 1987). Ademais, existem investigações que pretendem explicar o fenómeno dos

níveis de insucesso académico e que salientam os factores relacionados com o processo de transição/adaptação à Universidade, os problemas de natureza académica, ligados à organização curricular, *stresse* e ansiedade nos exames e outras condições de ensino bem como o desenvolvimento pessoal.

Tavares et al. (1998) estudo sobre o sucesso/insucesso na vida do estudante universitário, compara resultados de uma amostra da Universidade de Aveiro com uma amostra da Universidade de Coimbra.

Na Universidade de Aveiro identificaram-se graves problemas ao nível das dificuldades com o estudo, atenção e ansiedade. Na Universidade de Coimbra, identificaram-se problemas graves ao nível das dificuldades com o estudo, com os sintomas de ansiedade e mal-estar físico. Ou seja, há uma grande concordância de resultados, o que faz pensar na necessidade da promoção do desenvolvimento de competências nos estudantes ao nível das técnicas e métodos de estudo e ao nível da gestão da ansiedade.

Alguns estudos sobre o processo de ensino e aprendizagem reforçam a importância das influências das variáveis internas como as escolhas, crenças, expectativas e afectos, que funcionam como mediadores da relação entre estímulo e resposta (Chapman, Cullen, Boersma & Maguire, 1981).

De entre estas variáveis, destaca-se neste estudo a auto-eficácia, ou seja, a crença do indivíduo sobre a sua capacidade de desempenho em actividades específicas. Envolve o julgamento sobre as suas capacidades para mobilizar recursos cognitivos e acções de controle sobre eventos e demandas do meio. Tal influencia as aspirações e o envolvimento com metas estabelecidas, o nível de motivação, a perseverança face às dificuldades, a resiliência às adversidades, relacionando-se com a qualidade de

pensamento analítico, a atribuição causal para sucesso e fracasso e a vulnerabilidade para o stresse e depressão. Portanto, o conceito de auto-eficácia influencia a aprendizagem, motivação e realização académica.

Segundo Schunk (1995), existem quatro principais formas de influências sobre o desenvolvimento do senso de auto-eficácia:

a) experiências significativas que são os resultados interpretados de um desempenho proposto, sendo que o sucesso aumenta o senso de auto-eficácia e o fracasso o diminui;

b) experiências através do outro, que são as observações sociais e a avaliação do desempenho dos outros, "se o outro pode fazer eu também posso"<sup>11</sup>;

c) persuasão social que são as avaliações que as pessoas recebem dos outros;

d) os estados psicológicos associados à emoções positivas ou negativas que influenciam na maneira como as situações são percebidas.

Do estudo de Ferrza, ressalta que a auto-eficácia dos estudantes, juntamente com outras crenças e atitudes para a aprendizagem, é forte preditor de desempenho académico.

A auto-eficácia influencia o desempenho académico e, ao mesmo tempo, é influenciada por ele - uma acção directa como através do impacto nos processos de motivação, auto-regulação e auto-percepção, nas expectativas de resultados, bem como escolhas e interesses, que por sua vez, afectam o nível e o tipo de comportamento.

Ser estudante, ou o ofício de estudante, pressupõe o trabalho escolar também como conjunto de rotinas: os momentos

da avaliação formal; os exercícios individuais; as tarefas discursivas; as situações de investigação; a participação nas aulas e discussões colectivas; e o trabalho em subgrupos.

Um bom estudante não é «apenas» aquele que domina a matéria curricular - é também o que se empenha nas actividades e respeita as regras. E aqui se entroncariam dois dos grandes problemas de tipo macro, a saber, o copiar e as questões do plágio e a polarização entre o interesse e o desinteresse.

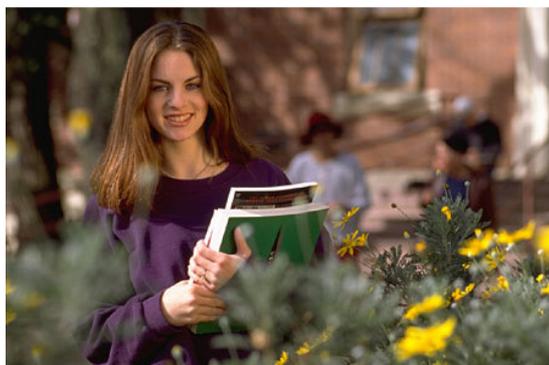
Cada estudante constrói a sua relação (estratégica) com o trabalho académico. Mesmo quando tentam negociar (e bem) as regras e as instruções que recebem, esse é o espaço de jogo do estudante. Mais diria, é o seu (necessário) papel.

Se os professores impõem didácticas tradicionais, os alunos respondem com estratégias do tipo sincronia, fechamento, fragmentação, homogeneização, ou seja, estratégias mais de defesa do que de construção e de organização. Vale a pena deixar a nota relativa ao trabalho docente e à idealização, sobretudo relativa às identidades transaccionais ou circunstanciais que o professor assume (D. Quixote, herói, ungido, especialista, etc...)

Os ensinamentos clínicos e os estágios aparecem como pouco estudados, designadamente no que se refere a investigação e reflexão específicas. De entre os principais resultados<sup>12</sup>, destacam-se:

- Aplicação das competências e conhecimentos adquiridos ao longo do curso a um contexto prático;

- Alargamento do repertório de competências e conhecimentos através da participação numa série de experiências práticas



- Ensaio de um compromisso com uma carreira profissional
- Identificação das áreas pessoais e profissionais mais fortes e as que necessitam de aperfeiçoamento
- Desenvolvimento de uma visão mais realista do mundo profissional

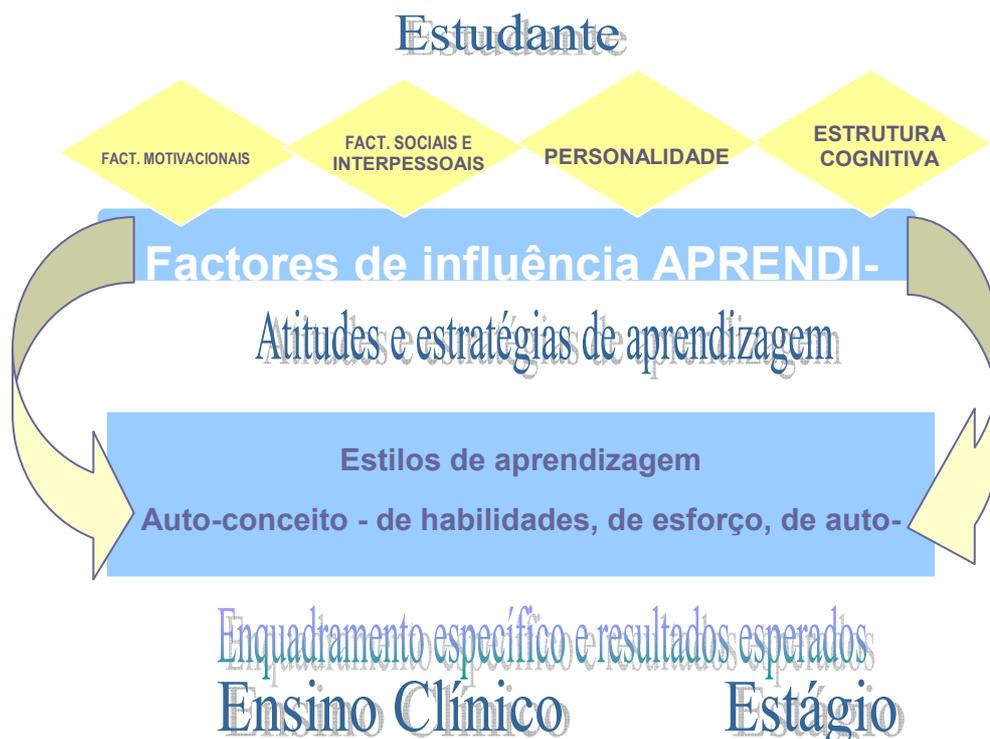
A tipologia de estágios curriculares (Ryan, 1996), considera:

- (1) o estágio orientado pelos objectivos académicos (aprendizagem em lugar «especializado»; espera-se que o estudante aplique conhecimentos adquiridos; supervisão próxima da instituição de ensino);
- (2) o estágio com preocupações desenvolvimentais (experiência de crescimento pessoal, implicando a reflexão sobre o impacto das suas experiências de vida na prática profissional ou estudo de casos; modelo geralmente ligado às áreas sociais e humanas, em profissões envolvendo relações interpessoais e de ajuda);
- (3) o estágio como capacitação de um aprendiz (portanto, uma aprendizagem activa, experiencial e indutiva, com contacto e manipulação directa da realidade e o desenvolvimento de competências práticas);

(4) o estágio privilegiando articulação de conhecimentos e competências (em que a principal tarefa é avaliação crítica das práticas à luz dos conhecimentos teóricos e empíricos, e que desenvolvam a capacidade de auto-análise; o estágio exige e desenvolve capacidades de relação com outros profissionais e perspectiva crítica, bem como mudanças pessoais em consonância).

No mesmo estudo, as dificuldades apontadas nos estágios curriculares são:

- De integração entre teoria e prática
- Em organizar experiências adequadas
- Focalização num conjunto limitado de competências técnicas em detrimento de uma compreensão mais alargada de sistemas e organizações
- Supervisão inadequada, inexistente, insuficiente e/ou falta de preparação dos supervisores
- Conciliação entre as experiências de campo e ao programa educacional
- Exploração dos alunos enquanto mão-de-obra barata
- Fraca sintonia entre instituição de formação e instituição de estágio
- Pouca coordenação da supervisão e da avaliação entre as instituições



Um estágio varia bastante, e é suposto tal ter-se em conta, de acordo com a sua duração, o formato do estágio (exclusividade de local ou não, intercalando 3 dias no estágio e 2 na escola, alternância de períodos, etc), o tipo de acompanhamento, o tipo de avaliação (incluindo elementos de avaliação e quem avalia) e as formas de articulação dos intervenientes. Por ora, fique a noção da complexidade do problema, do reforço à definição das tarefas de aprendizagem e do feedback aos estudantes. O que fizemos com a reflexão desta revisão bibliográfica, e o que alterámos ou sedimentámos no Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, nos Ensinos Clínicos e no Estágio, será matéria de outro artigo...

## Referências Bibliográficas

1 Manuela Conceição Ferreira (Educação, ciência e tecnologia). <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium31/11.pdf>

2 Entende-se a aptidão como nível evolutivo do funcionamento cognitivo que permite a tarefa de aprendizagem possível com razoável economia de tempo e esforço; relaciona-se com a maturidade cognitiva ou nível de funcionamento intelectual (de acordo com Ausubel).

3 De acordo com a teoria de Selman existem 4 níveis de desenvolvimento na tomada de perspectiva social, cada uma com dimensões de análise relativa à concepção das pessoas e à concepção das relações.

4 Schutz esboçou uma teoria acerca da orientação fundamental das relações interpessoais – por necessidades sociais – considerando-as de 3 tipos: necessidade de inclusão (de ser aceite e aceitar); necessidade de controlo ( influenciar e ser influenciado) e necessidade de afeição (amar e ser amado).

5 TAVARES, José; et al - Atitudes e estratégias de aprendizagem em estudantes do Ensino Superior: Estudo na Universidade dos Açores. *Análise Psicológica* (2003), 4 (XXI): 475-484.

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n4/v21n4a06.pdf>

6 A inteligência vista como um “dote” natural, algo inato e hereditário e o facto de um aluno ter um fraco aproveitamento escolar, devia-se somente à sua falta de capacidade e/ou inteligência. O insucesso escolar é um sintoma da inadaptação do aluno, a manifestação de um handicap individual. Visto tratar-se de um problema individual, resultante de uma deficiência intelectual ou afectiva, as soluções para este problema seriam de cariz individual, dirigidas ao aluno, silenciando-se, assim, a função social do aparelho escolar (Deschamps in Humbert, 1992: 50-51).

7 O insucesso escolar não pode ser atribuído somente a causas individuais dos estudantes - trata-se de um problema social, socialmente selectivo, uma vez que a sua distribuição varia de acordo com a origem social dos discentes. A escola pretende fornecer a cada estudante toda a cultura possível: acolhe indistintamente, dá a todos oportunidades iguais para se instruírem, o seu funcionamento é de natureza igualitária e a sua mensagem universal. Contudo, a escola impõe referências, maneiras de ser e de estar, valores de um dado grupo, definindo critérios de excelência escolar por referência aos critérios de “excelência humana” que prevalecem no seio desse grupo. Estudantes com proveniências sociais distintas apresentam diferenças a nível sócio-cultural, que poderão condicionar o bom desempenho escolar. Nesta teoria, é imputada aos estudantes a responsabilidade do insucesso.

8 “o insucesso escolar é afinal um fenómeno relacional que envolve factores de natureza política, cultural, institucional, sociopedagógica e psicopedagógica; tem a ver com as relações que a escola estabelece com os alunos que vêm de meios mais afastados dos saberes letrados, tem a ver com a dificuldade que a escola (baseada numa igualdade formal e numa suposta neutralidade) tem em se relacionar com os alunos social e culturalmente diversos” (Benavente, 1988). Nesta teoria, o insucesso imputado a múltiplas causas: relativos ao aluno, ao professor, aos métodos de ensino e programas, à filosofia de ensino, à cultura de referência.

9 CARVALHO, Maria Dalva de Barros; et al - Administração de medicamentos: a vivência dos alunos em seu primeiro estágio. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 25, no. 1, p. 13-18, 2003. [http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2003\\_1/03\\_062\\_03\\_Maria%20Carvalho\\_Administracao%20de%20medicamentos\\_cer.pdf](http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2003_1/03_062_03_Maria%20Carvalho_Administracao%20de%20medicamentos_cer.pdf)

10 FERRAZ, M. Fernanda; PEREIRA, Anabela Sousa - a dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2002, 3 (2), 149-164. <http://www.sp-ps.com/pdf/PSD-III-2/tres-2-4-pp149-164.pdf>

11 Cf. O “mal-estar docente” como fenómeno da modernidade: os professores no país das maravilhas <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v07/M31677.pdf>

12 CAIRES, Susana; ALMEIDA, Leandro - Os estágios na formação dos estudantes do ensino superior: tópicos para um debate em aberto. *Revista Portuguesa de Educação*. Vol. 13, nº 2. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/374/37413211.pdf>



**Lucília Nunes**  
Coordenadora da  
Área Disciplinar de  
Enfermagem da ESS-IPS  
Doutorada em Filosofia  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica

E-mail: lnunes@ess.ips.pt

# TRABALHAR EM PARCERIA PARA O DESENVOLVIMENTO

Ana Paula Gato

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio estabelecidos pela ONU, preconizam a redução da pobreza e da fome, diminuição da mortalidade infantil, redução das desigualdades de género e o aumento da escolarização das crianças. O ano de 2015 é a meta estabelecida para alcançar estes objectivos. Tornar o nosso mundo melhor para a humanidade é um desafio que nos é lançado todos os dias e 2015 está perto. Assegurar que cada pessoa tenha acesso a uma vida saudável e digna é uma preocupação internacional e um apelo a cada um de nós enquanto cidadãos e membros de organizações de saúde ou de formação na área da saúde. O trabalho com vista a atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio requer cooperação entre instituições e trabalho de parceria em projectos concretos que potenciem as capacidades de desenvolvimento das pessoas, das regiões e dos países. A área disciplinar de Enfermagem tem tido, ao longo do seu curto percurso, uma preocupação clara com uma abordagem holística dos problemas da saúde, tem por isso privilegiado a ligação aos contextos de trabalho e à comunidade procurando estabelecer parcerias que contribuam não só para o desenvolvimento dos seus estudantes e docentes, como dos profissionais e das comunidades onde se insere o seu trabalho. Neste sentido as parcerias para o desenvolvimento humano com outras instituições, ou mesmo países, são encaradas como uma mais valia tanto na ESS como na área disciplinar de Enfermagem.

O Projecto PREPA, formação de professores para o Ensino Primário em Angola, é um projecto de cooperação entre a Fundação Calouste Gulbenkian e o Ministério da Educação de Angola, e por estes financiado, que tem como objectivos a formação dos professores do Magistério Primário e a construção de documentação pedagógica de apoio em parceria com estes mesmos professores com vista a implementar novos programas e reformar a organização do 1º e 2º ciclos do Ensino Básico, terá a duração aproximada de 3/4 anos. O projecto inicia-se em Benguela e mediante os resultados alargar-se-á a todo o país.

A Escola que ficou responsável por este projecto em Portugal foi a Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal. Foi solicitada a colaboração

da ESS para se responsabilizar pela disciplina de Higiene e Saúde Escolar, tendo a Área Disciplinar de Enfermagem mostrado disponibilidade para esse trabalho, sendo que o grupo de trabalho é constituído pelos professores Ana Paula Gato (coordenadora), Fátima Bicho, Lino Ramos e Paula Leal.

Durante o ano de 2006 o grupo tem participado em reuniões de trabalho com os docentes da ESE, construiu colectâneas de textos para apoio aos professores da disciplina em Angola, fez formação para criação de página da disciplina na plataforma informática Moodle, realizou reuniões de trabalho da disciplina, participou em reunião na Gulbenkian e numa primeira missão técnica a Angola, entre os dias 29 de Outubro e 13 de Novembro de 2006.

Nesta missão participaram além da Profª Ana Paula Gato, pela área de Higiene e Saúde Escolar, os professores da ESE: Ana Francisca Moura, da área da Psicologia do Desenvolvimento e



*Final de dia na Escola do Magistério Primário de Benguela*

da Aprendizagem e do Desenvolvimento Pessoal, Social e Deontológico; Fernanda Botelho da área da Metodologia da Língua Portuguesa; Margarida Rocha da área da Metodologia das Expressões; José Duarte da área da Metodologia da Matemática e que assumiu também a coordenação da missão.

Nesta primeira missão os objectivos estabelecidos pelo nosso grupo da disciplina foram:

- Conhecer os contextos e interlocutores específicos da disciplina;
- Conhecer contextos de aprendizagem no ensino primário em Benguela;
- Conhecer os contextos de saúde, de prestação de cuidados de saúde e de aprendizagem em saúde;
- Conceber o perfil do trabalho a realizar;
- Conhecer dificuldades e necessidades dos professores do ensino primário na promoção da saúde nas escolas;
- Realizar sessões de formação científica e pedagógica sobre Higiene e Saúde na Escola.

A chegada a Luanda teve lugar cerca das 18 horas do dia 29 Outubro 2006. Na capital reunimos no Ministério da Educação com os responsáveis pelos programas do 1º e 2º ciclos do Ensino Básico,

visitámos a Escola do Magistério Primário de Luanda e assistimos a um Seminário sobre prevenção da cólera, onde foi feito o lançamento de uma campanha de prevenção, da responsabilidade dos Ministérios da Educação, Saúde e Reinserção Social, dirigida aos professores e alunos do Ensino Primário, com o apoio da UNICEF e da OMS. Além do trabalho específico do projecto tivemos oportunidade de reunir com responsáveis do Ministério da Saúde, Vice-ministro da Saúde, Dr. José Van Dúnem e com os responsáveis pela formação de profissionais de saúde do mesmo ministério. Nesta reunião ficámos com alguns conhecimentos sobre a formação dos profissionais de saúde em Angola e sobre a acção do Ministério. São inúmeras as dificuldades, e necessidades, perante os muitos problemas sociais e de saúde que Angola enfrenta após um tão prolongado período de guerra. Faltam infra-estruturas, recursos humanos e há necessidade de formação especializada para os profissionais de saúde; existe no entanto uma grande aposta na formação e na colaboração com ONG's, UNICEF, OMS, outros ministérios e instituições de ensino.



*Retrato do quotidiano em Benguela*

Em Luanda a falta de saneamento básico, de abastecimento de água, de energia e de condições mínimas de higiene ambiental e de habitação é gritante. Faltam equipamentos culturais. Os poucos livros, nas raras livrarias, são mais caros que em Lisboa. A maioria da população dificilmente terá acesso a bens culturais, pela sua escassez e pelo seu preço. Outros bens essenciais, como a alimentação, são dispendiosos. O choque que experimentamos perante a situação social da maioria dos angolanos é difícil de descrever, pois a pobreza extrema e a falta de condições para viver dignamente são a realidade da grande maioria da população. No entanto, apesar da adversidade, as pessoas são de uma grande simpatia e delicadeza.

No dia 3 de Novembro às 9h da manhã chegamos a Benguela. Somos calorosa e carinhosamente recebidos. A Escola do Magistério Primário de Benguela (EMPB)

através da sua direcção e professores está muito envolvida no projecto e demonstrou-o bem no desenvolvimento/acompanhamento do trabalho desta missão. Os professores da disciplina demonstraram empenho e disponibilidade para o trabalho no projecto. Trabalhamos com os professores da respectiva disciplina, estabelecendo entendimento em relação à gestão curricular do programa, iniciando a construção do guia metodológico da disciplina, discutindo aspectos teóricos e pedagógicos e definindo cronograma de trabalho em parceria no projecto. No diálogo com os professores da disciplina foram também discutidos os problemas e determinantes de saúde com mais impacto no país e na província, questões culturais e formas de implementar projectos de parceria na área de saúde escolar tendo como base a experiência portuguesa das Escolas Promotoras de Saúde.

O responsável pela missão, Prof. José Duarte, também acompanhou os aspectos relacionados com a instalação do Centro de Recursos e da sala de Informática, equipamentos que são parte integrante do projecto.



*A equipa da 1ª Missão Técnica do Projecto PREPA*

Em Benguela visitámos o Instituto Médio de Saúde de Benguela (IMSB), onde fomos recebidos pelo director, pelos sub-directores pedagógico e administrativo e pelo coordenador do curso. Visitámos as instalações, inteiramo-nos da organização do Instituto, do curriculum do Curso de Enfermagem e a directora da EMPB, Dr.<sup>a</sup> Assunção Neves, combinou formas de colaboração futura com o IMSB na disciplina de Higiene e Saúde Escolar. O IMS mostrou-se disponível para futuros projectos de parceria na formação em Enfermagem com a nossa Escola Superior de Saúde. Realçamos a forma acolhedora como fomos recebidos em Benguela, a disponibilidade, e colaboração e empenho da direcção da EMPB, do representante do INIDE (Instituto Nacional de Investigação e Desenvolvimento da Educação) e dos professores da disciplina.

Avaliando a participação e trabalho desenvolvido, consideramos o balanço desta missão francamente positivo. A oportunidade de trabalho conjunto e de co-autoria dos materiais foi/é muito enriquecedora e uma experiência inolvidável.

Ficaram portas abertas para futura colaboração na formação de profissionais de saúde, a equipa ficou mais rica com a experiência e com empenho cada vez maior no desenvolvimento do projecto, que queremos se torne uma mais valia para os professores primários angolanos, nomeadamente na área de Higiene e Saúde Escolar. Com este projecto vamos construindo e ajudando a construir em parceria, desenvolvemo-nos em conjunto construindo pontes através do conhecimento mútuo e da troca de experiências.



**Ana Paula Gato**  
Equiparada a Professora Adjunta  
Enfermeira Especialista em Saúde Pública  
Mestre em Comunicação em Saúde  
E-mail: agato@ess.ips.pt

# Formar para a Cidadania na Licenciatura em Enfermagem

- Experiência na Escola Superior de Saúde de Setúbal

Ana Paula Gato, Fátima Bicho e Paula Leal

Considerando os processos de mudança no ensino em saúde e a busca de novas formas de trabalhar o conhecimento, o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) tem utilizado como uma das suas metodologias o Problem Based Learning que, pelas suas características, apela à autonomia, estimula o espírito crítico e a intervenção cívica. Tendo presente que a educação para a prática da cidadania é um processo em continuum, a formação para a cidadania é uma constante ao longo do CLE.

A experiência de conciliar a metodologia de PBL ao desenvolvimento desta temática constituiu um desafio, levou à participação activa dos estudantes, ao desenvolvimento das suas capacidades de questionamento, de crítica, da auto-aprendizagem e de compreensão da realidade ao abordar a temática "*Saúde e Cidadania*".

**Palavras-Chave:** Formação em Enfermagem; Metodologia de Problem Based Learning; Cidadania.

No Ensino Superior, na formação inicial de estudantes de enfermagem, está subjacente, o estabelecimento de diversos tipos de relação. Segundo Nunes (2006) o estudante de enfermagem, assim como o enfermeiro, na sua prática quotidiana implementa diversos valores nas relações com os outros, consigo próprio, com a profissão, colegas e com as outras profissões.

Independentemente do tipo de relação que cada estudante aprende a estabelecer, há valores que favorecem o seu desenvolvimento, enquanto pessoa e futuro profissional de enfermagem como: o Respeito pelos Direitos Humanos, Dignidade Humana, Igualdade, Participação, Excelência, Qualidade, Justiça, Equidade, Autonomia, Responsabilidade, Compe-

tência, Solidariedade, Articulação, Co-responsabilidade, entre muitos outros que serão necessários para o exercício de uma prática cívica dignificadora da profissão.

Embora, a educação para a prática da cidadania passe pelo papel que a escola desempenha durante este contínuo, não se conhece como um processo fechado. Passa, certamente, pela responsabilidade das escolas do ensino básico ao superior, em parceria com as famílias e com a comunidade num processo de aprendizagem associado às várias faixas etárias, ou estadios de desenvolvimento. Entendida como uma educação ao longo da vida, a educação para a prática da cidadania constitui um caminho em aberto.

Edgar Morin (2002), a pedido da UNESCO, preconiza sete saberes que a escola deveria transmitir, sendo estes fundamentais para a viabilidade da nossa Humanidade: as cegueiras do conhecimento – erro e ilusão, os princípios de um conhecimento pertinente, a condição humana, a identidade terrena, as incertezas, a compreensão e a ética do género humano. Neste sentido, e tomando como inspiração o ideal de Morin e os valores da profissão, acreditamos que a formação para a cidadania é um dos papéis mais relevantes para as escolas que formam profissionais de Enfermagem.

O desenvolvimento da profissão deve traduzir-se numa cada vez maior compreensão do Outro, na aproximação às pessoas de quem cuidamos e aos seus contextos de vida. Pressupõe que a formação de enfermeiros estimule a autonomia, a participação comunitária e o sentido da nossa humanidade comum. Que se favoreça o entendimento das diferenças culturais, étnicas e ideológicas que fazem aumentar a possibilidade de diálogo, tolerância e solidariedade. Que facilite a compreensão do mundo actual, repleto de novos desafios e problemas: a diversidade de interesses, a diversidade cultural, a insegurança económica, a globalização com tudo o que acarreta de positivo e negativo, a escassez de recursos, o aquecimento da terra, as novas epidemias, a necessidade de

energias alternativas, o fosso cada vez maior entre ricos e pobres, a perda de biodiversidade, o terrorismo...

Assim, no curriculum do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), as questões da cidadania são transversais ao longo dos quatro anos e em várias disciplinas.

As características intrínsecas da nossa profissão, e os desafios colocados pelas novas dinâmicas do Ensino Superior na Europa determinando a eleição de metodologias activas de aprendizagem, mais centradas nos estudantes.

Desta forma os Cursos de Licenciatura em Enfermagem da ESS/IPS têm trabalhado a metodologia de *Problem Based Learning* – PBL. É uma metodologia activa baseada no estudo de problemas propostos com o objectivo de que os estudantes se responsabilizem pela aprendizagem de determinados conteúdos, permitindo-lhes ganhos efectivos no desenvolvimento de competências de comunicação, pensamento crítico, resolução de problemas, tomada de decisão e gestão de conflitos no grupo. Assim, cada estudante torna-se um elemento envolvido na sua própria aprendizagem, aumenta a sua motivação uma vez que interioriza que esta aprendizagem influencia os resultados finais quer pessoais quer do grupo.



É uma metodologia em que o professor tem um papel de orientador e facilitador da aprendizagem dos estudantes.

A temática abordada, em PBL, no ano lectivo 2005/2006, no 1º ano – 1º semestre, foi "Saúde e cidadania" que por sua vez se subdividiu em dois temas: *Saúde Ambiental e Participação Cívica na Saúde*. A turma dividiu-se em grupos, com 9 a 10 estudantes cada, os quais trabalharam os temas referidos num total de 20 horas, com muito empenho e originalidade tendo sido **abordadas questões como:** *voluntariado enquanto forma de participação cívica na saúde; o papel das instituições de solidariedade social e organizações não governamentais; as questões da qualidade de vida urbana e da habitação; da poluição e seu impacto na saúde;* dando sempre ênfase ao papel dos enfermeiros perante estas problemáticas.



No final o trabalho foi entregue sob a forma de um dossier temático e posteriormente apresentado à turma, professores e outros estudantes, tendo cada grupo, liberdade para escolher a forma de apresentação, tendo recorrido a dramatização, foto-filme, dança e filme.

Da avaliação realizada pelos estudantes destacam-se as aprendizagens feitas sobre o trabalho em equipa, o respeito pela diversidade de opiniões, a autonomia e a oportunidade de reflexão sobre os temas.

Passamos a apresentar alguns dos comentários dos estudantes sobre esta experiência:



*"O trabalho de PBL foi para nós uma experiência completamente diferente, no contexto escolar, daquela que vivenciamos até hoje"*

*"(...) foi bem aceite pelo grupo (...) apesar de ser uma metodologia trabalhosa (...) a apresentação contribuiu em muito para nos motivar"*

*"os aspectos mais positivos: trabalhar em equipa; aquisição de novas capacidades: síntese e pesquisa; aprendizagem de novas maneiras de se realizar apresentações."*

*"A capacidade que desenvolvemos a trabalhar em grandes grupos, respeitando as ideias de cada um; A organização do tempo para conseguir conciliar todas as tarefas de todos os elementos do grupo"*

*"A nível das aprendizagens pode dizer-se que crescemos quer enquanto estudantes de enfermagem, quer enquanto pessoas pertencentes a uma sociedade, tendo direitos e deveres cívicos que deve conhecer e respeitar."*

"As aprendizagens mais relevantes foram (...): os benefícios do trabalho de equipa e a entreaajuda, o facto de trabalharmos autonomamente, mas sob orientação de um facilitador e os assuntos intrinsecamente ligados ao trabalho."



## Conclusão

Não existe "educação asséptica" por isso transmitimos, veiculamos, queremos fazer compreender os valores que formam as bases da nossa profissão e nos quais acreditamos. Consideramos que é necessário torná-los reflexão e acção, assim a formação para a cidadania em Enfermagem é um contributo para isso.

A utilização da metodologia de PBL para a abordagem desta temática conduz cada estudante a exercer cidadania, na medida em que, individualmente e em grupo, se envolve num processo de construção de autonomia, responsabilização progressiva e reflexão crítica. A vivência em grupo, a pesquisa, a tolerância e a necessidade de construir algo em comum, levaram a uma consciencialização do seu papel enquanto futuros profissionais de saúde.

## Bibliografia

- PERRENOUD, Philippe e tal. *As competências para ensinar no século XXI -a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.
- MORIN, Edgar. *Os sete saberes para a educação do futuro*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.
- NUNES, Lucília. *A Qualidade da Prática da Formação e dos Cuidados de Saúde na perspectiva dos valores*. <http://lnunes.no.sapo.pt/>. 10 Março de 2006. 13.00.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros, 2003

**Ana Paula Gato** - Equiparada a adjunta, Enfermeira Especialista em Saúde Pública; Mestre em Comunicação em Saúde

**Paula Leal** - Assistente; Mestre em Saúde Escolar

**Fátima Bicho** - Equiparada a Assistente; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Mestre em Bioética

# Articulação Escola/Serviços

Paula Leal

**Resumo:** O artigo "Articulação Escola-Serviços" decorre da preparação de uma comunicação realizada dia 26 de Maio de 2006, no Simpósio Anual da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, integrada na mesa sobre O Papel das UCI`s no Ensino das Práticas de Enfermagem.

O tema proposto foi estruturado em 3 partes. A primeira parte reporta-se à apresentação de um pequeno enquadramento teórico sobre as medidas legislativas que tornaram emergente a necessidade da articulação entre escola/serviços, e vieram "regular" essa mesma articulação. A segunda parte remete para uma breve apresentação da Escola Superior de Saúde (ESS), particularidades que nos caracterizam, e destaque para os tipos de articulação que temos estabelecido com as instituições e os serviços. Na terceira parte refere-se a articulação estabelecida em Ensino Clínico (EC), propriamente dita, em UCI`s.

**Palavras- Chave:** Formação em Enfermagem; Articulação Escola-Serviços; Experiência na ESS; Ensinos Clínicos.

## **Medidas Legislativas Promotoras/ Reguladoras da Articulação Escolas de Enfermagem/Instituições – Serviços**

Ao longo do caminho percorrido pelo ensino de enfermagem em Portugal, sempre existiu a necessidade de prática clínica, e portanto sempre existiu *colaboração* entre as Escolas de Enfermagem e as instituições/serviços de saúde, inicialmente construída por intermédio de acordos "tácitos".

Em 1987 com a entrada em vigor do despacho 1/87 de 21 de Maio, que exigiu a duplicação do número de admissões/candidaturas ao Curso de Enfermagem Geral (face à escassez de enfermeiros generalistas), as escolas tiveram de rever metodologias e encontrar estratégias, em relação aos ensinos clínicos, que permitissem responder às necessidades sentidas.

Posteriormente, com a publicação do Decreto-Lei 480/88, ocorre a integração do Ensino de Enfermagem no Ensino Superior Nacional – Ensino Superior Politécnico – surgem novas exigências curriculares, altera-se o rácio professor/estudante e, por outro lado assiste-se a um aumento do número de escolas de enfermagem. Mais alguns factores que obrigaram a maior procura de locais de ensino clínico, na tentativa de colmatar novas necessidades que se colocaram.

Através do despacho 8/90, de 17 de Março, o Ministério da Saúde determina que os Serviços de Saúde devem colaborar com as Escolas de Enfermagem em particular "facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequados à formação de novos enfermeiros e, permitindo a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos seus estudantes, de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços."

Verifica-se que nas últimas duas décadas surgem medidas legislativas importantes que permitiram regular mas também facilitar a articulação escolas/serviços.

### **Tipos de articulação**

#### *Breve resenha histórica da ESS e da ADE*

Importa destacar que na Escola Superior de Saúde, a articulação escola/serviços equaciona-se numa dimensão muito maior, que o simples contacto para pedidos de Ensino Clínico, podendo mesmo dizer-se que a articulação realizada na ESS é de carácter multidimensional.

A E.S.S. do Instituto Politécnico de Setúbal teve o seu nascimento em Março de 2000, iniciando a sua actividade no ano lectivo 2000/2001, respondendo, a uma necessidade perfeitamente identificada da região e da própria cidade. Conta actualmente com 6 anos de existência, rege-se pelo lema: Qualidade, Humanismo e Inovação. Actualmente tem 3 cursos (Enf. Fisiot. e Terap. fala), sendo a área Disciplinar de Enfermagem Coordenada pela Prof. Dra. Lucília Nunes, e o Curso de Licenciatura em Enfermagem coordenado pelo Prof. Joaquim Lopes.

O Currículo e Plano de Estudos estão estruturados, visando responder ao desafio do novo paradigma educacional europeu, previsto pela implementação do Processo de Bolonha, que requererá alterações estruturais nos processos, práticas e recursos a curto/médio prazo.



Neste sentido, foram revistos o currículo e plano de estudos do Curso Licenciatura em Enfermagem e definido o perfil de saída final do estudante do 4º ano de enfermagem da ESS, assente num conjunto de competências (96 competências da OE para o enf.º de Cuidados gerais; competências (transversais) do perfil do estudante do IPS e também as comp. transversais à família de profissões da saúde).

Ao longo dos 4 anos do curso o estudante realiza um percurso académico, e também prática clínica de situações simples para complexas, ocorrendo o EC em Cuidados Intensivos no 4º ano. Salva-guarda-se o aspecto de que em cada um dos 4 anos do CLE, cada estudante deverá adquirir competências mínimas exigidas para esse ano, para chegar ao perfil do estudante do 4º ano que pretendemos seja equivalente ao perfil do enfermeiro de cuidados gerais, definido nas 96 competências da OE.

Considerando o estágio de desenvolvimento dos estudantes, e a aquisição de competências simples para complexas, o estudante tem um acompanhamento no 1º e 2º anos a full time, em contexto hospitalar e a part-time nos 3º e 4º anos. O Feed-back dos locais de EC, em particular dos colegas de UCI's, face a este modelo de orientação/articulação por nós preconizado, tem-se revelado extremamente positivo, destacando os orientadores, a qualidade profissional dos nossos estudantes recém-formados, conferindo-lhes esse "Perfil" lugar garantido no mercado de trabalho.

## Articulação da ESS com os Serviços

Uma mais valia da articulação escola/serviço que tem sido referenciada, diz respeito à investigação realizada através de trabalhos de monografia dos estudantes. Podendo ir de encontro às necessidades dos serviços e instituições v/s objectivos dos estudantes e escola contribui-se gradualmente para ganhos na profissão. A evidência científica na prática de enfermagem, levanta questões, interroga práticas, atitudes, permite reflexão, juízo e raciocínio clínico na tomada de decisão. A investigação proporciona condições de implementação de mudanças, suportadas cientificamente, e suscita visibilidade da intervenção da enfermagem.

Outra vertente da articulação escola/serviço passa pelo caminho da formação em seminários de Suporte Básico e da Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE), sendo a ESS – escola de referência do sul do país em formação CIPE com as instituições que solicitam a referida formação.

Este ano na sua 3ª edição, focando temas como a articulação enfermeiro orientador/docente; Integração do estudante em EC; Promoção da Relação Pedagógica; Orientação da actividade do estudante e Avaliação Formativa Integrada no Processo Ensino-Aprendizagem. Nestes seminários a partilha de experiências, construção de trabalho a auscultação de sugestões propostas, têm-se revelado uma mais valia na articulação entre as duas entidades.

*Articulação referente ao EC:*

*Experiência na ESS*

*Área Disciplinar de Enfermagem*

Ainda que tendo por base os pressupostos legais, as escolas e os serviços mantêm alguns acordos decorrentes da assinatura de protocolos de articulação e parceria entre os órgãos de gestão das escolas e das instituições de saúde, que conferem benefícios e contrapartidas a ambas as partes, algumas delas já referidas anteriormente.



*Estudantes do 5º CLE*

Outro projecto de articulação que se tem revelado muito positivo diz respeito ao Seminário de Formação de Orientadores em Ensino Clínico.

O professor coordenador dos cursos de licenciatura em enfermagem inicia a articulação, referente ao EC, enviando os pedidos dos locais de ensino clínico, para as instituições de saúde com as quais

existe protocolo (dirigidos à Direcção de Enfermagem), aguardando resposta das mesmas quanto:

Ao parecer dos serviços em aceitar ou recusar o EC;

Ao número de estudantes a quem poderá facilitar ensino clínico.

Relativamente aos locais de ensino clínico em unidades de cuidados intensivos: o caminho inicial da articulação é similar ao que já foi referido, garantindo-se excepções pontuais. São os chefes de enfermagem da UCI's que decidem se poderão ou não facilitar o local para ensino clínico e quantos estudantes poderão ter. As decisões passam essencialmente pelo planeamento referente à gestão de recursos humanos face a:

- Número de enfermeiros por equipa;
  - Tempo de exercício profissional e tempo de exercício na UCI;
  - Disponibilidade dos enfermeiros para a orientação;
  - Número de enfermeiros em formação continua/pós-graduada;
  - (...) outros (elementos em licença de parto; baixas por doenças; ...);
- pelo que nem sempre se poderão garantir inicialmente as mesmas condições todos os anos.

Quando a resposta é positiva cada gestor/coordenador de cada ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, entra em contacto com a chefia de enfermagem para planeamento do Ensino clínico.

#### *Planeamento do Ensino Clínico*

Estabelece-se uma reunião inicial entre o gestor de ano e o chefe do serviço para conhecimento mútuo, discussão e aferição de determinados aspectos, entre eles a nomeação dos enfermeiros orientadores. Salienta-se que as escolas não tem qualquer participação na designação dos enfermeiros orientadores...é uma função de total responsabilidade

dos chefes de enfermagem dos serviços.

Na escola, prepara-se uma pasta para cada orientador e chefe de enfermagem do serviço, que contém diverso material, que o docente responsável, em reunião com o enfermeiro orientador, explica detalhadamente. Uns dos documentos mais importantes que essa pasta contém são o Guia de Ensino Clínico.

O **Guia de EC** – é a pedra angular de todo o EC. Tem início através de uma nota introdutória com uma breve explicação do perfil que se pretende que tenha um estudante da ESS (já referido), o contexto do EC e contactos dos docentes responsáveis.

Divide-se posteriormente em pequenos sub-capítulos:

- **Competências** a desenvolver no EC – explicando sucintamente a matriz de competências e quais destas cada estudante deve atingir no ensino clínico de problemáticas complexas (UCI);
- **Papéis dos intervenientes no EC**
  - estudante, enfermeiro orientador e docente;
- **Metodologia** – Designa o tipo de actividades que o estudante deve realizar em termos de aprendizagem, visando a auto-avaliação da prática. No 4º ano, na UCI, os estudantes utilizam metodologias activas para o seu processo ensino-aprendizagem de que destacamos a construção de portefólio.
- **O cronograma** – detalhando quais os estudantes que vão frequentar esse EC; quando inicia e termina o mesmo; dias na escola (troca de experiências e avaliação das práticas); qual o docente responsável por esse EC;

- **A avaliação do EC** - assente num Instrumento de avaliação construído segundo o plano curricular da escola, assente na aquisição de competências. Os estudantes participam no processo de avaliação, c/ uma determinada ponderação em todos os anos. Esta foi calculada mediante o estágio de desenvolvimento de cada estudante e aumenta 5% por ano de curso.

Apêndices:

- Listagem dos conteúdos teóricos, teórico-práticos e práticos leccionados
- Cronograma de todo o EC
- A definição das competências e dos descritores da competência
- Um exemplar do Instrumento de Avaliação (que também tem sido apresentado, discutido e aperfeiçoado, com os enfermeiros que frequentam os seminários para orientadores de EC, que a escola promove).

*Supervisão do EC*

Consoante o número de estudantes, cada docente responsável pelo EC poderá ter de articular-se com diversas instituições em simultâneo, por vezes bastante distantes geograficamente. Este aspecto faz com que o planeamento da supervisão tenha de ser bastante bem preparado, garantindo alguma flexibilidade horária. Na reunião inicial, entre enfermeiro orientador, estudante e docente responsável pelo EC, consoante o horário de *roulement*, planeiam-se em conjunto os dias de supervisão do docente e os de avaliação formativa e sumativa. Explicam-se todos os documentos da pasta do enfermeiro orientador, discutem-se e aferem-se dúvidas ou questões.

Ao longo do período de EC vão aferindo-se alguns pormenores, outras vezes gerindo-se pequenas tensões ou mesmo dificuldades mais complexas,

inevitavelmente relacionadas com o estabelecimento de relações entre os intervenientes no processo ensino-aprendizagem. O enfermeiro orientador assume um papel de "modelo" para o estudante e nesse aspecto, por parte deste, as expectativas são sempre grandes e raramente defraudadas.

De realçar que cada estudante quando inicia EC, tem um seguro que deve ser activado face a qualquer eventual necessidade, embora perante uma situação de acidente em serviço, deva seguir o processo normal da instituição para a resolução do mesmo.



*Avaliação*

É sempre um momento extremamente importante para o estudante, mas não menos importante para os representantes de cada instituição. É neste momento que muitas vezes se decide o perpetuar ou o término da articulação, face às experiências vividas possibilitadoras, ou não, da aquisição de competências. Muitas vezes estão envolvidos outros aspectos em avaliação e não só o desempenho e a

aquisição de competências do estudante, mas no que respeita a UCI`s a nossa experiência tem sido sempre bastante positiva, dada a qualidade do desempenho dos enfermeiros orientadores, e da diversidade de experiências que estes locais proporcionam aos estudantes, permitindo-lhes a priorização de cuidados, a resolução de problemas, facilitando o raciocínio clínico e a tomada de decisão.

Para o perpetuar das articulações sadias e duradouras entre as escolas e os serviços, existem pressupostos que devem ser cultivados: assentes num bom planeamento, trabalho em conjunto, e respeito pelos limites que cada papel determina. Para além disso é essencial o estabelecimento de um óptimo canal de comunicação e relação inter pares, sem os quais a *articulação* poderá correr o risco de ser meramente asséptica ou “politicamente correcta”.

## Conclusão

Há muito a fazer para promover uma articulação escolas/serviços sadia e duradoura, o convite para a discussão deste tema num congresso pode ter sido o princípio de um debate cauteloso, mas necessário. Da nossa parte estamos sempre disponíveis para participar, debater e defender o trabalho/parcerias entre instituições...

Termino realçando o desafio da SPCI em trazer um tema destes para debate, agradecendo mais uma vez o convite feito e deixando um pensamento de Tolkien que é ...quase um lema na nossa escola

*“Onde há vontade, não falta caminho”!!*

## Referências bibliográficas

- GARCIA E. e tal. *A Escola de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico*. In: Formação em Enfermagem. Docentes Investigam. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2000.
- NUNES, Lucília. *Um Olhar sobre o Ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Lisboa: Lusociência; 2003.
- PORTUGAL. ORDEM dos ENFERMEIROS. *Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2003.
- <http://www.ess.ips.pt/escola/index.html> captado em 12 de Maio/2006. 13.15h.



**Paula Leal**  
Assistente da ESS, IPS  
Mestre em Saúde Escolar  
E-mail: pleal@ess.ips.pt

# (Re) Olhar o enquadramento Jurídico do Ensino de Enfermagem

Sérgio Deodato

O ensino de enfermagem em Portugal, foi inserido no sistema de ensino superior em 1988, com a publicação do Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro, que integrou a formação em enfermagem no sistema educativo nacional. Assim, tal como as outras áreas educativas superiores, está sujeito às leis que regulam o ensino superior, nomeadamente os princípios enunciados nos Artigos 74º, 75º e 76º da Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases do Sistema Educativo.

Todavia, a par da regulação por força das leis gerais do ensino superior, o ensino de enfermagem tem um regime jurídico próprio. Este regime, está hoje genericamente estabelecido no Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro, que “fixa as regras gerais”, como prescreve o seu Artigo 1º. Para além do quadro geral, cada nível de formação actualmente existente, está regulamentado por um diploma próprio com as normas relativas ao funcionamento de cada um. A Portaria nº 799-D/99 de 18 de Setembro aprova o “Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem”, a Portaria nº 799-E/99 de 18 de Setembro aprova o “Regulamento Geral do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem” e a Portaria nº 268/2002 de 13 de Março aprova o “Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem”.

Para além das leis nacionais, integra também o regime jurídico do ensino de enfermagem em Portugal, a Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, relativa ao acesso às profissões reguladas na União Europeia que estabelece os limites mínimos da formação para o enfermeiro de cuidados gerais na União Europeia.

Analisar este quadro jurídico, constitui hoje mais do que uma simples constatação do regime vigente, porquanto, em plena implementação do Processo de Bolonha, o ensino de enfermagem, como as outras áreas do ensino superior, vive (mais) uma mudança. De tal forma que, no momento presente coabitam situações de cursos já propostos para adequação ao novo modelo com situações de escolas que (ainda) não o fizeram.

É com este enquadramento que nos propomos olhar, numa perspectiva jurídica e profissional, para o ensino de enfermagem em Portugal e levantar algumas questões relativas à sua integração no sistema de ensino superior, moldado pelo regime jurídico que, entre nós, concretizou Bolonha.

O referido Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro, reitera a decisão anterior<sup>2</sup> de manter o ensino de enfermagem no subsistema politécnico, nas Escolas Superiores de Enfermagem ou nas Escolas

<sup>1</sup> Aprovada pela Lei nº 46/86 de 14 de Outubro e alterada pela Lei nº 49/2005 de 30 de Agosto, que procede à republicação integral da Lei.

<sup>2</sup>Do Decreto-lei nº 480/88 de 23 de Dezembro

Superiores de Saúde. Trata-se de uma decisão política, uma vez que, em termos jurídicos, nada obrigava esta opção em detrimento da escolha pela inclusão no subsistema universitário. Ou seja, não vislumbramos nenhuma norma jurídica constante da Lei de Bases do Sistema de Educativo que criasse, como princípio, a obrigação de integrar o ensino de enfermagem neste subsistema, pelo que consideramos tratar-se de uma decisão política.

Todavia, esta opção política pelo politécnico cria-nos hoje alguns constrangimentos de ordem jurídica (sem escamotear que existem outros, de natureza científica, por exemplo, ao considerarmos o que distingue os dois subsistemas), quando equacionamos a adequação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no âmbito do quadro legislativo que operacionalizou em Portugal o Processo de Bolonha. Por exemplo, a opção pelo mestrado integrado para formação base, nos termos do Artigo 19º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março<sup>3</sup>, fica impossibilitada, uma vez que este Artigo prevê que o “ciclo de estudos integrado conducentes ao grau de mestre”, seja realizado apenas nas universidades. Assim e nestes termos, a escolha desta modalidade formativa implicará a necessária alteração no regime jurídico do ensino de enfermagem.

Relativamente ao grau, o Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro, consagra a licenciatura para a formação base, conducente à obtenção do título de enfermeiro de cuidados gerais<sup>4</sup>. A este nível, colocam-se também alguns problemas jurídicos, na articulação entre este regime e o novo quadro jurídico do Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março.

De facto, ao considerar a licenciatura para a formação inicial, o nº 1 do Artigo 5º do Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro, estabelece que esta deve “assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais” e ainda a

participação na gestão, na formação de profissionais e na investigação, ou seja as áreas de actuação profissional previstas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)<sup>5</sup>. De outro modo, mas enquadrável nestes enunciados, na moldura conceptual actual da profissão, nomeadamente no REPE, no Enquadramento Conceptual dos “Padrões e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e nas “Competências do enfermeiro de cuidados gerais” definidos pela Ordem dos Enfermeiros, verificamos que o ensino de enfermagem deve proporcionar a adequada formação para a intervenção em situações novas, complexas e em contextos alargados e multidisciplinares. De resto, esta é uma evidência da formação actual, no âmbito dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem.

Assim, quando procuramos estes requisitos jurídicos e conceptuais no enquadramento dos descritores dos diferentes graus previstos no Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março, constatamos que estes se inscrevem nos enunciados para o 2º ciclo ou grau de mestre. De facto, as competências para agir em situações semelhantes às que os estudantes de enfermagem são formados, tendo em conta o perfil definido para o enfermeiro de cuidados gerais, pela Ordem dos Enfermeiros<sup>6</sup>, correspondem aos descritores estabelecidos para o grau de mestre, no Artigo 15º deste decreto-lei.

O cruzamento entre algumas competências do enfermeiro de cuidados gerais e os descritores referidos, podem revelar-se clarificadores desta correspondência.

<sup>3</sup> Que aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, no âmbito de Processo de Bolonha.

<sup>4</sup> Nos termos da alínea c) do nº 1 do Artigo 7º do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

<sup>5</sup>Cf. nº 2 do Artigo 9º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro

<sup>6</sup>ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, 2004

É o que fazemos no quadro seguinte:

Competência	Descritores do 2º ciclo Artigo 15º do DL nº 74/2006 de 24 de Março
<p>21 - "Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como as evidências"</p> <p>86- "Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem..."</p> <p>90 - "Participa em programas de melhoria da qualidade..."</p>	<p>Alínea a)</p> <p>"Permitam ou constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação"</p>
<p>13 - "Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas"</p> <p>24 - "Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados"</p> <p>25 - "Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados"</p> <p>33 - "Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades"</p> <p>56 - "Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente"</p>	<p>Alínea b)</p> <p>"Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares..."</p>
<p>6 - "Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas"</p> <p>23 - "Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas"</p> <p>30 - "Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura"</p> <p>51 - "Revê e reformula o plano de cuidados regularmente..."</p> <p>56 - "Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente"</p> <p>57 - "Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe"</p>	<p>Alínea c)</p> <p>"Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais..."</p>
<p>29 - "Apresenta a informação de forma clara e sucinta"</p> <p>65 - "Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder"</p> <p>94 - "Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas"</p> <p>95 - "Actua como um mentor/tutor eficaz"</p>	<p>Alínea d)</p> <p>"Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios ..."</p>
<p>92 - "Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências"</p> <p>93 - "Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua"</p>	<p>Alínea e)</p> <p>"Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo."</p>

Daqui resulta que, a formação inicial em enfermagem, nos termos em que está definida e praticada nas Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, corresponde, materialmente ao grau de mestre, previsto no referido Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março. Contudo, aquilo que substancialmente está conformado entre o quadro jurídico e conceptual do ensino de enfermagem e da regulação profissional e o regime jurídico dos graus académicos, encontra-se em desconformidade no plano formal. De facto, enquanto que o Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro estabelece a licenciatura, o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, prevê o grau de mestre. De resto, é esta a posição assumida pela Ordem dos Enfermeiros, em Tomada de Posição de 8 de Maio de 2006.

Juridicamente, trata-se de uma desactualização histórica do Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro, uma vez que o regime jurídico do ensino de enfermagem é anterior ao Processo de Bolonha. A solução jurídica é, relativamente, simples, ou seja, a alteração no plano formal deste enquadramento jurídico, de modo a substituir o grau de licenciado pelo de mestre, mantendo-se, materialmente, os requisitos para a formação inicial do enfermeiro.

Relativamente às previsões estabelecidas na Directiva Comunitária para a formação em enfermagem, estas não constituem qualquer impedimento a uma solução desta natureza, uma vez que se limitam a estabelecer limites mínimos. De facto, o que a Directiva estabelece é um mínimo de 3 anos ou de 4600 horas para a formação inicial do enfermeiro, nos termos do nº 3 do seu Artigo 31º.

Assim, consideramos que o regime jurídico do ensino de enfermagem em Portugal, carece de actualização face ao novo quadro legislativo decorrente de Bolonha. Não devem desactualizações formais impedir as devidas correspondências materiais

do ensino hoje realizado com a recente legislação enquadradora do ensino superior.

## Referências bibliográficas e legais

- Constituição da República Portuguesa
- Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Setembro
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro
- Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril
- Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro
- Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março
- Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005. Jornal Oficial da União Europeia. L255 PT (2004-09-30).22-142
- Lei nº 46/86 de 14 de Outubro, alterada pela Lei nº 49/2005 de 30 de Agosto
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa, 2004.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Lei de Bases do Sistema Educativo: Enquadramento do Ensino de Enfermagem e acesso à profissão. Tomada de Posição. Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629. Nº 22 (Julho 2006). P.23-25



**Sérgio Deodato**  
Assistente da ESS, IPS  
Licenciado em Enfermagem  
Licenciado em Direito  
E-mail: sdeodato@ess.ips.pt

# Resiliência

- um recurso para os cuidados em pediatria

Fátima Bicho

A hospitalização é um acontecimento adverso, em que cada pessoa reage de modo diferente. A criança hospitalizada confronta-se, também, com uma grande diversidade e complexidade de sentimentos, situação em que o enfermeiro assume um papel fundamental no que diz respeito a ajudá-la a desenvolver a sua própria capacidade de resiliência. Neste sentido, o enfermeiro torna-se um *tutor de resiliência*.

Uma vez que o desenho, enquanto linguagem pictórica, pode fazer parte do dia-a-dia da criança e constituir uma forma de expressão de sentimentos, pode ser por nós utilizado para perceber e avaliar, de forma directa, o seu estado afectivo e o modo como ela se coloca nos diferentes contextos e, simultaneamente, identificar o modo como está a vivenciar a sua hospitalização. O presente estudo comprovou que o desenho é um excelente indicador da resiliência, logo, um recurso que devemos aprender a utilizar.

**Palavras-chave:** Resiliência, criança, hospitalização.

A doença e a hospitalização são, frequentemente, as primeiras crises enfrentadas pela criança (Hockenberry *et al*, 2006), nomeadamente durante os primeiros anos de vida, visto que constitui um grupo especialmente vulnerável pela sua fragilidade e necessidade de protecção. A doença e a hospitalização representam uma mudança do estado habitual da criança, quer a nível de saúde, quer das rotinas familiares e sociais, quer ainda quanto ao meio envolvente. Devido à sua vulnerabilidade, as crianças estão mais predispostas aos factores de risco, designadamente a acontecimentos stressantes ou a situações pessoais ou ambientais, que aumentam a probabilidade da criança desenvolver perturbações psicológicas ou do comportamento que podem vir a comprometer a sua adaptação ao meio (Anaut,



2005). Contudo, as crianças não são iguais, nem reagem da mesma forma perante situações semelhantes.

Quando falamos nos principais factores de risco da hospitalização estamos a referir-nos, por exemplo, à separação, à perda de controlo, às lesões corporais, à dor, entre outros. Contudo, as reacções da criança a estes factores dependem, como

é evidente, do seu estágio de desenvolvimento, quer pelas suas experiências anteriores, quer pela doença, quer pela hospitalização, quer pelo sistema de apoio ou pelas suas habilidades para enfrentar a adversidade.

Da mesma forma, os efeitos da hospitalização afectam negativamente todo o sistema familiar. Não sendo possível prever quais os factores que influenciam as respostas da família, trabalhos anteriores identificaram já algumas variáveis, como descrença, raiva ou culpa, medo, ansiedade e depressão (Hockenberry *et al*, 2006). Nas situações de doença súbita, a estrutura familiar sofre um reajustamento, em que o tipo de problemas a resolver e as estratégias de *coping* são vividos num período relativamente curto. Isto leva a que as mudanças comportamentais e afectivas sejam vivenciadas intensamente, requerendo por parte da família uma rápida mobilização de competências para lidar eficazmente com a situação.

É de destacar a importância dos profissionais que prestam cuidados à criança, nomeadamente os enfermeiros que trabalham em pediatria, no acompanhamento permanente que fazem, também, aos pais (ou pessoas significativas). Os pais, pessoas habitualmente responsáveis pelo cuidar diário do seu filho, necessitam de ter uma informação completa e exacta acerca do problema de saúde da criança. O alívio de sentimentos de stresse vividos pode ser facilitado se tivermos uma informação clara e precisa sobre eles. A competência dos enfermeiros no cuidar da criança, deverá estar subjacente a todas as intervenções e procedimentos a realizar junto da mesma, dando aos pais liberdade para optar pela participação ou pela realização dos mesmos.

A separação da criança dos pais, irmãos ou pessoa significativa durante a hospitalização, seja qual for a idade, pode traduzir-se em sentimentos de abandono. Estudos já efectuados apontam como algumas das consequências imediatas deste sentimento, regressão, ansiedade, perturbações no sono (pesadelos, insónias, medo do escuro), perturbações alimentares, negativismos e apatia; a longo prazo, para além dos anteriores, podem surgir dificuldades na leitura e problemas de comportamento na escola, entre outros (Douglas, 1988, citado por Martins, 1991).

O abandono pode ser vivido em diferentes circunstâncias e tem sido mais recentemente estudado ao nível da institucionalização e relativamente a crianças vítimas de maus-tratos.

A autora, num estudo anterior (Bicho, 2005), cujo tema foi **A promoção da resiliência em crianças de baixa idade**, analisou dois desenhos que as crianças utilizam habitualmente como linguagem pictórica para falarem das suas necessidades em relação à sua família e de como se sentem no seu meio: **o desenho da família** e **o desenho da casa**. Constatou-se que a criança, através do desenho, pode criar e recriar formas de se expressar, e que é neste possível perceber e avaliar, de forma directa, qual o seu estado afectivo e o modo como ela se coloca em diferentes contextos (familiar, social e outros) dando indícios aos profissionais de saúde sobre como está a vivenciar o processo de separação/hospitalização. Por outras palavras, os enfermeiros podem recorrer, desde que devidamente preparados para o efeito, à análise do desenho, uma vez que este é um excelente indicador do processo de resiliência.

A resiliência é um conceito recente. Podemos defini-la como a capacidade humana de enfrentar e ultrapassar as adversidades da vida, de se adaptar a diferentes meios e de superar problemas distintos, construindo-se como sujeito na adversidade (Cyrulnik, 2001).

Passamos a apresentar um exemplo:



Fig. 1

Na figura 1, verifica-se que as personagens são instáveis, representadas pequenas, com fâcies inexpressivos, o que pode sugerir insegurança e/ou inibição. A criança desenha uma família imaginária em vez da família real. Parece claro que a criança, ao representar a família imaginária, projecta, no desenho, os seus desejos pessoais e os seus conflitos de adaptação ao meio envolvente, ideia defendida por Corman (1964).



Fig. 2

Na figura 2, a criança desenha uma casa sem janelas e sem porta. No entanto, refere que "a minha casa tem lá dentro a minha mãe, os meus pais, avós e amigos". Parece claro que a criança tem a noção de casa e de família, no entanto, representa a família fechada dentro de casa, sem elementos que evidenciem afectos, o que pode estar relacionado com o evento traumático que viveu, ou seja o abandono.



Fig. 3

Na figura 3, a criança projecta no desenho a sua família real e as figuras apresentam um ar afectuoso. O desenho parece representar uma actividade quotidiana da família ("fui ao parque com o meu pai e a boneca"), e o facto da criança seleccionar uma acção específica para a mãe ("a minha mãe ficou em casa a fazer o almoço") parece indicar que lhe atribui a organização da casa. De acordo com Burns e Kaufman (1978), citado por Cunha (1993). Esta acção de cozinhar pode simbolizar uma figura materna protectora. Nota-se, também, que a criança se desenha em primeiro lugar, parecendo querer evidenciar-se. Contudo, é a figura paterna que é representada num tamanho maior, o que parece reflectir a admiração que a criança tem pelo pai. A presença da boneca entre eles pode, simbolicamente, significar um elo de ligação.



Fig. 4

Por fim, na figura 4 a casa é percebida como um lar onde há afecto, protecção, segurança e amor, na medida em que a criança a desenha com todos os seus elementos essenciais (janelas, porta, paredes e telhado). Contudo, as janelas estão fechadas, o que pode revelar controle nas interações com o meio. De salientar as janelas desenhadas no telhado, que representam uma casa do tipo mansarda, como a da criança. Representa, também, a chaminé a emitir fumo o que pode, de acordo com Di Leo (1985), simbolizar afecto dentro da criança.

Partindo da análise efectuada, acreditamos ser legítimo afirmar que os desenhos são óptimos instrumentos para avaliar o processo de resiliência. Nestes exemplos, permitiram uma melhor compreensão de como as crianças interagiam e se colocavam no seio da família e no meio envolvente.

Facilmente, no hospital, oferecemos uma folha de papel para a criança desenhar livremente. Podemos aproveitar a constatação desta realidade (de que o desenho reflecte nos seus conteúdos o mundo da criança, as situações de abandono e de vivências traumáticas no processo de crise) e usá-lo, intencionalmente, de forma a perceber como a

criança está a vivenciar a sua hospitalização/separação das pessoas significativas, tornando-nos, assim, Tutores de resiliência.

Os tutores de resiliência são pessoas que, pelas suas atitudes e comportamento, facilitam o processo de resiliência da criança. Os enfermeiros, pelo seu papel e pela sua presença, podem (e devem) ser tutores de resiliência. Para isso, é necessário que saibam escutar as crianças e que compreendam o que elas sentem perante as situações adversas.

Segundo Lecomte (2004), durante o processo de resiliência cada criança em sofrimento "elege" um adulto para ser o seu *tutor de resiliência*. A maior parte das vezes, nenhum deles tem verdadeiramente consciência daquilo que está em jogo, e de que modo esta relação poderá ser fundamental para a criança.

Não se pretende que um tutor seja uma pessoa perfeita. A vida é feita de imperfeições e são essas imperfeições que constituem a sua riqueza. Por outras palavras, uma pessoa demasiado perfeita tornar-se-ia inacessível e com poucas probabilidades de se tornar *tutor de resiliência* e, menos ainda, um modelo a seguir.

O *tutor de resiliência*, que pode ser uma pessoa afectuosa que, até mesmo intuitivamente, dá ao Outro o sentimento de ser reconhecido e amado. O seu perfil engloba, geralmente, as seguintes características:

- Manifesta empatia e afecto;
- Interessa-se prioritariamente pelos aspectos positivos da pessoa;
- É modesto;
- Mostra-se paciente;
- Dá ao outro a liberdade de falar ou de se calar;
- Não se desencoraja perante as derrotas aparentes;
- Respeita o percurso de resiliência do outro;

- Promove a auto-estima do outro;
- Facilita o altruísmo no outro;
- Associa o estabelecimento de laços determinando regras;
- Evita as frases simpáticas que magoam (Lecomte, 2004).

Tendo em conta as características atrás indicadas, parece evidente que a qualidade da ajuda oferecida e do relacionamento afectivo que se desenvolve são, certamente, "ingredientes" indispensáveis para o desenvolvimento do processo de resiliência.

Existe uma grande diversidade e complexidade de sentimentos vividos pela criança/família em relação à hospitalização. Tomando em consideração que cada uma reage de modo diferente quando confrontada com esta adversidade, o papel do enfermeiro é crucial no que diz respeito à identificação dos medos e ansiedades da criança durante o processo de hospitalização e também no que diz respeito a ajudá-la a desenvolver a sua própria capacidade de resiliência.



Promover a resiliência pode não implicar alteração dos cuidados mas, isso sim, uma mudança no olhar que colocamos sobre as situações clínicas com que nos deparamos. Será da antecipação da integração deste conceito na prática dos cuidados que a resiliência se tornará, efectivamente, uma mais valia para a qualidade dos cuidados que prestamos.

## Bibliografia

- ANAUT, M. - La Résilience, Surmonter les Traumatismes. Paris: Nathan; 2003. ISBN 2-09-191287-5
- BICHO, M.F. - A promoção da resiliência em crianças de baixa idade [dissertação]. Universidade Católica Portuguesa: Lisboa; 2005.
- CORMAN, L. - Le Test du Dessin de Famille dans la Pratique Médico-pédagogique. Paris: Presses Universitaires de France; 1964.
- CUNHA, J. - Psicodiagnóstico- R. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- CYRULNIK, B. - Resiliência essa Inaudita Capacidade de Construção Humana. Lisboa: Instituto Piaget; 2001. ISBN 972-771-627-X.
- DI LEU - A Interpretação do Desenho Infantil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1985.
- HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M.L. - Wong fundamentos de enfermagem pediátrica. Tradução da 7.ª edição. São Paulo: Editora Elsevier, 2006. ISBN 10: 85-352-1918-8
- LECOMTE, J. - Guérir de Son Enfance. Paris: Odile Jacob; 2004. ISBN 2.7381.1438.5
- MARTINS, A.G. - Humanizar o atendimento da criança: alguns aspectos da humanização. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria; 1991.



**Fátima Bicho**  
Equiparada a Assistente da  
ESS, IPS  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediátrica  
Mestre em Bioética

E-mail: fbicho@ess.ips.pt

# A doença e a Morte num rural

## - o natural na produção e gestão da doença e nas concepções sobre a morte

Joaquim Lopes

INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DA ECOLOGIA DA SAÚDE

**Resumo:** A presente investigação foi apresentada em 2000 para a obtenção do grau de Mestre em Ecologia Humana e Problemas Sociais Contemporâneos na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, com a orientação do Professor Doutor Jorge Crespo. Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, descritivo, analítico e transversal, caracteristicamente etnográfico e etnológico. Procurou-se pelo alcance temporal, espacial e cultural, explorar a influência do natural nas representações objectivas e subjectivas de dois eixos que se ligam entre si: a produção e gestão da doença e as concepções sobre a morte.

### **Definição do Problema e Delimitação do Objecto**

Partindo da necessidade de conhecer e compreender o "outro" para realmente o poder assistir, surge o interesse em conhecer também o que, sendo intimamente "seu", está para além do contexto da prestação de cuidados de enfermagem: as suas culturas de origem e, em particular dentro destas, as dimensões da doença e da morte. Pretendendo fazer um estudo em compreensão, a necessidade da circunscrição precisa do objecto a estudar obrigou à escolha de um contexto cultural concreto: A aldeia de Peroguarda, concelho de Ferreira do Alentejo. Surge a questão: de que modo particular se expressa em Peroguarda a influência do natural nos campos da doença e da morte humana?

### **Objectivo E Metodologia**

O objectivo deste estudo visou contribuir para a compreensão da forma particular da influência do natural na produção, explicação e gestão da doença e nas concepções sobre a morte, na dinâmica biocultural tradicional da aldeia.

É pois rejeitada à partida a concepção da relação de simples causa-efeito na compreensão da forma das relações entre o natural e o grupo humano da aldeia, pelo que a preocupação com o controlo experimental foi francamente menor que com o que, como e quando descrever os acontecimentos decorrentes. O estudo teve um carácter exploratório, qualitativo, descritivo, analítico e transversal. Foi feito com recurso a um trabalho de campo que além da observação participante e da recolha empírica (sob a forma de observação e entrevistas), incluiu igualmente a consulta de fontes iconográficas e documentais, impressas e manuscritas.

### **Enquadramento Teórico**

A Diferente Ligação do Natural como Característica

dos Contextos Humanos Rurais e Urbanos A dependência, utilização e valorização prática e simbólica do natural que se verifica nos contextos rurais, surge como o factor mais significativo da diferenciação entre o urbano e o rural (Allègre, 1966).

Com toda a sua envolvimento territorial, a aldeia é por excelência o espaço humano privilegiado da onde se jogam as condições de vida dos grupos humanos nos habitats rurais em que a actividade agrícola e pecuária surge como o principal fundamento do quotidiano, organizando uma maior valoração prática e simbólica do natural.

Também o tempo, nas formas como é apreendido e praticado pelos grupos humanos, em consonância com o quotidiano que lhe dá forma, assume características próprias na vida que se desenvolve nestes contextos. Para uma população agrícola o tempo se relaciona com um ciclo rítmico imposto pelas ocupações respeitantes ao cultivo da terra e onde os períodos do ano e a conseqüentemente maior ou menor ocupação humana nessas actividades precipitam o seu ritmo e valor. Contrariamente às épocas de campanha agrícola, alturas de grande ocupação em que o tempo atinge o seu valor máximo e nunca é demais, nos outros períodos do ano as pessoas gastariam o tempo (de sobra) de forma mais displicente, em actividades menos urgentes, dando lugar às festividades tradicionais (Lisón-Tolosana, 1983).

A Doença e a Morte nos Contextos Humanos Rurais e Urbanos

Marques (1991) considera que no modo de reagir à doença são importantes aspectos relacionados com a doença propriamente dita, com as características da pessoa em causa e ainda com o contexto sócio-cultural, salientando a importância do significado da doença na determinação do modo individual e colectivo de com ela lidar. Na mente e na cultura camponesa predominam os "elementos cósmicos, espirituais, psicológicos e sociais na explicação do funcionamento ou disfuncionamento do corpo e conseqüentemente na explicação da saúde e da doença" (Nunes, 1997, 154).

Da conjugação entre a religiosidade e a espiritualidade camponesa e a sugestão do natural (seus significados e regras de funcionamento objectiváveis), decorre a noção de que no pensamento religioso camponês o tempo (e em consequência os fenómenos) se repete e não a de que é irreversível, um dos factores principais que aí suscitam a "semente" da noção (ou aspiração) da imortalidade humana (Jerónimo, 1999). Nos contextos humanos rurais, a proximidade e dependência do natural, da natureza nas suas várias acepções, leis físicas e biológicas, ambiente ecológico e universo como totalidade cósmica visível e invisível, contentor e organizador das populações humanas nos seus aspectos biológicos mas também sociais, culturais e espirituais, compreende-se como susceptível de introduzir na vida quotidiana uma lógica de circularidade integradora e explicativa do começo e do fim das coisas e, em última análise, do começo e do fim da vida dos próprios homens.



## CONCLUSÕES

*O Natural Como Recurso Explicativo do Corpo e da Origem da Doença na Aldeia de Peroguarda*

Fundadas na observação do próprio corpo humano e a partir dos fenómenos observados pela população, as concepções tradicionais locais da organização do corpo estruturam-se pois em muito com recurso a analogias a partir da biocenose não humana



(animal e vegetal) - "se queres conhecer o teu corpo, mata o teu porco", e "medrado" é tanto o trigo crescido da seara quanto o menino com um bom desenvolvimento físico - e por meio de explicações indutivas a partir da convivência humana com os elementos não-vivos do meio envolvente. Do corpo diz-se que "o frio enrija, a água embrandece e o sol aquece".

No campo da doença, às lógicas de explicação naturalísticas que atribuem a compreensão do seu aparelho causal à acção de forças climáticas ou outros elementos naturais que perturbam o equilíbrio homeostático do corpo, associam-se também as lógicas personalísticas (Foster, 1976), a partir das quais a doença pode ser também compreendida pela acção deliberada de uma pessoa ou de um espírito, em que os "olhares", "fitos" e "fitados" daí resultantes são percebidos como agressões ou castigos que se inscrevem na intensidade e tonalidade das relações sociais e sentimentos pessoais.

#### *Crenças e Práticas Tradicionais de Protecção do Corpo e "Afastamento" da Doença*

Presos ao pescoço por um fio de ouro, de prata ou de linha, pregados com um alfinete ou ocultos no forro de uma peça de vestuário, diferentes objectos de superstição e simbolismo demarcam a identidade religiosa da população, misturando símbolos de fé cristã com outros caracteristicamente pagãos, conferindo a quem os usa "graças" e "virtudes" diversas. Contextualizados nos aspectos personalísticos do sistema médico da aldeia, muitos destes amuletos continuam ainda na actualidade a ser utilizados na procura de protecções especiais contra as doenças

("afastamento"), principalmente "as que não se vêem", ou seja as que se associam aos "fitos".

Já numa lógica diferente, contra as doenças que têm alguma visibilidade física ou às quais é atribuível causalidade visível, outras formas de protecção se distinguem. A higiene corporal, a alimentação, o trabalho agrícola, o vestuário tradicional e até mesmo a dor, disso são exemplos.

#### *Diferentes Terapeutas, Diferentes Terapias*

Muito embora se reconhecesse aos homens "endireitas" um papel importante nos processos de cura, este confiava-se quase exclusivamente à resolução dos "desmanchos" (queixas dolorosas e impotências funcionais relacionadas com lesões musculoesqueléticas, sobretudo entorses e luxações).

De outro modo, numa lógica simbólica que se baseia na natureza, as curas tradicionais utilizadas pelas mulheres "virtuosas" organizam-se quer por meio do fundamento mágico-religioso que têm para a população (rezas e em benzeduras) quer ainda pela utilização nessas mesmas terapêuticas de materiais "em bruto" recolhidos no meio natural envolvente (leite de burra, ramo de oliveira, sanguessugas, água dos poços ou da chuva, ovos, trovisco, tomate, etc...), ou de substâncias transformadas

a partir dessa disponibilidade ambiental (azeite, vinagre, banha de porco, cascas de ovos torradas, pão, entre outros).

A Consciência do Acontecimento da Morte e o Recurso ao Natural na Construção da sua Significação

Um pássaro ou rato caídos no chão, as peças de caça trazidas pelo pai e vizinhos, uma ovelha ou a cadela da família que morre a parir, uma galinha ou coelho da criação mortos pelas mães para consumo, continuam, agora como antes, a proporcionar às crianças de Peroguarda, como na generalidade das culturas caracteristicamente rurais, a oportunidade de desde cedo tomarem contacto com a morte dos animais. Quanto à morte humana, não obstante os adultos procurassem “desviar” as crianças da participação nas práticas de “acompanhamento” e no envolvimento emocional do luto, também essas não lhes eram completamente despercebidas.

“As crianças de casa dos falecidos iam para casa de um parente ou vizinho, mas às vezes não podia ser e ficavam lá...resguardava-se como podia mas assistiam a muita coisa”

Sugeridas a partir desse acesso, mesmo as próprias brincadeiras em torno da temática da morte humana ou dos animais contribuíam para sedimentar as primeiras tomadas de consciência da sua existência e das concepções e atitudes do colectivo.

#### *“A Natureza Está Toda Ligada”*

“...a natureza estará toda ligada uma à outra...acho que é uma coisa que está ligada, os homens com os animais... (...) Um animal nasce ou para trabalhar ou para...enfim, e depois morre também. Por isso, nós homens morremos...e os animais também, por isso acho que é tudo...faz parte da mesma vida”

Pretendendo explicar a ordem institucional pela atribuição de validade cognoscitiva aos significados objectivados sobre a morte (Berger & Luckmann, 1977), percebe-se em Peroguarda, na forma como a natureza é compreendida e dialeticamente se ajusta à mente humana para ordenar a vida do homem em sistemas de interpretações teóricas, a compreensão e aceitação da morte enquanto fenómeno biológico de força maior, com regras intemporais e transversais a todas as formas de vida (entre as quais se inclui a espécie humana), em ligação estreita com a formulação de que “o mundo animal e o mundo vegetal não são utilizados apenas porque existem mas porque sugerem ao homem um método de pensamento”.(Levi-Strauss, 1964).

#### *A Valorização da Terra na Vida e na Morte*

Apesar dos rituais católicos em torno do acontecimento da morte e da sugestão escatológica da religião oficial, a partir do pragmatismo da mentalidade camponesa a evidência do enterro contribui para suscitar a dúvida local a propósito do que realmente acontece quando se morre. Não se trata aqui da descrença definitiva sobre o destino último dos homens e do mundo proposto “pelos padres”, mas antes da sua relativização e contextualização cultural local, com consequentes efeitos na menor adesão ao sentido estrito da explicação e rituais católicos e opção por outros que igualmente contribuem para a organização da religiosidade tradicional da aldeia. Os elementos da natureza, e muito em particular a terra, jogam um papel central no destino dos mortos. Imbuída de uma importante ligação à reificação das relações homens/natureza e à espiritualidade atribuída ao meio ambiente, a terra sugere também, em analogia com o



que os homens testemunham na natureza, a capacidade de pela morte regenerar a vida.

#### *A Morte Individual Para a Vida do Colectivo*

“Morrer serve para deixar espaço aos outros (...) se não morrêssemos fechávamos o mundo, não cabíamos cá”

Percebida como fenómeno eco-organizador (Morin, 1989), ou seja não só desorganizadora/destruidora mas também com funções nutritivas, regeneradoras e por isso reguladoras da vida da aldeia, mais do que um “mal”, a morte dos velhos e para os velhos insinua-se também como um “bem necessário” que transporta consigo virtudes organizacionais de renovação biológica mas também sócio-cultural.

“A morte pode servir p’ra muitos...para os meus filhos...que vão buscar os lucros que eu tenho”

Dois processos conferem aí à morte um papel primordial na transferência e reorganização do património ao longo das gerações: “enquanto que a morte trás consigo o fim do indivíduo, marca também o começo de um processo de redistribuição da propriedade” (Feijó e outros, 1985, 117) e de reordenação da vida futura dos herdeiros, insinuando-se

assim, no domínio do imaginário popular, uma congruência entre as alusões à ligação da morte com a herança, e a crença (ou esperança) na imortalidade da comunidade, da família e, enfim, do contributo de cada um.

#### *A Morte Individual Para a Vida Individual: A Doação de Órgãos*

Num espaço rural do interior do Baixo-Alentejo, velhos camponeses, muitos deles sem qualquer escolaridade, encontram no tema recente e altamente diferenciado em termos científicos e tecnológicos da transplantação de tecidos humanos uma das principais respostas à questão da “utilidade da morte”.

“A morte pode servir depende dos casos, ora vamos ver, se uma pessoa que está condenada a morrer ou por exemplo morreu de um desastre ou assim, lhe puderem tirar um órgão para benefício de outro, aí eu acho que está bem. Se a pessoa morreu, não é? ...só assim em benefício de outra pessoa, de outra maneira não estou a ver”

Esta não é, estamos em crer, uma temática originária da cultura tradicional da aldeia, estando a sua alusão provavelmente em ligação com os efeitos exercidos pelas tecnologias de informação e em particular a televisão, mas fica-nos ainda

assim a dúvida de quanto tal apropriação da explicação "doação de órgãos" como uma das funções da morte se pode procurar compreender como vindo de encontro a premissas de concepções culturais prévias sobre a morte-renascimento que, como vimos anteriormente, se percebe na aldeia pela forte valorização simbólica da terra como elemento que acolhe a morte e regenera a vida. Assim, uma vez que a substituição de órgãos abre perspectivas gerais de resistência à morte, esta explicação insinua-se como um "mentefacto" simultaneamente altruísta e egoísta, que vai no sentido da generatividade para com os outros (da mesma espécie e por isso para a espécie), mas que igualmente proporciona a continuação simbólica (e prática, na óptica dos tecidos transplantados) da vida de cada um que morre, na vida de cada outro que continua a viver.

A ser assim, é caso para pensar que em Peroguarda tal como a morte "sobrevive" pela vida, também a vida sobrevive pela morte.

*"O mundo animal e o mundo vegetal não são utilizados apenas porque existem mas porque sugerem ao homem um método de pensamento"*

*Lévi-Strauss*

*"Quem só sabe de medicina  
nem de medicina sabe"*

*Abel Salazar*

#### Bibliografia do Artigo

ALLÈGRE, C. – Ecologia das Cidades, Ecologia dos Campos. Perspectivas Ecológicas. Instituto Piaget. Lisboa. 1996.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. – A Construção Social da Realidade. 14.<sup>a</sup> Edição. Coleção Antropologia 5. Editora Vozes. Petrópolis. 1997.

FEIJÓ, R. e *outros* – A Morte no Portugal Contemporâneo. Aproximações Sociológicas, Literárias e Históricas. Editorial Quercus. Lisboa. 1985.

FOSTER, G. – Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems. *American Anthropologist*, 1976, LXXVIII, 4, 773-782.

JERÓNIMO, R. – Sazonalidade e Tradição. A Construção Social do Tempo na Vila da Ericeira. Tese de Mestrado em Antropologia: Patrimónios e Identidades. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa. 1999.

LISÓN-TOLOSANA, C. – Belmonte de los Caballeros. *Anthropology and History in an Aragonese Community*. Princeton University Press. Princeton. 1983.

MARQUES, A. e *outros* – Reações Emocionais à Doença Grave: Como Lidar... . Edição Psiquiatria Clínica. Coimbra. 1991.

MORIN, E. – O Método II. A Vida da Vida. 2.<sup>a</sup> Edição. Biblioteca Universitária. Publicações Europa-América. Lisboa. 1989.

NUNES, B. – O Saber Médico do Povo. Edições Fim de Século. Lisboa. 1997.

PINA, M. – Peroguarda – Aspectos Culturais de uma Freguesia do Baixo Alentejo. Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo. Ferreira do Alentejo. 1999.

ROQUE, J. – Alentejo Cem Por Cento. 2.<sup>a</sup> Edição. Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo. 1990.

Fotos

<http://jocajor.no.sapo.pt/interest.htm>



**Joaquim Lopes**

Professor Adjunto da ESS, IPS  
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Mestre em Ecologia Humana

E-mail: [jlopes@ess.ips.pt](mailto:jlopes@ess.ips.pt)

**Investigação**

# Ototoxicidade e respectiva prevenção: diagnósticos no século XXI

Helena Caria

O presente artigo insere-se nos conteúdos programáticos das unidades curriculares de Bioquímica e de Microbiologia, do plano curricular do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem

No século XX, ocorre a expansão dos antibióticos e de outros agentes quimioterápicos, destinados a combater o crescimento de vários microrganismos. O sucesso dos antibióticos no combate às infecções é reconhecido pela comunidade científica, como se verifica pela atribuição de vários prémios Nobel da Medicina e Fisiologia, podendo referir-se Ehrlich (1908) pelos estudos que envolveram agentes quimioterápicos e Fleming, Florey e Chain (1945) pelo estudo dos efeitos da penicilina (Prescot *et al.*, 2002).

A administração dos antibióticos, no entanto, é acompanhada por alguns efeitos secundários, como a ototoxicidade, decorrentes do seu próprio modo de actuar. Existem antibióticos que inibem a síntese de peptidoglicano, a síntese proteica, a síntese de ácidos nucleicos; alteram a integridade da membrana celular e também, os que bloqueiam vias metabólicas essenciais (Sousa *et al.*, 1998; Prescott *et al.*, 2002). Antibióticos como a penicilina<sup>1</sup> (e outros b-lactâmicos), a



bacitracina<sup>2</sup> e a vancomicina<sup>3</sup>, que actuam por inibir a síntese de peptidoglicano nas bactérias invasoras, são praticamente inócuos ao Homem, uma vez que o peptidoglicano é exclusivo de células bacterianas com parede celular. Os antibióticos que actuam por inibição da síntese proteica nas bactérias que os metabolizam, à partida, também seriam inofensivos ao Homem, uma vez que interferem com a sub-unidade 50S ou com a sub-unidade 30S, que formam os ribossomas (designados por 70S) exclusivos das bactérias. No entanto, é neste grupo de antibióticos que se classificam os aminoglicosídeos (Sousa *et al.*, 1998; Prescott *et al.*, 2002) os principais responsáveis pela ototoxicidade associada a antibióticos.

Os aminoglicosídeos são antibióticos de largo espectro, utilizados

<sup>1</sup> Produzido naturalmente por *Penicillium sp*

<sup>2</sup> Produzido naturalmente por *Bacillus licheniformis*

<sup>3</sup> Produzido naturalmente por *Streptomyces orientalis*

geralmente no combate de bactérias Gram-positivas e que incluem um grupo bastante heterogêneo de compostos químicos, nomeadamente a estreptomicina, gentamicina, canamicina e neomicina, sendo produzidos por fungos dos géneros *Streptomyces* ou *Micronospora* (Sousa *et al.*, 1998; Prescott *et al.*, 2002). Em comum, os aminoglicosídeos, possuem a estrutura química, que consiste num anel ciclo-hexano ligado a grupos amina (Prescott *et al.* 2002) e, possuem também um mecanismo de acção bactericida, ou seja, alteram eficazmente a síntese proteica conduzindo à lise das bactérias.

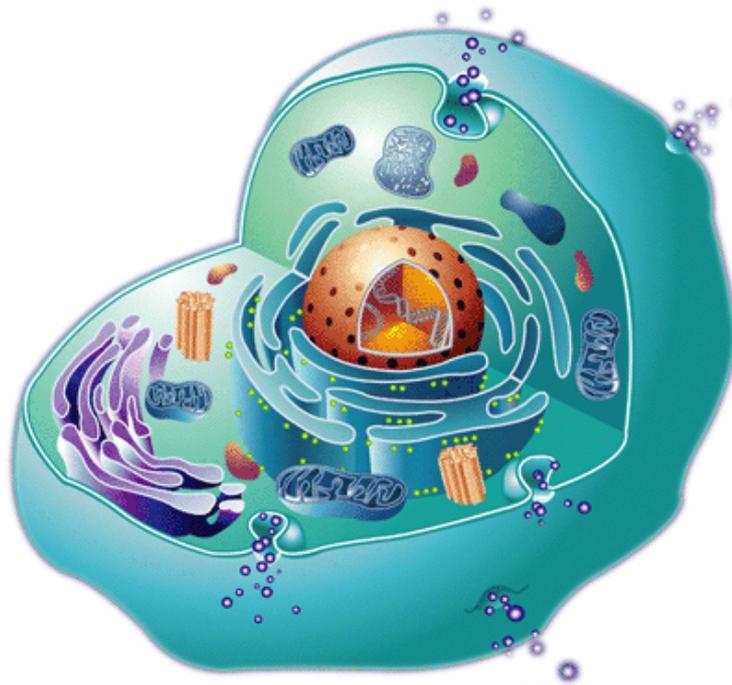
A ototoxicidade associada aos aminoglicosídeos está descrita como uma das principais causas de surdez progressiva de manifestação tardia (Fischel-Ghodsian *et al.*, 1993; Guan *et al.*, 1996), e é independente da idade da administração e da forma de administração. A ototoxicidade decorre da acumulação destes antibióticos na cóclea, resultando portanto, lesões ao nível do ouvido interno que começam por se manifestar como zumbidos e se traduzem em perda auditiva. A perda auditiva é neurosensorial bilateral, variando a severidade de moderada a profunda e geralmente é progressiva (Fischel-Ghodsian *et al.*, 1993; Guan *et al.*, 1996).

Diferentes estudos (Fischel-Ghodsian *et al.*, 1993; Cortopassi *et al.*, 1994; Guan *et al.*, 1996) descreveram uma elevada variação individual na susceptibilidade aos aminoglicosídeos, tendo sido observada a existência de vários indivíduos numa mesma família com essa susceptibilidade apontando para um padrão de hereditariedade materna. Isto significa que todos os filhos de uma mãe com determinada característica também a vão possuir, mas apenas os netos, filhos das suas filhas, terão a referida característica.

Este padrão hereditário está habitualmente associado às mitocondrias, organitos que são herdados das mães, sendo a contribuição paterna inexistente ou quase nula.

Em 1993, foi identificada a mutação A1555G no ADN mitocondrial (ADNmt) que afecta o gene mitocondrial que codifica para o RNA ribossómico (ARNr) 12S (Fischel-Ghodsian *et al.*, 1993) em que o resultado final é a produção deficiente de proteínas mitocondriais, envolvidas na produção de ATP. Esta mutação, que tem sido identificada em indivíduos de diferentes grupos étnicos (Abreu-Silva, *et al.*, 2006) consiste na substituição de um nucleótido de Adenina (A) por um nucleótido de Guanina (G) na posição 1555 do ADNmt e torna a molécula de ARNr mais semelhante ao ARN da sub-unidade 30S das bactérias, à qual se ligam naturalmente os aminoglicosídeos. Consequentemente, os aminoglicosídeos que tem quimicamente afinidade para o ARN procariota passam a ter também afinidade para o ARNr existente nas mitocondrias do indivíduo susceptível, onde se irão preferencialmente ligar, potenciando os seus efeitos ototóxicos (Abreu-Silva, *et al.*, 2006).

Uma das características da hereditariedade mitocondrial é a sua expressão variável e o ser modulada por factores ambientais. No caso da mutação A1555G o factor ambiental é a exposição a aminoglicosídeos (Abreu-Silva, *et al.*, 2006), a qual pode aumentar a penetrancia desta mutação ou seja, a probabilidade de ocorrência de surdez neurosensorial associada à mutação A1555G é de cerca de 96.5% em indivíduos expostos a aminoglicosídeos e cerca de 39.9% em indivíduos não expostos (Estivill *et al.*, 1996), para a faixa etária dos 30 anos.



Hélène Fournié © 2006 - <http://hfournie.fr/oe.fr>

A mutação A1555G não é a única mutação no ADNmt associada a surdez neurosensorial (Caria *et al.*, 2005), existindo muitas outras descritas, no entanto, é a única que tem sido associada à ototoxicidade dos aminoglicosídeos

Actualmente, sabe-se que a ototoxicidade por exposição a aminoglicosídeos, pode desencadear ou aumentar o grau de surdez em indivíduos que possuam a mutação A1555G no ADNmt, pelo que é possível desencadear estratégias de prevenção da surdez. Nas famílias onde o diagnóstico molecular identifique a presença da mutação A1555G num indivíduo, é possível e desejável pesquisar a sua presença noutros membros da família, relacionados por via materna, para desenvolver medidas preventivas com vista a preservar a audição.

Em pleno século XXI, o diagnóstico molecular é uma opção disponível,

permitindo prevenir a ototoxicidade por exposição a aminoglicosídeos em indivíduos susceptíveis.

Na prevenção da ototoxicidade associada ao tratamento com aminoglicosídeos, o diagnóstico molecular da mutação A1555G deveria ser realizado aos indivíduos antes da administração. Este aspecto é principalmente relevante em recém-nascidos de alto risco, onde a intervenção terapêutica no período pós-natal em incubadora é muitas vezes acompanhado da administração de aminoglicosídeos. O procedimento laboratorial que permite identificar a presença desta mutação no ADNmt é relativamente simples de executar, possibilitando uma rápida obtenção de resultados conclusivos. Em Portugal, existem já algumas famílias com surdez neurosensorial por exposição a aminoglicosídeos identificadas no CGBM.

## Referências Bibliográficas

- Abreu-Silva, R.; Lezirovitz, K.; Braga, M.; *et al.* Prevalence of the A1555G (12SrRNA) and tRNA Ser(UCN) mitochondrial mutations in hearing-impaired Brazilian patients. *Braz J Med Biol Res* (2006) 39:219-226.
- Caria H, Matos T, Oliveira-Soares R, *et al.*, A7445G mtDNA mutation present in a Portuguese family exhibiting hereditary deafness and palmoplantar keratoderma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005 Jul;19(4):455-8
- Cortopassi G, Hutchin T. A molecular and cellular hypothesis for aminoglycoside-induced deafness. *Hear Res*. 1994; (78): 27-30.
- Estivill X, Govea N, Barcelo A, *et al.* Familial progressive sensorineural deafness is mainly due to the mtDNA A1555G mutation and is enhanced by treatment with aminoglycosides. *Am. J. Hum. Genet*. 1998; (62): 27-35.
- Fischel-Ghodsian N, Falk RE. Hereditary hearing impairment. En: Rimoin D L, Connor J M, Pyeritz R E, Korf B R. *Principles and Practice of Medical Genetics*. 4th Ed. London: Churchill Livingstone; 2002,. 3637-3673.
- Guan, M.-X.; Fischel-Ghodsian, N.; Attardi, G. A biochemical basis for the inherited susceptibility to aminoglycoside ototoxicity. *Hum. Molec. Genet*. 2000; (9): 1787-1793.
- Prescott, L; Harley, J.; Klein, D. *Microbiology*. 5ªEd. New York. McGraw-Hill. 2002. ISBN 0-07-112259-1.pp810-818.
- Sousa, J.; Peixe, L; Ferreira, H.; *et al.*, Antimicrobianos *In* Canas Ferreira, W. e Sousa, J. *Microbiologia*. Vol. 1. Lisboa. Lidell. 1998. ISBN 972-757-024-0



Helena Caria, PhD  
Profª. Coordenadora da ESS, IPS.  
Investigadora no Centro de Genética e Biologia Molecular (CGBM), UL.

E-mail: hcaria@ess.ips.pt

# De que falamos quando falamos de Metadona?

Lino Ramos

**Palavras-chave:** metadona; redução de riscos; diminuição de danos, toxicodependência.

A temática relacionada com o mundo das toxicodependências está actualmente na ordem do dia. Os vários tipos de tratamento e as diferentes formas de abordagem da pessoa dependente de drogas suscitam opiniões bastante diversas.

O consumo regular e continuado de heroína, drogas injectadas e nalguns países de estimulantes, é responsável por uma percentagem importante de problemas de saúde e problemas sociais associados ao seu consumo, no continente europeu.

As pessoas que tem este tipo de comportamentos é relativamente baixo em comparação ao conjunto da população, mas o impacto do consumo de drogas é avultado



O Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (O.E.D.T.) refere que Portugal tem as estimativas mais elevadas relativamente ao consumo problemático de drogas comparativamente com os restantes países da comunidade europeia, com 6 a 10 casos por cada 1000 habitantes com idades entre os 15 e os 64 anos.

No mesmo relatório é referido ainda que por cada mulher que pretende iniciar o tratamento por consumo de opiáceos há 2,8 homens na mesma situação.

A maioria dos consumidores tem entre 20 a 34 anos e no grupo etário dos 30 aos 39 anos mais de metade procura tratamento por consumo de opiáceos 2003).

De acordo com o European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction<sup>1</sup> no Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe, "Em muitos países, os opiáceos (sobretudo a heroína) continuam a ser as principais drogas pelas quais os utentes procuram tratamento. Do total de pedidos de tratamento comunicados em relação a 2004, no âmbito do indicador da procura de tratamento, os opiáceos foram registados como droga principal em cerca de 60% dos casos - e pouco mais de metade (53%) destes utentes afirmou consumir a droga por via endovenosa. Note-se que o indicador da procura de tratamento não abrange todos os indivíduos em tratamento por consumo de opiáceos, que representam um número consideravelmente mais elevado, mas apenas os utentes que procuraram tratamento durante o ano em apreço."

Acrescente-se que "Quase todos os consumidores de opiáceos que procuram tratamento têm mais de 20 anos, e quase metade tem mais de 30 anos.

<sup>1</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/>

Os dados disponíveis a nível europeu mostram que apenas um pequeno grupo de consumidores de opiáceos (menos de 7%) tem menos de 20 anos, quando procura ajuda pela primeira vez”.

A estratégia da UE de luta contra a droga 2005–2012 dá grande prioridade à melhoria da disponibilidade e do acesso ao tratamento de substituição para a dependência de opiáceos (designadamente com metadona ou buprenorfina). E mais se afirma no citado relatório (2006) que “embora o tratamento com metadona continue a ser o tratamento de substituição mais prescrito na Europa, as opções de tratamento ainda se estão a desenvolver e a buprenorfina já se encontra disponível em 19 países da União Europeia”.-

### **Programa de Substituição Opiácea**

Rosa (2000) refere que “...o resultado bem sucedido do tratamento, implica uma mudança de atitude face à vida e às substâncias, e concretiza-se não apenas porque a pessoa o deseja, mas porque consegue na realidade mudar”.

A introdução (ou não) de medicação que possa substituir as drogas nomeadamente os opiáceos, e aqui estamos a referir a metadona, ou, de uma forma mais correcta, o programa de manutenção opiácea pode mudar esta realidade.

A metadona é um opiáceo sintético de acção prolongada, sendo a sua principal indicação na substituição para a dependência de opiáceos suprimindo o síndrome de abstinência. Existe sob a forma de xarope, o qual tem cheiro a banana e sabor amargo. Pode tomar-se com água ou sumo (Lowenstein, 1998)

Como qualquer outro fármaco apresenta alguns efeitos secundários entre os quais salientamos os mais frequentes:

tonturas, sonolência, náuseas e vômitos, sudorese e obstipação.

Usualmente, as pessoas que iniciam o tratamento de substituição com metadona fazem-no por sentir que não controlam a sua dependência de heroína, mas nem todas aderem ao programa com os mesmos objectivos. Umam querem parar definitivamente de tomar opiáceos de rua, outras procuram reduzir ou tentar controlar o seu uso.

As pessoas que iniciam o tratamento da sua dependência, através da metadona, poderão ter a “ilusão” de que irão precisar indefinitivamente dela - esta questão esta relacionada com os objectivos que estão subjacentes à adesão ao tratamento. O tratamento baseia-se na relação entre o terapeuta e o utente, sendo que, ao longo do tratamento podem ser empregues diferentes recursos.

A metadona não é um tratamento em si nem sequer o ponto principal do tratamento, ela é um recurso terapêutico ao qual se pode recorrer em determinado momento do percurso no caso específico das pessoa dependentes de heroína.

O programa de substituição opiácea tem regras que visam o adequado funcionamento deste e a segurança da pessoa. Ao entrar em tratamento com metadona a pessoa fica sujeito ao regime geral de tomas no Centro de Atendimento ao Toxicodependente (CAT), ou seja deve comparecer diariamente no CAT para tomar a sua dose de metadona, conforme o horário estipulado. Mediante uma avaliação à posteriori a pessoa poderá vir a tomar a sua dose diária de metadona no domicílio, ou numa farmácia ou num centro de saúde. Ao longo do tratamento serão frequentemente executadas colheitas de urina para pesquisa de metabólitos de heroína e cocaína.

Os programas de substituição opiácea podem dividir-se em alto, médio ou baixo

limiar de exigência - os programas terapêuticos de alto e médio limiar de exigência tem como objectivo primordial a abstinência total de drogas, no entanto, é compreensível que a pessoa toxicodependente consuma esporadicamente, pois a redução de riscos e a diminuição de danos está presente neste tipo de programas. O programa terapêutico de baixo limiar de exigência tem como objectivo principal "referenciar" a pessoa toxicodependente a uma unidade de saúde, sabendo à partida que ela continua a consumir drogas. Não deixa de ter a sua importância pois assim consegue-se diminuir riscos e danos.

É importante referir o factor reestruturante que pode advir através da incorporação das pessoas nestes programas. Os programas de metadona devem ser integrados numa intervenção global junto do doente toxicodependente e da sua família.

Os períodos de tratamento habitualmente são longos, no entanto, a duração do tratamento/intervenção deve respeitar o tempo necessário à ocorrência de mudanças significativas na pessoa.

Gostaríamos de salientar algumas vantagens que podem ocorrer na pessoa que está inserida neste tipo de programas: estabilização psíquica, que permite a tomada de consciência da realidade; equilíbrio pessoal e social do indivíduo; diminuição de comportamentos auto-destrutivos (ex.: partilha de seringas, agulhas, etc.); distanciamento do mundo da droga e da delinquência; melhor acesso aos cuidados saúde; acompanhamento médico mais regular.

Este programa deverá ser seguido e acompanhado por técnicos de saúde com formação na área e preferencialmente em locais designados para tal, e aqui estamos a falar dos C.A.T. (Centro de Atendimento a Toxicodependentes), ou outras instituições habilitadas para poderem dar o apoio necessário a estas pessoas.

Desde há muito anos que os enfermeiros estão integrados nas equipas que constituem os CAT; o enfermeiro nesta área mobiliza um conjunto vasto de conhecimentos, ao nível comunicacional, tem que interagir com a equipa multidisciplinar em que está envolvido, com a pessoa toxicodependente e seus familiares e com a comunidade. Tem de intervir no próprio sistema em que está integrado, passando frequentemente de observador externo a participante activo. As técnicas de relação de ajuda têm aqui uma importância fundamental. Em suma a metadona não é um fim em si mesmo mas um meio capaz de funcionar e de dar algumas esperança através da alteração de comportamentos.

### Referencias Bibliográficas

- FERREIRA, Ana; PINTO, Sara. Repercussões Familiares Laborais e Sociais nos Utentes do Programa de Substituição por Agonista Opiáceo. Setúbal - ESS, 2006.
- LOWENSTEIN, William e al - A Metadona e os Tratamentos de Substituição. 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores, 1998. ISBN - 972-8449-04-6
- MOREL, Alain e al. Cuidados ao Toxicodependente. 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores, 1998. ISBN - 972-8449-15-1.
- [www.dq.fct.unl.pt/qoa/bpn2001/metadona.htm](http://www.dq.fct.unl.pt/qoa/bpn2001/metadona.htm), 27/11/2006 15.30h.
- [www.fcsh.unl.pt/cadeiras/ciberjornalismo/ciber2000/metadona.htm](http://www.fcsh.unl.pt/cadeiras/ciberjornalismo/ciber2000/metadona.htm), 27/11/2006 13.40h.
- <http://ar2003.emcdda.europa.eu/pt/page110-pt.html> 11/12/2006 18h



**Lino Ramos**

Assistente da ESS, IPS

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica

E-mail: lramos@ess.ips.pt