



3ª Edição

Janeiro-Março 2007

# Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem  
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

## Sumário

### Ficha técnica

Publicação electrónica  
com periodicidade trimestral  
Ano 2 - Nº 3  
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  
Ana Lúcia Ramos  
Cândida Ferrito  
Fátima Bicho  
Fernanda Gomes da Costa  
Lucília Nunes  
Mariana Pereira

**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.

**EDITORIAL** ..... 2

**NOTÍCIAS** ..... 3

### EDUCAÇÃO

[\*Janelas da Aprendizagem ao Longo da Vida\*](#) ..... 6  
Lucília Nunes

### PROJECTOS

[\*Saber Comer: um projecto em desenvolvimento\*](#) ..... 23  
Fátima Bicho

### ENFERMAGEM

[\*Empoderamento em Saúde: o papel do Enfermeiro\*](#) ..... 26  
Ana Lúcia Ramos

[\*Prolapso do Cordão Umbilical: uma urgência obstétrica\*](#) ..... 32  
Fernanda Gomes da Costa

### INVESTIGAÇÃO

[\*Enfermagem Baseada na Evidência: Estudo Piloto sobre Necessidades de  
Informação Científica para a Prática de Enfermagem\*](#) ..... 36  
Cândida Ferrito

### SAÚDE

[\*Saúde e Desenvolvimento Sustentável\*](#) ..... 41  
Ana Paula Gato

# Editorial

Lucília Nunes

Nesta edição da Revista «Percursos», sob as rubricas habituais, colocam-se artigos produzidos em diferentes esferas, desde estudos de mestrado realizados pelos docentes ao desenvolvimento do plano de estudos da Licenciatura nesta Escola. Estamos convictos que os temas são pertinentes e as partilhas necessárias.

Vive-se um tempo algo nublado, pois não são ainda claras as linhas do caminho adiante.

Falta regulamentação, pensar-se-á - e falta, que há enquadramentos legais que se aguardam. Falta decisão política, pensar-se-á - e falta, pelo menos em relação à adequação do curso de enfermagem a Bolonha. Falta definir linhas orientadoras das políticas científicas na Escola. Falta o Ministério aprovar os CPLEE que propusemos – cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem. Mas não é a lista de «faltas» que dirige o caminho.

Faz-se caminho, apesar do que falta. E a entender que o que hoje se faz não pode comprometer o sentido de futuro.

E a promover a capacitação, de cada um e de todos, num colectivo que preserva numa certa direcção.

Este passado mês de Março foi de Primavera, até um pouco antecipada, porque representa o ressurgimento e a renovação. Na Área Disciplinar de Enfermagem iniciaram-se o 6º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem e duas Pós-Graduações, pela primeira vez em áreas da clínica de enfermagem.

Entendemos a formação Pós Graduada como um dos factores prioritários para a actualização e desenvolvimento profissional, para o enriquecimento da aprendizagem ao longo da vida e no contexto de trabalho.

A **Pós Graduação em Enfermagem de Saúde Mental**, coordenada pelo Professor Joa-

quim Lopes, com dois elencos, áreas específicas, definidas como prioritárias quer no que respeita às necessidades de cuidados das populações, quer no âmbito da ligação estratégica da ESS aos contextos de cuidados de saúde: Enfermagem de Saúde Mental **na Adição e na Reabilitação Psicossocial** e Enfermagem de Saúde Mental **Materno-Infantil e Infanto-Juvenil**.

A **Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, dividiu-se em dois elencos: Enfermagem em **Cuidados Paliativos** pela indiscutível necessidade de formação em Cuidados Paliativos que contemple as diferentes áreas de intervenção onde a formação e a investigação sejam componentes da prática de cuidados, coordenada pela Professora Lurdes Martins; Enfermagem de **Urgência**, decorrendo da elevada complexidade de cuidados a prestar nesta área, e é coordenado pela Professora Alice Ruivo.

Sendo esta a primeira edição de 2007, cabe anunciar que a **Percursos**, além da periodicidade trimestral que se prevê, terá um **número especial em Maio**, celebrando o Dia Internacional do Enfermeiro, completamente dedicado à *Enfermagem: Passado, Presente e Futuro*, e que contará com artigos produzidos pelos formandos do 6º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

Na edição de Junho, contamos incluir os resumos das monografias do 4º Curso de Licenciatura em Enfermagem, que conclui a sua formação inicial em Julho.

A todos, pós-graduandos, formandos e estudantes, votos de sucesso e alegria nos percursos. Afirmo Tolkien, que onde há vontade, não falta caminho, e parece certo que a vontade encontra caminho. Bons Percursos!

# Notícias

Cândida Ferrito e Mariana Pereira



## Abertura do 6ºCCFE

Iniciou no dia 1 de Março de 2007, o 6º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE), dirigido a profissionais, para aquisição do grau académico de licenciado.

Demos as boas vindas aos 40 enfermeiros que escolheram a Escola Superior de Saúde para darem continuidade à sua formação académica.

O 6º Curso mantém como eixo central o tema das "Competências Profissionais", uma vez que da experiência e avaliações realizadas nos 4º e 5º CCFE, este permite dotar os enfermeiros de ferramentas importantes para enfrentar com confiança a evolução futura.

Aproveitamos para mais uma vez para felicitar o 6º CCFE e desejar votos de sucesso académico e profissional.

## Formação Pós-Graduada em Enfermagem na ESS

No passado dia 14 de Março de 2007, pelas 9horas, teve lugar a cerimónia de abertura dos Cursos de Pós-Graduação, nas áreas da Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Saúde Mental, da Escola Superior de Saúde. Foram dadas as boas-vindas a mais 120 novos formandos.

A mesa de abertura da cerimónia foi constituída pelo Presidente do IPS, Professor Doutor Armando Pires, pela Directora da ESS, Profª Fernanda Pestana, pelo Presidente do Conselho Pedagógico da ESS e Responsável pelo núcleo da Pós-Graduações da ESS, Prof. Joaquim Lopes e pela Coordenadora da Área Disciplinar de Enfermagem da ESS e Vice-presidente do



Conselho Científico da ESS, Professora Doutora Lucília Nunes.

Estiveram presentes diversas individualidades, representantes de instituições do Distrito, da Ordem dos Enfermeiros e das Escolas do IPS. A Senhora Governadora Civil, Arquitecta Maria Teresa Almeida; o Dr. Duarte Machado, em representação da Senhora Presidente da Câmara Municipal de Setúbal; o Sr Enf. Rogério Gonçalves em representação da Digníssima Bastonária da Ordem dos Enfermeiros; a Sra. Enfermeira Luísa Barbosa, Directora do Hospital do Montijo; a Sra. Enfermeira Ana Lopes em representação da Sra. Enfermeira Directora do Hospital Nossa Senhora do Rosário; o Sr Enfermeiro João Gomes em representação da Sra. Enfermeira Directora do Centro Hospitalar de Setúbal.

A cerimónia teve início com o discurso do Prof. Joaquim Lopes, que com alguma emoção, fez o reconhecimento e agradecimento a todos aqueles que contribuíram para que este projecto fosse realidade, em particular à Profª Fernanda



Professor Joaquim Lopes  
Responsável do Curso de Pós-Graduação  
em Enfermagem de Saúde Mental

Pestana, Profª Lucília Nunes, Profª Lurdes Martins e Profª Alice Ruivo, responsáveis pela áreas da PG de Médico-Cirúrgica.

Seguiu-se a Profª Fernanda Pestana, que mais



Professora Fernanda Pestana  
Directora da ESS

uma vez reforçou a importância da ESS ter instalações próprias, sendo algo de importante e fundamental para todos os que fazem parte desta, salientou no entanto, que este não é um factor limitativo para a apresentação e implementação de novos projectos e para o continuo crescimento da Escola.



Professor Doutor Armando Pires  
Presidente do Instituto Politécnico de Setúbal

E por fim, o Professor Doutor Armando Pires, que assentou o seu discurso em duas palavras





Professoras Lurdes Martins e  
Alice Ruivo  
Responsáveis pelo Curso de  
Pós-Graduação em Enferma-  
gem Médico-Cirúrgico

– Orgulho e Confiança. Orgulho, que o Instituto Politécnico tem na Escola Superior de Saúde, que se tem afirmado pela sua dinâmica e por um conjunto de boas práticas a serem seguidas. Confiança, porque tudo o que a ESS tem feito, permite adivinhar um futuro risonho alicerçado no corpo docente que procura a sua actualização constante. Referiu ainda a sua satisfação com a abertura destes novos cursos e ainda a

destes novos cursos, as boas vindas aos 120 formandos e votos de felicidades para todos.

Seguiu-se a Conferência de Abertura, proferida pela Professora Doutora Lucília Nunes, intitulada “Janelas da Aprendizagem ao Longo da Vida”, que poderá ver reproduzida na íntegra, nesta edição da Percursos. Foi um momento de destaque da cerimónia, porque para além da magnífica Conferência, destacamos a interacção da oradora com o público presente.

Como Coordenadora da Área Disciplinar de Enfermagem a Professora Lucília Nunes, expressou a sua satisfação pelo momento vivido, de reconhecido mérito para a ESS e em particular para a Área Disciplinar de Enfermagem.

Este foi, sem dúvida mais um marco na história da ESS. Parabéns a todos e felicidades aos formandos.



Professora Doutora Lucília Nunes  
Responsável da Área Disciplinar  
de Enfermagem da ESS



sua preocupação e empenho na procura de soluções que resolvam o problema da falta de instalações da ESS.

Dos discursos proferidos pelos membros da mesa, foram comuns, a satisfação pela abertura

# Janelas da Aprendizagem ao Longo da Vida<sup>1</sup>

Lucília Nunes

Escolher o tema desta conferência tinha de ser suficientemente abrangente para deixar espaço de liberdade, e, ao mesmo tempo, ser adequada ao momento. Uma altura relevante pela abertura de Pós-Graduações, da Área Disciplinar de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde.

Usarei as **Janelas**, como metáfora - em triplo sentido: Porque dão uma moldura à paisagem que olhamos, quer seja através dos olhos de um autor ou através de um documento oficial; Porque abri-las pode apenas depender da nossa vontade – há janelas sempre fechadas, que são apenas parte da parede; janelas que se entreabrem, ou abrem, de que nos debruçamos ou que nos permitem ver paisagens. E Porque em Portugal se diz que quando o diabo fecha uma porta, Deus abre uma janela... eventualmente, uma janela de oportunidade...

O termo **aprendizagem ao longo da vida** abrange uma perspectiva que vai do berço ao leito de morte, reconhecendo que a aprendizagem ocorre em todas as fases da vida, sob formas diferentes e numa variedade de arenas.

Por outro lado, em termos de **público-alvo**, temos, na sala, os novos formandos das PG's, estudantes do CLE, professores... O que me faz lembrar a afirmação de Nóvoa de que não é possível construir um conhecimento pedagógico *para além* dos professores, isto é, que ignore as dimensões pessoais e profissionais do trabalho docente. E somos todos gente em processo...

## Janela do início ou de Roteiro

E estamos neste momento próprio, num *aquí e agora* (que, diga-se de passagem, nunca existe propriamente), assinalando o início de duas formações pós-graduadas em área clínica de enfermagem.

Também uma metáfora de ver, conhecer, mostrar, desenhar e construir.

Parece-me um bom roteiro fazer um mosaico de janelas, percorrendo ideias, autores, documentos e tendências na Educação, particularmente na dimensão de «ao longo da vida». Ir das teorias aos programas concretos, dos percursos e perspectivas gerais à enfermagem em particular.

## Janela de Oliver Reboul

**Educar** não se limita a repassar informações ou mostrar apenas um caminho, aquele caminho que o professor considera o mais correcto, mas é ajudar a pessoa a tomar consciência de si mesma, dos outros e da sociedade. É saber aceitar-se como pessoa e saber aceitar os outros. É oferecer várias ferramentas para que a pessoa possa escolher entre muitos caminhos, aquele que for compatível com seus valores, sua visão de mundo e com circunstâncias adversas que cada um irá encontrar.

Olivier Reboul afirma que **raramente se emprega a palavra educação sem lhe limitar imediatamente o sentido**. Ao usá-la, pensa-se na Escola e, no entanto, a educação faz-se, inicialmente, na família, sem falar desse "meio-termo" que é constituído pela rua, o desporto, os movimentos de juventude, os media, a net, etc. Pensa-se no ensino,



<sup>1</sup> Conferência da Sessão Inaugural das Pós-graduações em Enfermagem da ESS-IPS no dia 14 de Março de 2007

como se a educação não fosse tanto física, estética, moral, afectiva, como técnica e intelectual. Pensa-se na criança, mas os adultos estão, também eles, a educar-se sem cessar, mesmo que não seja senão pela experiência da vida: Como dizia Platão, "são necessários cinquenta anos para fazer um homem".

Digamos pois que é **necessário utilizar o termo educação no sentido total**.

Mutilá-lo é mutilar o ser humano. "A educação é a acção consciente que permite a um ser humano desenvolver as suas aptidões físicas e intelectuais bem como os seus sentimentos sociais, estéticos e morais, com o objectivo de cumprir, tanto quanto possível, a sua missão como ser humano; e é também o resultado desta acção," afirmou Reboul.

A educação é, pois, uma acção. Enquanto tal, **é consciente**, ou pelo menos dela podemos tomar consciência; **é voluntária**, ou pelo menos podemos percebê-la e assumi-la como tal. Sem dúvida existe uma educação espontânea – e foi neste sentido que o pedagogo alemão Ernst Kriek baseou a sua filosofia da educação: "Cada um, disse ele, educa cada um a cada instante."



### Janela de Littré

*"Ensinam-se poucas coisas.*

*Mas o que se ensina, ensina-se profundamente"*

*Whitehead*

Uma das distinções mais habituais é a que Littré instalou, entre educação e instrução. Contrariamente à instrução que é técnica ou intelectual: "A educação é simultaneamente relativa ao coração e ao espírito e diz-se dos conhecimentos que se adquirem e das direcções morais que damos aos sentimentos". A esta distinção de conteúdo, Littré acrescenta uma outra de ordem pedagógica: "A instrução ensina-se e (...) e a educação aprende-se por um outro modo de acção do mestre, qualquer que ela seja."

Mas, não será levar longe demais esta dualidade? Mesmo na instrução não se faz senão ensinar. **Educar é formar a pessoa como um**

**todo**. Dito isto, e se a educação e a instrução não se confundem, também não se opõem como duas realidades distintas.

A sua diferença é de facto a que se estabelece entre o género e a espécie: a instrução é uma espécie ou uma parte da educação que a engloba como uma realidade muito mais vasta e fundamental.

Podemos então colocar a seguinte questão: Não era suposto eu estar a falar de aprendizagem ao longo da vida?

### Janela do tempo



*"É preciso viver muito tempo para se tornar um homem.*

*Entrelaça-se lentamente a rede das amizades e das ternuras.*

*Aprende-se lentamente. A obra compõe-se devagar.*

*É preciso viver muito tempo para que a pessoa se cumpra."*

*A. Saint-Exupéry*

O conceito de "**aprendizagem ao longo da vida**" permanece muito amplo.. . Que nós aprendemos durante toda a nossa vida, é evidente. Desde nossos primeiros passos e primeiras palavras até a nossa idade mais avançada, fazemos experiências novas, adquirimos novos saberes e novas competências. Somos quase tão inconscientes do modo que temos de aprender, quanto do facto de respirarmos.

Certamente aprendemos na escola e no ensino superior, e nos estabelecimentos de formação, em lugares instituídos de formação e de aprendizagem, mas não só. E tal seria pouco. Experimentamos situações, adquirimos habilidades, testamos as nossas emoções e os nossos sentimentos na "escola" mais efectiva que há, a da Vida. Portanto, aprendemos e formamo-nos nas conversas com os amigos, a assistir a espectáculos, a ver cinema, a ler livros, a navegar na Internet. Pouco importa se essas maneiras de nos formarmos são mais triviais ou mais requintadas: não podemos alterar o facto de que somos aprendentes "no longo curso" da vida. Costumo afirmar que nos caracteriza o facto de sermos animais que aprendem...

A expressão "aprendizagem e formação ao

**longo da vida**” indica, em primeiro lugar, uma medida de tempo, uma expressão quantitativa ou uma duração que é a do tempo de uma vida humana. Numa primeira abordagem, pode parecer trivial, porém a dimensão do tempo (“aprender requer tempo”) e a ordem na qual se encadeiam os fenómenos (“uma coisa depois da outra”) desempenham sempre um papel importante nos processos de aprendizagem e de formação.

O ponto de vista do **“curso da vida”** adota um nível de análise temporal específico, que relaciona com outras dimensões temporais, e salienta uma lógica de construção que lhe é própria (Schüller, 1997). Não se trata, nesse caso, da medida quantitativa da **“duração da vida”** e sim do aspecto qualitativo dos processos que ocorrem toda a vida e da sua estruturação sociocultural. É esse aspecto que, por exemplo, é conceptualizado sob o termo biografia.

#### Janela do Memorandum on *longlife learning*



Nos debates dos últimos trinta anos sobre política da formação — e particularmente na última década —, o conceito **de aprendizagem ao longo da vida assumiu uma dimensão estratégica e funcional**. É a ele que se recorre para definir as missões de formação das sociedades pós-modernas.

O mais importante documento europeu sobre a política de formação, o *Memorandum sobre a educação ao longo da vida*, ratificado em Março de 2000 em Lisboa, pela Comissão Europeia, define: “a aprendizagem ao longo da vida (lifelong learning) não é apenas mais um dos aspectos da educação e da aprendizagem; ela deve se tornar o princípio diretor que garante a todos o acesso às ofertas de educação e de formação, em uma grande variedade dos contextos de aprendizagem” (Commission of the European Communities, 2000, p. 3).

Duas razões principais são evocadas para justi-

ficar essa afirmação:

A Europa tornou-se uma sociedade fundamentada no conhecimento e na economia. O acesso às informações e aos conhecimentos mais recentes, assim como a motivação e os saberes necessários à utilização inteligente, pessoal e coletiva desses recursos tornaram-se a chave da competitividade europeia, além de serem igualmente benéficos à empregabilidade e à adaptabilidade da força de trabalho;

os europeus vivem, actualmente, num mundo social e político complexo. Planear a sua vida, contribuir activamente para a sociedade e aprender a viver positivamente na diversidade cultural, étnica e linguística, constituem grandes desafios para as pessoas, hoje. A educação, no seu sentido mais amplo, é a chave para aprender e compreender como superar esses

Key Message 1: New basic skills for all .....
Key Message 2: More investment in human resources .....
Key Message 3: Innovation in teaching and learning .....
Key Message 4: Valuing learning .....
Key Message 5: Rethinking guidance and counselling .....
Key Message 6: Bringing learning closer to home .....

desafios.

O *Memorandum* estipula claramente que a educação ao longo da vida concerne a todas as atividades significativas de aprendizagem, tais como:

Processos de aprendizagem formais que ocorrem nas instituições de formação clássicas e que são, geralmente, validados por certificações socialmente reconhecidas;

processos de aprendizagem não formais que se desenvolvem habitualmente fora dos estabelecimentos de formação institucionalizados — nos locais de trabalho, em organismos e associações, no seio de atividades sociais, na busca por interesses esportivos ou artísticos;

processos de aprendizagem informais, que não são empreendidos intencionalmente e que “acompanham” incidentalmente a vida quotidiana.

O interesse dessa nova compreensão do conceito de educação reside em estabelecer a **sinergia desses diferentes modos de**



## aprendizagem.

A aprendizagem não deve ser somente, e sistematicamente, ampliada para toda a duração da vida. Curiosamente, a expressão é de desenvolvimento "lifewide", quer dizer, generalizar-se para todos os domínios da vida, de forma aberta.

A dimensão do 'lifewide learning' (educação abrangendo todos os aspectos da vida) releva a complementaridade entre aprendizagens formais, não formais e informais. Entendida desse modo, a educação ao longo da vida parece responder no primeiro plano a uma necessidade económica e social.

### Janela de John Field



O "conceito novo" de educação ao longo da vida é revelador de um fenómeno societário

que John Field chamou "nova ordem educativa".

**APRENDER** ganha um significado novo para a sociedade inteira, para as instituições educativas e para os indivíduos.

Essa reconfiguração não deixa de ter uma contradição interna: a nova aprendizagem primeiramente inscreve-se em um quadro económico e político cujos objetivos são a competitividade, a empregabilidade e a adaptabilidade das "forças de trabalho". Ao mesmo tempo, a liberdade biográfica de planeamento e de envolvimento social dos indivíduos devem sair, dessa situação, reforçados. A educação ao longo da vida pode aparecer sob o duplo aspecto da "instrumentalização" e da "emancipação".

A "aprendizagem" refere-se ao processo altamente organizado da elaboração, da ligação e da (trans)formação dos primeiros processos de aprendizagem em uma figura biográfica de experiências, ou seja, de algum modo uma "segunda ordem" de processos de aprendizagem.

## Janela de percurso da educação ao longo da vida

A educação ao longo da vida pode ser considerada sob diferentes aspectos.



1. Um interesse principalmente motivado pela política da formação vinculado à mudança das condições da sociedade do trabalho e da educação, acarretando consequências para a organização social individual e coletiva da aprendizagem;

É o que inspira uma política internacional de "educação ao longo da vida" que visa a pesquisa e o desenvolvimento de novas concepções de formação diante da criação de recursos económicos e culturais relacionados com as sociedades ocidentais.

Como pano de fundo, há o diagnóstico de que a mudança social rápida, as rupturas e as alterações exigem, para serem superadas pelos actores sociais, competências e flexibilidade que não podem ser adquiridas no ritmo e nas formas institucionalizadas dos processos "tradicionais" de formação.

Os limites dos programas de formação devem ser transformados, novas redes sociais e novos ambientes de formação devem ser criados

2. Um ponto de vista de carácter essencialmente pedagógico no que concerne a condições e possibilidades de uma aprendizagem biográfica dos membros da sociedade.

Este ponto de vista – que se inscreve no contexto de uma ciência da educação orientada para o sujeito – toma como objecto os processos de aprendizagem e de formação do actor social individual. A atenção foca-se, principalmente, sobre os aspectos não formais, informais, não institucionalizados e auto-organizados da aprendizagem.

O consenso político global, que se fecha no final do século XX em torno do conceito de educação ao longo da vida (Field, 2000), constitui um fenómeno surpreendente, se pensarmos bem.

Os debates **dos anos de 1970**, particularmen-

te o relatório da comissão da UNESCO dirigida pelo antigo primeiro ministro e ministro da educação Edgar Faure (1972), assim como uma série de publicações da Organização para a Cooperação Económica e o Desenvolvimento (OCDE; CERI, 1973), provocaram modestas iniciativas em matéria de política de formação por parte dos governos nacionais (Gerlach, 2000); ao contrário, um documento dos **anos de 1990** com o aval de Jacques Delors, *o White Paper on Competitiveness and Economic Growth* (Commission of the European Communities, 1994), e depois, de forma indubitável, o relatório de uma comissão de especialistas da UNESCO, igualmente sob a responsabilidade de Jacques Delors (1996), conduziram a uma multiplicação de iniciativas internacionais relacionadas com o tema da educação ao longo da vida.

Desde que a Comissão Europeia fez de **1996 o ano da educação ao longo da vida** (Year of Lifelong Learning), um ministro da "educação ao longo da vida" foi nomeado na Inglaterra; livros verdes e livros brancos sobre os novos objectivos dos sistemas de formação apareceram no País de Gales, na Escócia, na Inglaterra, um pouco mais tarde, também, nos Países Baixos, na Noruega, na Finlândia e na Irlanda; o ministério alemão para a formação, a ciência, a pesquisa e a tecnologia apoiou muitos relatórios e encontros de especialistas sobre o tema (Dohmen, 1996, 1998); a Comissão Europeia publicou o Livro branco da educação e da aprendizagem (Commission of the European Communities, 1995); a UNESCO (Delors, 1996), a OCDE (1996) e o **grupo dos oito** países mais industrializados (Group of eight, 1999) também contribuíram para essa reflexão.

Em Ligação ao Processo de Bolonha, fortaleceu-se com:

- *Tornar o Espaço Europeu de Aprendizagem ao Longo da Vida uma realidade*, 2001

- *Education and Training 2010*, 2004

*Towards a European Framework for Lifelong Learning*, 2005

## Janelas das mudanças das sociedades pós-modernas



Quatro características de desenvolvimento actuaram de maneira decisiva nessa mudança de paradigma das programações de formação e seus efeitos se associaram para conduzir, nas sociedades pós-industriais ocidentais do final do século XX, ao que John Field chamou de "explosão silenciosa" ("silent explosion", Field, 2000, p. 35):

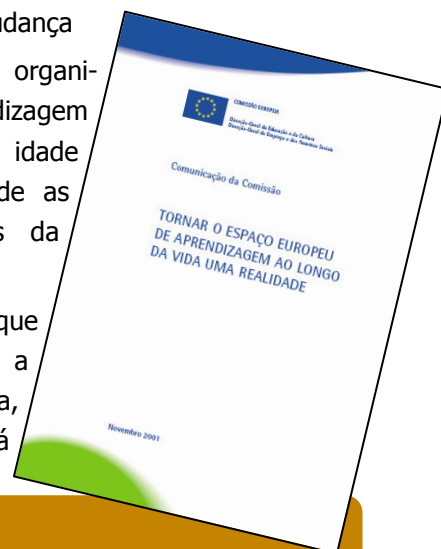
- (a) a transformação da significação do "trabalho";
- (b) alterações na função do "saber";
- (c) a experiência de disfuncionamentos crescentes das instituições de formação; e
- (d) os desafios dirigidos aos actores sociais, indicados no momento por termos como "individualização", "modernização reflexiva" (Beck, 1986; Giddens, 1990; Beck; Giddens; Lasch, 1996).

Não me vou deter em cada uma delas, pese embora o facto de serem interessantes.

E de nos afectarem a todos.

A transformação do "trabalho" nas sociedades pós-modernas, quer em termos da significação, quer da estrutura interna do trabalho, afectou as representações tradicionais do curso da vida de formação e aprendizagem ao longo da vida e, assim, "a aprendizagem ao longo da vida" apresenta-se, aqui, precisamente como um instrumento de governação inovando as políticas novas do "curso da vida". E a nova compreensão da aprendizagem ao longo da vida demanda uma mudança de paradigma na organização da aprendizagem – não apenas na idade adulta, mas desde as primeiras formas da escolaridade.

Os factores que devem orientar a acção educativa, sabemos-lo de há



muito tempo, não são o carácter operativo do ensino, a eficácia das estratégias didácticas e o conteúdo dos currículos formais, **mas antes** a situação e as condições dos aprendentes (Bentley, 1998) e a consideração de seus ambientes de aprendizagem não formal e informal.

A questão central da pedagogia não é já o saber como uma determinada matéria pode ser ensinada da maneira mais eficaz possível, **porém** quais são os ambientes de aprendizagem que são os melhores para estimular a responsabilização dos processos de aprendizagem pelos próprios aprendentes, ou seja, como o aprender pode ser “aprendido” (Simons, 1992; Smith, 1992).

A aprendizagem ao longo da vida requer, seguramente, segundo as palavras de John Field (2000, p. 133), “the new educational order” ou, se preferirmos, uma “revolução silenciosa” da educação.

### Janela de Alheit e Krietz



Consequentemente, seria razoável pensar que a aprendizagem ao longo da vida não representa apenas um investimento de capital económico e financeiro a curto prazo, mas também, e sobretudo, um investimento em “capital social”, aquele que activamos nas nossas relações e nas nossas maneiras de ser com os nossos próximos – família, vizinhos, colegas, conhecimentos e as pessoas que encontramos nas nossas atividades associativas e de lazer (Field, 2000).

Aliás, a expressão «capital humano» pode ser pensada nesta lógica de agregação.

Um equilíbrio entre essas duas formas de capital, quase sempre antagonistas, poderia conduzir, nas sociedades da nova modernidade, a uma forma nova de “economia da formação” ou mais justamente, talvez, a uma **ecologia social da aprendizagem** (Alheit; Krietz, 2000).

A condição para isso seria que se considerasse

seriamente o indivíduo aprendente, ou seja, que se procedesse a uma mudança de perspectiva.

Neste terreno em que ninguém está excluído e somos todos “aprendentes ao longo da vida”.

### Janela do processo biográfico



A formação não é redutível às suas únicas formas organizadas e institucionalizadas - engloba todo o complexo de experiências vividas quotidianamente, de episódios de transição e de crise.

Na dimensão vivida, a aprendizagem está, assim e por um lado, sempre ligada ao contexto de uma biografia concreta; por outro lado, é também a condição ou o instrumento de mediação no qual as construções biográficas, como formas reflexivas da experiência, podem desenvolver-se e transformar-se. Por isso se afirma, que sem biografia, não há aprendizagem; sem aprendizagem, não há biografia.

E consideram-se:

a) a aprendizagem implícita, reflexão e saber pré-reflexivo: muitos dos processos de aprendizagem tomam a forma de esquemas de experiência e de ação, sem que eles sejam a cada vez refletidos de forma explícita; trata-se da formação de estruturas superordenadas e geradoras da acção e do saber que, segundo as opções teóricas, podem ser interpretadas como estruturas de aquisição e de desenvolvimento das “disposições de aprendizagem” (Field, 2000), estruturas cognitivas no sentido de Piaget, “sistema emocional de orientação” (Mader, 1997), formação de *habitus* (Bourdieu, 1987) ou construção do sistema de referências de si e do mundo (Marotzki, 1990). O conjunto desses processos, segundo os quais se constrói a experiência, forma a “reserva de saberes biográficos” de uma pessoa (Alheit, 1993; Alheit; Hoernig, 1989) que, **como uma paisagem**, se constitui por diferentes camadas e regiões dispostas em patamares próximos ou distantes e

que se transforma de tempos em tempos (precisamente por meio da aprendizagem).

Nos nossos comportamentos do dia a dia (e também nas situações explícitas de aprendizagem), quando nos concentramos de forma explícita sobre um “problema” – que representa uma ínfima parte do nosso saber, da nossa experiência, da nossa acção –, recuperamos, ao mesmo tempo, uma grande parte de nosso saber (e de nosso não-saber) de maneira espontânea e não deliberada. Nós deslocamos, de algum modo, na paisagem do nosso saber biográfico, sem pensar de maneira consciente em cada um dos passos que fazemos em cada curva ou em cada indicação do caminho. Muitas vezes só invocamos elementos do nosso “plano de fundo” do saber biográfico quando damos um passo em falso, ao chegarmos a uma encruzilhada ou ao sentirmos que o chão se abre sob os pés. Temos, em princípio, a possibilidade de disponibilizarmos uma grande parte desse saber pré-reflexivo, de trabalhar de maneira explícita e, eventualmente, de transformar as estruturas da paisagem inteira. Tais processos reflexivos podem ser interpretados como **momentos da formação de si** (Alheit, 1993).

b) a dimensão da socialidade da aprendizagem biográfica: e isto porque os processos reflexivos de aprendizagem não se desenvolvem apenas internamente ao indivíduo, mas dependem da comunicação e da interacção com os outros, ou seja, da relação com um contexto social. A aprendizagem biográfica está ligada aos mundos-da-vida, os quais sob certas condições podem ser igualmente analisados como “ambientes” ou “meios” de aprendizagem. As noções de aprendizagem experiencial, aprendizagem no mundo-da-vida ou aprendizagem contextual dão conta desse aspecto do Lifelong Learning, conforme neles se vinculam a atenção conferida à associação e à configuração dos ambientes de aprendizagem

## Janela do ensino

*“o mais difícil dos problemas é o facto de o homem ser um animal que (...) precisa de um mestre”*

Kant



O **ensino**, no sentido próprio do termo é a forma mais humana da instrução - comporta uma parte importante de aprendizagem e de iniciação. E, no entanto, é de uma outra ordem. A sua finalidade não é formar um técnico, um cidadão, mas um homem. Ou seja, o ensino não tem por finalidade nem a formação técnica nem a iniciação numa comunidade mas a cultura humana. Por exemplo, se se ensina Aristóteles e Voltaire, Goethe e Shakespeare, não é enquanto crentes ou não crentes, gregos, alemães ou ingleses, mas enquanto universais, quer dizer, humanos.

O ensino distingue-se também pelo seu conteúdo: o saber, que não é nem um saber-fazer, nem uma crença. **Saber é compreender**. E compreender, como tão bem demonstrou Piaget, tem como característica essencial a reversibilidade.

Quando um rato aprende a percorrer um labirinto por tentativas e erros, é incapaz de o fazer no sentido inverso. Pelo contrário, um ser humano que compreende um itinerário pode percorrê-lo tanto na ida como na volta.

Acresce que compreender o que se sabe é escapar a toda a ordem temporal.

Compreende-se uma máquina quando se é capaz de a desmontar e de a tornar a montar, um raciocínio quando se pode percorrer nos dois sentidos as suas “longas cadeias de razões”, um texto literário quando se apreende a sua estrutura e a sua finalidade profunda.

**O ensino tem por finalidade fazer compreender**. O que coloca um problema: se compreender é um acto que ninguém pode fazer por mim, “um consentimento de si para si mesmo”, como dizia Pascal, poderá de facto haver “alguém que ensine”? A minha questão é saber em que consiste esta tarefa e se há realmente um acto de ensinar.



## Janela de De Kroninck

*"não só ignoras as coisas importantes como,  
ignorando-as completamente, pensas sabê-las"*

*Sócrates*



A **cultura** é aquilo que define a vida humana propriamente dita. Nós, seres humanos, somos à partida os mais indeterminados e potenciais dos seres. Pela escrita de De Kroninck, «o nosso incalculável potencial, tão manifesto na mão e na língua, tem a mesma origem da nossa liberdade: as possibilidades da inteligência, mas também – e este ponto é fundamental – as possibilidades do desejo, do apetite». E os homens desejam naturalmente conhecer, afirmou Aristóteles.

Ou, se preferirem, afirmava Kant que «o mais difícil dos problemas é o facto de o homem ser um animal que (...) precisa de um mestre»... e como só pode ir buscá-lo à espécie humana, este mestre é um animal que precisa de um mestre...Ou seja: a tradição – o acto de transmitir - e a disciplina são necessárias para que possamos vir a ser o que somos.

A educação, para concluir, é muito mais que um conjunto de informações ou de conhecimentos. E a nossa ignorância científica, tal como outras formas de ignorância – coloca um desafio formidável que é o de ter adiante de nós um autodesenvolvimento para toda a vida...Dar um sentido utilitário ao universal direito à cultura é, não apenas uma contradição nos termos, como também um insulto ao humano... A diversidade das culturas, as redes que hoje se estabelecem entre saberes e descobertas, a imaginação, a afectividade, as artes... vão muito além de um afunilamento dos corredores da formação de ensino superior.

A minha apreensão é grande – pois me parece que as grandes e antigas áreas do pensamento abstracto vão deixando de ser consideradas. Atente-se à realidade da matemática e ao afastamento da filosofia dos elencos de acesso ao ensino superior. E o que têm uma a ver com a outra? Platão só deixava entrar na Academia quem fosse géometra, entendendo que era essencial à

filosofia. E estamos claramente na área do pensamento abstracto e formal.

Para não ir tão longe, e ficar pelo século vinte, cesso este ponto com De Kroninck, e a afirmação de que: "Quem aprendeu a pensar, a raciocinar com rigor, a bem discernir, quem desenvolveu a sua imaginação, a sua sensibilidade estética e ética, o espírito de rigor e o espírito de geometria, assume forçosamente, com muito mais prazer e sucesso, a conduta geral da sua vida, mas também, por meio do treino específico necessário, qualquer tarefa particular que lhe seja confiada."

## Janela de Delors



*"Porque eu sou do tamanho do que  
vejo*

*E não, do tamanho da minha altura...*

*Alberto Caeiro*

*"Um dos principais papéis reservados à Educação consiste, antes de mais, em dotar a humanidade da capacidade de dominar o seu próprio desenvolvimento (...) À educação cabe fornecer, dalgum modo, a cartografia dum mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele"*



## Janela da cultura

*Necessitamos de comunicação e diálogo  
com outros olhares além do nosso.  
Seja como for, necessitamos de uma visão  
poliocular.*

*Edgar Morin*

A cultura distingue-se por uma certa qualidade do saber que se poderá caracterizar pelos seguintes traços:

1º- A disponibilidade, como se pode ver até na cultura física, a finalidade não é aprender um determinado exercício mas tornar todo o organismo disponível - assim, a cultura é o que permite a um homem utilizar todos os seus recursos para fazer face a uma situação nova, resolver um problema novo. A **cultura ensina a aprender**.

2º- A assimilação: esta segunda característica é exigida pela primeira na medida em que eu só posso dispor verdadeiramente de um saber

quando o fiz meu, quando o encarnei na minha linguagem, nas minhas próprias imagens. Um conhecimento não é utilizável se permanecer com a forma pela qual o espírito o recebe.

3º- A totalidade: um conjunto de conhecimentos sem ligação entre si não constitui uma cultura. Esses conhecimentos devem organizar-se (ainda aqui, é uma vez mais a imagem da planta que se revela pertinente) segundo um princípio unificador que está no próprio homem, que é o próprio homem.

4º- A transferibilidade: se se trata verdadeiramente de um saber, isto é, de uma estrutura plástica e assimilada, um saber contribui para a aquisição de saberes muito diferentes, por exemplo, saber traduzir ou ter conhecimentos musicais. Ou seja, a cultura consiste menos no saber do que na arte de o utilizar.

E a isto que os teóricos dizem, acrescento, a **mudança**.

Quando aprendemos, mudamos. Alteramos modos de pensar ou de fazer as coisas.

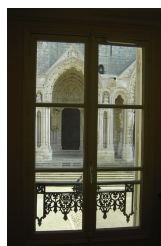
Todavia, a cultura não procura nenhuma habilidade, nenhum saber-fazer. Em seguida, a cultura não dá moralidade. Pelo menos infalível. Kant tem razão quando escreve: "Somos altamente cultos no domínio da arte e da ciência. Somos civilizados ao ponto de nos tornarmos oprimidos (...). Mas quanto a considerarmo-nos como já moralizados, ainda falta muito para isso". Sem dúvida que a cultura nos torna mais inteligentes, pelo menos acreditando em certos estudos de psicologia social sobre o Q.I. – mas nada nos prova porém que ela nos torne mais corajosos, mais honestos, mais generosos. O que acontece é que, com frequência, nos permite disfarçar as nossas paixões e os nossos vícios, conferindo-lhes belas razões de ser. Por fim, a cultura não dá o génio, ou, se preferirem, a criatividade.

Tudo o que o **ensino** pode fazer - mas fá-lo-á realmente? - é desencadear a criatividade própria de cada um, permitir-lhe desenvolvê-la através de um trabalho apropriado, elevá-la ao nível humano.

O ensino pode libertar a criatividade onde ela existe. Mas não pode criar criadores. Estes são, segundo parece, os limites da cultura - se

Reboul tem razão, pelo menos...

A educação tem por finalidade formar o homem, quer pela "escola dos sentimentos", isto é, a família, quer pela instrução. O ensino não é senão essa parte da instrução que tem por fim cultivar o homem, formando o seu juízo. É tão falso acreditar que isso basta como acreditar que se pode passar sem isso.



**Janela de Boaventura de Sousa Santos**

*Não sei por onde vou,  
Não sei para onde vou,  
- Sei que não vou por aí.*  
José Régio

Sousa Santos salienta que no limiar do terceiro milénio se vive "um tempo de transição paradigmática (epistemológica e societal)" o designa o paradigma emergente por "**paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente**".

Refere ainda que "...na transição paradigmática, o pensamento utópico tem um duplo objetivo: reinventar mapas de emancipação social e subjectividades com capacidade e vontade de os usar".



**Janela de Goleman**

*Não basta abrir a janela  
Para ver os campos e o rio.  
Não é bastante não ser cego  
Para ver as árvores e as flores.*  
Alberto Caeiro

Percebemos que é possível e emergente reencontrar a educação, pensando na sua ludicidade. A inter-relação entre os sentimentos, os afectos e as intuições na construção do conhecimento tem vindo a ser salientada por diversos autores.

E redescobre-se, por esta janela, que a educação afectiva deveria ser a primeira preocupação dos educadores, porque é ela que condiciona o comportamento, o carácter e a actividade cognitiva. Outros autores referem que os actos de sentir, pensar e decidir pressupõem um trabalho conjunto das dimensões cognitivas e emo-

cionais do cérebro.

Goleman, que desenvolveu o **conceito de inteligência emocional**, salienta que aprendemos sempre melhor quando se trata de assuntos que nos interessam e nos quais temos prazer. Competência emocional é uma capacidade adquirida, baseada na inteligência emocional, que resulta num desempenho destacado no trabalho. Destacam-se quatro competências emocionais básicas: Auto percepção, Competência social, Aptidões sociais e Auto-regulação.



#### Janela de Paulo Freire

*The task of the modern educator is not to cut down jungles, but to irrigate deserts.*  
C.S. Lewis

Paulo Freire afirmou a importância das componentes afectivas e intuitivas na construção do conhecimento – escreveu que “...é necessário que evitemos outros medos que o cientificismo nos inoculou. O medo, por exemplo, de nossos sentimentos, de nossas emoções, de nossos desejos, o medo de que ponham a perder nossa cientificidade. O que eu sei, sei com o meu corpo inteiro: com minha mente crítica mas também com os meus sentimentos, com minhas intuições, com minhas emoções. O que eu não posso é parar satisfeito ao nível dos sentimentos, das emoções, das intuições. Devo submeter os objectos de minhas intuições a um tratamento sério, rigoroso, mas nunca desprezá-los”.

Nesta abordagem do processo educativo a afectividade ganha destaque, pois acreditamos que a interacção afectiva ajuda mais a compreender e modificar as pessoas do que um raciocínio brilhante, mas passado mecanicamente.

Para **Paulo Freire**, educar é construir, é reconhecer o papel da História e a questão da identidade cultural é essencial à prática pedagógica.

Sem respeitar essa identidade, sem autonomia, sem levar em conta as experiências vividas pelos educandos antes de chegar à escola, o processo será inoperante, somente meras palavras despidas de significação real.

Concordo com Paulo Freire, quando percebe o

homem como um ser autónomo e esta autonomia está presente na definição de vocação ontológica de **‘ser mais’** que está associada com a capacidade de transformar o mundo. É exactamente aí que a educação problematizadora responde à essência do ser e da sua consciência, que é a intencionalidade.

A intencionalidade está na capacidade de admirar o mundo, ao mesmo tempo desprendendo-se dele, nele estando, o que desmistifica, problematiza e critica a realidade admirada, gerando a percepção daquilo que é inédito e viável. Resulta numa percepção que elimina posturas fatalistas que apresentam a realidade dotada de uma determinação imutável. Por acreditar que o mundo é passível de transformação, a consciência crítica liga-se ao mundo da cultura e cada um descobre-se como um construtor desse mundo da cultura. Esta descoberta é a responsável pelo resgate da auto-estima...

Ora estávamos a falar de aprendizagem ao longo da vida...



#### Janela do Programa de Aprendizagem ao longo da vida

A Decisão 2006/1720/CE de 15 de Novembro de 2006, adoptada pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho da União Europeia, estabelece um programa de acção no domínio da aprendizagem ao longo da vida, designado **“Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida”**. O Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida tem como **principal objectivo** contribuir para o desenvolvimento da Comunidade Europeia enquanto sociedade baseada no conhecimento, caracterizada por um crescimento económico sustentável, com mais e melhores empregos assim como com uma maior coesão social, actuando em paralelo para uma adequada protecção do ambiente, considerando as gerações futuras. O Programa destina-se a promover essencialmente os intercâmbios e a cooperação, assim como a mobilidade entre sistemas de ensino e formação, a nível europeu, no sentido de estes se estabelecerem enquanto referência mundial de qualidade.

O Programa de Aprendizagem ao Longo da

Vida tem os seguintes objectivos específicos:

- a) Contribuir para o desenvolvimento de uma aprendizagem de qualidade ao longo da vida e promover elevados níveis de desempenho;
- b) Apoiar a criação de um espaço europeu de aprendizagem ao longo da vida;
- c) Contribuir para melhorar a qualidade das possibilidades de aprendizagem ao longo da vida existentes nos Estados-Membros;
- d) Reforçar o contributo da aprendizagem ao longo da vida para a coesão social, a cidadania activa, o diálogo intercultural, a igualdade entre homens e mulheres e a realização pessoal;
- e) Contribuir para a promoção da criatividade, da competitividade e da empregabilidade, bem como para o desenvolvimento do espírito empreendedor;
- f) Contribuir para aumentar a participação na aprendizagem ao longo da vida de pessoas de todas as idades, incluindo as pessoas com necessidades especiais e grupos desfavorecidos;
- g) Promover a aprendizagem de línguas e a diversidade linguística;
- h) Apoiar o desenvolvimento de conteúdos, serviços, pedagogias e práticas inovadoras, baseado nas TIC, no domínio da aprendizagem ao longo da vida;
- i) Reforçar o papel da aprendizagem ao longo da vida na criação de um sentido de cidadania europeia baseada na compreensão e no respeito dos direitos humanos;
- j) Promover a cooperação em matéria de garantia de qualidade em todos os sectores da educação e da formação na Europa;
- k) Incentivar a melhor utilização possível dos resultados e dos produtos e processos inovadores e assegurar o intercâmbio de boas práticas nos domínios abrangidos pelo Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida, no intuito de melhorar a qualidade nos sectores da educação e da formação.

Tendo em vista a consecução dos objectivos do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida, serão implementados quatro sub-programas sectoriais – Comenius, Erasmus,

Leonardo da Vinci e Grundtvig – e um sub-programa Transversal.

O Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida será executado durante o período compreendido entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2013.



### Janela da Sociedade do Conhecimento

*"Os analfabetos do século XXI não serão os que não sabem ler nem escrever*

*mas sim aqueles que não sabem aprender, desaprender e reaprender"*

*Alvin Toffler*

O desenvolvimento científico e tecnológico dos últimos anos tem induzido a profundas reflexões sobre o impacto da tecnologia sobre as novas formas de organização da produção e sobre as relações humanas. As fronteiras do conhecimento têm sido expandidas, questionando verdades anteriores, construindo novos paradigmas, ultrapassando os limites dos espaços geográficos e sociais, e gerando uma multiplicidade de informações de difícil assimilação pelo ser humano.

**Vivemos num mundo que se transforma, que nos transforma e que é transformado por nós.** O resultado mais visível desse processo de transformação tem sido a rápida obsolescência do conhecimento, obrigando as pessoas a actualizarem-se continuamente.

Essa necessidade de **educação permanente** consolida a ideia de que o ser humano precisa ser um eterno aprendiz. Mais do que aprender a fazer, o ser humano de nossos dias deve ser formado para **aprender a aprender**. E essa aprendizagem precisa de ser realizada de maneira colectiva, com uma visão ampla e não fragmentada dos processos organizacionais.

A cooperação, a participação, a responsabilidade, a capacidade decisória e de intervenção são atributos a serem assimilados e praticados por este **novo tipo de profissional**, com uma boa formação geral, com capacidade para perceber



fenómenos em processo, formular análises e propor soluções, com maior autonomia e senso de responsabilidade organizacional.

Nesta lógica, na **nova Sociedade do Conhecimento**, é mandatório que os ambientes de trabalho se transformem em ambientes de aprendizagem permanente.



### **Janela do Trabalhador do séc. XXI**

*O futuro é um edifício misterioso  
que levantamos na terra com as  
próprias mãos e que, mais tarde,  
deverá servir-nos a todos de moradia.*  
Victor Hugo

O perfil do trabalhador do século XXI, de acordo com a UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) - que se baseia no descrito em Mussak (2004) - assenta em oito dimensões:

- (i) Flexibilidade
- (ii) Criatividade
- (iii) Informação
- (iv) Comunicação
- (v) Responsabilidade
- (vi) Empreendedorismo
- (vii) Sociabilização
- (viii) Tecnologia.

Parece existir uma referência clara a um conceito de competência humana focalizado nas capacidades individuais e na necessidade de interacção com os contextos.

Encontramos também esta ideia quando pensamos os critérios de competência para o trabalho - aspectos como a capacidade de agir de acordo com as situações apresentadas, a capacidade de processar e utilizar as informações de forma original e inovadora, a aquisição de habilidades na comunicação e no relacionamento interpessoal, a capacidade de agregar valor ao trabalho através da criatividade e inovação, ou a capacidade de compreender e respeitar as diferenças culturais e de percepção dos factos da vida são decisivos.

Considerando então os desafios que actualmente se colocam às pessoas aos níveis pessoal, profissional e social, em termos da concretização dos seus projectos e da sua integração plena como cidadãos, entender a competência humana de forma alargada será um imperativo.



### **Janela da Estratégia de Lisboa: Education and Training 2010**

A Comissão Europeia tem dinamizado, na sequência da Estratégia de Lisboa, uma série de iniciativas destinadas a atingir o objectivo de "tornar a Europa na economia baseada no conhecimento mais dinâmica e competitiva do mundo". Na componente de Educação, estas iniciativas foram agrupadas sob a designação "Education and Training 2010". Eixos importantes consideram a definição dos objectivos dos sistemas de educação e de formação na Europa, explicitados neste programa de trabalho, e que são:

- (1) Melhorar a qualidade e a eficácia dos sistemas de educação e de formação na UE
  - a. Melhorar a educação e a formação dos professores e dos formadores
  - b. Desenvolver as competências necessárias à sociedade do conhecimento
  - c. Assegurar que todos possam ter acesso às tecnologias da informação e da comunicação (TIC)
  - d. Aumentar o número de pessoas que fazem cursos técnicos e científicos
  - e. Optimizar a utilização dos recursos
- (2) Facilitar o acesso de todos aos sistemas de educação e de formação
  - a. Um ambiente aberto de aprendizagem
  - b. Tornar a aprendizagem mais atractiva
  - c. Apoiar a cidadania activa, a igualdade de oportunidades e a coesão social
- (3) Abrir ao mundo exterior os sistemas de educação e de formação
  - a. Reforçar as ligações com o mundo do traba-

- lho, a investigação e a sociedade em geral
- b. Desenvolver o espírito empresarial
  - c. Melhorar a aprendizagem de línguas estrangeiras
  - d. Incrementar a mobilidade e os intercâmbios
  - e. Reforçar a cooperação europeia

### Janela do Quadro Europeu de Qualificações



O Quadro Europeu de Qualificações, que congrega muitos dos conceitos actualmente em desenvolvimento nas instituições de ensino superior. Do Documento de Trabalho retiro queo *conceito de competência* é usado de uma forma integradora, como a expressão da capacidade de um indivíduo combinar - de uma forma auto-dirigida, tácita ou explicitamente e num contexto particular - os diferentes elementos de conhecimento e de *skills* que ele possui. E este conceito de competência inclui competências cognitivas, envolvendo o uso de teorias e conceitos, assim como conhecimento tácito informal obtido através da experiência:

- competências funcionais (*skills* e *know-how*), as coisas que uma pessoa deve ser capaz de fazer num contexto de trabalho, de aprendizagem ou de actividade social;
- competências pessoais, envolvendo saber como se comportar numa situação específica;

- competências éticas, envolvendo a posse de determinados valores pessoais e profissionais.

Os *Objectivos de aprendizagem* são afirmações do que se espera que um estudante saiba, compreenda e/ou seja capaz de fazer no final de um período de ensino. Neste documento distinguem-se três tipos: (1) conhecimento (reflectindo competências cognitivas); (2) *skills* (reflectindo competências funcionais) e (3) competências alargadas (pessoais e profissionais, reflectindo elementos das competências pessoais e éticas).

São estabelecidos oito níveis de referência para a competência, estruturados de acordo com os três tipos de objectivos de aprendizagem. Os Descritores de Dublin, que foram recentemente adoptados na legislação sobre os graus e diplomas (DL-74/2006), integram-se nos 3 níveis superiores desta escala.

### Janela das competências

*O Universo não é uma ideia minha.  
A minha ideia do Universo é que é uma ideia minha.*  
A. Caeiro

Sem querer parar muito na ideia de competências, evoco uma rede de conceitos:

Considera-se competência profissional a combinação de conhecimentos, de saber-fazer, experiências e comportamentos, exercidos num contexto preciso. São aptidões e características



**Figura 1**  
Rede de conceitos de competências  
(fonte: [http://projeto.org.br/emapbook/map\\_ant.htm](http://projeto.org.br/emapbook/map_ant.htm))

peçoais que contribuem para se atingir um desempenho de nível elevado. (figura 1)

### Janela de Competências de ALV

O documento "Key competences for lifelong learning", estrutura as competências-chave necessárias para todos numa sociedade baseada no conhecimento em **oito domínios**, explicitados em termos dos conhecimentos, *skills* e atitudes correspondentes: (1) Comunicação na língua materna; (2) Comunicação numa língua estrangeira; (3) Literacia matemática e competências básicas em ciência e tecnologia; (4) Competência digital; (5) Aprender a aprender; (6) Competências interpessoais e cívicas; (7) Empreendedorismo e (8) Expressão cultural. Sendo que:



*"The terms 'competence' and 'key competence' are preferred to 'basic skills', which was considered too restrictive as it was generally taken to refer to basic literacy and numeracy and to what are known variously as 'survival' or 'life' skills. 'Competence' is considered to refer to a combination of skills, knowledge, aptitudes and attitudes, and to include the disposition to learn in addition to know-how.*

*A 'key competence' is one crucial for three aspects of life:*

- a. personal fulfilment and development throughout life (cultural capital): key competences must enable people to pursue individual objectives in life, driven by personal interests, aspirations and the desire to continue learning throughout life;*
- b. active citizenship and inclusion (social capital): key competences should allow everybody to participate as an active citizen in society;*
- c. employability (human capital): the capacity of each and every person to obtain a decent job in the labour market."*

### Janela de Dee Fink

*Asa que possa andar no  
firmamento,  
Só caminha no chão por  
cobardia.*

*Miguel Torga*



Julgo ter sido o ano passado que andei a ler o trabalho de L. Dee Fink, que tem uma perspectiva enriquecedora em alguns aspectos. Face às alterações pedagógicas que se discutem actualmente no ensino superior: qual é afinal o papel do professor, se deixou de ser o da mera transmissão de conhecimentos? A resposta de Dee Fink é que o professor fica, na nova concepção, liberto das suas funções mais mecânicas e disponível para a sua principal responsabilidade: a formação dos estudantes enquanto pessoas e profissionais. O professor passa a ser um *deseenhador de experiências educacionais*. Dee Fink fala de "experiências de aprendizagem significativas", definindo critérios de qualidade com base em desafio aos estudantes para tipos de aprendizagem significativos; utilização de formas de aprendizagem activas; professores que se preocupam - com o assunto, com os estudantes e com o processo de ensino/aprendizagem; professores que interagem bem com os estudantes; um bom sistema de *feedback*, avaliação e classificação.

Gostei da *taxonomia da aprendizagem significativa* deste autor, mais abrangente do que a de Bloom modificada, e mais adequada ao hoje.

### Janela da autoRegulação Profissional



Em 21 de Abril de 1998, o Estado Português, através dos seus organismos próprios, criou a Ordem dos Enfermeiros (OE).

Fê-lo reconhecendo formalmente que, entre outros:

- a) os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema

de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem e que;

b) a própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem da mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população, não só em instituições de carácter hospitalar ou centros de saúde, públicos ou privados, mas também no exercício liberal...

### Janela da profissão



*O conhecimento em si mesmo  
não tem nenhum valor.  
É o uso do conhecimento que o  
torna valioso.  
Les Giblin*

Recorto alguns excertos do enquadramento conceptual da ordem dos Enfermeiros:

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.



### Janela dos princípios éticos

De acordo com o artigo 78, do Estatuto da OE, definem-se os princípios gerais e afirma-se que "São valores universais a observar na relação profissional:

- a) a igualdade;
- b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- c) a verdade a justiça;
- d) o altruísmo e a solidariedade;
- e) a competência e o aperfeiçoamento profissional;

3 - São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros:

- a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- b) o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;
- c) a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais"

Destaco, neste contexto, o valor da competência e aperfeiçoamento profissional bem como o princípio da excelência do exercício.

### Janela da deontologia



De entre os deveres, relevo:

*Artigo 76º - Dos deveres em geral*

*1. Os membros efectivos estão obrigados a:*

*a) Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem*

E do Artigo 88º - Da excelência do exercício

*O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:*

*a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;*

*c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;*



Assim, de uma forma simples, é obrigação do enfermeiro assegurar a sua auto-formação, com vista à garantia e melhoria contínua da qualidade dos cuidados que presta ao cidadão.

### Janela do desenvolvimento profissional em enfermagem



À semelhança do que se passa no resto do mundo, **na Europa não existe um padrão definidor e consensualmente aceite do que é "Ser Enfermeiro"** tendo em

atenção as mudanças que se estão a operacionalizar relativamente à especificidade e afirmação da Enfermagem e dos Enfermeiros.

Do mesmo modo, quando se pensa em especialidades em Enfermagem, ou seja, num padrão que defina "Ser Enfermeiro Especialista", os cenários encontrados são bastante variados, quer pelo percurso formativo, quer pela diversidade de áreas clínicas conferindo ao Enfermeiro competências acrescidas naquela área.

*"SPECIALIST NURSE is a nurse formally educated and practically trained beyond the level of generalist nurse and authorised to practice as a specialist nurse with advanced expertise in a branch of nursing. (...) Specialist nursing education is a formally recognised post-basic program of study which follows on from general nursing education and training and provides the knowledge and experience needed to ensure competence in the specialisation concerned. (...) Titles for specialist nurses mostly include the designation specialist nurse combined with the name of the specialisation."* (ICN)

Assim, e seguindo nesta matéria os documentos da Ordem "na Europa, o acesso à especialização em Enfermagem pode ser feito directamente sendo desde logo formado numa área clínica específica (branch nurse) ou, por outro lado, fazendo um percurso formativo após a formação inicial, sendo então o Enfermeiro Especialista aquele que completou um curso de pós-qualificação numa área clínica específica, aplicando níveis superiores de julgamento, discernimento e de tomada de decisão; focado na evidência

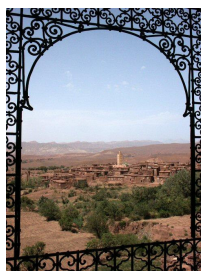
e assumindo o papel de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa (recurso para os colegas)".

As orientações da OMS, relativamente aos Enfermeiros, tendem a minimizar as discrepâncias existentes não só como filosofia de cuidados defendendo que a prática profissional deve ser orientada para os cuidados primários, reforçando a equidade, a manutenção e promoção da saúde, a prevenção da doença e a autonomização das populações, como também preconiza que os cuidados prestados, independentemente da formação dos Enfermeiros, têm de ser de qualidade num contexto social, económico, ambiental, político, melhorando e rentabilizando os recursos numa perspectiva equitativa e solidária.

Neste contexto, é a própria OMS que sublinha a função dos Enfermeiros na ajuda às Pessoas, famílias e grupos a determinar e a realizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham, pelo que têm de ter competências para desenvolver e executar funções que favoreçam e mantenham a saúde e previnam as doenças, identificando necessidades, planificando, executando e avaliando os cuidados no decurso da doença e nos processos adaptativos, tendo em conta os aspectos físicos, mentais e sociais da vida que influenciam a saúde, a doença, a invalidez e a morte.



### Janela da PG



De acordo com o que definimos, após a conclusão do Curso de Pós Graduação em Enfermagem, o estudante deverá ter adquirido os seguintes **resultados de aprendizagem**

(capacidades cognitivas, funcionais, pessoais e éticas):

1. Capacidade de identificar os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projecto pessoal/profissional;
2. Capacidade de desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competên-

cias ao longo da vida e em complemento às adquiridas;

3. Capacidade de forma fundamentada seleccionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema;

4. Demonstra aptidões no agir e no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;

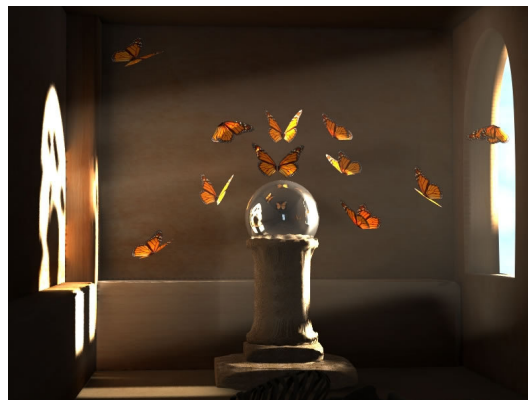
5. Capacidade de demonstrar compreensão e conhecimentos dos conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção

6. Capacidade de analisar, conceber e implementar resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos Pós Gradua- dos, considerando os aspectos sociais e éticos relevantes;

7. Capacidade de integração em equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.

8. Capacidade de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular

9. Evidencia de competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem na área da formação pós-graduada.



plano, em cima de um estirador.

Só se torna real na medida em que cada um esboça, constrói, e o inclui, integra na sua janela.

*Qu'est-ce que c'est qu'une fenêtre, si elle n'est un projet d'existence ?*

*Renaud Camus*

## Referências Bibliográficas

- Olivier Reboul, La Philosophie de l'éducation, Paris: Puf, 1971, pp. 11-32.
- De Kroninck, Thomas – A nova ignorância e o problema da cultura. p.99
- Jacques Delors (coord.) – Educação. Um tesouro a descobrir. p.73
- Sousa Santos, Boaventura - A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência. 2000.
- [http://ec.europa.eu/education/policies/2010/doc/consultation\\_eqf\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/education/policies/2010/doc/consultation_eqf_en.pdf)
- <http://www.dges.mctes.pt/Bolonha/Objectivos+e+Linhas+de+Ac%C3%A7%C3%A3o/Descritores+Dublin>
- [http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/F9E9D86A-9C0C-437B-88F9-27D0B45FEBD6/1803/DecLei74\\_2006GrauseDiplomasdoEnsinoSuperior.pdf](http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/F9E9D86A-9C0C-437B-88F9-27D0B45FEBD6/1803/DecLei74_2006GrauseDiplomasdoEnsinoSuperior.pdf)
- <http://ec.europa.eu/education/policies/2010/doc/basicframe.pdf>

## Janela de cada um

Uma janela por construir, em que cada um é arquitecto de si.

O Plano de estudos da PG é isso mesmo, um



**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

# Saber comer: um projecto em desenvolvimento

Fátima Bicho

*"Alimentação saudável é uma forma racional de comer que assegura a variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos, escolhidos pela sua qualidade nutricional e higiénicas, submetidos a benéficas manipulações culinárias"*

(Breda, 2002)

## Introdução

A alimentação, ao longo da vida, tem sido uma preocupação constante do ser humano. Porém, já sabido, o desenvolvimento das civilizações está intimamente ligado à forma como o indivíduo se alimenta (Nunes, 2002). Ainda assim, o acto de comer para além de ser uma necessidade básica inerente à manutenção da vida, é também uma fonte de



prazer, de socialização e de expressão cultural.

Na infância e na adolescência a alimentação assume um papel crucial no seu desenvolvimento e na prevenção de patologias do foro alimentar, nomeadamente a obesidade infantil e a cárie dentária. Estas faixas etárias são mais vulneráveis a uma alimentação desadequada, por isso é preciso sensibilizá-las para a importância de escolher os alimentos saudáveis e adequados às necessidades diárias, isto é "Saber Comer".

De acordo com Nunes (2002), hoje há evidência de que a educação alimentar pode ter resultados positivos, especialmente quando ainda se é uma criança, no sentido da modelação e da capacidade para escolher alimentos saudáveis. Contudo, dos factores subjacentes à não adesão de comportamentos saudáveis, destacamos o papel dos modelos parentais, visto que cerca dos 11 anos de idade, as crianças já adquiriram, por, observação dos pais uma base estável de crenças e de comportamentos de saúde, os quais tendem a se converter em hábitos.

Para além do papel da família, as escolas assumem, também, uma particular importância, na medida em que, são o local onde passam maior parte da sua vida, permitem intervir a nível da promoção de conhecimentos sobre uma alimentação saudável através de uma abordagem curricular e nos bons hábitos alimentares, atendendo a que estas ofereçam às crianças uma alimentação saudável durante o período escolar e, de que, é importante para estas adoptarem precocemente hábitos alimentares saudáveis.

Com efeito, as escolas têm-se modificado e a saúde escolar tem sido sujeita a reformas significativas, na tentativa de adequar quer às necessidades da escola, quer às questões emergentes de saúde. Para além do Plano Nacional de Saúde (2004-2010) que define estratégias para a obtenção de mais saúde para todos, com especial ênfase para a



escola, em que se inscreve, neste programa, o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre factores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida, que visa reduzir os factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os factores protectores relacionados com os estilos de vida. Também o Alto-Comissário da Saúde a quem compete a coordenação dos Programas Nacionais aprovou através do despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série), publicado no Diário da Republica n.º 110 de 17 de Junho, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Este programa ao intervir em toda a comunidade educativa, nos jardins-de-infância, nas escolas do ensino básico e ensino secundário assume a responsabilidade na área da melhoria da saúde de todos os intervenientes. Segundo o PNSE, na escola, trabalhar para a obtenção de ganhos

em saúde implica desenvolver projectos e combinar estratégias de mudança, quer pessoais, quer ambientais que abranjam o maior número de pessoas da comunidade educativa.

De salientar, que a melhoria da saúde implica uma co-responsabilidade social, em que todos os sectores devem estar envolvidos quando as suas actividades têm impacto sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos. Também, de referir, que os vários parceiros de intervenção: as autarquias, a segurança social, as organizações não governamentais e todos os sectores da sociedade que trabalham com crianças e jovens, deverão articular-se com as equipas de saúde escolar, na advocacia de um trabalho em rede (PNSE, 2006).

Foi neste âmbito, e preocupados com a promoção da saúde das crianças e adolescentes, em particular na temática da alimentação que a Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal abraçou com entusiasmo o projecto "Saber Comer" tendo assinado um protocolo, em 2006, de parceria com a Câmara Municipal de Setúbal. É de referir que o projecto está a ser desenvolvido pelo Município de Setúbal, através do seu Pelouro da Educação, desde o ano lectivo de 2001/2002. Este projecto tem como objectivos captar a atenção das crianças para uma alimentação saudável, essencial na actual educação dos mais novos e sensibilizar os pais e toda a comunidade educativa para esta problemática.

Para dar resposta ao projecto privilegiaram-se actividades que foram desenvolvidas através de sessões de educação e sensibilização, quer às crianças que frequentavam o pré-escolar e o 1.º ciclo do Ensino Básico das escolas do Concelho, tendo em conta as várias faixas etárias dos alu-





nos, quer aos encarregados de educação e toda a comunidade educativa. Os estudantes da ESS, fizeram dramatizações para as crianças dos jardins-de-infância e apresentações, com participação activa dos pais e comunidade educativa.

No final de cada sessão foi oferecido aos pais um pequeno dossier contendo receitas saudáveis, conselhos nutricionais, e um conjunto de sugestões práticas para diminuir o consumo diário de gorduras. Às crianças ofereceu-se uma história para colorir, sobre o tema.

As escolas envolvidas foram: EB1 do Montinho da Cotovia, EB1/JI da Azeda, EB1 n.º 5 Peixe Frito, EB1 n.º9 Casal das Figueiras, EB1/JI Viso e S. Gabriel, JI do Faralhão e JI da Bela Vista.

Sendo que o grupo de trabalho foi constituído pela professora Fátima Bicho (responsável pelo projecto na ESS), professora Margarida Ferreira (da ESS), Dra. Amélia Jones e Dra. Sandra Pita (ambas da Câmara Municipal de Setúbal). O grupo participou em reuniões de trabalho para programar as actividades realizadas. As sessões encerraram um ciclo de iniciativas que começaram no 2.º semestre do ano lectivo de 2005/2006, mais propriamente com os estudantes do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) durante o Ensino Clínico de Enfermagem VII (Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) que decorreu no Centro de Saúde de São Sebastião e no Centro de Saúde do Bonfim, no período de Maio a Julho de 2006.

No final deste percurso, o interesse manifestado, quer por parte dos estudantes da ESS, quer por parte de todos os outros participantes superaram as expectativas, uma vez que o envolvimento das duas partes foi francamente positivo. Em relação aos pais presentes na actividade, admitiram que, por vezes, cometem excessos, nomeadamente nos fritos e doces. Há de referir, também, o envolvimento da Divisão de Educação da Câmara Municipal de Setúbal, assim como a relação de proximidade desta com os estudantes da ESS e com os docentes envolvidos no projecto, facto que permitiu uma melhor preparação e envolvimento de todos os intervenientes. Convém, ainda, dizer que o projecto foi

divulgado no boletim informativo da Câmara Municipal de Setúbal e no jornal de Setúbal, bem como na rádio Popular FM.

Salientamos que este projecto vai continuar a ser desenvolvido.

### Conclusão

A alimentação saudável assume um papel preponderante ao longo da vida, particularmente na infância e na adolescência. E a intervenção das escolas é essencial para a promoção de comportamentos saudáveis, para além do papel da família e de toda a comunidade. Neste sentido, uma das áreas de excelência da ESS é a articulação do CLE com a comunidade na adesão a projectos deste âmbito.

### Referências Bibliográficas

- BREDA João; NUNES, Emília; SILVA, Pedro – *Alimentação saudável*. Lisboa: DGS, 2002
- HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David; WINKELSTEIN, Marilyn; *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Tradução da 7.ª edição. São Paulo: Editora Elsevier, 2006. ISBN 13-978-85-352-1918-0
- NUNES, Emília; BREDA, João – *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde; 2002. ISBN 972-9425-94-9
- <http://WWW.dgsaude.pt/>. 23 Outubro/2006. 13:00h.



**Fátima Bicho**

Mestre em Bioética

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Equiparada a Assistente da ESS-IPS

E-mail: mfbicho@ess.ips.pt

# Empoderamento em Saúde: o papel do Enfermeiro

Ana Lúcia Ramos

*Coming together is a Beginning,  
Keeping together is Progress,  
Working together is Success.*

The Internet Journal of Healthcare Administration, 2001, volume 1, n. 02



O termo Empoderamento, tradução para a língua portuguesa de “*empowerment*”, é designado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) como um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, auto-estima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, seguros que essas acções são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente, ganharem controlo nas suas vidas. Pode ser, ainda, definido como um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual os indivíduos e os grupos sociais estão aptos para expressar as suas necessidades, expor as suas preocupações, projectar estratégias para o envolvimento nas tomadas de decisão e executar acções políticas, sociais e culturais para alcançar essas necessidades. Através de tal processo, as pessoas vêem uma próxima correspondência entre as suas metas de vida e o sentido de como chegar até elas, e uma relação entre os seus esforços e resultados subsequentes. (OMS, 1998).

Para a operacionalização do conceito de empoderamento, deveremos ter em conta que o poder provém de diversas fontes sociais, económicas, culturais e psicológicas e é considerado ilimitado, uma vez que é gerado incessantemente nas interacções sociais (FILHO, 2002).

De uma forma geral, empoderamento refere-

se à expansão da liberdade de escolha e de acção. É a expansão das capacidades dos indivíduos para participarem, negociarem, influenciarem, controlarem em tudo o que diz respeito às suas vidas (WORLD BANK, 2002). Significa que pessoas e comunidades possuem oportunidade e capacidade para participarem efectivamente na esfera social, económica e política (HELLING, L; SERRANO, R; WARREN, D., 2005).

Em relação ao termo Empoderamento,



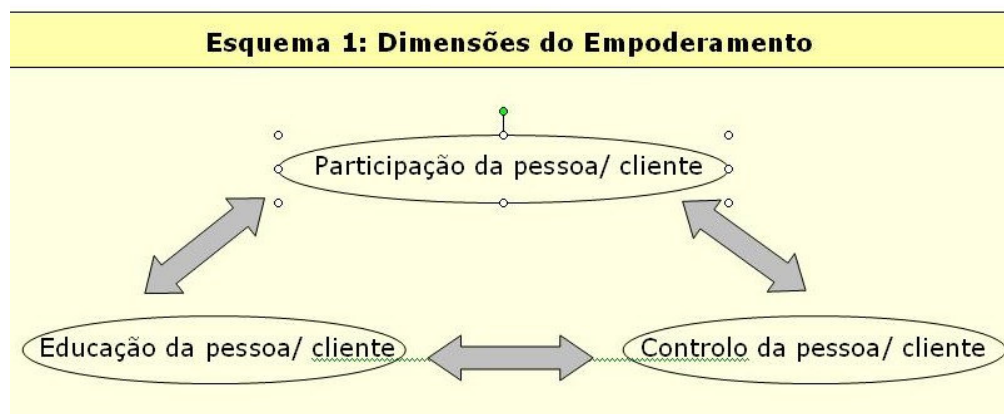
usualmente, faz-se a distinção entre empoderamento individual e colectivo, referindo-se o individual às habilidades que a própria pessoa possui para tomar decisões e controlar a sua própria vida, enquanto que o empoderamento comunitário envolve indivíduos actuando em grupo para obter maior influência e controlo dos determinantes da saúde e da qualidade de vida da própria comunidade, o que é uma importante meta nas acções comunitárias para a saúde (OMS, 1998).

Existem, na sua generalidade, duas opiniões acerca do facto de empoderar pessoas ser um processo, ou por outro lado constituir um resultado. Assim, FUNNELL et al citados por OUSCHAN et al (2000), definiram inicialmente

empoderamento como um processo que incluía a descoberta e desenvolvimento de uma capacidade inerente, de modo a tornar-se responsável pela própria vida. Posteriormente, os mesmos autores associaram empoderamento da pessoa a um resultado. Segundo os mesmos autores, as pessoas são empoderadas quando têm saberes, atitudes, capacidades e auto-conhecimento necessários ao aumento da qualidade de vida.

No contexto clínico, OUSCHAN et al (2000), apresentam o empoderamento como um processo que inclui três dimensões, tal como pretende demonstrar o seguinte esquema:

estudo de Furthermore et al, citado por OUSCHAN (2000), onde os autores definem empoderamento como um processo educacional desenvolvido para auxiliar as pessoas/ clientes a desenvolverem saberes, competências e grau de auto-conhecimento necessários para assumirem de uma forma efectiva responsabilidades nas decisões relacionadas com as próprias. Subsequentemente, a pessoa/ cliente, mais do que o profissional de saúde, é o solucionador do problema.



Esquema 1: Dimensões do Empoderamento

Tal como podemos verificar, as três dimensões a que se refere o autor são:

- Percepção de controlo sobre a situação de saúde, por parte da pessoa/ cliente;
- Participação no processo de decisão;
- Percepção de educação por parte da pessoa/ cliente.

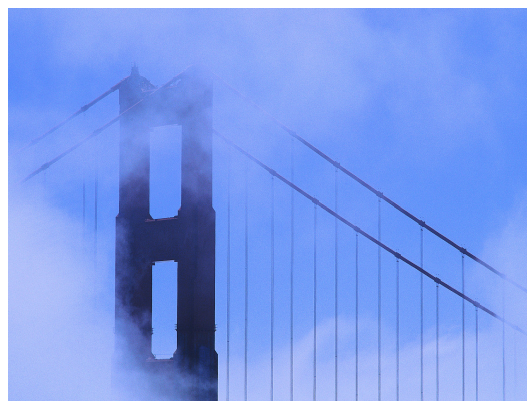
As dimensões do empoderamento indicam, então, a necessidade dos profissionais de saúde promoverem uma eficaz e assertiva comunicação com as pessoas/ clientes, no sentido de encorajá-las à participação, aprendizagem e desenvolvimento do sentido de controlo da sua doença/ problema de saúde.

O esquema 1 procura demonstrar a evidência de alguns estudos que revelam que não só são importantes as atitudes das pessoas/ clientes, como também as acções desempenhadas pelos profissionais de saúde, como a educação e medidas de suporte de informação. Este facto está evidenciado, por exemplo, no

### **Empoderamento e saúde: Contextualização**

O termo empoderamento em saúde, embora frequentemente utilizado actualmente, não consiste numa novidade quando relacionado no contexto da saúde das populações.

Já em 1986, a Carta de Ottawa mencionava o



empoderamento da comunidade como um

tema central no discurso da promoção da saúde. Subsequentemente, conferências internacionais em Sundsvall, Adelaide e Jakarta também reforçaram este conceito.

Actualmente, o empoderamento dos cidadãos faz parte, em muitos países, das prioridades e políticas de saúde. No entanto, mantém-se ainda hoje difícil de medir e implementar como parte da promoção da saúde.

O seguinte quadro procura sintetizar a informação relativa ao contexto do empoderamento em saúde:

## Empoderamento e Enfermagem

De acordo com as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003), "os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, família ou comunidades, que possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual". Este documento faz referência, igualmente, ao facto da "relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracterizar-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades. Na gestão

Documento (Ano)	Citações relevantes
Carta de Ottawa (1986)	Empoderamento da comunidade como tema central no discurso da promoção da saúde: "O desenvolvimento das comunidades cria-se a partir dos seus recursos materiais e humanos, com base na auto-ajuda e no suporte social, no desenvolvimento de sistemas flexíveis que reforcem a participação pública e orientem para a resolução de problemas de saúde. Tudo isto exige um acesso pleno e contínuo à informação, oportunidades de aprendizagem sobre saúde, para além de suporte financeiro."
Conferência Internacional em Sundsvall (1991)	Empoderamento das pessoas e participação comunitárias são vistos, numa abordagem democrática, como a força motriz de auto-confiança e desenvolvimento sustentável.
Conferência de Ljubljana (1996)	Recomenda que as reformas sejam centradas nas pessoas e tenham em conta as suas necessidades e expectativas, zelando para que a voz e escolha dos cidadãos influenciem decisivamente o modo como os serviços de saúde são desenhados e operam.
Declaração de Jakarta (1997)	Refere que a participação é elemento essencial para sustentar esforços, já que para ser eficaz é necessário que as pessoas estejam envolvidas na acção de promoção da saúde e no processo de tomada de decisão: "A promoção da saúde deve ser efectuada por e com as pessoas e não sobre e para as pessoas.
Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas 2004-2010	Situação Actual: pobreza de mecanismos formais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde Intervenções Necessárias: - Encorajar experiências de empoderamento do cidadão - Dar voz à cidadania, através de organizações da sociedade civil



DUNST e TRIVETTE citados por OUSCHAN et al (2000), consideram que o empoderamento da pessoa/ cliente inclui comportamentos que são fortalecidos ou aprendidos como resultado de experiências que incluem participação e auto-consciencialização das capacidades do próprio, para que assim consiga controlar e decidir acerca de importantes situações e eventos que ocorrem na sua vida.

De acordo com TOWLE citado por ELWYN (1999), algumas competências para favorecer o envolvimento das pessoas/ clientes foram propostas, não se encontrando contudo investigadas. A sugestão de TOWLE inclui as seguintes competências num processo de envolvimento das pessoas/ clientes num modelo de decisão partilhada:

[illegible]

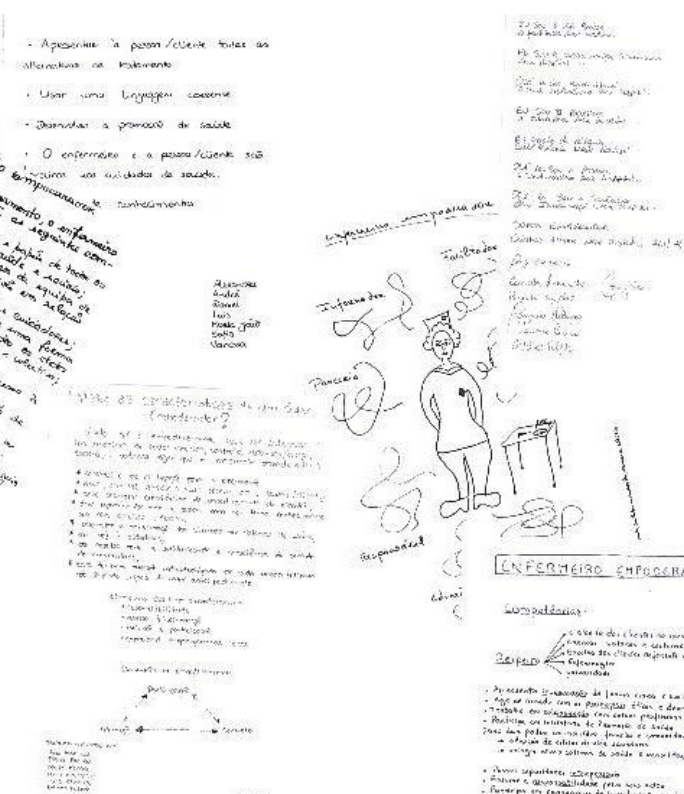
→ Estabelecer ou rever as preferências da pessoa/ cliente, no que respeita à informação;



→ Assegurar escolhas e responder às ideias, expectativas e preocupações das pessoas/clientes;

→ Apresentar as evidências, tendo em conta os passos anteriores, ajudando a pessoa/cliente a reflectir e avaliar o impacto das decisões alternativas com atenção e de acordo com os seus valores e estilo de vida;

→ Fazer ou negociar uma decisão em



partilha, gerindo os conflitos;  
→ Concordar com um plano de acção e estabelecer um "follow-up".

Esta temática foi, igualmente, trabalhada com os estudantes de 1.º ano do 7.º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, tendo-lhes sido sugerido trabalharem, em grupo, o papel do enfermeiro no empoderamento do cidadão, em duas vertentes: metade da turma analisou o documento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, procurando no mesmo, as competências que mais se relacionavam com o empoderamento; os restantes estudantes, procuraram desenhar o perfil do enfermeiro empoderador, tendo em conta o que tinham apreendido dos conhecimentos leccionados. Os resultados dos trabalhos foram muito bons: os diversos grupos de estudantes trabalharam, de uma forma original e criativa o tema, como se pode ver pela figura seguinte.

Com esta dinâmica de trabalho, os estudantes mostraram-se muito interessados e motivados pelo tema, trabalharam eles próprios a temática, através da análise de documentos e discussão de ideias, competências essenciais a serem desenvolvidas nos estudantes.

### **Conclusão**

O desafio que hoje se coloca aos profissionais de saúde é, sem dúvida, numa dimensão particular enquanto engloba o indivíduo, sem esquecer os familiares e a comunidade em que estão integrados.

O profissional de saúde, ao prestar cuidados, deverá ir de encontro à satisfação das necessidades da pessoa visando contribuir para um bem-estar e atingir assim um melhor grau de saúde.

Afirma-nos HESBEEN (1997) que esse cuidado, essa atenção é única. Não é preestabelecida nem programável nem repetida de indivíduo para indivíduo. Deve ser sempre pensada, repensada e criada. É para o autor, singular como o é a situação de vida

em que o prestador de cuidados é levado a prestar cuidados a uma pessoa.

Esta prestação de cuidados individualizada pressupõe um conhecimento profundo do ser humano. Para isso é importante o uso de competências técnicas mas também habilidades interpessoais. O estabelecimento destas relações é, de facto, extremamente importante para humanizar e melhorar a qualidade dos cuidados que se prestam.

Todavia, para que a mudança seja efectuada é necessário que as pessoas interiorizem em si essa necessidade de mudar. A mudança pessoal ainda continua a ser um processo longo e lento, por vezes penoso, representando sempre o quebrar com um equilíbrio adquirido, mesmo que não seja um equilíbrio real.

Mas é sem dúvida através de uma participação mais activa quer dos profissionais quer das pessoas/ clientes, bem como da articulação efectiva entre os vários níveis de cuidados que será possível essa mudança que cada vez mais se nos afigura como um desafio neste processo de saúde/doença de cada um de nós.



É necessário, como refere Sakellarides (2005), "investir nas pessoas, nos seus valores, nas

suas escolhas e preferências, na pedagogia da informação e do conhecimento, na partilha rigorosa dos resultados.”

Pensamos que ao trabalharmos esta temática conjuntamente com os estudantes de enfermagem estamos não só a contribuir para o seu desenvolvimento académico, como também conseguimos que os estudantes interiorizem e se apercebam que empoderar pessoas/ clientes, é algo que apesar de complexo, é muito gratificante e apresenta repercussões a vários níveis, uma vez que não só a pessoa sente-se mais completa e capaz de procurar soluções naquilo que a ela lhe diz respeito, num momento pontual, como também esse empoderamento vai espelhar-se em situações futuras.

### Referências Bibliográficas

- Carta de Ottawa (1986).<http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- Conferência Internacional em Sundsvall (1991)[http://www.saudepublica.web.pt/05-Conferência de Ljubljana \(1997\)](http://www.saudepublica.web.pt/05-Conferência de Ljubljana (1997))
- ELWYN G, EDWARDS A, WENSING M, HOOD K, ATWELL C, GROL R (2003). Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality Safety Health Care*, 12, 93-99.
- FILHO, Hilson – Os Call Centers, no contexto do Sistema de Informação e Conhecimento em Saúde para o Cidadão, em Portugal e o caso da “Saúde 24”. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. Tese de Mestrado.
- HELLING L, SERRANO R, WARREN D (2005). Linking community empowerment, decentralized governance, and public service provision through a local development framework. *Community Driven Development: Social Protection Discussion Paper nº. 0535*.
- HESBEEN, Walter – O cuidar no hospital- enquadrar os cuidados de enfermagem

numa perspectiva de cuidar. Paris: Lusociência, 1996.

- OMS – Community participation in local health and sustainable development. *European Sustainable Development and Health Series: 4*, 2001.
- OMS – Health Promotion Glossary – Division of Health Promotion, Education and Communications, 1998
- OMS – A Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI. OMS, 2002. [www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/portuguese2.pdf](http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/portuguese2.pdf)
- OUSCHAN R, SWEENEY JC, JONHSON LW (2000). Dimensions of Patient Empowerment: Implications for Professional Services Marketing. *Health Marketing Quarterly*, Vol.18, 2000.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004/2010. <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/>
- SAKELLARIDES, Constantino (2005). De Alma a Harry: crónica da democratização da saúde. Almedina.
- WORLD BANK – “empowerment” and poverty reduction: a sourcebook. PREM, May, 2002.



Ana Lúcia Ramos

Mestre em Saúde Pública  
Licenciada em Enfermagem  
Equiparada a Assistente da  
ESS-IPS

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

# PROLAPSO DO CORDÃO UMBILICAL: Uma urgência obstétrica

Fernanda Gomes da Costa

**Palavras-chave:** prolapso do cordão umbilical; factores desencadeantes; acções emergentes

Segundo BOBAK (1999:294) o prolapso do cordão umbilical "*ocorre em um de cada 400 nascimentos*". Esta situação resulta numa urgência obstétrica, pois o cordão umbilical encontra-se comprimido entre a parte fetal que se apresenta no canal de parto e a pelve óssea materna, a vagina, ou ambas, consoante a descida fetal já efectuada.

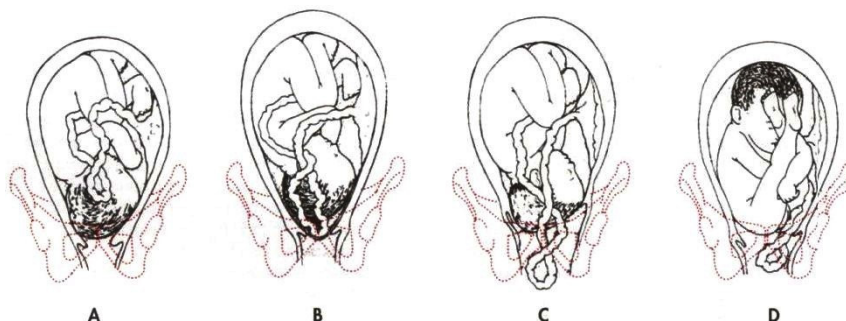
Os factores desencadeantes de um prolapso do cordão umbilical versus a sua compressão podem ser vários (Figura 1), designadamente: presença de hidrâmnios (a apresentação cefálica não encaixa no segmento inferior uterino), apresentação fetal anómala (como é o caso da apresentação pélvica e a apresentação transversa), estreito materno contraído, rotura prematura das membranas (RPM) associada a uma apresentação fetal alta, placenta prévia marginal, feto pequeno para a idade

gestacional (PIG), gravidez múltipla (associa fetos PIG) e cordão umbilical de grande comprimento (com mais de 100cm).

Diagnosticar um prolapso do cordão umbilical pode não ser fácil, especialmente se este está recôndito (prolapso oculto), contudo o seu rápido reconhecimento torna-se relevante devido à consequente hipóxia fetal.

Quando o cordão umbilical é comprimido pela pressão exercida pela parte fetal contra as paredes maternas a consequência é interferência na circulação feto-placentária ou até mesmo interrupção do fluxo sanguíneo (de e para o feto por mais de 5 minutos), o que origina anóxia e consequente lesão do sistema nervoso central ou morte fetal.

No prolapso oculto do cordão umbilical as membranas, envoltentes do líquido



**Figura 1**

Representação de situações possíveis no prolapso do cordão umbilical.

**A.** Prolapso do cordão umbilical oculto numa apresentação fetal cefálica (pode ter ou não membranas intactas); **B.** Prolapso do cordão umbilical oculto numa apresentação fetal cefálica (pode ter ou não membranas intactas), mas a ansa do cordão progrediu mais; **C.** Prolapso do cordão umbilical observável no intróito vaginal numa apresentação fetal cefálica, com rotura de membranas; **D.** Prolapso do cordão umbilical oculto numa apresentação fetal pélvica perfeita com rotura de mebranas.

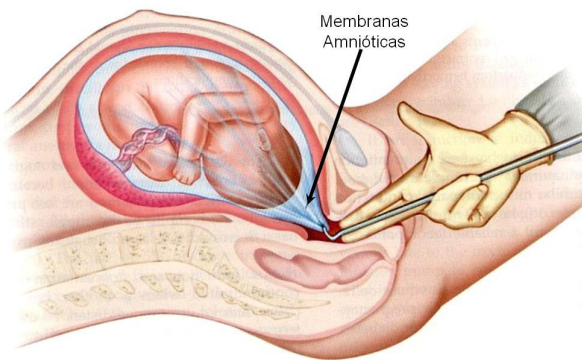
Fonte: BOBAK. M. Irene; et al (1999)



amniótico, encontram-se intactas e o cordão decaiu para o canal cervical e posicionou-se à frente do feto ou ficou ao lado da parte fetal que se apresenta.

Frequentemente descobre-se um prolapso oculto do cordão umbilical porque se detecta um padrão anormal da frequência cardíaca fetal (110 a 150 b/min é considerado o padrão normal).

Para que se visualize uma ansa do cordão umbilical a projectar-se da vagina é necessário que já tenha ocorrido a rotura das membranas (RM).



**Figura 2**

Rotura artificial das membranas (RAM)

Fonte: Adaptado de Sherwen Laurie N. Et al (1999)

Habitualmente a rotura é espontânea (REM - rotura espontânea das membranas) e como a apresentação ainda se encontrava alta, designadamente no estreito superior, houve espaço para que o cordão deslizesse entre o feto e a parte que se apresenta. Daí que, quando se procede à rotura artificial das membranas (RAM) é indispensável ter o cuidado de não retirar os dedos (indicador e médio), que serviram de condutor à pinça de rotura, do canal de parto antes de se sentir que com o esvaziamento do líquido amniótico e a acção da gravidade, a apresentação fetal fique imobilizada e adaptada à pelve materna sem que haja comprometimento do cordão (Figura 2). Esta é a razão pelo que não se efectua

uma RAM antes da apresentação fetal estar no estreito inferior. Após este procedimento deve-se avaliar os batimentos cardíacos fetais (BCF) pelo menos 1 minuto completo, para despiste de uma frequência cardíaca anómala.

É importante escutar a parturiente que teve ou lhe foi provocada a rotura de membranas, ela pode referir que sente "algo" entre as suas pernas e tratar-se do cordão umbilical.

Durante o período gravídico, se existem causas predisponentes para que ocorra prolapso do cordão dever-se-á considerar que a gravidez é de alto risco e a sua vigilância deverá ser acurada. Em caso de ocorrer prolapso do cordão umbilical antes de uma dilatação cervical completa a melhor opção de procedimento será o parto por cesariana.

Quando se está perante um prolapso do cordão umbilical é necessário estar constantemente a avaliar BCF, pois se o cordão fica com uma frequência cardíaca bradicárdica ou deixa de pulsar pode ser indicador de sofrimento ou de morte fetal.

O diagnóstico de prolapso do cordão umbilical exige uma intervenção imediata que vise aliviar ou minimizar a



**Figura 3**

Parturiente com prolapso do cordão na posição geno-peitoral

Fonte: BOBAK. M. Irene; et al (1999).

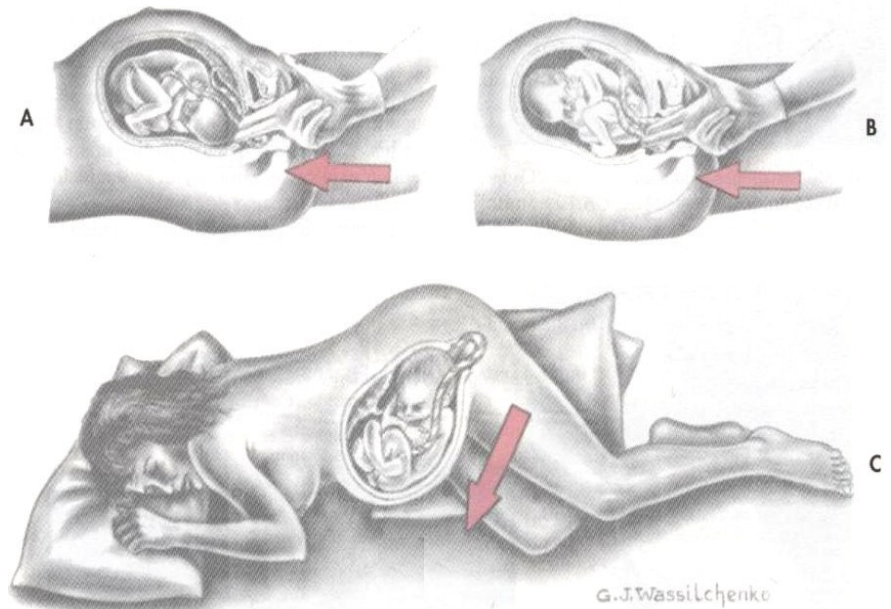
compressão exercida sobre o cordão. Assim, a enfermeira obstetra que detectou a situação deve solicitar auxílio e avisar o médico obstetra, providenciar um parto por cesariana, colocar a

parturiente em posição geno-peitoral (Figura 3), ou em Trendelenburg's extrema ou em posição de Sims modificada e elevar a pelve materna com almofadas (Figura 4), para que a compressão do cordão seja menos intensa através da acção da gravidade.

**Figura 4**

As setas assinalam a direcção da pressão exercida contra a apresentação fetal no intuito de aliviar a compressão do prolapso do cordão umbilical. **A-** Representa uma apresentação fetal cefálica e de vértice com RM; **B-** Representa uma apresentação pélvica com RM. **C-** Representa uma parturiente com um prolapso do cordão numa apresentação cefálica e com RM, em posição de Sims modificada com as ancas mais elevadas possível, com a ajuda de almofadas.

Fonte: BOBAK. M. Irene; et al (1999).



Caso a mudança de posição não resulte em padrão normal dos BCF, especificamente se persiste uma bradicárdia fetal com desaceleração, que pode ser variável consoante há manifestação de contracção uterina (a parturiente deve estar monitorizada com o cardiotocógrafo, para os BCF e para a contractilidade uterina), então tendo em conta a técnica asséptica e com luvas esterilizadas a enfermeira ou o médico obstetra deve realizar o toque vaginal introduzindo os dedos indicador e médio da sua mão dominante e tentar mobilizar, empurrando a apresentação fetal de modo a aliviar a pressão exercida sobre o cordão e promover a passagem de fluxo sanguíneo. O cordão nunca deve ser manipulado, pois pode ser traumatizado.

A porção da ansa do cordão umbilical observada no intróito e exterior à vagina deve ser envolvida em compressas esterilizadas, embebidas em soro

fisiológico morno a 0.9%.

A importância da administração de oxigénio à parturiente, por máscara, a um ritmo de 10 a 12 l/min, manifesta-se importante para a oxigenação do sangue materno e fetal.

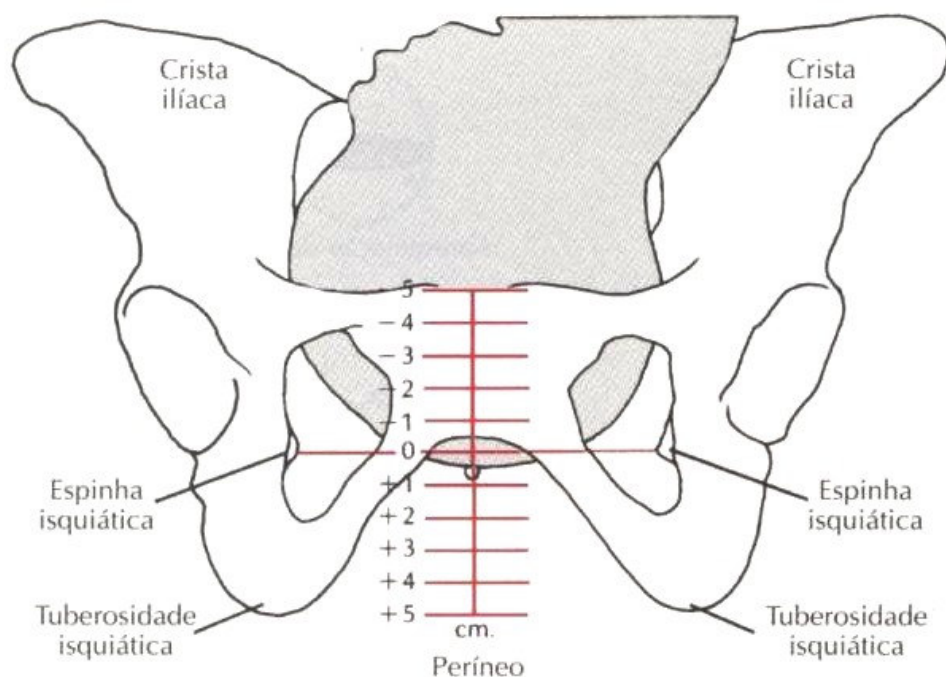
A colocação ou manutenção de uma

perfusão em veia periférica torna-se imprescindível para hidratação e permeabilidade da veia.

Concomitantemente a todo este processo a comunicação com a parturiente/companheiro é uma das acções mais importantes. Com a explicação do que está a acontecer e as razões dos procedimentos, visa-se a transmissão de sentimento de controlo da situação e como 'feedback' a sua cooperação/adesão às recomendações, promovendo-se assim o atenuar dos seus medos.

Contudo, perante um prolapso do cordão umbilical pode-se optar por realizar um parto por via vaginal se os seguintes critérios forem satisfeitos:

- O colo uterino está com dilatação completa;
- A apresentação fetal é cefálica, esta está de vértice e encontra-se no estreito inferior em plano de Hodge positivo (Figura 5);
- Há rotura das membranas;



**Figura 5**

Esquema dos estádios virtuais de uma pelve óssea (1)

Fonte: BOBAK. M. Irene; et al (1999).

- As medições pélvicas e fetais revelam compatibilidade feto-pélvica.

Na urgência obstétrica do prolapso do cordão umbilical, a equipa de assistência (enfermeiros e médicos obstetras) deve actuar em consonância e com rapidez objectivando a facilitação do nascimento.

(1) – Os estádios representam a relação entre a apresentação fetal e uma linha imaginária traçada entre as espinhas isquiáticas da pelve materna que marca a posição zero. Estes estádios exprimem-se em centímetros (negativos) para cima ou para baixo (positivos). O parto é dito de iminente quando a apresentação está em progressão nos estádios positivos e atinge a posição +4 a +5.

### Referências Bibliográficas:

BOBAK. M. Irene; et al (1999). Enfermagem na Maternidade. 4ª ed. Lisboa. Lusociência. ISBN 972-8383-09-6

OLDS S. B.; LONDON M. L. et al (1987). Enfermería Materno-infantil: Un concepto integral familiar. 2ªed. México. Nueva Editorial Interamericana. ISBN 968-25-1150-X.

Sherwen Laurie N. Et al (1999). Maternity Nursing: Care of the Childbearing Family. 3ª ed. Connecticut. Stamford. Appleton & Lange. ISBN 0-8385-7083-6

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY Mecca S. (1986). Enfermagem Obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara. ISBN 85-201-0244-1.

Referências Electrónicas:

<http://www.manualmerck.net/?url=/artigos/%3Fid%3D275%26cn%3D2043>



**Fernanda Gomes da Costa**  
Mestre em Ciências da Enfermagem  
Enfermeira Especialista em  
Enfermagem de Saúde Materna  
e Obstétrica  
Equiparada a Professora Adjunta da  
ESS-IPS

E-mail: fgomes@ess.ips.pt

# ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA

## Estudo Piloto sobre Necessidades de Informação Científica para a Prática de Enfermagem<sup>1</sup>

Cândida Ferrito

### Resumo

Encontrando-nos em contextos onde as exigências são cada vez maiores e os cidadãos mais informados e mais exigentes com os profissionais de saúde, os enfermeiros confrontam-se com a necessidade de adoptar estratégias para garantir uma aprendizagem contínua e atingir um nível de excelência na prestação de cuidados. Sabendo que, para a aplicação prática da evidência é fundamental o conhecimento e a mobilização de habilidades na pesquisa de informação científica, realizámos um estudo exploratório descritivo com os objectivos gerais de identificar necessidades de informação científica e identificar o conhecimento em relação ao conceito de Evidência Científica e a sua aplicação na prática de enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Até ao século XX, os grandes desafios da profissão foram a aquisição de conhecimentos, o reconhecimento das suas competências e ainda a construção da sua identidade profissional. Actualmente, os desafios centram-se na adopção de estratégias para garantir uma aprendizagem contínua, de modo a dar respostas às crescentes exigências e a atingirem-se níveis de excelência na prestação de cuidados.

A produção de conhecimentos em enfermagem é um factor determinante no sucesso terapêutico e na melhoria dos cuidados e dos serviços de saúde, pelo que a investigação em enfermagem começa a impor-se como prática obrigatória, uma vez que é um instrumento com poderes para transformar a actual realidade e os contextos dos cuidados de saúde.

Os enfermeiros cuidam de indivíduos, famílias e grupos em diversos e diferentes contextos, acompanhando-os ao longo do

ciclo de vida. A fonte das ideias concretas para a prática de enfermagem encontra-se nos locais onde se prestam os cuidados. A investigação é assim uma forma de validar a realidade (1).

Sabe-se que, no decurso da obtenção dos graus académicos, são desenvolvidos inúmeros trabalhos de investigação pelos enfermeiros e são vários os autores que referem que os enfermeiros não utilizam os



<sup>1</sup> Síntese do trabalho apresentado para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde no ISCTE no ano de 2002.



resultados dessa investigação uma vez terminado o trabalho, publicado ou não, o seu destino mais provável será uma prateleira.

Sendo que a investigação visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão, alargando o campo de conhecimentos, contribuindo para a saúde das populações, através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem (1, 2), então deveremos assumi-la como um instrumento de trabalho. E como podemos fazê-lo? Quais as fontes de informação científica mais adequadas? Como localizar e seleccionar em tempo útil a melhor informação científica?

A resposta a estas questões poderá estar na aplicação prática da Enfermagem Baseada na Evidência (EBE). A EBE é considerada como um novo movimento que se apoia nas bases conceptuais da Medicina Baseada na Evidência (MBE), que foi definida pelo Professor Sackett, em 1997, como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência clínica disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada doente (3).

A enfermagem baseada na evidência é assim um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados a prestar, baseado na localização e na integração dos melhores resultados científicos procedentes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática de enfermagem (4). A utilização da evidência leva a uma reflexão crítica e construtiva sobre as práticas, mesmo (e sobretudo) as quotidianas.

Uma vez que o primeiro passo para a aplicação da evidência procede da mobilização de habilidades na pesquisa de informação científica, procurámos, assim, identificar quais os modos e a frequência de acesso a essa informação utilizados por um grupo de enfermeiros. Assim sendo foram traçados como objectivos gerais do nosso trabalho:

- Identificar necessidades de informação

científica de um grupo de enfermeiros

- Identificar o conhecimento em relação ao conceito de Evidência Científica e à sua aplicação na prática de enfermagem.

E como objectivos específicos:

- Avaliar em que situações recorrem às fontes de informação científica.
- Identificar as fontes a que recorrem para pesquisa de informação científica.
- Definir modalidades de formação contínua mais utilizadas.
- Avaliar o grau de incentivo que recebem nos serviços onde exercem a sua função para actividades de formação contínua.
- Definir a frequência com que se dedicam a actividades de formação contínua.
- Avaliar o grau de familiaridade e de utilização dos meios informáticos.
- Avaliar o grau de familiaridade com os conceitos da evidência.
- Identificar a opinião que têm sobre a aplicação da Evidência Científica na prática de enfermagem.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo em que o instrumento utilizado foi um questionário com perguntas fechadas. A amostra foi de conveniência, constituída por 124 enfermeiros a exercerem actividade em quatro hospitais de Lisboa.

## **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A amostra era constituída por um grupo de enfermeiros com média de idades de 35,14 anos, sendo 88% do sexo feminino. A média de anos de exercício de profissão era de 11,09 anos. Tendo em conta que a licenciatura de base só teve início no ano de 1998 e que a maior percentagem dos enfermeiros da amostra concluíram o curso nos anos anteriores, verificou-se a existência de um número elevado de enfermeiros com o bacharelato (61 enfermeiros). A maior percentagem pertencia à categoria de enfermeiro graduado, seguido de enfermeiro nível I, que corresponde ao início da carreira.

### **Frequência e modos de formação contínua dos enfermeiros**

Os enfermeiros do estudo revelaram que pesquisam informação científica com frequência, principalmente quando têm um trabalho escrito para realizar ou apresentar (85%), quando são confrontados com uma patologia que desconhecem (75%) e perante uma prática nova (71%).

De entre as várias fontes de informação científica consultada, 99% dos enfermeiros da amostra referiram, em primeiro lugar, a conversa com os colegas. Esta é uma forma simples e imediata de obter resposta e parece ser comum e a mais utilizada entre os profissionais de saúde, uma vez que num estudo efectuado com médicos também se verificou que estes recorrem em primeiro lugar à consulta com os colegas para a obtenção de conselhos terapêuticos (5). A pesquisa em livros foi assinalada por 98% dos enfermeiros. Sendo os livros, fonte de informação que facilmente fica desactualizada, atendendo a que o tempo que medeia entre a sua escrita e a publicação é em média de dois anos. Isto não invalida que neles não possamos encontrar informação útil acerca da fisiopatologia dos problemas, mas nem sempre as respostas adequadas para o estabelecimento das causas dos nossos problemas de diagnóstico, da prevenção ou tratamento (3). Em terceiro lugar foram assinaladas, como fontes de informação, a conversa com os médicos e a leitura de artigos de revistas de enfermagem nacionais. As revistas de enfermagem cumprem uma função importante, uma vez que são a principal fonte de divulgação dos trabalhos e investigações desenvolvidas por estes profissionais de saúde. No entanto, coloca-se a questão de como seleccionar os melhores artigos no meio de tanta publicação disponível.

Como modalidade menos assinalada, (45% dos enfermeiros), foi a procura de informação em bases de dados (CINHAL e MEDLINE). Pensamos que este achado pode

resultar do facto de termos especificado, na questão colocada, duas bases de dados (CINHAL e MEDLINE), levando-nos a supor que os enfermeiros eventualmente desconhecem a existência destas bases de dados. A confirmar esta suposição temos que, quando questionados sobre quais as bases de dados pesquisadas, uma percentagem elevada não responde e apenas 5,6% refere a MEDLINE e uma baixa percentagem refere alguns *motores de busca*, como o Google, Clix, Yahoo e Alta



Vista.

Quanto ao tempo dedicado semanalmente à leitura de assuntos relacionados com a profissão, 41% referiu entre uma e três horas, 21% quatro a seis horas e 31% esporadicamente algum tempo. Estes resultados são sobreponíveis aos obtidos noutro estudo sobre a análise da prática profissional dos enfermeiros e as estratégias e modalidades de formação por eles utilizadas no período compreendido entre o termo da formação de base e o início do curso de especialização, onde se verificou que os enfermeiros dedicavam, em média, três horas por semana à leitura de assuntos relacionados com a profissão e que estes, em média, possuíam uma biblioteca em casa

com cerca de 130 livros (6).

Mais de metade dos enfermeiros não era assinante de qualquer revista de enfermagem e a maioria afirmou ter acesso regular a uma biblioteca.

### **Incentivo dos Serviços para a formação contínua**

O incentivo por parte dos serviços para as modalidades de formação contínua era sentido com mais intensidade por 96% dos enfermeiros, para manterem a actualização constante das práticas e 91% para aprofundarem os conhecimentos. Sentiam-se incentivados a frequentar acções de formação 89% dos enfermeiros, 48% sentiam incentivo para a realização de trabalhos de investigação. Apenas 45% referiram serem incentivados para escreverem artigos científicos.

No que diz respeito à regularidade com que participam em actividades de formação contínua, 72%, revelou que participava entre uma a três actividades anualmente e o tempo dedicado a esta formação situava-se entre vinte e quatro a sessenta horas por ano.

A Investigação em Enfermagem em Portugal parece ser, na sua maioria, desenvolvida em contexto académico. Os serviços onde se prestam cuidados de saúde não criaram ainda uma cultura de investigação, apesar da existência de documentos e linhas orientadoras nesse sentido que nos dizem que a prioridade na maioria dos hospitais deve ser a investigação aplicada, dirigida ao conhecimento e à descoberta das soluções mais efectivas e eficientes num contexto assistencial e populacional concreto (7).

### **Familiaridade e utilização de meios informáticos**

Mais de metade dos inquiridos (58%) revelou utilizar o computador com facilidade, sendo que destes, 73% utilizam-no com mais frequência para pesquisa de respostas a questões práticas. Durante o último ano, 31% dos enfermeiros da amostra referiu não ter feito nenhuma pesquisa, 28% fê-lo uma vez por mês e

25% mais de duas vezes por mês.

### **Familiaridade com os conceitos da evidência**

Quanto à familiaridade com os conceitos da Evidência Científica, em relação às Normas de Orientação Clínica, 53% dos enfermeiros, referiu saber o que são, destes 59% referiram já as ter utilizado na sua prática.

O termo Evidência Científica era conhecido por 47% dos enfermeiros da amostra, através de congressos, acções de formação e seminários, da leitura de revistas médicas, de ouvir falar os médicos, pesquisas em bases de dados e através da leitura de revistas de enfermagem.

Um pouco menos (43%), conhecia o termo Medicina Baseada na Evidência e 35,5% conhecia o termo Enfermagem Baseada na Evidência, através das revistas de enfermagem, congressos, acções de formação e seminários e de pesquisas em bases de dados.

### **Opinião sobre a aplicação da Evidência Científica na prática de Enfermagem**

Nas afirmações sobre a aplicação da Evidência Científica na prática de Enfermagem, que tinham por objectivo saber a opinião sobre a aplicação da Evidência Científica na prática de enfermagem, obtiveram-se elevadas percentagens de "opiniões não formadas" (não sei, não concordo nem discordo). Este facto levou-nos a considerar que a maior parte dos enfermeiros da amostra não conhecem o significado da Evidência Científica, no entanto, na questão em que se relacionava a Evidência Científica com a mudança das práticas no sentido de melhorar os cuidados prestados, as respostas obtidas, comparadas com as outras afirmações, foram em maior percentagem de concordância. Facto este que, na nossa opinião, se traduz numa associação positiva que os enfermeiros estabelecem entre a Evidência Científica e a mudança para a melhoria das práticas.

Comparativamente com todas as afirmações apresentadas, os enfermeiros discordaram

em maior percentagem nas afirmações de que a experiência de cada um é mais valiosa do que a Evidência Científica publicada e de que a Evidência Científica tem pouco peso na actividade diária dos enfermeiros. Em contrapartida, também nestas afirmações se obtiveram as percentagens mais elevadas de opinião não formada. A realidade é que esta temática era recente e praticamente desconhecida entre os enfermeiros.

A melhoria de qualidade dos cuidados é uma preocupação constante dos enfermeiros e aparentemente das Instituições. Cada vez mais a Qualidade é apontada como uma meta a atingir pelas Instituições de Saúde. São implementados programas de qualidade onde, contrariamente aos pressupostos teóricos, os profissionais não são envolvidos, as coisas chegam até eles sem uma explicação, sem uma razão de ser e na maioria das vezes são desfasadas da realidade.

Apesar do pouco conhecimento sobre a evidência científica e a sua aplicação na prática, o grupo dos enfermeiros da amostra sente como importante uma cultura de tomada de decisões baseada na informação científica e que uma prática de enfermagem baseada em evidências supõe uma mudança na melhoria das práticas. Sabe que as suas práticas devem ser baseadas na ciência, desconhece é o modo de como lhe pode aceder.

## CONCLUSÕES

Os enfermeiros em estudo revelaram ter poucos conhecimentos sobre a evidência científica e a sua aplicação na prática. Revelam dificuldades na selecção e na utilização da melhor evidência científica em enfermagem.

Consideramos que estão criadas condições básicas para o exercício da profissão com qualidade, onde estão asseguradas regras da ética e da deontologia profissional, faltando, no entanto, colmatar a lacuna existente entre a investigação e a prática. Não podemos exercer enfermagem baseada em tradições e rotinas. É necessário fundamentar as nossas

actividades em informação científica válida e eficaz. A questão que no entanto se coloca é saber como localizar as fontes de informação científica mais adequadas para a resposta aos nossos problemas. Como aplicar na prática os melhores resultados da Investigação?

A Enfermagem Baseada na Evidência é um meio de aplicar a melhor investigação clínica publicada, às práticas da enfermagem, facilitando assim a tomada de decisões acerca dos cuidados a prestar a cada utente.

A Evidência Científica pode ainda ser utilizada como um instrumento de gestão uma vez que facilita a avaliação entre o custo / benefício de um procedimento, permitindo optar pelo mais adequado, e uma vez que permite o consenso dos cuidados diminuir e evita a dispersão dos gastos em diferentes materiais. Através da utilização da evidência os enfermeiros podem provar com bases sólidas e credíveis as suas acções, contribuindo deste modo para a implementação de mudanças nas Organizações.

## Referências Bibliográficas

1. Fortin M.-F. O processo de investigação: da concepção à realização. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2000.
2. Lamelas EF. La investigación en el currículum de enfermería: grado de influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia. Enfermería Clínica. 2002;12(4):182-7.
3. Sackett DL, Straus S, Richardson S, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone; 2000.
4. Toro AG. Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index; 2001.
5. Carneiro AV. A medicina baseada na evidência [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; [s.d.].
6. Botelho JR. A formação profissional contínua dos enfermeiros [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa; 1993.
7. Direção-Geral da Saúde. O hospital português. Lisboa: Ministério da Saúde; 1998.



**Cândida Ferrito**  
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde  
Licenciada em Enfermagem  
CESE em Saúde Mental  
Comunitária  
Equiparada a Assistente da ESS-IPS

E-mail: cferrito@ess.ips.pt



# SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Ana Paula Gato

*"A sociedade não é um ornamento irremediável da nossa vida...mas um drama do qual podemos ser protagonistas."*

*Fernando Savater*

As questões da qualidade de vida e do desenvolvimento sustentável estão indissociavelmente ligadas à saúde.

Foi há 34 anos que se realizou, em Estocolmo, a 1ª Conferência Mundial do Meio Ambiente, promovida pela ONU, surgindo a Declaração sobre o Ambiente Humano, *"tanto as gerações presentes como as futuras tenham reconhecida, como direito fundamental, a vida num ambiente saudável e não degradado"*.

Em 1987, a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento das Nações Unidas, conhecida como Comissão Brundtland, elaborou o Relatório com o título *O Nosso Futuro Comum*, onde referia a incompatibilidade entre o desenvolvimento sustentável e os padrões de produção e de consumo vigentes. O mesmo relatório define desenvolvimento sustentável como o desenvolvimento que procura satisfazer as necessidades do presente sem comprometer a satisfação das necessidades das gerações futuras. Ou seja, é o desenvolvimento económico, social, científico e cultural das sociedades, garantindo mais saúde, conforto e conhecimento, sem exaurir os recursos naturais do planeta, sem colocar em perigo a sobrevivência e a qualidade de vida das gerações futuras, combatendo a pobreza, a fome e o analfabetismo.

Em 1992 realiza-se no Rio de Janeiro a Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento que ficou conhecida como Cimeira da Terra, dela resultou a Agenda 21, um plano de acção global que inclui as medidas mais relevantes para se alcançar o desenvolvimento sustentável.

A Agenda 21 diz-nos que é necessário:

- Reconhecer a relação entre questões ambientais e de desenvolvimento;
- Eliminar a pobreza;
- Preparar planos nacionais e locais para o desenvolvimento sustentável;
- Exigir que as indústrias adoptem métodos de produção mais seguros e limpos;
- Utilizar a energia de forma mais eficaz e desenvolver fontes de energia renováveis;
- Mudar padrões de consumo.



É o reconhecimento que a protecção do ambiente, a par do desenvolvimento social e económico, são peças essenciais e condições do desenvolvimento sustentável. A Declaração do Rio sublinhava que *"os seres humanos estão no centro das preocupações com o desenvolvimento sustentável. Elas têm direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com a Natureza."*

Catorze anos depois da Cimeira da Terra todos os sinais de insustentabilidade ambiental e social se agravam. A acção humana tem tido, e continua a ter, um impacto destrutivo sobre o meio ambiente. Temos alterado o nosso rela-

cionamento com o meio ambiente nem sempre da forma mais responsável, atirando com os custos para as gerações futuras. Demonstramos alguma incapacidade de compreender a urgência de nos adaptarmos à Natureza em vez de a destruirmos e de tomarmos decisões em termos de desenvolvimento com uma dimensão ética, assumindo uma prática consonante.

As Nações Unidas declararam a década de 2005 a 2015, a década para o desenvolvimento sustentável.

Na Terra, como na sociedade, não existem compartimentos estanques, todos os sistemas se relacionam.

Existem neste momento sérios problemas para a sobrevivência da espécie humana, pois os processos de deterioração do ambiente à escala mundial têm implicações na vida humana, com repercussões na saúde e bem-estar:

- efeitos contaminantes da actividade industrial e agrícola,
- alterações climáticas
- desertificação
- perda da biodiversidade
- aumento dos desequilíbrios demográficos
- exploração dos recursos renováveis a um ritmo que não permite a sua regeneração
- esgotamento progressivo dos recursos não renováveis

Existe necessidade imperiosa de regularmos o nosso crescimento com a consciência que não podemos continuar a ser predadores de recursos cada vez mais escassos.

A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos realizada em Viena em 1993, estabelece pela 1ª vez relação entre direitos humanos e o meio ambiente, considerando o respeito pelo meio ambiente como um dever da humanidade. Não se pode falar de dignidade da pessoa sem que lhe seja dado direito a usufruir de água, ar respirável, alimentação. Assim o desenvolvimento sustentável implica equidade, justiça social, diversidade cultural, respeito por todas as formas de vida, construindo uma sociedade que respeite e dignifique as pessoas. Através da protecção desses direitos previne-se também a discriminação, a pobreza e a exclusão social.

Neste momento a distribuição do rendimento e consumo mundial é profundamente assimétrica, 85% do rendimento concentrado nos 20% da população que vive nos países mais industrializados. Estaremos nós dispostos a sacrificar a alguma coisa a bem das gerações futuras e do desenvolvimento dos mais pobres?



Os desafios em termos de saúde são muitos, o acesso à saúde é quase um luxo da população dos países mais ricos. E mesmo nesses países existem grandes excepções, o Relatório do Banco Mundial em 2001 referia que nos EUA cerca de 40 milhões de pessoas não estão abrangidas pela segurança na saúde e um em cada cinco adultos é funcionalmente analfabeto. Em 1998 a taxa de pobreza (considerada como menos de um dólar por dia), na Europa era de 5,1%, quase 5 vezes mais que em 1987. Temos delapidado os recursos naturais sem diminuirmos as desigualdades, nem melhorarmos o acesso dos que mais necessitam aos bens essenciais para a vida. Os pobres têm maiores dificuldades no acesso a cuidados de saúde, maiores taxas de mortalidade, menor esperança de vida. Estão também associadas à pobreza maiores taxas de mortalidade por doenças transmissíveis. A doença e a morte afectam principalmente as crianças e as mulheres mais pobres, devido à carência de cuidados pré-natais, de saúde reprodutiva e de saúde infantil.

As mortes violentas, o tabagismo, os acidentes de trabalho e até a obesidade afectam mais os pobres.

Estudos feitos na União Europeia apontam para um maior número de casos de doença nas crianças cujos pais tem menor escolaridade, assim como uma maior prevalência de problemas de saúde mental nas classes sociais mais desfavorecidas.



Foto: <http://www.medicosdomundo.pt/>

vezes mais probabilidade de morrerem com doenças infecciosas

- Morrem por dia 3900 crianças vítimas de doenças transmitidas pela água e detritos humanos
- O risco de morrer por causas relacionadas

As desigualdades sócio-económicas de mortalidade estão a aumentar em todos os países da União Europeia que têm esse dados disponíveis.

O Relatório de 2005 do Desenvolvimento Humano dá-nos os seguintes dados:

- 2,5 mil milhões de pessoas vivem com menos de dois dólares por dia - 40% da população mundial.
- Os 500 indivíduos mais ricos do mundo têm um rendimento conjunto maior do que o rendimento das 416 milhões de pessoas mais pobres.
- Uma pessoa que viva na Zâmbia tem menos possibilidades de chegar aos 30 anos que uma pessoa nascida em Inglaterra em 1840.
- A diferença da esperança média de vida entre um país pobre e um país rico é de 19 anos.
- A despesa per capita com a saúde vai de 3000 dólares nos países mais desenvolvidos a 78 dólares nos países com baixos rendimentos.
- Na Federação Russa a esperança média de vida, dos homens, decaiu dos 70 anos (em 1980) para os 59 anos em 2003 (mais baixa que na Índia).
- Mais de 98% das crianças que morrem todos os anos vivem em países pobres.
- As crianças com insuficiência de peso têm 4

com a gravidez e o parto varia de 1 para 18 mulheres na Nigéria para 1 em 8700 no Canadá.

- Morrem por ano 530.000 mulheres na gravidez e no parto.

Estão infectadas com o VIH cerca de 38 milhões de pessoas no mundo, 25 milhões na África Sub-sariana.

Sabemos que a mortalidade é também influenciada pela diferença de rendimentos. Em 1997, Robert Barro demonstrou que a esperança de vida está fortemente ligada ao crescimento económico. Segundo os seus cálculos um crescimento de 10% na esperança de vida pode fazer ganhar 0,4% no crescimento económico anual.

São vários os problemas de saúde relacionados com a pobreza:

- Subnutrição
- Falta de água potável e de saneamento
- Acesso precário a cuidados de saúde
- Doenças infecciosas graves
- Doenças mentais
- Menor esperança de vida

Os mais pobres enfrentam barreiras no acesso

aos cuidados de saúde: geográficas, financeiras, culturais, de conhecimento e até de inexistência de serviços de saúde.

Em 2000 a Assembleia Geral das Nações Unidas fazia a Declaração do Milénio para o Desenvolvimento, estabelecendo como objectivos de desenvolvimento para o milénio:

- Erradicar a pobreza extrema e a fome;
- Reduzir a mortalidade infantil;
- Melhorar a saúde materna;
- Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças (nomeadamente a tuberculose);
- Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento;

Na Cimeira de Joanesburgo, em 2002, na Cimeira Mundial sobre desenvolvimento sustentável foi reconhecida a nível mundial a necessidade de combater a doença e de que a melhoria do estado de saúde das populações passava por erradicar a pobreza. Nesta Cimeira a OMS, com o apoio da União Europeia, lançou um projecto de parceria mundial *"Ambiente Saudável para as crianças"*, assumindo como prioridades para um futuro sustentável a promoção da saúde das crianças e do ambiente. Foi também reconhecido o impacto do ambiente sobre a saúde e decidido prestar uma atenção particular às mulheres, às crianças, e a outros aos grupos vulneráveis como as pessoas com deficiência, os idosos e as populações autóctones. Foi decidido ainda:

- reforçar as capacidades dos serviços de saúde de forma a torná-los mais eficazes e acessíveis
- integrar as preocupações com a saúde nas estratégias de desenvolvimento sustentável
- melhorar a gestão dos recursos humanos da saúde
- reforçar o investimento na investigação
- reduzir até 2015 as taxas de mortalidade infantil e de crianças com menos de 5 anos de idade
- promover parcerias para a saúde
- assegurar água potável, saneamento básico e tratamento de resíduos
- diminuir os acidentes e doenças ligadas

ao trabalho

- criar ou melhorar programas de prevenção das doenças transmissíveis, das doenças crónicas, da toxicodependência, das doenças cardiovasculares, do cancro e da diabetes

- reforçar os programas de saúde mental

O desenvolvimento sustentável exige que sejam satisfeitas as necessidades básicas em matéria de cuidados de saúde.



O sector da saúde não pode satisfazer todas as necessidades fundamentais do homem mas contribui directamente para o desenvolvimento social, económico e espiritual, tal como estes contribuem para a saúde. O índice de desenvolvimento humano é-nos dado pelo estado de saúde, o nível de educação e o rendimento.

Qualquer estratégia de desenvolvimento sustentável deve, segundo a Conferência de Joanesburgo, assegurar a coerência entre políticas e objectivos tendo em atenção os problemas de ordem ambiental, social e económica de uma forma equitativa. Para isso é necessária acção concertada dos vários sectores, um efectivo trabalho de parceria que contribua para melhorar a situação social, ambiental e de saúde das populações.

Em relação à situação em Portugal:

- 27º lugar no índice de desenvolvimento humano de 2005
- Esperança média de vida 77,2 anos (na Suécia é de 80,2)
- Despesa pública com a saúde em % do PIB é de 6,6%, na Alemanha é de 8,6%, embora a despesa per capita seja a mais elevada da Europa



- Prevalência de HIV é de 0,4% entre os 15 e os 49 anos
- Ocupamos o 1º lugar dos 25 da União Europeia em casos de TP, 37 por 100.000.
- Gastamos com educação 5,8% do PIB, a Noruega gasta 7,6%

Desigualdade de rendimentos acentuada entre homens e mulheres, sendo que o rendimento auferido pelas mulheres trabalhadoras é, em média metade do auferido pelos homens.

Dados da Rede Europeia contra a pobreza dizem-nos que em Portugal 20% das famílias têm um nível de rendimento abaixo dos 40% da média nacional.

Assiste-se também a uma polarização crescente da população em torno dos grandes centros urbanos, Lisboa e Porto agrupam mais de um terço da população portuguesa (25% em Lisboa e 12% no Porto) o que levanta problemas em termos habitacionais, de integração, de acesso aos serviços, enfim de qualidade de vida.

E o sistema de saúde? A Constituição Portuguesa consagra o direito de todos os portugueses à saúde cabendo ao Estado garantir uma correcta distribuição dos recursos e o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde.

A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90) estabelece que a saúde constitui um direito acarretando responsabilidade dos cidadãos, da sociedade e do estado. A lei diz-nos que *"Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual, e colectiva tendo o dever de a defender e promover. Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses."*

*de, individual, e colectiva tendo o dever de a defender e promover. Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses."*

O sistema de saúde português é um sistema de saúde misto com uma componente pública, outra social de carácter não lucrativo e outra privada de carácter lucrativo. No entanto o serviço público tem um papel regulador muito relevante.

O Serviço Nacional de Saúde fez 26 anos em 15 Setembro de 2006, data da publicação da lei que o criou. Apesar de alguns indicadores, aqui apresentados anteriormente, não serem muito animadores há que lembrar que em 1960 a taxa de mortalidade infantil era em Portugal de 77,5 casos em 1000, em 2002 era de 5,1 para 1000. A esperança de vida para os homens era de 61,2 anos em 1960 hoje é 73,8 anos.

A OMS no seu relatório sobre sistemas de saúde, publicado em 2000 e que estudava os sistemas de saúde de 191 países, classificou o sistema português em 12º lugar à frente da Alemanha, dos EUA, do Canadá e da Grã-Bretanha.

Apesar de ter havido grandes melhorias na esperança de vida e nas taxas de mortalidade materna e infantil, o sistema de saúde português tem grandes carências ao nível dos cuidados de longa duração e cuidados paliativos, na saúde mental, na saúde ocupacional e na saúde oral. Faltam-nos hospitais de dia, cirurgia de



Foto: <http://www.medicosdomundo.pt/>



Foto: <http://www.medicosdomundo.pt/>

ambulatório, maior articulação entre centros de saúde e hospitais. Portugal tem uma rede de centros de saúde para a prestação de cuidados primários espalhada por todo o país, onde se incluem a medicina geral e familiar, acções de saúde pública e intervenção comunitária. O nº de camas hospitalares por 100 mil habitantes está abaixo da média comunitária, o nº de médicos por habitantes está próximo do da UE (325 por 100 mil), embora sejamos o país da UE com mais médicos hospitalares e com menos médicos de família (55 por 100mil). Por outro lado estamos a viver um processo em que existem simultaneamente uma maior procura dos cuidados e um crescimento dos custos de funcionamento do sistema de saúde. Devido a alterações demográficas, aumento da prevalência do cancro e de doenças infecciosas, medicalização excessiva da sociedade, aumento do número de pessoas com doenças crónicas e desenvolvimento da tecnologia médica.

O progressivo envelhecimento da população portuguesa, devido à diminuição da mortalidade e da natalidade, levanta-nos questões em relação à sustentabilidade do sistema.

Em 1970 a população com 65 anos ou mais representava 9,7% do total da população, em 2003 representava 17%, estima-se que no ano 2050 atinja entre 32 a 36 % da população. As necessidades de saúde das pessoas idosas aumentam substancialmente em Portugal devido ao aumento de pessoas em risco de perda de funcionalidade ou em outra situação de fragilida-

de ou de doença incapacitante ou de evolução prolongada.

As despesas com a saúde não vão diminuir devido ao impacto do envelhecimento nas despesas, embora estudos internacionais dêem maior relevância à questão dos avanços tecnológicos na área da saúde. Será que temos capacidade para assegurar a sustentabilidade do sistema? Se temos o que queremos? Que há a fazer?

O que queremos em termos de sistema de saúde de saúde está intimamente ligado aos nossos valores e à nossa cultura. Talvez por isso exista tanta contestação perante algumas das medidas recentemente implementadas pelo Ministério da Saúde.

A Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável tem como um dos seus objectivos assegurar que as instituições de saúde sejam capazes de suportar o choque do envelhecimento da população sem provocarem um descontrolo das finanças públicas. Um dos objectivos desta estratégia é qualificar os recursos humanos da saúde. Em termos de saúde as metas desta estratégia, também contempladas no Plano Nacional de Saúde, passam por diminuir a população afectada pela toxicodependência e pelo alcoolismo, baixar os níveis de maternidade precoce, diminuir a pobreza e a exclusão social, diminuir a expansão da Sida.

Em Junho 2003 a União Europeia adoptou a

“Estratégia Europeia do Ambiente e Saúde” que tem como objectivo a redução da incidência de doenças causadas por factores ambientais e o estudo dos efeitos da exposição a poluentes.

Em termos de saúde a União Europeia estabeleceu na sua Estratégia para o Desenvolvimento Sustentável alguns objectivos como:

- vigilância da qualidade alimentar,
  - controlo das doenças infecciosas,
  - monitorização do impacto dos poluentes na saúde,
  - promoção da saúde nos locais de trabalho
- melhor controlo do uso dos antibióticos.

Em Junho de 2004 realizou-se em Budapeste, a



4ª Conferência Ministerial da União Europeia sobre Ambiente e Saúde. O tema desta conferência foi “O futuro das nossas crianças” tendo sido discutidas a situação das crianças face à segurança e situações ambientalmente adversas e seu impacto na saúde infantil.

A crise portuguesa, e até da Europa e do mundo, em termos de desenvolvimento e de saúde é uma crise estrutural, as respostas não podem ser as mesmas, não podem ser segundo os modelos clássicos. Implicam um esforço colectivo no sentido de encontrar soluções inovadoras para os novos problemas com que nos deparamos. Implicam o exercício de uma cidadania esclarecida, com conhecimento das coisas públicas, ser informado e fazer uso responsável da informação e do conhecimento. Desenvolvermos uma democracia do conhecimento, tal como defende Edgar Morin, pois só cidadãos cultos e informados, nomeadamente acerca dos seus direitos e deveres, do funcionamento dos serviços, podem ser realmente autónomos nas

suas escolhas. Precisamos de exercer a nossa cidadania e ensinar os mais novos a pensar e a agir.

A complexidade e a crescente diversidade social impõem a necessidade de autonomia e de solidariedade.

Como fazer? Pressupõe que exista a assumpção de:

- novos direitos: eficácia das instituições, transparência, eficiência, informação
- intervir localmente
- a acção dos cidadãos através de movimentos sociais
- uma outra vivência da política.

Isto implica para todos nós, enquanto cidadãos e enquanto profissionais de saúde, reflexão crítica, informação e investigação, aprender com a prática, reflectir sobre as experiências positivas e fundamentar as intervenções.

As questões da sustentabilidade do sistema de saúde são uma responsabilidade individual e colectiva. Têm implicações no desenvolvimento sustentável do nosso país e relacionam-se directamente com a situação dos nossos indicadores de saúde.

Segundo o OPSS é necessário para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e em consequência a sua sustentabilidade:

- promover o acesso aos cuidados,
- conhecer os valores das pessoas a quem se prestamos cuidados,
- haver possibilidade efectiva de reclamação
- disponibilizar informação,
- investir na promoção de saúde,
- envolver nas pessoas no desenvolvimento dos serviços,
- tornar transparente as práticas dos serviços e a sua gestão.

A acessibilidade aos cuidados de saúde pode ser influenciada por factores de ordem financeira, geográfica (distância que têm de percorrer para terem acesso aos cuidados), organizacional (falta de estruturas ou de profissionais) e



sociológica (discriminação , barreiras linguísticas). Importa reflectirmos sobre as implicações



da reforma dos serviços de saúde, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e avaliarmos o seu impacto sobre a qualidade de vida das pessoas. A melhoria do

acesso aos cuidados de saúde, segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS), passa pelo desenvolvimento de novas tecnologias aplicadas à saúde nomeadamente a telemedicina e os callcenters, mais informação e proximidade nos cuidados. É também necessário valorizar os recursos humanos da saúde e distribuí-los de forma equitativa. Apostar nos cuidados de proximidade nomeadamente melhorando os cuidados prestados no domicílio, nas escolas, nos locais de trabalho, nas instituições sociais, nas associações, nas prisões, nos bairros degradados. Melhorar a articulação entre hospitais vocacionados para os cuidados aos doentes em situação aguda, os centros de saúde, as instituições de apoio social e as famílias. Estamos a dar resposta ao previsto no PNS?

O desenvolvimento sustentável pretende salvaguardar os bens da humanidade, tanto a nível ambiental como cultural e de bem-estar.

O desenvolvimento sustentável implica mudança pessoal e colectiva nas formas de encararmos as nossas formas/padrões de consumo e na construção de uma consciência crítica que nos permita fazer escolhas esclarecidas em relação à qualidade de vida que desejamos para nós e para as gerações vindouras. A qualidade de vida está associada à saúde, pois engloba questões como a auto-estima, a existência de redes sociais de apoio e integração, boa forma física, capacidade/oportunidade de aprendizagem e de adaptação, segurança, enfim oportunidade para experimentar a alegria e a felicidade. Nada disto se consegue se não existir um desenvolvimento que respeite a vida em todas as suas dimensões e que nos implique na construção de um futuro melhor para as gerações vindouras. Agir no sentido de um desenvolvimento para todos, que respeite a dignidade e direitos de todas as pessoas, é

concerteza difícil, mas não existe outro caminho ou comprometeremos seriamente o sentido da nossa humanidade.

## Referências Bibliográficas

- BANCO MUNDIAL – *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 2000-2001: panorama geral*, Washington: Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, 2001
- BRUNDTLAND, Harlem Gro, *Our common future*. Oxford: Oxford University Press, 1987. ISBN 0-19-282080-X
- CARIDE, José António; MEIRA, Pablo Angel – *Educação ambiental e desenvolvimento humano*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. ISBN 972-771-712-8
- CASTRO, A. Gomes e tal – *O Ambiente e a Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. ISBN 972-771-640-7
- LEBAS, Jacques; Chauvin. *Precaireté et Santé*. Paris, Flammarion, 1998. ISBN 2-257-10838-8
- LEI nº48/90. *DR I Série*. 195 (90-08-24) 3452-3459
- MORIN, Edgar e tal. *Educar para a era planetária* - Lisboa: Instituto Piaget, 2003. ISBN 972-772-702-0
- MOTA, Isabel e tal – *Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável*. Lisboa, 2005
- OMS, *Santé, croissance économique et lutte contre la pauvreté*. Genève : OMS, 2003. ISBN 9242590096
- OPSS, *Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios. – Relatório da Primavera* - Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. ISBN 972-675-108-X
- SANTANA, Paula – *Geografias da saúde e do desenvolvimento – evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina SA, 2005
- SCHENEIDER – BUNNER, Claude – *Santé et justice sociale*. Paris : Economica, 1997

## Referências Bibliográficas

- [http://www.europarl.europa.eu/comparl/envi/default\\_en.htm#](http://www.europarl.europa.eu/comparl/envi/default_en.htm#)
- <http://www.europedirect.uac.pt>
- <http://www.ine.pt/proderv/quadros/public.asp?ver=por&tema=C&subtema=03>
- <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/lvb/l28117.htm>
- <http://www.un.org/documents/ga/conf151/french/aconf15126-1annex1f.htm>;
- <http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?ArticleID=1503&DocumentID=97&l=f>
- <http://hdr.undp.org/reports/global/2005>
- <http://www.un.org/french/millenniumgoals/>



Ana Paula Gato

Mestre em Comunicação em Saúde  
Enfermeira Especialista em Saúde Pública  
Equiparada a Professora Adjunta da ESS-IPS

E-mail: agato@ess.ips.pt