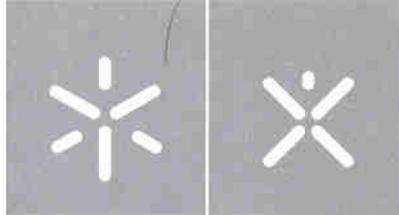




Universidade do Minho
Instituto de Estudos da Criança

Ezequiel Martins Carrondo

**Formação Profissional de Enfermeiros
e Desenvolvimento da Criança: Contributo
para um perfil centrado no paradigma salutogénico**



Universidade do Minho
Instituto de Estudos da Criança

Ezequiel Martins Carrondo

**Formação Profissional de Enfermeiros
e Desenvolvimento da Criança: Contributo
para um perfil centrado no paradigma salutogénico**

Tese de Doutoramento
Área de Conhecimento – Currículo e Supervisão em
Educação Básica, Ramo Estudos da Criança

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Luísa Garcia Alonso

DECLARAÇÃO

Nome: EZEQUIEL MARTINS CARRONDO

Endereço Electrónico: ecarrondo@netvisao.pt **Telefone:** 967 076 325

N.º do Bilhete de Identidade: 8315881

Título da Tese de Doutoramento:

Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico

Orientadora:

Professora Doutora Maria Luísa Garcia Alonso

Ano de conclusão: 2006

Ramo de Conhecimento do Doutoramento:

Área de Conhecimento – Currículo e Supervisão em Educação Básica, Ramo Estudos da Criança

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, / /

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, que me incentivou com os seus afectos. Aos meus filhos Ana e Pedro, que nasceram a meio deste percurso. À minha filha Sofia, que com a sua colaboração me ajudou a concluir este trabalho. À minha mulher Odília, que me acompanhou durante esta caminhada.

À minha orientadora, Professora Doutora Luísa Alonso que, pelo estímulo e desafio no sentido de abertura a novas perspectivas e abordagens, pela confiança nas minhas capacidades de transformação, pela atitude de co-construção e de elevado grau de exigência, me permitiu a concretização deste trabalho de investigação.

À Professora Doutora Maria Fernanda Navarro, agradeço a amizade, a paciência, o apoio e a validação, o entusiasmo, o incentivo e sobretudo a luz que me iluminou em momentos de ânimo e desânimo, que caracterizaram este longo percurso.

A todos os profissionais que colaboraram neste estudo, pela sua disponibilidade e cooperação para o desenvolvimento do conhecimento.

Agradeço ainda, aos meus amigos Maria Antunes e Joaquim Dâmaso, que, com a sua amizade e apoio, me incentivaram para ultrapassar obstáculos e concretizar este trabalho.

RESUMO

Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico.

Este trabalho assume como eixo central a relevância do paradigma salutogénico para a formação e para a prática dos enfermeiros que trabalham em diferentes contextos do desenvolvimento da criança. Aaron Antonovsky foi o grande impulsionador do paradigma salutogénico, introduzindo o novo conceito de “sentido de coerência”, que se desenvolve fundamentalmente durante a infância e a adolescência.

Neste estudo, com base nesse paradigma salutogénico, pretendeu-se contribuir para a discussão e clarificação do perfil profissional do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, e das suas implicações para os programas de formação.

Para isso, assumimos uma abordagem de tipo *qualitativo*, seguindo um percurso metodológico caracterizado pela circularidade e comparação constante, em cinco etapas que se entrelaçam entre si, procurando descrever as competências do enfermeiro, mas também perceber o paradigma onde se enquadravam prioritariamente essas competências, salutogénico ou patogénico.

Foram utilizadas, como formas de recolha de informação, a análise documental de *documentos-chave* - normativos, referenciais e abordagens; o inquérito por entrevista a *informantes-chave “peritos”* - enfermeiros da área da formação e/ou gestão e outros profissionais com experiência de trabalho em/com Centros de Saúde, médicos, técnicos de serviço social, professores e educadores de infância; o inquérito por entrevista a *informantes-chave “práticos”* - enfermeiros que prestam cuidados a crianças e/ou jovens em contexto comunitário, na perspectiva do seu desenvolvimento, e a análise dos *currículos* de formação.

Como resultado, construiu-se o perfil integrado do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, que apresenta características marcadamente salutogénicas. Este perfil organiza-se em quatro dimensões: profissional, social e ética, da prestação e gestão de cuidados, organizacional e comunitária e do desenvolvimento profissional ao longo da vida e contribui para o aumento do sentido de coerência em si mesmo, na criança/pais e noutros intervenientes no processo de desenvolvimento da criança.

ABSTRACT

Nurses' professional training and child development: contribution to a profile centred on the salutogenic paradigm.

The focus of this work is the relevance of the salutogenic paradigm for the nursing training and practice in the different contexts of child development. Aaron Antonovsky was the main contributor for the salutogenic paradigm, introducing the new concept of Sense of Coherence, which develops fundamentally during childhood and adolescence.

We have chosen to undertake a qualitative approach in this study and follow a methodological line characterised by circularity and constant comparison, in five related stages, aiming to describe nursing competences, and also to understand the underlying paradigm – salutogenic or pathogenic.

As sources for this study we used the analysis of normative and referential key documents, as well as other approaches to the matter; interviews delivered to 'expert' key informers – nurse trainers and managers, professionals dealing with health care centres, physicians, social workers, teachers and kindergarten teachers; interviews with 'practical' key informers – nurses who provide health care to children in the context of the community, under a development perspective; and finally the analysis of nursing training curricula.

As the result, we build an integrated profile of the nurse responsible for general care in the community in the scope of child development, which shows typical salutogenic characteristics. This profile is organized in four dimensions: the professional, social and ethical dimension, the health care providing and management dimension, the organizational and community dimension and the dimension of professional development throughout life. This contributes for the intensification of the Sense of Coherence in itself, of children, parents and other persons taking part in the process of child development.

INDÍCE

	p.
INTRODUÇÃO	19

1.^a PARTE

O CONTEXTO TEÓRICO E SOCIAL DA INVESTIGAÇÃO

INTRODUÇÃO GERAL	29
------------------------	----

1. O PARADIGMA SALUTOGÉNICO

Apresentação	31
1.1. O emergir de um novo paradigma de saúde	31
1.2. Os conceitos de saúde e de doença	32
1.3. O modelo biopsicossocial como uma extensão do modelo biomédico	33
1.4. A prevenção da doença e a promoção da saúde	35
1.5. A patogénese e a salutogénese	37
1.6. O “sentido de coerência”	39
1.7. Os “recursos gerais de resistência”	42
1.8. O paradigma salutogénico e os profissionais de saúde	43
Síntese	45

2. SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Apresentação	47
2.1. A criança no contexto da situação de saúde dos portugueses	47
2.2. Teorias e etapas do desenvolvimento da criança	56
2.2.1. Crescimento biológico e desenvolvimento físico	56
2.2.2. Desenvolvimento psicossocial	58
2.2.3. Desenvolvimento cognitivo	59
2.3. Crescer em saúde	62

2.3.1. Da concepção aos 18 meses	64
2.3.2. Dos 18 meses aos 6 anos	69
2.3.3. Dos 6 aos 12 anos	71
2.3.4. Dos 13 aos 18 anos	72
2.4. Factores favorecedores do desenvolvimento e necessidades específicas da criança	73
2.4.1. Família como contexto de desenvolvimento	75
2.4.2. Escola como contexto de desenvolvimento	78
Síntese	83
3. CENTRO DE SAÚDE, ENFERMAGEM E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	
Apresentação	85
3.1. O Centro de Saúde no contexto do sistema de saúde português	85
3.2. O Enfermeiro e o desenvolvimento da criança	87
3.2.1. Contextos e intervenções	87
3.2.2. Programas no âmbito da saúde da criança	88
3.3. O cuidar na perspectiva da saúde	93
Síntese	94
4. FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS E PERFIL PROFISSIONAL	
Apresentação	95
4.1. Evolução histórica da formação e do perfil profissional do Enfermeiro	95
4.1.1. As Escolas	99
4.1.2. O Ensino, os cursos e o currículo	104
4.2. Abordagem do conceito de competência e seu desenvolvimento	115
4.2.1. O conceito de competência	115
4.2.2. Os saberes e a competência	117
4.2.3. A formação para a competência	120
4.3. Concepções de currículo	120
4.3.1. O conceito de currículo	121
4.3.2 Os modelos curriculares	122
4.4. Recomendações e directivas europeias e legislação nacional	123

4.5. Processo de Bolonha	127
Síntese	130

2.^a PARTE

O CONTEXTO EMPÍRICO: CONSTRUÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

INTRODUÇÃO GERAL	135
1. ABORDAGEM E PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO	
1.1. O objecto e a perspectiva de investigação	140
1.2. O percurso metodológico: circularidade e comparação constante	143
1.3. Os procedimentos de recolha, análise e tratamento dos dados	150
1.4. Os critérios de validação	160
1.5. Os aspectos éticos	162
2. ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO, NO ÂMBITO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	
2.1. Construção do perfil dedutivo	166
2.1.1. Bases para a construção do perfil	166
2.1.2. Perfil do Enfermeiro de cuidados gerais	168
2.1.3. Perfil do Enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança	175
2.2. Contrastação com o perfil da Ordem dos Enfermeiros	181
2.3. Construção do perfil indutivo	183
2.3.1. Bases para a construção do perfil	183
2.3.2. As concepções dos informantes-chave “peritos”	183
2.3.3. As concepções dos informantes-chave “práticos”	189
2.4. Perfil subjacente aos currículos de formação	193
2.4.1. Referencial para a análise dos currículos	193
2.4.2. Resultados da análise	198

3.ª PARTE

CONTRIBUTO PARA UM PERFIL CENTRADO NO PARADIGMA SALUTOGÉNICO

1. PERFIL INTEGRADO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO, NO ÂMBITO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	
1.1. Dimensão profissional, social e ética	212
1.2. Dimensão da prestação e gestão de cuidados	214
1.3. Dimensão organizacional e comunitária	217
1.4. Dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida	219
2. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	221
3. IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	223
4. REFLEXÃO FINAL	227
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231

ANEXOS

Anexo 1. Relação dos Documentos analisados	249
Anexo 2. Exemplo de codificação de documento	253
Anexo 3. Entrevista a informantes-chave “peritos”	257
Anexo 4. Exemplo de codificação de entrevista a informantes-chave “peritos”	261
Anexo 5. Síntese das respostas dos informantes-chave “peritos”	265
Anexo 6. Entrevista a informantes-chave “práticos”	269
Anexo 7. Exemplo de codificação de entrevista a informantes-chave “práticos”	275
Anexo 8. Síntese das respostas dos informantes-chave “práticos”	279
Anexo 9. Análise dos planos de estudo do Curso de Licenciatura em Enfermagem	285
Anexo 10. Quadro comparativo do perfil da Ordem dos Enfermeiros e do perfil dedutivo do normativo, referenciais e abordagens	289

LISTA DE SIGLAS

ATL – Actividades de Tempos Livres.

CE – Comissão Europeia.

CS – Centro de Saúde.

CSP – Cuidados de Saúde Primários.

DGCSP – Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

DGS – Direcção Geral da Saúde.

ECTS - *European Credit Transfer System*.

EU- União Europeia.

ICN – *International Council of Nurses*.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

MCIES – Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior.

NSE – Necessidades de Saúde Especiais.

NEE – Necessidades Educativas Especiais.

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PISA - *Programme for International Student Assessment*.

PNV – Plano Nacional de Vacinação.

REEPS – Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde.

RNEPS – Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde.

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

SOC – *Sense of Coherence*.

UE – *Union Européenne*.

UN – *United Nations*.

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*.

WHO – *World Health Organization*.

ONU – Organização das Nações Unidas.

QAAHE - *Quality Assurance Agency for Higher Education*.

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Componentes do modelo salutogénico	44
Figura 2. Os saberes na perspectiva de Le Boterf (1997)	118
Figura 3. Etapas do percurso de investigação.....	144
Figura 4. Síntese do perfil do enfermeiro de cuidados gerais.....	168
Figura 5. Síntese do perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.....	180
Figura 6. Perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003).....	181
Figura 7. Síntese do perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.....	212

INDICE DE QUADROS

Quadro 1. Diferenças entre o paradigma patogénico e o paradigma salutogénico ...	38
Quadro 2. Estádios de desenvolvimento do eu - Eric Erikson (Stanhope e Lancaster, 1999)	59
Quadro 3. Estádios de desenvolvimento cognitivo - Jean Piaget (Stanhope e Lancaster, 1999).....	61
Quadro 4. Necessidades e problemas da criança da concepção aos 6 meses, na perspectiva do sector da saúde.....	64
Quadro 5. Necessidades e problemas da criança dos 6 aos 18 meses, na perspectiva do sector da saúde.....	65
Quadro 6. Necessidades e problemas da criança dos 18 meses aos 6 anos, na perspectiva do sector da saúde.....	70

Quadro 7. Necessidades e problemas da criança dos 6 aos 12 anos, na perspectiva do sector da saúde.....	71
Quadro 8. Necessidades e problemas da criança dos 13 aos 18 anos, na perspectiva do sector da saúde.....	73
Quadro 9. Plano Nacional de Vacinação – 2006.....	92
Quadro 10. O Ensino e os Cursos de Enfermagem no período de 1881 a 1940.....	104
Quadro 11. O Ensino e os Cursos de Enfermagem no período de 1942 a 2001.....	108
Quadro 12. Resumo descritivo das fontes e procedimentos de recolha de informação.....	150
Quadro 13. Organização dos documentos recolhidos.....	151
Quadro 14. Orientação curricular (tendência) dos planos de estudos publicados em DR.....	159
Quadro 15. Síntese do percurso de investigação para a construção do perfil do Enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.....	165
Quadro 16. Organização do perfil do Enfermeiro.....	166
Quadro 17. Competências da área de responsabilidade pessoal e social.....	169
Quadro 18. Competências da área de responsabilidade ética e legal.....	170
Quadro 19. Competências da área de desenho integrado do processo de cuidados...	170
Quadro 20. Competências da área de organização de ambientes de cuidados de qualidade.....	171
Quadro 21. Competências da área de abordagem integradora da pessoa-sujeito.....	172
Quadro 22. Competências da área de organização e gestão de qualidade.....	172
Quadro 23. Competências da área de cooperação e trabalho interdisciplinar.....	173
Quadro 24. Competências da área de intervenção comunitária e acção intersectorial.....	173
Quadro 25. Competências da área de prática reflexiva.....	174
Quadro 26. Competências da área de investigação.....	174
Quadro 27. Competências da área de formação contínua.....	175
Quadro 28. Competências da área de desenho integrado do processo de cuidados	178
Quadro 29. Competências da área de organização de ambientes de cuidados de qualidade.....	179
Quadro 30. Competências da área de abordagem integradora da pessoa-sujeito.....	179
Quadro 31. Competências da área de cooperação e trabalho interdisciplinar.....	179

Quadro 32. Comparação da organização dos perfis de competências.....	182
Quadro 33. Opinião dos “peritos” sobre o perfil - sentido de coerência.....	184
Quadro 34. Opinião dos “peritos” sobre o perfil - processo participativo.....	185
Quadro 35. Conhecimentos a mobilizar para a competência.....	188
Quadro 36. Opinião dos práticos sobre o perfil - sentido de coerência.....	189
Quadro 37. Opinião dos práticos sobre o perfil - prevenção.....	190
Quadro 38. Conhecimentos a mobilizar no desempenho profissional.....	192
Quadro 39. Comparação entre os paradigmas salutogénico e patogénico.....	194
Quadro 40. Comparação entre os modelos academicista/tecnicista e integrado.....	195
Quadro 41. Grelha de referência para análise dos curricula do Curso de Licenciatura em Enfermagem.....	197
Quadro 42. Princípios, temas e conceitos organizadores da formação.....	200
Quadro 43. Competências da área de responsabilidade pessoal e social.....	204
Quadro 44. Competências da área de responsabilidade ética e legal.....	204
Quadro 45. Competências da área de organização de ambientes de cuidados de qualidade.....	205
Quadro 46. Competências da área de abordagem integradora da pessoa-sujeito.....	205
Quadro 47. Competências da área de desenho integrado do processo de cuidados..	206
Quadro 48. Competências da área de cooperação e trabalho interdisciplinar.....	206
Quadro 49. Competências da área de intervenção comunitária e acção intersectorial.....	206
Quadro 50. Competências da área de prática reflexiva.....	207
Quadro 51. Competências da área de investigação.....	207
Quadro 52. Competências da área de formação contínua.....	207
Quadro 53. Competências da área de responsabilidade pessoal e social.....	213
Quadro 54. Competências da área de responsabilidade ética e legal.....	213
Quadro 55. Competências da área de desenho integrado do processo de cuidados..	214
Quadro 56. Competências da área de organização de ambientes de cuidados de qualidade.....	215
Quadro 57. Competências da área de abordagem integradora da pessoa-sujeito.....	216
Quadro 58. Competências da área de organização e gestão de qualidade.....	217
Quadro 59. Competências da área de cooperação e trabalho interdisciplinar.....	218

Quadro 60. Competências da área de intervenção comunitária e acção intersectorial.....	219
Quadro 61. Competências da área de prática reflexiva.....	219
Quadro 62. Competências da área de investigação.....	220
Quadro 63. Competências da área de formação contínua.....	220

INTRODUÇÃO

O ponto de partida de qualquer investigação é, como refere Fortin (1999), uma situação que, considerada como problemática, inquieta, causa mal-estar, exige uma explicação ou uma melhor compreensão e determina a motivação para investigar.

Desde muito cedo a problemática da saúde das populações nos tem preocupado, nomeadamente nos aspectos referentes à contribuição do sector da saúde e em particular dos Centros de Saúde e dos enfermeiros para a elevação do nível de saúde das pessoas e das comunidades.

Ao longo do nosso percurso profissional e académico, como enfermeiro e investigador, a reflexão sobre os problemas das relações entre saúde e doença, entre promoção da saúde e prevenção da doença, da reorientação dos serviços de saúde, do papel dos profissionais e da participação das populações, levaram-nos a questionar os processos de trabalho nos Centros de Saúde e respectiva comunidade de abrangência. Serão estes processos de trabalho os mais favorecedores do desenvolvimento e da capacitação das pessoas e das comunidades, para resolverem os seus problemas e se responsabilizarem pela sua saúde?

Um estudo realizado anteriormente, conducente à elaboração da tese de mestrado em promoção/educação para a saúde, versou sobre a participação dos profissionais e dos utentes dos Centros de Saúde, enquanto instituição promotora da saúde das populações por excelência, tendo os resultados apontado para baixos níveis de participação, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte dos utentes.

Esta inquietação acentuou-se enquanto docente da área de saúde comunitária e formador de enfermeiros numa Escola Superior de Saúde, questionando-nos sobre a formação de enfermeiros e a adequação do currículo a um perfil de desempenho profissional que contribua de forma efectiva para a promoção da saúde das pessoas e, nesta perspectiva, para uma sociedade mais saudável, próspera e produtiva.

A promoção da saúde encontra no paradigma salutogénico os fundamentos para o desenvolvimento da prática profissional. Este paradigma emerge pela publicação científica das diferentes áreas do saber (e.g. sociologia, psicologia, enfermagem, medicina), tendo como grande impulsionador Aaron Antonovsky. Este autor cria um

novo modelo, o modelo salutogénico, que se caracteriza por considerar que a vida é um contínuo de momentos de bem-estar e de momentos de mal-estar, que conduz invariavelmente à morte, não se pode estar sempre “bem” ou sempre “mal” e cada pessoa ou cada grupo aceita tanto melhor, quando está “mal”, a necessidade de passar a um estado de bem-estar, quanto maior for o “sentido de coerência” dessa pessoa ou desse grupo. O “sentido de coerência”, do inglês “sense of coherence” é o resultado das seguintes competências:

- Ser capaz de ler e interpretar a realidade do meio interno e externo, identificando e valorizando os factores positivos (salutogénicos) no geral, e em particular, naquilo que ela tem a ver com o “bem-estar” ou o “não estar bem”. A identificação dos factores positivos conduz ao reconhecimento de que existem pontos de partida úteis para a acção – “sense of comprehensibility”.
- Ser capaz de procurar e mobilizar recursos para intervir sobre a realidade identificada – “sense of manageability”.
- Desejar envolver-se na solução de problemas e/ou melhoria de situações - “sense of meaningfulness”.

Para Antonovsky (1987), o “sentido de coerência” desenvolve-se durante as primeiras três décadas de vida. Na primeira infância, a sua construção faz-se pela interacção da criança nos seus relacionamentos mais íntimos, principalmente na família. Mais tarde, ao longo da infância e adolescência, as experiências resultantes da interacção com outras pessoas e instituições, como por exemplo a escola, potenciam ou enfraquecem-no. Quanto maior for o sentido de coerência das pessoas, mais aptas se encontram para resistir aos factores adversos e para intervir no sentido de os modificar, através do exercício da participação (Navarro, 1999).

Nesta linha de pensamento, para a construção de uma sociedade mais saudável é imprescindível que todas as crianças tenham uma infância saudável. O período pré-natal e a primeira infância influenciam a saúde na adolescência e na vida adulta, pelo que o desenvolvimento da criança é considerado como um poderoso determinante da saúde, devendo os primeiros tempos de vida constituir o principal período de investimento, em vista à melhoria dos resultados ao longo da vida. Vários estudos demonstram a

existência de fortes ligações entre o estado de saúde do adulto e a sua capacidade de adaptação, identidade pessoal, competências e eficácia pessoal. O desenvolvimento da capacidade de adaptação e a resistência às doenças, bem como a saúde e o bem-estar em geral dependem em grande parte das experiências da primeira infância, conforme afirmam McCain e Mustard (1999:5):

“There is powerful new evidence from neuroscience that the early years of development from conception to age six, particularly for the first three years, set the base for competence and coping skills that will affect learning, behaviour and health throughout life.”

A política de “saúde para todos no século XXI”, adoptada em Maio de 1998, na 51.^a Assembleia Mundial de Saúde (WHO, 1999_a) estabelece como meta número três, o início de uma vida saudável, defendendo a implementação de políticas que contribuam para uma família apoiada, crianças desejadas e boa capacidade parental. Neste documento é reconhecida a importância do paradigma salutogénico, com a sua inclusão como recomendação estratégica para a meta número quatro, relativa à saúde para os jovens:

“Proposed strategies: A sense of coherence and belonging - Health is created if people are confident that life is manageable and meaningful, and if they have adequate resources (mental, physical, emotional, social and material) to meet whatever demands are placed on them. As a sense of coherence and belonging must be built up from infancy and childhood, experiences in family, kindergarden, school and health care environments have an important role to play in ensuring that young people get a consistent message and acquire the resources and coping skills that life requires.” (WHO, 1999_a: 28)

Destaca-se aqui a importância do desenvolvimento do sentido de coerência durante a infância, um período de desenvolvimento e socialização fundamental e decisivo na aquisição de competências que permitam a construção de projectos de vida, de forma autónoma, coerente e responsável. Quanto maior atenção se prestar ao início do ciclo vital, tanto mais se melhora a condição de bem-estar e de viver em saúde na vida adulta e na velhice e como tal se concebe uma sociedade mais saudável. Sendo as famílias responsáveis pela saúde e desenvolvimento das suas crianças, não o podem fazer de forma isolada, pelo que é necessária a colaboração de vários sectores da sociedade, de forma a proporcionar às crianças um ambiente seguro e estimulante, bem como instituições que cuidem e promovam a sua saúde.

De todos os sectores da sociedade, o sector da saúde representa o primeiro e o principal ponto de contacto dos futuros pais e das famílias com crianças de tenra idade. Pode contribuir significativamente para uma acção intersectorial no âmbito do desenvolvimento da criança, nomeadamente através da garantia do acesso universal a serviços de saúde de elevada qualidade, do reforço de redes que incluam outros sectores da sociedade (educação, segurança social, associações, autarquias, etc.), do desenvolvimento de estratégias que favoreçam o papel parental, previnam acidentes e fomentem ambientes saudáveis.

No contexto do sector da saúde, os enfermeiros desempenham um papel chave no desenvolvimento das políticas de saúde, nomeadamente através da promoção da saúde nas várias dimensões da sua intervenção: prestação e gestão de cuidados de alta qualidade, organização de Serviços, intervenção comunitária, entre outras. As suas práticas desenvolvem-se nos vários contextos do desenvolvimento e socialização da criança, Serviços e instituições orientados para o atendimento da infância (Centros de Saúde, Hospitais, Escolas, Creches, Jardins de infância, Associações, etc.), mas fundamentalmente, no contexto básico desse desenvolvimento – a família. A natureza das suas intervenções facilita a colaboração intersectorial, fundamental para a promoção da saúde das crianças.

O desenvolvimento da criança surge assim como uma área nuclear, para a qual contribuem o perfil de desempenho do enfermeiro e o respectivo currículo de formação. O currículo de formação de enfermeiros, em Portugal e no mundo, tem vindo a ser reformulado à medida que as alterações políticas, económicas, culturais e sociais têm vindo a ocorrer no contexto do desenvolvimento da humanidade. Tratando-se da formação de profissionais para o sector da saúde, a sua formação tem vindo, necessariamente, a acompanhar a reformulação dos conceitos de saúde e de promoção da saúde, inerente ao desenvolvimento das sociedades.

Com base nestes pressupostos, neste trabalho pretende-se realizar um estudo com uma abordagem qualitativa, que permita elaborar o perfil de desempenho do enfermeiro em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, como referencial para a prática e a formação de enfermeiros em Portugal, à luz do paradigma salutogénico proposto por Antonovsky, na procura de uma maior e melhor qualidade na formação de enfermeiros e, desta forma, contribuir para a saúde e desenvolvimento da criança, e consequentemente para uma sociedade mais saudável.

Se esta pretensão, à primeira vista, pode envolver uma grande complexidade, pelo pouco conhecimento existente sobre a integração do paradigma salutogénico nos processos de trabalho e nos currículos de formação de enfermeiros, entende-se como inevitável face às grandes inquietações que nos tem levantado. Como nos dizem Lindström e Eriksson (2005), a investigação realizada demonstra que o paradigma salutogénico deverá assumir uma maior centralidade na investigação e nas práticas, nas áreas de saúde pública, medicina, enfermagem, educação, contribuindo assim para a resolução de muitos dos mais urgentes problemas de saúde pública do nosso tempo.

Pretende-se assim, realizar um estudo que permita aumentar e adequar o conhecimento pertinente para a formação profissional de enfermeiros, elaborando o seu perfil de desempenho em contexto comunitário e no âmbito do desenvolvimento da criança.

Os Enfermeiros que exercem funções em Cuidados de Saúde Primários, na União Europeia, são na sua maioria Enfermeiros de cuidados gerais. Como acontece em Portugal, Dinamarca, Suécia, Finlândia, Grécia, Bélgica e Espanha, onde os Cuidados de Saúde Primários são assegurados pelos enfermeiros de cuidados gerais, enquanto noutros países essas funções são exercidas apenas por enfermeiros com formação específica nesta área (CE, 1998).

De acordo com dados de 2002 relativos a Portugal Continental (DGS, 2004), exerciam a profissão, em Centros de Saúde, 6773 enfermeiros, dos quais 5516 eram enfermeiros de cuidados gerais, 999 enfermeiros especialistas e 258 incluídos em outro pessoal de enfermagem. Os enfermeiros especialistas distribuía-se pelas seguintes especialidades: 396 em Saúde Pública/Comunidade, 234 em Saúde Materna e Obstetrícia, 194 em Saúde Infantil e Pediatria e 175 em outras especialidades.

Pode assim verificar-se que 81,44% dos enfermeiros que exercem funções em Cuidados de Saúde Primários são enfermeiros de cuidados gerais. A própria Direcção Geral de Saúde reconhece esta situação no Programa Tipo de Saúde Escolar (DGS, 1996:7) quando refere que “nos serviços de saúde, cada profissional – médicos e enfermeiros qualquer que seja a sua carreira ou especialidade (...) – tem (...) competências para o trabalho em saúde escolar”.

Nesta perspectiva, em alguns países existem diferentes níveis de qualificação para o exercício profissional. Em Portugal, existe a formação de enfermeiros generalistas (grau de licenciado) e a formação especializada, onde se enquadra a

especialização em enfermagem comunitária e a especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Não se pretende no presente estudo distinguir os perfis de desempenho, segundo níveis de exercício profissional, generalista ou especializado. O perfil do enfermeiro em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, é um perfil específico que decorre do perfil do enfermeiro de cuidados gerais. Pretende-se assim, distinguir o contexto do exercício profissional – comunidade - e o âmbito do exercício profissional – desenvolvimento da criança.

As suas competências enquadram-se nas competências do enfermeiro de cuidados gerais (ao nível da formação inicial), pelo que utilizaremos no presente estudo a designação de enfermeiro comunitário ou de enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário. Neste sentido, o conceito de enfermeiro comunitário corresponde ao enfermeiro responsável por cuidados gerais, que desempenhe funções em contexto comunitário - Cuidados de Saúde Primários.

Existindo várias abordagens do conceito de competência, no presente estudo, assumimos o conceito de competência de Alonso (2000, :21):

“a capacidade de agir e reagir de forma apropriada perante situações mais ou menos complexas, através da mobilização e combinação de conceitos, procedimentos e atitudes pessoais, num contexto determinado, significativo e informado por valores.”

O perfil profissional construído neste estudo pretende constituir uma referência para orientar a formação e a prática do enfermeiro em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança. Desta forma, colocamos as seguintes questões de investigação:

- Qual o perfil do Enfermeiro que desempenha funções em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança?
- Será o mais favorecedor do desenvolvimento da criança?
- Os processos de trabalho destes profissionais serão de orientação salutogénica?
- Os currículos de formação profissional serão os mais adequados ao desenvolvimento deste perfil?

São estas as questões a que se procurará responder com o presente estudo, que tem como finalidade contribuir para um perfil centrado no paradigma salutogénico. Para o efeito traçam-se os seguintes objectivos:

Objectivo geral

- Elaborar o perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

Objectivos específicos

- Compreender as práticas e motivações dos enfermeiros em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.
- Compreender as representações dos enfermeiros sobre o perfil e a formação de enfermeiros neste âmbito.
- Identificar o(s) paradigma(s) subjacente(s) às concepções dos “peritos”, dos “práticos” e dos currículos de formação profissional de enfermeiros.
- Retirar implicações para um perfil centrado no paradigma salutogénico.

Este trabalho encontra-se organizado em três partes sequenciais: o contexto teórico e social da investigação, o contexto empírico e o contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico.

A primeira parte consta de quatro capítulos, que são dedicados aos aspectos considerados relevantes para a compreensão do contexto que enquadra o desenvolvimento do presente estudo. O primeiro capítulo estrutura-se em torno do paradigma salutogénico, como proposta fundamental na abordagem da saúde, dos aspectos fundamentais para a saúde e o desenvolvimento da criança, do contributo dos Centros de Saúde e dos Enfermeiros, neste âmbito, da formação e do perfil profissional dos Enfermeiros.

A segunda parte é dedicada ao contexto empírico da investigação – construção do perfil profissional do Enfermeiro – contempla dois capítulos, sendo um dedicado à abordagem e percurso de investigação e outro à análise e construção do perfil profissional do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

Na terceira parte apresenta-se o perfil integrado do Enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, organizado em quatro dimensões, as implicações para a prática profissional e para a formação profissional, concluindo com uma reflexão final.

No final do trabalho, após as referências bibliográficas, apresentam-se os anexos, que incluem os documentos que consideramos relevantes para a compreensão do processo metodológico utilizado no estudo.

1.ª PARTE

O CONTEXTO TEÓRICO E SOCIAL DA INVESTIGAÇÃO

INTRODUÇÃO GERAL

Esta primeira parte consta de quatro capítulos onde são abordados os aspectos que consideramos relevantes para a compreensão do contexto que enquadra o desenvolvimento do presente estudo. O primeiro capítulo estrutura-se em torno do paradigma salutogénico, como proposta fundamental na abordagem da saúde, num contexto social em que a estruturação do sector da saúde ainda se organiza predominantemente em ordem à doença. Os hospitais são considerados por muitos como o núcleo central dos sistemas de saúde e, no imaginário colectivo, o discurso sobre saúde é limitado, em geral, à reflexão sobre a doença.

Assim, o nosso sistema de saúde caracteriza-se fundamentalmente por pensamento e acção de orientação patogénica, procurando evitar a doença (prevenção primária), tratar a doença e as suas complicações (prevenção secundária) e reabilitar (prevenção terciária). Estamos a falar do “paradigma patogénico”, como estruturante do desenvolvimento das ciências que têm como objecto a saúde. Reveladas as suas limitações, perante a evidência que se ia acumulando pela investigação nas várias áreas da saúde, tornou-se necessário encontrar uma outra estrutura teórica para fundamentar a investigação e a acção em saúde. Emerge assim, de forma progressiva, um novo paradigma no campo da saúde, centrado nas origens da saúde e do bem-estar, ou seja na salutogénese, tendo como grande impulsionador Antonovsky, que cria o novo conceito de “sentido de coerência”.

O segundo capítulo é dedicado à saúde e desenvolvimento da criança. A saúde e o desenvolvimento são influenciados por uma variedade de factores do meio físico, social e económico, envolvendo as experiências dos primeiros anos de vida, os estilos de vida e os aspectos de natureza biológica e psicossocial. Neste sentido, pretende-se contextualizar a criança na situação de saúde dos portugueses, abordar as teorias e as etapas do desenvolvimento da criança e os aspectos fundamentais para o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Por fim, serão tratados os factores favorecedores do desenvolvimento e as necessidades específicas da criança, dando especial relevância aos contextos escolar e familiar.

No terceiro capítulo pretende-se abordar a importância do sector da saúde, em particular dos Centros de Saúde e dos Enfermeiros, para o desenvolvimento da criança. Os Centros de Saúde são o primeiro ponto de contacto dos pais/cuidadores das crianças com o Sistema de Saúde, representando um importante contributo para o desenvolvimento da criança, através de vários programas de saúde. O Enfermeiro insere-se neste Sistema de Saúde prestando cuidados de enfermagem, no âmbito dos vários programas de saúde e nos diversos contextos do desenvolvimento da criança: família, escola, creche, jardim-de-infância, associações, etc.

Por fim, o capítulo quatro dedica-se à formação profissional de enfermeiros e ao perfil profissional. O perfil do Enfermeiro tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, desde a chamada enfermagem pré-profissional até à actualidade, decorrendo de modelos de formação determinados por contextos sociais, históricos e culturais. Neste sentido, começando por enquadrar o capítulo com uma resenha histórica, abordamos o conceito de competência e o seu desenvolvimento, as concepções de currículo, as recomendações e directivas europeias, a legislação nacional e o “Processo de Bolonha”.

1. O PARADIGMA SALUTOGÉNICO

Apresentação

Neste capítulo, dedicamo-nos a uma discussão dos conceitos de saúde e doença, dos modelos biomédico e biopsicossocial, da prevenção da doença e da promoção da saúde e ainda da patogénese e da salutogénese. Apresentamos também neste espaço, dois conceitos centrais no paradigma salutogénico, proposto por Antonovsky: o “sentido de coerência” e os “recursos gerais de resistência”. Por fim, abordamos o paradigma na investigação e na acção dos profissionais de saúde.

1.1. O emergir de um novo paradigma de saúde

O paradigma salutogénico emerge por intermédio de publicações científicas das áreas da enfermagem¹, medicina, sociologia e psicologia, tendo como grande impulsionador Antonovsky, que cria um novo modelo – o modelo salutogénico.

Antonovsky publica dois livros centrais², onde critica a hegemonia da orientação patogénica, defendendo a prevalência da questão “porque é que as pessoas se mantêm saudáveis” sobre a questão da causa das doenças e dos seus factores de risco. Começa então a falar-se de um novo paradigma, que decorre da passagem de um modelo centrado na doença e orientado para a prevenção primária, secundária e terciária (patogénico), para um modelo centrado e orientado para as condições e factores que favorecem a saúde (salutogénico).

Passados quatro anos é publicada a tradução sueca³ do livro “*Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*” e, passados dez anos, a tradução em língua alemã⁴, seguindo-se outras publicações⁵, pelo que esta proposta levou algum tempo a fazer parte dos discursos da comunidade científica. A publicação em sueco foi um sucesso de vendas, sendo alvo de várias edições e tendo vendido cerca

¹ e.g. Sullivan (1989, 1993), England e Artinian (1996), Cowley e Billings (1999), Mcallister e Estefan (2002), Taylor (2004).

² Health, stress and coping (1979) e Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well (1987).

³ Antonovsky, A. (1991) Hälsans mysterium. Stockholm: Natur & Kultur.

⁴ Antonovsky, A. (1997) Salutogenese: zur entmystifizierung der gesundheit.

⁵ e.g. Schüffel, W. *et al.* (1998). Handbuch der salutogenese. Konzept und praxis.

de 40 000 exemplares até Novembro de 2005, data da última edição. A difusão do paradigma salutogénico a nível mundial continuou com a publicação da tradução desta obra em japonês⁶ (2001).

Não terá sido alheio a este movimento o impulso dado por Antonovsky com a publicação de vários artigos científicos e a divulgação em várias reuniões internacionais, em que se inclui o seminário da OMS subordinado ao tema: “*Theory in health promotion: research and practice*”, realizado em 1992 em Copenhaga e que deu origem a um artigo publicado em 1996 na revista “*Health Promotion International*”, sob o título “*the salutogenic model as a theory to guide health promotion*”.

Deste modo, a OMS integrou a salutogénese nas estratégias da política de saúde para todos no século XXI, aprovada em 1998 na Assembleia Mundial de Saúde. Em 1999, Bengel Strittmatter e Willman, com o patrocínio do *Federal Centre for Health Education* (Alemanha), apresentaram um relatório sobre o estado da discussão e a relevância do modelo salutogénico. Passados dois anos, em 2001, realizou-se em Paris a *XVII World conference on health promotion and health education*, tendo a comunicação *Salutogenesis and the sense of coherence: focus on WHO health promotion agenda for the 21 century* suscitado um amplo debate.

Estes factos demonstram a importância deste novo paradigma no campo da saúde, o paradigma salutogénico, como fundamento para a formação e para a prática dos profissionais de saúde.

1.2. Os conceitos de saúde e de doença

Numa primeira perspectiva os conceitos de saúde e doença parecem ser de fácil definição, contudo se nos debruçarmos de forma mais atenta verificamos que estes conceitos variam em função da percepção de cada um. De facto, a percepção de saúde e doença é influenciada por valores individuais e sociais, os quais em conjugação com os recursos pessoais e sociais determinam comportamentos sociais, onde se incluem os estilos de vida.

Existem diversas abordagens do conceito de saúde, o qual tem vindo a sofrer várias reformulações ao longo dos tempos, inter-relacionando factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais com o bem-estar. O conceito de saúde de Andrija Stampar, adoptado pela OMS em 1948, é o mais divulgado - “saúde é um estado de

⁶ Yamazaki Y., Yoshii K. (2001). A Japanese Translation of Antonovsky, A. Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well. Tokyo: Yushindo-kobunsha.

completo bem estar físico, mental e social e não só a mera ausência de doença” (Gil Piédrola *et al*, 1988). Este conceito tem sido motivo de discordância por representar a saúde de forma pouco realista, uma vez que o completo bem-estar não é atingível. No entanto, vários autores consideram o conceito positivo na sua visão holística do ser humano, quando relaciona as várias dimensões físicas, mentais e sociais que ligam o Homem ao meio.

Neste sentido, têm sido realizadas diversas tentativas de construção de um conceito mais dinâmico, entendendo a saúde como uma construção permanente de cada indivíduo e de cada comunidade, através do desenvolvimento das suas potencialidades. Hill introduz no conceito de saúde a ideia da reacção satisfatória do organismo humano às condições do meio ambiente em que vive. Esta reacção implica equilíbrio e harmonia ao nível da satisfação das necessidades humanas básicas e da adaptação, sempre posta em causa pelo Homem, a um meio em constante mudança (ap. Ferreira, 1990_b). Para Dubos, o indivíduo saudável deve ser capaz de resistir a ameaças futuras. Salienta-se aqui a situação contrária, isto é, o potencial para problemas futuros. Um outro ponto de vista é o de Dunn, que utiliza a frase bem-estar de alto nível em substituição da palavra saúde e considera que o bem-estar de alto nível permite uma produtividade máxima, o que implica que a saúde é uma condição para que o indivíduo alcance as suas metas na vida, na globalidade (ap. Green e Simons-Morton, 1988).

Nesta perspectiva, de entre as definições propostas por diversos autores, entendemos como adequada a apresentada por Déjours (1986:11), que considera a saúde como a “capacidade de cada homem, mulher ou criança para criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar.”

Actualmente, no âmbito das ciências sociais e da saúde, parece ser consensual o entendimento da saúde, numa visão multidimensional, que não só inclui o bem-estar físico, manifestado por uma percepção positiva do corpo, ausência de sinais e sintomas de doença, etc., mas também o bem-estar psicológico, onde se inclui, entre outras, a alegria, a felicidade e a satisfação com a vida, e ainda, o desempenho, a auto-realização e a capacidade de investir na vida (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999).

1.3. O modelo biopsicossocial como uma extensão do modelo biomédico

A visão mecanicista e reducionista do Homem e da natureza, resultante das concepções de filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon, entre outros,

constituiu-se como orientação científica no século XVII, sendo a realidade do mundo concebida como uma máquina. Com a filosofia de Descartes, a divisão entre corpo e mente levou a que a medicina se concentrasse no corpo, desvalorizando os aspectos sociais, psicológicos e ambientais da doença e dando origem ao modelo biomédico. Este modelo considera que o corpo humano é (ou funciona) como uma máquina, sendo a saúde o funcionamento perfeito dessa máquina e a doença um desvio da normalidade biofisiológica.

Na perspectiva biomédica a doença é concebida como um defeito nos processos biológicos e químicos do organismo, que necessita de ser “reparado”. A origem deste defeito pode ser atribuído a um número limitado de causas (e.g. vírus e bactérias). No diagnóstico médico, a descrição da doença pela pessoa tem que ser traduzida pelo médico em factos objectivos, como sinais e sintomas do processo patológico, ou seja, a doença como experiência tem que ser descodificada em doença como patologia biológica (Bahrs *et al*, 2003). O importante e decisivo é a descoberta do defeito e a procura de uma forma de o “reparar” (tratamento da doença).

A investigação biomédica centra-se na descoberta de deficiências ainda desconhecidas e na comprovação de que são a causa da doença. O tratamento médico procura reparar a deficiência. Este conceito de doença conduz a um grande progresso médico em várias áreas, como por exemplo, o tratamento de doenças metabólicas ou o combate às doenças infecciosas (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999). Entre estas descobertas incluem-se as vacinas, a penicilina, os medicamentos psicoactivos, os princípios activos dos medicamentos, etc.

A crítica ao modelo biomédico motivou amplos debates na década de 70, tendo Engel (1977) apresentado um modelo mais amplo – o modelo biopsicossocial – no qual a origem e progressão da doença é explicada por factores biológicos e psicossociais. A investigação demonstrou que os factores psicológicos e sociais são relevantes para a origem e progressão da doença. Também influenciam o diagnóstico e tratamento da doença, como por exemplo, a percepção dos sintomas, a experiencição da dor, a adesão a um tratamento ou às indicações clínicas (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999).

A ampliação do modelo biomédico, com a integração de factores psicológicos e sociais, não veio, contudo constituir uma orientação completamente nova na discussão. Embora seja amplamente aceite a importância dos factores psicossociais e culturais, o modelo biomédico continua a dominar a prática dos profissionais de saúde (*Ibid.*).

1.4. A prevenção da doença e a promoção da saúde

Ao longo da história têm vindo a ser desenvolvidos esforços de prevenção das doenças, com a introdução de medidas ao nível das condições de higiene, da imunização, etc. As medidas de prevenção primária continuam a ser fundamentadas no modelo dos factores de risco. Este modelo desenvolveu-se na década de cinquenta, fundamentando-se em resultados de estudos epidemiológicos e de estatísticas relacionadas com a doença coronária. Verificou-se uma correlação positiva entre os factores de risco (hiperlipidémia, consumo de tabaco, obesidade, stress, etc.) e a incidência de doença coronária: à medida que aumenta o número de factores de risco presentes, aumenta a probabilidade de um enfarte agudo de miocárdio (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999). Os factores de risco são assim considerados como causas directas de doença, pelo que as medidas preventivas se concentram na extinção ou redução dos factores de risco, em que se incluem os comportamentos.

A partir da Conferência de Alma-Ata (Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde - 1978) e da proclamação da “saúde para todos no ano 2000”, a meta de ultrapassar o modelo biomédico, bem como todas as suas implicações, passou a fazer parte da agenda da OMS. Assim, a Declaração de Alma-Ata definiu como princípios organizativos dos Serviços de Saúde, a acessibilidade, a adequação às necessidades da população, a integração, quer no Sistema de Saúde, quer no desenvolvimento social e económico global da comunidade, baseados na participação comunitária, economicamente suportáveis e em colaboração intersectorial. Preconiza a aceitação de um conceito amplo de saúde, de justiça social, de auto-responsabilidade e de solidariedade e entende a saúde como um recurso que deve estar ao alcance universal de todos.

Em 1986, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, define na sua declaração final (Carta de Ottawa) um novo conceito de promoção da saúde: “ processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam.” A base estratégica decorrente desta conferência engloba a elaboração de políticas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da acção comunitária e o desenvolvimento de capacidades individuais.

Ao nível dos serviços de saúde deverá proceder-se à sua reorientação, devendo *capacitar* para o auto-cuidado, a auto-ajuda e a acção sobre o ambiente, *mediar* criando contextos onde os indivíduos ou os grupos se possam exprimir e *advogar* removendo barreiras políticas e institucionais, possibilitando a concretização de iniciativas locais. Ao nível dos profissionais a revisão das formas de exercício, com *intervenção* concreta e efectiva na comunidade, através de um processo que seja *participativo*. Ao nível das pessoas e das populações a sua *capacitação*, entendendo a saúde como um conceito positivo, que não é da exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde.

As pessoas e as populações podem intervir em todas as áreas, desde que estejam para tal capacitadas, considerando que estar capacitado passa essencialmente por desejar ser “sujeito” e ter auto-confiança. Um dos grandes objectivos de qualquer nação deverá ser o fortalecimento do poder de intervenção e decisão dos cidadãos. As políticas de saúde são da responsabilidade dos governos e das administrações, a qualquer nível organizacional, mas nestas também intervém a população, pelo menos, quando elege os seus representantes. A condição ambiental depende essencialmente dessas políticas e do posicionamento social das pessoas. Aos Serviços de Saúde exige-se que intervenham directamente na capacitação dos indivíduos e grupos e estabeleçam pontes entre estes e as administrações, advogando as pretensões que elevem o bem-estar.

A promoção da saúde passou, assim, a ser definida como um processo e deixou de ser entendida como um conjunto de actividades de prevenção primária (educação sanitária, exames selectivos periódicos, aconselhamento matrimonial, etc.), tal como conceituado por Leavell e Clark (1977) nos níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença – prevenção primária, secundária e terciária.

A OMS estimulou a adopção deste conceito através do lançamento de programas⁷ de promoção da saúde. Seguiram-se várias conferências internacionais, sendo a mais recente a 6ª Conferência Global de Promoção da Saúde (WHO, 2005), realizada em Bangkok, na Tailândia, onde foi aprovada a Carta de Bangkok. Foram analisadas as transformações ocorridas no mundo desde a Conferência de Ottawa: globalização, ambiente, urbanização, transição demográfica e política, novas e re-emergentes doenças, avanços nas ciências médicas e na tecnologia da informação, mudanças no papel do Estado e inequidades na saúde. Nesta conferência foram ainda reafirmadas as estratégias seguidas desde Ottawa, com comprovada eficácia, preconizando-se a continuação no sentido do caminho já percorrido. As escolas, locais

⁷ Programa “Cidades Saudáveis”; Programa Escolas Promotoras de Saúde”; Programa “Hospitais Promotoras de Saúde”; Programa de “Promoção da Saúde no Local de Trabalho”; Programa “Universidades Promotoras da Saúde”.

de trabalho, comunidades e cidades oferecem oportunidades muito importantes para a implementação de estratégias abrangentes fundamentais para a construção de um mundo mais saudável. Destaca-se a *participação* como processo essencial para a capacitação do indivíduo e das comunidades, o acesso à educação e informação, a liderança política, a boa governação, com políticas públicas saudáveis, empenhamento, mobilização e parcerias entre governos, organismos internacionais, sociedade civil e sector privado.

De acordo com a orientação salutogénica teorizada por Antonovsky (1996), existem factores individuais e colectivos que favorecem a saúde e o bem-estar, designando-os por factores salutogénicos. A orientação salutogénica como fundamento para a promoção da saúde, dirige os esforços de investigação e acção a todas as pessoas, seja qual for o contínuo onde se encontrem, tendo como objectivo a potenciação dos factores salutogénicos. Agora, o conceito de promoção da saúde decorrente da Conferência de Ottawa (OMS, 1986) torna-se mais claro. É um processo que tem como objectivo o desenvolvimento das pessoas, aumentando os seus factores protectores (recursos gerais de resistência), através de um forte sentido de coerência, que lhes dá a facilidade de ler a realidade, de encontrar recursos e de se envolverem na resolução dos problemas, o que leva à responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e de toda a comunidade de que fazem parte.

A promoção da saúde surge assim como similar ao conceito de “*empowerment*”, que se desenvolveu na comunidade de psicólogos norte americana e que se refere ao reforço de competências, responsabilidade e capacidade das pessoas e grupos para mobilizar recursos e modificar as situações (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999).

1.5. A patogénese e a salutogénese

O termo “salutogénese” criado por Antonovsky tem origem no latim “*salus*” (invencibilidade, bem-estar, felicidade, saúde) e no grego “*genesis*” (origens) e surge por contraposição ao termo “patogénese”, que tem dominado a orientação médica tradicional (modelo biomédico). A patogénese é descrita como a génese da patologia, expressando a segunda lei da termodinâmica, segundo a qual os sistemas organizados ou os sintomas indicam que o corpo humano pode tornar-se disfuncional, caótico e em mal-estar. Esta abordagem tem como visão central a causa da doença, focalizando-se na doença e na sua prevenção, por oposição à facilitação de uma adaptação activa do organismo ao meio (Long, 2001).

Quadro 1. Diferenças entre o paradigma patogénico e o paradigma salutogénico⁸.

	PARADIGMA	
	PATOGÉNICO	SALUTOGÉNICO
Organismo humano	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema perfeito que será atacado por agentes exteriores do meio físico e social, ou estilos de vida impróprios ou perigosos, de forma aguda, crónica ou fatal; - Conjunto de suposições sobre a origem, natureza, curso e tratamento da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema que está sujeito a um processo entrópico que termina invariavelmente com a morte; - A heterostasia, desequilíbrio, sofrimento, são inerentes à existência humana, tal como a morte.
Conceito de Saúde	Negativo, redutor.	Positivo, multidimensional.
Classificação da Pessoa	Dicotómica (saudável/doente).	Posicionamento num continuum (bem-estar/mal-estar). O bem-estar total e o mal-estar total são o extremo dos pólos. Ninguém está sempre numa das extremidades, desde o momento do nascimento até ao momento da morte. Nesta perspectiva, todos estamos em parte “saudáveis” e em parte “doentes”.
Questões a que procura dar resposta	<ul style="list-style-type: none"> - Como evitar a doença (prevenção primária); - Como tratar a doença ou reparar a incapacidade (prevenção secundária); - Como atenuar os seus efeitos (prevenção terciária). 	<ul style="list-style-type: none"> - Como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências do meio (físicas, biológicas, psicológicas e sociais).
Modelos	Biomédico ou Biopsicosocial. (Processo de trabalho fundamentalmente paternalista ou autoritária)	Participativo. (Processo de trabalho participativo)
Foco da intervenção / investigação	<p>O ponto de partida é aquele agente específico da doença, ou insuficiências ou excessos, que afectam a integridade do organismo (factores patogénicos).</p> <p>Centra-se na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.</p>	<p>Factores envolvidos no posicionamento do indivíduo no continuum rumo ao extremo bem-estar total (factores salutogénicos) - factores protectores de natureza individual e de natureza social. Todas as pessoas em qualquer ponto do continuum bem-estar total / mal-estar total.</p> <p>Visão holística – avaliação global da pessoa.</p> <p>Tem em conta todos os aspectos do bem-estar das pessoas (sinais “objectivos” e sintomas “subjectivos”).</p>
Actores Chave	Profissionais de saúde.	Todos (profissionais e não profissionais). Pessoas e grupos de qualquer natureza e todas as idades.
Resultados esperados	<p>Procura-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuir os factores de risco; - O tratamento específico para a doença. <p>Procura-se evitar o aparecimento de doenças (Prev. Primária), das suas complicações ou a recuperação de funções (Prev. Secundária ou Terciária).</p>	<p>“O movimento para a saúde é permanente e nunca completamente bem sucedido”.</p> <p>Focaliza a atenção nos factores salutogénicos (que ajudam as pessoas a lidar com o sucesso possível ao longo das suas vidas)</p> <p>Procura-se aumentar o sentido de coerência das pessoas, dos grupos e das populações.</p>

⁸ Este quadro foi elaborado com base em Antonovsky (1987, 1990, 1991^a, 1991^b, 1993^a, 1993^b, 1993^c, 1996).

No quadro 1 podem observar-se as principais diferenças entre o paradigma patogénico e o paradigma salutogénico. Antonovsky (1991_b) considera que a orientação salutogénica deve acompanhar a orientação patogénica e não necessariamente substituí-la, pelo que a salutogénese não é simplesmente a contraposição à orientação patogénica. O pensamento patogénico leva-nos a examinar a origem e o tratamento da doença. A salutogénese não significa o contrário, na perspectiva de nos levar a examinar a origem e a manutenção da saúde como um estado absoluto. Assim, todas as pessoas podem ser consideradas como mais ou menos saudáveis, sendo simultaneamente mais ou menos doentes. Aqui a questão é: como é que uma pessoa se mantém mais ou menos saudável no contínuo de bem-estar e mal-estar.

Antonovsky (1990) utiliza a metáfora do rio para descrever a salutogénese e para comparar o pensamento e a acção predominantes na área clínica com a perspectiva salutogénica. O rio simboliza a vida e a pessoa encontra-se sempre a nadar num rio mais ou menos perigoso. A orientação patogénica procura retirar as pessoas, a grande custo, do perigoso rio. Por outro lado, na orientação salutogénica, a nossa capacidade como nadadores consiste numa das defesas contra a perigosidade do rio. A capacidade individual para nadar é análoga ao conceito que Antonovsky designou “sentido de coerência”. Encoraja assim uma mudança de paradigma, do paradigma patogénico (onde inclui o modelo biopsicossocial) para o paradigma salutogénico, apresentando o “sentido de coerência” como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico e ainda outro componente fundamental, os “recursos gerais de resistência”.

1.6. O “sentido de coerência”

O estado de saúde e de doença é determinando, em grande medida, por um factor psicológico individual: uma atitude geral do indivíduo em relação ao mundo e à sua própria vida. Os factores externos, como sejam: a guerra, a fome, as precárias condições de higiene, podem ser nefastos para a saúde. No entanto, mesmo quando expostos às mesmas condições externas, diferentes pessoas encontram-se em diferentes estados de saúde. Assim, de acordo com Bengel, Strittmatter e Willmann (1999), se as condições externas são comparáveis, então o estado de saúde individual depende de como cada um interpreta a vida do ponto de vista cognitivo, afectivo e motivacional e mobiliza e utiliza os recursos disponíveis para manter a saúde e o bem-estar. Antonovsky designa esta “visão” da vida como “sentido de coerência”, que se constitui

como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico (Nunes, 2002). Assim, o sentido de coerência:

“is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one’s internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli, and (3) the demands are challenges worthy of investment and engagement” (Antonovsky, 1987:19).

O sentido de coerência tem como componentes a capacidade de compreensão - “*sense of comprehensibility*”, a capacidade de gestão - “*sense of manageability*” e a capacidade de investimento - “*sense of meaningfulness*”. Estes três componentes estão inter-relacionados, mas pode haver situações nas quais as experiências do indivíduo resultem em *scores* baixos num componente e elevados noutro (Antonovsky, 1993_a, 1993_b).

A *capacidade de compreensão* é a componente cognitiva e refere-se à forma como a pessoa apreende os estímulos do meio interno e externo como informação ordenada, consistente, estruturada e clara. Para uma pessoa com elevada capacidade de compreensão os estímulos que venha a encontrar no futuro são predictáveis, ordenados e explícitos.

A *capacidade de gestão* é a componente instrumental/comportamental e consiste na percepção que cada um tem de que os recursos estão disponíveis e são adequados para responder às exigências requeridas pela situação de estímulo. Estes recursos podem ser pessoais ou sociais, onde se incluem os contributos de pessoas significativas.

A *capacidade de investimento* é a capacidade de cada um para perceber que os acontecimentos de vida fazem sentido, e por isso encontra razão para neles investir a sua energia. Refere-se à amplitude com que a pessoa sente que a vida faz sentido emocionalmente, que vale a pena investir energia nos problemas e nas necessidades. Esta é a componente motivacional do sentido de coerência, a qual é considerada pelo autor como a mais importante.

Estes componentes estão próximos dos conceitos de optimismo, desejo de viver, auto-confiança, etc. Na perspectiva de Lindström e Eriksson (2005), em comparação com outros conceitos (e.g. *coping*, resiliência) o “sentido de coerência” tem uma maior adaptabilidade e uma maior possibilidade de utilização universal. Este conceito é uma combinação da capacidade das pessoas para avaliarem e compreenderem a situação, de

encontrarem uma forma de se direccionarem para a saúde e ainda a capacidade de fazer e de se empenharem para resolver os problemas da vida. Reflecte uma visão da vida pessoal e a capacidade de responder a situações stressantes. É uma orientação global para ver a vida como estruturada, viável e com significado. É uma forma pessoal de pensar, estar e actuar, com auto-confiança, que conduz a pessoa e identificar, mobilizar, utilizar e re-utilizar os recursos à sua disposição.

O “sentido de coerência” pode ter uma influência directa nos diferentes sistemas do organismo humano (e.g. sistema nervoso central, sistema imunológico), afectando os processos de pensamento (cognições) que determinam quando uma certa situação é perigosa ou segura, agradável ou desagradável. Ao mobilizar os recursos existentes, o sucesso da sua utilização leva à redução do estado de tensão, afectando de forma indirecta os sistemas fisiológicos envolvidos no processamento do stress. As pessoas com um forte “sentido de coerência”⁹ têm uma maior capacidade de fazer escolhas, relacionadas com os comportamentos que explicitamente favorecem a saúde (e.g. dieta equilibrada, exercício físico), bem como de estabelecer limites e evitar situações que possam afectar a sua saúde (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999).

Segundo Antonovsky (1987, 1993_a), o sentido de coerência desenvolve-se fundamentalmente durante a infância e juventude e é relativamente estável ao longo da vida. Está completo por volta do 25-30 anos (idade adulta) e só pode ser levemente ou temporariamente modificado. Torna-se mais estável e mais difícil de modificar à medida que envelhecemos. Não sendo exclusivamente constituído por factores individuais, mas também por condições históricas, sociais e culturais, é fortemente influenciado pelas experiências vividas. As pessoas podem desenvolvê-lo ao longo de todo o ciclo de vida, mas principalmente nas primeiras décadas de vida, quando aprendem a lidar com a vida em geral. Na adolescência ainda são possíveis grandes mudanças, uma vez que o adolescente ainda tem muitas opções de escolha e muitas das áreas da sua vida ainda não estão definidas (Nilsson e Lindström, 1998).

⁹ Nos resultados de um estudo realizado em 1996 (Grøholt *et al.*, 2003), que envolveu 10 000 crianças, dos 2 aos 17 anos, de cinco países do norte da Europa (Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia), utilizando um instrumento com os três componentes do SOC, observou-se um baixo sentido de coerência em pais de crianças portadoras de diabetes, epilepsia ou outros problemas do foro psiquiátrico.

1.7. Os “recursos gerais de resistência”

Antonovsky explorou um conjunto de factores e de variáveis a partir de estudos epidemiológicos e a sua correlação com a saúde, a que chamou “recursos gerais de resistência”. Estes recursos são características genéticas, constitucionais e psicossociais: recursos materiais, conhecimento/inteligência, identidade do eu, estratégias de *coping* (e.g. racionalização, flexibilidade), suporte social, estabilidade cultural, religião e uma orientação para evitar situações que ponham em causa a saúde (Lindström e Eriksson, 2005).

O termo “gerais” refere-se ao facto de serem efectivos em qualquer tipo de situação e o termo “resistência” ao facto dos recursos aumentarem a capacidade da pessoa para se relacionar positivamente com os factores adversos e, portanto, aumentarem a resistência da pessoa. Estes funcionam num impacte contínuo nas experiências de vida e capacitam-nos para investirmos e tornarmos coerentes essas experiências de vida que irão dar forma ao sentido de coerência (*Ibid.*). De acordo com Long (2001), podemos agrupar os recursos gerais de resistência em categorias significativas:

- *Ambientais e materiais*: descreve o contexto em que o indivíduo nasce e se desenvolve, podendo envolver recursos materiais, educação, saúde, ocupação, localização geográfica, ambiente físico e níveis de poluição;
- *Físicos e bioquímicos*: refere-se a factores genéticos individuais e incluem características, tais como, a capacidade do sistema imunitário para combater a doença e se adaptar a um ambiente em mudança;
- *Emocionais*: refere-se à identidade do eu, à identificação do papel e à estabilidade da personalidade;
- *Interpessoais* ou relacionais: inclui a rede de suporte social do indivíduo. Por exemplo, o apoio obtido do cônjuge, de um amigo, colega ou religioso;
- *Sócio-culturais*: refere-se à forma como o indivíduo se adapta ao seu ambiente social. Inclui a cultura, o sistema de crenças, a língua, as normas e a extensão com que o indivíduo ou grupo está inserido na sociedade e que dá significado à sua existência.

1.8. O paradigma salutogénico e os profissionais de saúde

Bengel, Strittmatter e Willmann (1999) consideram que as medidas tomadas em vista a capacitar o cidadão para influenciar e participar nos processos de decisão socialmente reconhecidos, são a forma mais prometedora para influenciar positivamente o sentido de coerência. É assim, muito importante criar um mundo no qual as crianças e os adolescentes tenham experiências consistentes, possam recuperar dos estados de tensão e *participar* nos processos de decisão.

De acordo com os mesmos autores, um dos princípios fundamentais do paradigma salutogénico implica a criação de ambientes que coloquem à disposição de crianças e adolescentes recursos suficientes para construir um forte “sentido de coerência”. As medidas a tomar devem favorecer os factores individuais, sociais e culturais: inteligência, educação, estratégias de *coping*, suporte social, capacidade financeira e estabilidade cultural. Estas medidas devem capacitar as crianças através da multiplicação de experiências consistentes que permitam um equilíbrio entre sobrecarga e subcarga.

Lindström e Eriksson (2005) referem que a salutogénese não se limita às fronteiras disciplinares de uma determinada profissão, envolvendo uma abordagem interdisciplinar focalizada na interacção entre as pessoas, nos contextos de vida e nas estruturas da sociedade. A teoria pode ser utilizada ao nível do indivíduo, dos grupos e da sociedade. Neste sentido, na perspectiva dos mesmos autores, o conceito SOC pode ser implementado como uma perspectiva e uma orientação sistemática das actividades diárias da prática profissional, que, criando diálogos capacitantes (facilitadores do desenvolvimento) o reforcem.

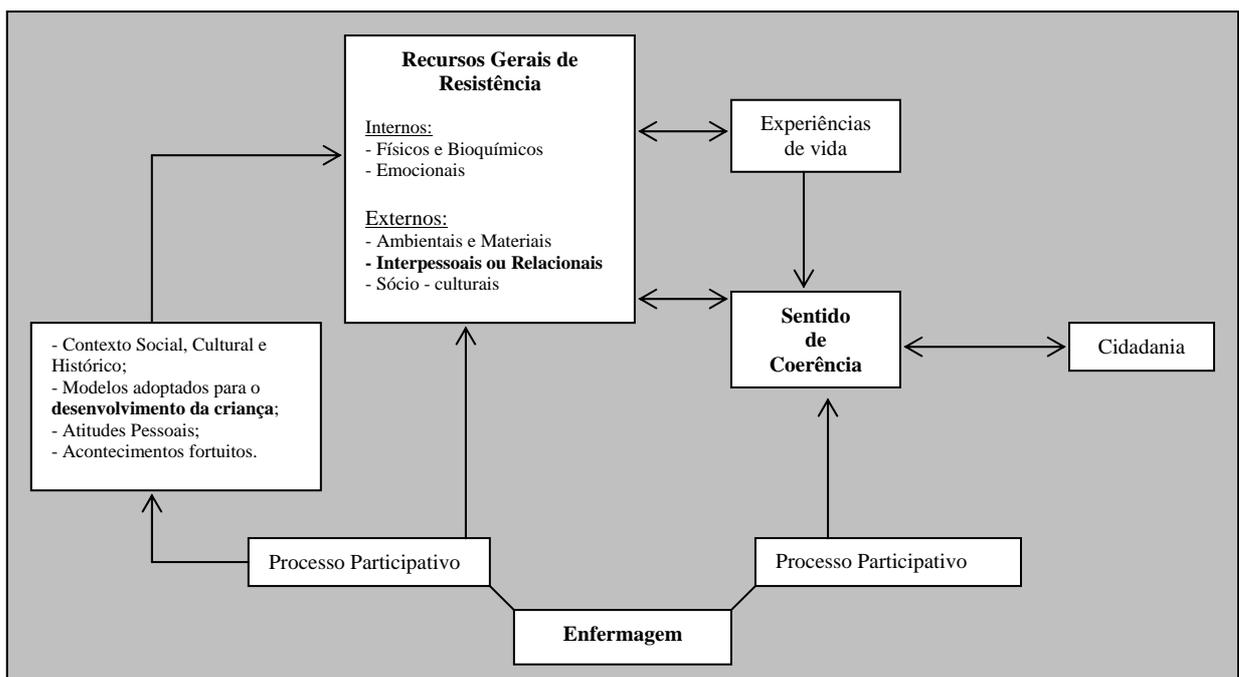
Sullivan (1989, 1993) estudou o modelo salutogénico e a sua adequação à enfermagem, tendo concluído pela sua aplicabilidade e utilidade. A prestação de cuidados de enfermagem deve procurar reforçar ou potenciar o sentido de coerência das pessoas. Este conceito tem sido utilizado pelos enfermeiros na supervisão clínica, em programas de intervenção em grupos, em intervenções junto de doentes portadores de doenças neoplásicas, etc. Os resultados demonstram que o sentido de coerência é influenciado por essas intervenções. Para England e Artinian (1996), com a orientação salutogénica os enfermeiros têm como objectivo melhorar o sentido de coerência dos utentes, nas suas três componentes:

- Entender o ambiente em que se encontra como fazendo sentido – “capacidade de compreensão”.
- Utilizar os recursos disponíveis para fazer face às exigências da sua situação/problema – “capacidade de gestão”.
- Perceber as exigências criadas pela situação/problema como merecedoras de investimento - “capacidade de investimento”.

Estes autores enfatizam que a orientação salutogénica tem implicações, não só nos cuidados de enfermagem, mas também nos cuidados de saúde em geral. Por exemplo, na Suécia, o “*Child and Adolescent Health Centre*” da Universidade de Lund adoptou uma abordagem salutogénica em jovens em risco de desenvolver distúrbios mentais. No Reino Unido, o paradigma salutogénico tem vindo a ser utilizado na investigação desenvolvida na Faculdade de Ciências da Saúde da “*University of Central Lancashire*”.

Bengel, Strittmatter e Willmann (1999), entendem que os princípios da Carta de Ottawa (1986) podem ser transpostos, sem qualquer problema ou contradição, para o paradigma salutogénico, e vice-versa. Nesta perspectiva, segundo Lindström e Eriksson (2005), tem sido utilizado o sentido de coerência, como um princípio de aprendizagem no relatório final do projecto “*European Masters for Health Promotion*”.

Figura 1. Componentes do modelo salutogénico.



Na figura 1 pode observar-se a forma como se relacionam os componentes do modelo salutogénico. As experiências de vida desenvolvem o sentido de coerência, pelo que devem ser o mais consistentes possíveis. Estas experiências tornam-se possíveis pelos chamados recursos gerais de resistência, que se podem dividir em internos (cognitivos, emocionais e atitudinais) e externos (ambientais e materiais, interpessoais ou relacionais e sócio-culturais).

A existência de recursos gerais de resistência resulta em parte do contexto social, cultural e histórico, do desenvolvimento nos primeiros tempos de vida e dos papéis sociais predominantes. As atitudes pessoais e os acontecimentos fortuitos também podem influenciar os recursos de resistência. A amplitude com que os recursos gerais de resistência podem ser mobilizados depende do sentido de coerência. Se existem muito poucos recursos de resistência então o sentido de coerência é influenciado negativamente. Por outro lado, um baixo SOC impede uma óptima utilização dos recursos de resistência disponíveis (Bengel, Strittmatter e Willmann, 1999).

Os enfermeiros integram a rede de suporte social, podendo ser entendidos como recursos gerais de resistência externos interpessoais ou relacionais. O desenvolvimento da criança¹⁰ é considerado como uma das fontes dos recursos gerais de resistência, pelo que a intervenção do enfermeiro a este nível, através de processos participativos, contribui para o reforço dos recursos de resistência e para o aumento do sentido de coerência das crianças e assim para o exercício pleno da sua cidadania.

Síntese

O paradigma salutogénico centra-se na origem da saúde. As pessoas têm acesso a uma variedade de recursos que podem ajudá-las a perceber o mundo como uma realidade organizada e estruturada. Estes recursos são designados por “recursos gerais de resistência”, os quais podem corresponder simultaneamente à capacidade interna (e.g. motivação) ou a possibilidade externa de utilizar as competências de cada um para enfrentar os diferentes desafios no seu dia-a-dia. A capacidade de utilizar estes recursos é descrita como o sentido de coerência e varia de pessoa para pessoa.

O sentido de coerência ajuda as pessoas a compreender, gerir e encontrar significado no mundo, pelo que quanto mais elevado for, mais capacitadas estão para manter e melhorar o potencial de saúde. O SOC desenvolve-se durante as primeiras três

¹⁰ Num estudo realizado na Finlândia (Volanen e tal, 2004), verificou-se uma forte associação entre as condições de vida na infância e o “sentido de coerência”.

décadas de vida, sendo que, na primeira infância a sua base é formada na interação entre a criança e os seus relacionamentos mais íntimos, principalmente na família. Mais tarde, ao longo da infância e adolescência, a experiência com outras pessoas e instituições, tal como a escola, a vida de trabalho e a sociedade em geral, o potenciam ou enfraquecem.

Se a pessoa sente que é valorizada pelo outro e se sente socialmente apreciada, ela desenvolverá um sentido de empenhamento. Mais tarde, se a pessoa se sentir envolvida em algo, e acreditar que entende os problemas com que se depara, estará motivada para tentar encontrar os recursos necessários para resolver esse problema em particular. A *participação* aumenta a capacidade para controlar a nossa própria existência e assim o sentido de coerência.

Estes conceitos salutogénicos podem ser utilizados a nível individual, do grupo ou da sociedade. As instituições da sociedade podem ter uma função salutogénica e os profissionais devem empenhar-se na promoção da saúde e na constituição de instituições salutogénicas.

2. SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Apresentação

Neste capítulo, dedicamo-nos à abordagem dos diferentes factores e contextos que influenciam a saúde e o desenvolvimento da criança. Começamos por contextualizar a criança na situação de saúde dos portugueses, abordamos as teorias e as etapas do desenvolvimento da criança e os aspectos fundamentais para o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Dedicamos também um espaço à abordagem dos factores favorecedores do desenvolvimento e as necessidades específicas da criança, dando especial relevância aos contextos escolar e familiar.

2.1. A criança no contexto da situação de saúde dos portugueses

A protecção dos direitos da criança e do seu desenvolvimento físico e psicossocial está na base da Convenção dos Direitos da Criança (1989), que considera criança todo o ser humano com menos de dezoito anos de idade, salvo se, nos termos da lei atingir a maioridade mais cedo (artigo 1.º). Os limites etários do ser criança variam de sociedade para sociedade, de cultura para cultura e de comunidade para comunidade, surgindo associados à idade que permite exercer todos os direitos cívicos, ao início da puberdade, à idade legal de entrada no mercado de trabalho, à definição da idade para a imputabilidade de menores, à definição de níveis de escolaridade. (Sarmiento e Pinto, 1997)

A saúde e o desenvolvimento são influenciados por uma variedade de factores que envolvem os indivíduos, as famílias e as nações. Os factores do meio físico, social e económico, bem como as experiências dos primeiros anos de vida, os estilos de vida e os aspectos de natureza biológica e psicossocial têm um grande impacte na saúde.

As condições de vida das pessoas, a forma como nascem, vivem e morrem, as suas vivências envolvem complexos mecanismos e inúmeros factores, onde se incluem factores de natureza individual, comunitária e as interacções dos mesmos. Podem ser enumerados, entre outros, género e idade, rendimento e sua distribuição, educação e

literacia, ambiente físico e social, estilos de vida, predisposição biológica e genética e serviços de saúde de qualidade.

Para uma vida saudável são decisivos os períodos pré-natal e peri-natal, o nascimento e a infância. Atrasos no desenvolvimento da criança aumentam o risco de uma saúde precária, reduzindo as capacidades físicas, cognitivas e emocionais na vida adulta. De acordo com a OMS (2002:13) “constituem fundamentos importantes da saúde dos adultos a herança genética de cada um, a vida pré-natal e a primeira infância”. Contextos sociais e económicos desfavoráveis limitam o normal desenvolvimento da criança, condicionando o seu percurso educacional e social. Acontecimentos como uma alimentação inadequada da mãe, o consumo de tabaco, a pobreza, são factores que limitam o desenvolvimento infantil, surgindo associados a diversas disfunções no funcionamento biológico (e.g. cardiovascular, respiratório) do organismo humano na vida adulta.

Os Serviços de Saúde devem desempenhar um importante papel, desenvolvendo actividades para evitar o aparecimento de doenças, na cura ou na reabilitação e na minimização do sofrimento de pessoas portadoras de doença ou deficiência, aos três níveis de prevenção. Devem ainda ter um papel fundamental na capacitação das pessoas e da sociedade para o auto-cuidado e para a responsabilização pela sua saúde, reduzindo a dependência em relação ao sector da saúde e contribuindo para a desmedicalização da sociedade. Nas últimas décadas verificou-se grande diminuição da morbilidade de causa infecciosa, vindo a assumir grande importância os acidentes e outras formas de violência, de difícil prevenção, devido às suas causas sociais. Estas alterações na morbimortalidade das crianças resultam da evolução das condições sócio-económicas e culturais da população, da cobertura do plano nacional de vacinação e da melhoria dos cuidados de saúde.

Portugal ocupa o 27.º lugar no estudo sobre o Índice de Desenvolvimento Humano realizado anualmente pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, que classifica os países segundo critérios como a esperança de vida à nascença, a literacia, a alfabetização e o rendimento *per capita* e que é liderado pela Noruega (UN, 2005). Em 2001/2002, a esperança de vida à nascença em Portugal era em média de 77,13 anos, sendo de 73,68 anos para o género masculino e de 80,56 anos para o género feminino, correspondendo a uma das mais baixas médias de esperança de vida da UE-15. Os valores mais elevados correspondem à Suécia e à França (UE, 2003_b; UN, 2004; Ministério da Saúde, 2005_a). Contudo, tem vindo a observar-se em Portugal, nas últimas

décadas, uma melhoria considerável, passando de uma esperança média de vida à nascença de 67,7 anos para os homens e 75,2 anos para as mulheres em 1980, para 72,7 anos para os homens e 79,7 anos para as mulheres em 2000 (UE, 2003_a).

Em 2002, a taxa de mortalidade em Portugal foi de 10,29 ‰, ocupando uma posição mediana face aos demais países europeus. As doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos representam as duas primeiras causas de morte em Portugal e nos restantes países da União Europeia a quinze, com excepção da França onde a situação se inverte, sendo a primeira causa de morte os tumores malignos e a segunda as doenças do aparelho circulatório. O panorama português não é o melhor, ocupando também uma posição mediana em termos de taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Quanto aos tumores malignos, Portugal é um dos países europeus com a taxa de mortalidade mais baixa, contudo, não se deve esquecer que é a segunda causa de morte e que, face aos indicadores dos melhores países europeus (Finlândia e Suécia), é possível reduzi-la (EU, 2003).

Relativamente à auto-apreciação do estado de saúde pelos portugueses, de acordo com dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999, 31,3% da população com 15 e mais anos refere que a sua saúde é muito boa ou boa e 25,8% má ou muito má. Este indicador, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) para a avaliação do estado de saúde das populações, representa um dos mais baixos índices de auto apreciação do estado de saúde nos países europeus. (EU, 2003; Ministério da Saúde, 2001_a)

Género e idade

O género masculino apresenta maior taxa de mortalidade precoce (antes dos 65 anos), principalmente por doenças do aparelho circulatório, acidentes de viação e suicídio. A taxa de anos de vida potencial, perdidos antes dos 70 anos, é aproximadamente o dobro para os homens relativamente às mulheres. Contudo, embora o género feminino apresente uma esperança de vida superior à do género masculino, tem uma maior probabilidade de sofrer de problemas como a depressão, o stresse (dificuldade em equilibrar o trabalho e a vida familiar), a osteoporose e a violência doméstica, tendo os tumores malignos como primeira causa de morte (Ministério da Saúde, 2002).

Observa-se ainda nas mulheres um estatuto social e económico inferior ao dos homens, encontrando-se com maior frequência em situação de desemprego e pobreza, dependendo com frequência financeiramente dos homens e da segurança social. A violência doméstica tem como origem, na maioria dos casos, numa relação de poder do homem sobre a mulher e de dependência da mulher em relação ao homem, pelo que frequentemente tem a ver com as representações sociais do que é ser homem e ser mulher. As mulheres têm menos tempos livres do que os homens, uma vez que asseguram grande parte das tarefas domésticas e de apoio à família, essencialmente às crianças e idosos, para além do exercício profissional. (*Ibid.*)

O consumo de tabaco tem vindo, de um modo geral, a diminuir, mas está a aumentar de forma preocupante nas mulheres, tendo a percentagem de mulheres com mais de quinze anos que referem fumar diariamente passado de 5,5% em 1987 para 7,9% em 1999. Se a percentagem de jovens mulheres fumadoras não diminuir, a taxa de mortalidade por cancro da mama, que sofreu uma redução de 25,1%000, em 1996, para 23,1%000, em 1999, começará a aumentar (*Ibid.*).

Os acidentes representam a principal causa de morte das crianças e jovens, com as suas trágicas e dispendiosas consequências (e.g. incapacidade). As crianças e jovens do género masculino sofrem o maior número de acidentes e de acidentes graves, comparativamente com as crianças e jovens do género feminino (*Ibid.*).

A taxa de actividade física diminui rapidamente à medida que a idade aumenta, sendo o género masculino mais activo do que o género feminino, em todos os grupos etários. Uma actividade física regular e moderada está associada com uma melhor saúde, reduz o risco de doenças crónicas e prolonga a vida.

Rendimento e sua distribuição

Vários estudos sugerem a existência de uma associação entre o rendimento (e a sua distribuição) e o estado de saúde das populações. Uma grande diferença na distribuição do rendimento provoca um aumento dos problemas sociais e da pobreza. Os mais pobres são essencialmente os idosos pensionistas, empregados de baixos rendimentos, pequenos agricultores, alguns grupos étnicos, famílias monoparentais, desempregados de longa duração, sem-abrigo, toxicod dependentes, detidos e ex-detidos e pessoas com deficiência.

Em 2001, cerca de 20% da população portuguesa dispunha de um rendimento por indivíduo inferior a 3589 €(aproximadamente 300 €por mês), o que configura uma situação de risco de pobreza (INE, 2004). O *Coefficiente de Gini* é um indicador da distribuição do rendimento que varia entre zero (todos os indivíduos de uma população com igual rendimento) e cem (todo o rendimento concentrado num só indivíduo). Portugal apresentou em 2001 um *Coefficiente de Gini* de 37%, que corresponde à mais acentuada desigualdade da distribuição do rendimento (medida por este coeficiente) da EU-15, que é para a sua globalidade de 28% (INE, 2004).

Outro indicador da dispersão do rendimento resulta da comparação do rendimento dos 20% da população com maior rendimento com os 20% da população com mais baixos rendimentos. Em Portugal (2001) o rendimento dos 20% da população com maior rendimento é 6,5 vezes superior ao rendimento dos 20% da população com mais baixo rendimento, o que significa que o quinto da população mais rico recebe 6,5 vezes mais que o quinto da população mais pobre, um número muito acima da EU-15 onde essa relação entre ricos e pobres se situa em 4,4. Verifica-se assim uma assimetria marcada entre os grupos mais pobres e os mais ricos em Portugal (INE, 2004; EU, 2004).

Em 2001, 49% das famílias portuguesas com mais de três crianças têm um baixo rendimento. Uma percentagem de idosos sós que ultrapassa os 40% tem baixos rendimentos. Na UE a proporção de crianças, com menos de 16 anos e com baixo rendimento (19%), é um quarto mais elevado do que para a restante população, estando Portugal entre os países onde as crianças parecem estar em pior situação (EU, 2004).

As pessoas com baixos rendimentos têm maior probabilidade de sofrer de problemas de saúde do que as pessoas com elevados rendimentos. Num estudo publicado em 1997, conclui-se que uma distribuição do rendimento mais equitativa aparece associada com as mais baixas taxas de mortalidade em ambos os géneros e em todos os grupos etários (McIsaac e Wilkinson, 1997).

Educação e literacia

Um baixo nível de literacia reflecte-se negativamente na saúde da população, uma vez que aumenta a probabilidade de desemprego e de pobreza, de baixo nível de saúde e conseqüentemente de óbito precoce. As pessoas com elevado nível educacional têm maior acessibilidade a ambientes físicos saudáveis e maior facilidade em educar os

filhos e facilitar a sua integração na escola, do que as pessoas com baixo nível educacional. Têm melhor acessibilidade a alimentos saudáveis, tendem a fumar menos e a ser mais activos.

No estudo “*The international adult literacy survey in the european context*”, concluído em 1999, Portugal apresenta a maior percentagem de adultos com o nível de literacia mais baixo, nas três escalas: prosa, documental e quantitativa. Assim, 49% da população adulta portuguesa situa-se no nível um (o mais baixo), nas escalas de prosa e de documento e 43% obtêm o mesmo nível na escala quantitativa. Portugal tem uma percentagem de cidadãos com o nível mais elevado de literacia (nível quatro) seis vezes inferior à da Suécia, país que ocupa o primeiro lugar neste estudo. Portugal varia entre os 3% e os 6%, enquanto a Suécia varia entre os 32% e os 36% (Carey *et al*, 2000 ; Gomes *et al*, 2002).

Num outro estudo, realizado em 2000 pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, o “*Programme for International Student Assessment*”, os alunos portugueses de 15 anos têm um desempenho médio baixo em literacia de leitura, matemática e ciências, situando-se abaixo da média da OCDE e muito distanciada dos países que obtiveram melhores classificações médias. Portugal ocupa o 26.º lugar na literacia de leitura e o 28.º na literacia de matemática e de ciências, num universo de 32 países. A Finlândia e o Canadá obtêm os melhores resultados na literacia de leitura e o Japão e a Coreia obtêm o melhor resultado na literacia de matemática e de ciências. Estes resultados tornam-se ainda mais preocupantes quando 10% dos jovens em Portugal não conseguem sequer atingir o valor mínimo em leitura (a média da OCDE é de 6%), ficando abaixo do nível um (Adams e Wu, 2002).

Em Portugal persiste um preocupante número de abandonos escolares precoces. Em 2001, a taxa de abandono escolar (total de indivíduos com 10-15 anos, que não concluíram o 3.º ciclo e não se encontram a frequentar a escola, por cada 100 indivíduos do mesmo grupo etário) situava-se em Portugal nos 2,7%. Verifica-se um aumento, à medida que a idade aumenta, situando-se nos 7,5% aos 15 anos (Ministério da Educação, 2003). Tratando-se de um fenómeno que atinge todo o território nacional, não é uniforme, apresentando maior incidência em zonas geográficas onde existe concentração de população socialmente excluída (Sarmiento *et al*, 1997).

Relativamente à taxa de saída precoce (total de indivíduos com 18-24 anos que não concluíram o ensino secundário e não se encontram a frequentar a escola, por cada 100 indivíduos do mesmo grupo etário), situa-se nos 45 %, o valor mais elevado da EU,

que apresenta em média 19%. O género masculino apresenta os valores mais elevados (52%), o que poderá ter a ver com as oportunidades de integração precoce no mercado de trabalho e com o insucesso escolar (Ministério da Educação, 2003). No entanto, verificou-se um aumento muito significativo do número de diplomados no ensino superior, no período de 1996 a 2002, especialmente do género feminino, passando de um total de 42564, em 1996, para 67673, em 2002. Em 2002, o género feminino representa o dobro dos diplomados (45610), comparativamente com o género masculino com 22063 diplomados (MCIES, 2003).

Ambiente físico e social

As crianças são mais vulneráveis à poluição do meio ambiente. A vida em ambientes urbanos, com elevados níveis de poluição do ar, nomeadamente zonas adjacentes a ruas com grande volume de tráfego, indústrias e lixeiras, habitações sem condições de salubridade e a contínua permanência em ambientes interiores (e.g. casa, escola, locais onde se prestam cuidados às crianças, casa de familiares, automóvel) influenciam a saúde das crianças, estando as crianças pobres particularmente expostas. Os efeitos da redução da camada de ozono fazem-se sentir em grupos da população particularmente vulneráveis, as crianças e as pessoas que trabalham ao ar livre. Uma exposição excessiva à radiação UV-B pode provocar queimaduras, cancro da pele, depressão do sistema imunitário, etc.

As crianças são ainda particularmente vulneráveis aos efeitos nefastos do fumo do tabaco. Para a OMS, metade das crianças em todo o mundo está involuntariamente exposta ao fumo do tabaco (WHO, 1999_b). Nos Estados Unidos da América, cerca de 38% das crianças, entre os 2 meses e os 5 anos, estão expostas ao fumo passivo, dos quais 40% vivem numa casa onde se fuma mais de 20 cigarros por dia, 23,9% onde se fuma entre 1 e 20 cigarros por dia e 24% estiveram expostas ao fumo do tabaco *in útero* (Emmons *et al*, 2001). A asma tem uma incidência de 10% nas crianças e prevalece em 5% dos adultos, afectando duas vezes mais pessoas do que há vinte anos. A prevalência de asma¹¹ em crianças dos 13-14 anos residentes em Lisboa é de 12,3%, sendo causa de perda da qualidade de vida, de dificuldades de aprendizagem e de elevado absentismo escolar (UE, 2003_a).

¹¹ De acordo com os resultados do estudo, realizado em 2001, “*International Study of Asthma et Allergies in Childhood*” (UE, 2003_a).

O ambiente social tem também uma grande influência na saúde. A violência doméstica é causa de grande sofrimento e tem consequências negativas sobre a saúde das mulheres e das crianças, no imediato e a longo prazo. As mulheres vítimas de violência doméstica são mais susceptíveis de sofrer de ansiedade, depressão e problemas psicossomáticos (ONU, 2003). De acordo com alguns estudos, as crianças que assistem a actos de violência contra a mãe têm maior susceptibilidade para distúrbios do comportamento, menor capacidade de socialização com outras crianças e maior tendência para resolver as suas dificuldades de forma agressiva na vida adulta (Ministério da Saúde, 2002).

Estilos de vida

As opções que cada indivíduo toma resultam da sua capacidade para fazer escolhas, em diferentes contextos sociais, de acordo com os seus valores, crenças e atitudes. O tabagismo é responsável por, pelo menos, um quarto das mortes no grupo etário dos 35 aos 84 anos. Em 1999, a percentagem de fumadores do género feminino com mais de 15 anos era de 15%, enquanto o género masculino apresentava uma percentagem de 38%, representando nos últimos anos um aumento para o primeiro grupo e uma tendência oposta para o segundo. Os elevados níveis de ingestão calórica, com o aumento no consumo de gorduras, sal e açúcar e a diminuição no consumo de frutos, legumes e vegetais em determinados grupos populacionais leva a que o excesso de peso e obesidade já afecte 54% dos homens e 46% das mulheres em Portugal (Ministério da Saúde, 2004_d).

De acordo com dados do INS de 1998/99, em termos globais a taxa de actividade física dos portugueses é baixa, só 27,4% dos portugueses com 15 e mais anos são activos nos seus tempos livres. A actividade física diminui de forma acentuada à medida que a idade aumenta, existindo grandes diferenças entre homens e mulheres. No grupo etário 15-24 anos a actividade física é de 54,48% para o género masculino e de 35,8% para o género feminino. No grupo etário 25-34 anos a percentagem dos que são activos baixa para 37,14% no género masculino e 26,09% no género feminino (Ministério da Saúde, 2001_a). Os níveis de sedentarismo são assim dos mais elevados da União Europeia, com cerca de três quartos da população portuguesa com 15 e mais anos a referir como principal actividade de tempos livres ler, ver televisão e outras actividades sedentárias (Ministério da Saúde, 2004_d).

Serviços de Saúde

Os Serviços de Saúde desempenham um papel muito importante na saúde das populações. Como resposta aos problemas de saúde dos portugueses, a DGS elaborou o Plano Nacional de Saúde 2004 -2010, pretendendo a obtenção de “Ganhos em Saúde” com a contribuição das instituições de saúde e de outras, orientando o seu trabalho pela promoção da saúde e prevenção da doença.

De acordo com um estudo realizado por Cabral (2002), sobre a satisfação com os Serviços de Saúde, os cidadãos inquiridos, na sua maioria, estão satisfeitos com os serviços públicos de saúde. Quanto à avaliação da última consulta nos hospitais públicos, 77,8% dos inquiridos referiram como positiva e 67,2% referiram como boa a avaliação global dos cuidados recebidos. Dos inquiridos que utilizaram o Centro de Saúde pelo menos uma vez no ano anterior, 49,3% consideram a avaliação global dos cuidados prestados como boa ou muito boa e 12,7% consideraram-nos maus ou muito maus.

No estudo realizado pela Ordem dos Farmacêuticos (2002)¹², a avaliação global da prestação de serviços de saúde é, geralmente, positiva e a comparação entre os resultados dos dois estudos revela uma avaliação muito mais favorável do que em 1999. No entanto, os inquiridos manifestam o seu crescente desagrado com o tempo de espera, passando de 28% em 1999 para 38% em 2002, no caso dos hospitais e de 26% para 32%, no caso dos Centros de Saúde. Também relativamente à qualidade no “atendimento” os inquiridos manifestam o seu desagrado, mantendo-se nos 14% para os hospitais e passando de 8% para 12%, nos Centros de Saúde.

Relativamente aos Serviços de Saúde, um aspecto preocupante diz respeito à excessiva medicalização da sociedade portuguesa, com reflexos na saúde da população e na sobrecarga dos Serviços e no aumento exponencial das despesas. As despesas do Serviço Nacional de Saúde com os medicamentos têm vindo a aumentar de forma exponencial, passando de 432 488 000€ em 1992 para 1 227 173 000€ em 2002 (Ministério da Saúde, 2005_b).

¹² Este estudo foi realizado na sequência de um outro estudo promovido em 1999 pela Fundação Antero de Quental.

2.2. Teorias e etapas do desenvolvimento da criança

O estudo do desenvolvimento infantil envolve aspectos quantitativos e qualitativos, através dos quais as crianças se modificam com o passar do tempo. O crescimento é entendido como um processo quantitativo, mensurável (e.g. peso, altura), contínuo e que resulta na modificação das dimensões corporais individuais. O ritmo de crescimento varia de criança para criança (Cowan, 1999; Thompson e Ashwill, 1996).

O desenvolvimento refere-se aos aspectos qualitativos, traduzidos no aumento da complexidade das formas e funções, incluindo alterações emocionais ou sociais determinadas pela interacção com o ambiente, como por exemplo, a capacidade do bebé digerir sólidos à medida que o aparelho digestivo amadurece (DGCSP, 1989; Thompson e Ashwill, 1996).

2.2.1. Crescimento biológico e desenvolvimento físico

O crescimento e desenvolvimento da criança são influenciados por factores hereditários e ambientais, pelo que a única característica comum a todas as crianças é o processo contínuo de crescimento e desenvolvimento, de onde resultam mudanças a nível físico, cognitivo e emocional. As consultas de vigilância de saúde são programadas para idades-chave para acompanhar este processo, em que as consultas de enfermagem incluem a avaliação do estado de saúde e de crescimento, o nível de desenvolvimento e a qualidade do relacionamento entre os pais e a criança.

Para a avaliação do crescimento utilizam-se como indicadores a altura, o peso, os perímetros craniano, torácico, braquial, etc., enquanto que para avaliarmos o desenvolvimento utilizam-se o vocabulário, as habilidades físicas, etc. (Thompson e Ashwill, 1996). A altura, em geral é um traço familiar, no entanto é influenciado por condições nutricionais e sanitárias, promotoras do crescimento linear. O peso é condicionado por vários factores, no caso do recém-nascido participa, entre outros, a qualidade do ambiente uterino.

Cada criança tem um padrão de crescimento e desenvolvimento único, resultante dos diferentes ritmos individuais, condicionados geneticamente e por diversos factores ambientais. Desta forma, consideram-se amplas faixas de desenvolvimento normal, sendo flexíveis as idades médias para a ocorrência de certos comportamentos, altura, peso, caminhar, falar, etc. Para Papalia e Olds (1981), o desenvolvimento é um processo

ordenado, não aleatório, seguindo sempre do mais simples para o complexo e do geral para o específico. Por exemplo, no desenvolvimento da linguagem, a criança passa do choro para o balbúcio, seguindo para as palavras e finalmente para as frases em crescendo grau de complexidade, as emoções começam como um estado de excitação global do recém-nascido e gradualmente diferenciam-se num amplo leque de sentimentos (e.g. amor, ódio, medo, ciúme). São dois os princípios de progressão do desenvolvimento físico, céfalo-caudal, ou seja, da cabeça para os pés (e.g. a criança consegue levantar a cabeça antes de se sentar e controla o tronco antes de dar os primeiros passos) e próximo-distal (do interno para o externo), ou seja, do centro do corpo para a periferia.

Um outro aspecto relevante relaciona-se com as proporções corporais na criança e no adulto. Durante a vida fetal, é a cabeça que apresenta o crescimento mais rápido, enquanto até ao primeiro ano de vida é o tronco que mais rapidamente cresce. Na infância, os membros inferiores têm um grande crescimento e na adolescência, desenvolvem-se as proporções características do sexo masculino ou feminino (Thompson e Ashwill, 1996).

A velocidade metabólica é maior nas crianças. A necessidade de calorías, minerais, vitaminas e líquidos é maior, embora proporcional à altura e peso. Há maior produção de calor e maior quantidade de resíduos. A criança perde, relativamente mais líquidos pelo sistema pulmonar e tegumentar. A integração de habilidades é feita progressivamente, para que, à medida que a criança obtém novas habilidades, estas se combinem com as previamente adquiridas (*Ibid.*).

Na prática profissional utilizam-se como os indicadores anteriormente referidos, padronizados em gráficos de crescimento, pelo que na sua leitura e interpretação deve ter-se em conta que as crianças saudáveis tendem a seguir um padrão de crescimento estável, embora em qualquer idade existam grandes diferenças individuais. Os gráficos de percentil são habitualmente divididos em sete níveis de percentil, designados por linhas, que são rotuladas em 97, 90, 75, 50, 25, 10 e 3, ou em 95, 90, 75, 50, 25, 10 e 5 (esta é a utilizada em Portugal). O percentil médio (ou 50) é designado por uma linha a negrito, pelo que os níveis de percentil revelam qual o desvio existente entre a medida da criança e o percentil médio. Neste sentido, uma criança com peso na linha de percentil 75 está com um percentil acima da média, enquanto uma criança com peso na linha de percentil 25 está um percentil abaixo da média. Uma diferença de dois ou mais níveis de percentil entre altura e peso, pode sugerir excesso de peso ou redução de peso,

carecendo de melhor investigação, enquanto os desvios de dois ou mais níveis de percentil do padrão de crescimento estabelecido exigem melhor avaliação (*Ibid.*).

De acordo com vários estudos, parece existirem certos períodos “críticos” para o desenvolvimento, durante os quais estímulos ambientais, ou determinadas ocorrências têm maior impacto no desenvolvimento infantil, ou seja, o mesmo acontecimento não teria tanto efeito se ocorresse noutra fase de desenvolvimento (Papalia e Olds, 1981; Thompson e Ashwill, 1996). Neste sentido, as “idades-chave” correspondem a acontecimentos importantes na vida da criança, como sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade: pré-natal, recém-nascido, 0-3 meses, 3-6 meses, 6-12 meses, 12-24 meses, idade pré-escolar, idade escolar, adolescência (DGS, 2002).

2.2.2. Desenvolvimento psicossocial

A interação das forças emocionais, culturais e sociais no desenvolvimento da personalidade constitui o centro dos trabalhos de Erik Erikson. O desenvolvimento da personalidade termina com o alcançar da identidade do eu (ego), o que traduz a aceitação de si próprio e a aquisição das capacidades necessárias ao funcionamento saudável em sociedade (Stanhope e Lancaster, 1999).

Para Erikson o desenvolvimento é um processo contínuo, que decorre em vários estádios ou fases. Em cada estádio há uma crise que é preciso resolver e embora uma criança nunca termina por completo todas as tarefas de um determinado estádio ela deverá ter adquirido um certo grau de domínio e conforto antes de passar com sucesso ao estádio seguinte. À medida que os conflitos internos vão sendo resolvidos, surge uma nova orientação para si própria e para a sociedade, pelo que cada crise emerge do estádio precedente. Dado que todo o movimento é enraizado nas experiências anteriores, as dificuldades na resolução das crises irão provocar problemas na progressão para os estádios subsequentes (*Ibid.*).

Os primeiros cinco estádios relacionam-se com as tarefas da infância e da adolescência, enquanto os últimos três estádios têm a ver com a vida adulta. No primeiro estádio a criança aprende a confiar em si e no ambiente, baseada na consistência da satisfação das necessidades, pelo que se estas forem satisfeitas de forma inconsistente, tornam a criança confusa e desconfiada. A resolução está dependente da qualidade da interação e da vinculação entre mãe/pai e criança.

Quadro 2. Estádios de desenvolvimento do eu - Eric Erikson (Stanhope e Lancaster, 1999)

Idade	Conflito psicossocial	Resolução
Nascimento a 1 ano	Confiança / Desconfiança	Sentimento de esperança
2 a 3 anos	Autonomia / Vergonha / Dúvida	Auto-confiança e Auto-controlo
4 a 5 anos	Iniciativa / Culpa	Independência
6 a 11 anos	Realização / Interiorização	Competência
12 a 18 anos	Identidade / Difusão da identidade	Consciência de si / Lealdade

O segundo estágio envolve o desenvolvimento das capacidades físicas e mentais da criança, dependendo a resolução dos pais permitirem o aumento da independência e a aquisição de habilidades. Pais com expectativas adequadas encorajam a autonomia e a criança desenvolve um sentimento de controlo sobre si e sobre o ambiente. Caso não seja dada à criança a oportunidade de domínio, esta sente-se inadequada.

No terceiro estágio a criança adquire domínio através da iniciação da actividade e fazendo perguntas. Inclui também a incorporação dos padrões dos adultos e a aprendizagem da responsabilização pelas suas próprias acções, pelo que as restrições podem levar a sentimentos de culpa sobre pensamentos e acções.

O quarto estágio ocorre durante a infância média e tardia, quando a criança passa da iniciação para a conclusão dos projectos. Neste período, a competição e envolvimento com os pares aumentam. A criança utiliza as suas habilidades cognitivas em expansão para se tornar um membro activo do grupo, pelo que o seu estatuto no grupo e sua auto-estima são postos em causa, se a criança sente que não é suficientemente produtiva.

No quinto estágio o conflito psicossocial reside na identidade, como característica clássica da adolescência, ou seja em perceber-se a si próprio e alcançar um sistema de valores e crenças, através da experimentação de vários papéis e da obtenção de respostas por parte dos outros. A difusão da identidade ocorre quando o adolescente é incapaz de adquirir um conhecimento de si próprio ou uma direcção ou uma forma de se enquadrar no mundo envolvente.

2.2.3. Desenvolvimento cognitivo

Os trabalhos realizados por Jean Piaget são amplamente utilizados para compreender o desenvolvimento cognitivo. Na sua perspectiva, a aprendizagem resulta

da manipulação activa de objectivos e informação, à qual se segue um processamento mental do acontecimento (Monteiro e Santos, 1993).

A interacção da criança com o ambiente dá origem a novos problemas e objectivos, num processo de estabelecimento de esquemas mentais ou padrões de pensamento, tendo em vista a compreensão da realidade e dos obstáculos que vão surgindo. O esquema é o padrão de acção e a base mental para a acção, pois permite à criança receber a informação, ajuizá-la e prever acontecimentos futuros.

Na perspectiva de Mott *et al* (1990), ocorre desenvolvimento quando os esquemas mentais aumentam em âmbito e complexidade, resumindo-se a dois processos: a assimilação e a acomodação. A assimilação consiste no processo de integrar novas experiências em esquemas pré-existentes. Quando a nova informação não pode ser enquadrada nos esquemas existentes, a criança tem de modificar ou desenvolver novos esquemas, designando-se este processo por acomodação (ap. Stanhope e Lancaster, 1999).

Piaget identificou quatro estádios do desenvolvimento cognitivo, representativos do aumento da capacidade para a resolução de problemas. Entre cada um dos estádios há um período de transição, onde se combinam comportamentos.

O período sensório-motor decorre desde o nascimento até aos dois anos e envolve operações em que há permanência do objecto, causalidade e simbolismo. O lactente atravessa progressivas fases, que vão desde a incapacidade de recordar objectos não visíveis, à capacidade de localizar um objecto de que apenas uma parte é visível. Mais tarde o *toddler* aprende a encontrar um objecto totalmente escondido, desde que não seja alterada a sua localização. Finalmente, o *toddler* consegue localizar um objecto após uma série de movimentos sem realmente os visualizar, para adquirir a permanência do objecto, e através de progressões semelhantes, emerge o conceito de causa-efeito. O lactente passa dos efeitos da descoberta lúdica acidental para mover um brinquedo (e.g. movimento de chutar), a comportamentos mais complexos para provocar acontecimentos (e.g. soprar um brinquedo para o fazer mover). A representação simbólica envolve o progresso de utilizar as mesmas acções para todos os objectos até usar um objecto para representar correctamente um outro (*Ibid.*).

Durante o estádio pré-operatório as crianças são incapazes de separar as histórias e fantasias da realidade. Este estádio divide-se em dois períodos: pré-conceptual - dos 2 aos 4 anos; fase intuitiva - dos 4 aos 7 anos. O primeiro é caracterizado por um aumento do simbolismo no brincar e na linguagem. A criança é incapaz de se colocar no lugar do

outro e imaginar como o outro pode sentir ou pensar. No segundo estágio a criança é muito literal na compreensão das palavras e confunde ocorrências coincidentes com causalidade. Apenas pode lidar com um aspecto de um determinado objecto de cada vez, sendo incapaz de classificações simples ou agrupamentos (*Ibid.*).

Quadro 3. Estádios de desenvolvimento cognitivo - Jean Piaget (Stanhope e Lancaster, 1999).

Estádio	Idade	Características
Sensório-motor	Nascimento - 8 meses	- Comportamento reflexo intencional
	8 - 18 meses	- Permanência do objecto
	18 - 24 meses	- Simbolismo - Início da representação mental
Pré-operatório	2 - 7 anos	- Auto-conhecimento - Egocentrismo - Simbolismo - Irreversibilidade - Causalidade - Centralidade - Pensamento mágico
Operações concretas	7 - 11 anos	- Aprende pela manipulação de objectos - Classificação - Conservação - Egocentrismo - Regulação interna
Operações formais	11 anos - adolescência	- Hipóteses - Considera explicações alternativas para o mesmo fenómeno - Considera estruturas alternativas de referência - Testa hipóteses com raciocínio dedutivo - Sintetiza e integra conceitos de outros esquemas - Trabalha com ideias abstractas - Pensamento futurista e reflexivo

O estágio operatório concreto confere novas habilidades, embora apenas relacionadas com a percepção directa da informação. A criança é incapaz de fazer operações mentais que requeiram pensamento abstracto. A compreensão do conceito de relação é evidenciado pela capacidade de classificar objectos segundo as características,

ordem e série e perceber que as propriedades dos objectos se mantêm, mesmo se a sua aparência se altera (*Ibid.*).

O estágio operatório formal permite à criança trabalhar com ideias abstractas e utilizar o raciocínio dedutivo e indutivo para a resolução de problemas. Neste estágio surge a capacidade de construir novos pensamentos e ideias a partir de informações prévias e formular hipóteses. O desenvolvimento das operações formais continua ao longo da adolescência até à idade adulta, embora algumas pessoas nunca completem os progressos desta fase (*Ibid.*).

2.3. Crescer em saúde

Os alicerces de uma vida futura saudável são concebidos durante a vida pré-natal e os primeiros seis anos de vida. O período que vai desde a concepção até aos 6 anos de idade (e os acontecimentos nele percebidos) é de todas as etapas da vida a que tem maior influência na vida futura. Uma estimulação positiva nos primeiros tempos de vida melhora a capacidade de aprendizagem, os comportamentos e a saúde na idade adulta.

Num estudo patrocinado pelo “*Government of Ontario*”, Canada, que envolveu investigadores nas áreas das neurociências, psicologia, sociologia, pediatria e epidemiologia, no sentido de compreender melhor o desenvolvimento da criança, conclui-se que os primeiros anos de vida, desde a concepção até aos seis anos de idade (particularmente os primeiros três anos) são fundamentais para o desenvolvimento de competências e capacidades que irão influenciar a aprendizagem, o comportamento e a saúde nos anos vindouros. O desenvolvimento cerebral, que ocorre antes do primeiro ano de vida, é mais rápido e muito vulnerável às influências ambientais (McCain e Mustard, 1999).

O baixo peso à nascença (inferior a 2500 gramas) está associado a incapacidade física e mental, e por vezes a mortalidade precoce. A percentagem de crianças com baixo peso à nascença tem vindo a aumentar, passando de 6,0% em 1995, para 7,3% em 2002, geralmente associado a baixa idade gestacional. O consumo de tabaco e álcool durante a gravidez pode ser causa de baixo peso à nascença. No INS realizado em 1998/99, 20,43% das mulheres fumavam antes da gravidez e 11,51% mantiveram o consumo de tabaco durante a gravidez (Ministério da Saúde, 2001, 2005_b). O estabelecimento de uma vinculação segura a um adulto afectivo e estimulador influencia o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança. A capacidade de

aprendizagem aquando do ingresso no sistema educativo formal é um importante indicador do desenvolvimento e do futuro sucesso escolar.

De facto, é necessário investir em oportunidades de desenvolvimento para as crianças, para o que é imprescindível a intervenção directa do sector da saúde, com a colaboração de outros sectores da sociedade (e.g. educação, segurança social, justiça, fiscalidade, habitação, lazer) e de outras pessoas e instituições que influenciam o desenvolvimento da criança (e.g. famílias, escolas, associações, locais de trabalho, autarquias e comunicação social).

As famílias mais pobres enfrentam um conjunto de problemas que podem ter um efeito muito negativo no desenvolvimento infantil. As crianças que vivem em famílias extremamente pobres, em comunidades problemáticas, que sofrem uma abordagem parental hostil ou inexistente, correm maior risco de atraso grave de desenvolvimento. Contudo, crianças pobres não estão sempre em desvantagem e crianças em desvantagem não são sempre pobres. Uma boa abordagem parental, uma comunidade envolvente favorecedora da aprendizagem e de valores positivos, creches de qualidade, podem contribuir para diminuir a incidência de problemas de desenvolvimento nas crianças.

De acordo Matos *et al* (2003)¹³ com o estudo “A saúde dos adolescentes portugueses”, realizado em 2002, os adolescentes (especialmente do género feminino) com 15 anos são os que se sentem mais deprimidos. São as raparigas e os jovens de 13 anos que sentem mais dificuldade em adormecer, sentem-se mais irritados e nervosos. Outro factor determinante é a violência doméstica, que ocorre em famílias de todos os níveis de rendimentos, e que pode ter um efeito devastador na saúde e desenvolvimento das crianças, quer no curto, quer no longo prazo. Os acidentes e os consequentes traumatismos, ferimentos e lesões, são a primeira causa de morte nas crianças e nos jovens, a partir do primeiro ano de vida. Segundo dados de 2002, o grupo etário 1-4 anos apresenta uma percentagem de óbitos de 26,28%, correspondendo a 46 óbitos e o grupo etário 5-19 anos apresenta uma percentagem de 45,79%, correspondente a 272 óbitos. Como segunda causa de morte no grupo etário 5-19 e terceira causa de morte no grupo etário 1-4 anos, surgem os tumores, com 14,81% e 12,28%, respectivamente (Ministério da Saúde, 2005_b).

A maioria dos autores que se dedicam ao estudo do desenvolvimento da criança define determinados períodos ou etapas, em função de limites etários variáveis de criança para criança, mas que integram momentos importantes do desenvolvimento,

¹³ Estudo sobre a saúde dos adolescentes portugueses, realizado em 2002.

comuns à maioria das crianças. Assim, optou-se por abordar o desenvolvimento da criança em quatro etapas, que correspondem a momentos importantes para o desenvolvimento da criança:

- Período pré-natal e lactente: da concepção aos 18 meses.
- Idade pré-escolar: dos 18 meses aos 6 anos (até à idade aproximada em que a criança entre no sistema escolar formal).
- Idade escolar: dos 6 aos 12 anos.
- Adolescência: dos 13 aos 18 anos.

2.3.1. Da concepção aos 18 meses

Nesta primeira etapa, é formada a estrutura básica do cérebro e a criança está completamente dependente dos seus pais e/ou cuidadores.

Quadro 4. Necessidades e problemas da criança da concepção aos 6 meses, na perspectiva do sector da saúde.

Período	Necessidades e problemas
Gestação	Nutrição Consumo de álcool e tabaco durante a gravidez
Recém-nascido	Aleitamento materno Rastreio neonatal Higiene (cuidados ao coto umbilical e banho) Posicionamento do R/N Prevenção de acidentes Calendário vacinal
1-2 meses	Aleitamento materno Problemas ocorrentes nos primeiros meses (cólicas, bolçar, vómitos) Interpretação do choro (frio, calor, fralda suja, fome, afecto,...) Necessidade de afecto (atenção, carinho, toque, fala) e de dormir bem Passeio com o R/N Consumo de álcool e tabaco durante a amamentação ou próximo do R/N Flúor, suplementos vitamínicos e outros Prevenção de acidentes Calendário vacinal
2-4 meses	Aleitamento artificial (suplemento) Introdução de novos alimentos Flúor, suplementos vitamínicos e outros Prevenção de acidentes Calendário vacinal
4-6 meses	Alimentação diversificada Necessidade de brincar Possíveis doenças concomitantes Flúor, suplementos vitamínicos e outros Prevenção de acidentes Calendário vacinal

No período pré-natal, factores tais como a nutrição materna e o consumo de álcool e tabaco durante a gravidez podem afectar o desenvolvimento da criança de forma permanente.

Após o nascimento, a relação do bebé com os seus cuidadores tem grande influência no seu desenvolvimento. Disfunções a este nível podem influenciar o desenvolvimento imediato e futuro da criança, ao nível intelectual, afectivo e comportamental.

Quadro 5. Necessidades e problemas da criança dos 6 aos 18 meses, na perspectiva do sector da saúde.

Período	Necessidades e problemas
6-9 meses	Alimentação diversificada Primeiros dentes Começa a sentar-se, a gatinhar e a pôr-se de pé Flúor, suplementos vitamínicos e outros Prevenção de acidentes Necessidade de passeios no meio ambiente
9-12 meses	Introdução do leite de vaca Começar a utilizar a colher e a comer alimentos menos triturados Comunicação da criança Início do andar Flúor, suplementos vitamínicos e outros Prevenção de acidentes
12-15 meses	Introdução de regime alimentar com pouco sal, açúcar e gorduras Ingestão de meio litro de leite ou derivados Utilização de talheres Crescimento mais lento Regras de convivência social Higiene oral Evitar as guloseimas na criança Flúor, suplementos vitamínicos e outros Prevenção de acidentes Calendário vacinal
15-18 meses	Horário de dormir Passeios ao ar livre e de convívio em sociedade Higiene oral Não habituar a criança a ingerir guloseimas Flúor, suplementos vitamínicos e outros Prevenção de acidentes Calendário vacinal

Mortalidade infantil

A mortalidade infantil (número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade) é reconhecida internacionalmente como um dos mais importantes indicadores da saúde de um país. A taxa de mortalidade infantil teve um grande decréscimo na última década. De 1990 a 2000 passou de 10,9 ‰ para 5,5‰ (Ministério da Saúde, 2005_a). Em 2002, ocorreram 580 óbitos de crianças antes do seu primeiro ano de vida. Destes óbitos, 393 ocorreram no período neonatal (os primeiros 28 dias de vida) e 187 ocorreram no período pós-neonatal. Verificaram-se ainda 682 fetos mortos de 28 e mais semanas de gestação (Ministério da Saúde, 2005_c).

As duas principais causas de morte até ao ano de idade resultam de condições que tiveram origem no período pré-natal, afecções originadas no período perinatal, como por exemplo, dificuldade respiratória, prematuridade e baixo peso à nascença, com 323 óbitos (55,69%) e malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas, com 128 óbitos, correspondente a 22,07% (Ministério da Saúde, 2005_b). As experiências demonstram que a taxa de mortalidade por síndrome de morte súbita pode ser reduzida através de algumas medidas: deitar o bebé em decúbito dorsal para dormir, amamentar, manter o bebé em ambientes livres de fumo de tabaco e manter o bebé com uma temperatura adequada.

A taxa de mortalidade infantil é maior em mães com baixo nível de instrução. Dos 580 óbitos infantis, 331 correspondem a mães com o ensino básico (taxa de 5,1‰), enquanto 40 correspondem a mães com o ensino superior, ou seja, uma taxa de 1,8‰ (Ministério da Saúde, 2005_b).

Comparativamente com a UE (a 15 países), em 2002 Portugal apresentava taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal medianas, mas bastante distantes do melhor país da UE: a Finlândia com taxas de mortalidade infantil de 2,97‰, para 5,07‰ em Portugal, de mortalidade neonatal de 2,11‰, para 3,44‰ em Portugal e de mortalidade perinatal de 3,40‰, para 7,75‰ em Portugal (Ministério da Saúde, 2005_c).

Peso à nascença

O peso das crianças à nascença é um dos principais determinantes de sobrevivência e de saúde na infância e no futuro vindouro. O baixo peso à nascença

(inferior a 2500 gramas) é considerado, de acordo com a OMS (2002), como um indicador de privação, podendo traduzir-se em incapacidade física e mental e por vezes na própria morte. Em 2002, 7,3% de todos os nados vivos em Portugal correspondem a recém-nascidos de baixo peso, o que representa um aumento considerável relativamente a 1995, ano em que correspondia a 6,0% (Ministério da Saúde, 2005_b), resultando na sua maioria de partos prematuros (antes da 37.^a semana de gestação).

Consumo de tabaco e de álcool durante a gravidez

O consumo de tabaco e de álcool durante a gravidez pode ter consequências para o bebé. A investigação demonstra que os bebés de mulheres que fumaram durante a gravidez têm maior probabilidade de ter crianças de baixo peso, comparativamente com mães não fumadoras. No inquérito nacional de saúde realizado em 1998/1999, 20,43% das mulheres fumavam antes da gravidez e 11,51% mantiveram o consumo de tabaco durante a gravidez (Ministério da Saúde, 2001).

É consensual que o consumo de álcool pela mulher durante a gravidez não pode ser considerado inofensivo, quer seja de tipo regular (mesmo moderado) ou ocasional, principalmente aquele que ocorre no decurso do 1.º trimestre da gravidez, que corresponde à fase de embrião, e portanto de maior sensibilidade do produto da concepção aos tóxicos (Mello e Pinto, 1997). A alcoolização pré-natal provoca a síndrome alcoólica fetal ou embriofetopatia alcoólica, que se caracteriza por perturbações no recém-nascido e por alterações do desenvolvimento pós-natal. O recém-nascido pode apresentar prematuridade e hipotrofia, dismorfia craniofacial, malformações associadas e perturbações de adaptação neo-natal. No período pós-natal pode verificar-se atraso no desenvolvimento estaturó-ponderal, afectivo e intelectual, com quocientes intelectuais baixos que, com frequência, se encontram associados a microcefalia (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Embora tenham sido efectuados muitos estudos em todo o mundo, a própria Organização Mundial de Saúde reconhece que nenhum investigador conseguiu confirmar a não-nocividade do álcool, mesmo em doses muito baixas. (Mello e Pinto, 1997; Mello, Barrias e Breda, 2001) Assim, não tendo ainda sido estabelecido um “limite” seguro para o consumo do álcool durante a gravidez, a mulher grávida ou que pretenda engravidar deve abster-se do seu consumo.

Em Portugal, não existem muitos dados disponíveis, sabendo-se, no entanto, que o consumo da mulher é muito elevado e que o faz também durante a gravidez e a amamentação. Tem-se vindo a verificar uma tendência para uma crescente incidência de mulheres e jovens do género feminino consumidoras de bebidas alcoólicas. (*Ibid.*)

Gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é outro importante indicador para o desenvolvimento infantil, estando associada a um risco acrescido para a saúde, e para a situação económica e social, da mãe e da criança. As mães adolescentes têm menos possibilidades de prosseguir estudos e obter um nível de instrução elevado e estão mais susceptíveis a viver na pobreza e à exclusão social. Os bebés filhos de mães adolescentes apresentam uma maior taxa de mortalidade, em maior percentagem baixo peso à nascença e um maior risco de malformações congénitas.

Num estudo realizado no Reino Unido (Botting, 1999) verificou-se que as mães adolescentes tinham maior probabilidade de fumar e menor probabilidade de amamentar (ap. UE, 2003_a). Estas tendem para uma menor maturidade emocional, uma vez que ainda estão a lidar com aspectos do seu próprio desenvolvimento. Desta forma, as mães adolescentes poderão sentir dificuldade em estabelecer uma vinculação segura com o seu bebé, durante os primeiros dezoito meses, a qual é fundamental para o desenvolvimento da criança.

Em 1995/1996, das mães com menos de 20 anos (162) que responderam ao INS, 50 tinham idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos, enquanto em 98/99 este número passou para 44 mães e uma mãe tinha idade inferior a 15 anos (Branco e Nunes, 2003).

Em 1998, de acordo com dados da UNICEF, Portugal é o segundo país da União Europeia com as taxas de fecundidade (nados vivos) em jovens adolescentes (15-17 anos) mais elevadas, com 11,8% e em adolescentes (18-19 anos), com 33,5%, logo a seguir ao Reino Unido, com 16,6% e 51,8%, respectivamente (UE, 2003_a).

Aleitamento materno

São numerosos os benefícios do aleitamento materno, destacando-se a protecção contra doenças infecciosas, desenvolvimento saudável do cérebro e do sistema nervoso

central e uma ligação mais forte e segura entre mãe e filho. Segundo dados dos inquéritos nacionais de saúde de 1995/1996 e 1998/1999 verificou-se um aumento no aleitamento materno de 81,4% para 84,9%, neste período. Parece existir uma tendência para maior percentagem de aleitamento materno em crianças de mães do grupo etário 25-34 anos, enquanto as mais velhas apresentam menor percentagem de crianças amamentadas (Branco e Nunes, 2003).

Vinculação Segura

Vários estudos confirmam que para o desenvolvimento da criança, nos planos afectivo e social, é fundamental uma vinculação segura a um familiar ou cuidador. Este é um pilar fundamental para o desenvolvimento da auto-confiança, auto-estima, auto-controle e relações positivas com os outros. Influencia o desenvolvimento da linguagem, o desenvolvimento cognitivo e fornece à criança a confiança necessária para explorar o seu mundo. Está igualmente demonstrado que uma vinculação segura estimula as conexões cerebrais que podem reduzir a ansiedade e permitir que o cérebro aceite novos estímulos. O período crítico para que ocorra uma vinculação segura situa-se nos primeiros 18 meses de vida.

2.3.2. Dos 18 meses aos 6 anos

O período pré-escolar pode ser definido como uma época de acelerado desenvolvimento cognitivo, comportamental, afectivo e social.

A estimulação, o cuidado permanente dos adultos, o jogo e as ocasiões de aprendizagem precoce durante este período podem estimular a propensão das crianças para aprender e ajudar a ultrapassar as desvantagens inerentes à pobreza e a outros problemas.

Quadro 6. Necessidades e problemas da criança dos 18 meses aos 6 anos, na perspectiva do sector da saúde.

Período	Necessidades e problemas
18 meses - 3 anos	Alimentação cuidada Treino vesical e intestinal Retirar o uso da chupeta ou biberão Estimulação da criança para brincar e desenhar Contar histórias e pouca visualização de televisão Estimulação da criança para a higiene oral Flúor, suplementos vitamínicos e outros Prevenção de acidentes
4-6 anos	Disciplinarização do consumo de guloseimas Convivência com outras crianças Regras de comportamento social Veracidade e simplicidade nas respostas às perguntas da criança Estímulo intelectual Actividade física e prática de desporto Prática saudável no dia-a-dia (saídas, passeios, contacto com a natureza) Pouca visualização de televisão Horário prematuro e fixo do dormir Higiene oral Flúor, suplementos vitamínicos e outros Prevenção de acidentes Calendário vacinal

Imunização

Em Portugal, desde a entrada em vigor do Plano Nacional de Vacinação em 1965, observou-se uma acentuada diminuição da morbidade e mortalidade por doenças evitáveis pela vacinação, o que de acordo com o Ministro da Saúde só foi possível devido às características do programa, ao modelo organizacional e à adesão dos profissionais de saúde e dos cidadãos. O programa é universal e gratuito, tendo sido objecto de revisão e actualização desde o seu início, a última das quais teve lugar em 2005 (Despacho n.º 4570/2005, de 2 de Março), com a aprovação do calendário de imunização universal de rotina, que conta com a introdução da vacina conjugada contra o meningococo C (Ministério da Saúde, 2001_b).

A taxa de cobertura de vacinação, em 2002, é de 93,8% para a vacina contra a difteria, tétano e *pertussis* e a vacina contra a poliomielite, é de 85,6% para a vacina contra a tuberculose, é de 93,9 da vacina contra o *haemophilus influenzae*, é de 96,9% para a vacina contra a hepatite B e é de 91,9% da vacina anti-sarampo, parotidite e rubéola (*Ibid.*).

2.3.3. Dos 6 aos 12 anos

O período entre os 6 e os 12 anos apoia-se nas experiências dos primeiros anos de vida. Nesta etapa, as crianças tornam-se mais autónomas e os ambientes envolventes, residência e família, assumem uma grande importância nas suas vidas. Como para as crianças em idade pré-escolar, as oportunidades de estimulação ajudam a manter as crianças em idade escolar no “caminho certo” e permitem às crianças desfavorecidas atingir níveis de desenvolvimento comparáveis com os seus colegas de contextos sociais mais favorecidos.

Quadro 7. Necessidades e problemas da criança dos 6 aos 12 anos, na perspectiva do sector da saúde.

Período	Necessidades e problemas
6-8 anos	Alimentação adequada às necessidades nutricionais Hábitos de estudo (entrada na escola) Correcção da postura corporal (posição de sentada, transporte correcto da mala da escola) Actividade física e prática de desporto Visualização de televisão sem excessos Higiene oral Prevenção de acidentes
8-12 anos	Alimentação saudável Hábito de estudo e de responsabilidade Hábito de ler e escrever Correcção da postura corporal Actividade física e prática de desporto Visualização de televisão e utilização de computador sem excessos Higiene oral Calendário vacinal

Acidentes

Como já foi anteriormente referido, os acidentes, com os consequentes traumatismos, ferimentos e lesões, são a primeira causa de morte das crianças do grupo etário 5-19 anos, com 272 óbitos (45,79%) em 2002 e comportam elevados custos económicos e psicossociais. O inquérito internacional de 2001-2002 da Organização Mundial de Saúde que envolveu crianças em idade escolar revelou que em Portugal 34,2% das meninas de 11 anos e 55,5% dos meninos da mesma idade referiram ter

sofrido pelo menos um acidente que os obrigou a recorrer aos serviços de saúde, nos últimos 12 meses (Currie *et al*, 2004). Observa-se assim que o género masculino refere um maior número de acidentes, o que poderá estar relacionado com a tendência dos rapazes para correrem mais riscos.

Relação com os pares

A capacidade de uma criança se entender com os outros tem uma grande importância no momento da entrada na escola. Em Portugal, 88,4% dos meninos e 83,6% das meninas de 11 anos referem ter três ou mais amigos chegados do mesmo género. Aos 15 anos essa percentagem baixa para 74,3% nos meninos e 66,7% nas meninas (*Ibid.*). Os problemas afectivos e comportamentais da infância causam sofrimento em algumas crianças e famílias.

2.3.4. Dos 13 aos 18 anos

Na adolescência os jovens começam a afirmar a sua independência e a tomar decisões que podem vir a ter repercussões para toda a vida. Ao mesmo tempo em que procuram definir a sua identidade e a encontrar uma certa estabilidade, têm que lidar com mudanças afectivas e físicas profundas, associadas à puberdade.

Assim, o suporte da família, da escola e da comunidade é essencial para o desenvolvimento saudável dos adolescentes.

Nesta etapa os problemas de saúde aparecem associados a comportamentos de risco, como sejam, condutas violentas, morbidade e mortalidade por acidentes, maternidade e paternidade precoce, sedentarismo, desequilíbrios alimentares e comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas ilícitas). Também começam a ter relevo como causa de morbimortalidade, as doenças oncológicas, a asma e a diabetes, que começam a manifestar-se cada vez mais cedo.

Quadro 8. Necessidades e problemas da criança dos 13 aos 18 anos, na perspectiva do sector da saúde.

Período	Necessidades e problemas
13-15 anos	Alimentação saudável Prevenção de acidentes Alterações físicas e psíquicas (intelectuais) Higiene oral Prática de desportos Leitura e escrita Visualização de televisão e utilização de computador sem excessos Amizade e solidariedade Comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas ilícitas)
15-18 anos	Alimentação saudável Prevenção de acidentes Alterações físicas e psíquicas (intelectuais) Higiene oral Prática de desportos Leitura e escrita Visualização de televisão e utilização de computador sem excessos Sexualidade Diálogo, amizade e solidariedade Comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas ilícitas) Comportamentos de risco (doenças sexualmente transmissíveis) Maternidade e paternidade precoces

2.4. Factores favorecedores do desenvolvimento e necessidades específicas da criança

O desenvolvimento da criança é influenciado por factores genéticos, ambientais, económicos, sociais, culturais e políticos. Neste incluem-se os contextos e as condições de vida das crianças - alimentação, habitação, ritmo de vida, nível de instrução e profissão dos pais, rendimento familiar, afecto, segurança, convivência social, acesso a serviços de saúde, etc. Os factores genéticos condicionam, embora parcialmente, a altura definida, as dimensões das crianças nas diversas idades e o ritmo individual de maturação (Thompson e Ashwill, 1996).

O desenvolvimento pode ser afectado por deficiente aporte calórico, alimentação desequilibrada, com deficiente teor de proteínas, sais minerais e vitaminas, doenças em que exista alteração das funções de digestão, absorção e transporte de nutrientes, etc. A posição da criança na família, a qualidade da interacção entre a criança e os pais, as metas estabelecidas para a criança, os conceitos pessoais e as necessidades dos pais (DGCS, 1989).

O acesso à saúde, educação, habitação, é decisivo no desenvolvimento da criança. Uma família de escassos recursos financeiros não tem possibilidade de fornecer as melhores condições de alimentação, habitação, educação, etc. A criança sente a tensão familiar e é afectada por ela. Uma mãe pouco instruída pode não saber quais os métodos mais adequados para cozinhar os alimentos, preservando o seu valor nutricional, pode negligenciar as consultas de vigilância, as imunizações, etc. (Thompson e Ashwill, 1996).

O ambiente familiar tem grande influência no desenvolvimento físico e psicossocial da criança, uma vez que num ambiente seguro e estável a criança sente-se desejada e amada, dirigindo as suas energias para o desenvolvimento positivo (*Ibid.*). As modificações na estrutura familiar influenciam o desenvolvimento da criança. O aumento do número de famílias monoparentais em Portugal, atribuída em grande parte a rupturas entre os pais, com a alteração dos tradicionais papéis do pai e da mãe, a mudança geográfica, eliminando o sistema de apoio das famílias e provocando a troca de escola das crianças, etc. pode ter graves efeitos no desenvolvimento da criança. De facto, o processo afectivo da separação e do divórcio tem importantes repercussões sociais, psicológicas e económicas nas crianças e nos pais, em particular nas mulheres que assumem, na maioria das vezes, o papel do pai em casa.

A segurança e a protecção das crianças e dos adolescentes é outro aspecto importante para o desenvolvimento. Os casos declarados de violação dos direitos das crianças, agressões físicas, agressões sexuais e crimes violentos, que envolvem membros da família têm vindo a aumentar.

No entanto, existem outras formas de violência e de maus-tratos que podem atrasar o desenvolvimento da criança (e.g. negligência, violência física ou verbal, violência conjugal). Este último factor tem uma grande influência nos comportamentos de risco posteriores, como seja a toxicodependência e o comportamento criminal.

Não pode deixar de se referir, como factor favorecedor do desenvolvimento da criança, serviços de atendimento à infância de qualidade. A abordagem integrada dos serviços de atendimento à infância é vantajosa, pois permite uma melhor coordenação de serviços e serviços mais completos para responder às necessidades individuais e colectivas das crianças e famílias.

2.4.1. Família como contexto de desenvolvimento

Desde a sua constituição, a família vai sofrendo mudanças estruturais progressivas ao longo do ciclo de vida, num percurso que compreende estádios, relacionados com a entrada e saída dos seus membros, em que os chamados “pontos de transição críticos” condicionam o desenvolvimento familiar.

Por outro lado, a família constitui um espaço de desenvolvimento, de crescimento de cada um dos seus membros, que passa pela sua capacitação para lidar com os problemas e mobilizar recursos, ou seja, controlar a sua saúde e agir sobre os factores que a influenciam.

Existem diversas definições de família. Bentler et al, definem família como “um grupo social único ligado por laços de geração, emoções, preocupações, estabelecimento de metas, orientação altruísta e uma forma própria de organização” (ap. Stanhope, 1999:492).

A família tem vindo a passar por várias transformações, que têm afectado o seu desenvolvimento, quer ao nível da estrutura, quer nas suas funções e interacções. Em cada família, os papéis são adaptados à sua estrutura e às forças ambientais internas e externas (e.g. económicas, culturais, psicossociais). Todas assumem funções que permitem manter a integridade e responder às necessidades dos seus membros e às expectativas da sociedade (*Ibid.*).

Numa perspectiva demográfica e socioeconómica têm-se verificado mudanças ao nível da idade do primeiro casamento, dos padrões de fertilidade, das taxas de natalidade, do n.º de solteiros, divorciados e famílias reconstruídas, do número de crianças que vivem a problemática do divórcio na família ou vivem com uma mãe solteira e o grande aumento da população idosa (*Ibid.*). Segundo dados estatísticos do INE (2004), em 2003 foram celebrados em Portugal 53735 casamentos, dos quais 44907 (83,6%) diziam respeito a primeiros casamentos. A nupcialidade de segunda ordem ou superior foi menos frequente nas mulheres (9,9%), do que nos homens (12,3%). Quanto à dissolução de casamento por divórcio registraram-se 22818 dissoluções.

De acordo com os dados dos Censos de 2001, foram recenseadas 1656602 crianças, com menos de 15 anos, a residir em Portugal. Destas, 99,6% residiam em famílias clássicas¹⁴ e as restantes em instituições. O número de famílias monoparentais

¹⁴ O INE define família clássica como o “conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento ... qualquer pessoa independente

aumentou relativamente ao censo anterior, sendo na sua maioria constituídas pela mãe e pelos filhos, em resultado de separações e divórcios (INE, 2005). Neste contexto, a função parental está fragilizada e os pais confrontam-se com dificuldades de disponibilidade de tempo, com uma vida que tende a ser mais desorganizada e favorecedora de *stress*, o que numa sociedade que lhes exige, muitas vezes, que sejam "pais perfeitos" leva a sentimentos de culpabilização e inquietude.

Por outro lado, as expectativas e exigências das famílias em relação à saúde alteraram-se, dado que ocorreram mudanças nos paradigmas e um crescente reconhecimento dos pais como parceiros da saúde e elementos indispensáveis no processo de negociação de atitudes e comportamentos.

A família tem a dupla responsabilidade de responder às necessidades dos seus membros e da sociedade. A família prepara os seus membros para fazerem face às responsabilidades e obrigações sociais e responde às necessidades de afetividade, estabilidade, recursos financeiros (alimentação, vestuário e abrigo), acesso à educação e a cuidados de saúde (Stanhope, 1999).

Num mundo em constante transformação, com cada vez mais tecnologia, verifica-se uma crescente perda de valores como, a partilha, a solidariedade, a tolerância, a compreensão, o amor ao próximo, etc., que dão lugar à competição desenfreada, ao individualismo, ao materialismo. Estas transformações na vida e no viver da pessoa, tiveram impacto nas questões da saúde. Os hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação de que se dispõe, mas também pelos valores, crenças e atitudes e pelos diferentes contextos de vida, mais ou menos facilitadores de determinadas opções. Muitos dos comportamentos traduzem formas de lidar com o *stress* e os constrangimentos do dia-a-dia, o que torna, por vezes, muito difícil a sua alteração no sentido de estilos de vida mais saudáveis.

Por outro lado, as pessoas com uma elevada auto-estima e um bom sentido crítico possuem melhor preparação para resistir às pressões exteriores e para decidir de forma autónoma e, portanto, detêm uma maior capacidade para se responsabilizarem pela sua saúde, das suas famílias e da comunidade. Vários estudos indicam que é na família que os indivíduos desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de vida (*Ibid.*). Neste sentido, Johnson conceitua família como um sistema, dentro do qual o indivíduo se desenvolve, é cuidado e se torna apto para o conviver social, isto é, onde o crescimento físico, pessoal e social é promovido. Isto é, desenvolve um sistema de

que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. As empregadas domésticas residentes no alojamento onde estavam ao serviço são integradas na respectiva família”.

valores, crenças e atitudes face à saúde e à doença, que vão sendo expressas e demonstradas através dos comportamentos dos seus membros. Funciona ainda como fonte primária de transmissão geracional dos traços culturais relacionados com a saúde (*Ibid.*).

Esta aprendizagem resulta, em geral, da soma de todas as influências que colectivamente determinam os conhecimentos, as crenças, as atitudes e os comportamentos relacionados com a saúde. A família é a primeira instância de socialização da criança e é no seu seio que esta aprendizagem se inicia e se reforça. O papel da família e, designadamente, dos pais, é assim fundamental para a construção de valores e princípios básicos de respeito pela saúde e pela vida (Ministério da Saúde, 1997). Johnson reforça esta ideia, considerando que é fundamentalmente através da família que os seus membros aprendem as crenças e as práticas respeitantes à saúde e à doença da sociedade em geral. As funções e tarefas relacionadas com a saúde variam de acordo com a estrutura, divisão e repartição do trabalho, estatuto sócio-económico e etnia da família (Stanhope, 1999).

Assim, uma *família saudável* será aquela que desempenha todos os papéis de forma adequada, em conformidade com as idades dos seus membros, competências e necessidades ao longo do ciclo de vida (*Ibid.*).

A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 67.º, diz que “a família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.” Se é verdade que toda a sociedade, na qual se engloba a família, é responsável pela promoção da saúde, cabe especialmente ao cidadão adulto a maior obrigação de contribuir para a saúde de todos, em especial dos mais jovens e dos mais idosos. Com a presente evolução social, em que os modelos relacionais e os valores da família se têm profundamente modificado, observa-se uma tendência cada vez mais nítida para reconhecer a importância do ambiente familiar no desenvolvimento pessoal e social.

Contudo, embora seja comum a tendência para a adesão ao princípio da distribuição das tarefas domésticas, a situação real não terá sofrido grande alteração, mantendo-se maioritariamente nos moldes tradicionais, com evidente sobrecarga para a mulher. Existe, assim, um esforço suplementar que lhe é pedido, através do desempenho simultâneo de papéis tão diferentes e absorventes como o de mulher, mãe, companheira e profissional, em meios altamente competitivos, onde as exigências são cada vez mais

elevadas. Também o aumento das suas taxas de desemprego, que tendem a ser superiores às dos homens, condiciona fortemente a saúde da mulher adulta.

Este quadro, em que os adultos se encontram cada vez mais socialmente inseguros, contribui para o desenvolvimento e agravamento das disfunções familiares e sociais, visíveis pelo aumento do número de crianças maltratadas, de trabalho infantil e de abandono escolar. Estas situações são mais frequentes em contextos de exclusão social. O abandono escolar coincide frequentemente com insucesso escolar e com grandes pressões para a entrada prematura no mercado de trabalho, sob a forma de trabalho precário, mal remunerado e clandestino. (Sarmiento *et al*, 1997)

A face mais oculta do trabalho infantil é o trabalho domiciliário infantil, que consiste em trabalho remunerado, realizado pela criança no domicílio, ou seja no seio da família. Esta exploração deve-se à desigualdade social, pelo que a transformação das estruturas e das condições sociais deve congrega a mobilização do esforço colectivo (Sarmiento, Bandeira e Dores, 2000).

As políticas de saúde têm vindo a considerar a família como prioridade de intervenção. A Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos no Século XXI, adoptada na Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Maio de 1998, considera como prioritárias, entre outras, Cuidados de Saúde Primários integrados e orientados para a família, suportados por um sistema hospitalar flexível e apto a fazer face às diversas situações (WHO, 1999_a).

A 2.^a Conferência Ministerial sobre Enfermagem, realizada em Junho de 2000, em Munique, perspectiva os Enfermeiros como elementos-chave do desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo central da sua intervenção (WHO, 2000). Neste sentido, torna-se indispensável que no contexto português os Enfermeiros possam detectar, o mais precocemente possível, situações de risco nas crianças com que trabalham.

2.4.2. Escola como contexto de desenvolvimento

Nos últimos anos tem-se assistido a um amplo movimento que visa desenvolver as potencialidades das instituições, no sentido da promoção da saúde, através de programas com esse objectivo. Estes têm em comum a necessidade de se desenvolver no âmbito do processo de promoção da saúde, através do exercício do poder de forma descentralizada e autónoma, por uma relação baseada na boa comunicação e confiança

mútua, por um trabalho interinstitucional e multidisciplinar, proporcionadores do desenvolvimento das capacidades individuais e colectivas, dos profissionais, das pessoas, dos grupos e das comunidades.

O contexto escolar foi reconhecido como imprescindível para o processo de promoção da saúde. Foi assim criada a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, em que Portugal participou, e posteriormente uma rede nacional (RNEPS) coordenada, em parceria, pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

No entanto, tudo começou em 1980 quando se tornou mais explícita a necessidade de colaboração entre os sectores da educação e da saúde. Esta colaboração foi reconhecida como um factor fundamental para o desenvolvimento da *escola promotora de saúde*.

A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) foi constituída por um grupo de escolas, através do Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial, tendo como objectivo demonstrar a importância da promoção da saúde. As escolas e os centros de saúde envolvidos no projecto alargariam a experiência e informação aos sectores da educação e da saúde, influenciando políticas e práticas de promoção da saúde na escola.

A REEPS foi formalmente inaugurada em 1992, contando actualmente com redes nacionais em 38 países. As escolas participantes adoptam o conceito de promoção da saúde, integrando-a no currículo, nas práticas de gestão e no ambiente físico e social. Constituindo a parceria o aspecto principal da sua filosofia, permite um esquema flexível, para que as escolas possam determinar as suas necessidades e trabalhar em função das mesmas.

Foi assim criada a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, entendendo-se como Escola Promotora de Saúde “toda a escola que se esforça de forma consciente, empenhada e persistente, por organizar o seu trabalho de tal modo que todas as actividades favoreçam o crescente bem-estar da comunidade educativa e o sucesso educativo dos seus alunos.” (Navarro, 1997_a:1)

Na sequência de uma reunião de Conselho de Ministros da Educação da Europa, Portugal aderiu à REEPS em Setembro de 1994, tendo beneficiado durante 3 anos de um co-financiamento para desenvolvimento de uma experiência piloto aplicada num número restrito de escolas e centros de saúde seleccionados por critérios que se enquadravam nos princípios da REEPS. As condições principais para as escolas e centros de saúde serem integrados era a de trabalharem em articulação entre si, em todas

as fases do processo, e construírem redes locais que constituíssem os contextos de aplicação dos princípios orientadores.

Com a adesão de Portugal à Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS), foi constituído um Centro de Apoio Nacional, composto por dois elementos do Ministério da Saúde, da Direcção-Geral da Saúde, e dois do Ministério da Educação, o “Projecto Viva a Escola”, que se passou a designar Programa de Promoção e Educação para a Saúde, em 1995.

Em 1997 realizou-se na Grécia a 1ª conferência da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, a qual reuniu representantes de organizações internacionais, políticos, decisores, educadores e parceiros activos na REEPS, teve como tema central “A Escola Promotora de Saúde, um investimento em educação, saúde e democracia” e como resultado, entre outros, a resolução declarando que "cada criança e jovem da Europa tem o direito e deve ter oportunidade de ser educado numa escola promotora de saúde". Esta resolução delineava dez áreas importantes para o desenvolvimento futuro das escolas promotoras de saúde: democracia, equidade, capacitação e competências para a acção, ambiente escolar, currículo, formação de professores, avaliação, colaboração, comunidade e sustentabilidade.

Em Março de 1998, foi publicado o Despacho Conjunto n.º 271/98, subscrito pelos Ministros da Educação e da Saúde, onde se clarificam e se definem os níveis de co-responsabilização da cada Ministério no âmbito do apoio à RNEPS, em termos de promoção da saúde. De 1994 a 1999, foi grande a evolução da RNEPS ao nível do número de escolas e de centros de saúde nela integrados, bem como das metodologias que se foram desenvolvendo para dar resposta aos objectivos da rede e às necessidades das escolas. No ano lectivo 2001/2002, a rede integrava 3407 escolas e 265 Centros de Saúde. Cada vez mais, os projectos contaram, à partida, com o empenhamento e os recursos de alguns parceiros estratégicos, como os Centros de Saúde (96,2%) - recursos técnicos e materiais - e as autarquias locais - suportes material e logístico.

A Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde é formalmente criada em Agosto de 1999, pelo despacho nº15 587/99. Os Centros de Saúde foram consolidando a sua intervenção, mediante o estreitamento das relações de articulação e progressiva parceria com as escolas. Os pedidos de intervenção, de carácter mais pontual feitos pelas próprias escolas aos CS, transformam-se progressivamente em trabalho conjunto, quer em termos de planificação como de intervenção, possibilitando, assim, o desenvolvimento de projectos comuns.

Segundo Navarro (1990), saúde e educação constroem-se, segundo um processo, de acordo com as suas características metodológicas, cuja finalidade é proporcionar à comunidade, oportunidades para que esta desenvolva as suas potencialidades e capacidades com vista a que consiga confrontar o ambiente de forma positiva e agir sobre este de um modo consciente e responsável. Esta finalidade é atingida quando se utiliza processos centrados na inserção social, na iniciativa e orientação pessoal através da apropriação da informação sobre a saúde e simultaneamente do desenvolvimento de capacidades que permitirão aos participantes crescerem em autonomia e sentido de responsabilidade.

Em 18 de Julho 2000, é publicado o Despacho Conjunto n.º 734/2000, que mantém a parceria orientada para “fomentar o desenvolvimento sustentado do processo de alargamento da RNEPS, garantindo que as escolas ou agrupamentos de escolas e os centros de saúde assumam responsabilidades complementares na promoção da saúde da comunidade educativa alargada”.

Qualquer escola, de acordo com Navarro (1999), deve possuir quatro dimensões essenciais para se constituir como escola promotora de saúde:

Dimensão curricular -um aspecto fulcral das acções da escola são as aprendizagens formais. Estas organizações têm como objectivo primordial capacitar alunos e professores, de modo a que estes interliguem cada vez mais e melhor, os temas escolares leccionados com o quotidiano. As vivências e acontecimentos diários de cada um, devem servir de reflexão de modo a que posteriormente se adquira nova informação e aumente o leque de saberes. Um factor potenciador da aquisição de informação é a existência de uma interdisciplinaridade eficiente.

Dimensão ecológica - tem como objectivo a preservação dos espaços internos e externos escolares, bem como adequação da alimentação fornecida na instituição. O melhor método para atingir este objectivo, é a cooperação dos diversos grupos intervenientes da comunidade escolar (e.g. professores, auxiliares, alunos e pais), de modo, a proporcionar e a manter condições de salubridade, segurança e conforto nas instalações escolares.

Dimensão comunitária - tem como objectivo a integração da escola na comunidade e estabelecimento de uma relação de reciprocidade entre elas, na qual os elementos interessados da comunidade participam na elaboração, gestão, execução e avaliação dos projectos da escola. Por outro lado, a escola como instituição da

comunidade, desenvolve projectos cujo objectivo é solucionar problemas e/ou reduzir necessidades sentidas num grupo ou comunidade.

Dimensão psico-social - refere-se ao clima e à cultura da escola. Um dos elementos chave para qualquer instituição é o clima. Esta dimensão tem como objectivo fomentar o prazer de estar na escola e o sentimento de pertença a esta instituição. Visto os professores serem figuras de referência para alunos e comunidade, em grande parte a escola depende desta classe profissional para atingir um bom clima. Os professores motivados e satisfeitos geram à sua volta um clima estimulante e de confiança. Deste modo pretende-se a clarificação dos objectivos profissionais de modo a conseguir um ambiente de inter-ajuda e solidariedade. A cultura de uma escola resulta das suas próprias crenças, bem como a maneira como desenvolve o seu trabalho e os resultados que obtém. A valorização de uma escola depende do modo que é vivenciada pela comunidade escolar.

Dimensão organizacional - a autonomia que cada escola possui e o seu projecto educativo são as medidas a atender para que ocorra a mudança organizacional. A autonomia permite às escolas definir para onde pretendem seguir e o projecto aponta o trajecto e como devem percorrê-lo. Contudo não pode haver autonomia e projecto autênticos sem a participação de todos os intervenientes. Esta dimensão pressupõe que as práticas de participação e as parcerias se iniciem dentro das escolas de tal forma que englobem todos os seus elementos.

Em suma, o importante é investir numa forma coerente e adequada numa ou mais destas dimensões de modo a desenvolver na comunidade escolar o sentido de coerência. Não se devem classificar as escolas promotoras de saúde como sendo aquelas que introduzem nos seus currículos ou trabalhos extra-curricular temas ditos de saúde (Navarro, 1999).

Neste contexto, a função da saúde escolar exige equipas multidisciplinares, que devem desenvolver um trabalho multisectorial no qual é fundamental incluir os profissionais de educação. A formação específica em saúde escolar deve ser dirigida a médicos, enfermeiros, educadores de infância, professores, assistentes sociais e psicólogos. Esta característica multidisciplinar proporcionará um enriquecimento e vivência de trabalho conjunto, da qual se espera favorecer as relações interpessoais e intersectoriais (Navarro, 1990). Ao contemplar estes aspectos, faz-se com que as crianças e adolescentes desenvolvam competências psicossociais, tais como a habilidade de enfrentar de forma efectiva, as exigências da vida diária; e a habilidade para manter

um estado de bem-estar mental e expressá-lo através de um comportamento adequado à sua própria cultura e ambiente.

O Centro de Saúde foi consolidando a sua intervenção, de acordo com a articulação e progressiva parceria com as escolas promotoras de saúde. Os pedidos de intervenção feitos pelas próprias escolas aos centros de saúde, transformam-se progressivamente em trabalho conjunto, em termos de diagnóstico e actividades definidas como prioritárias, possibilitando assim, o desenvolvimento de projectos comuns com intervenção sequencial. Cabe aos centros de saúde apoiar as escolas promotoras de saúde através da concretização das actividades estipuladas no programa tipo de saúde escolar, que se enquadram nos princípios orientadores das escolas promotoras de saúde e alargando o seu âmbito no sentido de permitir aos profissionais de saúde trabalhar com a comunidade educativa, de forma inovadora e flexível, em áreas prioritárias da saúde.

Síntese

A saúde e o desenvolvimento físico, psicossocial e cognitivo da criança são influenciados desde a concepção. O baixo peso à nascença é considerado como um indicador de privação, podendo traduzir-se em incapacidade física e mental e por vezes na própria morte. O consumo de tabaco e de álcool durante a gravidez pode ter consequências graves para o bebé: prematuridade, baixo peso, malformações associadas, perturbações de adaptação neo-natal, atraso no desenvolvimento estaturponderal, afectivo e intelectual, entre outras. A gravidez na adolescência surge associada a um risco acrescido para a saúde, e para a situação económica e social, da mãe e da criança.

São numerosos os benefícios do aleitamento materno, destacando-se a protecção contra doenças infecciosas, desenvolvimento saudável do cérebro e do sistema nervoso central e uma ligação mais forte e segura entre mãe e filho. Vários estudos confirmam que para o desenvolvimento da criança, nos planos afectivo e social, é fundamental uma vinculação segura a um familiar ou cuidador. A imunização das crianças tem contribuído de forma decisiva para a acentuada diminuição da morbilidade e mortalidade por doenças evitáveis pela vacinação.

Os acidentes, com os consequentes traumatismos, ferimentos e lesões, são a primeira causa de morte das crianças do grupo etário 5-19 anos. Os problemas afectivos

e comportamentais da infância causam sofrimento em algumas crianças e famílias. Na adolescência os jovens começam a afirmar a sua independência e a tomar decisões que podem vir a ter repercussões para toda a vida.

A família prepara os seus membros para fazerem face às responsabilidades e obrigações sociais e responde às necessidades de afectividade, estabilidade, alimentação, vestuário, abrigo, acesso à educação e a cuidados de saúde. Vários estudos indicam que é na família que os indivíduos desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de vida, ou seja, o contexto privilegiado para o desenvolvimento pessoal e social. O aumento do número de famílias monoparentais em Portugal, atribuída em grande parte a rupturas entre os pais, com a alteração dos tradicionais papéis do pai e da mãe, a mudança geográfica, eliminando o sistema de apoio das famílias e provocando a troca de escola das crianças, etc. pode ter graves efeitos no desenvolvimento da criança.

A escola é o contexto de desenvolvimento das crianças e adolescentes, por excelência, favorecendo o desenvolvimento de competências psicossociais, tais como a habilidade de enfrentar de forma efectiva, as exigências da vida diária e a habilidade para manter um estado de bem-estar mental e expressá-lo através de um comportamento adequado à sua própria cultura e ambiente.

3. CENTRO DE SAÚDE, ENFERMAGEM E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Apresentação

Neste capítulo dedicamo-nos à abordagem da importância do sector da saúde, em particular dos Centros de Saúde e dos Enfermeiros, para desenvolvimento da criança. Começamos por enquadrar o Centro de Saúde no contexto do sistema de saúde português, onde assume o primeiro ponto de contacto dos pais e dos cuidadores das crianças com o sistema de saúde e como instituição de atendimento à infância através de vários programas de saúde. Neste sentido, os contextos e intervenções dos enfermeiros, no âmbito do desenvolvimento da criança, são aspectos muito importantes para o desenvolvimento da criança. Por fim, dedicamos um espaço à abordagem do cuidar em enfermagem na perspectiva da saúde.

3.1. O Centro de Saúde no contexto do Sistema de Saúde Português

Centro de Saúde é “uma unidade polivalente e dinâmica que visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao indivíduo, à família e à Comunidade” (Despacho Normativo n.º 97/83 de 22/04, art. 2.º). Os seus objectivos serão atingidos através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade (Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, art.º 2.º).

Como unidade prestadora de Cuidados de Saúde Primários, deve privilegiar de modo especial, a personalização da relação entre os profissionais e os utentes; prestar os cuidados essenciais, baseando-se em técnicas simples, cientificamente válidas e socialmente aceites, tornadas universalmente acessíveis a todos os indivíduos e família da comunidade, num espírito de auto-responsabilização e auto-determinação.

O Centro de Saúde deve assumir as suas responsabilidades na promoção da saúde das populações, desenvolvendo a cooperação intersectorial e a participação da comunidade. A sua reorientação para o conceito decorrente da Carta de Ottawa (1986),

passa pela adopção do modelo de gestão participada por objectivos, desenvolvimento do trabalho em equipas multidisciplinares, partilhando o poder de decisão com todas as pessoas (profissionais e não profissionais), tornando-se acessíveis e criando um ambiente personalizado e humanizado. Estando integrados num ambiente humano, social, político, económico, os Centros de Saúde, enquanto organizações sociais de saúde, devem constituir-se como um sistema aberto, em interacção dual com o ambiente, potenciando a capacidade de crescimento, mudança e adaptação.

Os Centros de Saúde são reconhecidos como as primeiras entidades responsáveis pela melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica.

Perspectiva evolutiva

O Centro de Saúde criado em 1971 tem vindo a evoluir ao longo do tempo, passando essencialmente por três gerações.

1ª geração: 1971 – 1982

Foi criada a 1ª rede de Centros de Saúde da Direcção-Geral de Saúde. Estes estavam organizados por valências, orientados para a saúde pública e medicina preventiva, com prioridade para a saúde materno-infantil (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro).

2ª geração: 1983 – 1998

Efectuada a integração da 1ª rede de Centros de Saúde com os postos dos Ex. - Serviços Médico-Sociais, tendo sido organizados por serviços e grupos profissionais, com predomínio dos aspectos estruturais (e.g. hierarquias, regulamentos, programação normativa), foi implementada a carreira médica de clínica geral (Decretos-Lei n.ºs 254/82, de 29 de Junho e 310/82, de 3 de Agosto e Despacho Normativo 97/83, de 22 de Abril).

3ª geração: 1999- ...

Em 1996, iniciou-se o desenvolvimento do Projecto Alfa da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, numa *tentativa* de criar Centros de Saúde de 3ª geração. Pretende-se que os Centros de Saúde sejam enquadrados num conceito funcional, com aligeiramento de estrutura e a assistência baseada em pequenos grupos de médicos de família, numa perspectiva de promoção da saúde e autonomia (Ministério da Saúde, 1997). Este

projecto culmina com a publicação do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde, o qual vem a ser alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro.

Com a alteração do ciclo político, nova reforma, nova mudança e um novo rumo com a publicação de um novo diploma legal que cria a rede de Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril). Passados dois anos, novo ciclo político determina, pela publicação do Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, a revogação do último diploma legal publicado e a reposição em vigor do regime jurídico criado pelo Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro.

A mudança tem vindo a ser consagrada de forma recorrente em lei, sem implementação efectiva no plano real, continuando a assistir-se ao desfasamento entre a produção jurídica e os seus efeitos na prática e na vida das pessoas.

3.2. O Enfermeiro e o desenvolvimento da criança

O Enfermeiro desempenha um papel importante para o desenvolvimento da criança, desenvolvendo os vários programas de saúde, em contexto institucional e comunitário (e.g. domicílio, creche, jardim-de-infância, escola).

3.2.1. Contextos e intervenções

O Enfermeiro contribui para o desenvolvimento da criança, através de cuidados de enfermagem domiciliários ao recém-nascido, após a alta hospitalar, pelo estímulo das mães para o aleitamento materno, pelo menos até aos três meses de vida, realizando consultas de enfermagem no âmbito da saúde da criança, promovendo o cumprimento do plano nacional de vacinação, do programa de saúde infantil e juvenil e do programa de saúde escolar, de acordo com as orientações da Direcção Geral da Saúde, desenvolvendo programas de educação sexual e reprodutiva em articulação e parceria com os estabelecimentos de ensino, dos vários níveis, identificando e encaminhando as crianças vítimas de negligência, maus-tratos e abusos sexuais (OE, 2004).

3.2.2. Programas no âmbito da saúde da criança

A Direcção Geral de Saúde tem vindo a elaborar vários programas de saúde, definindo orientações técnicas como resposta às necessidades / problemas de saúde da população portuguesa.

Saúde Infantil e Juvenil

O Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (2002), elaborado pela Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes da Direcção Geral de Saúde, decorre da revisão do programa de 1992, decorridos que foram dez anos. Neste documento, a manutenção e a promoção da saúde da criança é considerado como um imperativo para os profissionais e para os Serviços de Saúde, devendo ser facilitado o desenvolvimento da função parental, como um direito e um dever dos pais e famílias. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a redução do analfabetismo e a melhoria das condições de vida, são factores favorecedores do desenvolvimento desta função.

Este programa tem como aspectos prioritários deste:

- Apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis;
- Redução das desigualdades no acesso aos Serviços de Saúde;
- Reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados.

São calendarizadas as consultas para *idades-chave* e harmonizadas com o esquema cronológico de vacinação, de forma a reduzir o número de deslocações ao Centro de Saúde. As *idades-chave* correspondem a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente: etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade.

Através destas intervenções, pretende-se detectar precocemente situações que afectem negativamente a saúde da criança e encaminhá-las para os recursos adequados, bem como facilitar o acesso à informação por parte dos pais, para o melhor desempenho da função parental. Neste contexto, é evidenciada a importância da visita domiciliária, “essencialmente pelo enfermeiro”, como elemento fundamental da vigilância e promoção da saúde, sendo particularmente indicada nos dias seguintes à

alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e de famílias ou situações identificadas como de risco.

Os profissionais que desempenham estas funções devem ser disponíveis, motivados e competentes, reforçando a necessidade do trabalho em equipa, com actuação multiprofissional e interdisciplinar, como resposta à complexidade dos problemas e necessidades em saúde. Destacam-se a comunidade e as estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente: creche, jardim-de-infância, escola, ATL, colectividades desportivas ou associativas, serviços da Segurança Social, autarquias, etc.

Os exames de saúde têm como objectivos avaliar o crescimento e desenvolvimento, estimular a opção por comportamentos saudáveis, promover o cumprimento do PNV, a suplementação vitamínica e mineral, a saúde oral, a prevenção de acidentes, intoxicações, riscos da exposição solar e perturbações da esfera psicoafectiva, detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida da criança e do adolescente, prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, assegurar a realização do aconselhamento genético, se indicado, identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência, promover a auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido e apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar.

Saúde Escolar

O Programa-tipo de Saúde Escolar (1996) tem como preocupações principais a criança e as suas condições para a frequência da escola e o contexto escolar.

A prestação de cuidados de saúde, na perspectiva da intervenção junto de crianças e jovens, sendo indispensável em termos de prevenção, detecção e tratamento, não é suficiente em termos de promoção e de educação para a saúde. O trabalho na e com a comunidade em sectores e locais chave como é a escola deve complementar a prestação de cuidados. A Saúde Escolar focaliza-se simultaneamente no indivíduo, grupo e ambiente, dando um importante contributo na redução do risco e da vulnerabilidade perante a disfunção.

O Programa de Saúde Escolar acompanha crianças e jovens em estabelecimentos pré-escolares devendo abranger toda a comunidade educativa - alunos, educadores /professores, auxiliares de acção educativa, pais/famílias.

As necessidades e os problemas de saúde das crianças e dos jovens, alguns decorrentes e outros agravados pela escolarização, justificam a intervenção no âmbito dos cuidados de saúde primários em todos os estabelecimentos de ensino.

Nesta perspectiva, a Saúde Escolar desempenha um importante papel no desenvolvimento global das crianças e jovens, contribuindo para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar.

O Programa de Saúde Escolar tem como objectivos:

- Proporcionar a aquisição de conhecimentos e motivação capazes de assegurar o reforço da auto-estima e sentimentos de pertença, um desenvolvimento harmonioso, condições de sucesso escolar e educacional, a utilização racional e responsável dos serviços e outros recursos de saúde e a redução das desigualdades perante a saúde;
- Contribuir para a integração de crianças com Necessidades de Saúde Especiais nos estabelecimentos de educação e ensino;
- Apoiar as iniciativas de inovação pedagógica correctoras de eventuais disfunções psico-afectivas;
- Apoiar os alunos na descoberta do valor do seu potencial de saúde e na adopção de respostas adequadas e construtivas aos desafios do quotidiano, capazes de lhes proporcionar competências de autonomia, responsabilidade e sentido critico, indispensáveis à opção e adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, saberes e resistências que lhes permitam contactar e conviver diariamente com múltiplos factores de risco sem que se verifiquem prejuízos para a saúde;
- Apoiar a participação parental de molde a potenciar a função da escola no desenvolvimento dos alunos;
- Promover a qualidade ambiental e a segurança dos estabelecimentos de ensino de molde a que a escola seja vivida como um local ecológico, seguro e agradável, possa responder às eventuais necessidades especiais das crianças e dos jovens.

As actividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em colaboração estreita com os professores e outros profissionais, englobam actividades dirigidas ao

indivíduo, ao grupo, ao ambiente e projectos e programas específicos, para problemas de saúde localmente pertinentes.

Quanto às *actividades dirigidas ao indivíduo*, incluem-se a monitorização da aplicação do Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, o cumprimento do esquema cronológico do Programa Nacional de Vacinação a toda a comunidade escolar, a colaboração com o médico assistente no sentido de referenciar a criança sempre que ao longo da escolaridade surja uma suspeita de disfunção e assegurar a execução e cumprimento das medidas e orientações prescritas, o cumprimento da legislação relativa à evicção escolar, em articulação com a autoridade de saúde e as autoridades académicas, o apoio e colaboração na integração escolar de todos os alunos, em particular dos que apresentem necessidades de saúde especiais e/ou necessidades educativas especiais, de acordo com a legislação em vigor. Nestes casos deve ser elaborado e aplicado um Programa Individual de Apoio, da responsabilidade de uma equipa multiprofissional, competindo aos profissionais de saúde a monitorização e acompanhamento dos casos de NSE e aos educadores/professores os casos de NEE que não decorram directamente de problemas de saúde específicos.

Relativamente às *actividades dirigidas ao grupo*, compreendem o apoio no desenvolvimento dos temas curriculares relacionados com saúde, a educação alimentar, a higiene oral e a administração de flúor, de modo a prevenir a cárie dentária, as estratégias de prevenção primária e secundária de acidentes, a colaboração no ensino de técnicas elementares de primeiros socorros, os debates em grupo, com e entre alunos, profissionais da escola e/ou pais, sobre problemas que lhe digam colectivamente respeito e participar activamente nas discussões tentando.

As *actividades dirigidas ao ambiente* envolvem a vigilância e monitorização das condições de segurança, higiene e saúde das escolas, incluindo bares, bufetes, cantinas escolares e equipamentos desportivos, a preservação de um ambiente escolar e extra-escolar seguro e saudável.

Quanto aos *projectos e programas específicos*, para problemas de saúde localmente pertinentes, são exemplos: programa de promoção da saúde oral nas crianças e adolescentes, programa de educação alimentar, programa de prevenção de acidentes em meio escolar e peri-escolar, programa de educação ambiental, vida activa saudável, cidadania, programa de prevenção de comportamentos nocivos, programa de educação afectiva e sexual, prevenção da violência em meio escolar.

Vacinação

O Plano Nacional de Vacinação é universal, gratuito e acessível a toda a população. Em Portugal, entrou em vigor em 1965 e tem vindo a ser modificado de forma a manter a sua actualização. O novo esquema do Plano Nacional de Vacinação, aprovado pelo Despacho Ministerial nº 4570/2005, de 9 de Dezembro de 2004, publicado no Diário da República nº 43 - II série, de 2 de Março de 2005, entrou em vigor no dia 1 de Janeiro de 2006.

As principais alterações envolvem a substituição da vacina viva atenuada e oral contra a poliomielite (VAP) por uma vacina inactivada e injectável (VIP), a substituição da vacina contra a tosse convulsa do tipo Pw (pertussis "whole cell" ou de célula completa) por uma vacina pertussis acelular (Pa).

Quadro 9. Plano Nacional de Vacinação – 2006.

VACINA	0 Nascimento	2 Meses	4 Meses	6 Meses	15-18 Meses	5-6 Anos	10-13 Anos	>=20 Anos
Tuberculose	BCG							
Hepatite B	VHB I	VHB II		VHB III			VHB I, II e III a)	
Poliomielite		VAP I	VAP II	VAP III				
Dif. Tet. Per. + <i>Haemophilus</i>		DTPw I Hib I	DTPw II Hib II	DTPw III Hib III	DTPw IV Hib IV	DTPw V		
Tétano Difteria							Td	
Tétano								10 /10 Anos
Sarampo, Parotidite, Rubéola					VASPR I	VASPR II b)	VASPR II c)	
Observações: a) As 3 doses de vacinas da Hepatite B só para os nascidos antes de 1999, seguindo o esquema 0, 1 e 6 meses. b) Para os nascidos em 1994 ou depois. Nota: VASPR = MMR. c) Só para os nascidos antes de 1994. BCG: Tuberculose; VHB: Hepatite B; VAP (=OPV): Poliomielite (oral, viva); Hib: <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b; DTP: Difteria, Tétano, <i>Pertussis</i> ; Td: Tétano, Difteria (dose reduzida); VASPR (=MMR): Sarampo, Parotidite epidémica, Rubéola.								

Contemplam, também, a introdução de uma vacina combinada pentavalente contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b e a poliomielite, a introdução de vacinas combinadas tetravalentes contendo a Pa: a vacina contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b (DTPaHib) e a vacina contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a poliomielite (DTPaVIP) e a introdução da vacina conjugada contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C (MenC).

3.3. O cuidar na perspectiva da saúde

A partir da Conferência de Alma-Ata (1978), os cuidados de saúde tomam novas características: deverão ser adequados às necessidades da população, prestados no meio onde as pessoas vivem e trabalham e dirigidos ao conjunto da comunidade, designando-se de cuidados comunitários. Os Serviços de Saúde, para além dos cuidados domiciliários de reparação e manutenção deverão, ainda, garantir a prevenção da doença.

Esta orientação dos cuidados de saúde influencia a prática de enfermagem, dando origem a uma corrente centrada no *desenvolvimento da saúde*. Os cuidados de enfermagem partem da avaliação das necessidades de saúde da pessoa inserida no seu ambiente. As práticas desenvolvem-se pelo cuidar da pessoa enquanto ser singular, passando a aproximar-se da utilização de recursos da comunidade e das potencialidades dos próprios indivíduos, integrando-o e co-responsabilizando-o para a manutenção e desenvolvimento da saúde, suscitando assim o desenvolvimento recíproco de utilizadores e prestadores. (Collière, 1989)

Os cuidados de enfermagem relacionam-se com tudo o que melhora as condições de desenvolvimento da saúde, pelo que o campo de competência da enfermagem envolve a “mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, (...) para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe” (*Ibid.*:290). Neste sentido, o cuidar exige valores não paternalistas e não autoritários, favorecedores da autonomia e da liberdade de escolha, por meio de um ambiente favorecedor do desenvolvimento da pessoa.

O cuidar implica entender a saúde como fazendo parte de cada um, como sendo essencial à existência, como não deixando de existir quando se adoecer, no horizonte do desempenho profissional. A saúde é entendida como uma capacidade para criar novas formas de viver, para ultrapassar desequilíbrios, em resposta às limitações provocadas pela doença (Hesbeen, 2001).

Na perspectiva de Watson (2002), o cuidar pode ser demonstrado, e praticado eficazmente, somente de forma interpessoal, consiste em factores que resultam da satisfação de certas necessidades humanas, inclui aceitar a pessoa não somente como ela é, mas como ela virá a ser, proporciona um ambiente favorecedor do desenvolvimento

do potencial da pessoa, permitindo-lhe escolher o melhor para si num determinado momento, refere-se mais à saúde do que à doença, e a prática do cuidar é o foco central da enfermagem.

Nesta perspectiva, a relação interpessoal é a essência do cuidar, enquanto as técnicas, protocolos, formas de organização, são o acessório dos cuidados, os instrumentos que servem de suporte à actividade profissional. A relação interpessoal, relação de ajuda ou relação terapêutica é assim inerente ao cuidar e caracteriza-se pela parceria estabelecida entre um enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas (família, comunidade), no respeito pelas suas capacidades, envolvendo assim, competências relacionais e emocionais.

A profissão de enfermagem, em resposta às necessidades do indivíduo e da sociedade, tem a responsabilidade pelo cuidar e por estar na vanguarda dessa resposta, no presente e no futuro, pelo que o cuidar se assume como o elemento que diferencia a enfermagem face a outras disciplinas na área da saúde, sendo o seu foco mais central e unificador. (Watson, 2002).

Síntese

Os Centros de Saúde são o primeiro ponto de contacto dos pais e outros cuidadores das crianças com o Sistema de Saúde. O Enfermeiro contribui para o desenvolvimento da criança, pelas diversas actividades que realiza no Centro de saúde, e fundamentalmente pela sua intervenção em contexto comunitário (e.g. domicílios, escolas, associações). Neste sentido, salientamos os cuidados de enfermagem domiciliários ao recém-nascido, após a alta hospitalar, o estímulo das mães para o aleitamento materno, pelo menos até aos três meses de vida, as consultas de enfermagem, no âmbito da saúde da criança, o desenvolvimento do plano Nacional de Vacinação, do programa de Saúde infantil e juvenil, do programa de Saúde Escolar, de parcerias com os estabelecimentos de ensino e a identificação e encaminhamento de crianças vítimas de negligência, maus-tratos ou qualquer forma de abuso.

O Enfermeiro cuida na perspectiva da saúde, pelo que o cuidar envolve a organização de ambientes favorecedores do desenvolvimento da pessoa, permitindo-lhe escolher o melhor para si num determinado momento. É essencial e inerente ao cuidar a relação interpessoal, relação de ajuda ou relação terapêutica, que se caracteriza pela parceria estabelecida entre um enfermeiro e uma pessoa, grupo, família ou comunidade.

4. FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS E PERFIL PROFISSIONAL

Apresentação

Neste capítulo abordamos a formação profissional de enfermeiros e o perfil profissional. Começamos por uma resenha histórica, onde abordamos a evolução da formação e do perfil do Enfermeiro, dando uma perspectiva das escolas, do ensino, dos cursos e dos currículos. Segue-se uma abordagem do conceito de competência e do seu desenvolvimento (conceito, saberes, formação) e das concepções de currículo (conceitos e modelos). Abordamos, ainda, as recomendações e directivas europeias e a legislação nacional, no âmbito da formação profissional de enfermeiros, dando ênfase aos Cuidados de Saúde Primários. Por fim, dedicamos um espaço ao chamado “Processo de Bolonha”.

4.1. Evolução histórica da formação e do perfil profissional do Enfermeiro

O perfil do Enfermeiro tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, desde a chamada enfermagem pré-profissional até à actualidade, segundo modelos de formação determinados por contextos sociais, históricos e culturais.

Numa primeira fase, a prática dos cuidados assentava no *modelo religioso ou caritativo*. A assistência era prestada sob os ideais do cristianismo (fraternidade, serviço, caridade e auto-sacrifício) e consistia em cuidados de higiene, preparação de chás e alimentos, lavagem de roupas e cuidados com o ambiente, com características semelhantes aos cuidados domésticos prestados pela mulher nas famílias, às crianças e doentes. O *saber* em enfermagem tem características muito próximas do fazer doméstico (Meyer, 1995). O papel da mulher, a que Collière (1989) designa por (mulher) consagrada, baseia-se em valores religiosos e morais que definem e sua submissão a Deus, representado pelos homens da Igreja.

O renascimento, a reforma protestante e a instalação do capitalismo conduzem à laicização do cuidado de enfermagem, num período que vai do final do século XVI até meados do século XIX. O capitalismo industrial, a consequente modificação do tecido

social e outros acontecimentos (guerras), levam ao aumento do número de hospitais e à sua progressiva medicalização, com o encontro das práticas médicas e de enfermagem no mesmo espaço social - o doente - e no mesmo espaço geográfico - o hospital. Ao modelo religioso da “mulher consagrada”, começa a afirmar-se o modelo médico, a “mulher enfermeira auxiliar do médico” (*Ibid.*).

Nesta época, a concepção do trabalho masculino (público) e feminino (privado) tem características muito bem diferenciadas: a mulher aparece associada à “(...) docilidade, à submissão, à sensibilidade, à dependência, ao apego a minúcias, à intuição e à paciência”, enquanto o homem aparece ligado à lógica, à organização, à força, à agressividade, à independência e à decisão” (Meyer, 1995:64-65).

No auge da oposição ao trabalho feminino têm início os movimentos de resistência das mulheres. A sua inserção na esfera produtiva dá-se com a entrada em massa na indústria e noutras áreas, como sejam o ensino e a enfermagem. A enfermagem profissional desenvolve-se assim num contexto de relações sociais de género.

Em 1860, Florence Nightingale, dama da sociedade inglesa, fundou a Escola de Enfermagem do *St. Thomas Hospital*, em Londres, a qual, com a direcção entregue a uma enfermeira, formava mulheres das classes populares para a prestação de cuidados directos aos doentes (*Nurses*) e mulheres de classe social mais elevada para a supervisão e o ensino (*Ladies-nurses*). Na sua concepção uma *boa enfermeira* deve ser:

“uma pessoa com quem se pode contar, uma mulher de sentimentos delicados e recatados, observadora sagaz e discreta, sóbria e honesta, religiosa e devotada, enfim, alguém que respeita a sua própria vocação, porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta nas suas mãos” (Meyer, 1995:63).

Ao introduzir a dimensão técnica, Florence Nightingale vai dissociar progressivamente o trabalho de enfermagem do trabalho doméstico, obrigando à formalização da formação, que vai ter um duplo objectivo – os conhecimentos necessários ao saber fazer e o desenvolvimento moral das alunas. A formação é orientada segundo o duplo *modelo vocacional e disciplinar*, caracterizada pela dedicação, a bondade, a obediência perante a hierarquia e a firmeza perante os subalternos (Bento, 2001).

As novas ideias higienistas e sanitárias e as descobertas da física e da química do final do século XIX, permitem que a medicina utilize tecnologias mais complexas para

diagnóstico e tratamento da doença, e exigem mecanismos disciplinares do meio e dos agentes do cuidado. Esta crescente complexidade leva à necessidade de delegação de tarefas no Enfermeiro que vai ter que assumir novas funções: a avaliação da temperatura ou o exame de urinas e cuidados médicos mais usuais (e.g. clisteres). Pouco a pouco, começa a ter acesso a conhecimentos médicos imprescindíveis ao desempenho destas tarefas (Collière, 1989), como é exemplo, a avaliação da temperatura, que era até meados do século XIX um elemento fundamental do acto médico, e se banaliza, passando a ser um acto de rotina que é delegado pelo médico à enfermeira.

Assiste-se ao grande desenvolvimento da enfermagem técnica e à valorização das tarefas delegadas, a que Meyer (1995) designa por *enfermagem funcional*. A razão dos cuidados de enfermagem é a pessoa doente e os conteúdos da formação centram-se em torno da doença.

A filosofia de formação orienta-se segundo o modelo vocacional e auxiliar do médico. O *modelo vocacional* tem como objectivo desenvolver aspectos comportamentais e de personalidade, como sejam: respeitabilidade, obediência, delicadeza, submissão, lealdade, passividade, religiosidade, consideradas características básicas da enfermeira. O *modelo auxiliar do médico* para a aquisição de aptidões necessárias à aplicação e vigilância das prescrições médicas, como por exemplo, destreza, habilidade manual, observação, etc. O ensino, de características rígidas, centra-se em aspectos tecnicistas e normativos, com a descrição organizada e minuciosa das tarefas e procedimentos, sem princípios científicos. Privilegiam-se os modelos mecanicistas, perspectivando rapidez e eficiência no atendimento do doente (*Ibid.*).

Portugal não foi excepção nesta evolução. De acordo com Soares (1997), desde os primeiros cursos de enfermagem, até cerca de 1950, o perfil do enfermeiro corresponde ao de auxiliar do médico, em estrita obediência ao médico e à administração, embora as funções do enfermeiro e a sua relação com a actividade médica tenham motivado discussão e interpretações diversas em função dos interesses existentes no meio hospitalar. Desta forma, na opinião do director da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa (1927), “(...) o enfermeiro já não é exclusivamente colaborador do médico ou do cirurgião. O seu campo de acção não é restrito ao hospital, alarga-se à creche, à escola, ao *preventório*, à aldeia e mesmo ao sertão” (*Ibid.*: 57).

Esta formação de natureza mais abrangente também foi desenvolvida pela Escola Técnica de Enfermeiras, cujo curso:

“(…) tinha como objectivo preparar enfermeiras para trabalhar com o médico e para assumirem outras responsabilidades que exclusivamente lhe pertencem, e para além do adestramento na execução de simples habilidades manuais, permitir-lhes a aquisição de competência técnica que as habilitasse para o trabalho em hospitais, saúde pública e para funções de chefia e ensino” (*Ibid.*: 58).

A reforma iniciada em 1942 (decreto-lei n.º 32612 de 31 de Dezembro) alarga os domínios do conhecimento dos enfermeiros em áreas de especialização, mas mantém as suas competências de auxiliar do médico. Em 1947 (decreto-lei n.º 36219, de 10 de Abril) não são definidas claramente as competências dos enfermeiros (os “auxiliares da medicina”) nem as da nova categoria (auxiliar de enfermagem), agora criada na tentativa de colmatar a carência de pessoal, limitando-se a considerar que estes prestariam serviço sob a orientação do médico, dos monitores e dos enfermeiros (*Ibid.*).

A preocupação em organizar e desenvolver os princípios científicos para a prática de enfermagem, fundamentando as técnicas nos conhecimentos das ciências naturais e sociais, caracteriza o período que vai desde o final da década de 40 até meados da década de 60, surge primeiro nos Estados Unidos da América e depois por toda a Europa. A prática deixou de se centrar em tarefas para se centrar no doente, os princípios científicos oriundos do saber médico, da psicologia e da sociologia deram uma nova dimensão às técnicas de enfermagem, na perspectiva de encarar o indivíduo como um *ser biopsicossocial* (Meyer, 1995).

No final da década de 60 tem início o processo de construção das *teorias* e dos *modelos teóricos de enfermagem*, iniciado pelas enfermeiras norte-americanas, debatendo-se a autonomia da enfermagem e a definição de fronteiras entre a medicina e a enfermagem. De acordo com Rebelo (1996), neste debate é central o conceito de cuidado de enfermagem (e o que o distingue do cuidado médico), visando clarificar os valores, o objecto, os métodos e os instrumentos utilizados. Surgem assim as necessidades humanas básicas, como fundamento do processo de cuidados. A OMS adopta o conceito de enfermagem de Virgínia Henderson, passando as enfermeiras a conceber, pensar, decidir que cuidados e como os prestam no sentido das necessidades da pessoa, ou seja, um novo papel em que o diagnóstico médico deixa de ser central no seu trabalho. As intervenções de enfermagem decorrem da situação de cuidados, não se reduzindo ao cumprimento das prescrições médicas, podendo englobar a substituição total da pessoa na realização das actividades de vida diária, a supressão de necessidades

de informação, ou o conjunto de acções que assegurem uma morte serena (ap. Bento, 2001).

Nesta perspectiva, Collière (1989) considera a demarcação do ascendente médico, a aquisição de uma formação superior e a aquisição de uma imagem de marca de investigação como aspectos fundamentais para a identidade profissional. A publicação do Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, e a criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998 foram contributos fundamentais para a identidade da profissão de Enfermagem.

No entanto, conceber, executar e avaliar cuidados de enfermagem, baseados no próprio saber de enfermagem, implica que os modelos de formação se centrem na formação para a mudança e para a autonomia, na utilização de múltiplos saberes, na participação activa na sua produção, no desenvolvimento pessoal e profissional (Bento, 2001).

4.1.1. As Escolas

As primeiras escolas profissionais criadas em Portugal terão sido as Escolas de Enfermagem Ângelo da Fonseca, em Coimbra e Artur Ravara, em Lisboa.

Escola de Enfermagem Ângelo da Fonseca

A Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca foi “a primeira Escola de Enfermagem do País, fundada em 17 de Outubro de 1881, pelo Administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Senhor Professor Doutor António Augusto Costa Simões, sendo denominada por Escola dos Enfermeiros de Coimbra” (ESEAF, 2003). De acordo com Ferreira (1990_a), a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra terá sido criada em 1916, pelo Decreto n.º 5768, de 10 de Maio, sendo de novo regulamentada em 1920 e passando a designar-se como Escola de Enfermagem de Dr. Ângelo da Fonseca, pela Portaria n.º 7001, de 8 de Janeiro de 1931.

Ângelo da Fonseca (1872-1942), distinto médico cirurgião e professor catedrático, criou o primeiro Serviço de Urologia em Portugal, foi Director-Geral da Instrução Pública e o principal colaborador do Dr. António José de Almeida na Reforma do Ensino Superior de 1911.

Em 1982, passou a leccionar Cursos de Formação Pós-Básica e em 15 de Setembro de 1989, foi convertida em Escola Superior de Enfermagem. Em 1990 começou a leccionar os primeiros Cursos Superiores de Enfermagem, em 1995 os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, em 1998 os Cursos de Pós-Graduação e em 1999, o Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Escola de Enfermagem Artur Ravara

Também considerada pioneira na formação de enfermeiros em Portugal, a “Escola de Enfermeiros do Hospital de S. José” nasceu por iniciativa do Enfermeiro-Mor (termo que designava então o cargo de director) do Hospital de S. José, Dr. Tomás de Carvalho. Criada por Portaria do Ministério do Reino, de 28 de Janeiro de 1886 (Diário do Governo n.º 22), destinava-se exclusivamente ao pessoal do Hospital de S. José e seus anexos (Hospitais Civis de Lisboa, a partir de 1913). Foi encarregue o Dr. Artur Ravara, professor da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa e cirurgião da corte, para a elaboração do respectivo programa, publicado em 1887.

Contudo, de acordo com Nogueira (1990), a primeira experiência de formação regular em enfermagem parece ter terminado precocemente, em 1889, devido às dificuldades provocadas pelo analfabetismo da grande maioria dos alunos. Em 1901, pelo Decreto de 10 de Setembro, foi criada a Escola profissional de Enfermeiros do Hospital Real de São José, funcionando em instalações provisórias e propondo-se como missão ministrar “a instrução doutrinária, técnica e os conhecimentos de prática que as exigências da ciência actual reclamam; em que tenham de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem” (*Ibid.*:134).

Pelo Decreto n.º 4563, de 12 de Julho de 1918, é reorganizada a Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa, a funcionar no Hospital de S. Lázaro, anexo ao Hospital de S. José. Em 1930 (Decreto n.º 19060, de 29 de Novembro) passa a chamar-se Escola de Enfermagem Artur Ravara, em homenagem ao distinto professor encarregue de reger o primeiro curso de enfermagem, sendo então transferida para o Hospital de Santo António dos Capuchos (*Ibid.*).

Escola de Enfermagem S. Vicente de Paulo

Estas primeiras escolas deram origem a outras iniciativas concebidas e geridas por instituições religiosas que, começaram a regressar ao país após a República. É assim que em 1937 é fundada a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, por Eugénia Tourinho, uma religiosa de nacionalidade brasileira, diplomada em enfermagem pela Escola de Enfermagem do Hospital “*Des Peupliers*” de Paris. Esta escola procurou “pôr em prática um curso de três anos, no qual eram incluídas matérias de cariz humanístico, como higiene mental, psicologia, sociologia, etc.” (*Ibid.*:135).

Escola Técnica de Enfermeiras

Em 1940, pelo Decreto n.º 30447, de 17 de Maio, o Ministério da Educação Nacional cria a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) do Instituto Português de Oncologia. Ao introduzir conteúdos de Enfermagem de Saúde Pública no seu curriculum escolar, deu um importante contributo para a inovação e desenvolvimento no exercício dos Enfermeiros em Dispensários Materno-Infantis, Instituições Particulares e Centros de Saúde. Embora, de acordo com o art.º 5.º, tenha sido “(...) criada expressamente para preparar pessoal especializado na luta contra o cancro”, o seu diploma permitia o exercício da profissão de enfermeiro em todos os estabelecimentos hospitalares e de saúde pública (Ferreira, 1986:49).

Esta escola ministra um curso de três anos e exige como habilitação mínima o 2º ciclo liceal (o antigo 5º ano dos liceus ou o actual 3º ciclo do ensino básico), tendo reconhecidamente um “papel importante na evolução do ensino da enfermagem em Portugal, sob os auspícios da Fundação Rockefeller” (Ferreira, 1990_a:549).

Escola de Enfermagem D. Ana Guedes

Ainda no final do século XIX terá sido criado um Curso de Enfermagem no Hospital Geral de Santo António da Misericórdia do Porto, através do Regulamento dos Serviços Técnicos do Hospital, aprovado a 15 de Junho de 1896 por alvará do Governo Civil do Porto. Em Julho de 1948 foi criada a Escola de Enfermagem do Hospital Geral de Santo António, por Regulamento aprovado pelo Sub-Secretário de Estado da

Assistência Social, ficando sob jurisdição da Direcção Administrativa do Hospital Geral de Santo António no que respeita à área económica, técnica e de disciplina do pessoal.

Em 1953, esta Escola passou a adoptar o nome de D. Ana José Guedes da Costa, tendo em 1970, sido abreviado para Escola de Enfermagem D. Ana Guedes. Através do decreto-lei n.º 482/77 de 16 de Novembro passou a constituir um estabelecimento de ensino oficial, dependente do Ministério dos Assuntos Sociais.

Outras Escolas

Na década de 50 Continuam a ser criadas escolas sob tutela médico-hospitalar. Como exemplo podemos referir a Escola de Enfermagem Dr. Assis Vaz, com sede no Porto, criada pela Portaria n.º 14719, de 23 de Janeiro de 1954, passando a designar-se, ano e meio mais tarde, por Escola de Enfermagem do Hospital de S. João (Decreto n.º 40303, de 3 de Setembro de 1955).

Também foi criada a Escola Oficial de Enfermagem do Hospital de Santa Maria (Lisboa), pela Portaria n.º 15965, de 10 de Setembro de 1956. Foram ainda criadas escolas especializadas: a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem (Portaria n.º 22539, de 27 de Fevereiro de 1967), a Escola de Enfermagem de Saúde Pública (Portaria n.º 22574, de 6 de Setembro de 1967) e ainda Escolas de Enfermagem Psiquiátrica junto das delegações do Instituto de Assistência Psiquiátrica em Lisboa, Porto e Coimbra, pelas Portarias Regulamentares n.º 22574, de 6 de Setembro de 1967, e n.º 23335, de 25 de Abril de 1968 (Ferreira, 1990_a; Nogueira, 1990).

Em 1970, através da Portaria n.º 34/70, de 14 de Janeiro, é actualizado o Regulamento de 1965, vindo consagrar a plena autonomia técnica e administrativa das escolas (Sousa, 1983; Nogueira, 1990):

- A Direcção passa a ser entregue aos Enfermeiros enquadrados na Carreira de Ensino de Enfermagem (decreto-lei n.º 48166, de 27 de Dezembro de 1967).
- É permitida a participação dos alunos e da comunidade na organização e funcionamento das escolas.
- São organizadas “comissões de alunos”, eleitos pelos seus pares e integração, pela primeira vez por diploma legal, de um aluno na Direcção das escolas.
- São aperfeiçoados os métodos de selecção dos alunos e sua integração nas escolas.

No entanto, segundo os mesmos autores, poucas escolas terão conseguido aplicar este Regulamento e continuam a criar-se sucessivamente novas escolas de enfermagem no âmbito do sistema hospitalar.

As transformações operadas na sociedade portuguesa, na sequência da revolução do 25 de Abril de 1974, também foram extensivas à enfermagem portuguesa. As escolas receberam orientações para uma gestão democrática, não sem sobressaltos e conflitos na sua grande maioria, vindo a culminar em 1976, com a publicação de um novo regulamento dos órgãos de gestão (Portaria n.º 674, de 13 de Novembro), ouvidas as escolas de enfermagem e os sindicatos.

A integração no ensino superior (1988) dota as escolas de enfermagem de personalidade jurídica, com autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica, abrindo finalmente a possibilidade de valorização dos seus docentes e do desenvolvimento da investigação científica. Implicou a conversão das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem, já prevista na lei n.º 61/78, de 28 de Julho, e não cumprida durante uma década. O próprio legislador reconhece que o ensino da enfermagem, ao permanecer à margem do sistema educativo nacional, contrariou o preconizado pelas instâncias internacionais, nomeadamente, Organização Mundial de Saúde e Conselho da Europa, e a própria evolução verificada nos outros países da Comunidade Europeia.

O Decreto-Lei n.º 99/2001, de 28 de Março, coloca as Escolas Superiores de Enfermagem sob tutela exclusiva do Ministério da Educação e procede à organização da sua rede, que passa pela integração de algumas escolas em Institutos Politécnicos e Universidades, a não integração de outras e a criação dos Institutos Politécnicos da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto.

Em 2004, a rede pública de ensino de enfermagem comporta vinte e oito instituições: vinte e duas escolas de enfermagem (sete integradas em institutos politécnicos e 15 não integradas) e seis escolas de saúde (três integradas em institutos politécnicos e duas em universidades e a Escola de Saúde Militar).

Pelo Decreto-Lei n.º 175/2004, de 21 de Julho, é reorganizada a rede, contemplando a criação das escolas superiores de enfermagem de Coimbra, Lisboa e Porto, por fusão das escolas não integradas sedeadas nessas cidades e a integração de cinco escolas em universidades.

4.1.2. O Ensino, os cursos e o currículo

De acordo com Ferreira (1989), os primeiros cursos de enfermagem, a que o autor designa por “enfermagem científica”, foram realizados em Portugal nos anos de 1881 (Coimbra), 1886 (Lisboa) e 1887 (Porto), nos respectivos hospitais.

Contudo, já em 1836 (Diário do Governo n.º3, de 4 de Janeiro) tinha sido criado nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto um curso de parteiras, com a duração de dois anos e de ensino gratuito, com um período de estágio pós-curso e tendo como habilitações mínimas o saber ler e escrever (Ferreira, 1990_a).

Ao longo dos tempos foram sendo progressivamente criados cursos de Enfermagem, embora alguns deles funcionando de forma intermitente, conforme se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 10. O Ensino e os Cursos de Enfermagem no período de 1881 a 1940.

Data	Designação	Entidade	Duração	Habilitação mínima	Observações
1881	Curso para Enfermeiras e Enfermeiros	Hospitais da Universidade de Coimbra			Funcionou durante 1 ano
1886	Curso para Enfermeiros	Hospital Real de São José (Lisboa)			
1896	Curso Profissional de Enfermeiros	Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto	1 Ano		
	Curso Administrativo		1 Ano		
1901	Curso Ordinário de Enfermeiros	Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de São José (Lisboa)	1 Ano	Saber ler e escrever	
	Curso Completo de Enfermeiros		1 Ano		
1918	Curso de Enfermagem	Hospital Geral de Santo António (Porto)	2 Anos	Exame de instrução primária do 2.º grau	
1920	Curso Geral	Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra	2 Anos	Exame de instrução primária do 2.º grau	
	Curso Complementar		1 Ano		
1922	Curso Geral	Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Cíveis de Lisboa	2 Anos	Exame de instrução primária do 2.º grau	
	Curso Complementar		1 Ano		
1935	Curso de Enfermagem	Hospital Geral de Santo António (Porto)	3 Anos		
1939	Curso de Enfermagem	Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo (Lisboa)	3 Anos		
1940	Curso de Enfermagem	Escola Técnica de Enfermeiras (Lisboa)	3 Anos	2.º Ciclo liceal	

Em 1881, do programa do curso organizado em Coimbra constavam as seguintes matérias: Trabalhos de enfermagem; Instrução primária; (para colmatar a ausência de

escolarização do público alvo); Português; (para colmatar a ausência de escolarização do público alvo); Tradução de língua francesa (para permitir a leitura dos manuais de origem francesa); Prática de *enfermar* doentes (parte técnica); Noções de anatomia e fisiologia; Curativos, ligaduras, algumas operações de pequena cirurgia; Noções gerais de matéria médica e de farmácia (Soares, 1997).

Em 1887 (Lisboa), o programa do curso está organizado por lições, inclui matérias de enfermagem e noções de anatomia, fisiologia e higiene; Será a Administração do Hospital Real de São José que determina o número de lições a ministrar semanalmente a cada sexo e categoria de pessoal (*Ibid.*).

Em 1896, o Curso Profissional de Enfermeiros destinava-se a enfermeiros e ajudantes do Hospital Geral de Santo António (Porto). O Curso Administrativo destinava-se exclusivamente a enfermeiros, fazendo parte do seu conteúdo os procedimentos administrativos necessários ao funcionamento das enfermarias, bem como a história da Santa Casa da Misericórdia do Porto e seus estabelecimentos (*Ibid.*).

Estes primeiros cursos de enfermagem (1881, 1886, 1896) estavam regulamentados em lições teóricas semanais, não existindo determinações relativas ao ensino prático. A autora que temos vindo a citar, exemplifica citando o Regulamento do Hospital Geral de Santo António, onde apenas constava: “(...) para completar a “instrução” ministrada serão, em cada semana, nomeados dois ajudantes de cada sexo para coadjuvar o serviço de banco” (*Ibid.*:70).

Falta de coordenação entre ensino teórico e prático e enfermeiros sem preparação para orientar alunos, pouco motivados e muito ocupados no seu trabalho hospitalar, são alguns dos problemas que enfrentava o ensino prático de enfermagem. Desta forma, era privilegiada a aprendizagem por imitação e repetição das tarefas diárias, sem articulação e relação com os conteúdos teóricos (*Ibid.*).

Em 1901, do programa do Curso da Escola Profissional de Enfermeiros (Lisboa) consta a Enfermagem, individualizada e com conteúdo próprio, embora com uma parte separada: “(...) procedimentos técnicos necessários ao cumprimento de prescrições médicas, que representa aquilo que vai sendo transferido da esfera médica para a de enfermagem e a partir do qual se vai compondo a disciplina de enfermagem”. Para além da anatomia, fisiologia, medicamentos, são introduzidas noções gerais sobre microrganismos, instrumentos cirúrgicos mais usados, clínica de pobres e de ricos, economia hospitalar. É de referir que alguns dos temas são abordados na perspectiva

doutros locais de trabalho (ex. domicílio do doente), embora os programas sejam elaborados em função do trabalho do enfermeiro no hospital (*Ibid.*:60).

De acordo com os estatutos da Escola, era exigido um ano de prática, a efectuar em serviços hospitalares designados pela administração, "(...) em completa subordinação ao regime dos demais empregados (...)", reservando-se o direito de utilizar os alunos para substituir os enfermeiros durante as "licenças de descanso" (*Ibid.*70-71).

Nesta época, para além dos médicos responsáveis pelos cursos e da administração, os manuais franceses desempenharam um papel determinante na definição dos programas dos cursos.

Em 1920, o *Curso Geral* da Escola dos Hospitais da Universidade de Coimbra, já não se destina em exclusivo aos empregados dos hospitais, mas a todos os que reúnam os requisitos e nele se queiram inscrever. Do programa deste curso destacam-se a anatomia e fisiologia, como matérias diferenciadas, e a higiene. A Enfermagem aparece dividida em enfermagem médica (noções de patologia) e enfermagem cirúrgica (meios de observação do doente e cuidados de higiene e conforto). O *Curso Complementar* só pode ser frequentado por enfermeiros, pois destina-se ao exercício de funções de chefia. Repete parte do conteúdo do Curso Geral e introduz novas matérias: serviços operatórios; organização dos serviços hospitalares e legislação (*Ibid.*).

Em 1922, a Escola Profissional de Lisboa é semelhante à Escola de Coimbra. Na regulamentação destas escolas (1920 e 1922) existem algumas referências ao ensino prático, mas continua a prevalecer o interesse hospitalar sobre as necessidades de aprendizagem dos alunos, podendo os alunos externos passar a ser empregados do hospital (chamados por "praticantes"), recebendo uma pequena remuneração (*Ibid.*).

Na Escola dos Hospitais da Universidade de Coimbra (anos trinta), os enfermeiros chefes começam a ministrar algum ensino prático, como auxiliares dos professores. Em 1938, no programa do curso Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, em Lisboa, "(...) as matérias médicas aparecem agrupadas em disciplinas diferenciadas e são introduzidas psicologia, sociologia, deontologia e moral" (*Ibid.*:66).

Em 1940, o currículo do curso da Escola Técnica de Enfermeiras (Lisboa), criada e apoiada pela Fundação *Rockefeller*, difere dos existentes em outras escolas: período probatório de 6 meses; organizado em períodos alternados de teoria e prática; a Enfermagem é fundamental, sendo desenvolvida a par do modelo médico em todas as suas especializações; para além da psicologia e sociologia são introduzidas outras matérias relevantes – enfermagem de saúde pública, medicina preventiva, ensino e

administração, orientação profissional, cancro, técnica de sala de operações. A enfermagem centra-se no doente e não só nos procedimentos técnicos necessários à colaboração no diagnóstico e tratamento. Estas duas escolas dão uma grande importância à componente prática do curso, organizando e coordenando os estágios com a parte teórica, seleccionando os serviços de acordo com as necessidades de aprendizagem dos alunos, que são orientados pelos enfermeiros professores responsáveis pelo ensino das matérias de enfermagem na escola (*Ibid.*).

Na Escola Técnica de Enfermeiras o período de estágio envolvia a prestação de cuidados aos doentes, palestras sobre vários assuntos relacionados com a manutenção da saúde e prevenção da doença, havendo lugar à elaboração de registos sobre o trabalho realizado e o progresso da aprendizagem dos alunos nos estágios hospitalares e de saúde pública (*Ibid.*).

Desde o primeiro curso de enfermagem criado em Portugal e até aos anos quarenta, cada hospital criava o seu curso, para formação do seu pessoal, com o programa que considerava mais adequado às suas necessidades, mas seguindo o mesmo padrão quanto a duração e designação. As diferenças de formação instituídas em alguns estabelecimentos foram anuladas pela regulamentação e uniformização operada pela legislação de 1942 e 1947, com excepção da Escola Técnica de Enfermeiras (*Ibid.*).

Em 1942, o Decreto n.º 32612, de 31 de Dezembro, impõe a proibição de casamento às enfermeiras, medida que só será revogada vinte anos depois, pelo Decreto n.º 44923, de 18 de Março de 1963. Privilegiava-se uma enfermagem feminina, devendo as enfermeiras ser solteiras ou viúvas sem filhos.

O Decreto n.º 32612, de 31 de Dezembro de 1942, prevê a constituição de uma comissão para estudar e propor as medidas necessárias à melhoria do ensino de enfermagem e em 1947 as escolas e os hospitais perdem o poder de decisão e os *programas e conteúdos dos cursos passam a ser únicos* para todas as escolas tuteladas pela Inspeção de Assistência Social e aprovados pela mesma. Dos programas aprovados (a título provisório) consta: anatomia, fisiologia, higiene, noções de química e física para enfermeiras, ciências naturais, bacteriologia e parasitologia, alimentação e dietética, patologia geral e semiologia, noções de farmacologia e terapêutica, prática laboratorial e de análises clínicas, agentes físicos, noções de obstetrícia e puericultura, administração hospitalar, contabilidade, escrituração comercial e dactilografia, noções gerais de assistência e serviço social. A Enfermagem é designada por técnica de enfermagem (conteúdos de higiene e conforto e observação do doente) e técnica de

enfermagem médica e cirúrgica. Fazem ainda parte do currículo a ética profissional, o português e o francês (*Ibid.*). Outras alterações foram ocorrendo, como se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 11. O Ensino e os Cursos de Enfermagem no período de 1942 a 2001.

Data	Legislação	Criação / Alteração / Extinção de Cursos
1942	Decreto-Lei n.º 32612	O Curso Geral de Enfermagem ministrado nas Escolas dependentes do Ministério do Interior passa a ter a duração mínima de quatro semestres, exigindo o 1.º ciclo liceal e os Cursos de Especialidades a duração de três meses a um ano.
1947	Decreto-Lei n.º 36219	Nas escolas dependentes do Ministério do Interior podem ser ministrados: - Curso Geral de Enfermeiros, exame de admissão ou 1.º ciclo liceal e duração de dois anos; - Curso de Auxiliar de Enfermagem, instrução primária e duração de um ano; - Cursos de Especialização, com a duração de três meses a um ano; - Cursos de Aperfeiçoamento, com a duração de um ano.
1952	Decretos-Lei n.º 38884 e 38885, de 28 de Agosto	- Curso de Enfermagem Geral, tendo o 1º ciclo liceal como habilitações mínimas e a duração de três anos; - Curso de Auxiliares de Enfermagem, tendo como habilitações mínimas a instrução primária e a duração de um ano, mais seis meses de estágio; - Curso de Enfermagem Complementar, tendo como habilitações mínimas o 2º ciclo liceal (além do Curso de Enfermagem Geral e prática profissional) e a duração de 1 ano. - Cursos de Enfermagem Especializada (Obstetrícia e Puericultura; Psiquiatria), tendo como habilitações mínimas o Curso de Enfermagem Geral (ou o de Auxiliares de Enfermagem) e a duração de 6 meses a um ano.
1965	Decreto-Lei n.º 46448, de 20 de Julho	Reforma do ensino de enfermagem: Curso de Enfermagem Geral - passa a exigir-se como habilitações mínimas o 2.º ciclo liceal ou equivalente, continuando a ter a duração de três anos.
1967		Cursos de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem de Psiquiatria (Eram cursos de base, como forma de fazer face à carência destes profissionais face às grandes reformas em curso na área da saúde).
1972		Cursos de Especialização em Enfermagem Pediátrica, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem de Reabilitação.
1975		Extinção do Curso de Auxiliar de Enfermagem.
1976		A formação de base passa a ter um curso único - Curso de Enfermagem Geral, mantendo como habilitação mínima o 2.º ciclo liceal ou equivalente e a duração de três anos.
1979		Curso de Enfermagem Geral - passa a ser exigida, como habilitação mínima para a admissão ao, o 3º ciclo liceal ou curso complementar dos liceus.
1981	Decreto-Lei n.º 305	Extinção do Curso de Enfermagem Complementar.
1988	Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro	Curso Superior de Enfermagem e Cursos de Estudos Superiores Especializados.
1990		Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem - Universidade Católica Portuguesa.
1999	Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro	Curso de Licenciatura em Enfermagem, Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem e Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.
2001		Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

No período após a segunda guerra mundial, o ensino de enfermagem irá sofrer sucessivas reformas, em geral de acordo com produção legislativa no domínio da saúde e assistência.

Como forma de colmatar a carência de enfermeiros em Portugal, é criado pelo Decreto-Lei n.º 36219, de 10 de Abril de 1947, o Curso de Auxiliar de Enfermagem que,

com a duração de um ano, preparava “para determinadas tarefas, de execução fácil e pouca responsabilidade”, a realizar sob a dependência de médicos e enfermeiros. (Nogueira, 1990:135) Este curso foi criado quando se tentou elevar a escolaridade básica para o Curso de Enfermagem Geral.

Pela Portaria n.º 13833, de 7 de Fevereiro de 1952 é aprovado o Regulamento das Escolas de Enfermagem da Cruz Vermelha, sob tutela do Ministério do Exército e pelos Decretos-lei n.º 38884 e 38885 de 28 de Agosto, é uniformizado o ensino de enfermagem, passando a existir o Curso de Enfermagem Geral, o Curso de Auxiliares de Enfermagem e o Curso Complementar de Enfermagem (Ferreira, 1990_a) Foram vários os aspectos desta reforma (Sousa, 1983:90-91):

- “- O ensino passa a ser ministrado apenas em Escolas de Enfermagem, oficiais ou particulares devidamente autorizadas.
- As escolas passam a ser dotadas de autonomia técnica e administrativa, ou seja, deixam de ser serviços de outros estabelecimentos de saúde (hospitais), mantendo, no entanto, os seus dirigentes máximos na direcção das escolas.
- O Curso Complementar de Enfermagem foi especificamente criado para formar enfermeiros chefes e monitores de enfermagem.
- Além da idade mínima (18 anos) e das habilitações mínimas (conforme o curso), são requisitos de admissão ter boas condições físicas e comportamento moral irrepreensível.
- No final do curso, os alunos deviam submeter-se a um exame de estado, a realizar em escola oficial, para verificar se os candidatos reuniam as qualidades e conhecimentos necessários ao exercício da profissão.”

De acordo com Nogueira (1990:137), “não era brilhante a configuração do plano de estudos da enfermagem portuguesa até 1952”, porque “estavam pouco definidos os objectivos de Enfermagem e não se sabia bem aquilo que se pretendia dos alunos, em questão de aprendizagem.” O plano de estudos passa a ser constituído por aulas teóricas, aulas práticas e estágios, de frequência obrigatória, correspondendo o ensino prático a 2/3 da formação. Sousa (1983:92) refere que as escolas lutavam com várias dificuldades:

- “- Indefinição dos objectivos dos cursos.
- Ensino absolutamente dirigido ao doente hospitalar, funcionando o ensino da enfermagem, que se limitava às chamadas “técnicas”, como um acréscimo ao curso, quase todo fundamentado na patologia.
- Os alunos não tinham oportunidade de avaliar o valor da saúde, nem aprendiam os processos de manutenção e promoção da saúde.

- Os planos de estudos revelavam descoordenação entre ensino teórico e prático.
- Em muitas escolas não existia programação e até orientação dos alunos em estágio.
- Aproveitamento do trabalho dos estagiários por parte dos hospitais, com grave prejuízo para a sua formação.”

Nogueira (1990) reforça esta ideia e considera esta reforma de alcance limitado, levando a que persistam ou mesmo se agravem deficiências anteriores: pouca clarificação dos objectivos de ensino/aprendizagem, preocupação dos professores mais centrada no ensino do que na aprendizagem dos alunos, natureza meramente selectiva dos exames, carência de monitores em quantidade e qualidade.

Em 1961 é criada a Direcção Geral dos Hospitais e constituída uma Inspeção de Enfermagem, a qual assume a responsabilidade do exercício da enfermagem e mais tarde a do ensino.

Em 1965, pelo Decreto-lei n.º 46448, de 20 de Julho, faz-se a reforma do ensino de enfermagem, com uniformização dos planos de estudo e programas das escolas de enfermagem dependentes do Ministério da Saúde, sendo de salientar (Nogueira, 1990_a:139):

- “- O plano de estudos foi enriquecido, com menos ênfase na patologia e outras matérias do domínio das ciências médicas.
- Formação mais equilibrada e polivalente, direccionada para actividades não exclusivamente no hospital, mas também no campo da saúde pública e dos cuidados ambulatoriais.
- Mantém-se o mesmo número de horas de aulas e estágio (1/3 para aulas e 2/3 para estágio).
- Distribuição de disciplinas e estágios de forma articulada: pequenos períodos de aulas antes dos estágios, onde os alunos adquiriam os conhecimentos necessários ao estágio.
- Os campos de estágio passam a ser seleccionados de acordo com as necessidades de aprendizagem dos alunos.
- Enfatiza-se a necessidade de uma pedagogia activa e participativa.
- Organizam-se os planos de exames, reforçando os conteúdos de enfermagem, em detrimento de alguns de natureza médica.”

Só através da reforma de 1965, considerada por alguns como a maior reforma do ensino de enfermagem, foi possível ao ensino e ao exercício da enfermagem começar a “desmedicalizar-se” e a adquirir alguma independência e especificidade, abrindo-se às orientações da OMS e do Conselho Internacional de Enfermeiros (Nogueira, 1990; Graça e Henriques, 2000). Este foi um passo importante para que os Enfermeiros formados em Portugal fossem reconhecidos noutros países, uma vez que até aqui os

enfermeiros portugueses eram reconhecidos como auxiliares de enfermagem (Sousa, 1983).

O crescente desenvolvimento dos Serviços de Saúde assente na legislação então produzida, levando a que os hospitais deixem de ter um cariz unicamente curativo mas que passem a ser centros de educação para prevenção da doença, promoção da saúde e bem estar social dos doentes, famílias e população em geral, ou seja, uma antevisão dos futuros Centros de Saúde. Estas transformações exigiram enfermeiros preparados para a enfermagem hospitalar – curativa, mas também para a Saúde Pública. No entanto, segundo Nogueira (1990), surgiram algumas dificuldades decorrentes da carência de professores enfermeiros e da inadaptação de algumas escolas.

Em 1967 com o decreto-lei n.º 48116 estruturam-se pela primeira vez em Portugal as carreiras de enfermagem: hospitalar, de saúde pública e de ensino, consolidando-se o ensino de enfermagem. As políticas de saúde em curso levaram a que o Ministério da Saúde criasse os cursos de especialização em enfermagem de saúde pública e em enfermagem de psiquiatria, existindo desde há longa data o Curso de Obstetrícia (de reconhecida utilidade).

A Escola de Enfermagem de Saúde Pública, responsável pelo ensino de enfermagem de saúde pública, fica na dependência da Direcção Geral de Saúde. Foram realizados dois cursos de especialização em saúde pública (duração de dois anos), passando em 1970 a realizar “Cursos de Aperfeiçoamento em Enfermagem de Saúde Pública” (duração de três meses) para os Enfermeiros do Curso Geral de Enfermagem exercerem funções nos Centros de Saúde a criar em 1971.

Os cursos de especialização na área de enfermagem que, entretanto tinham sido criados passavam a ser: enfermagem pediátrica, enfermagem psiquiátrica, enfermagem de reabilitação e enfermagem de saúde pública.

Na sequência do trabalho realizado por um grupo constituído por representantes das Escolas de Enfermagem, dos Sindicatos de Enfermagem e da Associação Portuguesa de Enfermagem, é criado o Curso de Enfermagem Geral como único curso de base e são incorporados novos saberes no plano de estudos.

Desde 1971 as escolas de enfermagem foram melhorando a sua acção pedagógica, com “definição de objectivos educacionais, métodos de ensino, orientação de alunos e métodos de avaliação” (Sousa, 1983:92). Entretanto, em 1975, foram extintos os cursos intermédios de auxiliares de enfermagem (embora o Decreto n.º

47523, de 4 de Fevereiro de 1967, já previsse a sua extinção, ao permitir o funcionamento dos respectivos cursos, a título provisório).

Em 1976 é criado um único curso de base, designado por Curso de Enfermagem Geral, com novas e profundas alterações na estrutura e no conteúdo curriculares. Do plano de estudos, aprovado por despacho de Sua Excelência o Sr. Dr. Paulo Mendo, Secretário de Estado da Saúde, em 9 de Agosto, constam como finalidades, dar uma formação básica polivalente, em vista à capacitação dos enfermeiros para actuarem na comunidade ou junto do indivíduo, a todos os níveis de prevenção, preparar enfermeiros para actuarem como agentes de mudança, para trabalhar na comunidade e participar na identificação e solução dos problemas de saúde, para integrarem a planificação global do país, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, tendo presente que a resolução dos problemas do sector da saúde tem que acompanhar a resolução de problemas noutros sectores (economia, educação, etc.).

A organização do Curso tinha, como princípios gerais, objectivos de ensino/aprendizagem claramente definidos, duração de três anos, embora dividido em áreas de aprendizagem, ser leccionado essencialmente por enfermeiros docentes e outros técnicos, constituídos em equipas pedagógicas, frequência obrigatória do curso, devido à sua natureza teórico-prática, em que a teoria e prática devem estar permanentemente integradas, obrigatoriedade das escolas utilizarem “campos de estágio” que assegurem uma boa integração de conhecimentos e experiências, com a colaboração dos enfermeiros dos locais de estágio, integração ao longo do curso dos conceitos de saúde, pedagogia, gestão e investigação, enquadramento dos cuidados de enfermagem nos três níveis de prevenção (clássicos): promoção da saúde e prevenção da doença; rastreio precoce e tratamento imediato; limitação da incapacidade e reabilitação.

Desde então, tem-se assistido à evolução da formação, com a enfermagem a assumir a centralidade da formação dos enfermeiros, o desenvolvimento cada vez mais cuidado dos objectivos educacionais, a preocupação em adaptar o currículo às necessidades do país, o reforço da formação humana, científica e técnica, com recurso às ciências humanas e sociais, desenvolvimento da teoria da aprendizagem centrada no aluno, passando-se de uma avaliação meramente selectiva para uma avaliação essencialmente orientadora (Sousa, 1983 e Nogueira, 1990).

Em 1978 (Decreto-Lei n.º 46, de 27 de Setembro) o Instituto Nacional de Saúde assumiu as funções de orientação, coordenação e fiscalização do ensino oficial de enfermagem, criando o Departamento de Ensino de Enfermagem (Ferreira, 1990_a).

Em 1979 passou a ser exigida, como habilitação mínima para a admissão ao Curso de Enfermagem, o 3º ciclo liceal ou curso complementar dos liceus (Decreto-Lei n.º 98/79, de 6 de Setembro). Com a publicação do Decreto-Lei n.º 305/81, as áreas de intervenção da Enfermagem são clarificadas e os Enfermeiros são responsabilizados pela formação em enfermagem, a partir de determinadas categorias profissionais.

Pelo Decreto-Lei n.º 265/83, de 16 de Junho, são criadas as Escolas de Enfermagem Pós-Básica, tendo em vista a formação de especialistas, “(...) sem a intervenção do Instituto Nacional de Saúde” (Ferreira, 1990_a:552)

Em 1988, o ensino de enfermagem é integrado no sistema educativo, ao nível do ensino superior politécnico, sob a dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde (Decreto-Lei n.º 490/88, de 23 de Dezembro, regulamentado pela Portaria n.º 65-A/90, de 26 de Janeiro).

Em 1988, pelo Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, o Curso Superior de Enfermagem concede o grau académico de Bacharel e a habilitação profissional de enfermeiro. O Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem concede a equivalência ao grau de licenciado e a habilitação profissional de enfermeiro especialista. O Instituto Nacional de Saúde, por legislação publicada em Junho de 1989, deixa as funções até então exercidas sobre o ensino oficial de enfermagem.

Em 1990 é possível aos Enfermeiros ser admitidos em mestrados, tendo início no ano seguinte o Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Com a publicação do decreto-lei n.º 437/91, é alterada a carreira de enfermagem, incluindo as áreas de prestação de cuidados, gestão e assessoria. A área da docência deixa de fazer parte desta carreira, uma vez que estava em curso desde 23 de Dezembro de 1988 a sua transição para a carreira do pessoal docente do ensino superior politécnico, que só foi concluída cerca de oito anos depois.

Em 1996 (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro) é publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, desde há muito reivindicado.

É então alterada a lei de bases do sistema educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro), pela publicação da Lei n.º 115/97, de 19 de Setembro, passando as escolas do ensino superior politécnico a poder leccionar, para além dos cursos de bacharelato, cursos de licenciaturas de base.

Desta forma, as escolas superiores de enfermagem viram-se impedidas de ministrar os cursos de estudos superiores especializados, que constituíam um conjunto coerente com o curso de formação básica (grau de bacharelato) e conferiam o grau de licenciado. Contudo, estas alterações legais permitem que as escolas proponham e ministrem cursos de licenciatura de base (um só ciclo).

Após um período de alguma incerteza, é publicada a Resolução de Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de Dezembro, que aprova um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, entre as quais se encontra a reorganização do modelo de formação dos enfermeiros (até ao final de Abril de 1999), passando a formação geral ao nível de licenciatura e a formação especializada ao nível de diplomas de especialização de pós-licenciatura não conferentes de grau.

Esta resolução aprova, também, a reorganização da rede de escolas públicas, que transitam para a tutela do Ministério da Educação (até ao final de 1999), sua integração em institutos politécnicos da mesma área geográfica, em universidades (quando não existam institutos), ou outras soluções organizativas para Lisboa, Porto e Coimbra, introdução da figura de escola de saúde (no ensino politécnico) e criação de escolas politécnicas da área da saúde nas sedes de distrito onde não existam.

Entretanto, através do Decreto-Lei n.º 104/98, de 4 de Setembro, é criada a Ordem dos Enfermeiros. Em 1999, com a publicação do Decreto-Lei n.º 353/99¹⁵, de 3 de Setembro, é alterado o modelo de formação dos enfermeiros:

“o curso de licenciatura em enfermagem visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção” (art.º 5.º).

De acordo com Costa (1999), a alteração do modelo de formação dos enfermeiros tem por base vários pressupostos, nomeadamente, as características da missão e das funções dos enfermeiros, as recomendações da União Europeia, o facto de a actividade dos enfermeiros ser menos circunscrita ao foro curativo, com consequente aumento de complexidade, a necessidade de acompanhamento do desenvolvimento científico e tecnológico, a constante actualização, a necessidade de centrar o ensino na

¹⁵ Regulamentado pelas portarias:

- Portaria n.º 799-D/99 - aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem.
- Portaria 799-E/99 - aprova o Regulamento Geral do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.
- Portaria n.º 799-F/99 - aprova o Regulamento do Ano Complementar de Formação em Enfermagem.
- Portaria 799-G/99 - cria o Curso de Licenciatura em Enfermagem num conjunto de Escolas Superiores de Enfermagem públicas, que ficam autorizadas a conferir o grau de licenciado em enfermagem.

investigação em enfermagem e em saúde, de decidir de forma atempada e eticamente adequada, do desenvolvimento de parcerias em saúde e da internacionalização dos fenómenos da saúde.

Em 2001, é criado o Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

4.2. Abordagem do conceito de competência e seu desenvolvimento

O conceito de competência tem vindo a merecer uma atenção especial por parte de formadores, investigadores, empresas, etc. Tratando-se de um fenómeno pouco objectivo, não existe consenso quanto ao seu significado, com interpretações diversas em função do contexto laboral, empresarial, político, legislativo, educativo e formativo.

4.2.1. O conceito de competência

No sentido de ultrapassar o sentido tecnicista original, que consiste em subdividir a competência em actividades, tarefas primárias, tarefas secundárias, saberes, “saber-fazer”, “saber-ser”, etc., o conceito de competência tem vindo a dar lugar a uma abordagem abrangente, construtivista e integrada, que evidencia o seu carácter complexo e dinâmico. Esta abordagem sistémica da competência envolve o conjunto de atributos do sujeito em articulação com o contexto, numa perspectiva dinâmica, integradora e contextualizada.

Para Hager e Gonczi (1996) as competências resultam de combinações complexas de atributos (conhecimentos, atitudes, valores e habilidades) que são utilizados em situações específicas. A noção de competência é relacional, agrupando como elementos separados as capacidades dos indivíduos (resultantes da combinação de atributos) e as tarefas a desempenhar em situações específicas. Integra aspectos éticos e valores, a necessidade de uma prática reflectida, a importância do contexto e a existência de mais de uma forma de exercer de forma competente (ap. Pires, 2002).

A competência é, assim, concebida como um processo complexo, como uma realidade dinâmica e não como um estado ou um conhecimento determinado. Para que a competência se realize é necessário passar dos recursos (e.g. conhecimentos, capacidades, atitudes) à acção, o que implica todo um processo de integração, construção e mobilização. As competências estão condicionadas pelo duplo efeito de

“posição” e de “disposição”. O primeiro refere-se à posição do indivíduo num determinado contexto e o segundo às suas capacidades, conhecimentos e representações (Le Boterf, 1994).

A competência implica, neste sentido, a integração e combinação de saberes de diversas naturezas, com uma finalidade de acção, concretizada pela realização das actividades, num determinado contexto. O sujeito vai construindo as suas próprias competências, numa combinação e mobilização de recursos, na e pela acção. Neste sentido, Perrenoud (2001) relaciona a competência com o processo de mobilizar ou activar recursos (conhecimentos, capacidades, estratégias) em diversas situações problema.

São aspectos fundamentais da abordagem sistémica de Le Boterf (1994, 1997):

- A competência realiza-se na acção.
- A competência é relativa a uma determinada situação (não existe previamente de forma autónoma, é sempre uma competência em determinada situação).
- A competência é responsável (é um atributo do sujeito, é parte integrante da pessoa).

Ser competente é saber aplicar as capacidades ou conhecimentos de forma pertinente e nas circunstâncias adequadas. É saber optar por e saber organizar um conjunto coerente de capacidades e conhecimentos; é saber transferir para outras situações de trabalho, isto é, adaptar-se a novas situações. Trata-se de um processo dinâmico que varia em função da capacidade de adaptação do sujeito às condições do meio (Toupin, 1999).

Para Alonso (2000c:21), competência é “a capacidade de agir e reagir de forma apropriada perante situações mais ou menos complexas, através da mobilização e combinação de conceitos, procedimentos e atitudes pessoais, num contexto determinado, significativo e informado por valores”.

Ainda de acordo com Le Boterf (1998, 2000) a competência consiste num *saber agir*, responsável e validado, baseado em saber mobilizar, integrar e transferir recursos (conhecimentos, capacidades, atitudes, etc.) num contexto profissional. As competências resultam, de um modo geral, da combinação do *saber agir*, o *querer agir* e o *poder agir*.

O *saber agir* pode ser desenvolvido pela formação, que permitirá o reforço das capacidades pelo treino e compilação de capacidades, pela análise e partilha de práticas, pelo acompanhamento tutorado, pelo conhecimento das suas próprias capacidades, por

situações de trabalho profissionalizantes e pela construção de representações nos percursos de cada um, que orientarão a selecção e a mobilização dos recursos.

O *querer agir* refere-se à motivação e ao envolvimento pessoal do indivíduo, o qual passará por “dar sentido”, pelos interesses e tipos de ambiente, pela auto-imagem positiva, por um contexto de reconhecimento, confiança e de incentivo. Não se pode separar da motivação e intencionalidade da pessoa, uma vez que a pessoa se orienta por sistemas de valores, de significações e de modelos (opiniões, crenças, comportamentos) socialmente partilhados. Também a construção de representações e a imagem que a pessoa tem de si são fortemente influenciadas pelo sistema cultural e social onde a pessoa se insere. A auto-imagem influencia fortemente o envolvimento da pessoa na situação, no sentido de se assumir como pessoa-sujeito, com confiança nos seus próprios recursos e capacidades.

O *poder agir* pressupõe a existência de um contexto, de uma organização do trabalho, de condições sociais que tornam possível e legítimo o assumir de responsabilidade e de risco pelo indivíduo. É possível “poder agir” através de um contexto facilitador, que passa pela organização do trabalho, pelos recursos, por atribuições e missões que reconhecerão liberdade e iniciativa, condições de trabalho e redes de recursos.

De acordo com o mesmo autor (1998), devemos distinguir a competência requerida (objectiva) da competência real (singular, subjectiva). A competência real consiste no saber agir e reagir ao acontecimento, ao imprevisto, ao inédito, podendo resultar na improvisação. Esta é cada vez mais uma exigência do mercado de trabalho e aplica-se fundamentalmente nas chamadas profissões de relação (Professor, Enfermeiro), cujas situações de trabalho se inventam permanentemente na interacção com o outro (educar, cuidar).

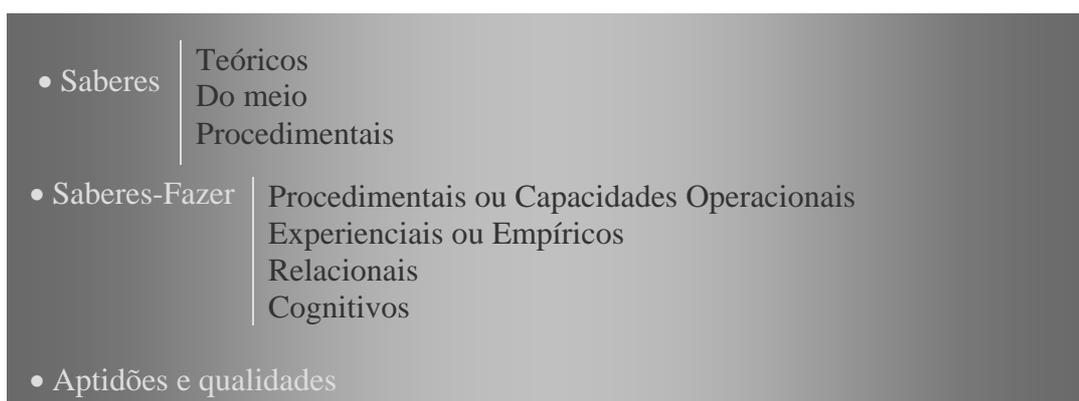
4.2.2. Os saberes e a competência

A abordagem sistémica de competência envolve a mobilização de saberes (recursos pessoais e recursos do meio) a partir da sua selecção, integração e combinação (figura 2).

Este autor designa os *saberes* por *recursos*, considerando que a competência consiste em saber mobilizar e combinar saberes, saberes-fazer e aptidões e qualidades. Os *saberes teóricos* servem para compreender fenómenos, objectos, situações,

processos, etc., e procuram explicar os componentes ou a estrutura, compreender as leis de funcionamento ou de transformação, compreender o sentido, a razão de ser. Estes saberes englobam os esquemas, os conceitos, os conhecimentos disciplinares, pelo que, sendo objecto de formalização, permite que sejam adquiridos através da escola e da formação.

Figura 2. Os saberes na perspectiva de Le Boterf (1997).



Os *saberes do meio* designam o conjunto dos saberes relativos ao contexto em que o profissional intervém, podendo distinguir-se os saberes sobre os processos (funcionamento, etapas, procedimentos), instalações, máquinas, instrumentos e materiais, organizações e aspectos sociais.

Os *saberes procedimentais* servem para descrever o *como fazer*, o *por onde começar*, isto é, orientam para a acção. São formulados tendo em vista o seu utilizador, que pode assim seguir as etapas que lhe são propostas. É o saber dos manuais, dos guias práticos e dos modos de emprego/utilização. Podem tratar-se de estratégias, métodos de resolução de problemas, esquemas de procura de informações, modelos de análise, regras operacionais e de acção, princípios de intervenção, condições a reunir para obter determinado efeito ou resultado. Este tipo de saberes são desenvolvidos e enriquecidos pela acção, mas são adquiridos nos sistemas formais de educação e formação.

Os *saberes-fazer procedimentais* ou *capacidades operacionais* consistem na aplicação dos saberes procedimentais à acção. Não se trata de saber descrever um procedimento, mas sim de dominar a sua execução. Resultando, em grande parte, na operacionalização dos saberes teóricos, para a sua aquisição é no entanto necessário treino.

Os *saberes-fazer experienciais* ou *empíricos* são os saberes resultantes da acção, da experiência prática. Muitas vezes compreendem a mobilização dos saberes do corpo e dos sentidos (visão, postura, reflexos, sensibilidade, etc.). É um saber não escolarizado, baseado na experiência real da pessoa, podendo ser apreendido numa relação de acompanhamento, mas tal não é explícito.

Os *saberes-fazer relacionais*, também designados por competências comportamentais, competências de terceira dimensão ou por *saber-ser*, são o conjunto das capacidades que permitem cooperar eficazmente com o outro: capacidade de escuta, negociação, trabalho de grupo, comunicação, trabalho em equipa, etc. São adquiridos nos contextos de vida e por um processo de socialização profissional.

Os *saberes-fazer cognitivos* correspondem às “operações intelectuais necessárias à formulação, à análise e à resolução de problemas, à concepção e à realização de projectos, à tomada de decisão, à criação ou à invenção” (Le Boterf, 1997:120). As capacidades cognitivas são organizadas e reorganizadas pelo indivíduo em interacção com o meio envolvente.

As *aptidões ou qualidades pessoais* são os recursos mais difíceis de enumerar, descrever, reconhecer e avaliar no contexto profissional. No entanto, podem ser evidenciadas algumas qualidades esperadas numa situação profissional, como o *rigor* (descrito em termos de respeito pelos procedimentos ou controlo dos resultados), a *curiosidade* na procura de informação e a *antecipação* na elaboração de projectos e detecção de incidentes.

Alonso (2004_a) organiza estes saberes ou conhecimentos para a competência em conhecimentos declarativos ou conceptuais, procedimentais ou metodológicos, atitudinais e condicionais ou estratégicos.

Os *conhecimentos declarativos ou conceptuais* descrevem e organizam a realidade (e.g. factos, conceitos, princípios), os *conhecimentos procedimentais ou metodológicos* “descrevem os procedimentos a seguir para obter um determinado resultado (e.g. processos, estratégias, técnicas)”, os *conhecimentos atitudinais* consistem em “disposições para avaliar uma situação e para agir em conformidade com ela, à luz de determinados princípios éticos” e os *conhecimentos condicionais ou estratégicos* “envolvem a análise do para quê, quando e como mobilizar determinados conhecimentos declarativos ou procedimentais para resolver tal categoria de problemas” (Ibid.:8).

4.2.3. A formação para a competência

A competência é um processo combinatório e as competências são produzidas por este mesmo processo, ou seja, são as actividades e acções realizadas com competência. O processo combinatório é extremamente complexo, sendo que cada sujeito constrói um esquema operativo que lhe permite realizar com competência um determinado conjunto de actividades caracterizadoras do seu desempenho profissional (Le Boterf, 1998).

Este processo pode ser desenvolvido através da reflexividade e de uma variedade de situações de aprendizagem. Certas modalidades de formação favorecem a construção de competências: a formação pela resolução de problemas, por simulação, prática e em alternância. Le Boterf (1994) defende a chamada pedagogia da alternância, que consiste na estreita articulação entre a aquisição dos conhecimentos em sala de aula, a formação prática em laboratório e a aplicação dos conhecimentos e do saber fazer em situação real de trabalho.

Este modelo de formação em alternância implica organizações em que as competências sejam estimuladas e desenvolvidas pelas características do contexto profissional, estratégias de formação que estimulem o desenvolvimento de competências pela vivência das situações e abordagens centradas na vida dos grupos, promotoras do conhecimento de si, dos outros, dos sistemas de relações e de comunicações (Pires, 1994).

Embora se considere a importância de uma formação inicial sólida, é cada vez mais reconhecida a necessidade da pessoa se formar ao longo da vida.

Aos saberes que suportam as competências, Le Boterf (1995) acrescenta o conhecimento que o sujeito tem dos seus próprios saberes, os meta-conhecimentos, que permitem a condução autónoma da aprendizagem.

4.3. Concepções de currículo

As concepções de currículo têm vindo a ser alteradas por influência da mudança nos contextos sociais da formação, ao nível das necessidades e problemas de uma sociedade cada vez mais global e tecnológica.

4.3.1. O conceito de currículo

Os factores demográficos, ambientais, sociais e económicos têm impacte nas questões de saúde e no bem-estar das populações. Os avanços contínuos em ciência reflectem-se na qualidade de vida e na longevidade e as novas tecnologias de informação, num mundo global, conduzem ao aumento das expectativas dos cidadãos e dos profissionais.

A diversidade e complexidade dos problemas e necessidades no âmbito da saúde, tem motivado o questionamento das respostas que as instituições formadoras de profissionais na área da saúde têm vindo a adoptar.

O relatório do CAIPE (1999-2001) sobre a formação das profissões ligadas à saúde no século XXI, propõe um currículo que promova a aprendizagem activa, contextual, integrada e que contemple experiências interprofissionais e internacionais.

Nesta perspectiva, têm vindo a observar-se mudanças na concepção de currículo, questionando-se uma visão estática, linear e tecnicista, tecnológica ou academicista ainda presente (Alonso, 2000_b), que concebe o currículo como um conjunto de disciplinas e conteúdos programáticos (currículo mosaico, no sentido de Gimeno Sacristán, 1988), por contraposição a um currículo aberto, flexível e integrado (projecto curricular integrado na perspectiva de Gimeno Sacristán, 1988).

Um currículo será, de acordo com Zabalza (2000:26), o “conjunto de aprendizagens, alcançadas dentro ou fora da escola, como consequência da intervenção, directa ou indirecta, da própria escola.” E na perspectiva de Ribeiro (1995:17), um “plano estruturado de ensino-aprendizagem, englobando a proposta de objectivos, conteúdos e processos.”

O currículo organizado segundo uma lógica disciplinar envolve, de acordo com Alonso (2002:3) limitações, em que se inclui a “*descontextualização* da aprendizagem”, com o conseqüente défice de *motivação*, dificuldades de *transferência* e de *significatividade*, uma “*visão simplista compartimentada e estática da realidade*, (...) não suscitando nos alunos o questionamento e a procura, a iniciativa e a resolução de problemas, as atitudes críticas e de responsabilidade (...)”, dificuldade em “estabelecer e compreender os *nexos entre as disciplinas*”, “a *inflexibilidade organizativa*” dificulta a criação de espaços de integração (projectos, visitas de estudo, seminários, etc.).

O currículo organizado numa lógica de competências, e portanto, como projecto curricular integrado, caracteriza-se por uma “ (...) visão integradora e relacional (...)”

dos conhecimentos declarativos, procedimentais, atitudinais e estratégicos, organizados “ (...) em torno de situações, problemas, projectos ou experiências de aprendizagem que convoquem o trabalho conjunto e articulado destes diferentes saberes” (Alonso, 2004_a:8).

No sentido da construção do projecto curricular integrado, Alonso (2004_b) propõe um *paradigma curricular integrador*, que destaca a aprendizagem significativa e reflexiva e a cidadania como dois dos seus constructos centrais. Este paradigma recebe contributos das abordagens construtivistas, ecológicas e sociocríticas e permite ultrapassar as concepções academicistas e tecnológicas tradicionais.

Alonso (1995, 2000_b) considera como critérios para a construção do currículo integrado: adequação, relevância, articulação vertical, horizontal e lateral, equilíbrio, abertura/flexibilidade, pluralismo, sistematicidade e proporção. A *adequação* diz respeito à análise das necessidades sociais e das condições reais em que se vai desenvolver o currículo. A *relevância* refere-se à significatividade da proposta curricular numa perspectiva lógica (conteúdos), psicológica (conhecimentos e interesses dos estudantes) e social (resposta aos problemas da sociedade). A *articulação vertical* relaciona-se com a continuidade curricular, com a sequência das componentes curriculares e dos anos, que permite a integração das aprendizagens. A *articulação horizontal* corresponde à interdisciplinaridade e transversalidade na estrutura curricular, pela existência de núcleos integradores transversais. A *articulação lateral* permite que o estudante integre as aprendizagens nas suas experiências e concepções prévias, dando-lhes sentido e aplicabilidade na resolução de situações ou problemas. O *equilíbrio* refere-se à forma como estão representados no currículo os diferentes domínios da formação. A *abertura/flexibilidade* compreende o grau de autonomia curricular nos diferentes componentes, permitindo o enriquecimento do currículo através de processos de reflexão e investigação. O *pluralismo* refere-se às diferentes culturas e valores a que o currículo se deve abrir permanentemente. A *sistematicidade* engloba uma estrutura clara, com coerência interna entre as suas componentes.

4.3.2. Os modelos curriculares

Na tradição curricular academicista e tecnológica (ou tecnicista), inspirada no positivismo, o currículo organiza-se por disciplinas, objectivos e conteúdos, na perspectiva de obter resultados do tipo *skills* técnicos. Esta perspectiva tem vindo a dar

lugar a um paradigma integrador, que se pode caracterizar como construtivista, ecológico e sócio-crítico (Alonso, 1995, 2000_a, 2004_a).

A abordagem construtivista, de base cognitivista, destaca “o carácter eminentemente activo, autónomo, significativo e interactivo dos processos de aprendizagem dos alunos” (Alonso, 2004_b). O currículo construtivista organiza-se por competências, tendo em conta os processos e os contextos, numa perspectiva global.

A abordagem ecológica é proposta por Shubert e Gimeno “para explicar a configuração do currículo em relação a contextos políticos, legislativos, económicos, profissionais, organizativos e pedagógicos (...)” (Alonso, 2000_a:59), comportando como aspecto fundamental centrar a formação nos contextos reais de trabalho (Alonso, 1995).

O paradigma sóciocrítico concebe o currículo como uma construção social e cultural, em que as relações de poder, classe social e justiça se introduzam no núcleo central do debate curricular. São assim fundamentais os conceitos de comunidade crítica, moralidade, justiça, autonomia e colaboração (Alonso, 2004_b: 4).

4.4. Recomendações e directivas europeias e legislação nacional

No âmbito da formação profissional de enfermeiros têm vindo a ser produzidas directivas e recomendações pela União Europeia, transcritas para a ordem jurídica portuguesa.

As Directivas 77/452/CEE e 77/453/CEE têm por objectivo o reconhecimento mútuo dos diplomas, certificados e outros títulos de enfermeiro responsável por cuidados gerais na União Europeia, e a coordenação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas, respeitante à correspondente actividade profissional.

A Directiva 77/453/CEE, de 27 de Junho de 1977, foi transposta para o regulamento jurídico interno através do Decreto-Lei n.º 320/87, de 27 de Agosto (ainda referente ao Curso Geral de Enfermagem) e da Portaria n.º 195/90, de 17 de Março, que vem a regulamentar o Curso de Bacharelato em Enfermagem, decorrente da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a nível do ensino superior politécnico (Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro).

Em 1992, a Comissão das Comunidades Europeias, através do Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem, produziu uma recomendação sobre as linhas de orientação para o ensino dos Cuidados de Saúde

Primários, no âmbito da formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais, decorrente de uma outra adoptada em 1990.

A necessidade de prestar cuidados no âmbito dos sistemas de saúde acessíveis a todos, nos quais os utentes participem, a um custo acessível para a comunidade e para o Estado, conduz à necessidade de promover o ensino dos Cuidados de Saúde Primários na formação de enfermeiros. Neste sentido, destaca-se a necessidade de promover a saúde das populações, baseada no trabalho em equipa, multidisciplinar, em cooperação estreita com as populações locais. A formação em enfermagem deve “(...) satisfazer as expectativas de uma comunidade informada, mais responsável e mais preocupada com a sua saúde e qualidade de vida” (CE, 1992:1). Decidiu-se adoptar a definição de CSP constante na Declaração de Alma-Ata (1978). Aconselha que se desenvolva um plano contínuo de formação, partindo da saúde ou de uma situação “normal” e evoluir até à doença ou até uma situação “anormal” (*Ibid.*).

Os cuidados materno-infantis abrangem:

“(...) a criança saudável (do recém-nascido ao adolescente) no contexto familiar, as políticas e as vantagens da imunização e vacinação, as necessidades da criança em casa ou no hospital, o significado da saúde e da educação (...) na gravidez, incluindo a gravidez normal, os cuidados pré-natais e pediátricos e o desenvolvimento infantil. Os estudos poderão alargar-se às habilitações e atitudes necessárias à prestação de cuidados de enfermagem a crianças doentes” (*Ibid.*:7).

Os objectivos globais do ensino ao nível dos CSP, no âmbito da formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais, devem proporcionar competências para:

“Identificar as necessidades a nível da saúde da comunidade em que trabalham, tendo em conta:

- O ambiente social e as necessidades em termos de saúde.
- Problemas relacionados com os estilos de vida.
- Valores e crenças culturais.

Com base em:

- Factores demográficos e epidemiológicos.
- Considerações de carácter sócio-económico.
- Planear, organizar, executar e avaliar os cuidados de saúde primários.
- Trabalhar em equipa multidisciplinar.
- Dialogar e cooperar com os indivíduos, as famílias e a comunidade no que diz respeito à prevenção e promoção da saúde.
- Participar na formação dos profissionais de cuidados de saúde a nível dos CSP.
- Participar na investigação no domínio dos CSP.
- Desempenhar o seu papel específico nos CSP” (*Ibid.*:3-4).

Ainda de acordo com o documento que temos vindo a citar, “os estudantes devem ser estimulados a desenvolver relações interpessoais e a adquirir experiência com famílias e diferentes grupos na comunidade” (*Ibid.*:7) É ressaltado que “estas linhas de orientação dizem respeito apenas ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários no currículo do enfermeiro responsável por cuidados gerais” (*Ibid.*:9)

Pela Portaria n.º 239/94, de 16 de Abril, são criados os Cursos de Estudos Superiores Especializados, em diversas áreas, com duração entre 3 e 4 semestres, os quais conferem o grau de licenciado. Com a aprovação da Lei n.º 115/97, de 19 de Setembro (alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional – Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro), são extintos os Cursos de Estudos Superiores Especializados.

Em 1997, a Comissão Europeia, através do comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem, produziu um conjunto de recomendações sobre os requisitos mínimos da formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia, como resposta às necessidades criadas pelas alterações sociais, económicas e políticas, dos progressos científicos e tecnológicos e da evolução da política de saúde, das estruturas de saúde e da profissão de enfermeiro.

Constatando-se que “(...) a tendência é para diminuir o tempo de internamento hospitalar a favor dos cuidados ao domicílio (...), os enfermeiros devem estar aptos a trabalhar de maneira relativamente isolada, no meio extra-hospitalar e dispor para o efeito das aptidões e autonomia necessárias para desempenhar um trabalho eficaz” (CE, 1997:31). Nesta perspectiva, observou-se que alguns dos Estados membros já tinham introduzido, em 1995, nos seus programas de formação de enfermeiros, componentes relativos a Cuidados de Saúde Primários, informática e línguas modernas.

Este grupo de trabalho confirmou, ainda, a necessidade urgente de ponderar a alteração dos critérios de formação estabelecidos pela Directiva 77/453/CEE. Nesta recomendação é reconhecido que:

“A noção de formação assente exclusivamente na aquisição de competências técnicas e manuais, que rapidamente se podem tornar obsoletas, já não se adequa ao contexto actual. Os enfermeiros devem receber uma formação multifacetada, que lhes possibilite a reflexão crítica, a tomada de decisão e a capacidade de actuação de forma competente e autónoma, numa equipa pluridisciplinar e interprofissional” (*Ibid.*:32).

Para além da aquisição de competências técnicas, os enfermeiros devem ser formados para que possam desenvolver a reflexão crítica, a investigação, a formação, a tomada de decisão e a capacidade de actuação de forma competente e autónoma, numa equipa pluridisciplinar e interprofissional (*Ibid.*).

Por isso, a formação do Enfermeiro deve “(...) ser mais vasta e centrada sobretudo nos Cuidados de Saúde Primários (...)” (*Ibid.*:32), o que já tinha sido manifestado na conferência europeia sobre cuidados de enfermagem realizada em Viena (1988), quando emergiu a necessidade de um novo perfil do enfermeiro, que trabalharia numa comunidade, sendo responsável por um número limitado de famílias, utilizando parte do seu tempo nas visitas ao domicílio e a prestar múltiplos serviços.

Em 1998, o Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem, no seu relatório e recomendação sobre as competências necessárias ao exercício da actividade de enfermeiro responsável por cuidados gerais na União Europeia, considera que se deveria “(...) adoptar critérios baseados nas competências que privilegiem os resultados de formação (...)”, recomendando a revisão das “(...) disposições da directiva 77/453/CEE, segundo critérios baseados nas competências profissionais que os enfermeiros devem possuir no final da sua formação” (CE, 1998:2-3).

A Resolução de Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de Dezembro, relativa a medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, recomenda a passagem da formação geral dos enfermeiros para o nível de licenciatura. Pela Portaria n.º 799-D/99, de 18 de Setembro, é regulamentado o Curso de Licenciatura em Enfermagem, com a consequente elaboração de planos de estudos dos cursos nas diversas Escolas Superiores de Enfermagem do país.

Segundo esta Portaria, as componentes do ensino teórico e do ensino clínico incluem obrigatoriamente as constantes das directivas comunitárias em vigor, transcritas no Decreto-Lei n.º 320/87, de 27 de Agosto. A Directiva 77/453/CEE, de 27 de Junho de 1977, alterada pela Directiva 89/595/CEE, de 10 de Outubro de 1989, estabelece as exigências mínimas de formação profissional dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia. Estas contemplam 4600 horas de ensino teórico e clínico, distribuídas por um programa de estudos mínimo.

De acordo com o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem cada ano lectivo tem a duração mínima de 36 semanas de actividades pedagógicas e a

carga horária total do curso de licenciatura em Enfermagem deve situar-se entre quatro mil e seiscentas e quatro mil e oitocentas horas.

O plano de estudos deve incluir, de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico, que deve ser de, pelo menos, um terço da carga horária total do curso, e uma componente de ensino clínico, que deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso. A componente de ensino teórico tem como objectivo a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional da enfermagem, tendo que incluir obrigatoriamente as matérias constantes da alínea l) do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º320/87, de 27 de Agosto. O ensino teórico inclui, para além do ensino teórico propriamente dito, o teórico-prático, o prático e os seminários. A componente de ensino clínico tem como objectivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem, tendo que incluir obrigatoriamente as matérias constantes do n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º320/87, de 27 de Agosto. O ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade. O ensino destas matérias pode ser efectuado no âmbito de uma ou mais unidades curriculares.

O plano de estudos é integrado por um conjunto de unidades curriculares. As unidades curriculares podem ser semestrais ou anuais. Para cada unidade curricular é identificada a respectiva carga horária semanal distribuída segundo o tipo de metodologia de ensino adoptada, teórico, teórico-prático, prático, seminário, ou estágio. O plano de estudos pode ser organizado em anos e ou semestres, podendo ser proporcionadas unidades curriculares de opção, embora a sua carga horária não possa exceder 10% da carga horária total do plano de estudos.

4.5. Processo de Bolonha

Em 1998, com a Declaração de Sorbonne deu-se início ao processo de criação de um Espaço Europeu de Ensino Superior com o intuito de promover a mobilidade dos cidadãos, a empregabilidade e o desenvolvimento da Europa. Este processo vem a ser consolidado em 1999, quando os responsáveis pelo ensino superior de 29 Estados Europeus subscreveram a Declaração de Bolonha, tendo como suporte os princípios fundamentais das Universidades, estipulados na Magna Carta das Universidades (Bolonha, 1988).

Os objectivos predominantes na Declaração de Bolonha visam o desenvolvimento, e o estabelecimento até 2010, de um Espaço Europeu de Ensino Superior (Bolonha, 1999).

Em 2000, com a estratégia de Lisboa foi criado o desafio do crescimento económico da Europa, através da dinamização e aumento da competitividade pela economia baseada no conhecimento, o que veio impulsionar o investimento no ensino, aumentando a qualidade dos sistemas de ensino e de formação e facilitando o seu acesso.

A aceitação, pela maioria dos signatários, dos objectivos do “Processo de Bolonha”, como plataforma fundamental ao desenvolvimento do Ensino, foi consolidada no Encontro de Praga (2001), onde as linhas de acção para atingir os objectivos do “Processo de Bolonha”, foram reafirmados e alargados (Praga, 2001:1), nomeadamente:

“(…) encouraged universities and other higher education institutions to take full advantage of existing national legislation and European tools aimed at facilitating academic and Professional recognition of course units, degrees and other awards, so that citizens can effectively use their qualifications, competencies and skills throughout the European Higher Education Area.”

A aprendizagem ao longo da vida é um elemento essencial na forma a encarar o avanço tecnológico e a competitividade, sendo fundamental o envolvimento dos estudantes na organização dos currículos nas Instituições de Ensino Superior.

Na conferência de Berlim (2003) foram definidos novos objectivos, tendo sido dada prioridade à melhoria das características sociais do Espaço Europeu de Ensino Superior, visando o reforço da coesão social e a redução das desigualdades sociais, ao fortalecimento dos laços entre os sistemas de ensino superior de cada país, à investigação e à certificação da garantia da qualidade.

As principais linhas de acção do “Processo de Bolonha” são:

1. Adoptar um sistema facilmente legível e comparável de graus, utilizando também o Suplemento ao Diploma. Existem organizações e redes de trabalho para promover a nível institucional, nacional e Europeu um reconhecimento eficaz dos graus reflectindo a diversidade de qualificações (Bolonha, 1999).

2. Adotar um sistema baseado essencialmente em dois ciclos de ensino “*undergraduate*” e “*graduate*”, estando o acesso ao segundo ciclo sujeito à aprovação total do primeiro ciclo que deverá ter uma duração mínima de três anos e constituindo um grau de qualificação para a inserção no mercado de trabalho Europeu. (Bolonha, 1999). Os programas que levem à obtenção de um grau, podem e devem ter orientações diferentes e vários perfis, de forma a acomodar as necessidades individuais, académicas e de mercado de trabalho (Helsínquia, 2001). Considerando a importância da investigação nos sistemas de ensino superior europeus, o sistema de dois ciclos foi alargado para um sistema de três ciclos, em que o terceiro ciclo é constituído pelo Doutoramento (Berlim, 2003).

3. Estabelecer um sistema de créditos, ECTS – “*European Credit Transfer System*”, como meio de promover a mobilidade dos estudantes. Estes créditos podem também ser obtidos num contexto exterior ao ensino superior, como a aprendizagem ao longo da vida, desde que reconhecido por uma Universidade (Bolonha, 1999). O uso do sistema de créditos juntamente com o Suplemento ao Diploma irão facilitar o acesso dos estudantes ao mercado europeu de trabalho, fortalecendo a compatibilidade e a competitividade do sistema Europeu de Ensino Superior, tomando-o mais atractivo (Praga, 2001).

4. Promover a mobilidade dos estudantes, professores e pessoal administrativo (Bolonha, 1999).

5. Promover a cooperação europeia na garantia de qualidade, desenvolvendo metodologias e critérios comparáveis (Bolonha, 1999).

6. Promover as dimensões europeias necessárias no ensino superior, dando ênfase ao desenvolvimento curricular, à cooperação entre instituições, aos programas de mobilidade, de estudos, estágios e investigação.

O “Processo de Bolonha” envolve a introdução de um conjunto de reformas que incluem a adopção de novos conceitos, instrumentos e alterações estruturais ao nível dos processos, das práticas e dos recursos, com a imprescindível mudança de posicionamento, em relação ao ensino e à aprendizagem, por parte de docentes e de estudantes, ou seja, passar a posicionar-se numa lógica de aquisição de competências.

Para implementar esta mudança e cumprir os princípios inerentes ao “Processo de Bolonha”, tem sido realizado um amplo debate, envolvendo as instituições e as várias áreas do conhecimento, ao que se seguiu a publicação de legislação: o Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de Fevereiro, estabelece os princípios reguladores de instrumentos para a criação do espaço europeu de ensino superior e o Despacho n.º 10 543/2005, de 11 de Maio, define as normas técnicas para a apresentação das estruturas curriculares e dos planos de estudos dos cursos superiores e sua publicação.

Foi ainda publicado, no momento em que concluímos o presente estudo, o Decreto-Lei n.º 74/2005, de 24 de Março, que procede à regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo, relativas ao modelo de organização do ensino superior (ciclos de estudos).

Síntese

O perfil do Enfermeiro tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, desde a chamada enfermagem pré-profissional até à actualidade, decorrendo de modelos de formação determinados por contextos sociais, históricos e culturais, sendo os enfermeiros chamados a desempenhar papéis, de crescente importância, na comunidade científica e no desenvolvimento de políticas de saúde, em Portugal e no mundo.

O conceito de competência tem vindo a ser interpretado de forma diversa, em função do contexto laboral, empresarial, político, legislativo, educativo e formativo, dado tratar-se de um fenómeno pouco objectivo e complexo. A competência é assim concebida como uma realidade dinâmica e não como um estado ou um conhecimento determinado, sendo necessário passar dos recursos (e.g. conhecimentos, capacidades, atitudes) à acção, o que implica todo um processo de integração, construção e mobilização. A competência implica, assim, a integração e combinação de saberes de diversas naturezas, com uma finalidade de acção, concretizada pela realização das actividades, num determinado contexto.

Estes saberes podem ser organizados em conhecimentos declarativos ou conceptuais, que descrevem e organizam a realidade, em conhecimentos procedimentais ou metodológicos, que descrevem o procedimento a seguir para obter um determinado resultado (e.g. processos, estratégias, técnicas), em conhecimentos atitudinais, que permitem avaliar uma situação e agir em conformidade com ela, de acordo com determinados princípios éticos e os conhecimentos condicionais ou estratégicos, que

envolvem a determinação do momento e da forma de mobilizar determinados conhecimentos declarativos ou procedimentais para resolver certa categoria de problemas.

A construção e o desenvolvimento das competências são favorecidos pela reflexividade e por uma variedade de situações de aprendizagem (e.g. resolução de problemas, simulação, alternância).

Neste contexto de formação para a competência, as concepções de currículo têm vindo a ser alteradas por influência da mudança nos contextos sociais da formação, ao nível das necessidades e problemas de uma sociedade cada vez mais global e tecnológica. Na tradição curricular academicista ou tecnicista, o currículo organiza-se por disciplinas, objectivos e conteúdos, na perspectiva de obter resultados do tipo *skills* técnicos. Esta perspectiva tem vindo a ser alterada no sentido de um paradigma integrador (construtivista, ecológico e sócio-crítico), projectando um currículo organizado numa lógica de competências, ou seja, um projecto curricular integrado, caracterizado por uma visão integradora e relacional dos conhecimentos declarativos, procedimentais, atitudinais e estratégicos, organizados em torno de situações, problemas, projectos ou experiências de aprendizagem

Relativamente ao Curso de Licenciatura em Enfermagem, a sua estrutura curricular obedece aos princípios preconizados, pela Directiva do Conselho da Comunidade Europeia, 77/453 de 10 de Outubro de 1989, para o desenvolvimento do programa de estudos para os enfermeiros responsáveis por cuidados gerais.

Em 1998, a União Europeia, através do Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem, reconhece a necessidade de organizar a formação inicial em enfermagem numa lógica de competências, recomendando a revisão das disposições da directiva 77/453/CEE, segundo critérios baseados nas competências profissionais que os enfermeiros devem possuir no final da sua formação.

A formação numa lógica de competências é um dos grandes desafios do “Processo de Bolonha”. Assim, a sua implementação envolve a introdução de um conjunto de reformas que incluem a adopção de novos conceitos, instrumentos e alterações estruturais ao nível dos processos, das práticas e dos recursos.

2.ª PARTE

O CONTEXTO EMPÍRICO: CONSTRUÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

INTRODUÇÃO GERAL

Esta segunda parte consta de dois capítulos, onde é explicitada a abordagem e o percurso de investigação e a análise e construção do perfil profissional do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

O presente estudo tem como objecto o perfil de desempenho do enfermeiro de cuidados gerais, numa perspectiva e contexto específicos: o desenvolvimento da criança e o contexto comunitário.

Nesta perspectiva, optou-se por assumir uma abordagem de tipo qualitativo, que pretende descrever e aprofundar conhecimentos sobre esta realidade, utilizando diversas formas de aproximação de índole qualitativa e percorrendo diversas etapas que se entrelaçam entre si, mas com o objecto central de construir o perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

Na procura da concretização dos objectivos do estudo seguiu-se um percurso metodológico caracterizado pela circularidade e comparação constante. Importava descrever as competências do enfermeiro, mas também perceber o paradigma onde se enquadravam prioritariamente essas competências, salutogénico ou patogénico, e quais os conhecimentos a mobilizar para a competência.

A opção foi de utilizar como formas de aproximação a análise documental de documentos-chave, o inquérito por entrevista a informantes-chave, profissionais “peritos” e profissionais “práticos”, e a análise dos currículos de formação. Os *documentos-chave* correspondem a documentos normativos, referenciais e abordagens. Os *informantes-chave “peritos”* são enfermeiros da área da formação e/ou gestão (aos vários níveis) e outros profissionais com experiência de trabalho em/com Centros de Saúde, médicos (saúde pública, medicina familiar e pediatria), técnicos de serviço social, professores e educadores de infância, particularmente conhecedores do fenómeno em estudo, os quais desenvolvem a sua actividade profissional em diversas áreas geográficas de Portugal Continental: Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Faro, Guarda, Lisboa, Porto, Santarém, Setúbal e Viana do Castelo.

Os *informantes-chave “práticos”* são enfermeiros que prestam cuidados a crianças e/ou jovens em contexto comunitário, na perspectiva do seu desenvolvimento.

Seleccionou-se uma amostra intencional, correspondente a dez pessoas significativas, enfermeiros que representam o sentir e o pensar da instituição e da profissão. Esta amostra foi construída a partir dos enfermeiros de dois Centros de Saúde, um localizado na área metropolitana de Lisboa (Centro de Saúde A) e outro do interior norte de Portugal (Centro de Saúde B).

Através de uma análise de conteúdo dos dados recolhidos, através destes instrumentos, elaborou-se o perfil do enfermeiro de cuidados gerais (geral) e a partir deste, o perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança (específico). O perfil do enfermeiro foi organizado em quatro dimensões: (1) Profissional, social e ética; (2) Prestação e gestão de cuidados; (3) Organizacional e comunitária; (4) Desenvolvimento profissional ao longo da vida. Em cada uma destas dimensões procedeu-se ao agrupamento das competências por áreas:

1. Responsabilidade pessoal e social; Responsabilidade ética e legal;
2. Desenho integrado do processo de cuidados; Organização de ambientes de cuidados de qualidade; Abordagem integradora da pessoa-sujeito;
3. Organização e gestão de qualidade; Cooperação e trabalho interdisciplinar; Intervenção comunitária e acção intersectorial;
4. Prática reflexiva; Investigação; Formação Contínua.

Para verificar qual o paradigma em que se situavam as opiniões dos peritos e dos práticos, bem como quais os conhecimentos a mobilizar para a competência, procedeu-se a uma análise categorial, calculando e comparando as frequências de certas características, previamente agrupadas em categorias significativas. Nesta situação, complementou-se a abordagem qualitativa com uma análise de conteúdo de características quantitativas.

Não existindo em Portugal, à data do início deste estudo, o perfil do enfermeiro de cuidados gerais, a Ordem dos Enfermeiros procedeu à sua definição em Outubro de 2003, com base no perfil definido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, no mesmo ano, pelo que se realizou a contrastação do perfil decorrente do normativo, referenciais e abordagens, com o documento referencial da Ordem dos Enfermeiros, nos aspectos essenciais para o presente estudo.

Por outro lado, procedeu-se ao levantamento de planos de estudo do curso de licenciatura em enfermagem, publicados em Diário da República, relativos a todas as Escolas públicas (vinte e oito), excluindo a Escola de Serviço de Saúde Militar e a Escola onde exercemos funções, perfazendo um total de vinte e seis planos. Todos os

planos de estudo foram analisados, tendo em vista verificar a orientação curricular (tendência) para ambos os paradigmas, salutogénico e patogénico. A partir destes resultados foram seleccionadas ao acaso dois planos de estudo, um de tendência salutogénica e outro de tendência patogénica. Procedeu-se então à análise do perfil subjacente aos respectivos currículos, bem como de um currículo com características salutogénicas de uma escola do Canadá.

Como resultado, construiu-se o perfil integrado do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, através do cruzamento dos perfis elaborados a partir dos pontos de vista das teorias e das leis, das pessoas (peritos e práticos) e dos currículos, num contributo para um perfil de formação centrado no paradigma salutogénico.

1. ABORDAGEM E PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO

Os fundamentos epistemológicos da investigação traduzem diversas formas de desenvolver o conhecimento. Para Fortin, Côté e Vissandjée (1999) estamos na presença de duas escolas de pensamento: a positivista lógica e a naturalista. Estas geram dois paradigmas de investigação, com métodos de investigação distintos: quantitativo e qualitativo. Segundo a filosofia positivista, a realidade é estática e única, os fenómenos humanos são previsíveis e controláveis, pelo que os estudos científicos têm a finalidade de prever e controlar o fenómeno em estudo. A investigação é orientada para os resultados, tendo como preocupação a sua generalização. Desta forma, a objectividade, a predição, o controlo dos acontecimentos e a generalização dos resultados são características de investigação quantitativa.

Para a filosofia naturalista a realidade é múltipla e é descoberta por um processo dinâmico em interacção com o ambiente, o que traduz um conhecimento relativo ou situacional, os fenómenos humanos são únicos e não são previsíveis, pelo que os estudos científicos procuram a compreensão total do fenómeno em estudo. A investigação conduz a uma compreensão do fenómeno através da descoberta, descrição, explicação e indução, orientando-se mais para o processo do que para o resultado. O método de investigação qualitativo tem como objectivo descrever ou interpretar, mais do que avaliar, sendo preocupação do investigador uma compreensão ampla e absoluta do fenómeno em estudo, observando, descrevendo e interpretando o meio e o fenómeno sem procurar exercer controlo (*Ibid.*).

De acordo Bogdan e Biklen (1991) com O paradigma qualitativo, sem ter por objectivo a previsão, através da verificação de leis ou a generalização de hipóteses, pretende desenvolver e aprofundar o conhecimento de uma determinada situação, num determinado contexto. Do mesmo modo, para Merriam (2002), a sua popularidade tem vindo a aumentar nos últimos anos com o aumento do número de estudos divulgados em publicações científicas, de diversas disciplinas: enfermagem, administração, saúde, todos os campos da educação, e até medicina.

1.1. O objecto e a perspectiva de investigação

Ao iniciar uma investigação as preocupações fundamentais direccionam-se para o modo como se coloca e elabora o problema e se dá forma aos caminhos a percorrer. O presente estudo tem como objecto o perfil de desempenho do enfermeiro de cuidados gerais, numa perspectiva e contexto específicos: o desenvolvimento da criança em contexto comunitário. O objecto do estudo é um fenómeno humano que compreende valores, cultura, relações, comportamentos que não são passíveis de ser medidos quantitativamente. Trata-se de investigar um fenómeno imerso em unidades sociais complexas que incluem múltiplos elementos potencialmente importantes para a compreensão do fenómeno em causa, pelo que exige a utilização de diversas formas de aproximação.

Nesta perspectiva, optou-se por assumir uma abordagem de tipo qualitativo, com as características próprias e que são referidas por Bogdan e Biklen (1991): (1) a fonte directa de dados é o ambiente natural e o investigador é o principal instrumento de recolha; (2) é uma investigação descritiva; (3) há grande preocupação com o processo; (4) a análise dos dados tende a ser efectuada de forma indutiva; (5) É de importância vital a preocupação com o significado. Os mesmos autores clarificam, ainda, que as abordagens qualitativas e quantitativas podem ser complementares e que em alguns casos é possível e até mesmo desejável utilizá-las conjuntamente.

Os investigadores qualitativos têm vindo a utilizar uma grande variedade de desenhos e estratégias de investigação. Merriam (2002) sugere o agrupamento das abordagens qualitativas mais comuns em oito modalidades: estudo básico ou genérico, fenomenologia, teoria fundamentada, estudo de caso, estudo etnográfico, análise de narrativa, teoria crítica e investigação pós-moderna.

De acordo com a mesma autora, os estudos qualitativos básicos ou genéricos são aqueles que contêm as características essenciais da metodologia qualitativa, mas que não possuem todos os requisitos que possibilitariam o seu enquadramento como estudo de caso, estudo etnográfico, fenomenologia, teoria fundamentada, ou qualquer outra modalidade específica.

Para Caelli et al (2003:2-3) os estudos qualitativos genéricos “are those that exhibit some or all of the characteristics of qualitative endeavour (...)” Segundo os mesmos autores, os estudos qualitativos genéricos estão entre as formas mais comuns de

investigação qualitativa no campo da educação. Nestes estudos devem estar presentes as seguintes quatro características-chave:

(1) O investigador está interessado em compreender os significados que os participantes atribuem ao fenómeno ou situação em estudo. Procura compreender os significados que as pessoas constroem sobre seu mundo e as experiências nele vividas.

(2) O investigador é o principal instrumento de recolha e análise de dados. Os dados são recolhidos através de entrevistas, de observações ou de análise de documentos.

(3) O processo de condução da pesquisa é essencialmente indutivo, isto é, o pesquisador colecta e organiza os dados com o objectivo de construir conceitos ou teorias, ao invés de, dedutivamente, traçar hipóteses a serem testadas. A análise indutiva dos dados leva a identificação de padrões recorrentes, temas comuns e categorias.

(4) O resultado da pesquisa é expresso por meio de um relato descritivo – detalhado e rico – a respeito do que o pesquisador aprendeu sobre o fenómeno. Tais resultados são apresentados e discutidos usando-se as referências da literatura especializada a partir das quais o estudo se estruturou.

A investigação qualitativa procura compreender o fenómeno em estudo a partir do seu interior, podendo envolver a perspectiva de sujeitos diferentes, o curso de situações sociais ou as regras culturais e sociais adequadas a determinada situação (Flick, 2004). O investigador é o instrumento principal da recolha de dados, procedendo à revisão de todos os registos, constituindo o seu entendimento o instrumento-chave de análise (Bogdan e Biklen, 1991).

Tratando-se de uma investigação descritiva, os investigadores procuram analisar os dados (textos gerados pela transcrição de entrevistas, documentos pessoais, memorandos e outros registos oficiais) em toda a sua riqueza, no respeito pela forma como foram registados ou transcritos. A palavra escrita é a base da reconstrução da visão do sujeito e da interpretação, assumindo uma importância fundamental tanto para o registo dos dados colhidos, como para a disseminação dos resultados da pesquisa. As

citações são utilizadas com frequência como forma de esclarecer uma opinião ou subsidiar uma afirmação (Ludke e André, 1986; Bogdan e Biklen, 1991; Flick, 2004).

A preocupação com o processo é muito grande, uma vez que o interesse do investigador se direcciona para o estudo de um problema complexo, que envolve procedimentos e interacções. O significado é um foco de atenção especial do investigador, existindo sempre uma tentativa de colher a perspectiva dos informantes, ou seja, a forma como estes encaram as questões em estudo (Ludke e André, 1986).

A análise dos dados tende a ser efectuada de forma indutiva. “As abstracções vão sendo construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando” (Bogdan e Biklen, 1991:50). A teoria é desenvolvida com base em muitas componentes individuais de informação recolhida que são inter-relacionadas. Os pressupostos teóricos descobrem-se e formulam-se na inter-relação com o campo e os dados empíricos (Flick, 2004). O processo de análise dos dados começa por ser aberto no início passando a ser mais fechado e específico à medida que o mesmo decorre (Bogdan e Biklen, 1991).

Este modelo de construção de teoria, designado por teoria fundamentada ou *grounded theory* (Strauss e Corbin, 1994), propõe-se “(...) desenvolver uma teoria baseada na análise indutiva, partindo da descrição sistemática e progressiva dos fenómenos (...)” (Saillant e Rousseau, 1999:151).

A circularidade é um dos pontos fortes desta abordagem, porque obriga o investigador a reflectir permanentemente sobre todo o processo de investigação e sobre cada etapa à luz das restantes. A estreita ligação entre a recolha e a análise dos dados, por um lado, e a selecção de material empírico por outro, permite ao investigador verificar até que ponto os métodos, as categorias e as teorias que se utiliza se adequam ao objecto e aos dados (Flick, 2004).

Quanto à função das teorias no processo de investigação, Flick (2004) recorre aos conceitos de Goodman e de Kleining. Para o primeiro, as teorias são versões do mundo, sujeitas a revisão, avaliação, construção e reconstrução contínuas. Com a formulação de uma versão, a percepção do mundo que lhe está subjacente é determinada de uma forma que retroalimenta a construção social desta perspectiva e, por conseguinte do mundo envolvente. O desenvolvimento da versão consiste no aumento da fundamentação empírica do objecto em estudo. Na perspectiva do segundo autor, o ponto de partida é uma pré-compreensão da matéria do campo em estudo. A teoria assume um carácter de versão preliminar da forma de compreender o objecto que se

estuda, que se reformula e, sobretudo, se elabora mais durante o processo de investigação. É através desta revisão, a partir do material empírico, que se faz avançar a construção do objecto em estudo.

O presente estudo enquadra-se nesta perspectiva, pretendendo descrever e aprofundar conhecimentos sobre a realidade, utilizando diversas formas de aproximação de índole qualitativa, percorrendo diversas etapas que se entrelaçam entre si, com o objectivo central de construir um perfil de desempenho centrado no paradigma salutogénico, como referencial para a formação e prática dos enfermeiros em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

Deste modo, pretende-se com o presente estudo tem como objectivos:

Objectivo geral

- 1 Elaborar o perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança;

Objectivos específicos

- 2 Compreender as práticas e motivações dos enfermeiros em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança;
- 3 Compreender as representações dos enfermeiros sobre o perfil e a formação de enfermeiros neste âmbito,
- 4 Identificar o(s) paradigma(s) subjacente(s) às concepções de “peritos”, “práticos” e currículos de formação profissional de enfermeiros;
- 5 Retirar implicações para um perfil centrado no paradigma salutogénico.

Na procura da concretização destes objectivos, o estudo seguirá um percurso metodológico caracterizado pela circularidade e comparação constante.

1.2. O percurso metodológico: circularidade e comparação constante

A construção do perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança resultou da integração de três *pontos de vista*, considerados fundamentais no presente estudo: documentos-chave e teoria, pessoas (“peritos” e “práticos”) e currículos de formação. Com base nos

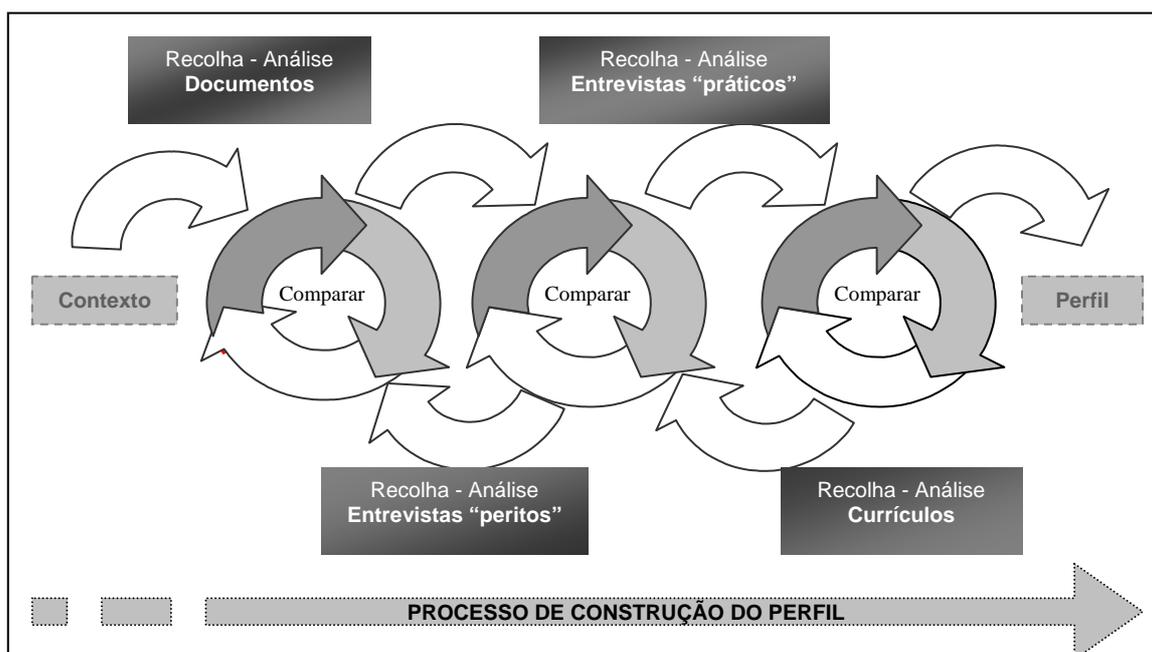
documentos normativos, referenciais e abordagens, procedeu-se à construção do perfil geral do enfermeiro. Foi então construída uma primeira versão do perfil específico do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, na perspectiva do desenvolvimento da criança. A partir do material empírico (entrevistas a “peritos” e “práticos” e análise de currículos) foi sofrendo revisões, num processo circular de comparação constante, até à construção do perfil global (integrado).

A elaboração do perfil tem início com uma análise dedutiva dos documentos normativos, referenciais e abordagens, o qual foi sendo modificado e complementado ao longo do percurso, combinando a análise dedutiva com a análise indutiva num processo de construção que combinou a produção *a priori* com a produção *à posteriori*.

Não existindo em Portugal, à data do início deste estudo, o perfil do enfermeiro de cuidados gerais, a Ordem dos Enfermeiros procedeu à sua definição em Outubro de 2003, com base no perfil definido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, no mesmo ano. Procedeu-se então à comparação do perfil elaborado pelo investigador, com o documento referencial da Ordem dos Enfermeiros.

O percurso de investigação decorreu em cinco etapas metodológicas, abertas e interrelacionadas (não são lineares nem estruturadas), que possibilitou o alcance dos objectivos do estudo (figura 3).

Figura 3. Etapas do percurso de investigação.



O entrelaçamento circular de etapas empíricas, como o modelo de Glaser e Strauss propõe, está de acordo com o carácter de descobrimento na investigação qualitativa. O destaque dado à análise dos dados tem em conta o facto de que o discurso é o material empírico real e o fundamento para o desenvolvimento da teoria (Flick, 2004).

Neste percurso foi-se entrelaçando o conhecimento já socialmente construído em Portugal e noutros países, através da análise do conteúdo dos documentos e dos currículos, articulando com as concepções de informantes-chave “peritos” e “práticos”. Nesta interligação foi-se construindo o perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito da saúde da criança, através das seguintes etapas.

Primeira etapa

O processo de investigação teve início em Setembro de 2001, com a recolha e revisão de bibliografia relativa ao contexto teórico e social da investigação. Esta primeira etapa enquadra-se na fase exploratória do estudo, na qual se procurou dar início à construção do perfil (específico) do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, a partir da elaboração do perfil do enfermeiro de cuidados gerais (geral).

Procedeu-se à pesquisa, levantamento e análise de documentos, considerados fundamentais para este estudo, recorrendo a bases de dados, bibliotecas e Internet. A análise documental pode ser utilizada como técnica exploratória, permitindo a identificação de problemas para serem melhor explorados por outros métodos (Ludke e André, 1986). Foram assim recolhidos e analisados dezassete documentos, agrupados em três categorias: normativos, referenciais e abordagens (anexo 1).

Os *documentos normativos* recolhidos e analisados compõem-se de quatro documentos legislativos e de dois programas da Direcção Geral de Saúde:

- Carreira de enfermagem (um de 1991 e um de 1998).
- Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (1996)
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, do qual faz parte integrante o código deontológico dos enfermeiros (1998).
- Programa-tipo de saúde escolar (1996).
- Programa-tipo de actuação em saúde infantil e juvenil (2002).

Os *documentos referenciais* constam de:

- Uma recomendação sobre “linhas de orientação para o ensino dos Cuidados de Saúde Primários no âmbito da formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais”, do comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem da Comissão Europeia (1992).
- Três relatórios - um sobre o papel e a formação de enfermeiros, do Conselho da Europa (1995) e dois com recomendações sobre a formação dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia, do Comité Consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem (1997,1998)
- Um parecer técnico sobre “as exigências do exercício da profissão de enfermeiro e a organização da educação em enfermagem, em articulação com as alterações ao sistema de ensino superior politécnico” do Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (1998)
- Um documento “*guideline*” sobre a estratégia europeia da Organização Mundial de Saúde para a formação de enfermeiros (2001).

As *abordagens* englobam um artigo científico (1995) sobre profissionais de saúde comunitária e um documento interno sobre serviços de saúde promotores de saúde, do 2º. Curso de Mestrado em Promoção / Educação para a Saúde - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A razão da escolha desta pluralidade de documentos decorreu do facto de se considerarem os mais representativos para o perfil que se deseja construir, congregando o normativo, os referenciais e as abordagens relevantes.

Segunda etapa

A segunda etapa corresponde à delimitação, ampliação e re(definição) do objecto de estudo através do levantamento de concepções de informantes-chave (peritos), alargando assim o campo das características do perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

Sendo o significado de importância vital para a perspectiva qualitativa, importa conhecer quais as percepções das pessoas e como estas interpretam as suas experiências, pelo que o investigador desenvolve um conjunto de estratégias e procedimentos em

vista a considerar as experiências do ponto de vista dos informadores (Bogdan e Biklen, 1991).

Como *informantes-chave* “*peritos*” foram seleccionados os seguintes: enfermeiros da área da formação e/ou gestão (aos vários níveis) e outros profissionais com experiência de trabalho em/com Centros de Saúde - médicos (saúde pública, medicina familiar e pediatria), técnicos de serviço social, professores e educadores de infância, particularmente conhecedores do fenómeno em estudo, os quais desenvolvem a sua actividade profissional nas seguintes áreas geográficas de Portugal Continental: Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Faro, Guarda, Lisboa, Porto, Santarém, Setúbal e Viana do Castelo.

A forma como se seleccionaram os informantes-chave, decorreu da sua relevância para o tema de investigação, mais do que a sua representatividade (Flick, 2004), pelo que se procedeu à sua selecção por nomeação directa, com a ajuda de um perito na área do estudo, tendo como *critérios*:

1. Objectivo do seu trabalho – desenvolvimento da criança;
2. Experiência de trabalho em/com Centros de Saúde e com enfermeiros;
3. Trabalho em equipa multiprofissional e intersectorial (parcerias);
4. Relevância profissional no âmbito da temática em estudo.

A cooperação e o trabalho interdisciplinar, desde a formação inicial ao exercício profissional e à formação pós-graduada dos diferentes profissionais de saúde, são fundamentais para a elevação do nível de saúde da população. A OMS manifesta a sua preocupação por, em muitos países da região europeia, os diferentes profissionais de saúde não terem qualquer contacto entre eles durante a formação inicial e estabelece como meta n.º 18, da política de saúde para todos no século XXI, “desenvolver recursos humanos para a saúde”. Em Cuidados de Saúde Primários a equipa multidisciplinar inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, embora o papel central seja de médicos e enfermeiros.

É ainda referido no mesmo documento que muitos profissionais que trabalham fora do sector da saúde podem ser vistos como “outros profissionais de saúde pública” num quadro amplo das estruturas de saúde pública, dos quais se destacam os professores e os educadores de infância. O relatório do CAIPE (2001) também propõe a integração e extensão de experiências interprofissionais no currículo de formação dos profissionais da área da saúde.

Esta necessidade é manifestada na 2.^a Conferência Ministerial da OMS em Enfermagem e Enfermagem Obstétrica na Europa, realizada em 17 de Junho de 2000, podendo ler-se dos pontos da Declaração de Munique:

“(…) to strengthen nursing and midwifery, by: (…) creating opportunities for nurses, midwives and physicians to learn together at undergraduate and postgraduate levels, to ensure more cooperative and interdisciplinary working (…)” (WHO, 2000)

Tendo a intervenção do enfermeiro comunitário uma forte componente multidisciplinar e intersectorial, onde trabalho em equipa, partilha de poder, esbatimento de hierarquias e valorização dos saberes e opiniões dos outros, são aspectos fundamentais, é imprescindível a opinião de peritos de outras profissões que trabalham com os enfermeiros em vista à saúde e desenvolvimento da criança.

Terceira etapa

Após a recolha, análise e tratamento dos dados, passou-se a uma terceira etapa do processo investigativo, que constou do levantamento de concepções de *informantes-chave “práticos”* - enfermeiros que prestam cuidados a crianças e/ou jovens em contexto comunitário, na perspectiva do seu desenvolvimento – com a finalidade de clarificar as suas práticas, motivações e representações.

Como critérios de selecção dos informantes-chave foram excluídos: escola de formação e tipo de organização. A escola onde se formaram não se afigurou como um critério adequado, pois os enfermeiros provenientes das várias escolas existentes em todos os distritos de Portugal continental e nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores, vão exercer funções em instituições localizadas noutra área geográfica. A organização de um Centro de Saúde que abranja um quarto de uma cidade de grande dimensão é diferente de um Centro de Saúde de uma cidade de pequena dimensão. No entanto, também depende da organização e da direcção do Centro de Saúde o paradigma predominante no trabalho dos enfermeiros, que pode ser salutogénico e/ou patogénico. Por outro lado, tanto numa cidade de grande dimensão como numa de pequena dimensão, existem crianças de todos os estratos sociais.

Foram, então seleccionados como *critérios* a área geográfica e a dimensão populacional. Quanto à sua *localização geográfica*, no litoral existem mais habitantes, mais enfermeiros e melhores acessos a fontes de informação, sejam de natureza

profissional ou não, do que no interior do país. Foi assim considerado adequado seleccionar um Centro de Saúde do litoral e um Centro de Saúde do interior de Portugal. Relativamente à *dimensão populacional*, considerando que os problemas e as necessidades das crianças podem ser diversas em função das condições sociais e económicas inerentes à dimensão dos aglomerados populacionais, considerou-se adequado seleccionar dois Centros de Saúde: um que tenha muita população e outro que tenha menos população.

Deste modo, a amostra intencional, correspondente a dez pessoas significativas, enfermeiros que representem o sentir e o pensar da instituição e da profissão, foi construída a partir dos enfermeiros de dois Centros de Saúde, um localizado na área metropolitana de Lisboa (Centro de Saúde A) e outro do interior norte de Portugal (Centro de Saúde B).

Foram incluídos enfermeiros que trabalham com crianças e/ou jovens e enfermeiros que, para além desse factor, também detinham responsabilidades nos programas de saúde infantil, de saúde escolar e de vacinação do Centro de Saúde, assim distribuídos: seis enfermeiros de cuidados gerais, dois enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária /saúde pública e dois enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Quarta etapa

Após a recolha, análise e tratamento dos dados passou-se a uma quarta etapa, que corresponde à análise do perfil que subjaz aos currículos de formação dos enfermeiros. Procedeu-se ao levantamento de planos de estudo do curso de licenciatura em enfermagem, publicados em Diário da República, relativos a todas as Escolas públicas (vinte e oito), excluindo a Escola de Serviço de Saúde Militar e a Escola onde exercemos funções, perfazendo um total de vinte e seis planos.

Todos os planos de estudo foram analisados, tendo em vista verificar a orientação curricular (tendência) para ambos os paradigmas, salutogénico e patogénico. Após esta análise, seleccionaram-se ao acaso dois planos de estudo, um de tendência salutogénica e outro de tendência patogénica.

Procedeu-se ao levantamento e análise dos dois currículos procurando verificar como está representado o perfil do enfermeiro e em que paradigma(s) se situa: salutogénico e/ou patogénico.

Quinta etapa

Na quinta etapa construiu-se o perfil global do enfermeiro de cuidados gerais, no âmbito do desenvolvimento da criança em contexto comunitário, a partir do cruzamento dos perfis elaborados a partir dos pontos de vista das teorias e das leis, das pessoas (peritos e práticos) e dos currículos, num contributo para um perfil de formação centrado no paradigma salutogénico.

1.3. Os procedimentos de recolha, análise e tratamento dos dados

Em investigação qualitativa, a recolha e análise dos dados corresponde a etapas integradas no percurso de investigação. A análise dos dados fornece pistas ao investigador sobre o que lhe resta descobrir, permitindo-lhe, assim, decidir os próximos dados a recolher e onde os encontrar. Neste percurso, o investigador analisa os novos dados até que se verifique a “saturação”, fenómeno caracterizado pela estabilização das categorias de análise e no qual as informações suplementares nada acrescentam de novo à compreensão do fenómeno (Dubouloz, 1999).

Utilizámos várias fontes e métodos de recolha de informação – documentos, informantes-chave “peritos” e informantes chave “práticos” - conforme se descrevem no quadro seguinte.

Quadro 12. Resumo descritivo das fontes e procedimentos de recolha de informação.

Etapas	Fontes de informação	Procedimentos de recolha	Descrição
1. ^a	Documentos	Levantamento de documentos	Matriz de dados recolhidos da análise de documentos normativos, referenciais e abordagens.
2. ^a	Informantes-chave “peritos”	Inquérito por entrevista	Entrevista aberta, com resposta livre limitada pela própria questão, por correio electrónico ou correio normal (registo em papel) a informantes-chave - enfermeiros da área da formação e/ou gestão, médicos de saúde pública, medicina familiar e pediatria, técnicos de serviço social, professores e educadores de infância.
3. ^a	Informantes-chave “práticos”	Inquérito por entrevista	Entrevista semi-estruturada presencial, registada em áudio-gravador e transcrita posteriormente, a informantes-chave - enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas em enfermagem na comunidade / saúde pública e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria.
4. ^a	Documentos curriculares	Levantamento de documentos	Análise dos planos de estudo e currículos do curso de licenciatura em enfermagem, utilizando uma matriz de dados previamente elaborada.

A análise dos documentos recolhidos, das respostas escritas ao inquérito por entrevista de tipo exploratório e das transcrições dos registos áudio do inquérito por entrevista semi-estruturada, efectuou-se com recurso à codificação. No anexo dois apresenta-se um exemplo de codificação de documento.

Documentos normativos, referenciais e abordagens

Os primeiros dados deste estudo correspondem aos documentos normativos, aos referenciais e às abordagens (quadro 13), que foram submetidos a uma análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (1979:42) corresponde a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”

Quadro 13. Organização dos documentos recolhidos.

Tipos	Características
(1) Normativos	Documentos legislativos, parecer técnico e programas tipo.
(2) Referenciais	Recomendação, relatórios e “guideline”.
(3) Abordagens	Artigo científico e documento interno.

Todos os documentos foram submetidos a leitura, à medida que iam sendo recolhidos. Num processo de múltiplas leituras e releituras os dados foram organizados e identificados temas e temáticas mais frequentes.

Verificaram-se os aspectos recorrentes, ou seja, que aparecem e reaparecem nos diversos documentos. Com base nestes aspectos procedeu-se ao primeiro agrupamento da informação em categorias. Este procedimento foi repetido em dias diferentes, para verificar a possibilidade de elaborar novos agrupamentos, realizar alterações, detectar características ainda não incluídas e verificar novas relações. Emergiram assim quatro grandes categorias que designamos por dimensões:

1. *Profissional, social e ética* – Inclui aspectos relacionados com a deontologia, a ética e a responsabilidade na resposta às necessidades da sociedade, no âmbito da profissão.
2. *Prestação e gestão dos cuidados* – Centra-se na definição da prática de cuidados por parte do profissional.
3. *Organizacional e comunitária* - Salienta os aspectos relacionados com a organização em que o profissional se insere e nas suas relações com outras instituições e com as populações.
4. *Desenvolvimento profissional ao longo da vida* – Focaliza os processos de reflexão, investigação e formação contínua.

Procedeu-se então à integração dos aspectos relacionados com o contexto comunitário e o desenvolvimento da criança. A partir do conceito de competência utilizado como referência neste estudo, formularam-se as competências em cada uma das dimensões e procedeu-se ao seu agrupamento por áreas de competência emergentes da análise.

Esta análise permitiu a conceptualização do perfil do enfermeiro de cuidados gerais, criando um quadro de referência para o estudo. Tendo como base este perfil, integraram-se as competências específicas do contexto comunitário e do desenvolvimento da criança no perfil geral. Foi assim construída uma primeira versão do perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança. Observou-se a convergência de três vertentes fundamentais: comunitária, de promoção da saúde e de saúde da criança. Ao mesmo tempo funcionou como a base para o investigador decidir sobre os dados adicionais a recolher.

A análise de conteúdo realizada a estes documentos apoiou e favoreceu a definição de questões relevantes para a continuidade do estudo.

Entrevista a informantes-chave “peritos”

Recolheram-se dados através de um inquérito por entrevista a trinta e oito informantes-chave “peritos”, tendo em vista a delimitação e reconceptualização do perfil e ainda verificar se a opinião dos peritos se poderia enquadrar num ou em ambos os paradigmas salutogénico e patogénico.

Para obter a informação utilizou-se o inquérito por entrevista aberta, com resposta livre, limitada pela própria questão (anexo 3). Constatou-se de uma única questão aberta “Qual será o perfil desejável do enfermeiro comunitário, quando actue na perspectiva do desenvolvimento infantil, em Centros de Saúde?”.

Sendo um método de recolha de dados indicado para a análise de um fenómeno social, foram utilizadas como garante da sua validade e fiabilidade, as três condições referidas por Quivy e Campenhout (1992:192): o rigor na selecção da amostra, a formulação clara e inequívoca da pergunta e a correspondência entre universo da pergunta e o universo de referência do inquirido.

Foi seleccionada uma amostra intencional de trinta e oito informantes-chave: doze enfermeiros (oito da área da docência e quatro da área da gestão), vinte e dois médicos (catorze de saúde pública, sete de medicina familiar e um de pediatria), um psicólogo, um técnico superior de serviço social, um educador de infância e um professor do primeiro ciclo do ensino básico. Como forma de antecipar a dificuldade em obter o número de respostas previstas, foi aumentado o número de informantes-chave para trinta e oito, com predominância no número de médicos (doze), uma vez que o investigador sendo enfermeiro poderia mais facilmente obter resposta dos seus pares.

A recolha dos dados realizou-se durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2003, enviando o inquérito por correio electrónico ou correio normal (neste caso foi enviado o respectivo envelope selado para resposta), tendo obtido resposta por parte de dezoito informantes chave (47,37%): seis enfermeiros (cinco da docência e um da gestão), nove médicos (sete de saúde pública, um de medicina geral e familiar e um de pediatria), um psicólogo, um técnico superior de serviço social e um professor do primeiro ciclo do ensino básico.

Todas as respostas por escrito foram cuidadosamente lidas. Numa segunda leitura, procedeu-se à codificação aberta, a qual consistiu na leitura minuciosa das frases com o objectivo de encontrar incidentes, pô-los à margem do texto, categorizá-los e dar-lhes um nome que represente o fenómeno, criando-se assim categorias. Estas categorias

foram sendo sistematicamente comparadas e contrastadas umas com as outras, levando a categorias mais complexas e inclusivas.

De seguida, procedeu-se ao que Strauss e Corbin (1990) designaram de codificação axial, em que se reuniu os dados recolhidos na codificação aberta, estabelecendo-se relações entre as categorias e subcategorias, o que permitiu pensar sistematicamente sobre os dados.

Por fim, realizou-se a codificação selectiva, ou seja, identificou-se a categoria principal, relacionando-a com as outras categorias e validando essas relações, confrontando-as com os dados. Os critérios para a selecção da categoria principal foram a centralidade da categoria em relação às outras categorias, a frequência de ocorrência da categoria nos dados e a facilidade com que ela se relaciona com as outras categorias.

Em anexo número quatro encontra-se um exemplo de codificação de entrevista a informantes-chave “peritos”.

Todo este processo decorreu numa comparação constante com as categorias emergentes do normativo, referenciais e abordagens.

No sentido de verificar se a opinião dos peritos se poderia enquadrar num ou em ambos os paradigmas salutogénico e patogénico, procedeu-se a uma análise categorial (manual), calculando e comparando as frequências de certas características, previamente agrupadas em categorias significativas. As análises temáticas procuram “(...) revelar as representações sociais ou os juízos dos interlocutores a partir do exame de certos elementos constitutivos do discurso”, onde se inclui a análise categorial que “consiste em calcular e comparar as frequências de certas características previamente agrupadas em categorias significativas” (Quivy e Campenhout, 1992:226).

Foram utilizadas as seguintes *referências para análise*:

A – Como referência para o *paradigma salutogénico* utilizou-se:

A1 – *Sentido de Coerência*, descrito nas suas três componentes:

A1.1 – Ser capaz de ler e interpretar a realidade (capacidade de compreensão).

A1.2 – Acreditar que essa realidade pode ser melhorada e que, para tal, há recursos (capacidade de gestão).

A1.3 – Desejar envolver-se na modificação da realidade (capacidade de investimento).

A2 – *Processo de trabalho* que conduz ao desenvolvimento do SOC e que é *participativo*.

B – Como referência para o paradigma *patogénico*:

Este paradigma corresponde à *prevenção* (primária, secundária e terciária) e caracteriza-se essencialmente por:

B1 – Ter como principal preocupação a doença e os factores de risco da doença.

B2 – Desenvolver actividades de acordo com essa preocupação (consultas, vacinações, diagnóstico precoce, recuperação funcional, etc.).

B3 – O trabalho dirige-se aos doentes ou a grupos específicos, de risco.

Como *categorias para análise* foram consideradas:

Para o *paradigma salutogénico* utilizaram-se duas categorias de análise: a categoria A1, com 3 sub-categorias (A1.1, A1.2 e A1.3) e a categoria A2.

No caso do *paradigma patogénico* considerou-se apenas uma categoria, a categoria B – prevenção – com 3 subcategorias (subcategoria B1 – prevenção primária, B2 – prevenção secundária e B3 – prevenção terciária).

Definiram-se ainda os *critérios de inclusão* das respostas nos paradigmas em referência:

Como critério de inclusão das respostas no *paradigma salutogénico*, considerou-se as que incluíssem, no mínimo, 3 formulações correspondentes às categorias A1 e/ou A2 e nenhuma com conotação negativa;

Para o *paradigma patogénico* considerou-se como critério de inclusão, as respostas que referissem pelo menos 3 formulações correspondentes à categoria B.

Apresenta-se em anexo número cinco a síntese das respostas dos informantes-chave “peritos”.

Entrevista a informantes-chave “práticos”

No prosseguimento do presente estudo, recolheram-se dados através de um inquérito por entrevista a informantes-chave “práticos”. A entrevista é um instrumento de colheita de dados que permite ao entrevistado exprimir as suas percepções de um acontecimento ou situação, interpretações ou experiências (Quivy e Campenhout, 1992).

Optou-se por uma entrevista semi-estruturada, tendo-se elaborado um guião com sete blocos de questionamento, num contínuo lógico, procurando a legitimação da entrevista (A), a caracterização do percurso profissional (B) e uma abordagem das práticas, em termos de práticas no Centro de Saúde (C), práticas na comunidade (D), necessidade de mudança (E), do perfil (F) e da formação do enfermeiro (G). (Anexo 6)

A construção do guião teve por base o contexto da investigação e a análise dos dados do normativo, referenciais e abordagens e das concepções dos “peritos”.

A atitude do investigador face aos actores foi uma atitude semi-dirigida, permitindo concretizar uma entrevista que não sendo completamente aberta, permite ao entrevistado uma certa liberdade de discussão, intervindo somente quando verificado que os pontos abordados se desviavam dos pontos pretendidos.

Após a construção da entrevista, foram feitas duas entrevistas-teste a enfermeiros não incluídos no estudo, que permitiram, pela prática e pela discussão com investigadores experientes, quer no assunto a investigar, quer no método, reformular e aperfeiçoar o fraseado ou a linguagem. Foi então concluída a versão final da entrevista semi-estruturada.

Seleccionou-se uma amostra intencional de dez informantes-chave “práticos”: seis enfermeiros responsáveis por cuidados gerais, dois enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária/saúde pública e dois enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

As entrevistas foram realizadas no contexto do Centro de Saúde, em espaços que garantidamente possibilitaram a realização das mesmas de forma tranquila e sem interrupções. A duração das entrevistas foi de cerca de trinta minutos. As entrevistas foram gravadas com a concordância dos entrevistados e posteriormente transcritas.

As entrevistas presenciais tiveram lugar em Fevereiro e Março de 2004 nos dois Centros de Saúde seleccionados. Foram realizadas pelo autor do trabalho, com a colaboração de outro investigador, particularmente conhecedor do fenómeno em estudo e com treino específico em procedimentos de investigação. Os entrevistadores

treinaram-se fazendo entrevistas a profissionais não incluídos no estudo e tiveram como preocupações principais ser delicados e claros nas questões colocadas, compreendendo o contexto em que o entrevistado se encontra no momento e que pode influenciar a sua postura e, ainda, procurar não influenciar o entrevistado, tendo em atenção a linguagem oral, a gestual e a mímica.

Desta forma, procurou-se minimizar um possível retraimento dos entrevistados, por se tratar de assunto que tem a ver com a sua função/profissão e com o funcionamento do serviço onde trabalham.

Recolhidas as entrevistas aos informantes-chave, efectuou-se a transcrição na sua globalidade, iniciando-se o processo de análise e codificação das mesmas (Anexo 7). Esta codificação passou por vários processos, sendo eles a codificação aberta, axial e por último a codificação selectiva (Strauss e Corbin, 1990), onde foi possível encontrar categorias e as suas relações sendo estas exploradas e relacionadas até à saturação, ou seja, até mais nada poder emergir das mesmas.

No sentido de verificar se a opinião dos informantes-chave “práticos” se poderia enquadrar num ou em ambos os paradigmas salutogénico e patogénico, procedeu-se a uma análise categorial (manual), calculando e comparando as frequências de certas características, previamente agrupadas em categorias significativas. Foram utilizadas as mesmas *referências* e *categorias* de análise e os mesmos *critérios de inclusão* das respostas dos informantes-chave “peritos”. Em anexo número oito apresenta-se a síntese das respostas dos informantes-chave “práticos”.

Currículos do Curso de Licenciatura em Enfermagem

A análise dos currículos¹⁶ (em vigor) do curso de licenciatura em enfermagem foi outro procedimento usado neste estudo. Procurou-se, através desta análise, verificar como está representado o perfil do enfermeiro e em que paradigma (s) se situa: salutogénico e/ou patogénico.

Os currículos a analisar foram seleccionados por amostragem. Para o efeito, procedeu-se ao levantamento dos planos¹⁷ de estudo publicados em Diário da República, relativos a todas as Escolas públicas (vinte e oito), excluindo a Escola de

¹⁶ Plano estruturado de ensino-aprendizagem, incluindo objectivos ou resultados de aprendizagem, matérias ou conteúdos, processos ou experiências de aprendizagem (Ribeiro, 1989).

¹⁷ Elenco e sequência de matérias propostas para um curso.

Serviço de Saúde Militar e a Escola onde exercemos funções, perfazendo um total de vinte e seis planos.

Para a análise dos planos de estudo utilizou-se uma matriz de dados, previamente elaborada, com o objectivo de observar a orientação curricular (tendência) para os paradigmas salutogénico e patogénico.

Num primeiro procedimento procedeu-se a uma análise superficial de todos os planos de estudo, para verificar qual a importância dada às unidades curriculares nas vertentes de saúde comunitária e de saúde da criança e assim a tendência da orientação curricular: patogénica ou salutogénica.

Considerando que os princípios da Carta de Ottawa (1986) podem ser transpostos, sem qualquer problema ou contradição, para o paradigma salutogénico, utilizou-se como *referência*, para a selecção das unidades curriculares para análise, a sua relação com os esses princípios e os conhecimentos declarativos propostos pelos informantes-chave “peritos” e “práticos”, como necessários ao desenvolvimento do perfil que pretendemos elaborar: desenvolvimento da criança e dinâmica da família, que englobam conhecimentos relacionados com a psicologia do desenvolvimento, a pedagogia (aprendizagem, potenciar estímulos), a epidemiologia e a animação sócio-cultural (espaços lúdicos, expressões, leituras) e ainda conhecimentos relacionados com os factores que influenciam o desenvolvimento da criança (alimentação, imunização, segurança, patologias).

Para o efeito foram utilizadas os seguintes *critérios* de análise:

A - Designação (título) das unidades curriculares

O título pode variar de claramente voltado para o paradigma patogénico até claramente voltado para o paradigma salutogénico. A gradação deste critério será feita de acordo com o que for observado nos planos de estudo, nunca podendo ser superior a 4, nem inferior a 1.

B – Peso, distribuição e integração das unidades curriculares no curso

B.1 – Número de unidades curriculares e carga horária que lhes é atribuída no plano de estudos (% de horas em relação ao total do curso): 0-19 % - 1 ponto; 20 a 39% - 2 pontos; 40 a 59% - 3 pontos; 60 a 79% - 4 pontos; 80 a 100% - 5 pontos.

B.2 - Relação entre teoria e prática (% de horas de prática em relação ao total de horas da unidade curricular): 0-19 % - 1 ponto; 20 a 39% - 2 pontos; 40 a 59% - 3 pontos; 60 a 79% - 4 pontos; 80 a 100% - 5 pontos.

B.3 - Momento em que são introduzidas as unidades curriculares / distribuição ao longo do curso: 1 ano curricular – 1 ponto; 2 anos curriculares – 2 pontos; 3 ou 4 anos curriculares - 3 pontos.

B.4 – Enquadramento / coerência sequencial das unidades curriculares com outras do mesmo domínio científico: Baixo (não se identifica) – 1 ponto; Médio (identifica-se no máximo em duas unidades curriculares) – 2 pontos; Elevado (identifica-se em mais de duas unidades curriculares) - 3 pontos.

B.5 - Integração teoria – prática: Separação das componentes da teoria e da prática – 1 ponto; Com espaços de integração – 2 pontos; Relação interactiva entre teoria e prática - 3 pontos.

Para validar esta análise contou-se com a colaboração de outro investigador com experiência no tema e no método em causa. Foram excluídos 4 planos de estudo, por as intenções expressas serem demasiado gerais, não permitindo análise, como por exemplo: Enfermagem I, II, III, IV, ...; Ciências Sociais e Humanas I, II, III; Ciências Biomédicas I, II, III.

Quadro 14. Orientação curricular (tendência) dos planos de estudos publicados em DR.

Orientação Curricular (Tendência)	Pontuação Obtida	N
Salutogénica	28 a 31 pontos	3
Mista	23 a 27 pontos	7
Patogénica	19 a 22 pontos	12
Total		22

Os resultados obtidos variam entre 19 pontos (mínimo) e 31 pontos (máximo), pelo que foram definidas três classes de tendência: 19 a 22 pontos (patogénica); 23 a 27 pontos (mista); 28 a 31 pontos (salutogénica). (Anexo 9)

A partir destes resultados foram seleccionadas ao acaso dois planos de estudo, um de tendência salutogénica e outro de tendência patogénica. Procedeu-se ao levantamento dos respectivos currículos, primeiro através da Internet, tendo-se obtido um dos currículos, e depois através da deslocação à biblioteca da Escola em referência.

Procedeu-se ainda ao levantamento de um currículo com características salutogénicas de uma escola formadora de enfermeiros do Canadá¹⁸.

Estes três currículos foram então analisados, tendo como referência uma grelha de análise previamente elaborada, no sentido de identificar o perfil subjacente aos currículos de formação. A sua construção passou por várias fases. Assim começámos por elaborar um quadro comparativo entre os paradigmas salutogénico e patogénico. De seguida, elaborámos um quadro comparativo entre o modelo academicista/tecnicista (plano mosaico) e o modelo integrado (projecto de formação). Verificando que o currículo integrado apresenta características que podem favorecer o desenvolvimento do sentido de coerência, procedemos à integração do modelo academicista no paradigma patogénico e do modelo integrado no paradigma salutogénico, nas categorias: filosofia, perfil profissional e resultados da formação, estrutura curricular, processos e avaliação, de que resultou a grelha de referência para a análise, que consta no capítulo seguinte.

1.4. Os critérios de validação

As opções a tomar para avaliar os procedimentos e os resultados dos estudos qualitativos e para a sua generalização têm motivado um amplo debate nos textos especializados. A primeira opção consiste em aplicar os critérios clássicos da tradição quantitativa (validade e fiabilidade), a segunda em desenvolver novos critérios adequados à especificidade da investigação qualitativa e a terceira em dispensar critérios de validação face à crise de representação e legitimação (Flick, 2004).

Na perspectiva da segunda opção, surge um conjunto de critérios alternativos como: credibilidade (em substituição da noção de validade interna), transferibilidade (em alternativa à validade externa), confiança (em substituição da noção de fiabilidade) e confirmabilidade (no lugar de objectividade), propostos por Lincoln e Guba para a validação da investigação qualitativa (Streubert e Carpenter, 2002; Flick, 2004).

No presente trabalho foram estes os critérios que estiveram na base do planeamento e desenvolvimento das etapas metodológicas, no sentido de contribuir para a sua verificação.

Flick (2004) considera como principal critério a *credibilidade*, entendida no sentido da compatibilidade entre os resultados e as realidades construídas pelos sujeitos

¹⁸ Considerámos importante pesquisar currículos de formação de enfermeiros no estrangeiro e seleccionar um que se aproximasse mais ao paradigma salutogénico. A opção pelo Canadá deveu-se aos seguintes factores: 1. Pioneiro no mundo para a formação em enfermagem; 2. Criou a primeira Ordem de Enfermeiros no mundo (1974) 3. 1.^a Conferência mundial sobre promoção da saúde realizada em Ottawa (1986); 4. Elevado índice de desenvolvimento humano.

do estudo, foram utilizadas as técnicas de triangulação e a adequação dos materiais de referência, referidas pelos diferentes autores como estratégias adequadas para aumentar a credibilidade da investigação qualitativa.

De uma forma ampla, Streubert e Carpenter (2002) definem triangulação como a utilização e combinação de várias estratégias de investigação num único estudo. Para Denzin (1970) é possível identificar quatro tipos básicos de triangulação - dados, investigadores, teoria e métodos - tendo sido sugerido por Mitchell (1986) um quinto tipo, a múltipla triangulação que consiste na combinação de duas ou mais técnicas de triangulação num estudo (ap. Streubert e Carpenter, 2002).

No entanto, para Lincoln e Guba (1985) as duas formas mais relevantes para aumentar a credibilidade de uma investigação são a combinação de várias fontes de dados que podem ser recolhidos em situações variadas ou em momentos diferentes e a triangulação de métodos. A triangulação de dados foi assegurada através da comparação sistemática de dados dos documentos e de informantes-chave “peritos” e “práticos”, ao longo da investigação. A triangulação de métodos foi utilizada ao nível da colheita de dados, combinando a análise documental, o questionário e a entrevista.

Considera-se ainda importante em termos de validade a triangulação de investigadores, pelo que recorremos a outro investigador durante a realização de entrevistas a informantes-chave e durante o processo de análise dos dados.

Em relação ao segundo critério, a *transferibilidade* é entendida como a probabilidade dos resultados da investigação terem significado para outros em contextos semelhantes, ou seja, a perspectiva da generalização dos resultados para além de um contexto determinado (Streubert e Carpenter, 2002). Para que o investigador alcance pelo menos uma certa generalização, Flick (2004) sugere três passos: (1) clarificar qual o grau de generalização que procura; (2) integração prudente das perspectivas emergentes do campo empírico; (3) comparação sistemática do material recolhido.

Relativamente ao primeiro passo, o presente estudo pretende construir o perfil do enfermeiro numa perspectiva e contexto específicos, o desenvolvimento da criança e o contexto comunitário, como referencial para a formação e a prática profissional.

Quanto ao segundo passo a selecção de documentos normativos, referenciais e abordagens centrou-se na credibilidade, na exactidão das informações e na “(...) correspondência entre o campo coberto pelos documentos disponíveis e o campo de análise da investigação” (Quivy e Campenhout, 1992:204). A selecção dos informantes-chave, também foi muito cuidada, como se apresenta a seguir.

O terceiro passo esteve presente ao longo de todo o estudo, realizando uma *comparação constante* do material recolhido (documentos, transcrições de entrevistas) num *processo circular sistemático*, comparando as unidades de significado aplicáveis a cada categoria, integrando as categorias e as suas características, delimitando o perfil e por fim elaborando o perfil global.

Quanto ao critério da *confiança* procurou-se que os resultados, tendo em conta os dados, façam sentido, numa preocupação constante pela confirmação mútua dos dados. Para a *confirmabilidade* dos resultados foram efectuados registos sobre todas as etapas do processo de investigação: formulação do problema, selecção dos documentos e dos informantes-chave, transcrições de entrevistas, decisões sobre procedimentos analíticos.

1.5. Os aspectos éticos

Os procedimentos conducentes à realização deste estudo desenvolveram-se dentro de preocupações éticas quanto à protecção dos direitos dos indivíduos e das instituições envolvidas.

Nos contactos com os entrevistados procurou-se garantir o respeito pelos três principais princípios éticos sugeridos por Polit e Hungler (1995) num processo de investigação, o princípio do respeito à dignidade humana que inclui a descrição e explicação de pormenores relacionados com o estudo, a livre voluntariedade da participação do entrevistado e o consentimento autorizado de natureza verbal.

Respeitou-se ainda o princípio da justiça, que contempla aspectos do direito a um tratamento justo, com garantias de anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

2 – ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO, NO ÂMBITO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

O perfil de competências profissionais do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, é construído e inspirado na abordagem de Le Boterf (1998), quando refere existir uma diferença entre o perfil de competências requerido e o perfil de competências real. O primeiro diz respeito ao conjunto de saberes que um sujeito ou categoria de profissionais deve teoricamente dominar para exercer uma profissão. Em contrapartida, o perfil real traduz o domínio real destes saberes pelo sujeito ou categoria de profissionais num determinado contexto de trabalho. Estas situações de trabalho, na profissão de Enfermeiro, inventam-se permanentemente na interacção com o outro.

A elaboração do perfil de competências decorre da caracterização das competências profissionais do enfermeiro de cuidados gerais. Estas competências são transversais a todos os enfermeiros, independentemente do âmbito e contexto de desempenho profissional. O perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, é um perfil específico, que contém competências gerais (transversais) e competências específicas.

Apresenta-se a seguir a síntese do percurso de investigação para a construção do perfil do Enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança (quadro 15).

Este percurso consta de cinco etapas inter-relacionadas. A primeira etapa corresponde à construção de um perfil geral (cuidados gerais) e de um perfil específico (contexto comunitários e desenvolvimento da criança), tendo como bases o normativo, os referenciais e as abordagens. Ambos os perfis têm subjacentes os dois paradigmas (salutogénico e patogénico) e organizam-se em quatro dimensões: (1) profissional, social e ética; (2) prestação e gestão de cuidados; (3) organizacional e comunitária; (4) desenvolvimento profissional ao longo da vida.

Cada uma destas dimensões contempla áreas de competência: (1) responsabilidade pessoal e social e responsabilidade ética e legal; (2) desenho integrado do processo de cuidados, organização de ambientes de cuidados de qualidade e abordagem integradora da pessoa-sujeito;

(3) organização e gestão de qualidade, cooperação e trabalho interdisciplinar, intervenção comunitária e acção intersectorial; (4) prática reflexiva, investigação e formação contínua.

As competências das dimensões profissional, social e ética e do desenvolvimento profissional ao longo da vida são transversais aos dois perfis. As competências das três áreas que fazem parte da dimensão da prestação e gestão de cuidados e da área de cooperação e trabalho interdisciplinar, da dimensão organizacional e comunitária, são específicas do perfil do enfermeiro comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

Na segunda etapa é construído um perfil específico, a partir das concepções dos informantes-chave “peritos”. Enquadram-se no paradigma salutogénico, nas duas referências utilizadas para a análise (sentido de coerência e processo de trabalho participativo), apresentando citações em todas as dimensões do perfil, mas dando prioridade ao desenho integrado do processo de cuidados e à abordagem integradora da pessoa-sujeito, na dimensão da prestação e gestão de cuidados, e à cooperação e trabalho interdisciplinar, na dimensão organizacional e comunitária. Propõem para a formação, conhecimentos declarativos, procedimentais e atitudinais.

Na terceira etapa procedemos à construção de um perfil específico, a partir das concepções dos informantes-chave “práticos”. Enquadram-se no paradigma patogénico (aos três níveis de prevenção). Para um dos enfermeiros entrevistados também se enquadram no paradigma salutogénico, em duas das componentes do sentido de coerência. Não apresentam citações na dimensão profissional, social e ética e dão prioridade à dimensão da prestação e gestão de cuidados, especificamente à área do desenho integrado do processo de cuidados. Propõem para a formação, conhecimentos declarativos, procedimentais e atitudinais.

A quarta etapa corresponde à análise e construção do perfil (geral) subjacente a três currículos de formação, dois de Portugal e um do Canadá. Dois dos currículos apresentam características salutogénicas e enquadram-se no modelo integrado, predominando o paradigma curricular construtivista e sócio-crítico. É priorizada a dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida e a organização de ambientes de cuidados de qualidade e à abordagem integradora do pessoa-sujeito, no âmbito da dimensão da prestação e gestão de cuidados e à responsabilidade ética e legal, no âmbito da dimensão profissional, social e ética.

A quinta etapa corresponde à construção do perfil integrado do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

CONSTRUÇÃO DO PERFIL DO ENFERMEIRO	ETAPAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PERFIL					INTEGRADO
	DEDUTIVO		INDUTIVO		CURRÍCULOS	
	GERAL Cuidados Gerais	ESPECÍFICO Contexto comunitário Desenvolvimento da criança	ESPECÍFICO Contexto comunitário Desenvolvimento da criança	ESPECÍFICO Contexto comunitário Desenvolvimento da criança	GERAL Cuidados Gerais	
FONTES	NORMATIVO / REFERENCIAIS / ABORDAGENS (1.ª Etapa)		INFORMANTES-CHAVE “PERITOS” (2.ª Etapa)	INFORMANTES-CHAVE “PRÁTICOS” (3.ª Etapa)	PORTUGAL (2) CANADÁ (1) (4.ª Etapa)	Contributo do investigador (5.ª Etapa)
PARADIGMA (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Salutogénico • Patogénico 	<ul style="list-style-type: none"> • Salutogénico • Patogénico 	<ul style="list-style-type: none"> • Salutogénico: Sentido de Coerência; Processo de trabalho participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Salutogénico: Sentido de Coerência (2 componente do SOC) • Patogénico: Prevenção primária, secundária e terciária 	<ul style="list-style-type: none"> • Salutogénico (integrado – construtivista, sociocrítico) Patogénico (academicista, tecnológico) 	Perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança
DIMENSÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Profissional, Social e ética • Prestação e gestão de cuidados • Organizacional e comunitária • Desenvolvimento profissional ao longo da vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação e gestão de cuidados • Organizacional e comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as dimensões. • <u>Prioridade a:</u> • Prestação e gestão de cuidados • Organizacional e comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação e gestão de cuidados • Organizacional e comunitária • Desenvolvimento profissional ao longo da vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as dimensões. • <u>Prioridade a:</u> • Desenvolvimento profissional ao longo da vida; Prestação e gestão de cuidados; Profissional, Social e ética 	
ÁREAS DE COMPETÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade pessoal e social • Responsabilidade ética e legal • Desenho integrado do processo de cuidados • Organização de ambientes de cuidados de qualidade • Abordagem integradora da pessoa-sujeito • Organização e gestão de qualidade • Cooperação e trabalho interdisciplinar • Intervenção comunitária e acção intersectorial • Prática reflexiva • Investigação • Formação contínua 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenho integrado do processo de cuidados • Organização de ambientes de cuidados de qualidade • Abordagem integradora da pessoa-sujeito • Cooperação e trabalho interdisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as áreas de competência. • <u>Prioridade a:</u> • Desenho integrado do processo de cuidados • Abordagem integradora da pessoa-sujeito • Cooperação e trabalho interdisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as áreas de competência das 3 dimensões referidas, excepto “Investigação”. • <u>Prioridade a:</u> • Desenho integrado do processo de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas as áreas de competência. • <u>Prioridade a:</u> • Prática reflexiva • Investigação • Formação contínua • Organização de ambientes de cuidados de qualidade • Abordagem integradora da pessoa-sujeito • Responsabilidade ética e legal 	
CONHECIMENTOS			<ul style="list-style-type: none"> • Declarativos • Procedimentais • Atitudinais 	<ul style="list-style-type: none"> • Declarativos • Procedimentais • Atitudinais 		

Quadro 15. Síntese do percurso de investigação para a construção do perfil do Enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

2.1. Construção do perfil dedutivo

A construção do perfil dedutivo, primeira etapa do percurso de investigação, tem como fontes os documentos normativos, referenciais e abordagens.

2.1.1. Bases para a construção do perfil

O perfil do enfermeiro de cuidados gerais organiza-se em quatro dimensões, em permanente inter-relação e inter-dependência: profissional, social e ética; prestação e gestão dos cuidados; organizacional e comunitária; desenvolvimento profissional ao longo da vida. Cada uma destas dimensões integra áreas de competência, como se pode observar no quadro 16.

Quadro 16. Organização do perfil do Enfermeiro.

DIMENSÕES	ÁREAS DE COMPETÊNCIA
Profissional, Social e Ética	<ul style="list-style-type: none">• Responsabilidade pessoal e social• Responsabilidade ética e legal
Prestação e Gestão de Cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Desenho integrado do processo de cuidados• Organização de ambientes de cuidados de qualidade• Abordagem integradora da pessoa-sujeito
Organizacional e Comunitária	<ul style="list-style-type: none">• Organização e gestão de qualidade• Cooperação e trabalho interdisciplinar• Intervenção comunitária e acção intersectorial
Desenvolvimento Profissional ao Longo da Vida	<ul style="list-style-type: none">• Prática reflexiva• Investigação• Formação contínua

As dimensões que se apresentam estão de acordo com o papel, as funções e as responsabilidades da profissão definidas pelo Conselho da Europa¹⁹ e que constam de vários documentos da OMS e da União Europeia.

Na perspectiva deste órgão europeu, o enfermeiro tem como papel na sociedade contribuir para que os indivíduos, as famílias e os grupos alcancem o seu potencial de

¹⁹ Council of Europe (1995). Report on the role and education of nurses. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

saúde, independentemente do contexto onde vivem, trabalham e têm actividades de lazer, desempenhando quatro funções principais: prestar e gerir cuidados de enfermagem aos indivíduos, família, grupos e comunidade, tanto ao nível da promoção da saúde, como aos três níveis de prevenção da doença; actuar como membro eficaz da equipa de saúde e da sociedade; formar/educar o pessoal de saúde, os doentes/clientes e suas famílias; desenvolver a prática de enfermagem através da reflexão crítica e da investigação.

As funções mantêm-se inalteráveis, qualquer que seja o local onde os cuidados são prestados (domicílio, local de trabalho, centro de saúde, hospital, escola,...), o momento em que os cuidados são prestados, o estado de saúde do indivíduo / grupo, ou dos recursos disponíveis. Os enfermeiros assumem a responsabilidade da planificação, gestão, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem, sendo autónomos nos cuidados que prestam, na sua área de competência (Council of Europe, 1995).

A *dimensão profissional, social e ética* destaca a responsabilidade cívica, e deontológica, enquanto profissional com um saber específico que responde, enquanto membro de uma profissão e da sociedade, às necessidades da população. Corresponde à dimensão do profissionalismo. Assim, integra como áreas de competência a responsabilidade pessoal e social e a responsabilidade ética e legal.

A *dimensão da prestação e gestão de cuidados* é central no perfil do Enfermeiro, envolvendo o conhecimento científico, técnico e relacional necessário a um exercício profissional centrado na relação interpessoal, tendente a cuidados de qualidade para a pessoa, grupo, família ou comunidade. Organiza-se em três áreas de competência: desenho integrado do processo de cuidados, organização de ambientes de cuidados de qualidade e abordagem integradora da pessoa-sujeito.

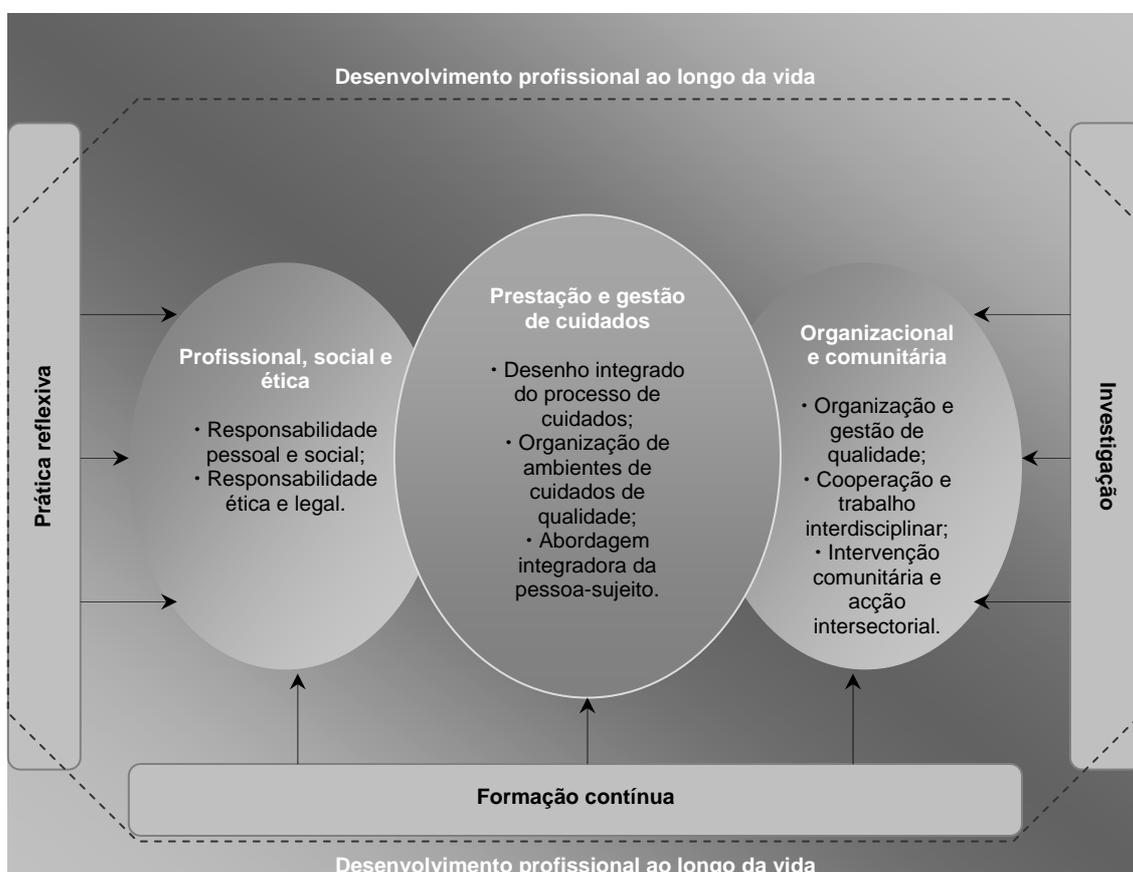
A *dimensão organizacional e comunitária* traduz a vertente de colaboração, cooperação e participação, enquanto membro de uma organização, de uma equipa e de uma comunidade, na procura de respostas de qualidade às necessidades da população. Contempla, como áreas de competência, a organização e gestão de qualidade, a cooperação e trabalho interdisciplinar e a intervenção comunitária e acção intersectorial.

A *dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida* envolve processos de reflexão crítica, de investigação e de formação, tendo em vista o seu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. Integra três áreas de competência: prática reflexiva, investigação e formação contínua.

2.1.2. Perfil do Enfermeiro de cuidados gerais

De acordo com os documentos anteriormente referidos, apresenta-se a síntese do perfil do Enfermeiro de cuidados gerais, que funciona como referencial para o perfil que se pretende elaborar com o presente estudo.

Figura 4. Síntese do perfil do enfermeiro de cuidados gerais.



O Enfermeiro de cuidados gerais desenvolve a sua actividade profissional em meio hospitalar ou comunitário, junto de crianças, adolescentes, adultos e idosos, tendo em consideração as suas características psicológicas, sociais, económicas e culturais. Sendo um profissional da saúde, tem como principal missão contribuir para o desenvolvimento das pessoas e comunidades, como sujeitos intervenientes e cooperantes no que respeita à elevação do nível de bem-estar.

Dimensão profissional, social e ética

O Enfermeiro assume *responsabilidade pessoal e social*, exercendo a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar e as convicções dos utentes, reconhecendo a especificidade das outras profissões de saúde, mantendo a capacidade relacional e de comunicação, o equilíbrio emocional, uma conduta pessoal que dignifique a profissão, numa preocupação permanente com a qualidade dos cuidados e dos Serviços.

Quadro 17. Competências da área de responsabilidade pessoal e social.

Responsabilidade Pessoal e Social
<ul style="list-style-type: none">- Actua com adequados conhecimentos científicos e técnicos, no respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar e pelas convicções dos utentes;- Reconhece a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;- Preocupa-se com o exercício permanente da sua capacidade relacional e de comunicação, mantendo o equilíbrio emocional nas várias situações profissionais;- Desempenha as suas funções, em todas as circunstâncias, segundo conduta pessoal que dignifique a profissão;- Preocupa-se de forma permanente com a qualidade dos cuidados e Serviços de Enfermagem/Saúde.

O Enfermeiro é um profissional com um saber próprio, numa equipa multidisciplinar e na sociedade, participando no processo de decisão relativo ao quadro jurídico e político da sua profissão.

Assim, assume a responsabilidade pelo seu próprio desempenho no exercício da profissão, em conformidade com a evolução científica e a experiência adquirida, é autónomo na sua área de competência, reconhecendo os limites das suas funções e competências e, caso seja necessário, encaminha para o profissional que possui as competências adequadas para o caso em questão.

O Enfermeiro tem também *responsabilidade ética e legal*, exercendo a sua profissão de acordo com o código deontológico e com a legislação em vigor, observando e respeitando os valores humanos e os direitos dos utentes, garantindo a confidencialidade e a segurança da informação escrita ou oral e salvaguardando os direitos da pessoa humana, evitando qualquer forma de abuso.

Quadro 18. Competências da área de responsabilidade ética e legal.

Responsabilidade Ética e Legal
<ul style="list-style-type: none">- Exerce de acordo com o código deontológico e com a legislação em vigor;- Observa e respeita os valores humanos dos indivíduos e dos grupos com quem trabalha;- Respeita os direitos dos utentes, garantindo a confidencialidade e a segurança da informação escrita ou oral, adquirida no exercício profissional;- Salvaguarda os direitos da pessoa humana, evitando qualquer forma de abuso.

Portanto, tem em conta a personalidade do indivíduo e as suas características psicológicas, sociais, económicas e culturais.

Salvaguarda os direitos das crianças (evitando qualquer forma de abuso), os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto-cuidado com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida, bem como, os direitos da pessoa com deficiência (colaborando na sua reinserção social).

Dimensão da prestação e gestão de cuidados

Neste âmbito, o enfermeiro identifica e avalia as necessidades do indivíduo, família, grupo ou comunidade, perspectivando a pessoa na sua globalidade, identifica os recursos (humanos e outros) necessários e disponíveis para satisfazer essas necessidades, estabelece prioridades e formula o plano de cuidados, com a colaboração do utente, produzindo um *desenho integrado do processo de cuidados*.

Quadro 19. Competências da área de desenho integrado do processo de cuidados.

Desenho integrado do processo de cuidados
<ul style="list-style-type: none">- Identifica e avalia as necessidades do indivíduo, família, grupo ou comunidade, perspectivando a pessoa na sua globalidade;- Identifica os recursos (humanos e outros) necessários e disponíveis para satisfazer essas necessidades;- Estabelece prioridades e formula o plano de cuidados, com a colaboração do utente.

Na identificação e avaliação de necessidades, o enfermeiro observa a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e tem em conta o ambiente e modo de vida.

O enfermeiro *organiza ambientes de cuidados de qualidade*, implementando os cuidados de enfermagem requeridos, envolvendo os indivíduos (sãos ou doentes) e, quando apropriado, a família e outras pessoas significativas em todos os aspectos dos cuidados e avaliando os resultados dos cuidados prestados, tendo por base a observação, os registos de cada etapa do processo de trabalho, a resposta do utente, familiares ou outros.

Quadro 20. Competências da área de organização de ambientes de cuidados de qualidade.

Organização de ambientes de cuidados de qualidade
<ul style="list-style-type: none">- Implementa os cuidados de enfermagem requeridos, envolvendo os indivíduos e, quando apropriado, a família e outras pessoas significativas em todos os aspectos dos cuidados;- Avalia os resultados dos cuidados prestados, tendo por base a observação, os registos de cada etapa do processo de trabalho, a resposta do utente, familiares ou outros.

O Enfermeiro, partilha o poder de tomar decisões durante as suas actividades, ou seja, aceita propostas diferentes da sua e negocia-as, contribuindo assim para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

É fundamental estabelecer com o indivíduo uma relação de confiança, na perspectiva do seu envolvimento nos cuidados que lhe vão ser prestados. O enfermeiro delega aspectos dos cuidados em outro, quando apropriado, dando-lhe o apoio necessário, assegurando a continuidade e garantindo a qualidade dos cuidados, a partir da identificação das necessidades de informação do indivíduo, família, grupos e/ou comunidade, relacionadas com a manutenção, a restauração da saúde e as intervenções de enfermagem, estimula o interesse dos indivíduos e dos grupos pela informação que necessitam, fornecendo-a, de modo adequado, a partir daquela que eles já possuem e estimula o auto-cuidado, auto-responsabilização e auto-determinação em todos os assuntos relacionados com a saúde, numa *abordagem integradora da pessoa-sujeito*.

Quadro 21. Competências da área de abordagem integradora da pessoa-sujeito.

Abordagem integradora da pessoa-sujeito
<ul style="list-style-type: none">- Delega aspectos dos cuidados em outro, quando apropriado, dando-lhe o apoio necessário, assegurando a continuidade e garantindo a qualidade dos cuidados;- Estimula o interesse dos indivíduos e dos grupos pela informação que necessitam, a partir da identificação das necessidades de informação do indivíduo, família, grupos e/ou comunidade, relacionadas com a manutenção, a restauração da saúde e as intervenções de enfermagem, fornecendo-a, de modo adequado, a partir daquela que eles já possuem;- Estimula o auto-cuidado, auto-responsabilização e auto-determinação em todos os assuntos relacionados com a saúde.

Os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro, as quais têm por base uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade.

Ao proporcionar informação aos utentes, o Enfermeiro acredita que todas as pessoas sabem alguma coisa de útil sobre o assunto e é a partir do que sabem que pode alargar os seus conhecimentos.

Ao estimular o auto-cuidado, auto-responsabilização e auto-determinação, o Enfermeiro é apoiante e dinamizador, ou seja, estimula as pessoas a manifestarem os seus pontos de vista e nunca os condena. Para a auto-determinação, o enfermeiro informa sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

Dimensão organizacional e comunitária

No âmbito da organização e gestão de qualidade, o Enfermeiro colabora no planeamento, execução, coordenação e avaliação dos Serviços de Enfermagem e dos Serviços de Saúde, tendo em conta a relação "custo/eficácia" no exercício das suas funções e actuando como agente de mudança a todos os níveis da organização,.

Quadro 22. Competências da área de organização e gestão de qualidade.

Organização e gestão de qualidade
<ul style="list-style-type: none">- Colabora no planeamento, execução, coordenação e avaliação dos Serviços de Enfermagem e dos Serviços de Saúde, actuando como agente de mudança a todos os níveis da organização.

Desta forma, participa de forma contínua e sistemática em programas que visem a garantia da qualidade. Exercendo a sua profissão em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde, integra a equipa de saúde, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a recuperação, promovendo a qualidade dos serviços. Esforça-se pela manutenção de um bom ambiente relacional, favorável ao trabalho de equipa, baseado na cooperação, confiança mútua e entre-ajuda, desenvolvendo capacidades de assertividade e de comunicação fundamentais para a *cooperação e trabalho interdisciplinar*.

Quadro 23. Competências da área de cooperação e trabalho interdisciplinar.

Cooperação e trabalho interdisciplinar
- Esforça-se pela manutenção de um ambiente favorável ao trabalho de equipa.

Nesta perspectiva, trabalha em grupo e em equipa, colabora com outros profissionais de saúde e adquire no seu domínio profissional uma abordagem interdisciplinar e interprofissional relativamente às necessidades da população.

O Enfermeiro conhece as necessidades da população e da comunidade em que está inserido, orientando-a na busca de soluções para os problemas de saúde detectados e participa em programas de promoção da saúde e de prevenção da doença, que respondam às necessidades da comunidade, e avaliação dos resultados, no âmbito da *intervenção comunitária e acção intersectorial*.

Quadro 24. Competências da área de intervenção comunitária e acção intersectorial.

Intervenção comunitária e acção intersectorial
- Conhece as necessidades da população e da comunidade em que está inserido, orientando-a na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;
- Participa em programas de promoção da saúde e de prevenção da doença, que respondam às necessidades da comunidade, e avaliação dos resultados.

Dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida

O Enfermeiro desenvolve uma prática reflexiva, analisando de forma crítica a sua prática quotidiana, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados que presta.

Quadro 25. Competências da área de prática reflexiva.

Prática Reflexiva
- Analisa de forma crítica a sua prática quotidiana, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados que presta.

Identifica áreas de investigação, desenvolvendo-as para aumentar os seus conhecimentos e participa em trabalhos de investigação, visando a qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular, e da saúde, em geral.

Quadro 26. Competências da área de investigação.

Investigação
- Identifica áreas de investigação, desenvolvendo-as para aumentar os seus conhecimentos;
- Participa em trabalhos de investigação, visando a qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular, e da saúde, em geral.

Neste sentido, mantém-se informado sobre os trabalhos de investigação, participa, utiliza os resultados e garante a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O Enfermeiro mantém a actualização contínua dos seus conhecimentos, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional, através da formação contínua (autónoma e formal) e contribui para a formação de enfermeiros e de outro pessoal de saúde. Incluem-se aqui as actividades de formação, de supervisão e avaliação dos alunos e pessoal sob a sua responsabilidade.

Procurando a excelência do exercício, o enfermeiro analisa regularmente o trabalho efectuado, mantém a actualização contínua de conhecimentos e utiliza de forma adequada as tecnologias.

Quadro 27. Competências da área de formação contínua.

Formação Contínua
<ul style="list-style-type: none">- Mantém a actualização contínua dos conhecimentos;- Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional, através da formação contínua;- Contribui para a formação de enfermeiros e de outro pessoal de saúde.

O perfil do enfermeiro de cuidados gerais integra os vários aspectos da intervenção do Enfermeiro, transversais a todo o do ciclo de vida da pessoa, desde o nascimento até à morte, junto da criança, do adulto e do idoso. Ao presente estudo interessa a perspectiva do desenvolvimento da criança em contexto comunitário.

Neste sentido, o perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, decorre essencialmente do perfil do enfermeiro de cuidados gerais.

2.1.3. Perfil do Enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança

No quadro das alterações sociais e económicas, tendentes à diminuição do tempo de internamento hospitalar e a conseqüente necessidade de cuidados domiciliários, os Cuidados de Saúde Primários tornam-se cada vez mais uma prioridade nas políticas de saúde.

Já em 1988, na Conferência de Viena, se assumiu a enfermagem como a profissão de primeira linha nos sistemas de saúde, trabalhando numa comunidade e sendo responsável por um determinado número de famílias, trabalhando de forma multidisciplinar e interprofissional e estando apto a lidar com o imprevisto e a canalizar as situações que ultrapassem a sua área de competência para outros profissionais, possuir conhecimentos necessários à tomada de decisão clínica (CE, 1997).

Também o comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem (1992:2) considera que:

“o papel do enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários tem como objectivo a satisfação das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos de todos os níveis etários, que vivem em condições diferentes e com necessidades combinadas de cariz social e de saúde muito diversas”.

Ainda de acordo com o mesmo comité, em Cuidados de Saúde Primários, os enfermeiros são na sua grande maioria de cuidados gerais, tendo como função a promoção e manutenção da saúde, a prevenção primária da doença, a actuação em estados agudos ou crónicos e a reabilitação. Os cuidados são prestados no domicílio, escolas, locais de trabalho, centros de saúde, clínicas e outras instituições de saúde.

Neste sentido, o enfermeiro integra uma equipa de saúde multidisciplinar, estabelece uma rede de colaboradores, com outros profissionais de saúde e outros sectores da comunidade, colabora na formação, apoia e supervisiona pessoal auxiliar, avalia, planifica e presta cuidados de enfermagem em diversas situações, com a participação de indivíduos e da comunidade e colabora na gestão e na investigação.

Na perspectiva da Direcção Geral da Saúde²⁰ as necessidades para o desenvolvimento da criança envolvem, entre outras, a alimentação e nutrição, a actividade física, desporto, vida ao ar livre e em ambientes despoluídos, a gestão do stress, a imunização, a higiene oral, os hábitos de sono, a convivência com outras crianças, as regras de comportamento social, a sexualidade, o diálogo, a amizade e a solidariedade.

Neste âmbito, o profissional de enfermagem tem a responsabilidade de responder às necessidades específicas da criança. Esta resposta envolve uma parceria com os pais, com a família e com a própria criança, favorecendo a sua auto-estima, capacitando-a para alcançar o seu potencial máximo e favorecendo a autonomia no cuidar e na tomada de decisão (QAAHE, 2001).

Ainda na perspectiva do sector da saúde, são imprescindíveis para o desenvolvimento da criança a avaliação do crescimento e do desenvolvimento físico (peso, estatura, perímetro cefálico), psicomotor e psicossocial (postura e motricidade, visão e movimentos finos, audição e linguagem, adaptação social), a prevenção de acidentes, a prevenção de consumos nocivos, a prevenção de riscos da exposição solar, a prevenção de perturbações da esfera psicoafectiva.

A criança pode apresentar problemas de complexidade e gravidade diversa, alguns dos quais podem limitar ou até ameaçar a sua vida na infância e persistir na vida adulta. Entre estes encontram-se acidentes, doenças crónicas/deficiências (síndrome de Down, espinha bífida, paralisia cerebral, cardiopatias congénitas, asma, diabetes, SIDA, etc.), doenças comuns nas várias idades, alterações neurológicas, de comportamento e do foro psicoafectivo (alterações alimentares, problemas da atenção, do sono, etc.),

²⁰ Programa tipo de saúde infantil e juvenil da Direcção Geral da Saúde.

perturbações de visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estaturponderal e psicomotor, violência ou negligência, comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas ilícitas) e comportamentos de risco (doenças sexualmente transmissíveis).

Estes problemas têm impacto no desenvolvimento da criança, nas suas escolhas e na vida familiar, requerendo do enfermeiro que cuida de crianças no centro de saúde, domicílio, hospital, escola e instituições de solidariedade social, entre outras, cooperação com outros profissionais das áreas da saúde, educação, segurança social (QAAHE, 2001).

Neste sentido, esta crescente complexidade dos problemas e dos contextos dos cuidados requer que os enfermeiros que cuidam de crianças demonstrem confiança e competência neste âmbito, o que envolve a coordenação dos cuidados e a utilização de competências interpessoais e de comunicação, apoiados nos conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança. Devem conhecer as políticas de saúde e sociais, bem como a legislação em vigor e o código deontológico, para que possam defender os direitos das crianças, quer como grupo, quer como pessoa que recebe cuidados. (QAAHE, 2001)

O perfil específico do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, decorre essencialmente do perfil do enfermeiro de cuidados gerais.

Tendo a sua acção como objectivo fundamental a elevação do nível de saúde das crianças, os novos componentes deste perfil passam essencialmente por considerar a criança como uma pessoa em diversas fases de desenvolvimento bio-psico-social, que determinam necessidades específicas.

Sendo pessoa, tem de ser considerada como sujeito capaz de partilhar poder de decisão e intervenção e apta a desenvolver o seu sentido de coerência. Um outro aspecto relevante consiste no trabalho em parceria com outros profissionais que se ocupam e/ou são responsáveis por crianças.

As competências das dimensões profissional, social e ética e do desenvolvimento profissional ao longo da vida mantêm-se inalteráveis relativamente ao perfil do enfermeiro de cuidados gerais. Para o perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, introduzem-se algumas alterações e novas competências na dimensão da prestação e gestão de

cuidados e na dimensão organizacional e comunitária, como se pode observar nos quadros seguintes (itálico).

Dimensão da prestação e gestão de cuidados

No âmbito do *desenho integrado do processo de cuidados*, o enfermeiro identifica e avalia as necessidades da criança, família, grupo e comunidade, numa perspectiva holística, compreendendo a criança em cada uma das faixas etárias, estabelece prioridades e formula o plano de cuidados, com a colaboração da criança/família, envolvendo-os assim como sujeitos da acção. Esta avaliação incide no crescimento, desenvolvimento, necessidades e riscos para a saúde.

Quadro 28. Competências da área de desenho integrado do processo de cuidados.

Desenho integrado do processo de cuidados
<ul style="list-style-type: none">- Identifica e avalia as necessidades <i>da criança</i>, família, grupo e comunidade, <i>numa perspectiva holística, compreendendo a criança em cada uma das faixas etárias</i>;- Estabelece prioridades e formula o plano de cuidados, com a colaboração <i>da criança / família, envolvendo-os assim como sujeitos da acção</i>.

Na *organização de ambientes de cuidados de qualidade*, o enfermeiro fornece apoio continuado às crianças com doença crónica / deficiência, vítimas de negligência ou violência, e às suas famílias, favorecendo a articulação com os diversos intervenientes nos cuidados a estas criança, implementa os cuidados de enfermagem requeridos, em parceria com a criança (saudável ou doente), família e outras pessoas significativas, em todos os aspectos dos cuidados, dando-lhes o apoio necessário e avaliando com eles os resultados, criando assim um ambiente favorável ao desenvolvimento das suas potencialidades, avalia os resultados dos cuidados prestados, tendo por base a observação, os registos de cada etapa do processo de trabalho, a resposta da criança, familiares ou outros.

Quadro 29. Competências da área de organização de ambientes de cuidados de qualidade.

Organização de ambientes de cuidados de qualidade
<ul style="list-style-type: none">- <i>Fornece apoio continuado às crianças com doença crónica / deficiência, vítimas de negligência ou violência, e às suas famílias, favorecendo a articulação com os diversos intervenientes nos cuidados a estas crianças, nomeadamente com as escolas;</i>- <i>Implementa os cuidados de enfermagem requeridos, em parceria com a criança, família e outras pessoas significativas, em todos os aspectos dos cuidados, dando-lhes o apoio necessário e avaliando com eles os resultados, criando assim um ambiente favorável ao desenvolvimento das suas potencialidades;</i>- <i>Avalia os resultados dos cuidados prestados, tendo por base a observação, os registos de cada etapa do processo de trabalho, a resposta da criança, familiares ou outros.</i>

O Enfermeiro reforça o papel dos pais capacitando-os para a resolução de muitos dos problemas e alertando-os quanto ao recurso aos diversos serviços de saúde, estimula o auto-cuidado, auto-responsabilização e auto-determinação em todos os assuntos relacionados com a saúde da criança, numa *abordagem integradora da pessoa-sujeito*.

Quadro 30. Competências da área de abordagem integradora da pessoa-sujeito.

Abordagem integradora da pessoa-sujeito
<ul style="list-style-type: none">- <i>Reforça o papel dos pais em relação a sinais e sintomas de doenças comuns nas várias idades, capacitando-os para a resolução de muitos desses problemas e alertando-os quanto ao recurso aos diversos serviços de saúde;</i>- <i>Estimula o auto-cuidado, auto-responsabilização e auto-determinação em todos os assuntos relacionados com a saúde da criança.</i>

Dimensão organizacional e comunitária

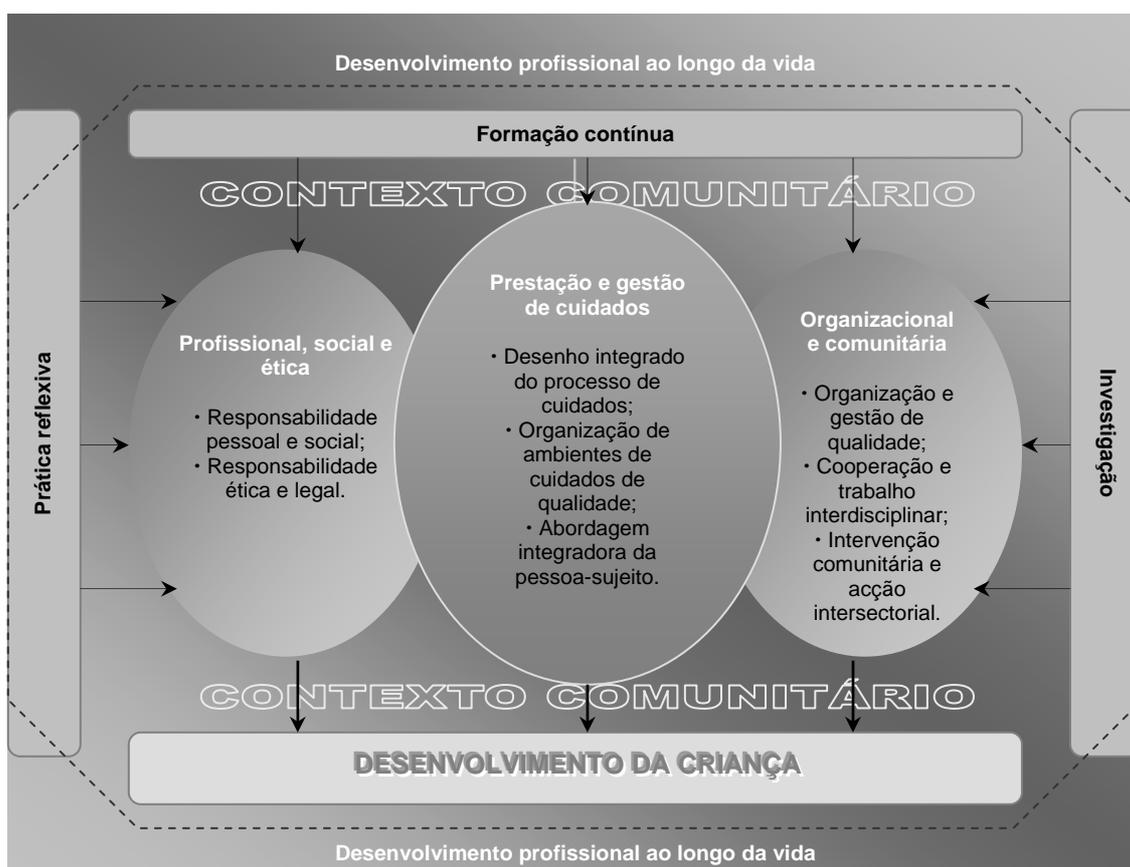
No âmbito da *cooperação e trabalho interdisciplinar*, o enfermeiro inclui na equipa de trabalho as estruturas que dão apoio à criança.

Quadro 31. Competências da área de cooperação e trabalho interdisciplinar.

Cooperação e trabalho interdisciplinar
<ul style="list-style-type: none">- <i>Inclui na equipa de trabalho as estruturas que dão apoio à criança.</i>

Estas estruturas incluem creches, jardim-de-infância, escola, ATL, colectividades desportivas ou recreativas, serviços de segurança social, autarquias, etc.

Figura 5. Síntese do perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.



O perfil específico do enfermeiro de cuidados gerais, no âmbito do desenvolvimento da criança em contexto comunitário, decorre da integração de competências específicas no perfil (geral) do enfermeiro de cuidados gerais, fundamentalmente na dimensão da prestação e gestão de cuidados. Tratando-se de um perfil específico do contexto comunitário introduziu-se na cooperação e trabalho interdisciplinar as estruturas específicas de apoio à criança.

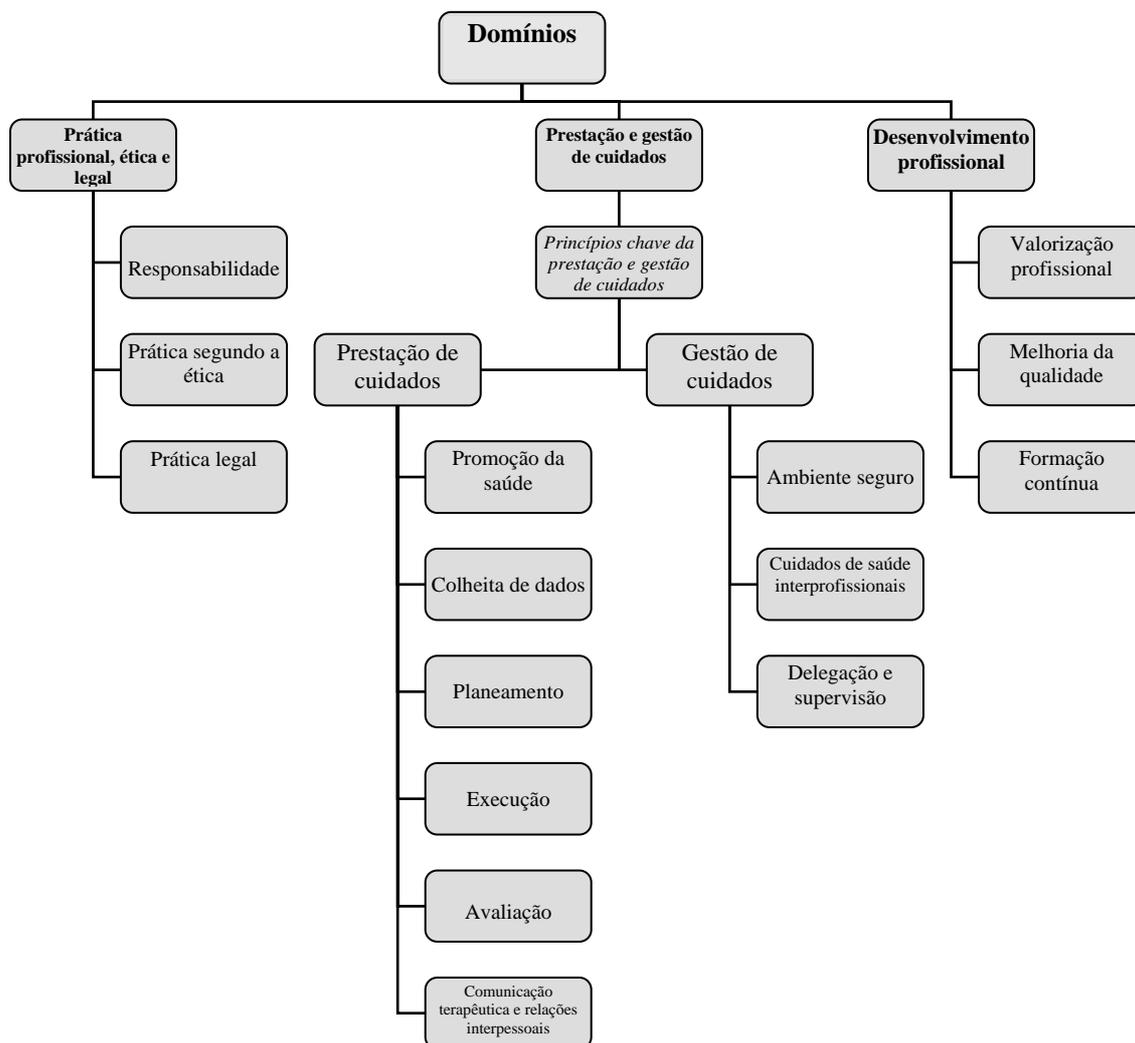
Em síntese, pode observar-se na figura 5, o perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

A prática reflexiva, a investigação e a formação contínua contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional, com efeito na prestação e gestão de cuidados, mas também ao nível profissional, social, ético, organizacional e comunitário.

2.2. Contrastação com o perfil da Ordem dos Enfermeiros

As competências do enfermeiro de cuidados gerais estão definidas pela Ordem dos Enfermeiros desde Outubro de 2003, de acordo com as competências que integram o *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, do Conselho Internacional de Enfermeiros.

Figura 6. Perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003).



De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), o exercício da profissão de enfermagem centra-se na *relação interpessoal* com uma pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidades), num contexto de actuação multiprofissional, tendo como foco dos cuidados de enfermagem o projecto de saúde de cada pessoa. O exercício autónomo, decorrente da tomada de decisão do enfermeiro, implica uma abordagem

sistémica e sistemática. O enfermeiro incorpora os resultados da investigação no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções. No seu exercício profissional, na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, os enfermeiros contribuem para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem.

Embora as nomenclaturas utilizadas nos perfis sejam diferentes, correspondem à mesma forma organizativa. Assim, dimensões equivalem a domínios e áreas de competência equivalem a sub-domínios, como pode observar-se no quadro seguinte.

Quadro 32. Comparação da organização dos perfis de competências.

PERFIL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS		PERFIL DEDUTIVO	
DOMÍNIO	SUB-DOMÍNIO	DIMENSÃO	ÁREA DE COMPETÊNCIA
Prática profissional, ética e legal	Responsabilidade	Profissional, social e ética	Responsabilidade pessoal e social
	Prática segundo a ética		Responsabilidade ética e legal
	Prática legal		
Prestação e gestão de cuidados	Promoção da Saúde	Prestação e gestão de cuidados	Desenho integrado do processo de cuidados
	Colheita de dados		Organização de ambientes de cuidados de qualidade
	Planeamento		Abordagem integradora da pessoa-sujeito
	Execução		
	Avaliação		
	Comunicação terapêutica e relações interpessoais	Organizacional e comunitária	Organização e gestão de qualidade
	Ambiente seguro		Cooperação e trabalho interdisciplinar
	Cuidados de saúde interprofissionais		Intervenção comunitária e acção intersectorial
	Delegação e supervisão		
Desenvolvimento profissional	Valorização profissional	Desenvolvimento profissional ao longo da vida	Prática reflexiva
	Melhoria da qualidade		Investigação
	Formação contínua		Formação contínua

Embora estas referências suportem o perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais, as designações dos sub-domínios e a respectiva formulação fornecem uma perspectiva de natureza tecnicista.

Também a designação de uma área de competência ou sub-domínio como promoção da saúde, não se enquadra no conceito decorrente da conferência de Ottawa (1986), que nos diz que a promoção da saúde é um processo de capacitação das pessoas, grupos e comunidades, pelo que deve ser transversal a todos os domínios e sub-domínios do perfil de competências do Enfermeiro.

2.3. Construção do perfil indutivo

A construção do perfil indutivo, corresponde à segunda e terceira etapas do percurso de investigação e tem como fontes de informação informantes-chave “peritos” e “práticos”.

2.3.1. Bases para a construção do perfil

As bases para a construção do perfil indutivo do enfermeiro de cuidados gerais, no âmbito da saúde da criança, em contexto comunitário correspondem às concepções dos informantes-chave “peritos” e “práticos”.

2.3.2. As concepções dos informantes-chave “peritos”

A função social da profissão de enfermagem consiste, na opinião dos peritos, em contribuir para o desenvolvimento das pessoas e comunidades. Esta função enquadra-se no conceito de promoção da saúde decorrente da conferência de Ottawa (1986).

Na sua opinião, o Enfermeiro desempenha os papéis de educador, prestador de cuidados, supervisor, advogado e líder e é reconhecido e aceite como elemento fundamental no processo de desenvolvimento da criança, enquanto profissional interventivo e motivado.

O perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, será apresentado no presente estudo em três vertentes: paradigmas, competências e conhecimentos.

O(s) paradigma(s)

Para identificar o (s) paradigma (s) subjacente(s) às concepções de informantes-chave “peritos”, procurou-se identificar qual dos paradigmas, salutogénico ou patogénico, sobressai nas respostas:

a) Paradigma salutogénico

Como referência utiliza-se o sentido de coerência, descrito nas suas três componentes, e o processo de trabalho que conduz ao desenvolvimento do sentido de coerência, que é participativo.

Quadro 33. Opinião dos “peritos” sobre o perfil - sentido de coerência²¹.

SENTIDO DE COERÊNCIA (COMPONENTES)	CARACTERÍSTICAS
Ser capaz de ler e interpretar a realidade	. Observação e interpretação da realidade da criança, em si mesma e enquadrado no (s) ambiente (s) em que vive. (8) . Análise crítica e reflexão sobre a realidade da criança e da família. (4)
Acreditar que essa mesma realidade pode ser melhorada e que, para tal, há recursos	. Acreditar que a realidade pode ser melhorada e que é necessário estudar como fazê-lo. (1) . Procurar recursos para melhorar a saúde das crianças. (2)
Desejar envolver-se na modificação da realidade	. Desejar envolver-se na resolução dos problemas identificados e/ou na melhoria da situação. (1) . Envolvimento e mobilização da família e dos parceiros sociais para a resolução dos problemas das crianças. (5)

A observação e interpretação da realidade da criança, em si mesma e enquadrado no(s) ambiente (s) em que vive é a característica prioritária, ou seja, a referida por maior número de peritos. Uma outra característica diz respeito à análise crítica e reflexiva sobre a realidade da criança e da família, fundamental para a compreensão do meio interno e externo, para a identificação e valorização dos factores positivos (salutogénicos) e para o reconhecimento de que existem pontos de partida úteis para a acção.

Para a acção sobre a realidade identificada é necessário acreditar que a realidade pode ser melhorada e que é necessário estudar como fazê-lo, procurar e mobilizar recursos, para a elevação do nível de saúde das crianças.

Desejar envolver-se na resolução dos problemas identificados e/ou na melhoria da situação (investimento e empenho), envolvendo e mobilizando a família e os parceiros sociais, é fundamental para a resolução dos problemas das crianças.

²¹ Os números entre parênteses correspondem ao número de profissionais que cumpriu os critérios de inclusão.

Quadro 34. Opinião dos “peritos” sobre o perfil - processo participativo.

	CARACTERÍSTICAS
Processo participativo	<ul style="list-style-type: none">. O enfermeiro deve ser animador para a conscientização²². (1). Deve saber relacionar-se positivamente com a criança e com a família. (9). Deve partilhar o poder com a família e com os outros parceiros. (1). Deve saber escutar os anseios e as expectativas das famílias. (4)

Os processos de trabalho participativos conduzem ao desenvolvimento do sentido de coerência, traduzindo-se numa intervenção em que sejam constantes: a partilha do poder, o esbatimento de hierarquias na relação profissional, a valorização dos saberes e opiniões dos outros, o trabalho em equipa e intersectorial, uma relação horizontal onde todos se assumam como “sujeitos”, para além da competência científica e técnica relativa às áreas de conhecimento que concorrem para a acção.

Os “peritos” dão prioridade ao relacionamento positivo com a criança e com a família, numa perspectiva de relação horizontal, e ainda ao saber escutar os anseios e expectativas das famílias, valorizando assim os seus saberes e opiniões. O Enfermeiro contribui assim para o desenvolvimento do sentido de coerência nas crianças.

b) Paradigma patogénico

Corresponde à prevenção (primária, secundária e terciária), caracterizando-se essencialmente por ter como principal preocupação a doença e os factores de risco da doença, por desenvolver actividades de acordo com essa preocupação (consultas, vacinações, diagnóstico precoce, recuperação funcional, etc.) e por o trabalho se dirigir aos doentes ou a grupos específicos, de risco.

Em nenhuma das respostas predomina o paradigma patogénico.

As competências

Os peritos dão prioridade à dimensão da prestação e gestão de cuidados, o que vem confirmar que esta é a dimensão central da profissão de enfermeiro. A dimensão

²² Processo pedagógico que busca dar ao ser humano uma oportunidade de descobrir-se através da reflexão sobre a sua existência. In GADOTTI, Moacir [Org] (1997). *Paulo Freire: uma biografia*. São Paulo: Cortez Editora e Instituto Paulo Freire, p. 717.

organizacional e comunitária é também muito referenciada, o que reflecte o perfil específico de desempenho do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário.

Embora com muito menos citações, os “peritos” também se referem às restantes dimensões, com citações enquadráveis em todas as áreas de competência.

Dimensão profissional social e ética

O Enfermeiro procura, no exercício profissional, o equilíbrio entre as vertentes pessoa, profissional e cidadão. Reconhece os valores, conceitos e saberes que utiliza e respeita as crenças, atitudes e comportamentos diferentes dos seus.

Dimensão da prestação e gestão de cuidados

Nesta dimensão, os peritos dão prioridade à competência: interpreta o contexto real, nomeadamente social e económico das crianças e suas famílias, caracterizando e avaliando a situação/desenvolvimento das crianças e formula estratégias para intervir na realidade interpretada.

O Enfermeiro partilha o poder com outros intervenientes (criança, família, professores, educadores e outros profissionais) envolvendo-os desde o planeamento à avaliação das intervenções, interpreta o contexto real, nomeadamente social e económico das crianças e suas famílias, caracterizando e avaliando a situação/desenvolvimento das crianças e formula estratégias para intervir na realidade interpretada, mobiliza recursos para fazer face às necessidades/problemas das crianças e famílias / cuidador”, num *desenho integrado do processo de cuidados*.

Na *organização de ambientes de cuidados de qualidade*, o Enfermeiro envolve a criança e a família / cuidador na organização de ambientes que favoreçam o desenvolvimento.

Numa abordagem integradora da pessoa-sujeito, o Enfermeiro interpreta e aceita as preocupações dos pais, conferindo-lhes confiança. Está atento às expectativas que os utilizadores têm sobre si mesmos, estimulando a auto-confiança, o auto-cuidado e o sentido de responsabilidade por si mesmos e pelo grupo a que pertencem. Estimula o fornecimento de informação pela criança, pais e outros interlocutores, adequando-a à construção de propostas para resolução de problemas. Comunica de forma assertiva e coerente com a criança e a família.

Dimensão organizacional e comunitária

Nesta dimensão, são prioritárias para os informantes-chave “peritos” as duas competências referidas, da área de *cooperação e trabalho interdisciplinar*:

- Estimula e envolve, no trabalho em equipa, outros profissionais (enfermeiros, médicos, técnicos do serviço social, psicólogos, nutricionistas, etc.) e outras instituições, tendo a preocupação de evitar / diminuir / gerir conflitos e a competência;

- Mobiliza parceiros sociais (famílias, líderes comunitários, serviços e associações da comunidade – escolas, autarquias, segurança social, protecção de menores, etc.),.

Numa *organização e gestão de qualidade*, o Enfermeiro identifica e diagnostica necessidades, planeia, propõe intervenções e avalia o desempenho, definindo indicadores de resultado. Articula com os diferentes serviços do Centro de Saúde e diferentes instituições.

No âmbito da *intervenção comunitária e acção intersectorial*, o Enfermeiro identifica recursos disponíveis na comunidade, dinamizando respostas que permitam o acompanhamento, correcção ou minimização de situações que comprometam o desenvolvimento da crianç a. Envolve-se em programas de identificação de situações que condicionam o desenvolvimento da crianç a.

Dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida

O Enfermeiro reflecte de forma descentrada e partilhada sobre a sua própria acção (prática reflexiva), investiga (investigação) e esforça-se no desenvolvimento próprio a nível pessoal e profissional, nomeadamente das capacidades de análise, interpretação e crítica (formação contínua).

Os conhecimentos

Quanto aos *conhecimentos declarativos ou conceptuais* a mobilizar para a competência, os conhecimentos sobre o desenvolvimento da crianç a e a dinâmica da família são os mais referidos. Englobam a referência aos conhecimentos relacionados com psicologia do desenvolvimento, pedagogia (aprendizagem, potenciar estímulos) e

animação sócio-cultural (espaços lúdicos, expressões, leituras) e a referência aos factores que influenciam o desenvolvimento (alimentação, imunização, segurança, patologias), epidemiologia e indicadores de desenvolvimento. A formação estatística é referida na perspectiva de “saber registar, avaliar e analisar” e ter “capacidade crítica e interpretação”.

Quadro 35. Conhecimentos a mobilizar para a competência.

CONHECIMENTOS	
Declarativos ou conceptuais	<ul style="list-style-type: none"> - Ter conhecimentos sólidos sobre o desenvolvimento da criança e a dinâmica da família. (9) - Ter formação estatística. (1) - Ter formação académica sólida. (1)
Procedimentais ou metodológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Ser investigador. (2) - Planear cientificamente as intervenções. (1)
Atitudinais	<ul style="list-style-type: none"> - Inspirar confiança e segurança. (4) - Ser disponível. (3) - Ter em conta a cultura das pessoas com quem trabalha. (2) - Gostar de crianças. (2) - Desejar trabalhar fora do Centro de Saúde, na comunidade. (2) - Saber gerir conflitos. (2) - Ser paciente e compreensivo. (1)

A dinâmica familiar é referida no sentido de “perceber a família nas suas diversas expressões, família possuidora de raízes e de uma cultura própria (...), e ainda na perspectiva da família enquanto “sistema no seio do qual se desenvolve a criança”.

Ter formação académica sólida é citado no sentido de uma formação centrada na promoção da saúde.

Os *conhecimentos procedimentais ou metodológicos* envolvem a capacidade de investigar e de planear cientificamente as intervenções.

Os *conhecimentos atitudinais* a mobilizar citados por maior número de “peritos” são inspirar confiança e segurança (4) e ser disponível (3). Ter em conta a cultura das pessoas com quem trabalha, gostar de crianças, desejar trabalhar fora do Centro de

Saúde, na comunidade e saber gerir conflitos, são referidas por dois profissionais. É ainda referido por um profissional ser paciente e compreensivo, como um conhecimento a mobilizar para a competência.

2.3.3. As concepções dos informantes-chave “práticos”

Na opinião dos informantes-chave “práticos”, o Enfermeiro desempenha os papéis de mediador, negociador, interlocutor, supervisor e prestador de cuidados.

O(s) paradigmas

a) Paradigma salutogénico

Apenas um profissional cumpre os critérios de inclusão das respostas neste paradigma. Tentar encontrar soluções para os problemas das crianças, corresponde à procura e mobilização de recursos para intervir nos problemas das crianças. É importante motivar pais e crianças para a solução dos problemas, pois só assim é possível haver investimento e empenho na resolução de problemas e/ou melhoria de situações.

Quadro 36. Opinião dos práticos sobre o perfil - sentido de coerência²³.

SENTIDO DE COERÊNCIA (COMPONENTES)	CARACTERÍSTICAS
Ser capaz de ler e interpretar a realidade	
Acreditar que essa mesma realidade pode ser melhorada e que, para tal, há recursos	- Tentar encontrar soluções para os problemas das crianças. (1)
Desejar envolver-se na modificação da realidade	- Motivar pais e crianças para a solução de problemas. (1)

Não se verificam referências ao processo de trabalho participativo. No entanto, encontrou-se um enfermeiro que descreveu, ainda que abreviadamente, um programa de Saúde Escolar, num jardim-de-infância que se pode considerar assente no paradigma Salutogénico, quer quanto à Categoria A1 (sentido de coerência), quer quanto à categoria A2 (processo participativo).

²³ Os números entre parênteses correspondem ao número de profissionais que cumpriu os critérios de inclusão.

b) Paradigma patogénico

A preocupação com a doença e os factores de risco é representada de forma prioritária pelos “práticos”, na informação a prestar aos pais e nos ensinamentos de grupo. Segue-se a identificação de situações de risco e a vacinação.

Quadro 37. Opinião dos práticos sobre o perfil - prevenção.

PREVENÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Ter como principal preocupação a doença e os factores de risco da doença;	<ul style="list-style-type: none">. Informação aos pais. (6). Vacinação. (3). Saúde Escolar (Programa da DGS*). (1). Ensinamentos de grupo. (5). Saúde Escolar, informação sobre factores de risco. (1). Intervenção precoce com apoio de pedopsiquiatria. (1). Identificar mais cuidadosamente situações de risco. (3). Avaliação do desenvolvimento psicomotor das crianças. (1). Visitação domiciliária para ver a situação da família e prevenir riscos. (2)
Desenvolver actividades de acordo com essa preocupação (consultas, vacinações, diagnóstico precoce, recuperação funcional, etc.);	<ul style="list-style-type: none">. Consultas de enfermagem. (4). Apoio a consultas médicas. (6). Consulta de adolescentes no gabinete da escola. (1)
O trabalho dirige-se aos doentes ou a grupos específicos, de risco.	

As actividades desenvolvidas, tendo como preocupação a doença e os factores de risco, são as consultas, sob a forma de consulta de enfermagem e consulta de adolescentes na escola e, ainda, de apoio a consultas médicas.

Em resumo, após esta análise ficou-se com a noção de que os profissionais inquiridos se orientam predominantemente pelo paradigma patogénico.

As competências

Em termos globais, os “práticos” dão prioridade à dimensão da prestação e gestão de cuidados, a qual apresenta um maior número de citações enquadráveis nas respectivas áreas de competência. No entanto, a dimensão organizacional e comunitária e a dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida, também apresentam

algumas citações. Não se observa qualquer referência à dimensão profissional, social e ética.

Dimensão da prestação e gestão dos cuidados

As competências com maior número de citações integram a área de competência *desenho integrado do processo de cuidados*. Destas, as mais referidas são:

- Observa, interpreta e avalia a criança quanto ao crescimento, desenvolvimento, problemas / necessidades e riscos para a saúde, antecipando as situações que interfiram no seu desenvolvimento;

Na *organização de ambientes de cuidados de qualidade*, o Enfermeiro intervém a partir das necessidades da criança, envolvendo-a e avaliando com ela os resultados.

Numa *abordagem integradora da pessoa-sujeito*, o Enfermeiro:

- Interpreta e aceita as preocupações dos pais, conferindo-lhes confiança;
- Suscita por parte das pessoas vias para a solução dos seus problemas;
- Estimula o fornecimento de informação pela criança, pais e outros interlocutores, adequando-a à construção de propostas para resolução de problemas;
- Comunica de forma assertiva e coerente com a criança e a família.

Dimensão organizacional e comunitária

O Enfermeiro interpreta o contexto real da comunidade onde o Centro de Saúde se insere, nomeadamente social e económico, numa *organização e gestão de qualidade*.

Nesta dimensão, a competência mais referida “estimula e envolve-se no trabalho em equipa, com outros profissionais e outras instituições da comunidade” enquadra-se na área *cooperação e trabalho interdisciplinar*. Neste âmbito, o Enfermeiro mobiliza parceiros sociais para objectivos comuns.

No âmbito da *intervenção comunitária e acção intersectorial*, o Enfermeiro colabora em projectos que partem das necessidades sentidas pela própria população e pelos diferentes intervenientes.

Dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida

Nesta dimensão a área de competência “investigação” não apresenta qualquer citação por parte dos “práticos”.

O Enfermeiro reflecte sobre o seu trabalho (prática reflexiva) e deseja desenvolver-se ao nível pessoal e profissional (formação contínua).

Os conhecimentos

Relativamente aos *conhecimentos declarativos ou conceptuais* a mobilizar para a competência, os conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança, alimentação, doenças infantis mais frequentes e vacinação apresentam elevado número de citações.

Quadro 38. Conhecimentos a mobilizar no desempenho profissional.

CONHECIMENTOS	
Declarativos ou conceptuais	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimentos:<ul style="list-style-type: none">. Desenvolvimento (6). Alimentação (7). Doenças infantis mais frequentes (7). Vacinação. (7)
Procedimentais ou metodológicos	<ul style="list-style-type: none">- Intervenção comunitária (1)
Atitudinais	<ul style="list-style-type: none">- Ser assertivo na relação com a criança e os pais (comunicação, sensibilidade, empatia, carinho, simpatia, inspirar confiança). (7)- Gostar de crianças. (4)- Ser disponível. (3)- Gostar do seu trabalho. (1)- Ser sensível aos problemas das crianças. (2)- Ser motivado. (1)- Ser persistente. (1)- Ser capaz de trabalhar na comunidade fora de horas. (1)- Não usar bata branca. (1)- Não fazer só a rotina. (1)- Estar motivado para a prevenção. (1)

A intervenção comunitária surge como *conhecimento procedimental ou metodológico* referido por um profissional.

Os *conhecimentos atitudinais* são os que apresentam maior tipologia de respostas. Ser assertivo na relação com a criança e os pais, que envolve a comunicação, sensibilidade, empatia, carinho, simpatia, inspirar confiança, é o mais referido. São também referidos: gostar de crianças, ser disponível, gostar do seu trabalho, ser sensível aos problemas das crianças, ser motivado, ser persistente, ser capaz de trabalhar na comunidade fora de horas, não usar bata branca, não fazer só a rotina e estar motivado para a prevenção.

2.4. Perfil subjacente aos currículos de formação

O perfil subjacente aos currículos de formação, quarta etapa do percurso de investigação, tem como fontes de informação três currículos, sendo dois de Portugal e um do Canadá.

2.4.1. Referencial para a análise dos currículos

A análise dos currículos fundamenta-se nos paradigmas salutogénico e patogénico e os modelos curriculares academicista/tecnicista e integrado.

Para o efeito, procedeu-se à elaboração de um quadro comparativo entre os paradigmas salutogénico e patogénico (quadro 39).

A construção de uma grelha de referência para a análise curricular, que se pretende efectuar a partir dos paradigmas salutogénico e patogénico, implica a caracterização dos modelos curriculares. Estes podem resumir-se fundamentalmente a dois modelos – o academicista/tecnicista (plano mosaico), que tem predominado, e o integrado (projecto de formação). Assim, elaborou-se um quadro comparativo destes dois modelos (quadro 40), tendo por base os autores Alonso (1995, 2002), Gimeno Sacristán (1988) e Roldão (2001). Definiram-se as seguintes categorias de comparação:

- *Filosofia*: justificação, princípios e conceitos e orientação curricular;
- *Perfil profissional e resultados da formação*;
- *Estrutura Curricular*: modelo de organização, componentes, articulação horizontal e vertical e relação teoria-prática;
- *Processos*: metodologias, tempo e espaço;
- *Avaliação*;

- *Gestão e coordenação;*
- *Regulação / Monitorização.*

Quadro 39. Comparação entre os paradigmas salutogénico e patogénico.

PARADIGMAS	
PATOGENICO	SALUTOGENICO
Conceito de Saúde	
- Ausência de doença - negativo, redutor; - Classificação dicotómica (saudável/doente).	- Positivo, multidimensional; - É um continuum (“bem-estar / mal-estar”). O “bem-estar total” e o “mal-estar total” são os extremos dos pólos. Ninguém está sempre numa das extremidades, desde o momento do nascimento até ao momento da morte. Nesta perspectiva, todos estão em parte “saudáveis” e em parte “doentes”.
Conceito de Homem	
- O organismo humano é um sistema perfeito que será atacado por agentes exteriores do meio físico e social, ou estilos de vida impróprios ou perigosos, de forma aguda, crónica ou fatal.	- O organismo humano é um sistema que está sujeito a um processo entrópico que termina invariavelmente com a morte. A heterostasia, desequilíbrio, sofrimento, são inerentes à existência humana, tal como a morte.
Foco de intervenção / investigação profissional	
- O ponto de partida é aquele agente específico da doença, ou insuficiências ou excessos, que afectam a integridade do organismo (factores patogénicos); - Factores de risco; - Grupos específicos de pessoas (expostas a determinados riscos).	- Factores envolvidos no posicionamento do indivíduo no continuum rumo ao extremo “bem-estar total” (factores salutogénicos) - factores protectores de natureza individual e de natureza social; - Factores favorecedores do “bem-estar”; - Todas as pessoas em qualquer ponto do continuum “bem-estar / mal-estar”.
Questões a que procura responder	
- Como evitar a doença (prevenção primária); - Como tratar a doença ou reparar a incapacidade (prevenção secundária); - Como atenuar os seus efeitos (prevenção terciária).	- Como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências do meio (físicas, biológicas, psicológicas e sociais)
Modelo de intervenção profissional	
- Paternalista ou autoritário.	- Participativo.
Actores-Chave	
- Profissionais de saúde.	- Todos (profissionais e não profissionais). - Pessoas e grupos de qualquer natureza e todas as idades.
Resultados esperados da intervenção profissional	
- Procura-se evitar o aparecimento de doenças (Prev. Primária), das suas complicações ou a recuperação de funções (Prev. Secundária ou Terciária).	- Procura-se aumentar o sentido de coerência das pessoas, dos grupos e das populações.

Quadro 40. Comparação entre os modelos academicista/tecnicista e integrado.

CATEGORIAS	MODELO	
	ACADEMICISTA/TECNICISTA (PLANO MOSAICO)	INTEGRADO (PROJECTO DE FORMAÇÃO)
FILOSOFIA (Quadro de referência)	Justificação	
	- De tipo extrínseco ou apenas implícito.	- De tipo intrínseco, resultante da filosofia adoptada, da coerência explicitada e fundamentada por parte da instituição.
	Princípios e conceitos	
	- Apresentação do quadro teórico de referência, com conceitos e normativos, numa lógica de conformidade.	- Definição explícita do paradigma que sustenta o currículo, com princípios e critérios claros e coerentes.
	Orientação Curricular	
	- Lógica disciplinar, centrado e orientado para as disciplinas.	- Lógica de competências transversais e específicas, centrado e orientado para o formando.
PERFIL PROFISSIONAL E RESULTADOS DA FORMAÇÃO	- Pouco clarificado, ou de orientação atômica; - Em termos de objectivos do curso, numa lógica tecnicista.	- Clarificado e Equilibrado; - Em termos de competências de desempenho profissional.
ESTRUTURA CURRICULAR	Modelo de Organização	
	- Organização por disciplinas (objectivos e conteúdos); - Compartimentado, rígido, uniforme; - Organização curricular de natureza aditiva, rígida e prescritiva.	- Organização por competências, problemas profissionais, projectos, módulos, ... ; - Transversalidade; - Organização curricular flexível e aberta, permitindo múltiplas combinações; - Espaços de integração (seminários, projectos), privilegiando as metodologias investigativa, reflexiva e colaborativa.
	Componentes	
	- Componentes separadas e sequenciais; - Ênfase nos pesos relativos e equilíbrio distributivo.	- Componentes em relação aberta entre si; - Coerência interna entre as componentes do projecto, teoria e prática.
	Articulação Horizontal e Vertical	
	- Perspectiva linear, compartimentado; - Componentes separadas, claramente delimitadas e sequenciais; - Programas sem articulação, componentes funcionando em separado.	- Perspectiva espiral, integrada; - Gradualidade da presença ou coexistência das componentes - Equilíbrio e articulação vertical e horizontal dos diferentes conhecimentos e capacidades a desenvolver, o que se consegue através da elaboração de redes de conteúdos das diferentes áreas e da definição de objectivos em termos de competências e atitudes transversais a serem trabalhados no projecto (mapas de conteúdo e competências transversais); - Articulado em torno de problemas, questões ou temas (núcleos ou eixos globalizadores em torno dos quais se articula e sequencializa o processo curricular).

	Relação Teoria - Prática	
	- Separação das componentes da concepção (teoria) das componentes da acção (prática), começando pela teoria e seguindo-se a sua aplicação (prática).	- Relação interactiva entre a teoria e a prática.
PROCESSOS	Metodologias	
	- Trabalho docente predominantemente numa única modalidade; - Práticas de cada docente sem qualquer sistema de relação com as dos restantes.	- Equipas de docentes em inter-relação – equipas multidisciplinares; - Trabalho de cada uma das componentes, tendo por base as competências para a prática profissional; - O professor é o facilitador das experiências.
	Tempo e Espaço	
	- Grelha horária segmentar e rígida; - Estabelecimento de localizações específicas para componentes diversas;	- Modos específicos de organização dos tempos e espaços, fundamentados, acolhendo modalidades diversas, face a uma finalização pretendida ou reformulada; - Flexibilidade;
AVALIAÇÃO	- Avaliação centrada no domínio das matérias e conteúdos leccionados;	- Avaliação contínua e formativa centrada no desenvolvimento de competências.
GESTÃO E COORDENAÇÃO	- Modos de organização uniformes; - Inexistência de mecanismos organizativos promotores da planificação conjunta.	- Organização diferenciada, combinatória de modalidades e opções de trabalho justificadas (docência individual, equipas docentes na prática em contexto e em áreas de teorização, seminários coorganizados, programas de trabalho optados, outras).
REGULAÇÃO / MONITORIZAÇÃO	- Sem regulação, ou: - Regulação externa em termos de conformidade; - Escassa regulação interna;	- Auto-regulação permanente como parte do próprio projecto formativo da instituição; - Integração de outros mecanismos de regulação de acordo com o desenvolvimento do projecto; - Articulação da auto-regulação com mecanismos de regulação externa

O currículo integrado (projecto de formação) apresenta características que podem favorecer o desenvolvimento do sentido de coerência, ou seja, características do processo participativo. Tendo por base este pressuposto, procedeu-se à integração do modelo academicista no paradigma patogénico e do modelo integrado no paradigma salutogénico (quadro 40), nas categorias: filosofia, perfil profissional e resultados da formação, estrutura curricular, processos (metodologias) e avaliação.

Quadro 41. Grelha de referência para análise dos currícula do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

CATEGORIAS	PARADIGMAS	
	PATOGÉNICO	SALUTOGÉNICO
FILOSOFIA (Quadro de referência)	Conceitos	
	<p>Enfermagem: - Procura evitar o aparecimento de doenças (Prev. Primária), das suas complicações ou a recuperação de funções (Prev. Secundária ou Terciária).</p> <p>Saúde: - Ausência de doença. Negativo, redutor. - Classificação dicotómica (saudável/doente)</p> <p>Homem: - O organismo humano é um sistema perfeito que será atacado por agentes exteriores do meio físico e social, ou estilos de vida impróprios ou perigosos, de forma aguda, crónica ou fatal.</p>	<p>Enfermagem: - Procura aumentar o sentido de coerência das pessoas, dos grupos e das populações.</p> <p>Saúde: - É um continuum, sendo o “bem-estar” e o “mal-estar” os extremos dos pólos. Ninguém está sempre numa das extremidades, desde o momento do nascimento até ao momento da morte. Nesta perspectiva, todos estão em parte “saudáveis” e em parte “doentes”. - Positivo, multidimensional.</p> <p>Homem: - O organismo humano é um sistema que está sujeito a um processo entrópico que termina invariavelmente com a morte. A heterostasia, desequilíbrio, sofrimento, são inerentes à existência humana, tal como a morte.</p>
	Foco de intervenção / investigação profissional	
	<p>- O ponto de partida é aquele agente específico da doença, ou insuficiências ou excessos, que afectam a integridade do organismo (factores patogénicos). - Factores de risco. - Grupos específicos de pessoas (expostas a determinados riscos).</p>	<p>- Factores envolvidos no posicionamento do indivíduo no continuum rumo ao extremo “bem-estar total” (factores salutogénicos) - factores protectores de natureza individual e de natureza social. - Factores favorecedores do “bem-estar”. - Todas as pessoas (em qualquer ponto do continuum “bem-estar / mal-estar”).</p>
PERFIL PROFISSIONAL E RESULTADOS DA FORMAÇÃO	<p>- Pouco clarificado ou de orientação atomicista; - Em termos de objectivos do curso, numa lógica tecnicista.</p>	<p>- Clarificado e equilibrado; - Em termos de competências de desempenho profissional.</p>
ESTRUTURA CURRICULAR	Modelo de Organização	
	<p>- Organização por disciplinas (objectivos e conteúdos); - Compartmentado, rígido, uniforme; - Organização curricular de natureza aditiva, rígida e prescritiva;</p>	<p>- Organização por competências, problemas profissionais, projectos, módulos, ... ; - Transversalidade; - Organização curricular flexível e aberta, permitindo múltiplas combinações, com espaços de integração (seminários, projectos), privilegiando as metodologias investigativa, reflexiva e colaborativa.</p>
	Componentes	
	<p>- Componentes separadas e sequenciais;</p>	<p>- Componentes em relação aberta entre si;</p>
Articulação Horizontal e Vertical		
<p>- Não existem núcleos ou eixos globalizadores em torno dos quais se articula e sequencializa o processo curricular; - Se existem, os organizadores de referência, modelos, unidades curriculares ou conteúdos, são de orientação patogénica.</p>	<p>- Existem núcleos ou eixos globalizadores em torno dos quais se articula e sequencializa o processo curricular - organizadores de referência (modelos, unidades curriculares ou conteúdos) de orientação salutogénica.</p>	

PROCESSOS (Metodologias)	- Trabalho docente predominantemente numa única modalidade; - Práticas de cada docente sem qualquer sistema de relação com as dos restantes; - Predominantemente paternalistas ou autoritárias.	- Equipas de docentes em inter-relação – equipas multidisciplinares; - Trabalho de cada uma das componentes, tendo por base as competências para a prática profissional; - O professor é o facilitador das experiências; - Predominantemente participativas (1).
AValiação	- Avaliação centrada no domínio das matérias e conteúdos leccionados;	- Avaliação contínua e formativa centrada no desenvolvimento de competências.
<p>Observações: (1) Partilha de poder; ambiente relacional positivo; cooperação; docentes dinamizadores, recurso e apoio; aprendizagem por pesquisa e reflexão; auto-aprendizagem. (2) Todos os currículos devem conter os dois paradigmas, pois consideram-se complementares em termos de intervenção profissional.</p>		

A análise do perfil subjacente aos currículos de formação foi realizada a partir das categorias - filosofia, perfil profissional e resultados da formação – da grelha de referência elaborada, uma vez que são as que interessam ao perfil que se pretende construir neste estudo.

Para o efeito seleccionaram-se três currículos, dois de escolas portuguesas, os currículos “A” e “B”, e um de uma escola do Canadá, o currículo “C”.

2.4.2. Resultados da análise

Dos currículos seleccionados dois são representativos do modelo curricular integrado, predominando os paradigmas curriculares, construtivista e sóciocrítico.

O outro currículo, “A”, representa o modelo academicista, sendo predominante o paradigma curricular *tecnológico* ou *tecnicista*. Encontra-se organizado por objectivos, na perspectiva de obter resultados do tipo *skills* técnicos.

O currículo “B”, encontra-se organizado por competências, preocupando-se com os processos e os contextos, numa perspectiva global, predominando um paradigma curricular designado por *social-construtivista*.

O currículo “C” encontra-se organizado por competências, apresentando a justiça social e as comunidades críticas, como núcleos integradores da organização curricular, configurando assim a predominância de um paradigma curricular *social-crítico*.

A participação dos estudantes de enfermagem é um processo fundamental durante a formação, com reflexos óbvios no desempenho como profissionais de saúde:

“Through their participation in the learning process as students, graduates will become active participants in the provision of care and achievement of health for all.” (Currículo “C”, p. 3)

Apresenta a definição explícita dos paradigmas que sustentam o currículo: a fenomenologia e a teoria social crítica. Um dos princípios centrais da fenomenologia é compreender o significado das experiências de vida. Nesta perspectiva, a relação enfermeiro - utente tem como foco central explorar o significado das experiências de “bem-estar” e “mal-estar” do utente,. A teoria social crítica focaliza-se nas desigualdades sociais, na economia e nas relações de poder que ainda persistem nos cuidados de saúde e na sociedade.

Princípios, temas e conceitos orientadores da formação

O currículo “A” assume como conceitos organizadores da formação: Homem, saúde, enfermagem, cuidado de saúde, educação e profissão.

O currículo “B” organiza-se a partir dos conceitos de enfermagem, saúde e Homem, assumindo que a relação de parceria é o centro de intervenção de enfermagem. Define ainda princípios organizadores, destacando-se as prioridades da política de saúde, a nível nacional e local, a articulação da vertente comunitária e hospitalar dos cuidados e o desenvolvimento pessoal e profissional, através de espaços de reflexão e partilha de experiências.

O currículo “C” apresenta os conceitos de enfermagem, saúde, pessoa / indivíduo e ambiente e, ainda, os seguintes temas organizadores do currículo: Cuidados de Saúde Primários/promoção da saúde, prática reflexiva/pensamento crítico, relacionamento significativo/cuidar/comunicar, política de justiça social e desenvolvimento pessoal e profissional. Estes temas são transversais a todo o curso, funcionando assim como integradores.

Pode observar-se no quadro 42, que os três currículos apresentam os conceitos de enfermagem, saúde e Homem. São também comuns entre os currículos “B” e “C”, a reflexão e o pensamento crítico, o relacionamento positivo, a política de saúde e o desenvolvimento pessoal e profissional. No currículo “C” consta, ainda, a justiça e a promoção da saúde como organizadores curriculares.

Quadro 42. Princípios, temas e conceitos organizadores da formação.

CURRÍCULOS		
A	B	C
Enfermagem Saúde Homem Ambiente	Enfermagem Saúde Homem	Enfermagem Saúde Pessoa/Indivíduo Ambiente
Cuidado de saúde	Vertente comunitária e hospitalar Reflexão / pensamento crítico Relação de parceria	Cuidados de Saúde Primários / Promoção da Saúde Prática reflexiva / pensamento crítico Relacionamento significativo / Cuidar / Comunicar
Educação Profissão	Política de saúde Desenvolvimento pessoal e profissional	Política de justiça social Desenvolvimento pessoal / profissional

Dado que os conceitos de Enfermagem, Saúde e Homem/Pessoa são comuns aos três currículos, procede-se à sua análise comparativa.

Conceito de Enfermagem

A Enfermagem é definida em “A” como:

“uma arte e uma ciência que, respeitando a dignidade do indivíduo, visa a promoção, manutenção, aquisição e/ou recuperação de um estado de equilíbrio físico, mental e social, em conjunto com outras disciplinas de saúde e sociais.” (p. 7)

Em “B” a Enfermagem é conceituada como profissão autónoma, com um quadro de referência, um corpo de saberes e uma metodologia científica próprias.

Em “C” pode ler-se que a Enfermagem:

“is a humanitarian and caring profession, guided by ethical and legal standards. It is viewed as a systematic, theory-based process, with its own body of knowledge, consisting of both independent and collaborative roles. Nurses work in partnership with clients, learning from them the personal meanings of their health situations.” (p. 4)

No essencial, os três conceitos são coincidentes. No entanto só o currículo “C” salienta a parceria a estabelecer com o outro, integrando as suas experiências no campo da saúde.

Conceito de Saúde

No currículo “A” a saúde é definida como:

“um estado de relativo equilíbrio do indivíduo, (...) pode ser afectada por agentes patológicos animados e inanimados, pelas características inerentes ou adquiridas pelo homem e pelos factores do meio ambiente em que vive”. (p. 7)

Este conceito enquadra-se no paradigma patogénico, segundo o qual o organismo humano é um sistema perfeito que será atacado por agentes exteriores do meio físico e social, ou estilos de vida impróprios ou perigosos, de forma aguda, crónica ou fatal.

O conceito de saúde apresentado no currículo “B” tem características salutogénicas, considerando a saúde como:

“um recurso para a vida, um conceito positivo, um percurso ao longo do qual o indivíduo ou grupo é capaz de realizar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente”. (p.5)

Quanto ao currículo “C”, considera que a saúde tem múltiplos significados, relaciona-se com a qualidade de vida e é definida individualmente, em interacção dinâmica com o meio.

Conceito de Homem/Pessoa

O Homem em “A” é visto como:

“um ser biopsicossocial, (...) fazendo parte da natureza e, como tal, sujeito às forças da mesma.” (p. 6)

O currículo “B” conceptualiza o Homem como:

“um sistema aberto e dinâmico, que interage consigo próprio, como os outros e com o ambiente, fazendo opções de acordo com o significado que atribui às situações e acontecimentos que o atravessam”. (p. 5)

O currículo “C” considera a pessoa numa perspectiva individual e inserida numa família, grupo ou comunidade. Pode ler-se:

“Persons have their own subjective experiences of the world, the freedom to choose values and to develop potential and aspirations that give meaning to living and reflect well being.”
(p. 5)

Os currículos “B” e “C” podem enquadrar-se numa perspectiva tendencialmente salutogénica e o currículo “A” numa perspectiva tendencialmente patogénica. Esta ideia decorre fundamentalmente do conceito de Saúde e de Homem/Pessoa. No currículo “C” é ainda mais explícita a perspectiva salutogénica, quando no seu quadro de intenções consta a participação, a compreensão do outro, do significado das suas experiências anteriores, a comunicação efectiva, o relacionamento significativo consigo próprio e com os outros, a reflexão e o pensamento crítico e o conhecimento do contexto político, social e económico dos cuidados de saúde. Estas características contribuem para o desenvolvimento das pessoas e comunidades como sujeitos intervenientes e cooperantes na elevação do nível de bem-estar.

No entanto, fica a dúvida sobre se os processos de trabalho dos futuros profissionais são participativos, uma vez que não é explícito nos resultados da formação.

Perfil profissional e resultados da formação

Nos currículos “A” e “B” os resultados da formação são apresentados de forma pouco clarificada. No currículo “A” pode ler-se que o curso:

“visa assegurar a formação científica, humana, técnica e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, (...) gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde, (...) formação de enfermeiros e outros profissionais de saúde e (...) investigação”. (p. 8)

Os resultados de formação são apresentados sob a forma de objectivos do curso.

No currículo “B” pode ler-se:

“(…) pretende-se que o Enfermeiro em formação desenvolva um conjunto de competências que lhe confira uma formação científica, humana, técnica e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, (...) desenvolva investigação (...) e participe na formação de enfermagem e de outros profissionais de saúde”. (p. 5-6)

Verifica-se uma preocupação em orientar o currículo para uma lógica de competências, fundamentando-se no conceito de competência que consta do projecto de relatório e recomendação sobre as competências necessárias ao exercício da actividade de enfermeiro responsável por cuidados gerais na união europeia (1997). Neste sentido, apresenta um conjunto de competências de referência para a formação.

Em “C” é referido que a aprendizagem dos estudantes é monitorizada de acordo com o referencial para a prática definido pela respectiva Ordem Profissional. No currículo observam-se os resultados da formação sob a forma de um perfil claro, em termos de competências de desempenho profissional. Privilegiam-se as competências pessoais e sociais, o que reflecte características do paradigma salutogénico.

O perfil de competências subjacente aos currículos de formação será apresentado com base nos currículos “B” e “C”, pois são os que se enquadram numa perspectiva tendencialmente salutogénica.

Da análise efectuada verifica-se que o perfil tem as dimensões profissional, social e ética, da prestação e gestão de cuidados, organizacional e comunitária e do desenvolvimento profissional ao longo da vida.

Observa-se que os dois currículos de formação dão prioridade á dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida, com resultados de formação explícitos nas três áreas de competência: prática reflexiva, investigação e formação contínua. Dão ainda prioridade á organização de ambientes de cuidados de qualidade e à abordagem integradora do pessoa-sujeito, no âmbito da dimensão da prestação e gestão de cuidados e à responsabilidade ética e legal, no âmbito da dimensão profissional, social e ética.

O currículo “C” apresenta, como resultados da formação, competências da área de cooperação e trabalho interdisciplinar e intervenção comunitária e acção

intersectorial, no âmbito da dimensão organizacional e comunitária, da área de responsabilidade pessoal e social, no âmbito da dimensão profissional, social e ética e ainda da área de desenho integrado do processo de cuidados no âmbito da dimensão da prestação e gestão de cuidados.

Dimensão profissional, social e ética

O Enfermeiro utiliza o conhecimento científico, na área de enfermagem e nas disciplinas relacionadas, para uma prática adequada e colabora com os colegas e com os utentes na garantia de cuidados consistentes, efectivos e seguros.

Quadro 43. Competências da área de responsabilidade pessoal e social.

Responsabilidade pessoal e social
<ul style="list-style-type: none">- Utiliza o conhecimento científico, na área de enfermagem e disciplinas relacionadas, para uma prática adequada;- Colabora com os colegas e com os utentes na garantia de cuidados consistentes, efectivos e seguros.- Participa no desenvolvimento e implementação de estratégias para melhorar os cuidados de saúde, tendo por base os princípios da justiça social e da equidade.

O Enfermeiro participa no desenvolvimento e implementação de estratégias para melhorar os cuidados de saúde, tendo por base o processo político e os princípios da justiça social e da equidade, no âmbito da sua *responsabilidade pessoal e social*.

Quadro 44. Competências da área de responsabilidade ética e legal.

Responsabilidade ética e legal
<ul style="list-style-type: none">- Desenvolve um conjunto de saberes pessoais e sócio-culturais para intervir sobre as suas representações, nas situações sociais e profissionais;- Orienta a prática profissional segundo um quadro ético, moral e legal, no respeito pela diversidade cultural.

Quanto à *responsabilidade ética e legal*, o enfermeiro desenvolve um conjunto de saberes pessoais e sócio-culturais para intervir sobre as suas representações, nas

situações sociais e profissionais e orienta a prática profissional por um quadro ético, moral e legal, no respeito pela diversidade cultural.

Dimensão da prestação e gestão de cuidados

O Enfermeiro implementa os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos e comunidade, de forma holística, na perspectiva do cuidar de si próprio e do outro. Estabelece parcerias com o indivíduo, família, grupos e comunidade, facilitando o acesso aos recursos comunitários (respondendo adequadamente às necessidades de saúde), numa *organização de ambientes de cuidados de qualidade*.

Quadro 45. Competências da área de organização de ambientes de cuidados de qualidade.

Organização de ambientes de cuidados de qualidade
- Implementa os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos e comunidade, numa perspectiva holística;
- Estabelece parcerias com o indivíduo, família, grupos e comunidade, facilitando o acesso aos recursos comunitários;

Desenvolve atitudes relacionais e de comunicação, procurando estabelecer uma inter-relação significativa, com o envolvimento e empenho do utente, numa *abordagem integradora da pessoa-sujeito*.

Quadro 46. Competências da área de abordagem integradora da pessoa-sujeito.

Abordagem integradora do pessoa-sujeito
- Desenvolve atitudes relacionais e de comunicação, procurando estabelecer uma relação significativa, com envolvimento e motivação do utente.

Dimensão organizacional e comunitária

O Enfermeiro equaciona a relação entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e a gestão dos recursos humanos, técnicos e materiais.

Quadro 47. Competências da área de organização e gestão de qualidade.

Organização e gestão de qualidade
- Equaciona a relação entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e a gestão dos recursos humanos, técnicos e materiais;

O Enfermeiro procura através das suas práticas, num processo de liderança, que os colegas e os utentes atinjam os resultados desejados, trabalha num contexto de equipa de saúde multidisciplinar, aplicando os princípios dos Cuidados de Saúde Primários, numa perspectiva de *cooperação e trabalho interdisciplinar*.

Quadro 48. Competências da área de cooperação e trabalho interdisciplinar.

Cooperação e trabalho interdisciplinar
- Procura através das suas práticas, num processo de liderança, que os colegas e os utentes atinjam os resultados desejados;
- Trabalha num contexto de equipa de saúde multidisciplinar.

Utiliza princípios de saúde comunitária para planear, implementar e avaliar programas de promoção da saúde e de prevenção da doença, numa *intervenção comunitária e acção intersectorial*.

Quadro 49. Competências da área de intervenção comunitária e acção intersectorial.

Intervenção comunitária e acção intersectorial
- Utiliza princípios de saúde comunitária para planear, implementar e avaliar programas de promoção da saúde e de prevenção da doença.

Dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida

O Enfermeiro analisa a prática profissional, num contexto social, económico e político (global e de saúde), utilizando o pensamento reflexivo, crítico e analítico, para facilitar uma prática de enfermagem criativa e flexível (*prática reflexiva*).

Quadro 50. Competências da área de prática reflexiva.

Prática reflexiva
- Analisa a prática profissional, num contexto social, económico e político, utilizando o pensamento reflexivo, crítico e analítico, para facilitar uma prática de enfermagem criativa e flexível.

Desenvolve *investigação* no âmbito de enfermagem, em particular, e da saúde, em geral, incorporando os resultados na prática de enfermagem, numa abordagem crítica dos estudos de investigação.

Quadro 51. Competências da área de investigação.

Investigação
- Desenvolve investigação no âmbito de enfermagem, em particular, e da saúde, em geral;
- Incorpora os resultados na prática de enfermagem, numa abordagem crítica dos estudos de investigação;
- Identifica áreas de investigação no âmbito do conhecimento em enfermagem, considera as possibilidades de investigação e participa em actividades de investigação, quando apropriado.

Identifica áreas de investigação no âmbito do conhecimento em enfermagem, considera as possibilidades de investigação e participa em actividades de investigação, quando apropriado.

Quadro 52. Competências da área de formação contínua.

Formação contínua
- Assume-se como um participante activo no processo de desenvolvimento pessoal e profissional;
- Colabora na formação de enfermagem e de outros profissionais de saúde.

Na *formação contínua*, assume-se como um participante activo no processo de desenvolvimento pessoal e profissional e colabora na formação de enfermagem e de outros profissionais de saúde.

3.^a PARTE

CONTRIBUTO PARA UM PERFIL CENTRADO NO PARADIGMA SALUTOGÉNICO

1. PERFIL INTEGRADO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO, NO ÂMBITO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

O perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, foi construído, numa quinta etapa do percurso de investigação. A partir do perfil deduzido do normativo, referenciais e abordagens, do perfil induzido das concepções dos informantes-chave “peritos” e “práticos” e do perfil subjacente aos currículos de formação, construímos um perfil integrador de todos os contributos, centrado no paradigma salutogénico.

Quanto ao paradigma subjacente às concepções dos informantes-chave, os “peritos”, enquadram-se no paradigma salutogénico, enquanto os “práticos” se enquadram predominantemente no paradigma patogénico.

Em síntese, na figura 7 pode observar-se o genérico do perfil que propomos do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, que propomos, baseado no paradigma salutogénico, que possibilita o reforço do sentido de coerência em si mesmo e nas pessoas (profissionais e não profissionais) com quem trabalha.

Este perfil organiza-se em quatro dimensões: profissional, social e ética; da prestação e gestão de cuidados; organizacional e comunitária; do desenvolvimento profissional ao longo da vida.

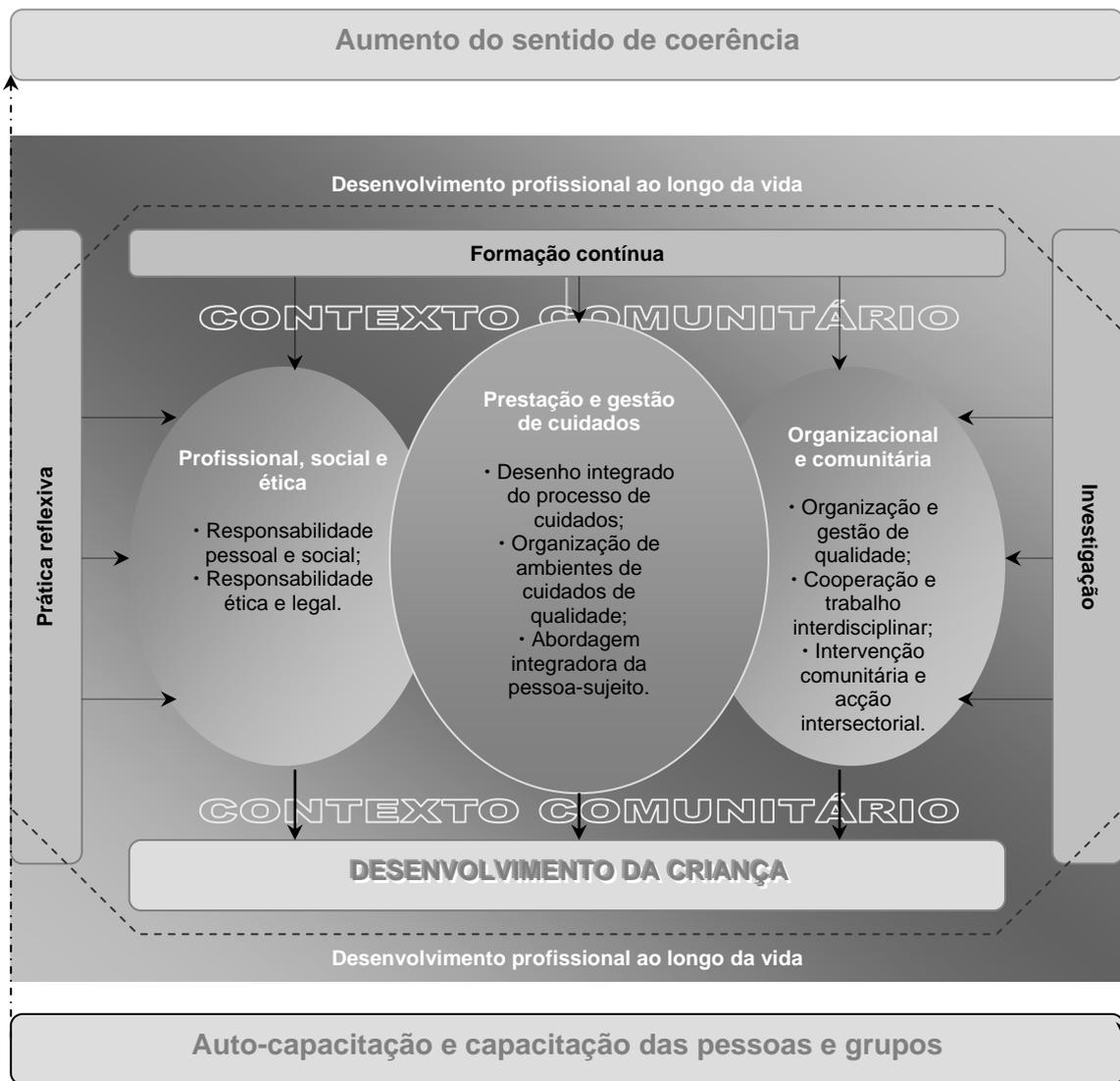
A dimensão central é a dimensão da prestação e gestão de cuidados, que engloba um conjunto de competências que se relacionam com três áreas fundamentais: desenho integrado do processo de cuidados, organização de ambientes de cuidados de qualidade e abordagem integradora da pessoa-sujeito.

A dimensão organizacional e comunitária contempla as áreas da organização e gestão de qualidade, da cooperação e trabalho interdisciplinar e da intervenção comunitária e acção intersectorial.

A dimensão profissional, social e ética é transversal a todos os enfermeiros, envolvendo as áreas do respeito à responsabilidade pessoal e social e à responsabilidade ética e legal.

A dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida contribui para todas as dimensões do perfil, através da prática reflexiva, da investigação e da formação contínua.

Figura 7. Síntese do perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.



De seguida, apresentamos as competências que integram cada uma das dimensões do perfil, de acordo com a respectiva área de competência.

1.1. Dimensão profissional, social e ética

No âmbito da *responsabilidade pessoal e social*, o Enfermeiro assume responsabilidades perante si próprio e perante a sociedade. Assume uma conduta

pessoal adequada, mantendo o equilíbrio emocional, respeitando a vida, a dignidade e as convicções do utente, possuindo os conhecimentos científicos e técnicos adequados, reconhecendo a especificidade das outras profissões da saúde e preocupando-se com a qualidade dos cuidados e dos serviços.

Quadro 53. Competências²⁴ da área de responsabilidade pessoal e social.

Responsabilidade pessoal e social
<ul style="list-style-type: none">- Procura de forma constante o equilíbrio entre as vertentes: pessoa, profissional e cidadão;- Actua com adequados conhecimentos científicos e técnicos, no respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar e pelas convicções dos utentes;- Reconhece a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;- Preocupa-se com o desenvolvimento permanente da sua capacidade relacional e de comunicação, mantendo o equilíbrio emocional nas várias situações profissionais, <i>como forma de potenciar o sentido de coerência das pessoas (profissionais de saúde e população) com quem trabalha;</i>- Desempenha as suas funções, em todas as circunstâncias, segundo conduta pessoal que dignifique a profissão;- Preocupa-se de forma permanente com a qualidade dos cuidados e Serviços de Enfermagem/Saúde, com a equidade e a justiça social.

Os “peritos” introduzem a procura do equilíbrio entre as vertentes pessoa, profissional e cidadão.

Quadro 54. Competências da área de responsabilidade ética e legal.

Responsabilidade ética e legal
<ul style="list-style-type: none">- <i>Reconhece os valores, conceitos e saberes que utiliza e respeita as crenças, atitudes e comportamentos e saberes diferentes dos seus.</i>- Exerce de acordo com o código deontológico e com a legislação em vigor;- Observa e respeita os valores humanos dos indivíduos e dos grupos com quem trabalha;- Respeita os direitos dos utentes, garantindo a confidencialidade e a segurança da informação escrita ou oral, adquirida no exercício profissional;- Salvaguarda os direitos da pessoa humana, evitando qualquer forma de abuso.

²⁴ Normal – Normativo, referenciais e abordagens; Itálico – informantes-chave “peritos”; Sublinhado – informantes-chave “práticos”; Negrito – currículos.

Quanto à *responsabilidade ética e legal*, o Enfermeiro tem presente, no exercício profissional, o código deontológico e a legislação em vigor, respeitando os direitos dos utentes, os valores humanos, a confidencialidade e a segurança da informação, evitando qualquer forma de abuso da pessoa humana.

Os “peritos” consultados referem o reconhecimento de valores, conceitos e saberes que utiliza e o respeito pelas crenças, atitudes e comportamentos diferentes dos seus, quer por parte dos outros profissionais, quer por parte dos utentes.

1.2. Dimensão da prestação e gestão de cuidados

No âmbito do *desenho integrado do processo de cuidados*, o Enfermeiro, as crianças e as respectivas famílias avaliam as necessidades da criança, família, grupo e comunidade, numa perspectiva holística, compreendendo a criança em cada uma das suas faixas etárias, identificam os recursos (humanos e outros) necessários e disponíveis para satisfazer essas necessidades, estabelecem prioridades e formulam o plano de cuidados.

Quadro 55. Competências da área de desenho integrado do processo de cuidados.

Desenho integrado do processo de cuidados
<ul style="list-style-type: none">- <i>Partilha o poder com outros intervenientes envolvendo-os desde o planeamento à avaliação das intervenções;</i>- <i>Interpreta o contexto real, nomeadamente social e económico das crianças e suas famílias, caracterizando e avaliando a situação das crianças e formula estratégias para intervir na realidade interpretada;</i>- <u>Observa, interpreta e avalia a criança quanto ao crescimento, desenvolvimento, problemas / necessidades e riscos para a saúde, antecipando as situações que interfiram no seu desenvolvimento;</u>- <i>Avalia as necessidades da criança, família, grupo e comunidade, numa perspectiva holística, compreendendo a criança em cada uma das faixas etárias;</i>- <i>Identifica os recursos (humanos e outros) necessários e disponíveis para satisfazer essas necessidades;</i>- <i>Estabelece prioridades e formula o plano de cuidados, com a colaboração criança / família, envolvendo-os assim como sujeitos da acção.</i>

Acreditando que a realidade pode ser melhorada e que é necessário estudar como fazê-lo, formulam estratégias para intervir na realidade interpretada e procura recursos para melhorar a saúde das crianças.

Ao estabelecerem prioridades e formular o plano de cuidados, potenciam a motivação para se envolverem na resolução dos problemas identificados e/ou na melhoria da situação.

Os “peritos” consultados introduziram as competências: “interpreta o contexto real, nomeadamente social e económico das crianças e suas famílias, caracterizando e avaliando a situação das crianças”. Esta interpretação da realidade, do meio interno e externo, conduz ao reconhecimento de que existem pontos de partida úteis para a acção e partilham o poder com os outros intervenientes, envolvendo-os desde o planeamento à avaliação das intervenções. Esta é claramente uma das características dos processos de trabalho participativos.

Na opinião dos “práticos” o enfermeiro observa, interpreta e avalia a criança quanto ao crescimento, desenvolvimento, problemas / necessidades e riscos para a saúde, antecipando as situações que interfiram no seu desenvolvimento.

Quanto à área de competência *organização de ambientes de cuidados de qualidade*, o Enfermeiro fornece apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência, vítimas de negligência ou violência, e às suas famílias, favorecendo a articulação com os diversos intervenientes nos cuidados a estas crianças, nomeadamente com as escolas.

Quadro 56. Competências da área de organização de ambientes de cuidados de qualidade.

Organização de ambientes de cuidados de qualidade
<p>- <i>Envolve a criança e a família / cuidador na organização de ambientes que favoreçam o desenvolvimento.</i></p> <p>- <u>Intervém a partir das necessidades da criança, envolvendo-a e avaliando com ela os resultados;</u></p> <p>- Fornece apoio continuado às crianças com doença crónica / deficiência, vítimas de negligência ou violência, e às suas famílias, favorecendo a articulação com os diversos intervenientes nos cuidados a estas crianças, nomeadamente com as escolas;</p> <p>- Implementa os cuidados de enfermagem requeridos, em parceria com a criança, família e outras pessoas significativas, em todos os aspectos dos cuidados, dando-lhes o apoio necessário e avaliando com eles os resultados, criando assim um ambiente favorável ao desenvolvimento das suas potencialidades;</p> <p>- Avalia os resultados dos cuidados prestados, tendo por base a observação, os registos de cada etapa do processo de trabalho, a resposta da criança, familiares ou outros.</p>

Implementa os cuidados de enfermagem requeridos, em parceria com a criança (saúdável ou doente), família e outras pessoas significativas, em todos os aspectos dos

cuidados, dando-lhes o apoio necessário e avaliando com eles os resultados, criando assim um ambiente favorável ao desenvolvimento das suas potencialidades. Avalia os resultados dos cuidados prestados, tendo por base a observação, os registos de cada etapa do processo de trabalho, a resposta da criança, familiares ou outros;

Os “peritos” introduzem a competência: “envolve a criança e a família / cuidador na organização de ambientes que favoreçam o desenvolvimento”. Desta forma, a criança e a família encontram significado para investirem na modificação de situações no sentido da melhoria do bem-estar.

Os “práticos” referem que o Enfermeiro intervém a partir das necessidades da criança, envolvendo-a e avaliando com ela os resultados.

Numa *abordagem integradora da pessoa-sujeito*, o Enfermeiro reforça o papel dos pais em relação a sinais e sintomas de doenças comuns nas várias idades, capacitando-os para a resolução de muitos desses problemas e alertando-os quanto à utilização adequada dos diversos serviços de saúde.

Quadro 57. Competências da área de abordagem integradora da pessoa-sujeito.

Abordagem integradora da pessoa-sujeito
<p><u>- Interpreta e aceita as preocupações dos pais, conferindo-lhes confiança;</u></p> <p>- Está atento às expectativas que os utilizadores têm sobre si mesmos, estimulando a auto-confiança, o auto-cuidado e o sentido de responsabilidade por si mesmos e pelo grupo a que pertencem;</p> <p><u>- Estimula o fornecimento de informação pela criança, pais e outros interlocutores, adequando-a à construção de propostas para resolução de problemas;</u></p> <p><u>- Comunica de forma assertiva e coerente com a criança e a família;</u></p> <p><u>- Suscita por parte das pessoas vias para a solução dos seus problemas;</u></p> <p>- Reforça o papel dos pais em relação a sinais e sintomas de doenças comuns nas várias idades, capacitando-os para a resolução de muitos desses problemas e alertando-os quanto ao recurso aos diversos serviços de saúde.</p> <p>- Estimula o interesse dos indivíduos e dos grupos pela informação que necessitam, a partir da identificação das necessidades de informação do indivíduo, família, grupos e/ou comunidade, relacionadas com a manutenção, a restauração da saúde e as intervenções de enfermagem, fornecendo-a, de modo adequado, a partir daquela que eles já possuem;</p> <p>- Estimula o auto-cuidado, auto-responsabilização e auto-determinação em todos os assuntos relacionados com a saúde da criança.</p>

Estimula o interesse dos indivíduos e dos grupos pela informação que necessitam, a partir da identificação das necessidades de informação do indivíduo,

família, grupos e/ou comunidade, relacionadas com a manutenção, a restauração da saúde e as intervenções de enfermagem, fornecendo-a, de modo adequado, a partir daquela que eles já possuem; estimula o auto-cuidado, auto-responsabilização e auto-determinação em todos os assuntos relacionados com a saúde da criança.

Os “peritos” introduzem a competência: “está atento às expectativas que os utilizadores têm sobre si mesmos, estimulando a auto-confiança, o auto-cuidado e o sentido de responsabilidade por si mesmos e pelo grupo a que pertencem”.

Para os “práticos” o Enfermeiro suscita por parte das pessoas vias para a solução dos seus problemas.

Ambos, “peritos” e “práticos”, entendem que o Enfermeiro interpreta e aceita as preocupações dos pais, conferindo-lhes confiança, estimula o fornecimento de informação pela criança, pais e outros interlocutores, adequando-a à construção de propostas para resolução de problemas, comunica de forma assertiva e coerente com a criança e a família.

1.3. Dimensão organizacional e comunitária

No âmbito da *organização e gestão de qualidade*, o Enfermeiro participa no planeamento do Centro de Saúde, na perspectiva de um recurso comunitário de qualidade, procurando actuar como agente de mudança a todos os níveis da organização.

Quadro 58. Competências da área de organização e gestão de qualidade.

Organização e gestão de qualidade
<ul style="list-style-type: none">- <i>Identifica e diagnostica necessidades, planeia, propõe intervenções e avalia o desempenho, definindo indicadores de resultado;</i>- <i>Capacidade de articular com os diferentes serviços do Centro de Saúde e diferentes instituições;</i>- <u>Interpreta o contexto real da comunidade onde o Centro de Saúde se insere, nomeadamente social e económico;</u>- Equaciona a relação entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e a gestão dos recursos humanos, técnicos e materiais;- Participa no planeamento do Centro de Saúde, na perspectiva de um recurso comunitário de qualidade, procurando actuar como agente de mudança a todos os níveis da organização.

Os “peritos” introduzem as competências: identifica e diagnostica necessidades, planeia, propõe intervenções e avalia o desempenho, definindo indicadores de resultado; articula com os diferentes serviços do Centro de Saúde e diferentes instituições.

Para os “práticos” interpreta o contexto real da comunidade onde o Centro de Saúde se insere, nomeadamente social e económico.

Relativamente à *cooperação e trabalho interdisciplinar*, o Enfermeiro esforça-se pela manutenção de um ambiente favorável ao trabalho de equipa. Inclui na equipa de trabalho as estruturas que dão apoio à criança (creche, jardim de infância, escola, ATL, colectividades desportivas ou recreativas, serviços de segurança social, autarquias, etc.).

Para ambos, “peritos” e “práticos”, o Enfermeiro estimula e envolve no trabalho em equipa, outros profissionais (médicos, enfermeiros, serviço, social, psicologia, nutrição, etc.) e outras instituições (creches, jardins de infância, escolas, associações, etc.). Os “peritos” referem ainda a preocupação de evitar, diminuir e gerir conflitos.

Também na opinião de ambos, o Enfermeiro mobiliza parceiros sociais (famílias, líderes comunitários, serviços e associações da comunidade – escolas, autarquias, segurança social, protecção de menores, etc.). Os “peritos” referem esta mobilização para objectivos comuns.

Quadro 59. Competências da área de cooperação e trabalho interdisciplinar.

Cooperação e trabalho interdisciplinar
- Esforça-se pela manutenção de um ambiente favorável ao trabalho de equipa;
- <i>Estimula e envolve no trabalho em equipa, outros profissionais e outras instituições, tendo a preocupação de evitar / diminuir / gerir conflitos;</i>
- <i>Mobiliza parceiros sociais, para objectivos comuns.</i>
- Inclui na equipa de trabalho as estruturas que dão apoio à criança.

Quanto à *intervenção comunitária e acção intersectorial*, o Enfermeiro conhece as necessidades da população e da comunidade em que está inserido, estimulando-as na busca de soluções para os problemas de saúde detectados, apoia e participa nas soluções propostas, quer sejam no âmbito da promoção da saúde ou da prevenção da doença.

Os “peritos” introduzem o envolvimento do Enfermeiro em programas de identificação de situações que condicionam o desenvolvimento da criança e consideram ainda que o Enfermeiro identifica recursos disponíveis na comunidade, dinamizando

respostas que permitam o acompanhamento, correcção ou minimização de situações que comprometam o desenvolvimento da criança.

Quadro 60. Competências da área de intervenção comunitária e acção intersectorial.

Intervenção comunitária e acção intersectorial
<ul style="list-style-type: none">- Conhece as necessidades da população e da comunidade em que está inserido, estimulando-as na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;- <i>Identifica recursos disponíveis na comunidade, dinamizando respostas que permitam o acompanhamento, correcção ou minimização de situações que comprometam o desenvolvimento da criança;</i>- Participa em programas de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente em programas de identificação de situações que condicionam o desenvolvimento da criança, que respondam às necessidades sentidas pela própria população e pelos diferentes intervenientes.

Os “práticos” referem a resposta às necessidades sentidas pela própria população.

1.4. Dimensão do desenvolvimento profissional ao longo da vida

No âmbito da *prática reflexiva*, o Enfermeiro analisa de forma crítica a sua prática quotidiana, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados que presta.

Os “peritos” introduzem a competência: “reflecte de forma descentrada e partilhada sobre a sua própria acção”.

Quadro 61. Competências da área de prática reflexiva.

Prática Reflexiva
<ul style="list-style-type: none">- <i>Reflecte de forma descentrada e partilhada sobre a sua própria acção;</i>- Analisa de forma crítica a sua prática quotidiana, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados que presta.

Quanto à *investigação* o Enfermeiro identifica áreas de investigação, desenvolvendo-as para aumentar os seus conhecimentos e participa em trabalhos de investigação, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem, em particular, e da

saúde, em geral. Os “peritos” reforçam a realização de investigação pelos Enfermeiros e os “currículos” introduzem a aplicação dos resultados à prática profissional.

Quadro 62. Competências da área de investigação.

Investigação
<ul style="list-style-type: none">- Identifica áreas de investigação, desenvolvendo-as para aumentar os seus conhecimentos;- Participa em trabalhos de investigação, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem, em particular, e da saúde, em geral.- Incorpora os resultados da investigação na prática profissional.

Relativamente à formação contínua, o Enfermeiro mantém a actualização contínua dos conhecimentos, promove o desenvolvimento pessoal e profissional, através da formação contínua (autónoma e formal) e contribui para a formação de enfermeiros e de outro pessoal de saúde.

Para ambos, “peritos” e “práticos”, o Enfermeiro esforça-se no desenvolvimento próprio a nível pessoal e profissional. Os “peritos” acrescentam as capacidades de análise, interpretação e crítica.

Quadro 63. Competências da área de formação contínua.

Formação Contínua
<ul style="list-style-type: none">- <u>Esforça-se no desenvolvimento próprio a nível pessoal e profissional, nomeadamente das capacidades de análise, interpretação e crítica.</u>- Mantém a actualização contínua dos conhecimentos;- Promove o desenvolvimento pessoal e profissional, através da formação contínua;- Contribui para a formação de enfermeiros e de outro pessoal de saúde.

Na descrição do perfil a que chegámos são evidentes as modificações que foram sendo introduzidas em todas as dimensões. Essas modificações vão contribuir para acrescentar e reforçar no perfil inicial características marcadamente salutogénicas.

2. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

O perfil profissional que elaborámos com este estudo pressupõe que os enfermeiros de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, fundamentem a sua prática profissional no paradigma salutogénico. Desta forma, poderão contribuir para a sua própria capacitação e para a capacitação da criança/pais e outros intervenientes no processo de desenvolvimento, conduzindo assim ao aumento do sentido de coerência.

Nesta perspectiva, o importante contributo dado pelos informantes-chave “peritos” permitiu-nos enquadrar as suas concepções do perfil do enfermeiro comunitário nas três componentes do sentido de coerência. A observação e interpretação da realidade da criança, em si mesma e no seu contexto de vida, a análise crítica e reflexão sobre a realidade da criança e da família são características do *sentido de compreensão* do enfermeiro - ser capaz de ler e interpretar a realidade. Acreditar que a realidade pode ser melhorada e que é necessário estudar como fazê-lo e procurar recursos para melhorar a saúde das crianças, enquadra-se na capacidade de gestão - ser capaz de procurar e mobilizar recursos para intervir sobre a realidade identificada. O envolvimento na resolução dos problemas identificados e/ou na melhoria da situação, bem como, na mobilização da família e dos parceiros sociais para a resolução dos problemas das crianças, correspondem à capacidade de investimento - componente motivacional.

Os informantes-chave “práticos” (enfermeiros dos Centros de Saúde) de acordo com os resultados que obtivemos, fundamentam as suas práticas exclusivamente no paradigma patogénico. Só um dos Enfermeiros entrevistados orienta a sua prática simultaneamente pelos dois paradigmas, o que é muito relevante para a prática profissional, uma vez que os paradigmas salutogénico e patogénico são complementares em termos de intervenção. Este informante considera que o Enfermeiro deve procurar encontrar soluções para os problemas das crianças - ser capaz de procurar e mobilizar recursos para intervir sobre a realidade identificada, e motivar pais e crianças para a solução desses problemas - desejar envolver-se na modificação da realidade.

Correspondendo a prática do Enfermeiro comunitário ao processo de promoção da saúde, deverá incorporar os princípios da política de saúde para todos no século XXI da OMS²⁵, potenciando os factores saudáveis e reforçando as competências das pessoas

²⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION(1999). Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All Series*. N.º 6. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

e comunidades, sem prejuízo da complementaridade desta intervenção com o trabalho dirigido à diminuição dos factores de risco.

Os processos de trabalho de orientação salutogénica e que, portanto, conduzem ao desenvolvimento do sentido de coerência, são os processos participativos. O perfil que propomos integra as características deste processo, constituindo assim uma referência para a prática profissional dos enfermeiros e, neste sentido, para o desenvolvimento do sentido de coerência das crianças. Os informantes-chave “peritos” contribuíram para este perfil, considerando que o Enfermeiro deve ser *animador para a conscientização*, deve saber relacionar-se positivamente com a criança e com a família, deve partilhar o poder de decisão com a família e com os outros parceiros e deve saber escutar os anseios e as expectativas das famílias. O processo de trabalho participativo traduz-se numa intervenção em que sejam constantes:

1.º A animação para a conscientização, ou seja, para que as pessoas ou grupos de pessoas sejam capazes de descobrir a razão de ser das coisas e assim desencadear uma acção transformadora da realidade (Freire, 1997).

2.º A partilha do poder de decisão com a criança, a família e outros parceiros sociais. O enfermeiro é um estimulador e um dinamizador para o desenvolvimento, intervindo junto de famílias, escolas e outras estruturas da comunidade.

3.º O relacionamento positivo com a criança e a família. O enfermeiro deve saber escutar os anseios e as expectativas das famílias.

4.º O esbatimento de hierarquias na relação profissional, valorizando os saberes e opiniões dos outros e estabelecendo uma relação horizontal onde todos se assumam como “sujeitos”, ou seja, como indivíduos conscientes e capazes de agir autonomamente. O enfermeiro assume-se, assim, como um recurso para a criança, para os pais/cuidadores e para outros actores (profissionais e não profissionais) dos contextos de vida das crianças.

5.º O trabalho em equipa e intersectorial. O trabalho em equipa caracteriza-se fundamentalmente pelas relações interpessoais, entrega pessoal, unidade e pela correspondência entre os objectivos de trabalho e os objectivos de vida de cada um (Muchielli, 1975). O trabalho intersectorial envolve “todo o tipo de articulação entre serviços de sectores diferentes em programas ou actividades com interesses comuns” (Ferreira, 1988:16).

3. IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança, que elaborámos, pressupõe um currículo de formação centrado no paradigma salutogénico. Neste sentido, o processo de formação deve corresponder à capacitação dos estudantes para lidarem com a realidade (situações/problemas) e intervirem sobre ela. Esta capacitação envolve o aumento do seu sentido de coerência, que lhes permitirá um desempenho profissional futuro de acordo com o perfil de competências que elaborámos, ou seja, uma intervenção (em contexto comunitário) capacitadora das crianças, dos cuidadores e dos outros intervenientes, com o conseqüente reforço do sentido de coerência, concorrendo assim para o desenvolvimento da criança.

A abordagem por competências

Para a construção deste perfil profissional, inspirado no paradigma salutogénico, é imprescindível uma abordagem curricular por competências, que passa por uma prática pedagógica interdisciplinar, integrada e contextualizada (todos os locais onde os enfermeiros interajam com crianças: jardins-de-infância, escolas, domicílios, associações, centros de saúde, etc.), baseada na selecção de situações/oportunidades de aprendizagem diversificadas. Nesta linha de pensamento, deve ser encorajada a participação dos estudantes no seu processo de formação, sendo o formador considerado como um animador e um recurso.

De acordo com Alonso (2004), a abordagem curricular por competências corresponde a uma perspectiva integrada e relacional dos diferentes tipos de conhecimentos - declarativos, procedimentais e atitudinais - que integram a competência e implica uma organização dos currículos e dos processos pedagógicos em torno de situações, problemas, projectos ou experiências de aprendizagem profissional, que estimulem o trabalho conjunto e articulado destes conhecimentos.

Neste sentido, para o perfil que propomos, os informantes-chave “peritos” sugerem os conhecimentos *declarativos* sobre o desenvolvimento da criança e a dinâmica da família, que englobam conhecimentos relacionados com a psicologia do desenvolvimento, a pedagogia (aprendizagem, potenciar estímulos), a epidemiologia e a animação sócio-cultural (espaços lúdicos, expressões, leituras) e, ainda, conhecimentos

relacionados com os factores que influenciam o desenvolvimento da criança (alimentação, imunização, segurança, patologias). São também sugeridos os conhecimentos *procedimentais* relacionados com a capacidade de investigar e de planear cientificamente as intervenções. Como conhecimentos *atitudinais* são propostos: inspirar confiança e segurança, ser disponível, ter em conta a cultura das pessoas com quem trabalha, gostar de crianças, desejar trabalhar fora do Centro de Saúde, na comunidade, saber gerir conflitos, ser paciente e compreensivo.

Os informantes-chave “práticos”, referem os conhecimentos *declarativos* relacionados com o desenvolvimento da criança, a alimentação, as doenças mais frequentes na infância e a vacinação. Propõem ainda o conhecimento *procedimental* relacionado com a intervenção comunitária. Como conhecimentos *atitudinais* consideram: ser assertivo na relação com a criança e os pais (comunicação, sensibilidade, empatia, carinho, simpatia, inspirar confiança), gostar de crianças, ser disponível, gostar do seu trabalho, ser sensível aos problemas das crianças, ser motivado, ser persistente, ser capaz de trabalhar na comunidade fora de horas, não usar bata branca, não fazer só a rotina e estar motivado para a prevenção.

Estes conhecimentos são recursos a mobilizar para a competência, pelo que não podem ser entendidos no sentido da “educação bancária” (Freire, 1975), em que o conhecimento é depositado e que, por ser imposto, passa a ser absorvido passivamente. Por contraposição à “educação bancária”, na “educação problematizadora” existe uma relação horizontal de intercâmbio entre o professor e o estudante, exigindo-se neste intercâmbio, uma atitude de transformação da realidade identificada. Desta forma, a “educação problematizadora” é acima de tudo uma educação conscientizadora, na medida em que além de identificar a realidade, procura transformá-la (Freire, 1975).

A criação de situações/problemas diversificadas

No estudo de problemas o estudante aprende a colocar ou a reconhecer um problema, mas é o professor que é o responsável pela colocação do formando na situação/problema, aspecto que mantém uma certa directividade modelante (Lesne, 1984). A aprendizagem por situações/problemas pressupõe estar incluído numa realidade que lhe dê sentido e não criada através de uma realidade artificial e

descontextualizada (Perrenoud, 1999). Constituem, assim, oportunidades para que os estudantes, na expressão de Paulo Freire (1975), “estejam sendo²⁶”.

Neste sentido, quanto mais se articula o conhecimento com o contexto real, mais os estudantes se sentirão desafiados a procurar respostas, e conseqüentemente quanto mais estimulados, mais serão levados a um estado de consciência crítica e transformadora da realidade. Esta relação dialéctica é cada vez mais incorporada na medida em que, professores e estudantes se fazem sujeitos do seu processo.

Os processos pedagógicos

A participação, a discussão e a problematização da realidade vivenciada pelos formandos devem integrar os processos de formação de enfermeiros. Para isso, é necessário disponibilidade para o diálogo, para o intercâmbio, num contexto em que professores e estudantes aprendem e crescem na diferença e, sobretudo, no respeito pela diferença. A partir da discussão, do intercâmbio e da problematização das vivências e realidades, os formandos abandonam a sua postura submissa para a participação na construção/reconstrução do conhecimento. Estas metodologias, designadas como participativas, incluem a partilha do poder, um ambiente relacional positivo, a cooperação, a aprendizagem por pesquisa e reflexão, etc. O formador será dinamizador da acção, recurso e apoio, assumindo-se como um facilitador das experiências.

Os resultados da formação

Os resultados da formação devem corresponder ao desenvolvimento das competências de observar para entender a realidade (situações/problemas), de procurar e utilizar recursos para intervir e de desejar envolver-se na modificação da realidade, ou seja, ao aumento do sentido de coerência dos estudantes.

No entanto, para o sucesso ou fracasso da inovação, quando se introduzem formas diferentes de trabalhar, é determinante o tipo de cultura e organização escolar dominante. A inovação na continuidade é mais facilitada do que a inovação em ruptura. Nesta perspectiva, consideramos fundamental que as Escolas Superiores de Saúde/Enfermagem sejam Salutogénicas.

²⁶ A palavra "estar" dá um significado dinâmico, de processo, de evolução, ao "ser" cuja conotação é estática.

Para uma Escola Formadora de Enfermeiros Salutogénica

De acordo com o que foi anteriormente dito, a escola deve contribuir para o aumento do sentido de coerência dos estudantes e para o aumento do sentido de coerência das crianças, ou seja ter características salutogénicas. Os princípios inerentes ao programa lançado pela OMS, “Universidades Promotoras de Saúde”²⁷ enquadram-se nesta perspectiva.

Para que as instituições do ensino superior integrem este programa devem, entre outras características, demonstrar um claro compromisso com a saúde, sustentabilidade e equidade, assim como igualdade de oportunidades em todas as áreas da sua actividade, proporcionar contextos para que todos desenvolvam as suas capacidades pessoais, sentindo-se úteis, saudáveis, preparados para a vida, incluindo a consciência de uma cidadania global e responsável e promover um elevado nível de participação dos estudantes, dos professores e dos restantes elementos da comunidade educativa, nas decisões que afectem a sua aprendizagem, o seu trabalho e o seu papel na sociedade. Este programa fundamenta-se na filosofia e nos princípios da Carta de Ottawa, “Saúde para todos no século XXI” e “Agenda 21”, nomeadamente no que se refere aos conceitos centrais de participação, equidade, sustentabilidade e solidariedade. Nesta perspectiva, a formação facilita o desenvolvimento pessoal e social, capacitando os estudantes e outro pessoal para descobrirem e explorarem todo o seu potencial.

Uma instituição de ensino superior promotora de saúde rejeita a ideia de que a promoção da saúde envolve a persuasão das pessoas para adoptarem certos comportamentos saudáveis. Nesta perspectiva, tendo por base a Carta de Ottawa (1986) e a Carta de Bangkok (2005), procura desenvolver uma política adequada ao contexto, criando ambientes de suporte, que capacite os estudantes para aprender, para explorar possibilidades, experimentar e fazer escolhas conscientes. Deste modo, integra na política e no planeamento institucional formas de aumentar a participação e a transparência dos processos de decisão.

As escolas formam enfermeiros que são ou serão profissionais e que, pelo seu mandato social, podem contribuir para o aumento do sentido de coerência das crianças, contribuindo, deste modo, para uma sociedade mais saudável, nomeadamente através de:

²⁷ TSOUROS, A. ; DOWDING, G. ; DOORIS, M. (1998). Strategic framework for the health promoting universities project. In World Health Organization. *Health Promoting Universities: concept, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (pp. 121-137).

- Criação de um ambiente de trabalho positivo favorecedor do desenvolvimento das potencialidades de toda a comunidade escolar.

- Organização de um processo educativo favorecedor da promoção da saúde, ou seja, que capacite os estudantes para a vida (profissional e/ou pessoal), para controlarem a sua saúde e, assim, desenvolverem todo o seu potencial, dentro e fora do trabalho, como indivíduos, cidadãos e membros da comunidade.

- Dinamização, pelo ensino e investigação, dos processos participativos junto dos enfermeiros dos Centros de Saúde, para assim, contribuir para o desenvolvimento da criança.

4. REFLEXÃO FINAL

A problemática da saúde das populações tem vindo a preocupar-nos, nomeadamente nos aspectos que dizem respeito ao papel a desempenhar pelos Centros de Saúde e, em particular, pelos enfermeiros para a elevação do nível de saúde das pessoas e das comunidades. De todos os sectores da sociedade, o sector da saúde representa o primeiro e o principal ponto de contacto dos futuros pais e das famílias com crianças de tenra idade. O desenvolvimento da criança surge assim como uma área nuclear, para a qual contribuem o perfil de desempenho do enfermeiro e o respectivo currículo de formação.

Nesta perspectiva, questionámo-nos sobre qual o perfil do Enfermeiro que desempenha funções em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança. Com este estudo elaborámos um perfil integrado resultante dos contributos dos documentos normativos - referenciais e abordagens, dos informantes-chave “peritos” e “práticos” e dos currículos de formação. Este perfil apresenta características marcadamente salutogénicas, pelo que consideramos que é o mais favorecedor do desenvolvimento da criança.

No início do estudo questionámo-nos sobre se os processos de trabalho destes profissionais seriam de orientação salutogénica, ou seja, se seriam os mais favorecedores do desenvolvimento e da capacitação das pessoas e das comunidades. Verificámos que as concepções dos informantes-chave “práticos” - enfermeiros que exercem funções nos Centros de Saúde - se enquadram quase na sua totalidade no paradigma patogénico.

Não se verificaram referências ao processo de trabalho participativo por parte dos informantes-chave “práticos”, o que parece indiciar a dificuldade em integrar na prática profissional o conceito de promoção da saúde, traduzida em processos de trabalho de tipo paternalista e/ou autoritário, por contraposição aos processos participativos, favorecedores do desenvolvimento das pessoas e das comunidades.

Este quadro representa o prenúncio da necessidade de mudança de velhos conceitos e processos de trabalho, que prevalecem ainda no pensamento e na acção de muitos profissionais de saúde.

Nas escolas formadoras de enfermeiros também se fazem sentir estas dificuldades. Relativamente à questão que colocámos, sobre se os currículos de formação profissional serão os mais adequados ao desenvolvimento do perfil que elaborámos, não nos foi possível respondê-la uma vez que não estudámos o currículo em acção. No entanto, um estudo publicado recentemente evidencia uma dicotomia entre o que os docentes de enfermagem querem e o que fazem na prática, entre considerar a inovação e o estudante como actor da sua formação e defender a continuidade do papel passivo do estudante (Marques, 2005).

Parece serem ainda predominantes práticas formativas assentes na exposição de conhecimentos pelo professor (mesmo que bem seriados e seleccionados numa ordem lógica) e no exercício da memorização para as provas de avaliação, por parte do estudante. Desta forma, os conhecimentos, entendidos como recursos a mobilizar para a competência, não são adequadamente interiorizados e apropriados.

Todos os currículos de formação de enfermeiros devem integrar os dois paradigmas de intervenção, pois consideram-se complementares em termos de prática profissional.

É fundamental a mudança nas metodologias que ainda predominam nas nossas escolas, estimulando a participação de todos os alunos, no sentido do desenvolvimento das suas potencialidades.

No momento em que concluímos este trabalho, decorre na comunidade académica um grande debate sobre a implementação do “Processo de Bolonha”, o que, na nossa perspectiva, é uma importante oportunidade para alterar esta situação. Tendo consciência que não é possível nem desejável modificar radicalmente uma escola em curto espaço de tempo, é indispensável decidirmo-nos a implementar a mudança.

Quando iniciámos o presente trabalho, em 2001, ainda não existia um perfil definido para o Enfermeiro. Esta situação despertou-nos um interesse especial para um

estudo que permitisse a sua elaboração, tendo por base várias fontes de informação. Provavelmente, se a conclusão do estudo se tivesse verificado no prazo inicialmente previsto, os resultados fossem de maior relevância para a profissão de enfermagem. Contudo, o perfil adoptado é um perfil geral, enquanto o perfil que propomos é um perfil de desempenho num contexto específico (comunitário), num âmbito específico (desenvolvimento da criança) e centrado no paradigma salutogénico. Neste sentido, o perfil que propomos possibilita o reforço do sentido de coerência em si mesmo e nas pessoas (profissionais e população) com quem trabalha.

Não estando muito divulgado em Portugal, o paradigma salutogénico tem vindo a ser utilizado por investigadores e profissionais de diversas áreas, principalmente em países com elevados índices de desenvolvimento humano. Os resultados de estudos empíricos, que envolveram o sentido de coerência, levaram à sua introdução nas recomendações estratégicas da “saúde para todos no século XXI “ da OMS.

O conhecimento que este trabalho de investigação nos proporcionou permitir-nos-á responder de modo mais informado, crítico e adequado aos desafios que os processos de formação de enfermeiros certamente nos irão colocar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, R.; WU, M. (eds.) (2002). *PISA 2000 Technical Report*. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD).
- ALONSO, L. (1995). Desenvolvimento curricular e projecto educativo de escola. *In Ciências da Educação: investigação e acção*. Actas do II Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. 2.º Vol. Braga: Universidade do Minho, pp. 139-153.
- ALONSO, L. (2000_a). A construção social do currículo: uma abordagem ecológica e praxica. *Revista de Educação – Departamento de Educação da F. C. da Universidade de Lisboa*, Vol. IX, N.º 1, pp. 53-68.
- ALONSO, L. (2000_b). Desenvolvimento curricular, profissional e organizacional: uma perspectiva integradora de mudança. *Revista Território Educativo*, N.º 7, pp. 33-42.
- ALONSO, L. (2000_c). A construção de um referencial de competências-chave para a cidadania e a empregabilidade. *Saber Mais – Revista para o desenvolvimento da educação e formação de adultos*, 5, pp. 20-27.
- ALONSO, L. (2002). Para uma teoria compreensiva sobre integração curricular: o contributo do projecto “PROCUR”. *Revista Infância e Educação*. Investigação e Prática, 5, pp. 62-88.
- ALONSO, L. (2004_a). Reorganização curricular do ensino básico: potencialidades e implicações de uma abordagem por competências. *In Actas do I Encontro de Professores do Pré-escolar e 1.º Ciclo do Ensino Básico*. Porto: Areal Editores (no prelo)
- ALONSO, L. (2004_b). *A construção de um paradigma curricular integrador*. (texto policopiado). Braga: Universidade do Minho.
- ANTONOVSKY, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A. (1990). *Studying Health Vs. Studying Disease*. Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy. Berlin, 19 February. Retrieved [2002-04-02] from <http://www.angelfire.com/OK/SOC/aberlim.html>

- ANTONOVSKY, A. (1991). The implications of Salutogenesis: An Outsider's View. Colloquium on *Cognitive Coping in Families with a Member with a Development Disability*. Lawrence, Kansas, 5-6 June. Retrieved [2002-04-02] from <http://www.angelfire.com/OK/SOC/akansas.html>
- ANTONOVSKY, A. (1991). The salutogenic approach to family system health: promise and danger. European Congress on *Mental Health in European Families*. Prague, 5-8 May. Retrieved [2002-04-02] from <http://www.angelfire.com/OK/SOC/agolem.html>
- ANTONOVSKY, A. (1993_a). The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspective. *Social Science and Medicine*, 36, pp. 3-20.
- ANTONOVSKY, A. (1993_b). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36, pp. 21-39.
- ANTONOVSKY, A. (1993_c). *Some salutogenic words of Wisdom to the Conferees*. Goteborg, Nordiska Halsovardshogskolan. Retrieved [2002-04-02] from <http://www.angelfire.com/OK/SOC/agoteborg.html>
- ANTONOVSKY, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 1, pp. 13-17.
- BARDIN, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BARHS *et al* (2003). Salutogenesis in general practice: how to use the potential of doctor-patient-communication to promote health. 2.nd Conference on *Making Sense of: Health, Illness and Disease*. Oxford, St. Hilda's College, July 14th – 17th. pp.1-7. Retrieved [2004-08-12] from: <http://www.inter-disciplinary.net/Kalitzkus%20paper.pdf>
- BENGEL, J. ; STRTTMATTER, R. ; WILLMANN, H. (1999). What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. *Research and Practice of Health Promotion*, Vol. 4. Cologne: Federal Centre for Health Education.
- BENTO, Conceição (2001). Aprender a ser enfermeiro: que modelos de formação. *Revista Sinais Vitais*, 34, pp. 25-29.
- BOGDAN, R.; BILKEN, S. (1994) *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BRANCO, M. J.; NUNES, B. (2003). *Uma observação sobre aleitamento materno – Relatório*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde.

- CABRAL, M. (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- CAELLI, K.; RAY, L.; MILL, J. (2003). 'Clear as mud': Toward greater clarity in generic qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(2). Article 1. Retrieved [2004-06-25] from:
<http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/pdf/caellietal.pdf>
- CAIPE (2001). *Visando uma abordagem europeia para um treinamento intensivo das profissões ligadas à saúde no século XXI*. Londres: Centro do Reino Unido para o Progresso da Formação Interprofissional.
- CAREY, S. (ed.) et al (2000). *Measuring adult literacy. The international adult literacy survey (IALS) in the European context*. London: ONS.
- COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COMISSÃO EUROPEIA (1992). *Recomendação sobre as linhas de orientação para o ensino dos Cuidados de Saúde Primários no âmbito da formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais*. Bruxelas: Comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem.
- COMISSÃO EUROPEIA (1997). *Relatório e recomendações sobre a formação dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia*. Bruxelas: Comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem.
- COMISSÃO EUROPEIA (1998). *Relatório e recomendações sobre a formação dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia*. Bruxelas: Comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem.
- COSTA, M. A. (1999). Reflectindo... Sobre o Ensino de Enfermagem! *Revista Sinais Vitais*, 27, pp. 11-16.
- COSTA, Maria Arminda Mendes (1999). Reflectindo... sobre o ensino de enfermagem! *Revista Sinais Vitais*, 27 (Novembro), pp. 11-16.
- COUNCIL OF EUROPE (1995). *Report on the role and education of nurses*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- COWAN, M. (1999). A saúde da criança. In M. Stanhope e J. Lancaster. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (4.^a ed) Lisboa: Lusociência. .)(pp. 567-591)
- COWLEY, S.; BILLINGS, R. (1999). Resources revisited: salutogenesis from a lay perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), pp. 994-1004.

- CURRIE, C. *et al* (ed.) (2004). *Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, 4, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- DEJOURS, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo. 14 (54), pp. 7-11.
- DUBOULOZ, Claire-Jehanne (1999). Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In Marie-Fabienne Fortin (ed.). *O processo de investigação: da concepção à realização*. pp. 305-320.
- EMMONS, K. M. *et al* (2001). Intervention and Policy Issues Related to Children's Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *Preventive Medicine*, Vol. 32 (4), pp. 321-331.
- ENGEL, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- ENGLAND, M ; ARTINIAN, B (1996). Salutogenic psychosocial nursing practice. *Journal of holistic nursing*, 14 (3), pp. 174-195.
- EUROPEAN UNION (2003). *Health in Europe: Results from 1997-2000 Surveys. 2003 Edition*. Detailed tables. Theme 3 - Population and social conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EUROPEAN UNION (2004). *The social situation in the European Union 2004*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- FERREIRA, C. (1986). Assistência Social Portuguesa: Apontamentos sobre a sua história, seus princípios e sua organização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4 (1/2), pp. 39-50.
- FERREIRA, A. C. (1988). Colaboração intersectorial e participação da comunidade na promoção do bem-estar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6, pp. 15-28.
- FERREIRA, F. G. (1990_a). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FERREIRA, F. G. (1990_b). *Moderna Saúde Pública* (6^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FLICK, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S. L.
- FORTIN, Marie-Fabienne (ed.). (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, J.; VISSANDJÉE, B. (1999). A investigação científica. In Marie-Fabienne Fortin (ed.). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda, pp. 15-24.
- FREIRE, P. (1975). *Pedagogia do oprimido*. (2.^a ed.) Porto: Afrontamento.
- FREIRE, P. (1997). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- GADOTTI, M. [Org.] (1997). *Paulo Freire: uma biografia*. São Paulo: Cortez Editora e Instituto Paulo Freire.
- GIL PIÉDROLA, *et al* (1988). *Medicina preventiva y salud pública*. (8.^a ed.). Barcelona: Salvat Editores.
- GIMENO SACRISTAN, J. (1988). *El currículo: una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Ediciones Morata S. A.
- GOMES, M. C. *et al* (2002). Novas análises dos níveis de literacia em Portugal: comparações diacrónicas e internacionais. *Actas do IV Congresso Português de Sociologia: Passados recentes, futuros próximos*. Coimbra: Associação Portuguesa de Sociologia.
- GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. Isabel (2000). *Evolução da prática e do ensino da enfermagem em Portugal*. Lisboa: Luís Graça. Acedido em [2002-07-01] em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos62.html>
- GREENE, W. H.; SIMONS-MORTON, B. G. (1988). *Education para la salud*. México: Interamericana McGraw-Hill.
- GRØHOLT, E. K. *et al* (2003). Is parental sense of coherence associated with child health? *European Journal of Public Health*, 13, pp. 195-201.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- LE BOTERF, G. (1994). Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. *Formar*, 10, pp. 40-46.
- LE BOTERF, G. (1995). *De la compétence*. 3.^a Ed. Paris: Les Editions d' Organization.
- LE BOTERF, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Editions d' Organization.
- LE BOTERF, G. (1998). Évaluer les compétences: Quels jugements? Quels critères? Quelles instances? *Education Permanente*, 135, pp. 143-151.

- LE BOTERF, G. (2000). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3.^a Ed. São Paulo: Artmed.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. (1977). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- LESNE, M. (1977). *Trabalho pedagógico e formação de adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- LINCOLN, Y. S. ; GUBA, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills CA: Sage.
- LINDSTRÖM, B.; ERIKSSON, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, pp. 440-442.
- LONG, S. I. (2001). *Occupational stress in men and women: a comparative study of coping resources*. Master's Dissertation. Rand Afrikaans University. Retrieved [2004-02-06] from <http://o-etd.uj.ac.za.raulib.ran.ac.za>.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo, Editora Pedagógica e universitária.
- MARQUES, M. F. M. (2005). Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de Enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de Enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 5, pp. 153-171.
- MATOS, M *et al* (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições Faculdade de Motricidade Humana.
- MCALLISTER, M.; ESTEFAN, A. (2002). Principles and strategies for teaching therapeutic responses to self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, pp. 573-583.
- McCAIN, M. N. ; MUSTARD, J. F. (1999) Learning begins before birth : how the early years influence human health and development. “*Early Years Study: Reversing the Real Brain Drain*”. Toronto: Government of Ontario / The Founder's Network. Retrieved [2004-08-24] from:
<http://www.eldis.org/static/DOC16966.htm>
- McISAAC, S. J. ; WILKINSON, R. G. (1997) Income distribution and cause-specific mortality. *European Journal of Public Health*, 7, pp. 45-53.
- MELLO, M. L.; BARRIAS, J. C. ; BREDÁ, J. J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- MELLO, M. L.; PINTO, A. (1997). Álcool e gravidez. *Boletim Informativo do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*, 3, 13-17.

- MERRIAM, Sharan B. (2002). *Qualitative research in practice: examples for discussion and analysis*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MEYER, D. (1995). A formação da enfermeira na perspectiva do género: uma abordagem sócio-histórica. In V. Waldow, M. Lopes e D. Meyer. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a prática e a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 63-77.
- MONTEIRO, M.; SANTOS, M. (1993). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.
- MUCCHIELLI, R. (1975). *Le travail en équipe*. Paris: Entreprise Moderne d'Édition.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Centro para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários – Gabinete das Nações Unidas de Viena (2003). *Estratégias de combate à violência doméstica: manual de recursos*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- NAVARRO, M. F. (1990). Reflectindo sobre a formação post-graduada em saúde escolar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, pp. 77-83.
- NAVARRO, M. F. (1995). Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, pp. 77-83.
- NAVARRO, M. F. (1997_a). *Escola Promotora de Saúde*. (texto policopiado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. 2º. Curso de Mestrado em Promoção / Educação para a Saúde.
- NAVARRO, M. F. (1997_b). *Serviços de Saúde Promotores de Saúde*. (texto policopiado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. 2º. Curso de Mestrado em Promoção / Educação para a Saúde.
- NAVARRO, M. F. (1999). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso, *et al* (orgs.). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, pp. 13-28.
- NILSSON, L.; LINDSTRÖM, B. (1998). Learning as a health promoting process: the salutogenic interpretation of the Swedish curricula in state education. *The electronic journal of the International Union for Health Promotion and Education*, Article n.º 14. Retrieved [2001-11-20] from:
<http://www.rhpeo.org/ijhp-articles/1998/14/index.htm>
- NOGUEIRA, M. (1990). *História da Enfermagem* (2.ª ed.). Porto: Edições Salesianas.
- NUNES, L. S. (2002). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. *Actas do IV Congresso Português de Sociologia*:

- Passados recentes, futuros próximos*. Coimbra: Associação Portuguesa de Sociologia (Edição em CD).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1978). *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTÉ (1986). *Charte D'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa: Association Canadienne de Santé Publique.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1995). *A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTÉ (1999). *Santé21: la politique-cadre de la santé pour tous pour la région européenne de l'OMS*. Copenhague: Bureau régional de l'Europe.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). *Saúde21: saúde para todos no século XXI, uma introdução*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1989). *Convenção sobre os direitos da criança*. [em linha]. Braga: Centro de Documentação e Informação Sobre a Criança. Acedido em [2003-10-20] em:
<http://www.iec.uminho.pt/cedic/convenc/dircri.htm>
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Centro para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários – Gabinete das Nações Unidas de Viena (2003). *Estratégias de combate à violência doméstica: manual de recursos*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). *Rede de Cuidados de Saúde Primários – Modelos de Gestão dos Centros de Saúde: Aspectos a serem respeitados, independentemente da figura jurídica que a gestão possa assumir*. Lisboa: Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros N.º 13, Julho, pp.9-12.
- ORDEM DOS FARMACÊUTICOS (2002). *O que os portugueses pensam dos serviços de saúde*. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. (1981). *O mundo da criança: da infância à adolescência*. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil.

- PEREIRA, T. Q. (1998). *As exigências do exercício da profissão de enfermeiro e a organização da educação em enfermagem, em articulação com as alterações ao sistema de ensino superior politécnico - Parecer técnico* (documento policopiado). Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- PERRENOUD, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PERRENOUD, P. (2001). *Porquê construir competências a partir da escola? Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades*. Colecção Cadernos do CRIAP. Porto: Asa Editores.
- PIRES, A. L. O. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*. Lisboa, n.º 10 pp. 4-19.
- PIRES, A. L. O. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PORTUGAL (1992). *Constituição da República Portuguesa: 2.ª Revisão – 1989*. Lisboa: Texto Editora.
- PORTUGAL. Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior (2003). *Evolução do número de diplomados no ensino superior (1996-2002)*. Lisboa: Observatório da Ciência e do Ensino Superior, Direcção de Serviços de Estatística e Indicadores.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (1997). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. (2004). *Centros de Saúde e Hospitais: recursos e produção do SNS 2002*. Lisboa: Direcção de Serviços de Informação e Análise. Divisão de Estatística.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (1996). *Saúde Escolar: Programa Tipo*. Lisboa: Divisão de Saúde Escolar.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação. Orientações Técnicas n.º 12*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- PORTUGAL. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. (1989). Crescimento e maturação dos 0-18 anos. *Orientações Técnicas n.º1*. Lisboa: Divisão de Documentação e Divulgação.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. (2004). *Dia internacional da erradicação da pobreza*. Lisboa: Autor.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (2004). *Estatísticas demográficas 2003*. Lisboa: Autor.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística (2005). *Dia mundial da criança - 2005*. Lisboa: Autor.
- PORTUGAL. Ministério da Educação (2003). *Insucesso e abandono escolares em Portugal*. Lisboa: Gabinete do Ministro da Educação. Acedido em [2005-09-15] em: <http://www.min-edu.pt/Scripts/ASP/destaque/estudo01/docs/sintese.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Avaliação do Ensino Superior (2000). *Processo de Avaliação - Ensino Politécnico – Guião de Auto-avaliação*. Lisboa.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2001_a). *Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999, Continente, Dados Gerais*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2001_b). Programa Nacional de Vacinação. *Orientações Técnicas n.º 10*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Divisão de Doenças Transmissíveis.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal: ponto de situação – Relatório do Director Geral e Alto-comissário da Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004_a). *Estatísticas de morbilidade hospitalar do SNS/2000-2001*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Direcção de Serviços de Informação e análise, Divisão de Estatística.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004_b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume I – Prioridades*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004_c). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume II – Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004_d). *Plano de Acção para a Saúde 2004: Áreas prioritárias*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2005_a). *Portugal Saúde: indicadores básicos 2002*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2005_b). *Elementos estatísticos - Informação geral – Saúde 2002*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Direcção de Serviços de Informação e análise, Divisão de Estatística.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2005_c). *Estatísticas: natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal 1999/2003*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Direcção de Serviços de Informação e análise, Divisão de Estatística.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (1998). *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998-2002*. (documento para discussão). Lisboa: M. S.
- QUALITY ASSURANCE AGENCY FOR HIGHER EDUCATION (2001). *Benchmark Statement: Health Care Programmes – Phase 1 – Nursing*. Gloucester. Retrieved [2004-07-10] from:
<http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/benchmark/health/nursing.pdf>
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RIBEIRO, A. C. (1995). *Desenvolvimento curricular* (5.^a ed.). Lisboa: Texto Editora.
- SAILLANT, F.; ROUSSEAU, N. (1999). Abordagens de investigação qualitativa. In Fortin, Marie-Fabienne. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda, pp. 148-160.
- SARMENTO, M. J. *et al* (1997). A escola e o trabalho em tempos cruzados. In Pinto, M.; Sarmento, M. J. (Org.). *As crianças - contextos e identidades*. Braga: Centro de Estudos da Criança, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, pp. 267-293.
- SARMENTO, M. J.; BANDEIRA, A.; DORES, R. (2000). *Trabalho domiciliário infantil: um estudo de caso no Vale do Ave*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- SARMENTO, M. J.; PINTO, M. (1997). As crianças e a infância: definindo conceitos, delimitando o campo. In Pinto, M.; Sarmento, M. J. (Org.). *As crianças - contextos e identidades*. Braga: Centro de Estudos da Criança, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, pp. 7-30).

- SOARES, I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca: contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: Educa – Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- SOUSA, M. D. (1983). Evolução do Ensino de Enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos. *Revista Servir*, 31 (2), pp. 89-102.
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4.^a ed. Lisboa: Lusociência.
- STANHOPE, Márcia (1999). Teorias e desenvolvimento familiar. In Stanhope, M. ; Lancaster, J. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (4.^a ed.). Lisboa: Lusociência, pp. 491-515.
- STRAUSS, A. ; CORBIN, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory. procedures and techniques*. London: Sage.
- STRAUSS, A. ; CORBIN, J. (1994). Grounded theory methodology: an overview. In N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Orgs.) *Handbook of Qualitative Research*, London: Sage Publications, pp. 273-285.
- STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- SULLIVAN, G. (1989). Evaluating Antonovsky's Salutogenic Model for its adaptability to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14, pp. 336-342.
- SULLIVAN, G. (1993). Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*, 18, pp. 1772-1778.
- TAYLOR, J. (2004). Salutogenesis as a framework for child protection: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (6), pp. 633-643.
- THOMPSON, E. D.; ASHWILL, J. W. (1996). *Uma introdução à enfermagem pediátrica*. (6.^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- TOUPIN, L. (1999). Les facettes de la compétence. *Sciences Humaines*, Hors Série n.º 24, pp. 44-47.
- TSOUROS, A ; DOWDING, G ; DOORIS, M (1998). Strategic framework for the health promoting universities project. In WHO . *Health Promoting Universities: concept, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (pp. 121-137).
- UNION EUROPÉENNE (2003_a). *Statistiques de la santé : chiffres clés sur la santé 2002, Données 1970-2001*. Édition 2002. Panorama de L'Union européenne,

- Thème 3 - Population et conditions sociales. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes.
- UNION EUROPÉENNE (2003_b). *L'état de santé de la population dans l'Union européenne : réduire les écarts de santé*. Santé Publique, Santé et protection des consommateurs. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes.
- UNITED NATIONS (2004). *Human development report 2004 - Cultural liberty in today's diverse world*. Washington, DC: United Nations Development Programme.
- UNITED NATIONS (2005). *Human development report 2005 – International cooperation at a crossroad: aid, trade and security in a unequal world*. Washington, DC: United Nations Development Programme.
- VOLANEN, S. *et al* (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and woman. *European Journal of Public Health*, 3, pp. 322-329.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996). *Health interview survey: towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: World Health Organization Regional Publications European Series n.º 58.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999_a). Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All Series n.º 6*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999_b). *Tobacco Free Initiative - International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health – Consultation Report*. Geneva: World Health Organization, Division of Noncommunicable Diseases. 11-14 January 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *Munich declaration – Nurses and Midwives: a force for health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalize World*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- ZABALZA, M. A. (2000). *Planificação e desenvolvimento curricular na escola*. 5.^a ed. Colecção Perspectivas Actuais. Porto: Edições ASA.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA E OUTROS DOCUMENTOS

PORTUGAL. *Decreto-lei n.º 104/98*. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Diário da República. N.º 93. I Série-A. 21 de Abril.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 156/99*. Regime dos Sistemas Locais de Saúde. Lisboa: Diário da República. N.º 108. I Série-A. 10 de Maio.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 157/99*. Regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde. Lisboa: Diário da República. N.º 108. I Série-A. 10 de Maio.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 161/96*. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Diário da República. N.º 205. I Série-A. 4 de Setembro.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 320/87*. Transpõe para o direito interno a Directiva n.º 77/453/CEE, relativa à formação dos enfermeiros responsáveis. Lisboa: Diário da República. N.º 196. I Série-A. 27 de Agosto.

PORTUGAL. *Decreto-lei n.º 353/99*. Aprova as regras gerais a que fica subordinado o ensino de enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. Diário da República. N.º 206. I Série-A. 3 de Setembro.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 412/98*. Reestruturação da Carreira de Enfermagem. Lisboa: Diário da República. N.º 300. I Série-A. 30 de Dezembro.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 413/71*. Organização do Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa: Diário do Governo. 27 de Setembro.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 414/71*. Organização do regime de carreiras profissionais. Lisboa: Diário do Governo. 27 de Setembro.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 42/2005*. Princípios reguladores de instrumentos para a criação do espaço europeu de ensino superior. Lisboa: Diário da República. N.º 37. I Série-A. 22 de Fevereiro.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 437/91*. Carreira de Enfermagem. Lisboa: Diário da República. N.º 257. I Série-A. 8 de Novembro.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 480/88*. Integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional a nível do ensino superior politécnico. Lisboa: Diário da República. N.º 295. I Série. 23 de Dezembro.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 60/2003*. Rede de Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Diário da República. N.º 77. I Série-A. 1 de Abril.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 74/2006*. Novo modelo de organização do ensino superior. Lisboa: Diário da República. N.º 60. I Série-A. 24 de Março.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 88/2005*. Repõe em vigor o regime jurídico criado pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. Lisboa: Diário da República. N.º 107. I Série-A. 3 de Junho.

PORTUGAL. *Decreto-Lei n.º 99/2001*. Reorganiza a rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde. Lisboa: Diário da República. N.º 74. I Série-A. 28 de Março.

PORTUGAL. *Despacho n.º 10543/2005*. Normas técnicas para a apresentação das estruturas curriculares e dos planos de estudos dos cursos superiores e sua publicação. Lisboa: Diário da República. N.º 91. II Série. 11 de Maio.

PORTUGAL. *Despacho n.º 4570/2005*. Aprova o novo plano nacional de vacinação e respectivo calendário de imunização universal de rotina. Lisboa: Diário da República. N.º 43. II Série. 2 de Março.

PORTUGAL. *Despacho n.º 8707/1999*. Aprova o novo plano nacional de vacinação. Lisboa: Diário da República. N.º 102. II Série. 3 de Maio.

PORTUGAL. *Despacho n.º 4570/2005*. Aprova o novo plano nacional de vacinação. Lisboa: Diário da República. N.º 43. II Série. 2 de Março.

PORTUGAL. *Despacho normativo n.º 97/83*. Regulamento dos Centros de Saúde. Lisboa: Diário da República. N.º 93. I Série. 22 de Abril.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (1976). *Curso de Enfermagem*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

PORTUGAL. *Lei n.º 115/97*. “DR I Série A”. Alteração á Lei de Bases do Sistema Educativo. Lisboa: Diário da República. N.º 217. I Série-A. 19 de Setembro.

PORTUGAL. *Lei n.º 46/86*. Lei de Bases do Sistema Educativo. Lisboa: Diário da República. N.º 237. I Série-A. 14 de Outubro.

PORTUGAL. *Lei n.º 49/2005*. Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo. Lisboa: Diário da República. N.º 166. I Série-A. 30 de Agosto.

PORTUGAL. *Portaria n.º 195/90*, de 17 de Março. Regulamenta o Curso de Bacharelato em Enfermagem. Diário da República. N.º 64. I Série. 17 de Março.

PORTUGAL. *Portaria n.º 799-D/99*. Regulamenta o Curso de Licenciatura em Enfermagem. Diário da República. N.º 219. I Série-B. 18 de Setembro.

- PORTUGAL. *Portaria n.º 799-E/99*. Regulamenta o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Diário da República. N.º 219. I Série-B. 18 de Setembro
- PORTUGAL. *Portaria n.º 799-F/99*. Regulamenta o Ano Complementar de Formação em Enfermagem. Diário da República. N.º 219. I Série-B. 18 de Setembro
- PORTUGAL. *Portaria n.º 799-G/99*. Diário da República. N.º 219. I Série-B. 18 de Setembro
- PORTUGAL. *Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98*. Diário da República. N.º 280. I Série-B. 4 de Dezembro.
- UNIÃO EUROPEIA. *Directiva n.º 77/453/CEE*, de 27 de Junho de 1977. JO, n.º L 76, de 15 de Julho de 1977.
- UNIÃO EUROPEIA. *Directiva n.º 89/595/CEE*, de 10 de Outubro de 1989. JO, n.º L 341, de 23 de Novembro de 1989.
- UNIÃO EUROPEIA. *Directiva n.º 90/658/CEE*, de 17 de Dezembro. JO, n.º L353, de 17 de Dezembro de 1990.
- TOWARDS THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA (2001). Communiqué of the meeting of European Ministers in charge of Higher Education. Prague, May 19th.
- COMUNICADO DE BERLIM (2003). Conferência de Ministros responsáveis pelo Ensino Superior, Berlim, Setembro.
- SORBONNE – DÉCLARATION CONJOINTE (1998), Paris, le 25 mai.
- BOLOGNA DECLARATION (1999), 19 June.
- THE MAGNA CHARTA OF UNIVERSITY (1988), Bolonha, 18 September.

ANEXOS

ANEXO 1

Relação dos documentos analisados

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS ANALISADOS

1 - NORMATIVOS

Documentos Legislativos

PORTUGAL. **Decreto-lei n.º 437/91.** Carreira de Enfermagem. Lisboa: Diário da República. N.º 257. I Série-A. 8 de Novembro, p. 5723-41.

PORTUGAL. **Decreto-Lei n.º 161/96.** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Diário da República. N.º 205. I Série-A. 4 de Setembro, p.2959-62.

PORTUGAL. **Decreto-lei n.º 412/98.** Reestruturação da Carreira de Enfermagem. Lisboa: Diário da República. N.º 300. I Série-A. 30 de Dezembro, p.7257-64.

PORTUGAL. **Decreto-lei n.º 104/98.** Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Diário da República. N.º 93. I Série-A. 21 de Abril, p.1739-57.

Programas da Direcção Geral de Saúde

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar (1996). **Saúde Escolar: Programa Tipo.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2002). **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação. Orientações Técnicas n.º 12.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

2 - REFERENCIAIS

Recomendação

COMISSÃO EUROPEIA. (1992). **Recomendação sobre as linhas de orientação para o ensino dos Cuidados de Saúde Primários no âmbito da formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais.** Bruxelas: Comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem.

Relatórios

COUNCIL OF EUROPE (1995). **Report on the role and education of nurses.** Strasbourg: Council of Europe Publishing.

COMISSÃO EUROPEIA. (1997). **Relatório e recomendações sobre a formação dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia.** Bruxelas: Comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem.

COMISSÃO EUROPEIA. (1998). **Relatório e recomendações sobre a formação dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais na União Europeia.** Bruxelas: Comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem.

Parecer Técnico

PEREIRA, Teresa Quintão (1998). **As exigências do exercício da profissão de enfermeiro e a organização da educação em enfermagem, em articulação com as alterações ao sistema de ensino superior politécnico - Parecer técnico** (documento policopiado). Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

“Guideline”

WHO (2001). **Nurses and Midwives for Health : WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

3 - ABORDAGENS

Artigo científico

NAVARRO, M. F. (1995). Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 4, pp. 77-83.

Documento interno

NAVARRO, M. F. (1997). **Serviços de Saúde Promotores de Saúde.** (texto policopiado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. 2º. Curso de Mestrado em Promoção / Educação para a Saúde.

ANEXO 2

Exemplo de codificação de documento

Exemplo de Codificação de Documento

<p>Excerto do artigo científico: NAVARRO, M. F. (1995). Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 4, pp. 77-83.</p>	<p>Codificação/Notas</p>
<p>“Poder</p> <p>O poder de tomar decisões é partilhado por todos os intervenientes. Para além das metas gerais definidas pelos governos (para cuja decisão fica ausente a intervenção de cada comunidade local), existem múltiplas oportunidades para as populações partilharem a tomada de decisão sobre assuntos que lhes dizem directamente respeito. Essas oportunidades não podem ser esquecidas e muito menos negadas pelos profissionais de CSP, mesmo que os nossos comportamentos, influenciados pela cultura da formação profissional de base que tivemos, nem sempre nos habilitam a «ser capazes de partilhar o poder». Os momentos da consulta, vacinação, a análise da situação de saúde de uma comunidade e respectiva priorização de necessidades ou problemas, o tipo de actividades a desenvolver, os processos de avaliação a aplicar, o tipo de investigação a realizar, são exemplos dessas oportunidades.” p. 79</p> <p>“Papel dos intervenientes nos programas de desenvolvimento</p> <p>Os indivíduos, cada um e no seu conjunto, são os agentes activos da acção. O argumento de que as populações não têm conhecimentos nem experiência não pode servir de capa à posição paternalista que frequentemente assumimos. Os profissionais de saúde deverão ser, cada vez mais, os apoiantes e dinamizadores das pessoas e dos grupos, podo à disposição de todos as suas competências; estas serão mobilizadas à medida que as outras pessoas as considerem necessárias. Motivar e incentivar a população para tomar nas suas mãos a resolução dos seus problemas traduz-se em aumento da confiança em si mesma, um dos factores fundamentais para o crescimento.” p. 80</p> <p>“Ponto de partida para a aquisição de informação</p> <p>Só se adquire informação quando se pode relacionar com o que já se conhece. A informação a disponibilizar terá de considerar aquilo que as pessoas já sabem. Há que ter em conta que cada indivíduo percorre o seu próprio caminho ao seu próprio ritmo.</p> <p>Aquilo que nos ensinaram como sendo a actividade ideal para aumentar a informação dos outros, as «palestras» ou as «conferências», só excepcionalmente atinge esse objectivo, pois exige que os ouvintes, passivos, elaborem uma síntese, frequentemente difícil, entre aquilo que são e que sabem e aquilo que ouvem ou... escutam.” p. 80</p>	<p>Partilha o poder de tomar decisões durante as actividades</p> <p>Aceita propostas diferentes da sua e negoceia-as.</p> <p>Apoiante e dinamizador</p> <p>Estimula as pessoas a manifestarem os seus pontos de vista e nunca os condena.</p> <p>Proporciona informação aos utentes a partir do que as pessoas sabem</p> <p>Acredita que todas as pessoas sabem alguma coisa de útil sobre o assunto e é a partir do que sabem que pode alargar os seus conhecimentos.</p>

<p>“Inter-relação</p> <p>Entre todos os participantes de qualquer actividade deve estabelecer-se uma relação de confiança mútua, sobretudo em tomo da aceitação das características de cada um e da certeza de que todos podem e são capazes de progredir. A comunicação tem de ser fácil, fluente nos dois sentidos, mas de direcção horizontal.</p> <p>Não se assustem os técnicos com a expressão comunicação horizontal, ela não anula a «hierarquia social» conferida pelo estudo profissional. Deve anular, sim, a hierarquia assumida em função do poder autoritário e manifesta por comportamentos tipo «o chefe manda... ninguém discute».</p> <p>Em acções com este tipo de inter-relação todos somos capazes, capazes em áreas diferentes, mas capazes: é do aproveitamento dessa diversidade e da sua síntese que cada um de nós, profissional ou não, se enriquece e aprende.”p. 80</p> <p>“Dinâmica</p> <p>Lendo com atenção os atributos já descritos, brevemente chegaremos à conclusão de que a dinâmica que se estabelece neste processo é a de cooperação e entreajuda a qual proporciona o crescimento do sentido de pertença, aumenta a confiança em cada um dos intervenientes e no respectivo grupo (família, escola, serviço de saúde, comunidade...) e toma evidente a importância e a utilidade de cada um, como elemento potenciador de desenvolvimento social a nível de micro e macrossociedade.” p. 80</p>	<p>Confiança mútua Cria bom ambiente relacional.</p> <p>Cooperação e entreajuda Cria bom ambiente relacional.</p>
--	---

ANEXO 3

Entrevista a informantes-chave “peritos”

ENTREVISTA A INFORMANTES-CHAVE

TEMA: Perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

DESTINATÁRIOS: Informantes-chave com experiência de trabalho em/com Centros de Saúde - “Peritos”.

CALENDARIZAÇÃO: Janeiro e Fevereiro de 2003.

LOCAIS: Por correio electrónico ou correio normal a informantes chave que desenvolvem a sua actividade profissional em Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Faro, Guarda, Lisboa, Porto, Santarém, Setúbal, Viana do Castelo. (Quando enviado por correio normal foi anexado um envelope selado para resposta).

DESCRIÇÃO: Entrevista aberta de tipo exploratório. Amostra intencional: 38 profissionais – enfermeiros da área da formação e/ou gestão (aos vários níveis) e outros profissionais: médicos (saúde pública, família e pediatria), técnicos de serviço social, professores e educadores de infância - particularmente conhecedores do fenómeno em estudo, seleccionados por nomeação directa com a ajuda de perito.

FINALIDADE:

- Delimitar, ampliar a re(definir) o âmbito do objecto de estudo através do levantamento de concepções de informantes chave.

OBJECTIVOS:

- Delimitar o âmbito e reconceptualizar o perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança;
- Criar uma matriz de referência, relativa às suas competências;
- Identificar o(s) respectivo(s) paradigma(s).

QUESTÕES:

- Qual será o perfil desejável do enfermeiro comunitário, quando actue na perspectiva do desenvolvimento infantil, em Centros de Saúde? Indique, pelo menos, as cinco características desse perfil que entenda serem as prioritárias.

CONTROLO DA VALIDADE E DA FIABILIDADE:

- Rigor na selecção da amostra;
- Formulação clara e inequívoca da pergunta;
- Correspondência entre o universo de referência da pergunta e o universo de referência do inquirido.

ANTECIPAÇÃO DE PROBLEMAS:

- Dificuldade em obter o número de respostas previstas.

TIPO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO:

- Análise temática – categorias emergentes do conteúdo.
- Far-se-á uma análise categorial, calculando e comparando as frequências de certas características, previamente agrupadas em categorias significativas.

PRODUTOS:

- Perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

ANEXO 4

Exemplo de codificação de entrevista a informantes-chave “peritos”

Exemplo de Codificação de Entrevista a informantes-chave “peritos”

Excerto da Entrevista n.º 7	Codificação/Notas
<p>Penso a Saúde como um processo, integrado ele próprio num processo mais global, o processo do desenvolvimento pessoal e comunitário. O interesse que as pessoas, e as comunidades têm em aprender a gerir o processo da saúde, não o vejo como uma finalidade em si, mas como estratégia que lhes permita atingir um estadio mais elevado do seu desenvolvimento (ir mais além) como pessoas ou grupos implicados na construção de futuros.</p> <p>Nesta perspectiva, o enfermeiro comunitário é agente promotor deste processo devendo estar preparado para interagir com outros agentes (famílias, líderes comunitários, outros profissionais, serviços e associações da comunidade) todos eles interessados no processo de desenvolvimento do qual faz parte a saúde.</p> <p>O enfermeiro comunitário, como outros profissionais que trabalham na comunidade, deverá procurar constatem ente o equilíbrio entre as três vertentes do seu ser (e da sua acção): a pessoa, o profissional e o cidadão.</p> <p>Profissional capaz de ler a realidade, com os seus recursos, potenciais, problemas e obstáculos, e construir estratégias para intervir nessa própria realidade. Da sua bagagem deve fazer parte uma sólida formação na relação humana (relação de ajuda) conhecimentos que lhe permitam perceber a família nas suas diversas expressões, família possuidora de raízes e de uma cultura própria da qual não deve ser espoliada, família/sistema no seio da qual se desenvolve a criança; conhecimentos de epidemiologia e planeamento... Naturalmente, o seu trabalho profissional desenvolver-se-á em equipa (e em grupo) com outras pessoas de diferentes saberes, enriquecendo assim constantemente a sua visão das realidades.</p> <p>Pessoa que desenvolve a sua acção com autenticidade e coerência, deixando-se tocar pelos sentimentos dos outros, e deixando fluir as suas emoções. Pessoalmente não acredito em relacionamentos assépticos. Felizmente está hoje provado aquilo que já todos sabíamos: que nos relacionamos com os outros, e com a realidade, através das nossas emoções, nada podendo perceber ou decidir se as excluirmos do processo. E como pessoas inteiras, sensíveis e implicadas, que devemos ser profissionais.</p>	<p>Envolvimento e mobilização da família e dos parceiros sociais para resolução dos problemas das crianças</p> <p>Observação e interpretação da realidade da criança em si mesma e enquadrado no ambiente em que vive</p> <p>Dinâmica da família Epidemiologia Planeamento Trabalho em equipa Trabalho em grupo</p>

<p>Cidadão capaz de construir Utopias e de se organizar em função dessas mesmas Utopias.</p> <p>É na permanente procura do equilíbrio entre estas três vertentes (pessoa, profissional e cidadão) que vejo o perfil do profissional de saúde que trabalha na comunidade, nomeadamente, neste caso, o enfermeiro.</p> <p>Naturalmente, este perfil não sai "acabado" das escolas. Quando muito, sai "esboçado". É necessário colocar a questão do acompanhamento. As famílias, os profissionais e os próprios projectos necessitam de acompanhamento, situações que lhes permitam uma reflexão descentrada e partilhada sobre a sua própria acção. Espaços de encontro, reflexão e partilha que funcionem como espaços catalizadores da própria formação permanente e da construção de teorias a partir da própria prática.</p>	<p>Animador para a conscientização</p> <p>Processo pedagógico que busca dar ao ser humano uma oportunidade de descobrir-se através da reflexão sobre a sua própria existência</p>
---	--

ANEXO 5

Síntese das respostas dos informantes-chave “peritos”

SÍNTESE DAS RESPOSTAS DOS INFORMANTES-CHAVE “PERITOS”

No quadro 1 podem observar-se as citações enquadráveis no paradigma salutogénico, não se observando citações no paradigma patogénico, de acordo com os critérios de inclusão das respostas no paradigma.

Quadro 1. Perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de informação	N
A1 SOC	A1.1	. Observação e interpretação da realidade da criança, em si mesma e enquadrado no(s) ambiente (s) em que vive.	8
		. Análise crítica e reflexão sobre a realidade da criança e da família.	4
	A1.2	. Acreditar que a realidade pode ser melhorada e que é necessário estudar como fazê-lo.	1
		. Procurar recursos para melhorar a saúde das crianças.	2
	A1.3	. Desejar envolver-se na resolução dos problemas identificados e/ou na melhoria da situação.	1
		.Envolvimento e mobilização da família e dos parceiros sociais para a resolução dos problemas das crianças.	5
A2 Processo		. O enfermeiro deve ser animador para a conscientização ²⁸ .	1
		. Deve saber relacionar-se positivamente com a criança e com a família.	9
		. Deve partilhar o poder com a família e com os outros parceiros.	1
		. Deve saber escutar os anseios e as expectativas das famílias.	4
B Prevenção	B1		0
	B2		0
	B3		0

Todas as outras expressões citadas pelos peritos têm conotação positiva. Como são importantes, qualquer que seja o paradigma em que a acção se insere, não podem definir qualquer deles. Podem organizar-se segundo as categorias: Conhecimentos declarativos ou conceptuais (categoria C), Conhecimentos procedimentais ou metodológicos (categoria D), Conhecimentos atitudinais (categoria E) Conhecimentos condicionais ou estratégicos (categoria F), conforme se apresentam no quadro 2.

²⁸ Processo pedagógico que busca dar ao ser humano uma oportunidade de descobrir-se através da reflexão sobre a sua existência. In GADOTTI, Moacir [Org] (1997). *Paulo Freire: uma biografia*. São Paulo: Cortez Editora e Instituto Paulo Freire, p. 717.

Quadro 2. Outras expressões citadas pelos informantes-chave “peritos”.

Categoria	Unidades de informação	N
C Conhecimentos declarativos ou conceptuais	. Ter conhecimentos sólidos sobre o desenvolvimento da criança e a dinâmica da família.	9
	. Ter formação estatística.	1
	. Ter formação académica sólida.	1
D Conhecimentos procedimentais ou metodológicos	. Ser investigador.	1
	. Planear cientificamente as intervenções.	1
E Conhecimentos atitudinais	. Inspirar confiança e segurança.	4
	. Ser disponível.	3
	. Ter em conta a cultura das pessoas com quem trabalha.	2
	. Gostar de crianças.	2
	. Desejar trabalhar fora do Centro de Saúde, na comunidade.	2
	. Saber gerir conflitos.	1
	. Ser paciente e compreensivo.	1
. Ser capaz de se adaptar a situações diversificadas.	1	
F Conhecimentos condicionais ou estratégicos	. Ser capaz de trabalhar em equipa.	7
	. Saber liderar.	1
	. Preocupar-se com a sua auto-formação contínua.	1
	. Ter criatividade para inovar.	1
	. Ser capaz de tomar decisões com base científica.	2
. Interpretar e usar a informação disponível.	1	

De acordo com os critérios de inclusão em cada um dos paradigmas, foi possível verificar que 7 dos 17 peritos consultados e cujas respostas permitiam análise de conteúdo, se enquadram no paradigma salutogénico e em nenhum predomina o paradigma patogénico.

As respostas de 1 dos peritos não permitiram essa análise por serem muito abrangentes pois referiam apenas áreas temáticas.

Estes 7 peritos são 2 enfermeiros (dos 6 inquiridos), 1 médico de medicina familiar (o único inquirido), 3 médicos de Saúde Pública (dos 7 inquiridos) e 1 professor do 1º Ciclo do Ensino Básico (o único inquirido).

Dos 7 peritos cujas respostas se incluíram no paradigma *salutogénico*:

- 2 apresentaram 3 expressões concordantes com este paradigma;
- 3 apresentaram 4 expressões concordantes com este paradigma;
- 2 apresentaram 5 expressões concordantes com este paradigma.

As 8 restantes expressões deste tipo estavam distribuídas pelos outros 10 peritos.

ANEXO 6

Entrevista a informantes-chave “práticos”

ENTREVISTA A INFORMANTES-CHAVE

<p>TEMA: Prática profissional dos enfermeiros de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.</p>
<p>DESTINATÁRIOS: Informantes chave com experiência de trabalho com crianças e/ou jovens (práticos).</p>
<p>CALENDARIZAÇÃO: Fevereiro e Março de 2004.</p>
<p>LOCAIS: um Centro de Saúde da área metropolitana de Lisboa (Centro de Saúde A) e um Centro de Saúde do interior norte de Portugal (Centro de Saúde B).</p>
<p>DESCRIÇÃO: Entrevista de tipo semi-estruturada. Amostra intencional composta por enfermeiros responsáveis por cuidados gerais, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde pública / na comunidade e enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria.</p>
<p>FINALIDADE: Clarificação das práticas dos enfermeiros de cuidados gerais em contexto comunitário, suas motivações e representações, no âmbito do desenvolvimento da criança.</p>
<p>OBJECTIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Identificar as dimensões consideradas mais relevantes para a intervenção do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.- Compreender como é que os enfermeiros concebem o perfil e a formação do profissional, nesse âmbito.- Identificar o(s) paradigma(s) subjacente(s) ao exercício profissional.
<p>TÓPICOS E INDICADORES DE QUESTIONAMENTO (BLOCOS)</p> <p>A. Legitimação da entrevista</p> <p>B. Percorso académico e profissional</p> <p>C. Práticas no Centro de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none">- Actividades que realiza.

- Idades em que intervém.
- O que mais gosta de fazer.

D. Práticas na Comunidade

- Actividades que realiza.
- Idades em que intervém.
- O que mais gosta de fazer.

E. Necessidade de Mudança

- Actividades que não realiza, mas considera importantes.
- Porque as considera importantes.
- Porque não as realiza.
- Alguma alteração na forma de trabalhar com crianças.

F. Perfil

- Características prioritárias (pelo menos quatro).

G. Formação

- Áreas prioritárias (pelo menos quatro).

CONTROLO DA VALIDADE E DA FIABILIDADE DA ENTREVISTA:

- O entrevistador treinar-se-á fazendo entrevistas a profissionais não incluídos no estudo.
- As suas preocupações principais serão as de: ser delicado, claro nas questões que colocar e compreender o contexto em que se encontra no momento e que pode influenciar a postura do entrevistado.
- Não influenciar o entrevistado tendo em atenção a linguagem oral, a gestual e a mímica.
- Gravar a entrevista.
- Construir previamente as categorias a analisar e confrontar a sua opção com outros investigadores com experiência, quer no assunto a investigar, quer no método.
- Realizar a análise dos mesmos documentos em dias diferentes e comparar os resultados.

ANTECIPAÇÃO DE PROBLEMAS:

- Certo retraimento dos entrevistados por se tratar de assunto que tem a ver com a sua função/profissão e com o funcionamento do serviço onde trabalham.

TIPO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO:

- Análise temática, porque se pretende identificar as representações sociais e ou os juízos dos entrevistados.
- Assim, far-se-á uma análise categorial, calculando e comparando as frequências de certas características, previamente agrupadas em categorias significativas e uma análise da avaliação incidindo sobre os juízos formulados pelo entrevistado, calculando a frequência de cada um, mas também a sua direcção e intensidade.

PRODUTOS:

- Perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

GUIÃO DA ENTREVISTA

Tema:

Prática profissional dos enfermeiros de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.

Finalidade:

Clarificação das práticas dos enfermeiros de cuidados gerais em contexto comunitário, suas motivações e representações, no do desenvolvimento da criança.

Objectivos:

- Identificar as dimensões consideradas mais relevantes para a intervenção do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança.
- Compreender como é que os enfermeiros concebem o perfil e a formação do profissional, nesse âmbito.
- Identificar o(s) paradigma(s) predominante(s) no exercício profissional.

Bloco	Objectivo	Proposta de questões
A Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do entrevistador; - Informar sobre os objectivos e a relevância da entrevista; - Garantir o anonimato do entrevistado e a anulação da cassette; - Motivar o entrevistado. 	-----
B Percurso académico e profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar o percurso profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formação inicial, complementar ou especializada. - Escola onde a realizaram. - Categoria profissional. - Responsabilidade em programas de saúde da criança.
C Práticas no Centro de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher informações em relação às práticas dentro do Centro de Saúde e às motivações do enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que actividades realiza no Centro de Saúde, na perspectiva do desenvolvimento infantil. - Em que idades intervém. - O que mais gosta de fazer. Porquê.
D Práticas na Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher informações em relação às práticas fora do Centro de Saúde e às motivações do enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza algum trabalho fora do Centro de Saúde com crianças ou jovens. O que faz. - Em que idades intervém. - O que mais gosta de fazer. Porquê.
E Mudança	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher informação sobre as motivações do enfermeiro; - Compreender as representações dos enfermeiros sobre as práticas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Que actividades não realiza, mas considera importantes. - Porque é que as considera importantes. - Porque as não realiza. - Considera importante proceder a alguma alteração na forma como o Centro de Saúde trabalha com crianças e jovens. Porquê.
F Perfil	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender as representações dos enfermeiros sobre o perfil profissional do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que características deverá possuir o enfermeiro de cuidados gerais, quando trabalhe em Centros de Saúde, com crianças e jovens. - Indique pelo menos quatro, que entenda serem as prioritárias.
G Formação	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender as representações dos enfermeiros sobre a formação profissional do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> - A formação do enfermeiro de cuidados gerais para trabalhar nesta perspectiva deverá incidir prioritariamente em que áreas? Cite pelo menos quatro.

ANEXO 7

Exemplo de codificação de entrevista a informantes-chave “práticos”

Exemplo de Codificação de Entrevista a informantes-chave práticos

Excerto da Entrevista n.º4	Codificação/Notas
<p><i>Que actividades realiza no centro de saúde, na perspectiva do desenvolvimento infantil?</i></p> <p>Faço vacinação, as consultas que estão programadas de saúde infantil, os exames globais de saúde.</p> <p><i>Em que idades intervém?</i></p> <p>Desde o ano de idade até aos 18 anos.</p> <p><i>O que mais gosta de fazer? Porquê?</i></p> <p>A Saúde Escolar. É a minha área de intervenção. Este ano trabalho com adolescentes. Tenho um projecto que já vem do ano 2000 numa Escola EB 2/3 e esse projecto tem a ver com um gabinete para adolescentes. Devo dizer que já trabalho em Saúde Escolar há 16 anos e tenho uma experiência muito grande nesta área. Já trabalhei com crianças desde o jardim-de-infância até ao secundário. O que é que nós fazemos concretamente nessas áreas? A nível de jardim-de-infância..., a nossa actividade é virada para a promoção da saúde, portanto na área de promoção da saúde. O que é que nós fazemos? Nós fazemos sessões de sensibilização e informação. E como é que fazemos essas sessões? Primeiro temos que ver, no início dos anos lectivos, quais são os projectos educativos que existem nas escolas, nos jardins-de-infância e trabalhamos com as escolas, com os Conselhos Executivos ou Direcções das escolas em parceria nesses projectos. Para além disso, temos que dar cumprimento aos programas básicos mínimos do nosso Centro de Saúde, que vêm da Direcção e trabalhamos também as situações que nos surjam. O que é que nos surge numa escola? Por exemplo, pela avaliação do trabalho que fazemos verificamos que é uma escola, jardim-de-infância, com diversos tipos de acidentes. Assim, no ano seguinte vamos trabalhar os acidentes. Como é que trabalhamos? Primeiro vamos ao jardim-de-infância falar com as crianças, a que é que elas pensam, o que é que acham, se gostam de brincar no recreio, se não gostam, se gostam de estar na sala de aula e então propomos fazer um trabalho. Quais são os sítios que vocês gostam mais para brincar e trabalhar? Depois fazemos uma intervenção com filmes, slides, ou com fotografias, ou com jogos. Portanto o nosso trabalho é virado para a sensibilização que nós vamos dar às crianças, ou seja, se nós achamos que o que eles querem trabalhar é o espaço dentro da sala de aula, é esse que vamos trabalhar. Ou seja, as nossas acções de sensibilização são direccionadas e sempre feitas na altura. Isto não se trata das antigas sessões de educação para a saúde, em que havia um papel e um filme e o filme era sempre o mesmo e o papel era sempre o mesmo.</p> <p>Portanto, como é que nós intervimos? Nós intervimos desta maneira: primeiro procurando junto deles o que é que eles pensam e quais são as necessidades, depois trabalhando com eles e por fim fazendo a avaliação do trabalho que foi feito (se gostam ou se não gostam, o que é que podemos fazer, o que é que podemos melhorar a nível deste tipo de situação). Portanto todas as nossas sessões de sensibilização são feitas assim.</p> <p>Depois no 3.º ciclo, já em idades mais avançadas, são as situações que nos vão acontecendo. Nós no gabinete atendemos determinado tipo de dúvidas dos jovens. As</p>	<p>Vacinação</p> <p>Consultas de enfermagem</p> <p>Apoio a consultas médicas</p> <p>Saúde Escolar</p> <p>Programa da DGS</p> <p>Tentar encontrar soluções para os problemas das crianças</p> <p>Sentido de coerência</p> <p>Acreditar que essa realidade pode ser melhorada e que para tal há recursos</p> <p>Consulta a adolescentes no gabinete da escola</p>

<p>dúvidas são contínuas. Imagine que existe um problema em sala de aula. Nós tivemos um problema com crianças de 12-13 anos que gostavam de se despir e mostrar os órgãos genitais. Portanto, vamos trabalhar com eles nisso... Surgiu aquilo... Portanto, todos os anos... em determinadas alturas existe determinado tipo de problemas e são esses problemas que nós trabalhamos. Portanto, não é todos os anos a mesma coisa, todos os dias existe uma situação diferente e nós trabalhamos esse tipo de situações ao longo do ano. Isto em serviço externo.</p> <p>Dentro, em Centro de Saúde, o que é que nós trabalhamos e o que é que eu mais gosto de trabalhar? Eu gosto mais de trabalhar situações de risco: crianças que aparentemente chegam e estão connosco, ou são crianças que nós achamos que estão mais agitadas do que o natural, ou que os pais têm uma atitude distante, não sabem... podemos de certa maneira perceber determinado tipo de situações que precisam de acompanhamento. Fazemos visitação domiciliária, mas só a famílias de risco. As famílias de risco são famílias sócio-economicamente mais baixas. Nesta altura é o que estamos a fazer.</p> <p><i>Considera importante proceder a alguma alteração na forma como o Centro de Saúde trabalha com crianças e jovens?</i></p> <p>Era importante haver uma melhor inter-ligação. Fazer visitação domiciliária, seguir as crianças nascidas. Não é só aquela mãe que é jovem, que é adolescente, que está em risco, que devemos prestar. Eu acho que às outras também podíamos fazer muito, as que são mães pela primeira vez, que têm dúvidas e saberem que podem ter a presença de uma enfermeira em casa, para lhes dar este tipo de orientações. Seria gratificante. Realmente nesta altura não conseguimos dar resposta a todos os casos e, portanto, faz-se a selecção: serão primeiro aquelas que nós consideramos, e discutimos isto nas reuniões de equipa, os que são mais importantes e temos que intervir aí.</p> <p><i>Que características deverá possuir o enfermeiro de cuidados gerais quando trabalhe em Centros de Saúde com crianças e jovens?</i></p> <p>Eu acho que o importante é o enfermeiro gostar da actividade que está a desenvolver e depois ser disponível, ter uma capacidade grande de conseguir mobilizar conhecimentos. Portanto, o enfermeiro de saúde pública é um enfermeiro que precisa saber mobilizar os seus conhecimentos, não só tratando-se de crianças, mas de todos os outros.</p> <p>Ter uma grande capacidade de... conseguir resolver ou pelo menos tentar encontrar com as pessoas soluções para os seus problemas. Portanto, o enfermeiro não é a solução dos problemas..., nós estamos aqui para trabalhar e, portanto, ter essa característica. É perceber que nós estamos a resolver um problema comum e, portanto, saber trabalhar de uma forma conjunta com a população. Esta característica é fundamental. É não centrar no enfermeiro as respostas para os problemas apresentados, mas em conjunto encontrarmos uma solução ou possíveis vias de solução para os problemas que nos são apresentados. Portanto, trabalharmos sempre em conjunto.</p> <p><i>A formação do enfermeiro de cuidados gerais para trabalhar nesta perspectiva deverá incidir prioritariamente em que áreas?</i></p> <p>Eu acho que é muito importante a experiência. Cada situação é uma situação diferente. Não existem situações iguais. Há que estar preparado para o imprevisto.</p>	<p>Visitação domiciliária para ver a situação da família e prevenir riscos</p> <p>Identificar mais cuidadosamente situações de risco</p> <p>Gostar do seu trabalho</p> <p>Ser capaz de mobilizar conhecimentos</p> <p>Motivar pais e crianças para a solução de problemas Sentido de coerência Desejar envolver-se na modificação da realidade</p> <p>Saber agir face à imprevisibilidade</p>
--	---

ANEXO 8

Síntese das respostas a informantes-chave “práticos”

**SÍNTESE DAS RESPOSTAS DOS INFORMANTES-CHAVE
“PRÁTICOS”**

Analisou-se em primeiro lugar as respostas correspondentes ao perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança (bloco de questionamento F).

Quadro 1. Perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança – opinião dos práticos.

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Informação	N
A1 SOC	A1.1		0
	A1.2	. Tentar encontrar soluções para os problemas das crianças	1
	A1.3	. Motivar pais e crianças para a solução de problemas	1
A2 Processo			0

A categoria B (Prevenção) e respectivas sub-categorias serão tratadas mais adiante.

Quadro 2. Outras expressões citadas pelos práticos – enfermeiros (categorias C, D, E, F).

Categoria	Unidades de Informação	N
C Conhecimentos declarativos ou conceptuais	. Conhecimentos:	27
	. Desenvolvimento	6
	. Alimentação	7
	. Doenças infantis mais frequentes	7
	. Vacinação.	7
D Conhecimentos procedimentais ou metodológicos	. Competência técnica.	0
	. Intervenção comunitária.	1

E Conhecimentos atitudinais	. Ser assertivo na relação com a criança e os pais (comunicação, sensibilidade, empatia, carinho, simpatia, inspirar confiança).	7
	. Gostar de crianças.	4
	. Ser disponível.	3
	. Gostar do seu trabalho.	1
	. Ser sensível aos problemas das crianças.	2
	. Ser motivado.	1
	. Ser persistente.	1
	. Ser capaz de trabalhar na comunidade fora de horas.	1
	. Não fazer só a rotina.	1
	. Estar motivado para a prevenção.	1
. Não usar bata branca.	1	
F Conhecimentos condicionais ou estratégicos	. Ser capaz de mobilizar conhecimentos.	2
	. Saber agir face à imprevisibilidade.	2
	. Preocupar-se com a sua auto-formação.	1

Em nenhuma destas respostas se evidencia o paradigma Salutogénico. Para testar esta conclusão e verificar se o paradigma patogénico era evidente disponham-se as respostas a três blocos de questionamento (C, D e E). Delas foi possível retirar informação quanto à categoria B.

Quadro 4. Perfil do enfermeiro de cuidados gerais em contexto comunitário, no âmbito do desenvolvimento da criança – opinião dos práticos.

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Informação	N
B Prevenção	B1	. Informação aos pais.	6
		. Vacinação.	3
		. Saúde Escolar (Programa da DGS*).	1
		. Ensinos de grupo.	5
		. Saúde Escolar, informação sobre factores de risco.	1
		. Intervenção precoce com apoio de pedopsiquiatria.	1
		. Identificar mais cuidadosamente situações de risco.	3
		. Avaliação do desenvolvimento psicomotor das crianças.	1
		. Visitação domiciliária para ver a situação da família e prevenir riscos.	2
		B2	. Consultas de enfermagem.
. Apoio a consultas médicas.	6		
. Consulta de adolescentes no gabinete da escola.	1		
B3		0	

Ainda apareceram outras afirmações que não se incluem em qualquer das categorias, como por exemplo: “Não é necessário modificar nada no actual funcionamento do Centro de Saúde” (3 inquiridos).

Em resumo, após esta análise ficou a noção de que os profissionais inquiridos se orientam predominantemente pelo paradigma patogénico.

Faltava observar o que continham as respostas ao restante bloco de questionamento (G). Na sua quase totalidade elas constituíam uma repetição do já exposto.

No entanto, encontrou-se um enfermeiro que descreveu, ainda que abreviadamente, um programa de Saúde Escolar, num jardim-de-infância que se pode considerar assente no paradigma Salutogénico, quer quanto à Categoria A1, quer quanto à categoria A2.

Em conclusão:

- Há 8 profissionais cujas respostas correspondem ao paradigma patogénico, sendo que em 4 se identificaram 3 afirmações referentes a este paradigma e que em 4 se identificaram 4.
- Há 1 profissional de enfermagem que se orienta simultaneamente pelos dois paradigmas, o que é muito interessante pois os dois são complementares.
- Não se conseguiu incluir um dos profissionais nesta análise, uma vez que as suas respostas são excessivamente vagas embora interessantes por revelarem grande aptidão para a filosofia.

ANEXO 9

Análise dos planos de estudo do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Análise dos Planos de Estudo – Curso de Licenciatura em Enfermagem

Escola	Designação (S. Comunitária)				Designação (S. Criança)				Peso, distribuição e integração (Saúde Comunitária)										Peso, distribuição e integração (Saúde da Criança)										Total
	1	2	3	4	1	2	3	4	1		2		3		4		5		1		2		3		4		5		
									1 a 5	1 a 5	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
A	1				1				2	4		2		2		2			1	4	1			2		2		24	
B	1				1				1	4			3		2		2		1	1	1			1			2	20	
C	1				1				1	4			3		2		1		1	3		2		2		1		22	
D	Excluído																												
E		2				2			3	5			3		3		2		1	4	1				3		2	31	
F	1				1				2	4			3		2		1		1	3	1			2		1		22	
G	Excluído																												
H	1				1				1	3			3		3		2		1	3			3		3		2	26	
I	1					2			1	3		2		1				3	2	4		2		1			3	25	
J	1					2			1	4		2		2		1			1	3		2		2		1		22	
L			3			2			2	3			3		3		3		1	3	1				3		3	30	
M		2				2			2	4			3		2		1		1	2		2		2		1		24	
N	1				1				2	4			3		2		1		1	3	1			2		1		22	
O	1				1				1	2			3		2		2		1	1	1			2		2		19	
P		2				2			1	3		2		2		1			1	3	1			2		1		21	

Análise dos Planos de Estudo – Curso de Licenciatura em Enfermagem (Continuação)

Escola	Designação (S. Comunitária)				Designação (S. Criança)				Peso, distribuição e integração (Saúde Comunitária)										Peso, distribuição e integração (Saúde da Criança)										Total	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1		2		3		4		5		1		2		3		4		5			
									1 a 5	1 a 5	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1 a 5	1 a 5	1	2	3	1	2	3	1		2
Q	1					2			1	4		2			3	1			1	3		2			2		1			23
R	1				1				1	5		2		1			2		2	4		2		1				2	24	
S	1				1				1	4	1			1			2		2	4	1			1				2	21	
T	Excluído																													
U		2			1				1	3		2		2	1			1	3	1				2		1		20		
V		2			1				1	3			3		3	2		1	3	1				2		1		23		
X	Excluído																													
Z	Excluído																													
A1					1				1	3		2		2	1			1	3	1			1			1		20		
B1		2			1				2	4			3		2	1		1	3	1			1			1		22		
C1	1						3		1	4			3		2		2	2	4	1					3		2	28		
D1		2			1				2	3		2		1			2	1	2		2		1				2	21		

ANEXO 10

**Quadro comparativo do perfil da Ordem dos Enfermeiros e do perfil
dedutivo do normativo, referenciais e abordagens**

QUADRO COMPARATIVO DO PERFIL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS E DO PERFIL DEDUTIVO DO NORMATIVO, REFERENCIAIS E ABORDAGENS

ORDEM DOS ENFERMEIROS			NORMATIVO, REFERENCIAIS E ABORDAGENS		
Domínio	Sub-domínio	Competências	Dimensão	Área de Competência	Competências
A - Prática Profissional, Ética e Legal	A1 - Responsabilidade	1 - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora 2 - Reconhece os limites do seu papel e da sua competência 3 - Consulta peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício 4 - Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício	Profissional, Social e Ética	Responsabilidade pessoal e social	- Actua com adequados conhecimentos científicos e técnicos, no respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar e pelas convicções dos utentes; - Reconhece a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; - Preocupa-se com o exercício permanente da sua capacidade relacional e de comunicação, mantendo o equilíbrio emocional nas várias situações profissionais; - Desempenha as suas funções, em todas as circunstâncias, segundo conduta pessoal que dignifique a profissão; - Preocupa-se de forma permanente com a qualidade dos cuidados e Serviços de Enfermagem/Saúde.
	A2 - Prática segundo a ética	5 - Exerce de acordo com o código deontológico 6 - Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão ética 7 - Actua na defesa dos direitos humanos tal como descrito no código deontológico 8 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação 9 - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional 10 - Respeita o direito do cliente à privacidade 11 - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde 12 - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente 13 - Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas 14 - Reconhece as suas crenças e valores e a forma como estas podem influenciar a prestação de cuidados 15 - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos 16 - Presta cuidados culturalmente sensíveis		Responsabilidade ética e legal	- Exerce de acordo com o código deontológico e com a legislação em vigor; - Observa e respeita os valores humanos dos indivíduos e dos grupos com quem trabalha; - Respeita os direitos dos utentes, garantindo a confidencialidade e a segurança da informação escrita ou oral, adquirida no exercício profissional; - Salvaguarda os direitos da pessoa humana, evitando qualquer forma de abuso;
	A3 - Prática Legal	17 - Pratica de acordo com a legislação aplicável 18 - Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o código deontológico dos enfermeiros. 19 - Reconhece e actua nas situações de infracção/violação da lei e/ou do código deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.			

B - Prestação e Gestão de Cuidados	B1 - Princípios chave da prestação e gestão de cuidados	<p>20 - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na prática de enfermagem</p> <p>21 - Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências</p> <p>22 - Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde</p> <p>23 - Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas</p> <p>24 - Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.</p> <p>25 - Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados</p> <p>26 - Organiza o seu trabalho gerindo eficazmente o tempo</p> <p>27 - Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.</p> <p>28 - Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte</p> <p>29 - Apresenta a informação de forma clara e sucinta</p> <p>30 - Interpreta de forma adequada os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura</p> <p>31 - Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe</p> <p>B1.1. - Prestação de cuidados <i>B1.1.1. - A promoção da saúde</i></p> <p>32 - Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais</p> <p>33 - Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades</p> <p>34 - Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde</p> <p>35 - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação</p> <p>36 - Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde</p> <p>37 - Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis</p> <p>38 - Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação</p> <p>39 - Demonstra compreender as práticas tradicionais nos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades</p> <p>40 - Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente</p> <p>41 - Reconhece o potencial da educação para a saúde nas</p>	Prestação e Gestão de Cuidados	Desenho integrado do processo de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia as necessidades do indivíduo, família, grupo ou comunidade, perspectivando a pessoa na sua globalidade; - Identifica os recursos (humanos e outros) necessários e disponíveis para satisfazer essas necessidades; - Estabelece prioridades e formula o plano de cuidados, com a colaboração do utente;
		Organização de ambientes de cuidados de qualidade		<ul style="list-style-type: none"> - Implementa os cuidados de enfermagem requeridos, envolvendo os indivíduos (sãos ou doentes) e, quando apropriado, a família e outras pessoas significativas em todos os aspectos dos cuidados; - Avalia os resultados dos cuidados prestados, tendo por base a observação, os registos de cada etapa do processo de trabalho, a resposta do utente, familiares ou outros; 	
		Abordagem integradora da pessoa-sujeito		<ul style="list-style-type: none"> - Delega aspectos dos cuidados em outro, quando apropriado, dando-lhe o apoio necessário, assegurando a continuidade e garantindo a qualidade dos cuidados; - A partir da identificação das necessidades de informação do indivíduo, família, grupos e/ou comunidade, relacionadas com a manutenção, a restauração da saúde e as intervenções de enfermagem, estimula o interesse dos indivíduos e dos grupos pela informação que necessitam, fornecendo-a, de modo 	

	<p>intervenção de enfermagem</p> <p>42 - Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades</p> <p>43 - Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.</p> <p><i>B1.1.2. - Colheita de dados</i></p> <p>44 - Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem</p> <p>45 - Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.</p> <p><i>B1.1.3. Planeamento</i></p> <p>46 - Formula um plano de cuidados, sempre que possível em colaboração com os clientes e/ou cuidadores</p> <p>47 - Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais</p> <p>48 - Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados</p> <p>49 - Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível em colaboração com os clientes e/ou cuidadores</p> <p>50 - Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores</p> <p>51 - Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível em colaboração com os clientes e/ou cuidadores</p> <p>52 - Documenta o plano de cuidados.</p> <p><i>B1.1.4. Execução</i></p> <p>53 - Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados</p> <p>54 - Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente</p> <p>55 - Documenta a implementação das intervenções</p> <p>56 - Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente</p> <p>57 - Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.</p> <p><i>B1.1.5. Avaliação</i></p> <p>58 - Avalia e documenta a evolução no sentido dos resultados esperados</p> <p>59 - Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos face aos resultados esperados</p> <p>60 - Utiliza os dados da avaliação para modificar o plano de</p>			<p>adequado, a partir daquela que eles já possuem;</p> <p>- Estimula o auto-cuidado, auto-responsabilização e auto-determinação em todos os assuntos relacionados com a saúde.</p>
--	--	--	--	--

	<p>cuidados.</p> <p>61 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais</p> <p>62 - Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência</p> <p>63 - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores, é apresentada de forma apropriada e clara</p> <p>64 - Responde apropriadamente às questões, solicitações e problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência</p> <p>65 - Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder</p> <p>66 - Utiliza a tecnologia de informação disponível de forma eficaz e apropriada</p> <p>67 - Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais no campo das tecnologias da saúde.</p> <p>B1.2. - Gestão de cuidados</p> <p><i>B1.2.1. - Ambiente seguro</i></p> <p>68 - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco</p> <p>69 - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais</p> <p>70 - Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas</p> <p>71 - Implementa procedimentos de controlo de infecção</p> <p>72 - Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.</p> <p><i>B1.2.2. - Cuidados de saúde interprofissionais</i></p> <p>73 - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes</p> <p>74 - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa</p> <p>75 - Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração</p> <p>76 - Valoriza os papeis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social</p> <p>77 - Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente</p> <p>78 - Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde</p> <p>79 - Tem em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.</p>			
--	--	--	--	--

		<p><i>B1.2.3. - Delegação e supervisão</i></p> <p>80 - Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática</p> <p>81 - Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro</p> <p>82 - Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.</p>	<p>Organizacional e Comunitária</p>	<p>Organização e Gestão de Qualidade</p>	<p>- Colabora no planeamento, execução, coordenação e avaliação dos Serviços de Enfermagem e dos Serviços de Saúde, actuando como agente de mudança a todos os níveis da organização;</p>
		<p>Cooperação e Trabalho Interdisciplinar:</p>		<p>- Esforça-se pela manutenção de um ambiente favorável ao trabalho de equipa;</p>	
		<p>Intervenção Comunitária e acção Intersectorial</p>		<p>- Conhece das necessidades da população e da comunidade em que está inserido, orientando-a na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;</p> <p>- Participa em programas de promoção da saúde e de prevenção da doença, que respondam às necessidades da comunidade, e avaliação dos resultados;</p>	

C - Desenvolvimento Profissional	C1 - Valorização profissional	83 - Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem 84 - Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas 85 - Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem 86 - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados 87 - Actua como um modelo efectivo 88 - Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.	Desenvolvimento Profissional ao Longo da Vida	Prática Reflexiva	- Analisa de forma crítica a sua prática quotidiana, tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados que presta;
	C2 - Melhoria da qualidade	89 - Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem 90 - Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.		Investigação	- Identifica áreas de investigação, desenvolvendo-as para aumentar os seus conhecimentos; - Participa em trabalhos de investigação, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem, em particular, e da saúde, em geral;
	C3 - Formação contínua	91 - Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas 92 - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências 93 - Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua 94 - Contribui para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas 95 - Actua como um mentor/tutor eficaz 96 - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.		Formação Contínua	- Mantém a actualização contínua dos conhecimentos; - Promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional, através da formação contínua (autónoma e formal); - Contribui para a formação de enfermeiros e de outro pessoal de saúde;

