



ordem dos enfermeiros

Número 18 | Setembro 2005 | www.ordemenfermeiros.pt | ISSN 1646-2629

Congresso do ICN Harmonia



Cara(o) Colega

Taiwan 2005

Partilhando o compromisso acrescido



ARQUIVO OE

O número da Revista que hoje recebe é dedicado ao 23.º Congresso do Conselho Internacional dos Enfermeiros que se realizou em Taiwan, no mês de Maio deste ano.

Decidimos que assim fosse por considerarmos que estes momentos são marcos importantes para a dinâmica da enfermagem, a nível mundial, já que todos somos parte integrante da construção permanente da enfermagem. O mandato social da profissão, enquanto profissão da saúde, identifica-nos como um dos principais eixos de desenvolvimento dos povos – o acesso a cuidados de saúde para todos.

Além do acima referido, decidimos também que assim fosse pelo facto de a Ordem dos Enfermeiros (OE) ser, desde Maio de 2004, membro efectivo do Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN), num modelo de colaboração com 11 organizações profissionais portuguesas, e, por esta razão, ser hoje o porta-voz oficial da enfermagem portuguesa a nível internacional. Daqui decorre a responsabilidade de partilhar consigo o vivido e a troca de experiências com enfermeiros de 128 países, bem como de garantir o registo histórico do caminho que vamos percorrendo.

Quando olhamos e ouvimos o que constitui a realidade internacional dos povos de cada país e dos enfermeiros que aí exercem a profissão, tomamos ainda mais consciência de como os fenómenos globais, que a todos influenciam, têm repercussões de sentido contrário na vida dos cidadãos.

Vejamos: a indústria farmacêutica não conhece fronteiras para a produção e comercialização dos seus produtos. Mas, se tomarmos como exemplo todas as pessoas infectadas com o vírus da Sida, dar-nos-emos conta de que só numa pequena parte do mundo algumas pessoas têm possibilidade de ter acesso ao que a ciência já permite disponibilizar, quando, noutra parte do mundo, existem países cuja população está em risco de desaparecimento, caso

nada se faça. Há famílias inteiras cujo membro mais velho tem oito e nove anos, partilhou connosco o representante da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o programa sobre Sida em África.

É nesta disparidade internacional, neste contraste entre a globalização da economia e a localização das diferenças de acesso ao bem comum que se encontram as raízes do lema “Harmonia”, adoptado pela nova presidente do ICN para o seu mandato. Foi o que explicou no seu discurso, que poderá ler neste número da nossa revista.

Os enfermeiros de todo o mundo têm da sua profissão essencialmente o mesmo entendimento, mesmo quando confrontados com estádios de desenvolvimento tão diversos quanto diversos são os contextos e as condições em que se aprende e se pratica. Mas foi possível verificar que o essencial da actuação dos enfermeiros está fortemente enraizada na descrição que Virgínia Henderson tão bem soube fazer: enfermeiro é aquele que faz o que outro faria por si próprio se, para tal, tivesse forças e / ou saber.

É este fundamento que continua a ser portador de força unificadora e motora da vontade de ir mais além no caminho de uma profissão. É ele que, cada vez mais, determinará a própria área de intervenção dos enfermeiros, levando-os a contribuir para que haja mais e melhor saúde para todos. Graças a ele, as práticas profissionais serão um processo de desenvolvimento cada vez mais assente nos saberes próprios e uma fonte de novos saberes.

Foi tudo isto que trespassou o 23.º Congresso do ICN. O caminho que a enfermagem vai percorrendo, e... o contributo que a enfermagem portuguesa também deu. Participámos nos debates, entrevistámos, levámos as nossas experiências ao público e fomos ouvidos. Ouvimos ainda muitas experiências de outros que nos enriqueceram e nos prepararam melhor para o trabalho que nos propomos continuar a realizar.

Foi este o objectivo que definimos para a participação da Ordem dos Enfermeiros (OE). Com um grupo de enfermeiros oriundos de realidades geográficas diferentes, com experiências profissionais distintas, mas com um grande sentido de responsabilidade, a OE assegurou, diariamente, durante uma semana, um *stand* de divulgação na exposição e a participação em diversos espaços de comunicações e debates.

Constatámos a importância crescente de aspectos que a todos preocupam, tais como: a regulação do exercício profissional *versus* a segurança dos cidadãos; a necessidade de uma linguagem comum para podermos melhor comparar e tornar visíveis e compreensíveis os resultados em saúde mais sensíveis aos cuidados de enfermagem; as condições para o exercício e o valor socioeconómico dos serviços que prestamos, entre outros.

Damo-vos conta, nesta revista, da forma como participámos na Conferência sobre Regulação, no Conselho de Representantes Nacionais (CNR), no Congresso e na exposição de *stands* de divulgação.

Estabelecemos contactos com muitas delegações, especialmente com os representantes das associações dos países de língua oficial portuguesa, nomeadamente os africanos.

Todos regressámos com uma mesma convicção: temos muito para receber, mas também temos muito para dar. Por isto, gostaria muito de que mais enfermeiros se decidissem a partilhar com os colegas de outros países o que de bom se vai

desenvolvendo na enfermagem portuguesa, assim como que se decidissem a expor as dificuldades que vão encontrando.

Esta é uma importante mais-valia da enfermagem, que resulta da integração numa organização internacional capaz de ser cada vez mais a voz dos enfermeiros no mundo junto da opinião pública, na relação com as outras profissões de saúde, bem como junto das outras organizações internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Tenho a convicção de que este foi um marco histórico para a enfermagem portuguesa e para a responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros na concretização das suas atribuições.

Esta convicção tem como fundamento o facto de o processo de filiação da OE no ICN ter sido um processo que, integrando o património histórico do associativismo da enfermagem portuguesa, reforçou o compromisso e a responsabilidade perante a enfermagem no seu todo. A forma organizada como participámos é a nossa força para continuarmos com seriedade a dar o nosso contributo e a enriquecer os nossos percursos.

É por tudo isto que a todos lanço, desde já, o desafio para as próximas etapas: Japão, em 2006, e África do Sul, em 2009.

Comecemos desde já a preparar o futuro.

Maria Augusta Sousa

Ordem dos Enfermeiros – Sede: Av. Almirante Gago Coutinho, 75 – 1700-028 Lisboa – Tel.: 218 455 230 / Fax: 218 455 259 / E-mail: mail@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional da R. A. dos Açores:** R. Dr. Armando Narciso, 2 – 9500-185 Ponta Delgada – Tel.: 296 281 868 / Fax: 296 281 848 – E-mail: srcores@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional do Centro:** Av. Bissaya Barreto, 191, c/v – 3030-076 Coimbra – Tel.: 239 487 810 / Fax: 239 487 819 – E-mail: srcentro@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional da R. A. da Madeira:** R. 31 de Janeiro, 93 – 9050-011 Funchal – Tel.: 291 241 765 / Fax: 291 237 212 – E-mail: srmadeira@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional do Norte:** R. Latino Coelho, 352 – 4000-314 Porto – Tel.: 225 072 710 / Fax: 225 072 719 – E-mail: srnorte@ordemenfermeiros.pt | **Secção Regional do Sul:** Rua Castilho, 59, 8.º Esq. – 1250-068 Lisboa – Tel.: 213 815 550 / Fax: 213 815 559 – E-mail: srsul@ordemenfermeiros.pt

Ficha técnica

Propriedade:

Ordem dos Enfermeiros

– Av. Almirante Gago Coutinho, 75

1700-028 Lisboa

Tel.: 218 455 230 / Fax: 218 455 259

E-mail: mail@ordemenfermeiros.pt

www.ordemenfermeiros.pt

Director: Maria Augusta Sousa

Coordenador: António Manuel

Conselho editorial: Amílcar Carvalho,

Élvio Jesus, Graça Machado, Jacinto

Oliveira, Sérgio Gomes, Margarida

Filipe, Nelson Guerra, Teresa

Chambel, Teresa Oliveira Marçal

Colaboraram neste número:

Ana Margarida Teixeira,

Carmen Andrade, Emília Carneiro,

Fernando Cardoso, Franz Wagner,

Guadalupe Simões, Hermínia Castro,

Isabel Lourenço, Júlio Gomes,

Laurentina Teixeira, Lucília Nunes,

João Quintela, Manuel Oliveira,

Mara Rocha, Margarida Vasconcelos,

Maria Ajuda Neves, Maria Carmo

Ferreira, Maria Céu Vasconcelos,

Paula Carvalheira, Paulo Azevedo,

Paulo Victorino, Raul Cordeiro,

Rogério Gonçalves, Tânia Lourenço

Secretariado: Tânia Graça

Av. Almirante Gago Coutinho, 75

– 1700-028 Lisboa

Tel.: 218 455 230 / Fax: 218 455 259

E-mail: revista@ordemenfermeiros.pt

www.ordemenfermeiros.pt

ISSN: 1646-2629

Consultoria em Língua Portuguesa:

Letrário – www.letuario.pt

Design Gráfico: Pedro Gonçalves

Paginação, Pré-impressão,

Impressão e Distribuição:

DPI-G – Design Produção Gráfica

e Imagem, Estrada de Benfica

n.º 304 A, 1500-098 Lisboa

Periodicidade: Trimestral

Tiragem: 46 500 exemplares

Distribuição gratuita aos membros

da Ordem dos Enfermeiros

Depósito legal n.º 153540/00



Sumário

N.º18 | Setembro 2005



ARQUIVO OE



ARQUIVO OE

04 Notícias

- 04 Participação da OE no 23.º Congresso do ICN: balanço de uma experiência enriquecedora
- 07 Portugal – Um novo modelo de afiliação no Conselho Internacional de Enfermeiros
- 12 Auto-regulação na enfermagem: o caso português
- 15 Projecto ASA – Apoio aos Sem-Abrigo
- 17 Análise dos deveres profissionais na garantidos direitos das pessoas
- 27 Desenvolvimento responsável da prática profissional
- 45 Certificação de competências: o percurso e o processo

52 Destaque

- 52 Harmonia
- 55 Saúde e Direitos Humanos
- 68 Condições seguras para a mulher desde a infância até à senescência



© ICN



ARQUIVO OE

76 Reflexões

- 76 Projecto integrado de saúde da adolescência
- 77 Oportunidade memorável, ainda bem que fomos!
- 79 O bom e o mau enfermeiro

Participação da OE no 23.º Congresso do ICN: balanço de uma experiência enriquecedora

Em representação da Ordem dos Enfermeiros (OE), um grupo de enfermeiros deslocou-se a Taipé, no mês de Maio, a fim de participar no 23.º Congresso do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Esta experiência, cujo saldo se considera extremamente positivo, permitiu-nos adquirir conhecimentos de natureza diversa e tomar algumas decisões para o futuro. É o balanço de toda a experiência, bem como o registo da aprendizagem e das resoluções que sobre ela assentam que neste relatório procuraremos fazer.

A OE participou no Conselho de Representantes Nacionais, na 7ª Conferência Internacional de Regulação do ICN, no congresso com um *stand* e com várias comunicações. Sobre estas convém reter a qualidade reconhecida nos elogios recebidos, mas também a necessidade de, em próximas experiências, melhorarmos o planeamento global, de modo a restar mais tempo para contactos informais, de cuja importância nos pudemos aperceber e de que constitui um exemplo o almoço promovido pela Fundação Internacional Florence Nightingale (FNIF). De facto, uma das consequências do planeamento feito, que se centrou sobretudo na assistência às diferentes comunicações, foi a ausência de qualquer elemento da delegação nos trabalhos do CNR, a assembleia-geral do ICN, onde poderiam ter participado na qualidade de observadores. Nos termos do protocolo constitutivo do Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermeiros (FNOPE), a delegação da OE ao CNR foi constituída pela Bastonária, Maria Augusta Sousa, e pelas enfermeiras Marília Viterbo de Freitas (Associação Portuguesa de Enfermeiros) e Guadalupe Simões (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses).

O *stand* da OE resultou num espaço fundamental de divulgação de Portugal, ao mesmo tempo que deu visibilidade à Ordem dos Enfermeiros e à enfermagem portuguesa. Este foi, no entanto, apenas um dos aspectos positivos da participação neste evento. A delegação conseguiu transmitir uma imagem positiva de Portu-

gal e da Ordem, graças à qualidade das comunicações, às sessões principais desafiadoras e pertinentes, numa visão global, à diversidade e pertinência dos temas abordados, mas também graças ao material disponível no *stand*, bem como à oportunidade e às boas condições com que o mesmo chegou ao *stand*. Para tudo isto muito contribuiu o excelente ambiente que reinou no seio da comitiva da OE e a forma como os responsáveis pela montagem do *stand* conseguiram resolver as dificuldades. A realização de reuniões diárias contribuiu decisivamente para que tudo corresse da melhor forma. Outro aspecto positivo da experiência foram os contactos com outras delegações, com as quais mantivemos, em clima de amizade, um excelente relacionamento. O *síte* foi, por outro lado, actualizado em apenas dois dias.

Em futuros acontecimentos desta natureza, poderemos alargar os aspectos positivos se explorarmos ideias surgidas durante o evento. A utilização de meios audiovisuais de maior dimensão, bem como a organização atempada de um espaço adequado, a impressão de cartões em inglês, a exposição de mais *posters* e até a escolha de uma peça de vestuário que, além da bandeirinha, identifique a comitiva portuguesa são aspectos relacionados com a imagem que poderão ajudar a melhorar o trabalho desenvolvido através do *stand* no sentido do reforço da imagem da enfermagem portuguesa. Será também importante incluir na delegação um elemento que se dedique exclusivamente ao *stand* e que possa estar eventualmente encarregue de organizar uma recepção no local. A participação da OE num novo evento desta natureza constituiria certamente uma oportunidade para promover mais encontros paralelos de modo a incrementar os contactos com outros colegas e outras organizações, bem como seria uma oportunidade para divulgar mais informação sobre a enfermagem portuguesa e para assimilar as características de realidades diferentes. Em resumo, estamos agora mais preparados para adquirir mais conhecimentos e uma nova visão da enfermagem.

A participação da OE no 23.º Congresso do ICN teve também aspectos mais penosos que convém não escamotear, pois é com os erros que mais se aprende. A falta de qualidade de algumas comunicações a que assistimos, a inexistência de uma agenda de contactos planeada atempadamente, a ausência de representação da Secção Regional da Madeira foram alguns destes aspectos. A logística também nem sempre funcionou da melhor maneira, pois as instalações destinadas às reuniões não eram adequadas, a hora a que estas se realizaram foi muitas vezes excessivamente tardia, o espaço do stand foi claramente insuficiente, o *écran* tinha uma dimensão demasiado reduzida e a quantidade de algum material de oferta revelou-se exígua e nem sempre suficientemente diversificado ou abrangente. O facto de não ter sido feito um teste operacional informático foi também uma falha com consequências desagradáveis. Importa finalmente registar a pouca experiência perceptível na apresentação em língua estrangeira de algumas comunicações.

Desta avaliação importa especialmente registar os erros que deverão evitar-se no futuro. As dimensões diminutas do *stand* e do *écran* são dois deles. O *stand* deverá ter, em próximas ocasiões, um registo de visitantes, a bandeira portuguesa e um mapa da Europa em que Portugal esteja destacado. Deverão estar disponíveis folhetos apenas em inglês e espanhol, os membros da comitiva deverão dominar melhor as línguas oficiais do ICN e as comunicações deverão ser ensaiadas na respectiva versão traduzida. Devemos evitar a presença excessiva de elementos nas sessões principais e, sobretudo, a ausência de representação no CNR, não descurando as presenças nas sessões de abertura e encerramento, de importância reconhecida.

As questões logísticas foram as que penalizaram mais os participantes neste evento. De facto, apesar da qualidade da informação disponibilizada pela OE e pela Geotur, apesar da qualidade do alojamento, da excelente organização, da adequação das ajudas de custo concedidas, a verdade é que vários factos da organização e do alojamento falharam, tornando mais difícil a missão da delegação da OE no Congresso. Ainda em Portugal, verificou-se que as condições de embarque e o apoio da Geotur nesse momento foram deficientes. Verificou-se, igualmente,



que a opção pela classe económica, tendo em conta as horas de viagem, resultou em cansaço suplementar, que o excessivo tempo de espera em Amesterdão agravou consideravelmente. A distância entre o hotel em Taipé e o centro de congressos obrigou frequentemente ao recurso a táxi, o que também não contribuiu para aliviar as dificuldades. Concluiu-se, por fim, que o tempo de visita a Taipé não foi o suficiente para retirar o maior partido possível da deslocação a um lugar tão distante, pelo que este deverá ser, em futuras ocasiões, um aspecto a não esquecer. Prolongar um pouco a estadia teria, de facto, permitido variar mais as visitas. Para que este objectivo fosse atingido, teria contribuído também a disponibilidade de mais informação local, que a presença de um guia de afabilidade notável mas mal informado não foi suficiente para substituir. Em suma, apesar dos benefícios que a reunião preparatória levada efectivamente a cabo trouxe, uma programação feita com mais antecedência impõe-se. É indispensável que, em próximas oportunidades, a questão da informação não seja esquecida, da mais complexa à mais simples, como a respeitante ao peso de bagagem permitido; bem como se deverá evitar com afincos a opção por um hotel distante do centro de congressos.


A alguns meses de distância desta extraordinária experiência, é muito importante passar para a memória colectiva aquilo que, a quente, mais marcou a memória da delegação e, a frio, se transformou em lição para o futuro. De Taipé trouxemos um

conhecimento maior dos grandes projectos do ICN (sobre liderança, intervenção política, regulação profissional, falsificação de medicamentos, CIPE, saúde e segurança, violência nos locais de trabalho, prática baseada na evidência, sida, guias de boas práticas, grupos vulneráveis etc.), em Taipé deixámos uma imagem muito digna da Ordem dos Enfermeiros e de Portugal junto de todos aqueles com quem tivemos oportunidade de contactar e junto dos quais divulgámos toda a informação possível sobre a enfermagem portuguesa. A participação da OE neste evento internacional deixou, sem dúvida, uma marca de qualidade, capaz seguramente de fazer a diferença. Para tanto contribuiu o modelo inovador adoptado (FNOPE), mas principalmente o prestígio da Bastonária da Ordem dos Enfermeiros portuguesa, Enfermeira Maria Augusta Sousa, que se distinguiu pela vitalidade e capacidade de liderança. De facto, todos nos sentimos especialmente orgulhosos e confiantes ao observarmos a postura, o profissionalismo, a dedicação, o esforço, a capacidade de comunicação e a de gerar consensos, a boa disposição e a popularidade da nossa Bastonária.

Numa futura participação em evento semelhante, deveremos demonstrar a capacidade para potenciar os efeitos positivos da nossa acção. Para atingirmos este objectivo, convirá tomar algumas medidas resultantes da nossa aprendizagem com a experiência de Taipé. Seria conveniente, por exemplo, que alguns elementos dos órgãos sociais se mantivessem nas várias representações, que os membros dos órgãos regionais tivessem contacto com os seus homólogos de outros países e que se encontrasse uma forma de envolver os estudantes de enfermagem. Seria também desejável que o próximo congresso fosse amplamente divulgado e que fosse feita uma sensibilização alargada, através do *site* da OE e junto das várias instituições. Será, assim, possível desenvolver novas ideias e divulgar a taxonomia da CIPE, além de proporcionar uma oportunidade de aprendizagem pessoal e, sobretudo, de garantir uma representação internacional activa dos membros dos órgãos sociais. A ideia do concurso de projectos foi ótima e teve bons resultados, pelo que deverá ser repetida e melhorada, de modo a garantir uma maior participação e, consequentemente, uma maior projecção da enfermagem portuguesa e do próprio País. O prestígio e a confiança já lançados e futuramente cimentados poderão ser aproveitados para promover a participação activa em

redes e projectos internacionais. Em relação, concretamente, ao 24.º Congresso do ICN, à conferência de Yokohama (em 2007) ao 25.º Congresso do ICN em Durban (2009), na convicção de que a enfermagem portuguesa tem condições para assegurar uma participação de alto nível, é fundamental que os preparativos comecem o quanto antes, afigurando-se também vantajoso adoptar uma estratégia que privilegiasse os países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Será ainda conveniente evitar cuidadosamente os aspectos negativos desta experiência. A divulgação de projectos portugueses foi diminuta, devendo por isso ser incentivada a participação de quem neles esteja envolvido, bem como a representação da Secção Regional da Madeira, que, como já foi referido, esteve ausente do congresso de Taipé. A agenda de cada participante deve ser preenchida com cuidado, de modo a evitar que fique sobrecarregada. A dispersão dos temas tratados deve ser contrariada, evitando o desenvolvimento de temáticas que não estejam relacionadas com as principais. Só assim se poderá prevenir que o discurso da OE se torne excessivamente vago e que as expectativas relativamente a alguns temas resultem frustradas. Os custos da representação portuguesa no congresso de Taipé, bem como a reduzida competência de alguns elementos da delegação em línguas estrangeiras são problemas do nosso envolvimento no 23.º Congresso do ICN, que, no futuro, terão de ser mitigados.

Por tudo o que já foi exposto, parece impor-se um agradecimento à Ordem dos Enfermeiros pela oportunidade proporcionada a cada um individualmente e à enfermagem portuguesa em geral. Queremos também agradecer a todos os colaboradores o envio de material de divulgação, que muito contribuiu para dar a conhecer o nosso *stand* aos visitantes. Mais se impõe ainda a necessidade de começarmos já a olhar para o futuro, divulgando a palavra de ordem escolhida pela nova presidente do ICN, Hiroko Minami: Harmonia, e propondo a realização de trabalhos com ela relacionados. Na verdade, tendo em conta a marca positiva que, mesmo em comparação com outros países, Portugal deixou em Taipé, esperamos que a ideia de a Ordem dos Enfermeiros se candidatar à organização da conferência do ICN em 2011 seja coroada de sucesso. 

Portugal – Um novo modelo de afiliação no Conselho Internacional de Enfermeiros*

Maior representatividade dos enfermeiros portugueses

Maior inclusão na realidade histórica

Maior coerência com o conjunto dos pilares do ICN

Maria Augusta Sousa

Bastonária

1. O contexto

Eis alguns elementos para uma melhor compreensão do processo que levou à alteração da representação de Portugal no seio do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN).

A realidade histórica e as modificações mais recentes no panorama nacional

Nos últimos 40 anos, a profissão de enfermeiro em Portugal sofreu uma evolução importante, possível pela existência de factores que importa situar no tempo.

Antes de 1974

(1) A existência de enfermeiros nos serviços centrais do Ministério da Saúde, que eram responsáveis pelas orientações técnicas para os cuidados de enfermagem e para o ensino da enfermagem.

(2) A existência de associações profissionais com afiliação internacional – generalistas, uma laica (APE / ICN), somente para os profissionais diplomados e outra confessional (ACEPS / CI-CIAMS) para todos os profissionais de enfermagem. Ambas desempenharam um papel de formação junto dos enfermeiros,



ARQUIVO DE

que pela sua participação internacional foi portador dos últimos avanços da profissão no mundo.

(3) A existência de sindicatos profissionais no sistema corporativo com uma intervenção débil junto do conjunto dos enfermeiros.

(4) A existência de movimentos não oficiais e fora das organizações formais de auxiliares de enfermagem, que à data asseguravam a parte mais importante dos cuidados de enfermagem (em 1974, existiam mais de 15 000 auxiliares de enfermagem para aproximadamente cerca de 3000 enfermeiros diplomados).

Depois de 1974 (mudança do regime político – explosão democrática), o que mudou para a profissão de enfermagem?

Os sindicatos que saíram do regime corporativo, com a força que lhes foi transmitida, sobretudo, pelo movimento dos auxiliares

* Versão portuguesa da comunicação apresentada em francês, pela Bastonária da Ordem dos Enfermeiros no Conselho de Representantes Nacionais (CNR). – Trad. AM



ARQUIVO OE

de enfermagem, e aos quais aderiram um número significativo de enfermeiros diplomados, tomaram-se nas organizações que tomaram em mãos o destino da profissão. Foram reivindicações imediatas: terminar a formação de enfermeiros de dois níveis e formar apenas enfermeiros diplomados (1975); desenvolver uma formação complementar para que os auxiliares de enfermagem acessem ao estatuto de enfermeiro (1975/1985); valorização dos salários (1976); regulamentar a carreira profissional (1981); regulamentar o exercício da profissão (1979 – primeiro projecto de lei). Os enfermeiros participaram nestes processos e também formaram associações em função de interesses específicos. As associações que já tinham história encontraram o seu papel na nova realidade associativa da profissão. Continuam a existir enfermeiros, com as mesmas responsabilidades, nos serviços centrais do ministério.

Durante os anos 80 e 90, são, finalmente, reconhecidos vários aspectos. São eles: a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, como ensino superior (1988); a regulamentação do exercício da profissão de enfermeiro (1996); e o direito à auto-regulação – criação da Ordem dos Enfermeiros, que agrupa todos os enfermeiros e tem como objectivos a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento da regulamentação do exercício na salvaguarda da deontologia profissional (1988); as primeiras eleições foram realizadas em Maio de 1999.

Todo este processo foi partilhado pelas diferentes organizações profissionais, de acordo com a respectiva dimensão e com o respectivo papel. Com este percurso, a profissão, em Portugal, logrou obter o conjunto de instrumentos próprios que lhe permitem assegurar o desenvolvimento da sua autonomia.

Os diferentes mandatos sociais das organizações profissionais

No quadro jurídico português, o quadro para a profissão que acabamos de descrever introduziu uma nova relação entre as diferentes organizações, de seguida descrita.

- Ordem dos Enfermeiros – representação e regulamentação para todas as matérias do exercício profissional.
- Sindicatos – representação e regulamentação para todas as matérias socioeconómicas e laborais.
- Associações – aprofundamento das matérias ligadas a interesses particulares de grupos de enfermeiros e participação organizada no conjunto da profissão.

Este é o enquadramento do mandato social das diferentes organizações profissionais.

As condições definidas pelo ICN

Os fundamentos que conduziram o ICN à adopção de modelos de afiliação diferentes do tradicional – procurar que a representação internacional das Associações Nacionais de Enfermeiros (ANE) fosse mais coerente com as modificações que se produziam em cada país – foram um importante instrumento de trabalho para o desenvolvimento do processo interno.

A realidade nacional impunha alterações a nível da representação internacional.

2. O processo (2000-2003)

1.ª etapa

- Identificação da alteração organizacional e do estatuto de cada organização no seio da profissão.

- Manifestação de intenções de cada organização no decurso da discussão, conduzida pela APE, sobre as propostas do ICN.

2.ª etapa

- Estudo dos diferentes modelos de afiliação propostos no Conselho de Representantes Nacionais (CNR) de Copenhaga.
- Discussão em cada organização sobre a decisão a tomar relativamente ao modelo a adoptar.
- Partilha de posições e seus fundamentos entre todas as organizações que aderiram ao processo.
- Aceitação de princípios comuns.

3.ª etapa

- Discussões com o ICN e todas as organizações que aderiram ao processo de alteração do modelo de afiliação.
- Decisões sobre o modelo a adoptar – Modelo de Colaboração, o membro do ICN deve ser a Ordem dos Enfermeiros e a concretização passa pela criação do Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermeiros (FNOPE) para a representação internacional.

Assim, o objectivo é construir uma representação internacional mais coerente com a realidade nacional: inclusão dos diferentes mandatos sociais e das diferentes sensibilidades profissionais, bem como do percurso histórico dos enfermeiros em Portugal, e deste modo melhor afirmar os pilares da acção do ICN. Enfim, representar o País em todas as dimensões que devem ser tidas em conta para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, a valorização da profissão em prol do público e dos enfermeiros como cidadãos.

4.ª etapa

- Elaboração e assinatura do protocolo entre a Ordem dos Enfermeiros e onze outras organizações profissionais, cujos mandatos sociais e representação no seio da profissão podem ser resumidos como de seguida se indicam.

Representação e regulamentação socioprofissional
– Ordem dos Enfermeiros (45 906 membros).

Representação e regulamentação socioeconómica e laboral para os enfermeiros

- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (17 662 membros).
- Sindicato dos Enfermeiros da Região Autónoma da Madeira (1300 membros).

Representação de interesses específicos (globais ou particulares) de grupos de enfermeiros

- Nove associações nacionais, tendo dois fins generalistas – APE e ADENA, e sete de enfermeiros ligados a contextos específicos ou de enfermeiros especialistas – ADE, AESOP, ANET, APEO, APEER, APEEMC, APEDT (total dos seus membros: 2333).

- Apresentação do *dossier* de candidatura da Ordem dos Enfermeiros à afiliação no ICN.

3. Os resultados

- Decisão de aceitação da Ordem dos Enfermeiros como membro do ICN (Abril 2004).
- Criação do FNOPE.
- Todos os enfermeiros portugueses são hoje membros do ICN – 45 906.
- A informação chega a todos os membros.
- As decisões, no que respeita à representação internacional, são tomadas pelo FNOPE no respeito pelos princípios de seguida indicados.

O FNOPE deve procurar que todas as decisões sejam tomadas por consenso.

Nos casos em que não seja possível chegar a consenso, as posições assumidas pela Ordem dos Enfermeiros no ICN serão as seguintes:

- no que respeite a matérias socioprofissionais, será a posição da Ordem dos Enfermeiros;
- no que respeite a matérias socioeconómicas e laborais, será a posição dos sindicatos;
- em ambas as situações, devem ser expressas as posições discordantes existentes das organizações no seio do FNOPE.



4. Uma reflexão sobre as dificuldades e alguns ensinamentos da experiência vivida

O processo que conduziu à afiliação da Ordem dos Enfermeiros como membro do ICN teve dificuldades, como todo o processo de mudança, sobre as quais me permito fazer uma curta reflexão. Inicialmente, as diferentes leituras que dirigentes da APE e da Ordem dos Enfermeiros faziam da mudança existente no interior do nosso país e das suas repercussões na representação internacional, no que concerne ao papel representativo da Ordem dos Enfermeiros, dificultaram uma abordagem comum dos caminhos a percorrer para alterar a situação. Com efeito, estivemos perante posições rígidas relativamente à forma como era vista a evolução e que podem ser sintetizadas como de seguida se indica:

– Para os dirigentes da Ordem dos Enfermeiros era claro que esta organização, reunindo todos os enfermeiros do país, com a responsabilidade de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem e de desenvolver e regulamentar a profissão, era a organização que deveria ser membro do ICN. Nesse momento ainda não se conhecia o debate em torno dos modelos de afiliação não tradicionais. Em todo o caso, a APE era membro

desde 1964 e era necessário trabalhar no sentido de, se possível, obter um consenso sobre o modo de transição.

– Para os dirigentes da APE havia um trabalho conjunto com as Associações Profissionais, no sentido de conduzir os aspectos internacionais de modo a representar os diferentes interesses e também considerar o modelo de afiliação no futuro, tendo como ponto de referência, em contraponto ao da representatividade da Ordem dos Enfermeiros, que esta não era a mais representativa porque era de inscrição obrigatória. Então, e muito justamente, a APE procurou potenciar a sua história como membro do ICN e a sua visibilidade internacional, bem como desenvolver os argumentos dos seus pontos de vista. De todo o modo, foi reconhecido que, por causa da sua dimensão, a visibilidade internacional não tinha correspondência no plano nacional.

A maior dificuldade foi a compreensão e aceitação mútua das dinâmicas, pessoais e organizacionais, que foram criadas em torno da representação internacional e da modificação a produzir, sem que se personificassem as relações.

Foi em torno destes assuntos que, ao longo do processo, surgiram as pequenas dificuldades. Mas, também, foi por tudo isto que

podemos retirar alguns ensinamentos da experiência vivida e que vos deixamos como testemunho, sobretudo para todas as ANE que procurem encontrar um novo modelo de afiliação.

Este processo permitiu-nos compreender melhor a realidade associativa no nosso país, a sua história de cumplicidade em relação com o desenvolvimento da profissão e a desproporção existente, no que respeita à representação internacional.

Procuramos centrar o debate à volta dos contributos que a afiliação internacional poderia trazer para a nossa realidade e em que é que Portugal poderia contribuir para a profissão e para os cuidados de enfermagem. Este foi o aspecto que tomou mais tempo, mas que foi muito importante para compreender o papel de cada organização em relação aos pilares de acção do ICN, que se tornaram mais claros com a ajuda de Judith Oulton, através da reflexão com todas as organizações implicadas.

Isto permitiu-nos assumir, progressivamente, que todos procurávamos soluções harmoniosas que não excluíssem ninguém, mas que o modelo deveria ser coerente com a realidade nacional. Neste caminho, eliminámos o modelo tradicional e avaliamos as implicações dos outros dois modelos. Por um lado, o Modelo de Aliança (proposto pela APE e por outras associações) obrigava, no quadro jurídico da liberdade de associação, a criar uma nova organização para a representação internacional. O que para a Ordem dos Enfermeiros, que representava todos os enfermeiros, não fazia sentido. Por outro lado, o Modelo de Colaboração (proposto pela Ordem e mais tarde apoiado pelos sindicatos) era um modelo que obrigava a que a Ordem se tornasse membro, substituindo a APE no ICN. O que pela parte da APE e de outras associações era difícil de aceitar, na medida em que este modelo poderia impedir a visibilidade dos seus papéis e das suas posições.

Foi com este ponto de partida e com o método seguido, atrás descrito, que chegamos a bom porto.

Neste sentido, é importante reter o que de seguida se indica.

- Cada organização procurou clarificar o modelo de afiliação que, no seu ponto de vista, considerava mais adequado e procurou argumentos para o defender.

- A definição de pontos de vista comuns sobre o que cada organização entende como aspectos mais importantes que a representação internacional deveria aportar e salvaguardar: ninguém deveria ser excluído; dever-se-ia valorizar a nossa história e o papel que a APE desempenhou como membro do ICN; dever-se-ia garantir que todas as organizações profissionais se sentissem partes interessadas na representação internacional.
- O reconhecimento mútuo que, no nosso país, as organizações profissionais não têm o mesmo peso no conjunto da profissão e que o mandato social de cada uma deve ter uma expressão internacional coerente.
- Os pequenos passos de aproximação de uns para os outros, permitiram construir o caminho que levou à decisão sobre o modelo e à elaboração do protocolo que obriga todas as organizações que o assinaram, nomeadamente no que respeita às tomadas de decisão, nomeação de representantes e manifestação de posições.
- Todos os signatários do protocolo reconhecem que o gesto da APE, que renunciou à sua qualidade de membro do ICN, foi um gesto muito difícil para os seus representantes, mas de elevada dignidade face à profissão e perante os enfermeiros.
- O repertório de experiência internacional da APE é considerado como um capital de conhecimento a rendibilizar no novo modelo de afiliação no ICN, razão por que está acordado no protocolo que nos primeiros quatro anos um dos elementos das delegações será, em princípio, indicado pela APE.

Concluindo, podemos constatar que o percurso, ainda que com dificuldades, foi muito positivo, e foi possível porque todas as organizações foram capazes de ser fiéis à sua razão de ser e de colocar em primeiro lugar o bem comum – os cuidados de enfermagem, a profissão e os enfermeiros. O caminho foi iniciado e nós queremos continuá-lo, aprofundá-lo e melhorá-lo, porque estamos convictos de que o modelo escolhido é aquele que garante o respeito pelo papel específico de cada organização, mas, sobretudo, que permite potenciar o contributo dos enfermeiros portugueses para a voz dos enfermeiros no mundo.

Muito obrigada. 

Auto-regulação na enfermagem: o caso português*

Maria Augusta Sousa

Bastonária

Lucília Nunes

Presidente do Conselho Jurisdicional

Esta comunicação tem duas partes. Nela dar-se-á enfoque a um passado recente, aos percursos e caminhos percorridos, ao presente e (planeado) ao futuro próximo.

Num primeiro momento, pretendemos analisar as condições, os requisitos e os desafios colocados pela regulação no enquadramento contextual que nos trouxe, em Portugal, de uma ocupação profissional a uma profissão auto-regulada e à existência da Ordem dos Enfermeiros, partilhando a experiência de discutir e adquirir instrumentos próprios de regulação.

O *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* (1996) é o predecessor legal da criação da Ordem dos Enfermeiros (1998), e estamos a preparar, no segundo mandato (2004-2007), as estratégias e os processos para um contínuo desenvolvimento da nossa regulação profissional, atendendo ao contexto.

Num segundo momento, apresentamos a regulação (como auto-regulação) na perspectiva da garantia do bem-estar e interesse do público.

A enfermagem portuguesa cedo desenvolveu a ideia de que a regulação era fundamental para:

- (1) regular a relação entre os enfermeiros e o público, na linha da responsabilidade profissional;
- (2) conferir poder à profissão, face a outras profissões da saúde;

- (3) estabelecer relação entre a auto-regulação e as condições de trabalho.

Foi um sentimento forte e uma aspiração que conduziu ao primeiro congresso nacional, em 1973.

Este congresso ocorreu quando o movimento associativo nacional era fraco, reduzido pelo contexto político, e existiam dois tipos de organizações profissionais: as associações (com raízes confessionais, como a ACE – Associação Católica de Enfermeiros – e não-confessionais, como a APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros) e os sindicatos, que lutavam e defendiam “direções honestas”. Juntas, organizaram o congresso, que teve três pontos principais: carreira profissional, integração no sistema nacional de ensino e criação da Ordem.

A Revolução de Abril (1974), que permitiu a intervenção política e social com carácter democrático, deu início a uma crise revolucionária também na profissão. Desde 1975, com o fim da formação dos auxiliares de enfermagem e a formação complementar de transição (curso de promoção), que temos, em Portugal, um único nível de formação em enfermagem – de onde decorre que a formação básica é de enfermeiros de cuidados gerais e o processo de autonomização das escolas começou.

Em números, em 1975, havia cerca de 15 000 auxiliares de enfermagem e 3000 enfermeiros – o processo terminou entre 1982 / 84.

Na década de 80, decorreu o tempo de uma revolução real nos terrenos do exercício de enfermagem.

Consideramos dois marcos do desenvolvimento profissional os seguintes: (1) a carreira única em que os enfermeiros viram clarificados o conteúdo funcional e a universalidade de acesso, assim como (2) a integração da educação em enfermagem

* Versão portuguesa da comunicação apresentada em inglês pela presidente do Conselho Jurisdicional, na 7.ª Conferência Internacional de Regulação, nos dias 20 e 21 de Maio de 2005.

no sistema nacional de ensino, ao nível do ensino superior (1988).

Reforçaríamos a ideia de que Portugal é o único país europeu que segue a recomendação da Organização Mundial de Saúde, anunciada na Conferência de Munique (2000), de que enfermagem deve ter um único nível de formação. Neste sentido, em Portugal, a educação em Enfermagem ocorre ao nível superior de ensino.

Dir-se-ia que foi existindo a habilidade de ver os momentos de oportunidade, nos momentos de mudanças, especialmente na educação (e reportamos aos anos 'longínquos' de 1986 / 88). Foi o tempo em que se definiram dois subsistemas no ensino superior e a valorização da formação profissional com o desenvolvimento do subsistema politécnico.

E foi uma janela de oportunidade, porque nos anos 90 os enfermeiros puderam aceder ao grau de Mestre e a programas doutorais.

Focando a nossa atenção no processo de auto-regulação, na década de 90 aconteceu uma discussão alargada sobre o processo de regulação. O resultado final do debate e do processo foi um documento muito importante intitulado *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*, publicado em 1996. Veio conferir um enquadramento ao exercício profissional, clarificar conceitos, intervenções e áreas de actuação, assim como veio clarificar as regras básicas, os direitos e os deveres.

Pensar sobre a responsabilidade e a regulação de enfermagem foi sendo consolidado – como um caminho de pensamento e estrutura conceptual que se formalizou em decreto-lei. Definiram-se as intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro – ou seja, intervenções prescritas e desenvolvidas pelo enfermeiro e intervenções na sequência de prescrições de outros profissionais, no sentido de plano de cuidados global.

Este é um marco de reconhecimento – a auto-regulação e o controlo do exercício profissional foram definidos como sendo levados a cabo pelos enfermeiros. Em sequência, era imperativo



ARQUIVO DE

criar a organização que pudesse regular a profissão – e, em 1998, foi criada a Ordem dos Enfermeiros. O ano de 1998 foi o ano da instalação.

Em Maio de 1999, ocorreu a primeira eleição para os órgãos sociais. Em Dezembro de 2003, a segunda – o que significa que a nossa organização tem seis anos de idade.

A criação da Ordem permitiu tomar nas mãos o destino profissional, e ser, simultaneamente, a destinatária e a detentora de um instrumento legal para o processo de construção da identidade profissional. O mandato social da profissão afirma-se – e a auto-regulação coloca-se sob três perspectivas:

- (1) no acesso à prática profissional (o percurso entre a graduação e a certificação individual de competências, que estamos a planear);
- (2) no acompanhamento do exercício profissional (com instrumentos como os padrões de qualidade dos cuidados ou a investigação sobre as condições de exercício);



ARQUIVO OE


- (3) na regulamentação e no controlo do exercício profissional (conexos com a responsabilidade ética, deontológica e jurisdicional).

É importante reafirmar que a auto-regulação desenvolve resultados efectivos (ganhos) em saúde, sendo parte integrante do desenvolvimento da qualidade. Ao guiar o plano de cuidados, assegurar uma gestão adequada, mantendo os valores éticos e os deveres deontológicos, torna-se mais clara a missão, bem como se tornam mais claros os propósitos e os contributos para a saúde das pessoas, do público.

Com o desígnio fundamental de promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, a Ordem dos Enfermeiros considera que o processo de autogoverno tem como alvo principal o cumprimento dos compromissos sociais assumidos pelos profissionais.

Acreditamos que a regulação reúne três dimensões: a regulamentação profissional, o desenvolvimento profissional e o controlo do exercício. Por isso, desenhou-se o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, onde se planeia construir um sistema de certificação de competências e atentar aos aspectos deontológicos e disciplinares.

Os caminhos percorridos e os planeados, na protecção da saúde dos cidadãos e na promoção da confiança do público na qualidade dos cuidados de enfermagem, podem, acima de tudo, contribuir para as políticas e práticas da regulação e para discutir e partilhar experiências, num mundo cada vez mais global.

No período de um século, passámos de ocupação profissional a profissão auto-regulada, de uma formação incipiente para um nível único de formação no sistema de ensino superior. Terminámos um importante ciclo, com instrumentos legais e profissionais, que nos permitem continuar a caminhar no desenvolvimento da profissão. Temos um longo caminho adiante... e o nosso caso, o caso da Enfermagem em Portugal, pode ser partilhado e, talvez, contribuir para perspectivar o futuro. 

Projecto ASA – Apoio aos Sem-Abrigo

Paulo Victorino

Enfermeiro Especialista

No dia 24 de Maio de 2005, foi apresentado, no 23.º Congresso Quadrienal do ICN, em Taipé, na sessão plenária "Reaching vulnerable groups"*, o projecto ASA – Apoio aos Sem-Abrigo. Este projecto, de autoria do Centro de Saúde da Penha de França, foi apresentado pela Senhora Bastonária, Enfermeira Maria Augusta Sousa, e pelo Enfermeiro Paulo Victorino.

Este é um projecto que surge na sequência de um primeiro acordo de cooperação entre o Centro de Saúde da Penha de França e o Centro de Apoio Social dos Anjos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, para acompanhamento e referenciação dos utilizadores deste centro de apoio social, que necessitavam de cuidados de saúde.

Com a evolução do trabalho desenvolvido nesta área, com o decorrer de reuniões com a Polícia de Segurança Pública e com todas as informações prestadas por estas forças policiais sobre a população de sem-abrigo, tornou-se necessário implementar um projecto de intervenção de rua, para conhecer, no terreno, os sem-abrigo, as suas fragilidades e as suas reais necessidades. Para este efeito, traçaram-se dois objectivos gerais para a actuação do projecto. São eles os seguintes:

- a prevenção da doença,
- a promoção da saúde individual e comunitária.

A equipa de intervenção de rua é constituída por enfermeiros, por uma assistente social, uma assistente administrativa e pela Polícia de Segurança Pública (de acordo com a parceria previamente estabelecida). Esta desloca-se à rua, em horário nocturno, com uma periodicidade quinzenal, ou consoante as necessidades



ARQUIVO DE

verificadas. Neste projecto, estão envolvidos de forma activa todos os restantes profissionais do centro de saúde.

O propósito das abordagens no contexto vivencial da população de sem-abrigo é, de uma forma geral, promover a adopção de estilos de vida saudáveis, através da promoção da saúde e realização de ensinamentos individuais e personalizados. Outro propósito é, também, identificar problemas e encaminhá-los para o centro de saúde (para, numa primeira fase, proporcionar a colheita de dados e o adequado encaminhamento para outras instituições), bem como promover a acessibilidade aos cuidados de saúde, através da divulgação e garantia dos direitos dos utentes à saúde e à cidadania. A ponte entre a abordagem na rua à noite e a utilização dos serviços do centro de saúde é feita através de cartões personalizados que são entregues à população de sem-abrigo durante a intervenção. Estes cartões permitem que o atendimento seja facilitado, prioritário e personalizado, através do rápido encaminhamento para uma funcionária administrativa.

Até Março de 2005, foram referenciadas 408 pessoas, das quais 402 optaram por fazer uma inscrição primária no centro de

* Esta sessão plenária contou ainda com as apresentações

– "Outreach work on HIV/AIDS Prevention among FSW in Lebanon", Elie Aaraj, President of the Order of Nurses in Lebanon

– "Fiji Nurses Reach Out to the Poor" Filomena Dokoni, Fiji Nursing Association



ARQUIVO DE

saúde. É de salientar que a decisão de se inscrever e de recorrer aos serviços quando deles necessitam tem de ser tomada pelos próprios, pois é uma forma de auto-responsabilização para com a sua saúde e com a sua pessoa.

A divulgação do projecto e dos cuidados de saúde prestados no centro de saúde passou a fazer-se, em grande parte, entre os sem-abrigo. Significa isto que a população-alvo é parte integrante do programa.


Esta é uma população predominantemente do sexo masculino (88%), pertencente a uma faixa etária entre os 40 e os 49 anos (35%) e de nacionalidade portuguesa (76%), com patologias dominantemente do foro mental e de foro transmissível.

Os sem-abrigo recorrem, essencialmente, aos nossos serviços para receberem tratamentos na sala de enfermagem (tratamentos que consistem, maioritariamente, em fazer pensos), para se

vacinarem, obterem apoio social (essencialmente alojamento, roupa, higiene e medicação) e receberem consultas médicas.

Em todas as sociedades existem grupos vulneráveis – que são, tradicionalmente, os grupos com pior acesso ao sistema de saúde –, e existem inúmeros mecanismos inovadores para chegar a esta população. Este não pretende ser mais um projecto, mas sim um recurso convergente de esforços das instituições implicadas no apoio a esta população e que abra as portas a estes cidadãos, tantas vezes privados de direitos de cidadania.

Importa realçar a importância dada a este projecto por diversas entidades internacionais e nacionais, revestindo-o agora de uma responsabilidade acrescida.

Tendo seguido as estratégias do Plano Nacional de Saúde, gostaríamos de concorrer para o estabelecimento da Rede de Cuidados de Saúde Primários e para a diminuição da exclusão social. 

Análise dos deveres profissionais na garantia dos direitos das pessoas*

Lucília Nunes

Presidente do Conselho Jurisdicional

Pensar a enfermagem em termos de deveres reporta a uma deontologia, seja qual for a sua forma, mais em termos de carta ou de código, com força de documento legal. Fomo-nos habituando a uma abordagem centrada nos deveres dos enfermeiros e, se pensarmos nisto, verificamos que sempre que foram definidos ou enumerados deveres dos profissionais, eles decorriam da responsabilidade assumida, por esses profissionais, perante a sociedade e do que deles era esperado, também, nas organizações.

1. Da pessoa aos direitos humanos

Simplificando o acesso à questão, uma das evidências imediatas é a de que somos seres humanos, temos determinadas necessidades comuns (precisamos de água, comida, descanso e abrigo; precisamos de amar e ser amados, de ensinar e de aprender, de compreender e ser compreendidos, de nos desenvolvermos e aperfeiçoarmos).

No decurso do nosso tempo pessoal, percebemos que cada um é individual e diferente dos outros, mas pertencemos ao mesmo género humano, aprendemos uns com os outros. Finitos, limitados no espaço, no tempo e também na nossa capacidade, não podemos ser outros, vivenciar os sentimentos dos outros ou as suas necessidades.

Somos PESSOAS – e quando a pessoa está no eixo da ordem jurídica, fala-se do direito com base na natureza humana, do sujeito autónomo e livre, capaz de adquirir direitos e contrair deveres. O facto de a Pessoa ter dignidade própria é uma



convicção relativamente recente – quando Kant afirma que as pessoas têm valor absoluto e devem ser consideradas “sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio”¹, está a definir o que faz com que o ser humano seja dotado de dignidade especial. Ou seja, a dignidade da pessoa humana é o núcleo essencial dos direitos humanos fundamentais.

Qualquer manual de Direito dará uma explicação sobre os direitos humanos que, enquanto direitos fundamentais (aqui tomamos fundamentais em sentido genérico ou mesmo em sentido jurídico, em que os direitos humanos se encontram consagrados na Constituição do Estado), são naturais e universais; imprescritíveis, inalienáveis, irrenunciáveis, invioláveis, indivisíveis e interdependentes.

O que é que se pretende com os direitos humanos?

No preâmbulo da *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, estão escritas algumas considerações que podem esclarecer esta

* Versão portuguesa da comunicação apresentada no 23.º Congresso do ICN, em inglês.

¹ Kant, Immanuel – *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1986. p. 69.

questão. É, entre outros, por se considerar que "o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo" e porque "os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres" –, no fundo, é por se acreditar que há que garantir ao ser humano o respeito ao seu direito à vida, à liberdade, à igualdade e à dignidade; bem como ao pleno desenvolvimento da sua personalidade.

Cada cidadão tem direitos e deveres, que se expressam de forma correlativa. Por exemplo, se tenho direito à protecção da saúde, também tenho o dever de a defender e promover. Nem sempre é fácil perceber que os direitos e deveres são correlativos – parece existir alguma tendência para se entender que se tem mais deveres do que direitos ... ou vice-versa.

E, além da situação de cidadão, cada um tem direitos específicos em determinados contextos – tal como o direito à segurança social se operacionaliza na protecção em situação de carência (doença, invalidez etc.). Na área da Saúde – sendo o direito à saúde um direito social –, foi, por exemplo, redigida a *Declaração de Lisboa* (1981), enunciando os direitos dos doentes, que, enquanto grupo vulnerável, foi objecto de um documento especial para salvaguardar os direitos numa situação de vulnerabilidade.

2. Dos direitos dos clientes aos deveres dos profissionais

Os princípios da ética profissional materializam-se sob a forma de compromisso, de onde decorrem obrigações e deveres. Os enfermeiros assumiram o compromisso de prestar cuidado às pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde, incapacidade e morte – e aqui se encontra a ética da promessa e a responsabilidade de cumprir o prometido.

Partindo das assunções fundamentais quanto ao serviço público (materialmente falando, ou seja, independentemente do contexto público ou privado da relação laboral do enfermeiro)

e ao mandato social da profissão, os enfermeiros atribuíram a si mesmos uma série de deveres – e esta é uma das mais elevadas expressões de autonomia e auto-regulação: atribuir os seus próprios deveres. O corolário desta expressão, na realidade portuguesa, é o *Código Deontológico do Enfermeiro* (1998).

Apresentando o *Código*, ele é composto por 15 artigos, e consideramos adequado apresentá-los em quatro grupos:

- o artigo ético do *Código* (78);
- os artigos em que os deveres resultam das **responsabilidades inerentes** à profissão, enquanto tal, e, numa interpretação possível, decorrentes da existência de necessidades em cuidados de enfermagem (por exemplo, é pela responsabilidade "na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem" que se afirma o dever para com a comunidade);
- os artigos em que os deveres decorrem da salvaguarda e da garantia dos **direitos** do outro, dos clientes a quem os enfermeiros prestam cuidado – pois há artigos que têm enunciada a relação com o direito da pessoa a cuidar;
- o artigo que elenca deveres relacionados com o exercício de um direito dos enfermeiros, o da objecção de consciência (92).

2.1 O fundamento ético do *Código*

O *Código* começa no Artigo 78, sob o título **Princípios gerais**, e, por isso, representa o "artigo ético" do articulado deontológico – e expressa os princípios gerais, os valores e os princípios orientadores do exercício da profissão. Não constam nele deveres, mas sim a matriz de fundamento que suporta os deveres.

Artigo 78 – Princípios gerais

"1 – as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

- 2 – São valores universais a observar na relação profissional:
- a) a igualdade;



ARQUIVO OE

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

3 – São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros:

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

O princípio da dignidade humana é um valor autónomo e específico inerente aos seres humanos em virtude da sua personalidade². O direito positivo revela uma visão unitária da pessoa, uma vez que o homem é "sujeito de direito" e não um objecto. O conceito de dignidade é assumido como princípio moral e como disposição de direito positivo.

² Assim o referem Gomes Canotilho e Vital Moreira, em anotação ao Artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa.

Na perspectiva ética, a relação entre quem cuida e cuidado modula-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar a partir do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções.

Todavia, se pode parecer redundante afirmar "a pessoa humana e o enfermeiro", pode entender-se que o legislador (porque o *Código Deontológico* – CD – é uma lei) quis reforçar que o profissional, o enfermeiro, não está fora deste princípio – que a esfera da liberdade e da dignidade o incluem. O exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (ao caso, o cliente e o enfermeiro). Desta forma, o "pano de fundo" é a preocupação de "defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro".

Na generalidade, os valores são critérios segundo os quais valorizamos ou desvalorizamos as coisas, e expressam-se nas razões que justificam ou motivam as nossas acções, tornando-as preferíveis a outras. Por isso se afirma que os valores se reportam a acções e as justificam – são conceitos que traduzem as nossas preferências.

O terceiro ponto assinala os princípios orientadores da actividade profissional, destacando-se os aspectos de concretização. Por exemplo, a **responsabilidade** é "inerente ao papel assumido perante a sociedade", como o **respeito pelos direitos humanos** se configura "na relação com os clientes" e a **excelência do exercício** "na profissão em geral e na relação com outros profissionais".

Destacamos o **respeito pelos direitos humanos** que se encontra vinculado à assunção do outro como um ser digno, sujeito de direitos (e deveres).

A *Declaração Universal dos Direitos do Homem* corresponde à tentativa de institucionalizar os ingredientes constituintes da dignidade humana como algo irredutível, aos quais se ligam a autonomia e a individualidade.



- c) defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional;
- d) ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência."

Na perspectiva deontológica, expressa-se um dever que se cruza com o plano ético e o jurídico – se, no plano ético, cada um de nós é responsável pelo outro, este sentido não está ausente do direito civil e penal. No direito civil, a pessoa é obrigada a responder pelas "pessoas, animais ou coisas ao seu cuidado"³ e, no *Código Penal*, a omissão de auxílio⁴ é considerada crime, em caso de necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente ou calamidade pública ou situação de perigo comum.

Artigo 80 – Do dever para com a comunidade

"O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido;
- b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;
- c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade."

³ "As pessoas que, por lei ou negócio jurídico, forem obrigadas a vigiar outras, por virtude da incapacidade natural destas, são responsáveis pelos danos que elas causarem a terceiro, salvo se mostrarem que cumpriram o seu dever de vigilância ou que os danos causados se teriam produzido ainda que o tivessem cumprido", Artigo 491 do *Código Civil Português*; "Quem tiver em seu poder coisa móvel ou imóvel, com o dever de a vigiar, e bem assim quem tiver assumido o encargo da vigilância de quaisquer animais, responde pelos danos que a coisa ou os animais causarem, salvo se provar que nenhuma culpa houve da sua parte ou que os danos se teriam igualmente produzido ainda que não houvesse culpa sua", Artigo 493 do *Código Civil Português*.

⁴ "Quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente ou calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, a integridade física ou a liberdade de outra pessoa, deixar de lhe prestar o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o socorro, é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias", Artigo 200 do *Código Penal Português*.

Um aspecto básico que se relaciona com a garantia efectiva dos direitos reporta à acessibilidade, à aplicação e à distribuição dos recursos, cada vez mais caros e escassos, de difícil decisão, o que acresce, com elevada relevância e pertinência, o debate em torno do princípio da justiça, que se transmuta em equidade.

Na compatibilização das necessidades e dos direitos com os recursos da saúde, nenhuma escolha pode ser feita sem o reconhecimento de que a pessoa é sempre sujeito e não objecto. O interesse da ciência não pode nunca colocar-se acima do direito da pessoa humana, devendo o progresso científico estar ao serviço desta.

2.2. Deveres que reportam às responsabilidades específicas da profissão

Consideramos, aqui, seis dos 15 artigos.

Artigo 79 – Dos deveres deontológicos em geral

"1 – O enfermeiro, ao inscrever-se na Ordem, assume o dever de:

- a) cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;
- b) responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega;

A responsabilidade do enfermeiro perante a comunidade surge vertida na "promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem".

Assim, qualquer que seja o nível da prestação de cuidados onde o enfermeiro exerce as suas funções, deverá identificar os recursos existentes que respondam às necessidades dos indivíduos na continuidade dos cuidados, na interdisciplinaridade, na articulação de cuidados e no desenvolvimento de programas que promovam a saúde da comunidade.

Artigo 88 – Da excelência do exercício

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

- a) analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;
- b) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- c) manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;
- d) assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados;
- e) garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos;
- f) abster-se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais."

O enunciado do artigo afirma a procura da excelência em todo o "acto profissional" que o enfermeiro realiza. Se a preocupação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos impõe ao enfermeiro uma conduta ligada ao desenvolvimento contínuo, podem entender-se subjacentes a concretização da autonomia, a imprescindibilidade e a garantia da qualidade dos cuidados prestados.

O 'pano de fundo' é de busca de excelência – todavia, não se trata de uma procura ocasional, que possa estar dependente do contexto. É expresso que se refere "em todo o acto profissional", sem excepções, podendo aliar-se a procura contínua ao desenvolvimento de saberes e competências.

Artigo 89 – Da humanização dos cuidados

"O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa."

Humanizar pode ser interpretado como 'tornar mais humano', no contexto dos actos profissionais que ligam as pessoas – ao caso, entre enfermeiro e cliente / família. E, aqui, entende-se por família os conviventes significativos, além dos laços de parentesco. Atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda são expressões que se podem derivar da responsabilidade do enfermeiro "pela humanização dos cuidados".

Artigo 90 – Dos deveres para com a profissão

"Consciente de que a sua acção se repercute em toda a profissão, o enfermeiro assume o dever de:

- a) manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão;
- b) ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional;
- c) proceder com correcção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas ou a outros profissionais;
- d) abster-se de receber benefícios ou gratificações além das remunerações a que tenha direito;
- e) recusar a participação em actividades publicitárias de produtos farmacêuticos e equipamentos técnico-sanitários."

As alterações na saúde que hoje se prevêem precisam de uma reflexão sustentada. O apelo às questões éticas extravasa o contexto individual, no sentido do reconhecimento dos princípios e valores profissionais.

O enunciado dos deveres para com a profissão clarifica a consciência de que a acção de cada enfermeiro "se repercute em toda a profissão" – aliás, no sentido de que a fidelidade ao compromisso da profissão repousa sobre os ombros dos profissionais individuais. Afirma-se, no preâmbulo do *Estatuto*, que a criação da Ordem dos Enfermeiros "responde [...] a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem".

Artigo 91 – Dos deveres para com outras profissões

"Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de:

- a) actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;
- b) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;
- c) integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, 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."

O enunciado do artigo aponta o enfermeiro "como membro da equipa de saúde". Os enfermeiros cuidam dos clientes e relacionam-se com todos os intervenientes no processo de cuidados de saúde – com administradores, médicos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos, auxiliares, entre outros. Mais: permanecendo mais tempo junto dos clientes,

promovem a intervenção de outros profissionais e técnicos de saúde, referenciam as situações problemáticas identificadas, orientam os clientes em função das necessidades e dos problemas detectados e promovem, paralelamente, a aprendizagem do cliente da forma de adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde e a forma de aumentar o conhecimento dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Todas as profissões da saúde se preocupam com as questões éticas e com o quadro deontológico do respectivo exercício profissional – sobretudo centradas no utente dos cuidados e em assegurar o respeito pela dignidade da pessoa.

E é cada vez mais claro que a prestação de cuidados de saúde globais está aquém da capacidade de uma profissão⁵, exigindo-se uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional. Assim, o conceito de equipa torna-se básico, orientando para um mesmo fim os diferentes caminhos dos diversos profissionais.

2.3. Deveres profissionais na garantia dos direitos

Consideramos que os deveres profissionais decorrentes da garantia e protecção dos direitos das pessoas são sete dos quinze.

Artigo 81 – Dos valores humanos

"O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra, e assume o dever de:

- a) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;

⁵ BANDMAN, Elise; BANDMAN, Bertram – *Nursing Ethics through the Life Span*. NY: Prentice-Hall, 2002.

- b) salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso;
- c) salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida;
- d) salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social;
- e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida;
- f) respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.”

Existe uma relação patente entre o “cuidar da pessoa sem distinção” (alínea a) com os princípios gerais e os valores universais. Aliás, parece claro que, com a afirmação do respeito pelos direitos humanos como princípio orientador, o enfermeiro assume deveres na área dos valores humanos.

A vulnerabilidade perante a doença, que nos coloca na situação de pessoas em necessidade, reclama a solidariedade e a equidade dos prestadores de cuidados. E, podendo existir vulnerabilidade temporária ou definitiva, vão sendo apontados grupos vulneráveis, como as crianças, os idosos, os deficientes e os doentes inconscientes.

Existe legislação específica de protecção para cada um destes grupos – e, em relação a eles, é, porventura, mais claro o papel do enfermeiro como ‘advogado’ do cliente.

Ver respeitada a sua especificidade em termos de valores é um direito humano fundamental.

Artigo 82 – Dos direitos à vida e à qualidade de vida

“O enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- a) atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;

- b) respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
- c) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- d) recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.”

Do **direito à vida** decorrem os deveres dos enfermeiros, assumidos no decurso da garantia de respeito ao longo do ciclo vital. Aliás, este direito tem assumido o primado e é considerado limite aos avanços científicos – de pouco ou nada adiantaria a protecção a direitos humanos como a igualdade, a intimidade, a liberdade, o bem-estar, se não erigisse a vida humana como um desses direitos. Somente neste contexto se compreende a proibição do aborto, da eutanásia, da pena de morte e a não-aceitação do suicídio.

O enunciado do artigo afirma o direito da pessoa à vida, durante todo o ciclo vital, indiferentemente dos momentos ou dos estádios.

Artigo 83 – Do direito ao cuidado

“O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde e na doença, assume o dever de:

- a) co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento;
- b) orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência;
- c) respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde;
- d) assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas;
- e) manter-se no seu posto de trabalho, enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados.”

A base ou enunciado dos deveres é o **direito ao cuidado na saúde e na doença**.

O cuidado nasceu no espaço privado, na família, muito ligado ao papel da mulher – “uma Ética do Cuidado, historicamente realizada sobretudo pelas mulheres na cultura ocidental, nas suas práticas quotidianas do cuidado dos vulneráveis da sociedade” (Parecer 26/CNECV/99) – e não se conforma no paradigma científico biomédico. As instituições de saúde são lugares de controlo e manutenção da saúde, de construção, desconstrução e reconstrução de saberes sobre a saúde e o bem-estar. Espaços onde as pessoas têm direito ao cuidado e conforto.

O cuidado é uma actividade-fim no trabalho de enfermagem, ou seja, constitui-se como finalidade. Visa contribuir para o bem-estar e o bem-viver, a que todas as pessoas têm direito – considerando na promoção de ‘bem-viver’ uma vida digna que tem, como situação-limite, uma morte digna. A acção de cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético, intuitivo.

Artigo 84 – Dever de informar

“No respeito pelo **direito à autodeterminação**, assume o dever de:

- a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.”

Esta perspectiva – da informação como dever – assenta sobre bases sólidas, como são os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa.

Atentemos na afirmação “o respeito pelo direito à autodeterminação”: pode entender-se que tal significa o respeito pelo princípio da autonomia e considerá-la não em termos absolutos, mas como um valor, como algo que deve ser protegido, apoiado e

promovido, já que se enraíza na liberdade individual e no respeito pelas decisões que cada um toma acerca de si, conquanto sejam livres e esclarecidas.

Artigo 85 – Do dever de sigilo

“O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:

- a) considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- b) partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- c) divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- d) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.”

Desde a primeira formulação, a regra do segredo tem sido muitas vezes comentada e discutida – na prática, esta regra garante a não-divulgação, logo, a confidencialidade de qualquer informação relativa a uma pessoa.

Salvaguarde-se que o dever de sigilo ou de segredo existe como forma de preservar um direito, ou seja, é pelo direito à confidencialidade que se afirma o dever de sigilo.

Aliás, há quem estabeleça uma relação mais directa com a privacidade, como é o caso de Gavison (1980), que concebe a privacidade como “acessibilidade limitada” e a considera o resultado de três componentes: segredo (reserva de informação sobre um indivíduo), anonimato e isolamento (no sentido de inacessibilidade física a um indivíduo). Invocando a ideia da tutela da dignidade humana, poderá configurar-se que estamos a circular na área da protecção da intimidade / reserva da vida privada, da privacidade.

Artigo 86 – Do respeito pela intimidade

"Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

- a) **respeitar a intimidade** da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- b) **salvaguardar sempre**, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa."

Os sentimentos de pudor e interioridade, expressos no enunciado, inerentes à pessoa, têm componentes que excedem a pura satisfação de um direito formal. A protecção da intimidade física e psicológica relaciona-se com diversas vertentes, tais como a reserva da intimidade, o respeito pelo pudor individual, a protecção e salvaguarda da privacidade.

O corpo concreto, que qualifica um ser real, é o espaço da ancoragem do ego e da personalidade. Confinado no espaço e no tempo, o corpo está envolvido nas e pelas emoções, sendo que a sensorialidade e a motricidade se misturam. Factor de identidade, o facto de se ter um corpo e de se ser um corpo representa a adaptação possível ao meio / ambiente.

Artigo 87 – Do respeito pelo doente terminal

"O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- a) **defender e promover o direito do doente à escolha** do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;
- b) **respeitar e fazer respeitar** as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pelas pessoas que lhe sejam próximas;
- c) **respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.**"

O enunciado afirma o enquadramento decorrente de "acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal". Considera-se que no estágio de evolução chamado "terminal", a morte é previsível a mais ou menos curto termo.



ARQUIVO DE

Neste caso, as intervenções levadas a cabo visam atenuar os sintomas da doença (em particular, a dor), sem agir sobre a causa. Neste contexto, o objectivo dos cuidados é preservar não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana, que é essa possibilidade para cada ser humano de, por intermédio da sua consciência, agir livremente e autodeterminar-se. Estamos na área dos cuidados paliativos – que apelam a meios proporcionados e que, na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), têm como objectivo "a obtenção de melhor qualidade de vida para o doente e sua família".

Por último, o *Código Deontológico* insere um artigo que respeita aos deveres do enfermeiro relacionados com o exercício de um direito.

Artigo 92 – Da objecção de consciência

"1 – O enfermeiro, no exercício do seu direito de objector de consciência, assume o dever de:

- a) **proceder segundo os regulamentos internos da Ordem** que regem os comportamentos do objector, de modo a não prejudicar os direitos das pessoas;

- b) declarar, atempadamente, a sua qualidade de objector de consciência, para que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar;
- c) respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa e dos outros membros da equipa de saúde.

2 – O enfermeiro não poderá sofrer qualquer prejuízo pessoal ou profissional pelo exercício do seu direito à objecção de consciência.”

Na medida em que a objecção de consciência é a desobediência a “uma injunção legal ou uma ordem administrativa mais ou menos directa”⁶, considera-se “objector de consciência o enfermeiro que, por motivos de ordem filosófica, ética, moral ou religiosa, esteja convicto de que lhe não é legítimo obedecer a uma ordem particular, por considerar que atenta contra a vida, contra a dignidade da pessoa humana ou contra o código deontológico”⁷. Neste contexto, importa analisar os seus fundamentos e implicações no exercício da enfermagem.

No exercício da profissão, as responsabilidades que vinculam deontologicamente os enfermeiros encontram a sua fonte nos direitos humanos em geral e dos clientes em particular e nos objectivos da profissão. Mas o enfermeiro, enquanto pessoa, deve agir preservando também a sua liberdade e dignidade humana, conforme prescreve o Artigo 78, n.º 1 do *Código Deontológico do Enfermeiro*.

Ora, a dignidade fundamenta-se no poder do ser humano se autodeterminar, que é inerente à sua racionalidade. A autonomia, referida à vontade, existe se, e só se, o ser humano actua determinado por princípios morais que estejam em conformidade com imperativos éticos por si livremente assumidos. E a expressão da dignidade humana passa pelo exercício dos direitos fundamentais, entre os quais se encontram o direito à liberdade de consciência, que é inviolável⁸. Tal como refere J. A. Soares “a dignidade da

pessoa humana exige que a sua dimensão mais específica, a sua consciência, seja respeitada, mesmo se invencivelmente errónea. É este o fundamento da Objecção de Consciência”⁹.

3. Síntese

O *Código Deontológico* expressa os deveres que, quando violados, fazem incorrer em infracção disciplinar.

Estruturamos os 15 deveres considerando um como o fundamento ético (78), outro como decorrente de um direito dos enfermeiros (92), seis resultantes das responsabilidades próprias da profissão e sete de salvaguarda e garantia dos direitos dos clientes.

1 – O enfermeiro tem o dever de observar os valores humanos e proteger os direitos, porque as pessoas têm direito a ser cuidadas sem discriminação e a ver salvaguardados os seus direitos.

2 – O enfermeiro tem o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa e participa nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida porque a pessoa tem direito à vida.


3 – O enfermeiro tem o dever de cuidar com excelência e assegurar a continuidade de cuidados porque as pessoas têm direito ao cuidado.

4 – O enfermeiro tem o dever de informar porque as pessoas têm direito à autodeterminação.

5 – O enfermeiro tem o dever de sigilo porque as pessoas têm direito à confidencialidade e à protecção da sua vida privada.

6 – O enfermeiro tem o dever de atentar aos sentimentos de pudor e interioridade porque a pessoa tem direito à intimidade.

7 – O enfermeiro tem o dever de acompanhamento do doente terminal porque a pessoa tem direito à escolha do local e das pessoas que o acompanhem.

Mesmo quando os enfermeiros defendem os seus direitos – como é o caso da objecção de consciência – têm deveres para salvaguarda das pessoas. 

⁶ RAWLS, J. – *Uma Teoria da Justiça*. p. 285.

⁷ Cf. *Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência*, Artigo 2.º.

⁸ Cf. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, Artigo 18 e *Constituição da República Portuguesa*, Artigo 41.

⁹ Cf. SOARES, J. A. Silva – «Objecção de Consciência». in Polis. IV. Lisboa, 1986. p. 741.

Desenvolvimento responsável da prática profissional*

António Manuel Silva

Conselho Directivo

Laurentina Teixeira

Conselho de Enfermagem

Lucília Nunes

Conselho Jurisdicional

A **enfermagem avança** (e este é o lema do congresso) para responder aos compromissos profissionais de cumprimento da responsabilidade assumida.

A partir do conceito de responsabilidade, destacamos as ideias de "capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências"¹. Conforme os contextos, pode adoptar diferentes significações – inclui as ideias de um "estado", de uma "capacidade e de obrigação de responder pelos actos praticados e pelos compromissos assumidos". Inclui a noção de responsabilidade, que se junta à *accountability*, pela prestação de contas, e se reflecte em diferentes perspectivas.

Consideramos três abordagens amplas na estrutura do Simpósio, enunciadas de seguida.

I – Organização profissional

Explicita-se a responsabilidade que a Ordem dos Enfermeiros (OE) assumiu quanto ao desenvolvimento, à regulação e ao controlo da prática profissional. Neste sentido, descreveremos o percurso realizado em Portugal, entre 1999 e 2003, assim como o plano até 2007, com enfoque nas atribuições do Conselho Directivo.

* Versão portuguesa da comunicação apresentada em inglês no Congresso do ICN. A apresentação da comunicação em inglês foi feita com a colaboração da Enfermeira Mara Rocha (Conselho Directivo da Secção Regional do Norte).

¹ Cf. CABRAL, Roque – Responsabilidade. in «Logos». 4:724.



ARQUIVO OE

II – Prática profissional

A prática profissional está organizada em três dimensões, as quais se indicam de seguida.

- Dimensão da responsabilidade ética e deontológica: reporta tanto à pedagogia da acção, como aos aspectos disciplinares. Enunciaremos algumas actividades realizadas pelo Conselho Jurisdicional, organismo incumbido desta responsabilidade.
- Dimensão da responsabilidade pelos cuidados: considera a vertente de intervenção que se desenvolveu em torno da área profissional e das competências dos enfermeiros de cuidados gerais.
- Dimensão da responsabilidade face às organizações prestadoras de cuidados: centra-se na liderança, nos projectos inovadores e no desenvolvimento dos padrões de qualidade dos cuidados, realizado nos contextos.

Estes dois últimos pontos abrangem a esfera de acção do Conselho de Enfermagem.

III – Responsabilidade pelo mundo

Esta responsabilidade diz respeito tanto às acções que visam responder à obrigação de prevenir futuros prejuízos, não apenas

no ambiente, como às políticas de saúde e condições da prática. Neste sentido, a acção de nível estratégico da Ordem.

Reconhecidos os enfermeiros como "corpo institucional idóneo para assumir a devolução dos poderes que ao Estado competem no que concerne à regulamentação e ao controlo do exercício profissional, designadamente nos seus aspectos deontológicos e disciplinares", foi o estatuto da Ordem tido como "um imperativo da sociedade portuguesa".

No **desígnio fundamental** está claro o duplo fundamento de garantir o interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem, o que significa, mais concretamente, "promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população", assim como o "desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional"².

I – Na perspectiva da organização profissional

Sendo competência do **Conselho Directivo** (CD) dirigir os serviços da Ordem dos Enfermeiros a nível nacional, pode ser clarificador um breve enquadramento dos seus antecedentes históricos.

Foi nos finais da década de 60 que os enfermeiros portugueses começaram a construir os alicerces da OE. Em diversos espaços, começou a ser mencionada a necessidade de constituir uma "Ordem" que congregasse todos os enfermeiros, que pugnassem pelo desenvolvimento da profissão e defendessem a qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi em 1973, no 1.º Congresso da Enfermagem Portuguesa, que a ideia da criação de uma ordem profissional começa a ganhar contornos visíveis e dão-se os primeiros passos. Desde esta altura, o tema passou a ser quase de discussão obrigatória em todos os encontros de enfermeiros.

Somente 21 anos depois é que os enfermeiros entregaram ao Governo o primeiro projecto de estatutos da Ordem. O gesto repetiu-se dois anos depois, com a entrega de novo projecto, e, desta vez, as diligências que então foram iniciadas são coroadas de sucesso. A referência concreta apareceu no *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*, que, em 1996, preconizou que fosse criada uma associação que emitisse as cédulas profissionais e regulasse o exercício profissional.

Finalmente, em 23 de Dezembro de 1997, a Assembleia da República – Lei 129/97 – autoriza o Governo a legislar sobre a criação de uma associação de direito público, denominada Ordem dos Enfermeiros, e a aprovar os respectivos estatutos, o que veio a suceder com a publicação do Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril.

Este diploma criou também a **Comissão Instaladora**, que foi nomeada pelo Governo e incumbida de: promover a divulgação da OE; realizar a inscrição de todos os enfermeiros; organizar as primeiras eleições; realizar os actos necessários à instalação e ao normal funcionamento da OE e dar posse à primeira Bas-tonária.

A selecção dos enfermeiros que integraram a Comissão Instaladora ocorreu do seguinte modo:

- o ministro da Saúde indicou um enfermeiro de reconhecido mérito;
- o ministro da Saúde designou quatro enfermeiros de reconhecido mérito de duas listas de quatro nomes, propostas pelas organizações sindicais de âmbito nacional (dois de cada uma);
- o ministro da Saúde designou quatro enfermeiros de reconhecido mérito de uma lista de oito nomes, proposta pelas associações profissionais de enfermagem de âmbito nacional.

A Comissão Instaladora funcionou de 1 de Julho de 1998 a 31 de Maio de 1999 e foi constituída por Mariana Diniz de Sousa, que a presidiu; Elisa Melo; Eugénia Camolas; Hermínia Leal; Margarida Vieira; Maria Augusta Sousa; Ricardo Teixeira; Teresa Chambel e Teresa Quintão Pereira.

² DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril. Artigo 3.º ponto 1. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A Comissão Instaladora conseguiu concluir todas as actividades de que foi incumbida durante o respectivo mandato, tendo recebido 33 981 pedidos de inscrição na Ordem dos Enfermeiros.

Os enfermeiros elegeram os primeiros órgãos sociais da Ordem em Maio de 1999, sendo Bastonária, Mariana Diniz de Sousa, Presidente do Conselho Jurisdicional, Margarida Vieira e Presidente do Conselho de Enfermagem, Abel Paiva.

Do Conselho Directivo

O Conselho Directivo (CD) é constituído pela Bastonária, por cinco enfermeiros eleitos a nível nacional e pelos cinco presidentes dos conselhos directivos de cada secção regional. Na primeira reunião ordinária do mandato, de entre os cinco eleitos directamente, são eleitos dois vice-presidentes, dois secretários e um tesoureiro.

São muitas as competências e obrigações estatutárias do CD, pelo que seria fastidioso enumerá-las. De modo simplista, poderá ser dito que todas elas estão resumidas na frase "competete ao Conselho Directivo dirigir os serviços da Ordem dos Enfermeiros, a nível nacional".

Convém, no entanto, referir que muitas das actividades e iniciativas que a seguir se descrevem não dependeram exclusivamente – muito pelo contrário – do trabalho dos membros do CD. São, isso sim, o resultado do trabalho conjugado de todos os enfermeiros que neles puderam participar, muitos dos quais não são membros dos órgãos sociais da OE.

Na estruturação e descrição das actividades que o CD desenvolveu entre 1999 e 2003, apontar as que tiveram efeitos mais significativos nas áreas do desenvolvimento, do controlo e da regulação da prática profissional é substancialmente difícil. E é difícil porque nenhuma destas actividades tem reflexos sozinha ou foi dirigida a apenas uma das áreas. Assim, optamos por apresentar as actividades e iniciativas desenvolvidas, e que consideramos mais significativas para cada uma destas áreas



ARQUIVO OE

– desenvolvimento, controlo e regulação da prática profissional –, organizadas de outro modo, para que a exposição das mesmas seja mais simples.

Agrupámo-las, então, considerando, sucessivamente, a intervenção junto dos órgãos de soberania, a organização de reuniões de enfermeiros, o acompanhamento do exercício profissional, a emissão de pareceres, o serviço aos membros, a actividade editorial, a promoção da imagem do enfermeiro, a encomenda de estudos, a actividade internacional e a representação institucional.

Intervenção junto dos órgãos de soberania

Foram inúmeras as reuniões de trabalho que o CD teve com grupos parlamentares, ministros e secretários de estado. Nestas reuniões, participam, geralmente, os membros do CD que coordenam as áreas em discussão, produzindo documentos que suportam as posições da OE.

Merecem especial referência a imensa actividade desenvolvida por altura das grandes alterações legislativas na saúde (2002/2003) e os contributos entregues pela OE para o Plano Nacional de Saúde. Relevamos a participação da Bastonária na comitiva oficial de uma visita do Presidente da República a Moçambique e na semana dedicada à saúde.

Organização de reuniões de enfermeiros

A participação dos membros nas actividades da OE sempre foi uma das principais preocupações. Relevamos:

- a realização de encontros anuais (pelo menos um) de todos os membros dos órgãos sociais para acerto de posições e / ou definições estratégicas, em momentos de avaliação de actividades e planeamento;
- o 1.º Congresso da Ordem, em Dezembro de 2001, subordinado ao tema que foi lema do primeiro mandato “Melhor Enfermagem, Melhor Saúde”;
- o Fórum Política de Saúde 2001, onde foram debatidas as questões da política de saúde da actualidade;
- os *workshops* temáticos descentralizados para discussão de assuntos diversos;
- reuniões com enfermeiros-directores das instituições hospitalares para discussões de questões específicas.

Acompanhamento do exercício profissional

O Conselho Directivo procurou promover o registo sistemático dos novos licenciados em enfermagem e de alguns outros que ainda não o tinham feito. Além disto, solicitou às instituições

empregadoras listagens das pessoas que nelas exerciam enfermagem e cruzou-as com a base de dados que tinha, identificando casos de exercício ilegal e intervindo casuisticamente.

Esta intervenção realizou-se, inicialmente, junto dos próprios e das instituições empregadoras, e, numa segunda fase, junto das instituições judiciais.

Obedecendo a um programa predefinido ou respondendo às solicitações dos enfermeiros, realizou visitas a instituições de saúde: reunindo com as administrações, visitando os locais onde a profissão é exercida e, aí, conversando com os enfermeiros.

Realizou uma campanha informativa dirigida ao público, apelando a que os utentes solicitassem a exibição da cédula profissional aos enfermeiros que os cuidam.

Emissão de pareceres

Foram emitidos pareceres de natureza e em circunstâncias diversas. A pedido do Governo, a OE pronunciou-se sobre alguns diplomas legais relativos à saúde e ao ensino superior, nomeadamente de enfermagem. E, por sua própria iniciativa, entregou ao Governo



ARQUIVO OE

pareceres sobre temas em que entendia ser necessária uma acção concreta (ensino de enfermagem, enfermeiros dos PALOP, acto médico, gestão hospitalar, auxiliares de acção médica etc.).

Serviços aos membros

Na página da Internet, a OE disponibiliza informação própria sobre assuntos da actualidade e acolhe fóruns de discussão sobre assuntos específicos. Também disponibiliza gratuitamente caixas de correio electrónico a todos os membros.

O Conselho Directivo contratou um seguro de responsabilidade civil para os seus membros e criou um fundo de solidariedade, a que os membros, em situações de dificuldade financeira, podem recorrer.

Actividade editorial

A actividade comercial pode ser organizada em três secções, no que se refere a livros, a brochuras e à revista.

Com o propósito de fornecer aos enfermeiros um meio de contacto mais próximo e fácil com alguns assuntos, foram editados *quatro livros*:

- a) *A Cada Família o seu Enfermeiro* – 2002 –, onde são publicadas todas as intervenções da conferência com o mesmo nome promovida pela OE e alguns textos de enquadramento da actividade do “enfermeiro de família”;
- b) *1.º Congresso da Ordem dos Enfermeiros* – 2003 – onde são publicadas todas as intervenções do primeiro congresso da OE;
- c) *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários* – 2003 – edição do código deontológico com comentários e anotações para uma mais fácil apropriação do código pelos enfermeiros;
- d) *Conselho de Enfermagem – do Caminho Percorrido e das Propostas* – 2004, síntese da actividade do primeiro mandato do Conselho de Enfermagem da OE.

Além dos livros, uma edição de bolso dos ***Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*** (2002) foi distribuída gratuita-

mente por todos os enfermeiros e produzida com o propósito de facilitar a consulta frequente e a consequente apropriação pelos enfermeiros.

Foi igualmente produzida uma brochura de apresentação internacional – um documento produzido em português, inglês, francês e espanhol – com o propósito de divulgar internacionalmente a OE e a respectiva actividade.

O primeiro número da edição trimestral da *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, saída sob o número zero, foi publicado em 2000, com distribuição gratuita para todos os membros.

É um veículo de informação e partilha, em que a OE relata a respectiva actividade, dá a conhecer posições, pareceres e opiniões de peritos sobre assuntos de interesse.

O objectivo é, além de fazer chegar aos enfermeiros as notícias referentes à intervenção da Ordem, divulgar a informação necessária para o debate e para a formação de opinião. A participação dos membros é encorajada, sendo publicado grande número das contribuições que são submetidas.

Promoção da imagem do enfermeiro

Com o objectivo de promover a imagem do enfermeiro, editou-se e distribuiu-se cartazes alusivos a efemérides, às quais se pode ligar a actividade do enfermeiro. E referimo-nos a efemérides como o Dia da Água ou o Dia Internacional da Criança, da Saúde e da Reabilitação.

Pedido de estudos

- a) O Conselho Directivo encomendou um estudo a uma universidade sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, com o propósito de identificar prioridades de actuação e desenvolver instrumentos de avaliação.
- b) Encomendou, também, a escolas de enfermagem, um estudo para recolha de informação, com vista a decidir sobre qual

o modelo de individualização das especialidades a adoptar no futuro.

Actividade internacional

Destacamos, de seguida, as participações mais relevantes, no sentido de explicitar a perspectiva da participação da Ordem.

a) Conselho Internacional de Enfermagem (ICN)

Para melhor conhecer a organização, contactar com colegas de outros países e estabelecer contactos de trabalho, foi enviada, em 2001, uma delegação da OE ao Congresso de Copenhaga. Esta delegação esteve igualmente presente na Conferência do ICN em Genebra, em 2003. Depois de um longo processo negocial, foi conseguido um consenso sobre a representação da enfermagem portuguesa nesta importante organização internacional. O acordo de adesão, assinado em 2003, só teve efeitos concretos em Abril de 2004, data efectiva da filiação da OE ao ICN.

b) Projecto Europeu Leonardo da Vinci (2002-2004)

Recomendações para a formação de enfermeiros-gestores na Europa (projecto multinacional – Bélgica, Bulgária, Espanha, França, Hungria, Portugal, República Checa –, nas instituições de ensino e hospitalares e nos ministérios da Saúde – Bélgica, Bulgária, Espanha (Catalunha), França, Hungria e República Checa e a Ordem dos Enfermeiros).

c) Foram estabelecidos contactos e realizados encontros de trabalho com organizações congéneres de Espanha, do Reino Unido e do Canadá. Estes encontros tiveram como principais objectivos a recolha de informações sobre o registo de enfermeiros, a certificação de competências e a acreditação da formação. No caso espanhol, a migração de enfermeiros foi também um dos assuntos abordados.

d) Conferência de Munique 2000

Foi um dos primeiros momentos de participação internacional da Ordem, uma vez que a tomada de posse dos primeiros órgãos sociais ocorreu a 31 de Maio de 1999.

Representação institucional

A nomeação de enfermeiros para representação da OE em diversas entidades e instituições permite-nos acompanhar múltiplos aspectos da nossa realidade profissional e social. Simultaneamente, os enfermeiros que representam a OE através da respectiva actividade promovem a imagem da profissão e transmitem os conhecimentos que aí adquirem, possibilitando tomadas de decisão mais informadas e intervenção em campos até aí desconhecidos.

Enfermeiros que representam a OE
através da respectiva actividade
promovem a imagem da profissão.

As estratégias para levar a bom termo as atribuições do Conselho Directivo passam, necessariamente, pelo diálogo, por reuniões e pela

procura negociada de entendimento com outras organizações nacionais de enfermeiros (com sindicatos e associações profissionais), com outras Ordens etc.

II - Na perspectiva da prática profissional

Estes dois pontos abrangem a esfera de acção do Conselho de Enfermagem (CE):

- a responsabilidade pelos cuidados – considerando a vertente de intervenção que se desenvolveu em torno da área profissional e das competências dos enfermeiros de cuidados gerais;
- a responsabilidade face às organizações prestadoras de cuidados – com enfoque na liderança, nos projectos inovadores e no desenvolvimento dos padrões de qualidade dos cuidados, realizado nos contextos.

O Conselho de Enfermagem é o órgão profissional da OE, é constituído por oito membros, sendo cada um dos seus membros: o presidente dos Cuidados Gerais, da Formação e das seis

comissões de especialidades de enfermagem (Comunidade, Reabilitação, Médico-Cirúrgica, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Mental e Psiquiátrica).

Juntamente com os CE Regionais (de cinco regiões, cada um com oito membros), envolve mais de uma centena de membros. Tem um conjunto alargado de competências, centradas fundamentalmente na qualidade dos cuidados de enfermagem.

No âmbito das opções estratégicas do programa de acção da OE, para o mandato 1999-2003, e no contexto das respectivas competências, o CE estruturou três áreas prioritárias, que constituíram o cerne das actividades desenvolvidas pelo CE e pelas respectivas comissões, que sumariamente apresentamos.

Opção estratégica: promover a defesa e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

No âmbito desta opção estratégica, elegu-se como área prioritária a definição dos padrões de qualidade dos CE. De uma fase inicial de estudo e debate sobre a temática, procurando a uniformização mínima de conceitos, evoluímos para a definição do enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem – saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem – e de um conjunto de enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional, relativos à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem constituem a matriz conceptual que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros para:

- a reflexão sobre os CE,
- a tomada de decisão em enfermagem,
- a visibilidade da dimensão autónoma dos CE,
- a definição de indicadores de qualidade, que permitam: identificar as principais necessidades dos CE, identificar ganhos em

saúde sensíveis aos CE, implementar, promover e avaliar programas de melhoria contínua da qualidade e informação útil para a gestão das organizações e para as decisões políticas em saúde.

Opção estratégica: promover o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Relativamente a esta opção, definiu-se como área prioritária o reconhecimento da individualização das especialidades em enfermagem, que constitui uma das competências estatutárias do CE.

Pela extrema complexidade e sensibilidade da temática, desenvolveu-se um conjunto de actividades, das quais se destaca a realização de três estudos (em pareceria com escolas superiores de enfermagem) que constituíssem um contributo para debates e reflexões. A realização destes estudos permitiu, por exemplo, evoluir para uma proposta apresentada e

aprovada em Assembleia Geral, em 2000, e que preconiza a atribuição de apenas um título de enfermeiro especialista, que reconheça um conjunto de competências específicas a definir pelo CE. Ou seja, pretende-se certificar um nível avançado de perícia no exercício profissional que permita ao enfermeiro especialista ser um elemento-chave na concepção / gestão / supervisão clínica dos cuidados de maior complexidade.

Este modelo pressupõe a alteração dos estatutos da OE, que aguarda a aprovação da Assembleia da República.

Opção estratégica: promover a participação dos enfermeiros na definição da política de formação na área da saúde e da enfermagem, em particular.

Foi definida como área prioritária a formação e investigação em enfermagem, contribuindo, deste modo, para o desenvolvimento das políticas de educação e formação em enfermagem.

... permita ao enfermeiro
especialista ser um elemento-chave
na concepção / gestão / supervisão
clínica dos cuidados
de maior complexidade

Do aprofundamento sobre esta temática, através de *workshops* e *fora*, evoluiu-se para as questões da acreditação da formação e certificação individual de competências e, conseqüentemente, para a necessidade de alterar o processo estatutário de atribuição de títulos profissionais. Foi apresentada uma proposta de alteração ao estatuto da OE, que, no futuro, atribui uma intervenção mais activa, por parte da OE, no processo de admissão e atribuição dos títulos profissionais através da implementação de um sistema de certificação de competências.

Considera a Ordem que este sistema de certificação:

- sustenta e confere rigor à atribuição dos títulos profissionais;
- dá à sociedade garantias da qualificação dos enfermeiros para a prestação de cuidados de enfermagem;
- promove a aprendizagem ao longo da vida profissional;
- contribui para a melhoria da imagem social da profissão;
- constitui um factor de desenvolvimento da enfermagem, assim como das organizações educativas e de saúde;
- constitui um elemento impulsionador da melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem.

Paralelamente, e associado a um conjunto de questões, como a qualidade dos cuidados, a individualização das especialidades, a acreditação e certificação de competências, organizaram-se espaços de debate e discussão com vista a definir as competências do enfermeiro de cuidados gerais, que, através da utilização da técnica de Delphi, permitiram a obtenção de consensos sobre estas competências, que o CE considera um instrumento fundamental para o desempenho profissional.

Em simultâneo, com o trabalho de profundo envolvimento que exigiu a resposta às opções estratégicas, salientamos um conjunto de outras actividades decorrentes da competência deste órgão.

Atribuição dos títulos profissionais

Durante o primeiro mandato, decidiu-se sobre 11 816 novos processos de inscrição, o que permite afirmar que foram analisa-

dos mais de 218 processos por mês, para efeitos de admissão à Ordem dos Enfermeiros e de atribuição do título de enfermeiro. No final do mandato, tinham inscrição activa 43 874 membros, dos quais 6799 se distribuem por áreas de especialidade, como se indica de seguida.

Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica – 1553
--

Enfermagem Médico-Cirúrgica – 1180

Enfermagem Comunitária – 1083

Enfermagem Reabilitação – 1034

Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica – 981
--

Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica – 968
--

Emissão de pareceres sobre matéria interdisciplinar das especialidades de enfermagem

Decorrente de uma competência estatutária, a emissão de pareceres constituiu-se num exercício gerador de muita reflexão. Foram emitidos 303 pareceres, solicitados por diferentes órgãos sociais: Bastonária, Conselho Directivo Nacional, Conselho Jurisdicional, conselhos directivos regionais e conselhos de enfermagem regionais.



ARQUIVO OE

Estes pedidos surgiram, originalmente, de enfermeiros em nome individual, de instituições de saúde, de advogados, de tribunais, da Procuradoria-Geral da República, de entidades privadas, entre outros.

Agrupamos os pareceres em três domínios: questões associadas a aspectos relacionados com a perspectiva profissional da enfermagem, questões associadas a aspectos relacionados com o exercício da actividade profissional e questões associadas a aspectos relacionados com a organização / gestão do serviço prestado pelos enfermeiros.

Aprendemos imenso com a produção de pareceres. Discutimos muito a enfermagem, o que constituiu um enorme privilégio. Temos, hoje, por certo que a diversidade de culturas de enfermagem que enformam o quadro actual da profissão está na base das divergências de opinião e, acima de tudo, das diferenças sobre o entendimento de cada enfermeiro acerca do que é ser enfermeiro.

Das questões colocadas e da reflexão que suportou os pareceres emitidos, gerou-se em nós a ideia da necessidade de repensar os modelos de organização do trabalho dos enfermeiros em uso nas instituições de saúde. Talvez – nós temos por certo – os modelos em uso para organizar o trabalho dos enfermeiros (quer no hospital, quer nos centros de saúde) estejam a impedir o desenvolvimento profissional e a profissionalização de aspectos dos cuidados, que enformam domínios de maior autonomia conceptual.

Todos afirmam a necessidade de promover o trabalho em equipa. No entanto, entendemos adequado sublinhar que perspectivamos como vantajoso olhar o espaço multiprofissional da saúde também como um espaço multidisciplinar. A perspectiva de um ambiente multiprofissional, mas unidisciplinar, não nutre um desenvolvimento dos cuidados de saúde de qualidade. Hoje, os problemas de saúde caracterizam-se pela elevada complexidade. A

análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, portanto, melhora a qualidade dos cuidados de saúde e... a forma mais barata de produzir cuidados de saúde é produzi-los com qualidade.

Participação em eventos organizados por enfermeiros

Ainda no âmbito das actividades paralelas às actividades que decorrem da implementação dos planos de acção, os membros do CE representaram a OE em 70 acções de formação (jornadas, conferências, mesas redondas etc.).

Evoluiu-se para as questões da acreditação da formação e certificação individual de competências.

Importa deixar aqui referidas algumas outras actividades relevantes:

- organização de duas mesas no Congresso Internacional de Medicina Perinatal, nas áreas da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia;
- participação na *The 5th Telenurse Conference – ICNP towards Version 1.0*;
- participação na conferência de Munique, intitulada *Enfermeiro de Família* organizada pela OMS;
- participação na *European Nursing Education and Registration Conference*, realizada em Budapeste e organizada pela OMS;
- participação na organização da conferência *A cada família o seu enfermeiro*;
- organização conjunta com a Associação dos Médicos de Saúde Pública de um evento sobre resíduos hospitalares;
- participação no Conselho Consultivo do Instituto da Qualidade em Saúde;
- representação da OE no Conselho Nacional de Avaliação do Ensino Superior (CNAVES).

No final do primeiro mandato dos órgãos sociais, e resultante do processo de análise do trabalho produzido, emergiu um conjunto de propostas para cada uma das áreas definidas, que foram incorporadas no plano de acção do CE para o quadriénio 2004/2007, e na sequência das quais estamos a trabalhar.

Qualidade dos cuidados de enfermagem e sistemas de informação em enfermagem

Neste âmbito, está em curso o desenvolvimento de um projecto intitulado *Dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem ao desenvolvimento de Programas de Melhoria Contínua*, constituindo um importante vector do desenvolvimento do mandato social da profissão, que tem como objectivos:

- divulgar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem;
- promover a apropriação pelos enfermeiros do enquadramento conceptual e dos enunciados descritivos dos padrões;
- definir um resumo mínimo de dados a implementar a nível nacional, gerador de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- promover o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- desenvolver um projecto de apoio à implementação de sistemas de informação baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A consecução do projecto assenta em parecerias com as instituições de saúde. Aguardamos, no momento, a formalização do compromisso para o desenvolvimento do trabalho de campo, através da celebração de protocolos com os órgãos de gestão estratégica das unidades de cuidados.

Desenvolvimento profissional

Tendo em vista o desenvolvimento profissional, as actividades a decorrer referem-se à certificação de competências, à individualização das especialidades, à formação em enfermagem, ao centro de recursos e conhecimento e à investigação em enfermagem.

No quadro de desenvolvimento do **processo de competências**, foi constituída uma comissão que desenhará o sistema de certificação de competências profissionais, de modo a contemplar a acreditação de cursos / programas de formação e a certificação individual de competências do enfermeiro de cuidados gerais e especialista. É nosso propósito, ainda, proceder à apresentação,

divulgação e recolha de contributos para o sistema de acreditação da formação (SAF) / sistema de certificação de competências (SCC) junto das escolas superiores de Enfermagem e das associações de estudantes; à realização de encontros com líderes de enfermagem da área clínica, para discutir as diferentes opções do SAF / SCC e à constituição de parcerias com organizações prestadoras de cuidados e instituições formativas de enfermagem, para participarem no período experimental de acreditação de cursos.

No quadro do processo de construção do novo modelo de especialidades, conducente à aquisição de competências que suportarão a atribuição do título de enfermeiro especialista, comprometemo-nos, durante este ano, a definir as linhas e os princípios orientadores que suportem o seu desenvolvimento, bem como a definição das competências do enfermeiro especialista. Prevemos, também, a realização de reuniões com organizações com responsabilidade na formação em enfermagem e na prestação de cuidados e com profissionais de enfermagem para recolha de contributos.

No que se refere à **formação em enfermagem**, e especificamente ao **processo de Bolonha**, têm sido realizados debates nacionais, por secção regional, para analisar as várias posições. Além disto, tem sido feito um esforço junto do poder político no sentido de clarificar os pressupostos que deverão ser tidos em conta para a aplicação das premissas deste processo à área de enfermagem.

O **Centro de Recursos em Conhecimento (CRC)** pode constituir-se como um instrumento funcional de suporte e apoio ao conhecimento, à sua divulgação e à autoformação, contribuindo para o desenvolvimento da profissão.

Tendo em vista o desenvolvimento da investigação em enfermagem, pretendemos discutir, aprovar e divulgar os eixos prioritários de investigação em Enfermagem, criar incentivos à promoção da investigação, que tenha reflexos na qualidade da prestação de cuidados, e consolidar a base de dados dos estudos já realizados no domínio do saber em enfermagem, com vista à divulgação da mesma.



ARQUIVO OE

Acrescenta-se à execução e efectivação do plano de acção do CE, para este quadriénio, as actividades inerentes à emissão de pareceres, à atribuição de título profissional de enfermeiro e enfermeiro especialista e à representação da OE em acontecimentos científicos de índole profissional e, ainda, à participação em grupos de trabalho multiprofissionais.

2.1. Conselho Jurisdiccional

Da criação da Ordem, e além do que está objectivamente descrito no documento fundador, decorre uma transformação da forma e da natureza do compromisso profissional. Até àquela altura, variava bastante a forma como os enfermeiros o assumiam, muitas vezes ligada à entidade onde realizavam a formação inicial, o que poderia concretizar-se na assunção de um juramento no decorrer de uma cerimónia religiosa, indo até à figura de um juramento de bandeira.

As primeiras preocupações com o estabelecimento formal do compromisso dos enfermeiros podem ser datadas de final do século XIX, nomeadamente com o juramento de Nightingale³, e, em meados do século XX, surge o *Código Internacional de Ética de Enfermagem*⁴. As organizações profissionais de enfermagem

foram estruturando princípios e valores, de forma a configurar deveres.

Esta é a análise que fazemos, inclusivamente do *Código de Ética do CIE*, em que o verbo mais frequente das asserções ligadas à acção da enfermeira é “dever”.

A assunção de um código publicado em decreto-lei formaliza o compromisso dos enfermeiros, plasmando, em forma legal, as promessas feitas pela profissão.

As diferentes atribuições da Ordem são concretizadas através das competências dos diversos órgãos, no respeito pela separação

³ O juramento de Nightingale, redigido em 1893 por uma comissão do Hospital Harper, em Detroit, e ao qual se decidiu dar o nome da “enfermeira ideal” ou do “ideal de enfermeira”, tem os seguintes termos: “Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida digna y ejercer mi profesión honradamente. Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomare ni suministraré cualquier substancia o producto que sea perjudicial para la salud. Haré todo lo que este a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y considerare como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares en mis pacientes. Seré una fiel asistente de los médicos y dedicare mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado”.

⁴ Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), 1953.

de poderes que a lei exige – assim, o poder disciplinar é exercido pelo Conselho Jurisdicional (CJ)⁵.

É reconhecido à Ordem o poder de instaurar processo de inquérito ou procedimento disciplinar, quando esteja em causa a dignidade ou o prestígio da profissão e sempre que da prática do exercício da enfermagem resulte a violação de normas de natureza deontológica⁶. Assim, entende-se que, para além de quaisquer pessoas, singulares ou colectivas, poderem dar conhecimento à Ordem da prática, por enfermeiros nela inscritos, de factos susceptíveis de constituir infracção disciplinar⁷, tal constitui dever geral dos membros efectivos (no sentido comunicar os factos de que tenham conhecimento e que possam comprometer a dignidade da profissão ou a saúde dos indivíduos ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão⁸).

O "supremo órgão jurisdicional"⁹ da Ordem é o Conselho Jurisdicional, composto por onze enfermeiros: o presidente (cargo vinculado a um requisito mínimo de dez anos de exercício profissional) e cinco vogais eleitos por sufrágio directo e universal, integrando, por inerência, os cinco presidentes dos conselhos jurisdicionais regionais eleitos pelas listas regionais.

Da análise do que incumbe ao Conselho Jurisdicional¹⁰, destacamos duas esferas: a referente à competência disciplinar do mesmo e ao consequente procedimento¹¹ e a da garantia da legalidade de funcionamento da estrutura institucional¹².

Sendo o poder disciplinar exercido relativamente a todos os membros da Ordem, reforce-se a ideia de que só os membros são enfermeiros e "estão sujeitos à jurisdição disciplinar da Ordem"¹³, podendo a responsabilidade disciplinar perante a Ordem coexistir com quaisquer outras previstas na lei.

A responsabilidade disciplinar pode prescrever de duas formas: por decorrerem "três anos após a finalização dos actos ou das omissões que a constituíram"¹⁴, se não houve lugar a quaisquer diligências visando o respectivo apuramento ou se, tendo sido apresentada queixa à Ordem, "não for desencadeado procedimento disciplinar ou de inquérito no prazo de quatro meses"¹⁵. Mesmo que o membro inscrito solicite o cancelamento da inscrição, tal não fará "cessar a responsabilidade disciplinar por infracções anteriormente praticadas"¹⁶. A tipologia das infracções é qualitativa, estando caracterizadas¹⁷ no *Regimento Disciplinar* como leves, graves e muito graves. A atribuição de uma determinada pena decorre desta apreciação.

O Conselho Jurisdicional, no primeiro mandato dos órgãos sociais da Ordem, entre 1999 e 2003, teve a tarefa de iniciar todos os procedimentos e, não menos importante, inaugurar o que designaríamos por uma forma de pensar a tarefa. "Aquando da sua tomada de posse, o conjunto dos órgãos sociais comprometeu-se a responder perante a sociedade pelo papel assumido pelo grupo profissional, na co-responsabilidade pela garantia a todos os cidadãos do direito a cuidados de saúde de qualidade. Preconiza-se então, e desde aí, que toda a acção a desenvolver

⁵ ARTIGO 54. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

⁶ ARTIGO 53. 3. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

⁷ ARTIGO 55. 2. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Considera-se infracção disciplinar "toda a acção ou omissão que viole, dolosa ou negligentemente, os deveres" (Artigo 5.º, Regimento Disciplinar).

⁸ ARTIGO 76. 1. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

⁹ ARTIGO 24. I. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

¹⁰ No que respeita a aspectos funcionais, o Conselho Jurisdicional organiza-se em duas secções, cujo domínio de acção é fixado pelo Plenário, na primeira reunião de cada mandato. O significado atribuído a esta regra de funcionamento é plural: por um lado, permite estruturar um nível de decisão do qual caberá recurso para o Plenário e, por outro lado, operacionaliza as vertentes de processos e de pareceres e recursos (pois é ao Jurisdicional que compete deliberar sobre os recursos interpostos das deliberações dos diferentes órgãos da Ordem ou dos seus membros).

¹¹ ARTIGO 25. Alíneas b), f), g) do n.º I. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

¹² ARTIGO 25. Alíneas a), c), d), e) e h). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

¹³ ARTIGO 53. I. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

¹⁴ ARTIGO 56. I. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

¹⁵ ARTIGO 56. 2. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

¹⁶ ARTIGO 56. 3. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

¹⁷ "2 – É infracção disciplinar leve o comportamento violador de deveres cometidos com culpa leve e sem dolo, de que não resulte prejuízo para o cliente ou terceiro, nem ponha em causa o prestígio da profissão. 3 – É infracção disciplinar grave o comportamento violador dos deveres, cometido com acentuado grau de culpa ou dolo, que resulta em prejuízos para o cliente ou terceiros, que põe em causa o prestígio da profissão ou que constitui crime punível com pena de prisão até três anos. 4 – É infracção disciplinar muito grave o comportamento violador dos deveres, cometido com acentuado grau de culpa ou dolo e que, nomeadamente, também constitua crime punível com prisão superior a três anos, demonstre incompetência profissional notória, com perigo para a saúde dos indivíduos ou da comunidade, ou implique o encobrimento ou participação na violação de direitos de personalidade dos clientes." ARTIGO 5.º. Regimento Disciplinar. 2000.



ARQUIVO OE

deve fundamentar-se no integral respeito pelos direitos humanos, na liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar em função de convicções (políticas, religiosas, ideológicas, filosóficas) ou de diferenças (étnicas, sociais, económicas). Alguns dos valores então assumidos apresentam-se com maior relevância para a acção dos conselhos jurisdicionais, nomeadamente no que se refere à verdade, à justiça e à igualdade perante os direitos e deveres estatuídos; por outro lado, a defesa e promoção da liberdade implica a responsabilidade individual e colectiva pelos actos praticados na sequência das decisões tomadas”¹⁸.

Sabemos, hoje, que os percursos deontológicos foram consagrando uma codificação convencional, com feição imperativa, na lógica de que um dos traços da autonomia profissional advém exactamente de se estabelecer a própria disciplina.

Existe a consciencialização da utilidade social da profissão (chamamos-lhe, mais frequentemente, mandato social) e dos inerentes deveres profissionais.

A expressão dos deveres faz-se acompanhar da componente disciplinar, e o nível de gravidade de uma eventual infracção é avaliada inter pares.

Uma actuação disciplinar que balance aos extremos, inflexível ou omissa, condescendente ou tendenciosa, desacredita o apelo ao julgamento da Ordem por parte dos que se sentem ofendidos por prestações eventualmente condenáveis dos profissionais. Desconceitua a Ordem tanto quanto, em nosso entender, compromete a utilidade social que dela se espera.

Daí a preocupação em instaurar uma tradição de isenção e de equilíbrio de julgamento e de produção de documentos, de entre os quais destacaríamos a “filosofia de trabalho” por ter forma similar à de uma declaração. Surge, claramente, a visão de um investimento no que foi designado como “pedagogia ética e deontológica”, baseado na premissa de que há que formar, analisar e debater o Código Deontológico na óptica dos contextos das práticas e tendo em vista o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais nesta área.

Existindo uma cuidadosa análise face a queixa / reclamação, seja qual for a proveniência da mesma, perante qualquer presumível infracção cometida no exercício da profissão, a obrigação, o dever, é decidir – não julgar –, pois seria uma injustiça ainda maior. Do direito, emerge ainda o ónus da prova, que cabe sempre à acusação, e, em caso de dúvida, a actuação é *in dubio, pro reo*.

Foi claro, desde o início, que incumbe sancionar, mas também emerge a necessidade de reconhecer uma perspectiva positiva e uma pedagogia atenta e responsável. Para a valorização da dimensão positiva, com a aprovação, em Assembleia Geral, do *Regimento Disciplinar*, em 2000, ficou definida a figura do Reconhecimento de Mérito, sendo atribuíveis o “louvor” ou “louvor com distinção”, valorizando-se o exercício profissional de assinalável relevância.

Consideramos que um dos aspectos que nos caracteriza é o reconhecimento de mérito, ou seja, a atribuição de louvor por um percurso profissional assinalável.

¹⁸ *Filosofia de Trabalho*. Conselho Jurisdicional, 2002.

Entre 1999 e 2003, assinalam-se um total de 556 processos disciplinares, sendo 514 por violação do dever de pagamento das quotas, 12 por falsificação de documentos e 30 relacionados com a prática profissional (que resultaram de um total de 112 participações ou queixas). Assim, 26,8% das queixas resultaram em processo disciplinar – 12 no Sul (40%), 11 no Norte (37%), cinco no Centro (16,7%) e dois nas regiões autónomas da Madeira e dos Açores (perfazendo 6,6%).

Destes processos disciplinares, 15 (metade) foram arquivados, 14 foram concluídos através de acórdãos e um ficou a decorrer para o mandato seguinte. Dos 14 acórdãos, – dois foram absolvidos, quatro foram punidos com advertências, quatro com censuras e quatro com suspensões (das quais, uma de três anos, duas suspensões de dois anos e uma suspensão de um ano). As suspensões tiveram pena acessória de publicidade da pena, para garantir a protecção do público.

Além dos processos disciplinares, o Conselho Jurisdicional respondeu aos **pedidos de parecer** que lhe foram feitos. Da análise dos tipos de pedidos de parecer, no primeiro mandato (1999-2003), consideramos:

- a) os referentes à legalidade (total de 26), entre os quais se destacam as perguntas sobre as incompatibilidades (14);
- b) os que foram reencaminhados a outro órgão (4); e
- c) os que se centravam em questões ético-deontológicas, assinalando-se uma considerável diversidade. Aqui, consideraram-se:
 - pareceres relativos a documentos em consulta – a saber, os contributos para o *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas*, a *Carta dos Direitos do Doente Internado* e sobre os ensaios clínicos, anteprojecto de diploma que transpõe para a ordem jurídica interna a directiva comunitária;
 - enunciados de posição relativos à eutanásia¹⁹ e à interrupção voluntária de gravidez;

- pareceres com carácter ético-deontológico ligado ao exercício da profissão (45), em que se destacaram os referentes às condições do exercício, da informação e do consentimento, à continuidade de cuidados, ao final de vida, à responsabilidade nas actividades interdependentes e à recusa na prestação de cuidados.

A estrutura dos pareceres do Conselho Jurisdicional apresenta, genericamente, três fases ou momentos de discurso: (1) enunciação da questão ou questões colocadas, muitas vezes com citação dos pedidos dirigidos; (2) fundamentação, que inclui a elencação e a análise de documentos disponíveis e (3) conclusão, de forma sintética e em relação directa às questões colocadas.

A parte central é mais extensa e descritiva, com recurso ao enquadramento ético, deontológico e jurídico, por se ter entendido que o parecer deve ser explicativo e compreensivo, com sentido pedagógico. Todas as questões foram alvo de atenção e debate, procurando o Conselho realizar uma apreciação correcta. Adoptando as necessárias cautelas para os expurgar de dados nominativos, de forma a proteger a identidade dos profissionais que colocaram as questões ou os contextos aos quais se referiram, alguns dos pareceres foram publicados na *Revista da Ordem dos Enfermeiros*.

Em 2000, ao percebermos a importância de algumas temáticas nas preocupações ético-deontológicas dos enfermeiros, iniciaram-se os **seminários de ética**, que têm decorrido com periodicidade anual. Tiveram sempre o propósito geral de responder a necessidades expressas ou a temas considerados pertinentes e relevantes para a prática profissional, procurando ligar-se claramente ao *Código Deontológico do Enfermeiro*, contribuindo, assim, para o aprofundamento e divulgação do mesmo.

As temáticas foram:

- I – *Informação e Consentimento* (Lisboa, 2000), centrada nos artigos 84 (Do direito à informação) e 85 (Do dever de sigilo);
- II – *Questões Éticas da Prática Profissional* (Porto, 2001) de maior amplitude e abrangência;

¹⁹ O processo prévio incluiu a utilização da técnica Delphi, incluindo todos os membros dos órgãos sociais nacionais e regionais, os enfermeiros membros das comissões de ética para a saúde e os professores responsáveis pelas disciplinas de Ética dos cursos superiores de Enfermagem



ARQUIVO OE

- III – *Relações Interprofissionais* (Coimbra, 2002), com maior incidência sobre os artigos 90 (Deveres para com a profissão) e 91 (Deveres para com as outras profissões);
- IV – *Do Direito ao Cuidado* (Lisboa, 2003), em torno do Artigo 83, com o mesmo título, e considerando as questões do exercício profissional;
- V – *Ética de Enfermagem* (Lisboa, 2004), partindo do definido nos artigos 78 e 83 do *Código Deontológico do Enfermeiro*, relativos aos "Princípios gerais" e "Da excelência do cuidado", respectivamente. Os textos e comentários deste quinto seminário foram publicados numa edição especial da *Revista da Ordem dos Enfermeiros*.

Na passagem do primeiro para o segundo mandato (2004-2007), o trabalho foi de continuidade – quatro dos seis elementos nacionais mantiveram-se, bem como dois dos cinco regionais. No global, isto significa que dos 11 membros do CJ, seis trazem experiência do mandato anterior.

Em continuidade, o Conselho Jurisdicional continuou a exercer o poder disciplinar relativamente a todos os membros da Ordem e a proferir decisão final sobre todos os procedimentos disciplinares. De um total de 42 queixas num ano (2004), resultaram

nove processos que têm como objecto a alegada infracção das *legis artis* – três foram arquivados, quatro sancionados e dois estão em curso.

Dos 28 pareceres emitidos em 2004, 11 referiram-se a incompatibilidades, seis centraram-se nas condições do exercício para a prestação de cuidados, quatro com enfoque na prática de cuidados a clientes em contexto, quatro eram sobre questões ético-deontológicas ligadas à imagem dos profissionais / da profissão, dois sobre aspectos legais e deontológicos da actividade profissional, um sobre investigação qualitativa e um sobre formação.

O que é que estes dados nos dizem? Que há dúvidas, pedidos de clarificação e que é importante reflectir e promover a divulgação da reflexão ético-deontológica.

Por isto, nos fez tanto sentido, em Maio deste ano, a publicação do livro *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*, incluindo uma secção de pareceres emitidos pelo CJ e uma secção de análise de casos, à luz dos princípios éticos e dos deveres deontológicos.

Realizaremos o VI Seminário de Ética em 2005, subordinado à temática das questões éticas no final de vida.

A linha de trabalho do Conselho Jurisdicional para este quadriénio aponta para a manutenção dos seminários anuais, a promoção da pedagogia ético-deontológica (através dos pareceres e de uma secção na *Revista*) e a assunção das responsabilidades disciplinares que lhe são próprias.

III – Na perspectiva de responsabilidade pelo mundo

Tanto no sentido das acções que visam responder à obrigação de prevenir futuros prejuízos não apenas no ambiente, mas também no que respeita às políticas de saúde e condições da prática. Neste sentido, a acção de nível estratégico da Ordem.

Neste sentido mais amplo, colocamos igualmente as questões ligadas ao Futuro e a este mandato de 2004-2007, cujas **linhas orientadoras** salientamos.

O programa de acção teve como pressupostos garantir a continuidade e inovar, assumindo uma visão da enfermagem para o século XXI,

- garantindo que os enfermeiros se revejam no seu representante máximo, a Ordem;
- assegurando o reconhecimento do papel do profissional;
- contribuindo para a aquisição e construção de competências com vista à excelência do exercício.

O programa de acção constituiu-se, assim, nas linhas orientadoras que serão o eixo central do trabalho a desenvolver por uma vasta equipa que:

- assuma um projecto nacional para a profissão e, desta, para com os cidadãos;
- assegure, nos planos nacional e regional,
 - o cumprimento das atribuições da Ordem estatutariamente consagradas, assim como das competências específicas de cada um dos órgãos, a articulação e integração das especificidades de cada região, num todo que é maior do que a soma das partes;
 - o incentivo e o apoio a projectos de desenvolvimento emergentes nos contextos onde se desenvolve a prática profissional e que, de forma integrada e integradora, se tornem o principal instrumento de afirmação dos enfermeiros e da enfermagem.

Deste enquadramento, decorreram as áreas prioritárias e estruturantes da actividade a desenvolver no mandato 2004/2007.

1. Do exercício profissional

Esta área considera o desenvolvimento profissional, a qualidade dos cuidados e o sistema de informação, a reflexão ética e deontológica, a melhoria das condições para o exercício profissional e a garantia do controlo do exercício ilegal.

1.1. Promover o desenvolvimento profissional

- Criação e implementação do sistema de certificação de competências para o exercício profissional em cuidados gerais e especializados, o qual inclui a acreditação dos formadores e dos espaços formativos;
- desenvolvimento de / apoio a projectos de investigação em cuidados de enfermagem;
- promoção da formação para a liderança, para a gestão de projectos e para a supervisão e gestão de cuidados;
- divulgação de experiências, conhecimentos e saberes em enfermagem;
- desenvolvimento de actividades que conduzam à aproximação da Ordem aos futuros profissionais.

1.2. Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem e os sistemas de informação

- Implementar e desenvolver os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem pela operacionalização dos respectivos indicadores nos diversos contextos da prática dos cuidados através de:
 - o desenvolvimento de projectos com os enfermeiros nos contextos de trabalho;
 - a intervenção junto dos organismos competentes para a sua assunção nas organizações, sejam de natureza pública, privada e social, assim como na prática do exercício liberal;
- elaborar instrumentos de suporte ao exercício profissional que constituam manuais de boas práticas;
- desenvolver um projecto de apoio à implementação de sistemas de informação, nomeadamente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em colaboração estreita com o CIE.

1.3. Desenvolver a reflexão ética

- Divulgar os pareceres de carácter ético-deontológico e da publicação do *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*;

- constituir de uma comissão de apoio à reflexão ética (CARE) que colabore no suporte ao desenvolvimento da ética aplicada de enfermagem;
- promover e participar em actividades que visem a reflexão ética, deontológica e disciplinar.

1.4. Promover a melhoria das condições para o exercício profissional

- Desenvolvimento de indicadores que permitam avaliar as condições do exercício;
- acompanhamento do exercício profissional nos diversos contextos, no sentido de garantir a excelência.

1.5. Garantir o controlo do exercício ilegal

- Continuação da abordagem sistemática às organizações no sentido de identificar situações de exercício ilegal;
- incentivar a apresentação da cédula profissional em contexto de exercício;
- levantamento das situações / oportunidades de prestação de cuidados de enfermagem por outros.

2. Do mandato social da profissão – o enfermeiro na sociedade

Esta área considera as relações com o cidadão, com o sistema, nas políticas de saúde e de educação.

2.1. Com o cidadão

- Contribuir para melhorar o acesso à informação e ao conhecimento em relação à saúde e aos cuidados de enfermagem, por parte dos cidadãos;
- reforçar o direito dos cidadãos aos cuidados de enfermagem.

2.2. Nas políticas de saúde e de educação

- Promover a imagem social dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem,



ARQUIVO DE

- identificar e intervir nas áreas onde a emergência de novas profissões implicam a reafirmação dos campos de intervenção dos enfermeiros,
- intervir na definição das políticas de saúde,
- intervir na definição das políticas de educação relativas à formação dos enfermeiros.

3. Da gestão do património, de recursos e dos serviços aos membros

- Incentivar e apoiar, de acordo com os meios disponíveis, a máxima rendibilização do património da Ordem, adstrito às secções regionais, no sentido de promover serviços aos membros e apoio às actividades globais.
- Criar um centro de recursos em conhecimento, acessível a todos os membros.

Para a realização das actividades, entendem-se como **estratégias** mais relevantes:

- a participação dos enfermeiros, em grupos de trabalho ou de projecto, nos diversos contextos, com a constituição de redes que excedam largamente os membros dos órgãos sociais;
- a colocação dos assuntos em consulta aos membros, quando possível, tanto através do *site*, como de formas diversas que venham a ser ajustadas aos objectivos;

- a promoção sistemática do diálogo e do debate entre os membros da Ordem, no sentido do consenso e da construção conjunta, com respeito pelo pluralismo de opiniões e diversidade de contextos.

Como afirmou na tomada de posse (a 21 de Janeiro de 2004), a Digníssima Bastonária da Ordem:

"O actual contexto de mudança nas organizações de saúde, entendemo-lo como um caminho de oportunidades para o desenvolvimento da enfermagem, para a afirmação dos cuidados de enfermagem no processo global dos cuidados de saúde e para a afirmação e o desenvolvimento das competências dos enfermeiros a todos os níveis do sistema de saúde, com o profissionalismo que a nós próprios nos exigimos.[...]"

A Ordem continuará a assumir as suas responsabilidades, no cumprimento das suas atribuições, perante os enfermeiros e perante a sociedade em geral e cada cidadão em particular. Pelo mandato social que em termos legais à Ordem está cometido, não abdicaremos de intervir, sempre que estejam em causa os cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular.

Esta intervenção terá distintos destinatários:

- os enfermeiros, regulando para melhorar a prática profissional, dando o apoio e o suporte às intervenções necessárias nos diversos contextos, baseados no estado da arte e na ética e deontologia profissional;
- os cidadãos fazendo crescer (promovendo) a consciência do direito aos cuidados de enfermagem com a mesma exigência que já hoje se coloca relativamente a cuidados prestados por outros técnicos, mas também ser agentes activos para que cada cidadão possa, conscientemente, aceitar ou recusar os cuidados que lhe são propostos;
- os dirigentes das organizações prestadoras de cuidados, onde os enfermeiros desenvolvem a sua actividade profissional, propondo e aprofundando as melhores soluções promotoras da qualidade dos cuidados de saúde que aí se prestam e de enfermagem em particular;


- o poder político, colaborando sempre que das medidas propostas ou adoptadas seja evidente o benefício a curto, médio e longo prazo para os cidadãos e, com firmeza, não pactuar com soluções que conduzam ou possam conduzir à discriminação, Esta é a única postura que a Ordem dos enfermeiros pode adoptar no respeito pela exigência da deontologia profissional e da ética no exercício da profissão a que os seus membros estão obrigados."

Não nos restam dúvidas de que a centralidade é do cidadão, seja em situações de saúde, seja portador de deficiência, ou de défices que pressupõe intervenções técnicas na área da saúde.

Os enfermeiros, pela própria natureza dos cuidados de enfermagem e da complexidade que estes envolvem e pelo seu nível de formação, são portadores de um capital humano, científico e técnico que os torna imprescindíveis e insubstituíveis para a implementação de estratégias de mudança. Os enfermeiros tornaram-se, por inerência das suas funções nas organizações, gestores e organizadores dos recursos necessários para responder às necessidades que, em cada momento, cada cidadão sujeito dos cuidados de saúde necessita.

Os desafios internos e externos que se colocam são de natureza diversa, mas interdependentes. Assim, o **desenvolvimento responsável da prática profissional**, parte da auto-regulação baseada na ética e deontologia profissional, como instrumento de salvaguarda para os cidadãos no que se refere à qualidade dos cuidados de enfermagem que cada enfermeiro desenvolve. E esta é a essência do mandato social da Ordem dos Enfermeiros.

Daqui decorre que é aos enfermeiros, através da sua Ordem, que deverá ser exigido pela sociedade em geral, a clarificação das regras pelas quais se rege o exercício profissional, desde as competências iniciais ao seu desenvolvimento e especialização, ao controlo do exercício profissional e do exercício ilegal da profissão.

Coloca-se-nos a urgência de implementar mecanismos reguladores que potenciem o desenvolvimento da enfermagem portuguesa. 

Certificação de competências: o percurso e o processo*

António Manuel V. A. Silva

Conselho Directivo

Texto transcrito e adaptado de: CONSELHO DE ENFERMAGEM – Conselho de Enfermagem. Do Caminho Percorrido e das Propostas. 1.ª ed. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa, 2004.

Introdução

O Estado Português, através dos seus organismos próprios, criou, em 21 de Abril de 1998, a Ordem dos Enfermeiros (OE). Fê-lo reconhecendo formalmente que, entre outros:

a) os "enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem";

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

Assim, pela necessidade de se proceder à regulamentação e ao controlo do exercício profissional dos enfermeiros, foi criada esta associação pública representativa dos diplomados em enfermagem que exercem a profissão de enfermeiro em Portugal.

É neste contexto que a OE têm vindo a desenvolver os esforços necessários para responder às respectivas atribuições, nomeadamente no que se refere a: definição do "nível de qualificação profissional dos



enfermeiros" e regulamentação do "exercício da profissão"; atribuição do "título profissional de enfermeiro"; o "registo de todos os enfermeiros, protegendo o título e a profissão de enfermeiro" e pronunciando-se sobre os modelos de formação e sobre a estrutura geral dos cursos de enfermagem.

Foi neste contexto que, em 2001, se iniciaram os trabalhos de definição dos processos de acreditação da formação pré e pós-graduada e de certificação individual de competências que, no futuro, estarão na base das decisões relativas à atribuição dos títulos profissionais. Ficou claro, então, que a definição de um conjunto de competências do enfermeiro de cuidados gerais constituía um assunto central para este debate.

É neste enquadramento que a OE tem vindo a desenvolver um conjunto de actividades que têm como fim último a criação de sistemas para a acreditação da formação pré e pós-graduada e da certificação individual de competências.

O percurso

Consideremos, então, o primeiro passo: o percurso para a definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

* Versão portuguesa da comunicação apresentada no 23.º Congresso do ICN, em inglês.

Mas antes de começar com a descrição do processo, deixem-me guiar-vos através do quadro conceptual que orienta o nosso exercício profissional.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permitem entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente ao cliente dos cuidados de enfermagem.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional da enfermagem é estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, no respeito pelas suas capacidades. Várias são as circunstâncias em que esta relação deve, também, ser estabelecida com as pessoas próximas do cliente individual (família, convivente significativo). No sentido de otimizar o exercício profissional, os enfermeiros alargam frequentemente o conceito de cliente, e, portanto, a relação terapêutica à família e à comunidade.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, igualmente, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas, como no caso em que toda a unidade familiar é tida como alvo do processo de cuidados. Nomeadamente, este tipo de intervenção acontece quando as intervenções de enfermagem

visam a alteração de comportamentos tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, considerando-se vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Distinguem-se, pois, dois tipos de intervenções em enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdisciplinares) – i. e., prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam com a prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume responsabilidade técnica pela sua implementação. Relativamente às intervenções em enfermagem que se iniciam com a prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

O facto de o enfermeiro tomar a decisão autonomamente implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades dos cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo da tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se, neste contexto, que a produção de guias orientadoras – *guidelines* – da boa prática dos cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante



ARQUIVO DE

para a contínua melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste sentido, os enfermeiros têm presente que **bons cuidados** significam coisas diferentes para diferentes pessoas, e o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com estas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Partindo do enquadramento conceptual anterior, parece-nos importante relembrar alguns aspectos formais do **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro** (Decreto-lei 161/96).

Artigo 8.º

Exercício profissional dos enfermeiros

1 – No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

2 – O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

3 – Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

Artigo 9.º

Intervenções dos enfermeiros

1 – As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

inclui (...)

4 – inclui (...)

- a) organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção;
- b) decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rendibilizando os



recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade;

c) e este quadro legal continua definindo claramente a possibilidade de os enfermeiros intervirem activamente nas áreas da gestão, da investigação e da educação, promovendo e participando em estudos e na definição de procedimentos e de políticas.

Artigo 10.º

Delegação de tarefas

Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem.

O processo

No sentido de evoluir para a definição das "Competências do enfermeiro de cuidados gerais", o Conselho de Enfermagem (CE) realizou uma análise da literatura que incluiu:

a) o enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem e os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros definidos pela OE,

b) um conjunto de competências incluídas numa proposta de directiva comunitária que assentava num conjunto de competências do enfermeiro de cuidados gerais,

c) um conjunto de competências extraídas da teorização de Patricia Benner.

Depois desta análise realizaram-se, em Janeiro de 2003, os *workshops* regionais. Após a realização destes *workshops*, a Comissão de Cuidados Gerais (CCG) reuniu com os membros dos CE de cuidados gerais regionais, no sentido de produzir as sínteses do trabalho efectuado. Destas sínteses pode salientar-se o que de seguida se indica.

- O conjunto de competências constante do documento de trabalho distribuído revelou-se inclusivo; isto é, não surgiram novas competências, e, na sua essência, as apresentadas foram entendidas como adequadas à nossa realidade.
- Alguns conceitos utilizados foram, no entanto, entendidos como inadequados.
- Não houve consenso relativamente à categorização das competências por domínios.

Entretanto, tomámos conhecimento de um trabalho do International Council of Nurses (ICN): "*ICN Framework of Compe-*

tencies for the Generalist Nurse"¹. Da análise efectuada a este documento, constatámos que:

- o conjunto de competências proposto pelo ICN inclui as competências sobre as quais vínhamos a trabalhar;
- o conjunto de competências proposto pelo ICN vai além, com propriedade, das competências sobre as quais vínhamos a trabalhar;
- a linguagem utilizada é adequada, dada, por um lado, a linguagem utilizada pela OE no enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem e nos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, e dado, por outro, o contexto nacional da produção dos cuidados;
- a organização das competências por domínios foi considerada, consensualmente, muito adequada.

Tendo em conta que a proposta apresentada na obra *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse* provem do ICN e prevê a sua implementação em países onde as competências dos enfermeiros nunca foram definidas antes, apontando desde logo, para uma metodologia baseada na construção de consensos, o CE propôs-se a levar a cabo várias acções. Nomeadamente:

- obter consenso acerca do conjunto de competências dos enfermeiros de cuidados gerais entre uma amostra de enfermeiros, utilizando o método Delphi;
- utilizar as competências integradas no *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse*, bem como a respectiva organização por domínios, como base para a construção da primeira ronda do estudo;
- traduzir as competências do enfermeiro de cuidados gerais para português, a partir do original – *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse* –, após obtida a autorização do ICN para o efeito;
- tratar e discutir os dados.

A técnica Delphi é definida no documento do ICN (adaptado de Bowling, 1997) como um "método de investigação que tem

por finalidade encontrar um determinado nível de consenso acerca de um tópico particular...", neste caso, as competências do enfermeiro de cuidados gerais. Esta técnica envolve construir e enviar um questionário de perguntas, que seguirá em envelope fechado, a um grupo determinado de pessoas. As respostas são, depois, analisadas, gerando uma segunda ronda de questionários dirigidos aos mesmos respondentes e que encerram questões cujo consenso não foi obtido na primeira ronda.

Neste contexto, foi construído o primeiro questionário englobando quatro grupos de questões que a seguir se indicam.

- I) Dados genéricos relativos ao respondente.
- II) Grau de concordância com a definição de competências do enfermeiro de cuidados gerais, numa escala tipo Likert de sete pontos entre os diferenciais semânticos "discordo totalmente / concordo totalmente" – no caso de discordância, pediu-se que, da forma mais sucinta possível, os respondentes expressassem os comentários e as sugestões que permitissem evoluir para a construção do segundo questionário.
- III) Grau de concordância com a competência enunciada para os enfermeiros no início da actividade profissional.



ARQUIVO OE

¹ ALEXANDER, M.; RUNCIMAN, P. – *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses – Report of the Development Process and Consultation, Standards and Competencies Series*. Geneva: International Council of Nurses, 2003.

IV) Grau de concordância com a organização das competências por domínios. Foi assinalado que o grau de concordância / discordância deveria reportar quer a ideia descrita, quer a construção da frase (i. e., concordância semântica e sintáctica).

O questionário foi enviado a um grupo de cerca de 450 enfermeiros (constituídos pelos participantes nos *workshops*, pelos membros dos órgãos sociais da OE, pelos membros de um grupo de trabalho criado pela OE para reflectir sobre a acreditação da formação e a certificação individual de competências, pelos presidentes dos conselhos científicos das escolas superiores de enfermagem e representantes das associações profissionais de enfermeiros). Obtivemos uma taxa de retorno de 27%, correspondente a 122 colegas que enviaram os questionários preenchidos.

Oito competências não obtiveram consenso na primeira ronda e no final da segunda foram excluídas duas:

1. Envolve um advogado quando o cliente e / ou os cuidadores pedem apoio ou têm capacidades limitadas na tomada de decisão.
2. Demonstra compreender os desafios colocados pela tomada de decisão ética envolvidos na definição de prioridades sobre os cuidados, nas situações de guerra, de violência e de desastres naturais."

A definição de competências do enfermeiro de cuidados gerais aprovada pelo CE, foi a seguinte:

"A competência do enfermeiro de cuidados gerais sugere um nível de desempenho profissional que demonstra uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar."

Nomearei apenas os domínios das competências aprovadas.

PRÁTICA PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Responsabilidade (enunciados 1 a 4)

Prática segundo a ética (enunciados 5 a 16)

Prática Legal (enunciados 17 a 19)

PRESTAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS

Princípios-chave da prestação e gestão de cuidados (enunciados 20 a 31)

Prestação de cuidados

A promoção da saúde (enunciados 32 a 43)

Colheita de dados (enunciados 44 a 45)

Planeamento (enunciados 46 a 52)

Execução (enunciados 53 a 57)

Avaliação (enunciados 58 a 60)

Comunicação terapêutica e relações interpessoais (enunciados 61 a 67)

Gestão de cuidados

Ambiente seguro (enunciados 68 a 72)

Cuidados de saúde interprofissionais (enunciados 73 a 79)

Delegação e supervisão (enunciados 80 a 82)

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Valorização profissional (enunciados 83 a 88)

Melhoria da qualidade (enunciados 89 a 90)

Formação contínua (enunciados 91 a 96)

Imediatamente após a definição e aprovação das competências do enfermeiro de cuidados gerais, as mesmas foram divulgadas a todos os membros, através da publicação de um artigo que descrevia o processo e dava conta do resultado. Este artigo está presente na *Revista da Ordem dos Enfermeiros* (publicação periódica da Ordem dos Enfermeiros, que é gratuitamente distribuída a todos os membros), número 10, de Outubro de 2003. Este assunto voltou, posteriormente, a ser publicado na sua totalidade no livro *Conselho de Enfermagem – Do caminho percorrido e das propostas*, editado pela OE, em Março de 2004.

Sendo objectivo da OE que os enfermeiros se apropriem destas competências com a rapidez possível – não devemos esquecer que, na altura da sua definição, a OE tinha já cerca de 44 000 enfermeiros inscritos –, foi decidido, em Maio de 2004, publicar e distribuir a todos os enfermeiros uma edição de bolso onde vinham descritas as competências do enfermeiro de cuidados gerais.

É, presentemente, um dos documentos que é distribuído a todos os novos membros, juntamente com a respectiva cédula profissional (os outros são o estatuto da OE – que contém o Código Deontológico – e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem).

Antevisão do caminho a percorrer

Ao mesmo tempo que a OE vai desenvolvendo as diligências e construindo os alicerces necessários à concretização desta actividade, outras diligências concorrem para o mesmo objectivo. São elas:

- o processo de **alteração estatutária**, de forma a garantir, efectivamente, o exercício desta actividade;
- o processo de **definição das competências do enfermeiro especialista**, porque a OE atribui também o título de enfermeiro especialista.


Trata-se de uma tarefa complexa, que necessita de uma estrutura de suporte que não pode ser influenciada pelos processos

eleitorais que a OE vive a cada quatro anos. Sendo uma estrutura que dependerá apenas e em todas as vertentes da existência da OE, terá de desempenhar as respectivas atribuições, independentemente dos órgãos eleitos.

Neste momento, estão já em funcionamento grupos de trabalho que prepararam as bases conceptuais do sistema e as estruturas que o suportará. Foi já decidida, também, a abertura de um concurso para a contratação dos dois primeiros enfermeiros que trabalharão a tempo inteiro para a OE. A sua tarefa será a de concretizar a fase experimental do Sistema de Certificação Individual de Competências da Ordem dos Enfermeiros.

Contamos poder dar conhecimento da existência formal deste sistema, e, quem sabe, fazer a primeira avaliação ao mesmo, no próximo congresso do ICN.

A Ordem dos Enfermeiros de Portugal espera encontrar-vos a todos na África do Sul, em 2009. 



**Se quiser conhecer mais detalhes
acerca do início deste processo
não deixe de os ler nesta obra.**

**Disponível na
sua Secção Regional.**

Harmonia*

Hiroko Minami

Presidente do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN)

Discurso inaugural 26 de Junho de 2005, Congresso do ICN.

Caros Convidados, Amigos, Senhoras e Senhores

É uma grande honra e um grande prazer receber o colar da presidência do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) para o próximo quadriénio. O seu peso indica a grande responsabilidade que vou transportar durante os próximos quatro anos. Tenho sido dominada pelo entusiasmo e pelos comentários congratulantes vindos de vós, desde que o resultado das eleições foi anunciado. Agradeço-vos muito a calorosa recepção.

Estou ansiosa por poder trabalhar com todos os membros do ICN, os membros que entram para a direcção e os funcionários do ICN, orientados por Judith Oulton, representando a enfermagem por todo o mundo, de modo a que a profissão evolua, e influenciando a política de saúde.

O tema do Congresso do ICN foi *Enfermagem em Movimento: Conhecimento, Inovação e Vitalidade*. Durante esta semana, colegas de todo o mundo partilharam o conhecimento desenvolvido pela vossa pesquisa, educação e prática inovadora. Inspirámo-nos mutuamente com a nossa vitalidade. A enfermagem está, sem dúvida, em movimento, a um nível nacional e internacional.

Antes de continuar o meu discurso, queria aproveitar a oportunidade para agradecer à Associação de Enfermeiros de Taiwan a maravilhosa hospitalidade aqui em Taipé e o patrocínio de uma semana verdadeiramente maravilhosa de eventos e celebrações educacionais. Por favor, juntem-se a mim no nosso agradecimento colectivo aos enfermeiros de Taiwan.

Desde a sua fundação, em 1899, é tradição, no ICN, cada presidente escolher uma divisa como tema da sua presidência que terá a duração de quatro anos.

A minha divisa é a Harmonia.

De acordo com o *Dicionário Oxford de Inglês*, "harmonia" é a combinação de sonoras notas musicais em simultâneo, de forma a produzir acordes e progressões de acordes, resultando num efeito agradável. Numa orquestra, o grupo de instrumentistas toca música que agrada à audiência. Combinando as secções de corda, sopro, metal e percussão, uma variedade de instrumentos toca ao mesmo tempo. Alguns instrumentos fazem um som pequeno; outros são mais barulhentos. Alguns tocam notas altas e outros tocam notas baixas. Cada instrumento tem as suas próprias características e produz um som muito bonito.

O que é que acontece quando um conjunto de diferentes instrumentos toca ao mesmo tempo? Mesmo que cada instrumentista esteja bem preparado, pode causar desacordo ou dissonância, o que não agrada à audiência. Por outro lado, se está bem orquestrada, pode criar uma bela harmonia. O regente tem um papel fundamental, mas um regente sozinho não consegue criar uma progressão harmónica. Os músicos devem ouvir não só a sua própria melodia, mas também a da orquestra inteira.

O que é que a harmonia ou a harmonização implica, para nós, na enfermagem? No exercício de enfermagem, a importância do trabalho de equipa tem sido enfatizado. Cada membro de uma equipa de enfermagem tem a sua própria singularidade e capacidade, que podem levar à concordância ou à discordância numa equipa, dependendo da forma como a qualidade de cuidado do paciente é orquestrada.

É importante que o CIE ouça cada melodia única das Associações Nacionais de Enfermeiros (ANE) e que cada ANE ouça as melodias criadas por todo o mundo.

* Tradução do original em inglês "Harmony", International Council of Nurses, 2005 (AMT/AM).

Nos fóruns do Conselho de Representantes Nacionais (CNR) e no congresso do ICN, variados temas de saúde, incluindo a saúde mental, a segurança do doente, a sida (vírus da imunodeficiência humana – VIH), as condições crónicas e os problemas graves das raparigas jovens têm sido discutidos juntamente com problemas relacionados com a regulação profissional. Nestes debates, o tema mais comum foi o dos recursos de enfermagem. Os problemas repetidos diziam também respeito a este tema, que inclui a falta de enfermeiros e as condições de trabalho precárias. As situações e as razões que causam estes problemas podem variar entre os países industrializados e os países em desenvolvimento. Os problemas de perda de enfermeiros devido à migração para as cidades, à imigração para outros países ou à morte por sida (VIH), bem como em desastres, têm vindo a aumentar a cada ano que passa, em muitos países. Temos de desafiar os problemas preponderantes na enfermagem e saúde. Temos de orquestrar a nossa sabedoria, o nosso conhecimento e o nosso poder para mudar a situação para melhor.

No entanto, estas formas de pensamento não são novas. Existe outra razão para eu ter escolhido a Harmonia para minha divisa? Sim, está relacionada com os meus antecedentes, com a cultura japonesa ou asiática.

Há 100 anos atrás, Yukichi Fukuzama, um político e erudito japonês, escreveu um livro intitulado *An Urge for Learning**. Ele definiu o termo japonês "sewa" como significado de tomar conta de outros e, em particular, tomar conta do espírito do outro. Ele disse que existem duas dimensões para cuidar: uma é para proteger e apoiar, a outra é para providenciar ordem e para estabelecer limites. Para tomar conta de uma pessoa apropriadamente, é necessário fazer as duas coisas. Sem proteger ou apoiar a pessoa, não se consegue providenciar ordem, controlo ou estabelecer limites. O reverso também se verifica.

Nós, enfermeiros, temos tendência para ver as dimensões protectoras e de apoio como o lado positivo do cuidado, e as outras – providenciar ordem e estabelecer limites – como o lado menos



positivo. Nós, muitas vezes, fechamos os olhos a estes aspectos do cuidado, que implicam controlar e estabelecer limites ao comportamento dos pacientes. O que quero dizer é que nós, enfermeiros, temos de ser capazes de fazer ambas – apoiar e estabelecer limites; lidar com o que achamos ser os lados positivos e negativos do cuidado e harmonizá-los, de forma a melhorar a qualidade do cuidado. Muitas vezes, vemos na harmonização uma luz negativa – como se comprometêssemos, por causa de outro, a nossa vontade própria, ou nos ajustamos a outra pessoa que aparenta ter mais poder. Mas a harmonização é algo positivo e poderoso.

Um lado importante da harmonização está relacionado com a forma de conhecer a pessoa. São usadas quatro abordagens para saber quem é uma pessoa. Uma é compreender intelectualmente através da recolha de informação e analisá-la na base do conhecimento. A segunda abordagem é compreender a outra pessoa emocionalmente, simpatizando e enfatizando. A terceira é tentar conhecer a pessoa através do contacto físico, segurando as mãos ou tocando no corpo. A quarta abordagem é usar o nosso instinto ou a nossa intuição. Quando se tenta compreender um doente, utilizam-se as quatro abordagens ao mesmo tempo. A compreensão intelectual tem sido enfatizada na educação recente, mas sabe-se que o contacto físico e a utilização dos próprios sentimentos são igualmente importantes, e nós ensinamos isto aos nossos estudantes.

* N.T.- Uma ânsia de aprender

Por exemplo, em muitas culturas, quando um doente parece estar muito zangado, o enfermeiro tem a tendência de reconhecê-lo verbalmente, dizendo "Parece zangado. Quer falar sobre isso?". Em culturas asiáticas, lida-se de uma forma não-verbal. Sentimos a ira do doente e partilhamos isso juntos, não dizendo nada, mas estando juntos. Precisamos de harmonizar o conhecimento e o sentimento.

Creio que a energia da palestra de Stephen Lewis passou pelo facto de ele ter harmonizado o seu conhecimento intelectual juntamente com os seus sentimentos. O auditório conseguiu sentir o sofrimento dos doentes infectados e das respectivas famílias somente por o ouvirem e analisarem as estatísticas e a informação actual que foi apresentada. Isto demonstra o poder de orquestrar as quatro abordagens ao mesmo tempo quando se toma conta dos doentes, de negociar com autoridade em questões difíceis, ou de apresentar a nossa opinião ao público.

Um outro lado da harmonia está ligado à nossa disciplina. Em meados do século XVIII, Florence Nightingale referiu que a enfermagem é uma arte baseada na ciência. A harmonização da arte e da ciência na prática, da educação e da investigação não é fácil, uma vez que ainda não estabelecemos um método para integrar a arte e a ciência.


O erudito japonês em história da ciência Chikara Sasaki mencionou no seu livro que, no futuro, a ciência seria orientada pela chamada arte de enfermagem. Ele disse que a ciência, sobretudo a ciência tecnológica, a princípio era procurada para atenuar o sofrimento, mas, no processo de desenvolvimento, a ciência moderna perdeu o seu propósito. Os cientistas, no futuro, tomarão consciência de que abordagens humanitárias nos cuidados, tais como a arte da enfermagem, irão orientar o seu percurso em futuros desenvolvimentos. Estava emocionada por ler um livro que indicava que a enfermagem poderia liderar toda a ciência. No entanto, como Florence Nightingale realçou há 150 anos, nós, enfermeiros, também precisamos de harmonizar a arte e a ciência no nosso conhecimento de enfermagem e nas nossas habilidades em enfermagem.



© ICN

Há muito mais que eu gostaria de partilhar convosco hoje, mas infelizmente o nosso tempo juntos está a chegar ao fim. Anteriores presidentes do ICN mostraram-nos por onde seguir. Cada um deles é um mentor para muitos enfermeiros, incluindo para mim. Acredito que eles continuarão a orientar-nos e a apoiar-nos nos passos adicionais que a nova direcção e eu iremos tomar daqui para a frente.

Estou ansiosa para revê-los a todos daqui a dois anos, no próximo encontro do ICN. Teremos ainda uma outra excitante oportunidade de nos voltarmos a ver. Em Maio de 2006, questões sobre enfermagem e enfermagem obstétrica serão discutidas na Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, e esta é uma ótima oportunidade para reunir uma grande orquestra de enfermagem. Será também uma excelente oportunidade para os representantes da ANE participarem, em conjunto com organizações médicas e farmacêuticas, como parte da delegação de um país para a rede internacional de Organizações Não-Governamentais (ONG), a Aliança Mundial dos Profissionais de Saúde.

Desejo-lhes uma viagem segura de retorno e fico à espera de encontrá-los de novo. Se não em Genebra, em Maio, então que seja no próximo encontro do CNR e na conferência do ICN, em Okinawa, no Japão, em 2007, e no Congresso do ICN em Durban, no Sul de África, em 2009. 

Saúde e Direitos Humanos*

Stephen Lewis

Enviado especial das Nações Unidas para o HIV/SIDA em África



Gostaria de agradecer a Christine Hancock, presidente cessante do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Estou encantado por estar presente neste encontro notável. Devo dizer que a Associação Nacional de Enfermeiros de Taipé foi uma maravilhosa anfitriã e acho que todos lhe estamos imensamente gratos.

Irei começar de uma forma não muito ortodoxa, apresentando as minhas desculpas aos intérpretes. O que se passa é que, infelizmente, falo bastante depressa, e, portanto, quando chegarem ao fim desta interpretação irão sentir-se prontos para pedir uma reforma antecipada. Por isto, peço que deixem fluir pelas vossas veias o leite da gentileza humana e que me tratem com compaixão. Tenho estado a saborear cada momento da minha visita até agora. Na sexta-feira à noite, estive presente nas duas recepções: primeiro, na recepção no meu país de origem, o Canadá, que foi naturalmente requintada e perfeita, e depois fui para a recepção na Universidade da Pensilvânia, onde Afaf, o nome pelo qual todos vós a conhecem e adoram, a responsável pela Enfermagem na Universidade da Pensilvânia, trouxe a sua própria orquestra para dançar toda a noite. O resto dos mortais vem aqui para trabalhar, mas os académicos vêm aqui para dançar.

* Tradução do original em inglês "Health and Human Rights", International Council of Nurses, 2005 (HC/AM).

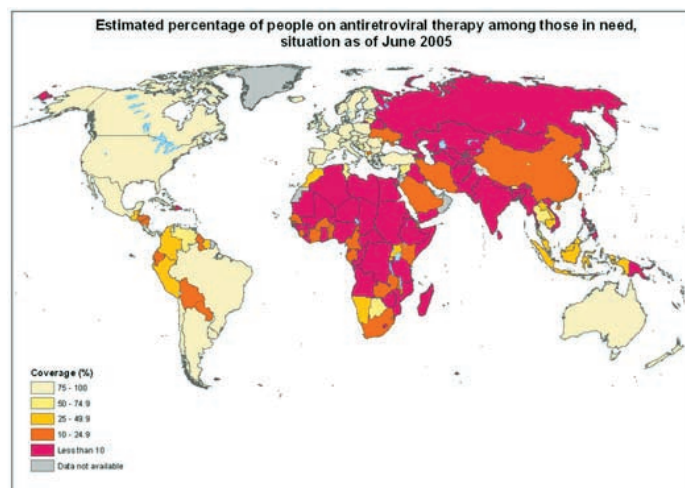


No sábado, estive presente num banquete extraordinário, que parecia ter uma ementa de quase 100 pratos, e ainda teve algum entretenimento notável. Ontem à noite, fiquei particularmente impressionado com a extraordinária apreciação evidenciada para com o presidente de Taipé e com a demonstração de afecto e o aplauso instantâneos e espontâneos. Tal não aconteceria para com o chefe de Estado no meu país. O Canadá está a atravessar um momento de turbulência e, por conseguinte, a liderança política não está a ser tida na mais alta estima. Mas, por outro lado, fiquei tão impressionado com a reacção ao vosso presidente ontem à noite, que decidi que eu próprio gostaria de ser presidente. Se me conseguirem arranjar uma vaga num país qualquer, ficaria muito grato.

Mas, acima de tudo, estou encantado por estar aqui, porque adoro a profissão de enfermeiro, sempre adorei. Sou um desconhecido para a maior parte de vós. Passei parte da minha vida na política, parte da minha vida na diplomacia, parte da minha vida no multilateralismo, trabalhando no contexto dos sistemas das Nações Unidas, e, em todas as componentes da minha vida, descobri que pode sempre contar-se com os enfermeiros e as parteiras, colectivamente, por terem os seus princípios e, tal como mencionou a Christine ontem à noite, por serem pessoas



© ICN



© WHO

que se importam profundamente com os outros e, é claro, por terem uma enorme tenacidade.

Tal como a Christine referiu, e eu quero sublinhar agora de novo que a profissão de enfermeiro, quer internacionalmente, quer em cada país individualmente, nunca é levada suficientemente a sério. O trabalho nunca é valorizado adequadamente, os conhecimentos nunca são adequadamente considerados como sendo valiosos, as vozes dos enfermeiros nunca são adequadamente ouvidas. Os médicos acham sempre que são os donos do mundo e nunca se apercebem inteiramente de que, na hierarquia da saúde, os enfermeiros deveriam estar no topo da escadaria e os médicos vários degraus mais abaixo. Na verdade, atrevo-me a dizê-lo a partir de um estrado em Taipé, recordei-me de um manifesto radical bastante famoso, que poderia ser reescrito para dizer "enfermeiros de todo o mundo, uni-vos, não tendes nada a perder senão os médicos que vos prendem". A indiferença para com a enfermagem e a falta de reconhecimento relativamente à importância das contribuições feitas pelos enfermeiros têm consequências desastrosas.

Aquilo que se viu no meu próprio país em resposta à epidemia da pneumonia atípica (SARS), e tal como o demonstraram todos os relatórios e investigações posteriores, é que, se os enfermeiros tivessem sido ouvidos desde o início, em vez de terem sido confrontados com um tom e uma demonstração de arrogância

e indiferença por parte da hierarquia médica e da administração dos hospitais, se os enfermeiros tivessem sido ouvidos com mais atenção no Canadá, poderíamos ter perdido menos vidas e não teríamos tido de encarar uma calamidade de tão grandes proporções. E esta é, penso eu, uma manifestação do que seria o papel dos enfermeiros, se fossem reconhecidos de forma apropriada pelo mundo.

Parece-me, por conseguinte, ser necessário fazer uso de todos os pontos fortes da profissão, que são, no mínimo, consideráveis, para lidar com a saúde e os direitos humanos, já que esta expressão, "saúde e direitos humanos", dificilmente poderá ser ainda utilizada na mesma frase conjuntamente com "credibilidade", face às extraordinárias crises de saúde internacionais, de entre as quais a sida é a dominante, que despedaçam todas as nossas noções sobre os direitos. E peço-vos a todos, vindos de tantos países – 96 a 100 países, se a memória não me falha – que nunca subestimem a força desta pandemia.

Pessoalmente, convenci-me, durante os quatro anos em que tenho desempenhado o papel de enviado das Nações Unidas, e estou convencido de que o mundo ainda não compreendeu – o que, para mim, é quase inconcebível – toda a extensão do ataque da pandemia e do seu interminável e irreversível movimento através da China, da Índia, da Rússia, de muitos dos estados asiáticos centrais, a atravessar agora irreversivelmente o Caribe,

a América Central, a Jamaica, a República Dominicana e também com redutos muito poderosos, infelizmente, na América Latina, no Brasil, na Argentina e no México.

Estive há algumas semanas no Chile, onde a taxa de prevalência é extremamente baixa, mas sentei-me a uma mesa com pessoas a viver com sida e ouvi, em Santiago, as mesmas vozes, as mesmas preocupações, a mesma sensação de desespero que ouvi no continente que adoro verdadeiramente, o continente africano. Nenhum país ocidental está isento, como todos sabemos, ainda que a disponibilidade de medicamentos anti-retrovíricos tenha transformado a pandemia, em larga medida, numa doença crónica, e o epicentro se encontre, é claro, na própria África. E aquilo que eu quero fazer é tentar examinar a relação entre a saúde e os direitos humanos definidos, de forma bastante arrojada, em quatro áreas:

1. a área dos recursos e da capacidade humanos;
2. a área do tratamento;
3. a área da declaração internacional dos Direitos Humanos, particularmente no que respeita à convenção da eliminação da discriminação contra as mulheres;
4. os objectivos de desenvolvimento do milénio.

E peço que me perdoem se assento em África para a ilustração primária daquilo que desejo dizer, mas é a parte do mundo que me é mais familiar e acho que as lições que estamos a aprender em África irão acabar por ter, infelizmente, uma aplicação universal.

Irei então começar pelas questões dos recursos humanos e da capacidade humana. Deixem-me recuar mentalmente dois ou três anos, a uma visita que fiz ao Hospital Central de Lilongwe, no Malawi, sendo Lilongwe efectivamente a capital administrativa do Malawi. A minha visita teve lugar no pico do período de fome e, necessariamente, passei pelo hospital com o homem que era então o encantador superintendente que já lá estava há alguns anos; visitei as alas masculina e feminina, onde, tristemente, muitas das camas tinham dois ocupantes e algumas das camas tinham uma pessoa deitada no chão de cimento por debaixo delas. Todos numa espécie de agonia inconsolável de um estágio avançado de sida.

Falei com os enfermeiros que me levaram através das alas e fiquei absolutamente espantado por saber que, no turno da noite do hospital, um turno que era de dez horas para a maior parte dos enfermeiros, havia uma ala de 60-70 pessoas, cada uma das quais estaria nos cuidados intensivos num hospital ocidental, e só havia um enfermeiro para o turno completo. E por saber que este não é um fenómeno pouco habitual, dado aquilo com que África está a lidar neste momento. Devo dizer que, quando mais tarde visitei a ala pediátrica do hospital universitário em Lusaka, na Zâmbia, quase perdi o controlo emocional, porque em cada bercinho havia quatro ou cinco crianças – crianças muito pequenas – completamente rendidas a uma combinação de desnutrição por um lado e do vírus pelo outro lado, e a visita foi pontuada a cada cinco a dez minutos pelos lamentos inconsoláveis de uma mãe, ajoelhada ao lado de um berço, pois o enfermeiro veio, cobriu a criança com um lençol branco e levou-a. E quando estava nas alas dos adultos do hospital de Lilongwe, no Malawi, defrontei-me com aquilo com que me iria defrontar em muitos hospitais daí para a frente: o aparecimento bizarro, quase surreal, de um caixão de alumínio a ser transportado num carrinho – regularmente – para levar aqueles que tinham morrido há menos tempo.

Que direitos existem para os doentes que se encontrem numa situação destas? E que direitos humanos poderão ser aplicados aos enfermeiros, que trabalham num ambiente tão opressivo e sufocante, e onde, por todos os centros urbanos do Sul da África, 60 a 70%, por vezes mesmo 80% das camas estão completamente ocupadas por casos relacionados com a sida e a extensão do sofrimento humano torna a realidade dos direitos humanos numa anedota? A capacidade é tão limitada, o vírus fez tantos danos à generalidade da população com idades entre os 20 e os 50 anos. Distorceu a alma da sociedade, pois as pessoas morreram em números tão avassaladores que nos perguntamos como é que alguma vez vamos lidar adequadamente com as realidades da questão da capacidade.

Sendo um público informado, provavelmente já todos ouviram falar da Iniciativa Conjunta de Aprendizagem, que foi feita por 100 pessoas informadas, que olharam para as questões da ca-

pacidade, e, no sumário executivo, o parágrafo de abertura, se exprimem utilizando estas palavras: "Após um século dos mais espectaculares avanços de saúde na História da Humanidade, defrontamo-nos com crises sanitárias interligadas e sem precedentes. Alguns dos países mais pobres do mundo deparam-se com taxas de mortalidade a aumentar e uma esperança média de vida a decair rapidamente, ao mesmo tempo que a pandemia global nos ameaça a todos. Os ganhos na sobrevivência humana estão a ser perdidos por causa de sistemas de saúde nacionais muito frágeis. Na linha da frente da sobrevivência humana, vemos trabalhadores de saúde sobrecarregados e sobredesgastados, em números demasiado baixos, sem o apoio de que tão desesperadamente necessitam, a perder a batalha. Muitos estão a colapsar devido ao esforço, muitos estão a morrer, sobretudo devido à sida, e muitos estão a procurar uma vida melhor e mais compensadora, partindo para países mais ricos."

Os exemplos abundam. A prevalência de VIH entre os enfermeiros no Lusaka, na Zâmbia, aumentou de 34 para 44% nos anos anteriores a 2003. No pequeno país do Lesoto, um país que eu, por acaso, adorava particularmente – num dos hospitais onde estão agora a prestar tratamento –, de um quadro total de 30 enfermeiros, 18 morreram no ano passado e ainda não foram substituídos. No Malawi, 45% das mortes dos trabalhadores de saúde em geral pode ser atribuível à sida.

Quando o chefe da divisão dos negócios estrangeiros e internacionais do Reino Unido visitou o Malawi não há muito tempo, houve quem o ouvisse dizer que o único país do mundo com uma capacidade humana inferior à do Malawi era o Afeganistão. Alguns estudos mostraram que a África Subsaariana no seu todo poderia perder 20% dos seus profissionais de saúde antes de este vírus ter sido de alguma forma vencido. Isto não é um contágio, isto é um apocalipse.

Estive ontem numa conferência de imprensa com alguns membros da comunicação social, à hora de almoço, e saí com alguns membros da delegação de enfermeiros da Zâmbia, que me disseram com uma dor clara e palpável na voz que eu tinha de compreender – e tinham todo o direito de me dizer isto, porque

às vezes também eu me perco nos números e numa sensação de futilidade que nos ultrapassa face a esta doença marcante. Disseram-me "Sr. Lewis, estamos a perder os nossos enfermeiros, eles estão a morrer, vá às zonas rurais onde eles estão a morrer. As pessoas têm de compreender aquilo que se está a passar e têm de nos apoiar numa iniciativa em particular que queremos tomar." E eu pensei que oiço isto e vejo isto em todas as viagens que faço a este continente.

Têm de compreender. Há 46 anos que faço idas e vindas a África; fui lá, pela primeira vez, em 1959. E uma das verdades sobre África é a impressionante sofisticação dos grupos de base e ao nível da comunidade. Este é um continente cuja inteligência, generosidade, camaradagem e decência para com os seus concidadãos nunca deveriam ser subestimadas. Tal como todos os continentes do mundo, tem os seus momentos de fratricídio lunático. Portanto, temos ruandas, temos congos, temos ugandas do Norte, temos moçambiques e temos angolas. Mas recordo-vos que também temos cambodjas, temos os Balcãs, temos o Afeganistão, temos o Iraque, temos Timor-Leste, temos o Médio Oriente e temos a Colômbia. Ninguém deve partir do princípio de que a ameaça de guerra ocasionalmente registada é de alguma forma indicadora apenas de África. É indicadora da loucura que regularmente consome o mundo.

A capacidade de recuperação dos grupos de base em África, particularmente entre as mulheres africanas, é absolutamente espantosa, e, se alguma vez esta pandemia puder ser contornada pelo apoio necessário através de recursos e assistência técnica por parte das nações industriais, então há a capacidade em África para o fazer, desde que não percam demasiadas pessoas nesse processo. Um dos aspectos que complicam o processo, a que a Christine se referiu em termos muito fortes ontem à noite, foi a questão da migração, porque os enfermeiros não estão apenas a morrer, estão também a emigrar – como é de seu pleno direito – para outros países.

Recordo-me de quando estive recentemente no pequeno país da Suazilândia me disseram que, dos 100 enfermeiros que se formaram no ano de 2002, 43 já haviam deixado o país. Diz-se



© UNAIDS/HERVÉ VINCENT



ARQUIVO DE

que há mais médicos do Malawi em Manchester do que no Malawi. Diz-se que há mais médicos da Zâmbia em Birmingham do que na Zâmbia. Dos 600 médicos que receberam formação na Zâmbia desde a independência, apenas 50 estão ainda no país. Alguém me dizia que, no caso do Malawi, um pequeno país de cerca de 10 milhões de pessoas, há agora perto de 350 médicos e talvez dois pediatras para todo o país e que, se olharmos para a proporção que deveria existir num país como o Malawi, deveria haver um mínimo de 25 000 trabalhadores de saúde profissionais e auxiliares. No Zimbabuê, 382 enfermeiros partiram para o Reino Unido, em 2001. Isto praticamente não teve efeito nenhum no Reino Unido, que está bem abastecido de enfermeiros, mas, para o Zimbabuê, teve um efeito completamente devastador.

A Iniciativa de Aprendizagem Conjunta tem no corpo da sua narrativa algumas tabelas, em relação às quais vi muito poucas referências, mas que são verdadeiramente assustadoras no seu conteúdo. Numa das tabelas, olhei para os números de novos nomes que haviam sido adicionados ao registo de enfermeiros entre 1998 e 2002. Milhares de nomes foram adicionados, provenientes – e até fiz uma lista dos países – do Zimbabuê, da Zâmbia, Botswana, Malawi e Gana. E deixem-me realçar que, de toda a lista, o Gana era o único país com uma taxa de prevalência inferior a 5%. Todos os restantes países dessa

lista apresentavam uma taxa de prevalência de VIH de entre 5,8% e 39,3%. Por outras palavras, os profissionais estão a ser extraídos dos seus países, que é precisamente onde eles são mais necessários.

Havia ainda uma tabela adjacente, que demonstrava que nos países da Nova Zelândia, Austrália, Canadá, Reino Unido e EUA, entre 20 a 35% dos profissionais de saúde recebem a sua formação no estrangeiro. Portanto, uma vez mais, a justaposição entre a migração e o impacto nos diversos países é completamente consistente. Não quero sobrecarregar-vos com números, mas eu próprio fiquei abalado ao reparar nalgumas comparações. A Europa produz 175 000 médicos por ano; a África produz 5000. A Europa Central e de Leste formam um médico para cada 5000 pessoas, e reparem que a Europa Central e de Leste não são propriamente os melhores exemplos de faculdades de medicina robustas. Contudo, em África, forma-se um médico para cada 115 000 pessoas. A Europa e a América do Norte têm 20% da população mundial, mas temos 50% dos médicos e quase 60% dos enfermeiros. Se nos atrevêssemos a comparar alguns países do Ocidente, em particular, digamos, os países nórdicos da Finlândia, Noruega, Dinamarca e Suécia com alguns países, em particular, em África – digamos o Ruanda ou Burkina Faso –, iríamos descobrir que, nas diversas disciplinas profissionais, quer



© ICN



© ICN

sejam de médicos, enfermeiros, parteiras ou farmacêuticos, a relação seria de duas a três vezes maior nas sociedades ocidentais do que em África. Se tomarmos em consideração a quantidade de dinheiro que a África gasta na formação dos seus médicos, enfermeiros, parteiras e farmacêuticos, então a África está a subsidiar o mundo ocidental com um valor impressionante de meio bilião de dólares por ano!

Portanto, as pessoas que falam dos fluxos inversos a deslocarem-se do mundo em desenvolvimento para o mundo desenvolvido sabem efectivamente do que estão a falar. Durante as duas últimas décadas, a África tem estado a pagar obrigações de dívida que são não só mais elevadas do que as quantidades de dinheiro gastas conjuntamente na saúde e educação, mas que também chegaram a ser um fluxo revertido de recursos para o mundo desenvolvido, que este último nunca reconheceu. O meu encantador continente africano necessita de mais um milhão de profissionais de saúde para sobreviver, mas, tal como foi realçado, muitos dos enfermeiros, em particular, estão a morrer e a migrar, e aquilo de que necessitamos é de uma infusão massiva de recursos para a formação e a retenção.

Temos de aumentar drasticamente os salários. Temos de aumentar drasticamente os benefícios. Temos de remodelar completamente as condições de trabalho. Temos de assegurar os lugares a longo prazo. Temos de olhar para percursos de carreira alter-

nativos e inovadores. O Ministério da Cooperação Internacional do Reino Unido está a investir algumas centenas de milhões de libras no Malawi, de forma a aumentar dramaticamente os salários e os benefícios associados e a melhorar drasticamente as condições de trabalho no trabalho civil em geral e no sector da saúde em particular, de forma a permitir às pessoas os meios necessários para permanecer nos seus próprios países. E então – se me for permitido dizê-lo – o mundo ocidental tem de parar a caça furtiva em África.

E isso leva-me àquilo que a Christine queria dizer ontem: que certamente deveria estar ao alcance dos canadás, dos estados unidos, dos reinos unidos e outros formar e produzir um número suficiente de profissionais nos nossos próprios países para que nunca venha a ser necessário – a menos que se verifiquem circunstâncias excepcionais, ou que as pessoas se queiram mudar, o que constitui um dos seus direitos humanos – pilhar por sistema os recursos profissionais disponíveis de outros países.

Acima de tudo, temos de fazer alguma coisa pelo quadro de enfermeiros que está a diminuir de forma conflagradora. Temos de manter vivos os enfermeiros. Esta é uma verdade absolutamente fundamental de tudo aquilo com que temos de lidar, porque os enfermeiros estão a carregar com esses países. Não sei como vos transmitir esta ideia adequadamente, mas por toda a parte os enfermeiros estão a carregar com os países. Não se limitam

a estar nas alas dos hospitais, mas estão também a fazer o aconselhamento e as análises. Estão a formar a comunidade de trabalhadores de saúde que presta cuidados paliativos nas casas das vilas. Estão a apoiar as mulheres que carregam, elas próprias, todo o fardo da prestação de cuidados. Os enfermeiros são as peças centrais da sociedade e não se pode deixar que os enfermeiros morram em tão grande número.

Parece-me que aquilo de que obviamente necessitamos – e eu sei aquilo que os enfermeiros da Zâmbia gostariam de ter – era encontrar alguma organização externa (atrever-me-ei a mencionar o Conselho Internacional de Enfermagem?) que pudesse apoiar um programa que assegurasse o tratamento anti-retrovírico para os enfermeiros, para os trabalhadores de saúde e para as respectivas famílias, incluindo as crianças, onde quer que seja necessário. Isto não significa que eu esteja a sugerir que o Conselho Internacional de Enfermagem deva fornecer os recursos sozinho. A Christine teria uma paragem cardíaca aqui e agora. Estou apenas a sugerir que aquilo de que o CIE necessita é de uma força poderosa e vocal que mobilize os recursos e a resposta que são requeridos. Porque, por muito que os governos queiram prestar tratamento a muitos dos sectores críticos da sociedade (tais como os enfermeiros e os professores), os governos num continente como África, que estão a lutar até para conseguir as respostas mínimas à pandemia, estão sempre acorrentados pela ansiedade relativamente às prioridades. Ocasionalmente, é necessário que intervenham actores externos para fornecer a liderança, para recuperar outros, para juntar os amigos, para – neste caso – salvar a profissão da enfermagem num país flagelado após outro, e deixem-me dizer – e não o digo de uma forma gratuita ou frívola – que, se eu alguma vez puder ser útil ao ICN ou a qualquer um dos vossos países individualmente, peço-vos que me contactem, pois eu faria isso com toda a satisfação.

Agora, se estivermos a falar de direitos humanos e da saúde, se compreendermos que os direitos humanos não se aplicam às pessoas que morreram e se compreendermos que a natureza da crise na saúde está na minagem e sabotagem dos direitos humanos, então há uma maneira através da qual uma saída é, pelo menos, vagamente possível. Isto leva-me ao meu segundo

ponto – que é a disponibilização de tratamento anti-retrovírico com combinações genéricas de dose fixa: três fármacos e um comprimido tomados duas vezes ao dia, adquiridos a uma empresa de medicamentos genéricos na Índia, sobretudo as empresas farmacêuticas chamadas Siple e Ramboxy, pré-qualificadas pela Organização Mundial de Saúde, que faz um trabalho de pré-qualificação de primeira qualidade.

Estando estes medicamentos disponíveis e sendo o tratamento progressivamente efectuado nalguns países, isto significa que, no caso dos enfermeiros – tal como no caso da sociedade como um todo –, podemos quebrar a coluna dorsal a esta pandemia. Todos têm estado à espera de tratamento. Ao longo de 20 anos, fizemos a prevenção mais efémera, mas agora estamos a tentar manter as pessoas vivas. Aonde quer que eu vá no continente, os governos consomem-se – realmente – com o massacre dos órfãos. Pois bem, uma das respostas possíveis para o enorme número de órfãos existentes é manter os pais vivos. E aquilo que aconteceu é que o programa 3x5 da OMS para colocar três milhões de pessoas em tratamento até ao final de 2005 parece estar a tornar essa resposta possível.

Este programa teve tantos difamadores e tantos críticos. Tantas pessoas ficaram apreensivas por as Nações Unidas estarem a estabelecer esse tipo de objectivo aproximado e especulativo. Mas, na verdade, verificou-se que esta talvez tenha sido a iniciativa mais brilhante e mais visionária que as Nações Unidas já tiveram relativamente à pandemia em muitos anos. Porque, mesmo que não consigamos atingir precisamente os três milhões no final deste ano, estamos a avançar em direcção à marca dos três milhões. Não podem imaginar a energia sentida no terreno. Governo atrás de governo está a mover céus e Terra para entrar no programa de tratamento. E, se conseguirmos ter, por altura da grande conferência internacional da sida em Toronto – na minha cidade – em 2006, vários milhões de pessoas em tratamento nessa altura, de tal forma que, quando juntarmos todas as actividades relacionadas com a sida (20 ou 25 000 dessas actividades) houver uma espécie de momento de celebração, saberemos que a iniciativa 3x5 teve sucesso. O outro aspecto da iniciativa que está gradualmente a ser adoptada e que é absolutamente

fundamental é que os medicamentos têm de ser gratuitos – todo o tratamento tem de ser gratuito. O tratamento não pode ser negado às pessoas por causa dos custos. Este negócio das taxas por utilizador é nocivo, prejudicial e muito feio quando toca a manter as pessoas vivas.

É claro que, uma vez mais, é a mulher que sofre mais, porque os rendimentos são, em larga medida, controlados pelo homem da família e é a mulher que está no fim da fila em vez de estar logo à frente. A forma de ultrapassar esta situação é tornar o tratamento inteiramente gratuito e, francamente, se o mundo ocidental finalmente atingir os objectivos que impôs a si próprio – ou, por outras palavras, se cumprir com as obrigações que assumiu – em vez de trair as promessas que fez, então não seria difícil, dado o custo mais baixo dos medicamentos genéricos, pôr absolutamente todos aqueles que necessitam de tratamento a serem tratados.

Peço-vos que não se deixem intimidar. Parece-me que terão de exercitar os músculos da vossa profissão. Precisamos de um lóbi. País por país. Para argumentar a favor de um tratamento, para assegurar que a prevenção da transmissão materna está disponível em diversos locais por todo o país, para assegurar que as análises e o aconselhamento estão disponíveis. Isto é uma verdade em todo o mundo.

A beleza de ter 12 milhões de membros, a beleza de ser uma profissão tão resoluta e formidável é que as vossas vozes são ouvidas e valorizadas. São ouvidas em particular pelo público, às vezes não pelos médicos meus colegas, mas certamente pelo público, sobre quem os enfermeiros têm sempre um ascendente tão comovente.

Por conseguinte, um lóbi firme pela parte da profissão da enfermagem em cada país, a fazer as exigências que os outros não fazem em nome das pessoas que estão a viver com sida e em nome de uma política justa e civilizada – é isso que traz os direitos humanos até à saúde. Porque estarão a lutar, em última análise, pelos direitos humanos dos desfavorecidos, das pessoas sem posses, dos desalojados, dos deserdados e dos vulneráveis.

Há um médico coreano notável na Organização Mundial de Saúde, que está a liderar a campanha 3x5 a nível internacional – o Dr. Jim Kim –, e foi ele quem fez notar, ainda não há muito tempo, que 43% daqueles que queremos colocar em tratamento estão situados em três países: Índia, Nigéria e África do Sul. Aquilo que aconteceu na Nigéria é que recentemente o tratamento já foi lançado. A Nigéria é-me bastante familiar e foi muito, muito difícil nos estádios iniciais, mas agora parece estar lançado. E, na Índia, há uma sensação cada vez maior de que podem pôr o tratamento em andamento de forma muito mais enérgica.

O local que está a provocar alguma preocupação é a África do Sul. Porque a África do Sul – e estou a citar o Jim Kim, não a mim próprio – a África do Sul tem, neste momento, como todos sabem, o número absoluto mais elevado de infecções no mundo: 5 300 000 pessoas infectadas. E, tal como a delegação sul-africana desta conferência bem sabe, muito recentemente o conselho de investigação da África do Sul tornou público um relatório sobre as causas de morte no país no ano 2000. Neste relatório, estava indicado que 30% das mortes no ano 2000 podiam ser atribuídas à sida e que esta era agora a principal causa de morte em todas as províncias da África do Sul! Isto ocorreu em 2000, e os números podem muito bem ter aumentado entre 2000 e 2005. Portanto, seria óptimo conseguirmos que nesse país o tratamento progrida como todos gostaríamos e com a mesma sensação de energia que rodeia os esforços quase hercúleos que estão a ser efectuados nos países adjacentes, com menos recursos, menos infra-estruturas, menor capacidade, mas a fazerem tudo o que podem para conseguirem entrar no tratamento. Se a África do Sul puder ser trazida virtuosamente para este grupo, acho verdadeiramente que todo o continente irá ter um novo elixir da esperança.

A vossa próxima conferência está agendada para Durban, na África do Sul, em 2009. Acho que vão adorar, porque Durban é uma cidade notável e a África do Sul é um país que sabe ser um anfitrião extraordinário. Na verdade, aquilo que deviam fazer era aumentar o número de enfermeiros de que dispõem em cada país, de forma a poderem levá-los a Durban em 2009, porque vai ser uma experiência fascinante. Mas, entretanto, espero que



© UNAIDS/C. PROZZI

possamos avançar com a frente de tratamento ainda com mais vigor do que agora, porque isso irá fazer toda a diferença para o continente e para o mundo e certamente também para os direitos humanos daqueles que estão em tratamento.

Isso leva-me ao terceiro aspecto de que queria falar-vos, que é o facto de, curiosamente, neste domínio da saúde e dos direitos humanos, haver uma convenção internacional governante. Foi ratificada por 181 países, e quando se ratifica uma convenção, esta deverá ter a força da lei internacional que a mantém coesa, porque, assim que é ratificada, fica efectivamente incorporada na constituição e nas leis nacionais de cada país. Podia apostar que virtualmente todas as delegações aqui representadas hoje já viram o seu próprio governo ratificar a convenção sobre a eliminação da discriminação contra as mulheres. Esta convenção é muito estrita no que diz respeito à discriminação contra as mulheres. No Artigo 1.º, declara-se que "Para efeitos da presente convenção, o termo 'discriminação contra as mulheres' significará qualquer distinção, exclusão e distinção feita com base no género, que tenha o efeito ou propósito de dificultar ou anular os direitos humanos das mulheres e as liberdades fundamentais nos campos político, económico, cultural, civil ou qualquer outro."

E o Artigo 12 é bastante explícito. Declara que "os governos deverão tomar todas as medidas adequadas para eliminar a



ARQUIVO DE

discriminação contra as mulheres no campo dos cuidados de saúde, de forma a assegurar, com base na igualdade de direitos entre homens e mulheres, o acesso aos serviços de cuidados de saúde, incluindo os relacionados com o planeamento familiar" – o que significa que a saúde sexual e reprodutiva deveriam ter um estatuto de equivalência para com todas as restantes áreas da saúde.

No entanto, ambos estes artigos e provisões são esmagados pela verdade da desigualdade entre os sexos, apesar de este ser um instrumento dos direitos humanos. Chamo a vossa atenção para a Convenção para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres por quatro motivos diferentes, mas gostaria de salientar que este é um acordo internacional, um instrumento que pode ser utilizado e empregado nos vossos próprios países, porque os governos deveriam, na verdade, ser governados por ele. Chamo este instrumento à vossa atenção por vários motivos e, em primeiro lugar, porque, como todos na audiência sabem, a sida desencadeou um ataque às mulheres tão feroz que é francamente insuportável.

Nunca houve, na história da Humanidade, uma doença transmissível que tenha atacado um género desta forma, e o ataque é sustentado pela mais profunda e persistente desigualdade entre os sexos. É tão profundamente ofensivo para a condição

humana que o mundo assista desta forma impassiva e que tantos países em desenvolvimento estejam preparados para aceitar esta extraordinária dizimação das mulheres da sociedade. Das mulheres adolescentes, das mulheres com 20, 30, 40 anos.

Tenho estado a desempenhar esta função há quatro anos. Não suporto mais encontrar-me com estas encantadoras mulheres na casa dos 20, que estão destinadas a morrer numa questão de alguns meses. Elas estão preocupadas com os seus filhos; vêm sempre ter comigo e dizem-me: "Sr. Lewis, o que irá acontecer aos meus filhos quando eu morrer?". E eu não sei como responder a esta pergunta; aliás, não creio que ninguém saiba como responder a esta pergunta e não sei durante quanto tempo mais é que estamos preparados para deixar que isto continue assim. Um continente onde 25 milhões de pessoas estão infectadas e quase 60% são mulheres. Um continente onde, se olharmos para as seis ou sete pessoas infectadas entre os 15 e os 24 anos, 75% são mulheres e raparigas jovens. É uma loucura!

Tenho de dizer que acho que a profissão de enfermeiro – uma profissão tão avassaladoramente feminina – tem de chamar a si própria uma espécie de advocacia tenaz, empenhada e persistente em nome das mulheres destas sociedades, de forma a parar esta carnificina. Não vamos conseguir que os homens alterem os seus comportamentos sexuais em menos de uma geração ou duas. Todos temos consciência disso. O comportamento sexual predatório pode ser minimizado, mas irá levar tempo a alterar, no que respeita ao comportamento, as práticas e as atitudes sexuais. Neste intervalo, as mulheres estão a morrer. Que loucura é esta? Como poderemos conceber uma arquitectura, em termos humanos e legislativos, que permita a atribuição de poderes e a protecção às mulheres?

O segundo aspecto de que vos queria falar é o seguinte: as mulheres estão a morrer porque uma parte tão grande do mundo abraçou esta falsa mitologia, chamada a banalização dos sexos pelas correntes de poder. Põem-se as mulheres num relatório; num ministério; dizemos que não temos de lidar com as questões das mulheres, porque já lhes foi atribuído poder na legislação de cada país. Mas esta banalização é a morte para as

© WHO/PIETER HUGO



© WHO/ERIC MILLER



© WFF/BRENDA BARTON



mulheres. As mulheres representam mais de metade da comunidade internacional e têm, nestas circunstâncias, de ser tratadas de formas seriamente distintas e categóricas. Não se pode banalizar as mulheres. E isso é algo que os homens legisladores, em particular, parecem não conseguir compreender.

O terceiro aspecto é o de que as mulheres não têm suficientes vozes e defensores. Trabalho no âmbito do sistema das Nações Unidas; para mim, sempre foi insuportável aquilo que fazemos. Se vos dissesse, não iriam acreditar. Há pessoas nesta audiência muito sofisticadas em relação ao multilateralismo, elas compreendem e sabem do que é que eu estou a falar. Mas aposto que há outros de entre vós que não sabem que as Nações Unidas têm uma coisa a que se chama o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher – UNIFEM (United Nations Development Fund for Women). A totalidade do orçamento anual para cobrir todo o mundo é de 20 milhões de dólares. Para cobrir mais de metade da humanidade. A UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), como todos sabem, destina-se às necessidades das crianças. A UNICEF tem mais de um bilião de dólares por ano, 8000 efectivos em mais de uma centena de países, sabe Deus quantos consultores.

O UNIFEM tem uma mão cheia de efectivos na sede, um indivíduo colocado num país ou outro e um total de 20 milhões de dólares. Procura-se lidar de forma séria com cada uma das categorias do sistema das Nações Unidas, excepto no caso das

mulheres. Na verdade, o número desproporcionado de homens nos níveis superiores da liderança administrativa das Nações Unidas é também francamente desencorajador, e isto já se verifica há muito tempo.

Tenho na parede do meu escritório uma fotografia extraordinária de todo o serviço civil sénior, secretários-gerais assistentes e superiores, em Nova Iorque, na sede das Nações Unidas, quando eu próprio representava o Canadá nas Nações Unidas, em 1985. Estão de pé, em frente à assembleia-geral das Nações Unidas, de uma ponta à outra da plataforma, lado a lado: 39 pessoas, e todas elas, da primeira à última, são homens. Nem uma única mulher em todo aquele conjunto. Na verdade não foi senão em 1986, ou seja, há menos de 20 anos atrás, que tivemos a nossa primeira mulher subsecretária-geral das Nações Unidas. Têm de compreender que as Nações Unidas, mesmo no próprio secretariado, só muito recentemente é que absorveram o facto de que há dois géneros no mundo. Isto é algo que, ainda que nos possa fazer troçar, é incapacitante nas suas consequências para as mulheres em geral, e é particularmente incapacitante para os direitos humanos das mulheres em face da pandemia. Portanto, são estes os assuntos que têm de ser absorvidos.

O movimento internacional para as mulheres só recentemente é que veio lidar directamente com a pandemia. O único movimento internacional para os direitos humanos só recentemente é que veio para a linha da frente lidar directamente com a pandemia. A situação para as mulheres é tremendamente preconceituosa e abrangente. Elas precisam de vozes. E que melhores vozes senão as da profissão da enfermagem? Que melhores vozes senão as desta colectividade?

Ontem à noite, estava sentado a assistir ao Desfile das Nações, que foi colorido e divertido em igual medida, e pensei para comigo, à medida que uma delegação após outra passava, que, se pudéssemos unir, mobilizar, galvanizar a quantidade de enfermeiros existente em cada um desses países para falar em nome das mulheres, podíamos mudar o mundo, eventualmente, de cabeça para baixo. E é isso que estou a apelar para que façam e que reflectam cuidadosamente, porque precisamos de vozes para

alterar os direitos de propriedade e a apropriação, para alterar os direitos de herança, para ter leis contra a violência sexual, para ter leis contra a violência sexual efectivamente em vigor, leis que coloquem mais mulheres em cargos políticos e parlamentares mais significativos.

Precisamos de toda uma infra-estrutura de igualdade. Isso é uma coisa que ainda não existe, e é uma situação que não pode ser tolerada por mais tempo. Toda a minha vida acreditei no movimento feminista. Estou casado com uma feminista; se os nossos filhos não forem feministas, serão deserdados. Sempre acreditei que o movimento das mulheres internacionalmente tem feito as maiores contribuições individuais para a alteração progressiva a nível social no último quarto de século do que aquela que foi feita por qualquer recurso humano em particular. A análise feminista é a análise correcta; é a análise da relutância dos homens em largar o domínio do poder e da autoridade. E, no entanto, as mulheres estão a morrer em números alucinantes e peço-vos que tomem consciência disto.

Isto leva-me à última das quatro coisas que queria dizer: que é tempo de reforçar os direitos humanos de tantas pessoas em face da doença, de reforçar os direitos humanos de tantos que são vulneráveis em face da natureza comprometida da saúde humana. Esta é a altura certa para o fazer porque o mundo parece ter abraçado a ideia dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio como um veículo para pôr a ênfase de novo na saúde e nos direitos humanos. O que é mais interessante relativamente aos oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio acordados no ano 2000 por unanimidade (não houve uma única voz discordante; foi um consenso absoluto e universal) é que todos têm a ver com a saúde e que, por conseguinte, todos têm a ver com as mulheres de alguma forma.

O primeiro objectivo consiste em diminuir a pobreza para metade. A pobreza é uma peça central da fragilidade da saúde humana, como todos aqui compreendemos, e é claro que a feminilização da pobreza, tal como a feminilização da sida, é uma das realidades mais sólidas do mundo. Depois, é claro, há partes dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio que se referem directamente à

saúde: a redução das taxas de mortalidade infantil, a redução das taxas de mortalidade materna, a inversão da tendência nas doenças transmissíveis, a sida, a tuberculose e a malária. Mas até estes objectivos, que falam do esforço para aproximar a igualdade entre os sexos ou para pôr na escola primária cada criança que a isso tenha direito, até estes objectivos falam da educação das mulheres e, portanto, de mulheres capazes de conferir os imperativos da saúde de forma mais confortável no seio das suas famílias. Mesmo o objectivo ambiental, o do ambiente sustentável, refere-se ao ataque ao ambiente, que poderá minar a saúde humana, e certamente ao objectivo final de conseguir pôr o mundo desenvolvido a fornecer os recursos para sustentar em parceria as necessidades do mundo em desenvolvimento, a que se referem a todos estes mandatos de saúde.

Portanto, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio parecem reflectir um consenso de que esta é a altura certa. Se tal acontecer, e aproveito para dizer isto de passagem, porque acho que é simplesmente útil para todos nós manter isto nas nossas mentes, terá de acontecer na cimeira do G8 este ano, liderada pelo Reino

Unido e a ter lugar em Julho em Gleneagles, na Escócia, onde haverá um foco muito significativo na redução da discriminação inerente à ajuda internacional inadequada, na natureza da dívida internacional, na natureza do comércio internacional. Haverá uma pressão tremenda sobre os países como o meu, no sentido de que finalmente cumpram no que diz respeito à assistência oficial ao desenvolvimento. E haverá um foco tremendo no fundo global para a sida, a tuberculose e a malária, para ver se finalmente conseguirá ser angariado dinheiro suficiente para fazer aquilo que toda a gente quer que se faça. Se isso acontecer, teremos ainda de olhar para o papel das instituições financeiras internacionais, o Fundo Monetário Internacional, e, em particular, o Banco Mundial, que coloca tais restrições nesses países, que coloca um limite nos salários dos serviços civis, que torna muito, muito difícil para os países, no contexto das condicionalidades que absorvem, responderem eficazmente às necessidades dos seus povos.

Enfermeiros tornam-se enfermeiros
porque têm um empenhamento
inabalável para com os restantes
membros da sociedade humana.

Tudo isto tem de ser tomado em consideração; tudo isto deveria fazer parte da investigação e da advocacia do movimento internacional de enfermeiros. Durante o fim-de-semana, peguei no *Financial Times* e havia uma história de primeira página, cujo cabeçalho dizia: 'Verificação critica Banco Mundial pelo foco nos gastos com a Educação e a Saúde'. Um grupo muito significativo de analistas no seio do próprio Banco, a avaliar as políticas no momento em que o antigo presidente do Banco se está a ir embora e o novo está a chegar, chegou à conclusão de que o Banco está demasiado focado na saúde e na educação. Que é melhor pararem com isso e focarem os seus esforços no crescimento económico. Isto é o tipo de coisa que quase nos faz sustentar a respiração. Posso ter só mais um último espasmo na presença de todos vós aqui reunidos? O que é que se passa

com estas pessoas? Isto é como uma doença irreversível de obstipação mental. Estas são pessoas cujas mentes simplesmente não funcionam.

Durante o final dos anos 80 e início dos anos 90, aliás, até à segunda metade dos anos 90, impuseram programas de ajustamento estrutu-

ral ao mundo em desenvolvimento, particularmente a África. Fizeram-no com panaceias económicas, que faziam lembrar Reagan e não abordagens mais progressivas, e provocaram danos terríveis aos sectores sociais em África: à saúde, à educação, à nutrição, à água, ao sistema sanitário. Ainda estamos a tentar recuperar da destrutividade dos programas de ajustamento estrutural. Foram maníacos nos danos causados. E ninguém nunca pediu desculpa por isso. Todos eles sabiam que estava errado. Foi a última moda no banco, e persistiram nela à custa de África e os danos estão ainda a ser pagos. E, por fim, o Banco, vindo a si num lapso momentâneo de racionalidade, começou a prestar algum apoio financeiro. Agora uma equipa de verificação chega e diz-lhes: esqueçam isso da saúde e da educação, concentrem-se mas é no crescimento económico. Eu não sou economista, mas a verdade mais simples e mais elementar do mundo é que os países que têm um fardo tão pesado de



ARQUIVO DE


doença não conseguem abordar a questão do seu crescimento económico até o aspecto da doença estar resolvido.

Os direitos humanos e a saúde serão uma ilusão a menos que as forças da reacção sejam confrontadas. Hoje estou a pedir muito de vós. Os enfermeiros tornam-se enfermeiros porque têm um empenhamento inabalável para com os restantes membros da sociedade humana. Quando ontem à noite a Christine disse que havia escolhido para seu mote quando se tornou presidente a expressão 'prestar cuidados', eu pensei "sim, exactamente, é perfeito", porque isso é o que resume tão profundamente aquilo que os enfermeiros representam. Os enfermeiros não esperavam, no decurso da sua formação e do seu trabalho, ter de montar barricadas, ter de se envolver em advocacia, ter de começar a utilizar as suas vozes de uma forma que una a sociedade ou critique os valores estabelecidos. Mas tenho de vos dizer que a sida alterou completamente tudo, e isso significa que aqueles neste mundo que têm as vozes e são tenazes e infatigáveis irão usar as suas vozes em nome daqueles que são mais vulneráveis.

Digo-vos com franqueza, e vou tomar o meu lugar, que já não suporto mais. Posso dizer uma coisa muito pessoal? Não consigo

suportá-lo; não consigo suportar toda esta mortalidade. Não consigo suportar encontrar-me em Janeiro com grupos encantadores de pessoas a viver com sida e regressar em Junho e mais de metade deles já terem desaparecido. E eu sei, tal como vós também o sabeis, que os medicamentos estão disponíveis, que não há razão nenhuma no mundo para as pessoas estarem a morrer nestas quantidades. Nenhuma! E isto tem simplesmente de mudar, pois um mundo racional e justo nunca o toleraria. No ano 2005, iremos gastar um trilião de dólares a nível internacional em armamentos e, no final deste ano, o mundo terá gasto 300 biliões de dólares para travar guerras no Afeganistão e no Iraque, e não conseguimos encontrar uma porção relativa irrisória, miserável, microscópica desse valor que seja destinado a salvar a condição humana.

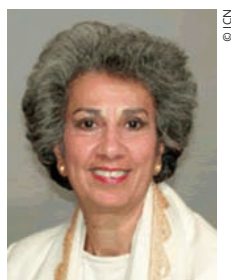
Por isso, digo-vos a vós, pessoas tão encantadoras, que se preocupam com o mundo, deixem as vossas vozes serem ouvidas. Por vezes, irá ser estranho, por vezes, irá ser doloroso, por vezes, irá ser na defensiva, mas precisam de vós lá fora, precisam de vós intensa e profundamente. E o vosso legado será precioso para todos aqueles cujas vidas conseguirem salvar.

Obrigado por me ouvirem. 

Condições seguras para a mulher desde a infância até à senescência*

Afaf I. Meleis

Doutorada, DrPs (hon), FAAN, Professora e Decana na Escola de Enfermagem Margaret Bond Simon, Universidade da Pensilvânia



Boa tarde. Sou Afaf Meleis, Decana na Escola de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia. Em nome da Faculdade, do pessoal e dos estudantes, ofereço os cumprimentos da Universidade da Pensilvânia e da Escola de Enfermagem. Quero agradecer-vos o convite para discursar hoje e congratulá-los pelo encontro quadrienal da Fundação Internacional de Florence Nightingale do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN).

Sinto-me emocionada e honrada por estar aqui hoje convosco para partilhar este evento realmente importante. Gostaria, também, de agradecer à directora executiva Judith Oulton – pela sua notável liderança do ICN, focando-se nos tópicos importantes e urgentes sobre as mulheres e a sua saúde – e à direcção do ICN. E, para além disto, gostaria de agradecer a todos por escolherem estar juntos neste evento.

A hora de almoço pode não ser a melhor altura para transmitir uma mensagem triste e difícil sobre como as mulheres e as raparigas estão inseguras e sobre como o mundo é inseguro para elas.

Mas Stephen Lewis preparou bem o terreno com o seu discurso. Temos uma crise, e a face desta crise são as mulheres.

Não deve ser uma surpresa para ninguém o facto de estarmos em 2005 e de o nosso mundo estar a tornar-se cada vez mais inseguro para as mulheres e para as raparigas. Elas estão inseguras porque se encontram expostas a um maior risco e estão mais vulneráveis a infecções, ao fardo de trabalhos perigosos e a todas as formas de violência. São mais vulneráveis ao abuso, ao tráfico e a uma variedade de explorações. Em suma, o bem-estar delas é destruído e está em perigo. Os enfermeiros não podem, nem devem, somente, manter-se à parte, enquanto as mulheres enfrentam severas revogações dos seus direitos básicos de segurança.

Deixem-me definir primeiro o que é a Condição Segura para a Mulher, começando por dizer aquilo que não é. Não é o mesmo que Maternidade Segura. Maternidade Segura, como o nome indica, presume que as mulheres devem estar seguras e saudáveis em todo o processo da gravidez: desde a preparação, ao decorrer da gravidez, até ao nascimento. Embora não seja a intenção dos proponentes desta iniciativa, ao focarmo-nos nas funções reprodutivas das mulheres, nas taxas de mortalidade infantil e materna e na morbidez reprodutiva, reforçou-se as funções reprodutivas das mulheres, assim como o papel maternal das mesmas, como o guia da orientação conceptual para as mulheres e a respectiva saúde.

Ao mesmo tempo que a iniciativa da Maternidade Segura e os respectivos apoiantes são elogiados pelos resultados obtidos, na medida em que despertaram consciências e tornaram a saúde reprodutiva da mulher um tema frontal e central, eu acredito que nos devemos focar, igualmente, na segurança das condições das mulheres, em vez de nos focarmos noutras organizações que envolvam a saúde das mulheres desde a infância até a

* Discurso proferido no almoço beneficente da Fundação Internacional Florence Nightingale. Tradução do original em inglês "Safe Womanhood from Infancy to Senescence", International Council of Nurses, 2005 (AMT/AM)

senescência, sabendo que 70% daqueles que vivem em total pobreza são raparigas e mulheres.

Ao dizermos isto, estamos a afirmar que acreditamos que nos devemos focar, e que nos focamos, no bem-estar total das mulheres, desde a concepção até à morte: é o seu bem-estar total que é afectado, e é afectado pela carga de trabalho, nutrição, distribuição de bens, violência, pelo *stress*, pela imigração e pelos desastres naturais ou provocados pela mão do homem.

Esta iniciativa abrange o plano de vida das mulheres, não só no que respeita à prevenção de doenças, ao tratamento de doenças, nem só no que respeita à gravidez nem aos cuidados do pós-parto. A iniciativa está igualmente relacionada com o facto de as mulheres obterem poder. E está também relacionada com a falta de opinião e a opressão nas mulheres e como isto condiciona a saúde das mesmas pela vida fora.

O facto de as mulheres começarem a ganhar poder significa que devemos prestar atenção à educação das mesmas desde cedo. No entanto, não podemos alterar a educação das meninas se não existirem professoras que sirvam de exemplo. Não poderemos ter estes exemplos se não criarmos opções de emprego. Para providenciar a educação das meninas, precisamos de desenvolver tecnologia apropriada que economize tempo e que ajude as mulheres a lidarem com as exigências do trabalho.

São as exigências do trabalho que recaem sobre as mães que as fazem tirar as meninas da escola para tomarem conta das infindáveis tarefas. Estas tarefas, que recaem sobre as mães e as avós, são facilitadas ao tirar as meninas dos programas educacionais. Este ciclo é uma contínua falha na educação e é responsável pelas opções diminutas, pela vulnerabilidade crescente, pela idade de casar tardia e pelo aumento de taxas de gravidezes precoces, da carga de trabalho das mulheres, da dependência sobre as esposas e da tolerância em relação à violência. E o ciclo continua...

As infecções aumentam o fardo das meninas e das mulheres, quer sejam elas as infectadas, quer afecte outros membros da

família. A vulnerabilidade das mulheres e os riscos dos fardos, a violência e a doença, todos atingem novos níveis. Tem se dito que a sida (vírus da imunodeficiência humana – VIH) tem a cara das mulheres, pois mais de 57% dos infectados são mulheres com relações heterossexuais. Mas esta é só metade da história.

As meninas e as mulheres são incapazes de se protegerem da infecção, uma vez que não podem impor aos seus parceiros o uso do preservativo. Se elas o fazem, estão sujeitas a violência ou violação. Para além disto, as meninas e as mulheres são as principais encarregadas de tratar os membros doentes da família e dos irmãos órfãos. É de esperar que elas larguem a escola para começarem a trabalhar, de forma a ajudarem a sustentar a família. O trabalho e os estudos delas são menos valorizados, e, como tal, elas suportam mais encargos e perdem oportunidades de ter segurança social e económica.

A actual epidemia em Angola, o "Marburgo", realça o ciclo da crescente vulnerabilidade das mulheres e continuará a reforçar os processos fundamentais que mantêm as mulheres vulneráveis e que empobrecem e ab-rogam os respectivos direitos humanos.



© ICN

Os objectivos da minha apresentação são três. Primeiro, expor as razões pelas quais o mundo é inseguro para as raparigas; segundo, rever sumariamente convosco o porquê do ICN ter decidido focar-se nas meninas; e, terceiro, vou deixá-los com alguns pensamentos sobre o que podemos fazer juntos para tornarmos o mundo mais seguro para meninas e mulheres.

De todas as razões pelas quais eu acredito que o mundo é inseguro para as mulheres, hoje vou-me centrar em três: a abordagem teoricamente filosófica feita às mulheres e à saúde das mesmas, o assumido domínio sobre as mulheres e a escassez em manter os problemas da saúde e das mulheres frontais e centrais. Quero discutir cada um destes tópicos.

Em primeiro, vamos avaliar os enquadramentos teóricos que orientam os cuidados de saúde para as mulheres. Diversos enquadramentos teóricos providenciam os processos e os objectivos para lidar com a saúde das mulheres. Estes enquadramentos devem ser desafiados. Isto não é uma teórica discussão esotérica – a assumpção destes enquadramentos afecta o modo como são organizados os programas educacionais, como e onde prestamos serviços e o que escolhemos investigar.

1. O primeiro é o **modelo biomédico**. Este modelo centra-se numa orientação das doenças que tende a evidenciar as diferenças entre sexos em incidentes, prevalência e resultados das doenças de raparigas e mulheres. O favorecimento de um sexo é o inimigo de uma abordagem generalista para lidar com a divisão e a injustiça. Ignora os aspectos sociohistóricos, assim como os culturais. Um bom exemplo disto é a forma como a menopausa é tratada – um distúrbio metabólico ou endócrino.

Outros exemplos são as causas determinantes, as consequências e os tratamentos de fístulas. Os modelos de cuidados usados nestas condições foram distorcidos e limitados por não se centrarem nos contextos sociopolíticos e culturais que explicassem a tendência para as mulheres terem fístulas, como e quando eram tratadas e o quão marginalizadas eram.

Este modelo criava, também, dependência nos sistemas de saúde. É um modelo que ignora as meninas e os seus desafios, a não ser, claro, que elas fiquem doentes e precisem de tratamento médico. Cuidar das feridas de queimaduras na Índia ou tratar das quedas das jovens filipinas empregadas em Singapura, sem eliminar as razões das queimaduras ou das quedas, são exercícios fúteis.

2. O segundo enquadramento dominante no nosso sistema global de saúde é o **modelo reprodutivo e maternal**.

Este modelo, como já mencionei, tende a não dar importância a qualquer outra necessidade de cuidado de saúde que não esteja relacionada com a gravidez ou o parto. As necessidades dos cuidados de saúde, às quais não é dada importância, são aquelas ligadas à multiplicidade e complexidade do trabalho diário, aos cuidados prestados a outros, ao casamento, ao papel na sociedade e a todas as atrocidades de violência cometidas contra elas durante toda a duração da vida das mesmas. Também exclui as atenções das meninas, das mulheres solteiras, das mulheres idosas e das mulheres homossexuais, entre outros tipos de mulheres. Em resumo, mulheres que não estejam em fase de reprodução são invisíveis neste modelo.

3. O terceiro enquadramento que orienta o modelo de saúde para o particular segmento da população familiar é o **modelo de moralidade**.

A moralidade e os valores morais providenciam uma organização que decide quais são as mulheres que devem ser cuidadas e que tipos de mulheres devem ser excluídas ou tratadas minimamente. As sociedades são aconselhadas, dentro deste modelo, a castigar as mulheres que não aderem a estes padrões de moralidade. A homossexualidade é um pecado. As trabalhadoras do sexo trazem a violência sobre elas mesmas, pois são as responsáveis pela escolha deste tipo de trabalho. As meninas e as mulheres permitem serem traficadas e pagam um preço por isso – e devem pagá-lo.

As famílias tiram as raparigas da escola para que a virgindade das mesmas seja preservada até ao casamento, evitando assim a difamação da honra destas mesmas famílias. Matanças por honra no Jordão e no Egipto são perdoadas por se considerar que devolvem a honra à família. As matanças rituais de meninas no Botswana são aceites porque, moralmente, permitem que os homens atinjam o seu potencial máximo, sexual e profissionalmente. As queimaduras de noivas prevalecem na Índia para aquelas que não cumprem as suas obrigações morais de pagar o dote combinado.

Estes três enquadramentos – o biomédico, o reprodutivo e o moral – são, ainda, os modelos de eleição quando se trata de prestar cuidados de saúde às mulheres, assim como nos programas usados para instruir as nossas gerações futuras de enfermeiros e médicos. Sucessivamente, estas futuras gerações continuarão a perpetuar a mesma abordagem na prestação de cuidados às mulheres e raparigas.

O que é necessário é um modelo conceptual e global que seja macro, internacional, integrante e coerente. Vamos chamar-lhe um modelo construtivo-integrante. A componente construtiva foca-se para além da saúde da mulher. Nas palavras de Kickbusch, contrasta com uma abordagem realista que é centrada no estado ou no país, a abordagem liberal que influencia a agenda de interesses próprios (proteger-nos de trabalhadoras do sexo e tráfico) para uma que inclua os direitos humanos e a lei internacional.

A abordagem construtiva centra-se na cooperação entre os países. Foca-se na consideração e atenção colectiva nos direitos humanos, nas liberdades, opções, forças motrizes, motivações e nos interesses competitivos. O modelo construtivo oferece uma organização para a saúde das mulheres que defende a noção de que melhorar a situação das mulheres num país fará melhorá-la em todo o lado.

Nesta abordagem, dá-se atenção aos direitos humanos fundamentais das meninas e mulheres na área da saúde e do bem-estar geral, e também às motivações multinacionais competentes

para monitorizarem o trabalho sexual comercializado, o tráfico e a opressão sobre as mulheres. Também se providencia, nesta abordagem, uma organização para analisar e compreender os factores enviados e recebidos sobre as empregadas do Sri Lanka e as noivas para alugar da Europa de Este!

A componente integrativa da organização construtiva-integrante presta atenção e consideração a todos os aspectos das mulheres que influenciam a saúde delas, incluindo aqueles que as colocam em maior risco de serem privadas de educação, a um maior risco de infecções, excesso de trabalho, violência e marginalização. Um modelo construtivo-integrante conduz a agenda sobre condições seguras para as mulheres, desde a infância à senescência, para um primeiro plano.

Desta forma, a primeira razão pela qual as mulheres estão inseguras são os modelos dominantes que orientam a educação, a instrução, a investigação e o cuidado prestado a elas. Uma vez que o CIE está a centrar-se nas meninas em particular, deixem-me debater a **segunda razão** pela qual as mulheres estão inseguras segundo a perspectiva das jovens mulheres.

No centro da razão, pela qual o mundo é inseguro para as meninas, **está quem possui as meninas e a forma como esta posse é perpetuada e apoiada**. Meninas (e mulheres) são possuídas pelos seus pais, irmãos, por outros homens da sua família, por aqueles que as traficam, por aqueles que as prostituem e por aqueles homens que desenvolvem e implementam as leis. A maioria, se não todos, são homens.

Como se manifesta este direito de propriedade? Bem, por onde posso começar? Até a prática social de entregar uma noiva reflecte o sentido de posse de um pai, o que em muitos países se traduz em entregar meninas de 12 anos para se casarem! Em muitos países, uma rapariga adulta, uma mulher solteira ou até uma mulher casada não pode deixar o país sem a autorização para um visto ou passaporte por parte do pai, do irmão, do marido ou até de um filho. Porquê? Porque se acredita que os homens são moralmente superiores e que o papel deles é proteger as mulheres e as meninas de tomarem decisões mo-

ralmente comprometedoras. Como tal, elas não podem votar, ser eleitas para posições políticas, viajar sozinhas ou tomar decisões fundamentais para a vida delas.

No que diz respeito às mulheres solteiras ou às meninas, o objectivo desta posse é impedir que elas percam a virgindade. A virgindade traz honra para a família. Por conseguinte, a perda da virgindade ou a ultrapassagem das marcas impostas pelos homens da família são razões suficientes para a violência contra elas, tais como matanças de honra, abusos, espancamentos, prisão domiciliária e também exploração sexual dentro das próprias casas. Nos Estados Unidos, a exploração sexual de crianças / meninas é agora considerada como a forma mais negligente de abuso de crianças.

O mundo manter-se-á inseguro enquanto as leis que perpetuam este direito de posse não sejam revogadas. Enquanto não tivermos mais líderes mulheres na política e na lei, estas leis não serão modificadas. Até os processos para requerer a cidadania para uma criança serão aceites se o requerente for um cidadão homem, mas não serão esperadas ou aceites se o requerente for a mãe e uma cidadã. O Juiz Unity Dow, no Botswana, mudou praticamente sozinho as leis que permitem que mulheres do Botswana, casadas com maridos que não são do Botswana, possam requerer e receber a cidadania para as suas filhas. Esta sensação de posse, não tanto como o lado paternal, é o que põe as meninas em risco.

Podem perguntar porque é que o ICN e os enfermeiros se devem centrar nas meninas? Deixem-me primeiro definir as meninas e depois discutir o porquê do ICN e dos enfermeiros. Porquê as meninas?

A idade das meninas está entre os 10 e os 14 anos. É uma população cuja saúde e cujo estado em geral são negligenciados. É uma idade crítica para a formação da auto-estima. Os efeitos das injustiças entre sexos, da alimentação, das imunizações, que cedo ocorrem na vida, começam a mostrar os efeitos nesta idade. Em muitos países, as raparigas deste grupo de idade são casadas pelos pais nos primeiros tempos da sua puberdade, o que resulta



em gravidezes precoces e abortos, exacerbando a pobreza, a falta de educação e a saúde fraca.

Enunciam-se, de seguida, algumas coisas que acontecem às meninas e que tornam imperativo que o ICN invista nos problemas das mesmas.

- Egito – o culpado é o casamento forçado de adolescentes, e as raparigas pobres e das aldeias são distribuídas, como se fossem mercadorias, para trabalharem como empregadas nas grandes cidades.
- América do Sul e Europa de Este – as raparigas são traficadas na esperança de melhorar o estatuto económico e de conseguirem sustentar a respectiva família, sendo traficadas somente como escravas sexuais. As crianças são traficadas voluntária e involuntariamente. É, então, exigido que prestem serviços, paguem tarifas de tráfico e serviços contratados, bem como que se tornem escravas sexuais.
- Tailândia – as raparigas são obrigadas a tornarem-se trabalhadoras sexuais para sustentarem as suas famílias, ou então

resolvem fazê-lo por vontade própria para ajudarem as suas amadas e pobres famílias.

- Botswana – assassinios rituais são combinados por homens para serem executados por homens – meninas de 12 anos são escolhidas e raptadas das aldeias.
- Jordânia – a matança por honra ocorre quando se suspeita que as meninas perderam a virgindade. O assassinato, por parte de um membro masculino da família, é feito para salvar a honra da família. A lei tem em conta este fervor pela honra da família.
- Em muitos países, as raparigas são violadas por membros da família. A exploração sexual das raparigas que vivem em casa é praticada por conhecidos ou membros da família, e não tanto por estranhos.
- Em cada uma destas situações, devemos combater, cuidadosamente e de uma forma ética, um paradoxo – respeitar os valores dos países denunciá-los abertamente. A análise é imperativa.

A violência regular contra as meninas é também muito comum, como demonstram os exemplos que se seguem.

- Nos Estados Unidos, as raparigas são, por vezes, raptadas por membros da família durante disputas de custódia, mas são também raptadas (das suas próprias casas), violadas e mortas por predadores sexuais.
- Em muitos países, os cortes vaginais e a circuncisão são ainda práticas comuns. Nestas zonas do mundo, controlar as mulheres é considerado crítico para o estatuto e para os direitos do homem. O espancamento e o abuso de meninas são comuns por todo o mundo. As meninas também são vendidas para o sexo. O tráfico para o sexo é o maior problema.

As leis e as normas da sociedade que permitem que as mulheres sejam possuídas

- As meninas são vendidas para casamentos em muitas partes do mundo – por dinheiro – para assegurar que elas estão estabelecidas e protegidas. Passam, assim, de uma forma de posse (pai / irmão) para outra (marido).
- Os casamentos antecipados levam a gravidezes precoces.
- As gravidezes na adolescência conduzem a nascimentos prematuros e fardos prematuros em cuidados infantis.
- As meninas são retiradas da escola para se casarem ou por medo de corrupção.
- Nos países desenvolvidos, verifica-se uma prevalência preocupante de distúrbios alimentares, gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.

- Nem as escolas são seguras para as raparigas – as matanças por diversão nos Estados Unidos provam-no.

Porquê as enfermeiras? Então, podem perguntar: o que é que os enfermeiros podem fazer? Em muitos países, as en-

fermeiras são o primeiro contacto para os cuidados de saúde. As enfermeiras, pela sua própria natureza e formação, centram-se na prevenção, assim como em restaurar a saúde. As enfermeiras podem também ser encontradas em locais onde seja mais provável que as jovens raparigas procurem alguém que lhes preste cuidados – as escolas, os locais de trabalho e as clínicas. As enfermeiras são também mais acessíveis e menos ameaçadoras do que muitos médicos, que podem predominantemente ser homens.

Então, o que podem as enfermeiras fazer?

- Podemos e devemos assumir liderança individual e colectivamente:
 - nas nossas comunidades,
 - nas nossas famílias,
 - nas nossas próprias instituições.

- Podemos e devemos assumir liderança colectivamente de forma a:
 - educar os enfermeiros a liderarem um movimento de condições de segurança para a mulher;
 - desenvolver resoluções em matéria de segurança para meninas e enviar resoluções para a Organização Mundial de Saúde (OMS), ministros das Nações Unidas do Trabalho, Educação e Saúde;
 - inspirar e requerer às organizações de saúde que se encarreguem de fazer revisões às políticas de casamento e aos direitos das meninas.

Lembrem-se destes 7 Vs: voz,
vocal, vitalidade, vigor, válida, e vitória
para acabar com a violência.

Disse, no início, que acreditava que havia três razões que tornavam o mundo inseguro para as mulheres: a primeira, o enquadramento teórico, que inclui os programas educacionais e de investigação sobre a saúde da mulher; a segunda, as leis e as normas da sociedade que permitem que as mulheres sejam possuídas; a terceira, o facto de nós não mantermos os problemas relacionados com as mulheres / raparigas à frente e no centro das discussões, ao longo dos tempos.

Alguns podem dizer que tivemos as conferências de Pequim, do Cairo e de Pequim vezes 10, e eu digo: sim, fizêmo-las e foram transformativas, e agora temos os Objectivos de Desenvolvimento para o Milénio. No entanto, estas grandes conferências não são suficientes. A saúde das mulheres e das raparigas e os problemas sociais devem situar-se sempre na frente e no centro, e em qualquer formação e quaisquer tomadas de decisão relacionadas com cuidados de saúde.

Então, o que deve ser feito? Eu proponho as cinco actividades de seguida indicadas.

1. Dêem voz às meninas na vossa comunidade. Encontrem os grupos que sejam os mais vulneráveis, definam-os, adoptem a sua causa, realcem a sua difícil situação e definam as formas pelas quais eles receberão ou não cuidados.

2. Façam parcerias individuais e institucionais com as organizações nas vossas cidades e regiões, nos vossos estados e / ou países, de forma a instituir um modelo construtivo / integrante para o cuidado delas. Tal modelo terá de envolver uma análise crítica dos direitos que têm para a educação e para os cuidados. Os exemplos de parcerias privadas ou públicas são: associações de pais, ministérios da saúde, ministérios

da educação, ministérios da segurança social, organizações de professores, representantes dos meios de comunicação, organizações de negócios e comércio que usam meninas, organizações não-governamentais envolvidas em advocacia, actividades de

pesquisa e educação relacionadas com abusos e explorações, a polícia e organizações de lei.


4. A educação das meninas é o coração da situação. Assumir a liderança no desenvolvimento de políticas que paguem aos pais para enviarem as filhas para a escola – filhas de Lémen nos Estados Unidos, filhas da Etiópia na Suécia compensam as mães para que elas sejam capazes de criar e sustentar a educação das filhas. É preciso desenvolver políticas que ofereçam incentivos e benefícios para quando as filhas ficam na escola. Quando as filhas não estão em casa para oferecer ajuda e apoio, a mãe é oprimida e sobrecarregada. Assim sustenta-se a mãe através do sustento das filhas.
5. A educação e a formação de profissionais de cuidados de saúde estão também no coração da situação. Não podemos continuar a utilizar as organizações que mantêm o estado actual dos cuidados de saúde das mulheres e das crianças meninas. Reparem nos programas completos e descubram onde são utilizados os enquadramentos biomédicos, reprodutivos e morais. Pelo contrário, é preciso descobrir maneiras de aplicar o modelo construtivo / integrante que utiliza os direitos humanos, a marginalização, a exploração e as motivações multinacionais que enquadram o discurso sobre a saúde das meninas e das mulheres.

Recentemente, teve lugar, na Universidade da Pensilvânia, uma cimeira global intitulada *Questões sobre a Saúde da Mulher: condições seguras para a Mulher num mundo inseguro*. Numerosas pessoas distintas falaram sobre questões relacionadas com a saúde da mulher. Entre elas, estavam Mary Robinson, antiga presidente da República da Irlanda e directora dos direitos humanos nas Nações Unidas e o Embaixador Steven Lewis. Deixaram-nos com alguns mandados.

O mais pertinente, para nós, aqui, foi a forte recomendação para juntarmos forças com outras organizações para coordenar a voz e a acção relacionadas com a crise na saúde das mulheres. Nas palavras de Lewis, "Porque é que não será possível construir um movimento comprometido com os direitos das mulheres (e das meninas), começando, em primeira instância, entre as faculdades de enfermagem e de medicina por todo o mundo, porque não tomar o mundo de assalto?". Nenhuma pessoa sugeriu o que eu vos vou dizer, como membro de uma organização do

ICN: o terrível problema é que nós nunca organizamos as nossas capacidades colectivas para fazer uma mudança fundamental pelas meninas do mundo.

O ICN é uma organização de organizações – o ICN pode fazer a diferença, por você, através de você, através da enfermagem. Vamo-nos empenhar, pelos 7 V, para que, individual e colectivamente, tenhamos uma **voz** e sejamos **vocais** no que toca a tornar o mundo mais seguro para as meninas, explorarmos a **vitalidade** do ICN para organizar uma campanha contra a **violência** na vida delas, perseguirmos a reforma educacional com **vigor** por elas e desenvolvermos evidências **válidas** através de pesquisa para alterar as políticas. Lembrem-se destes 7 V: **voz, vocal, vitalidade, vigor, válida, e vitória para acabar com a violência**.

Talvez nós consigamos, devíamos conseguir, alcançar a **vitória** fazendo a diferença pelas meninas, pela saúde e pelo bem-estar destas. 



Projecto integrado de saúde da adolescência*

Isabel Peres

Enfermeira Especialista

ARQUIVO OE



Ao tomarmos conhecimento de que a Ordem dos Enfermeiros abriu um concurso para a apresentação de trabalhos no 23.º Congresso do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), pensámos que seria uma boa oportunidade para divulgar este projecto.

Este projecto faz parte da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e teve início em 2003. Surgiu de um trabalho conjunto entre uma enfermeira e uma psicóloga que, conscientes das dificuldades dos jovens em aderir aos serviços de saúde tradicionais, pensaram num espaço diferente, de fácil acesso, sem esperas nem burocracias, personalizado, gratuito e confidencial. O objectivo seria o de sensibilizar para os aspectos da saúde e cativar os jovens dos 12 aos 24 anos, especialmente os mais carenciados, respondendo às suas necessidades nessa área.

Funciona num espaço relativamente central, no que respeita à localização, com uma decoração agradável e descontraída, e com diversas actividades paralelas, aparentemente não relacionadas com a saúde, mas que têm como objectivo, para além de poderem ser a porta de entrada para alguns dos jovens com maior dificuldade em aceitar a vigilância e os cuidados de saúde, ocupá-los e proporcionar-lhes alguma formação em áreas como a informática ou a expressão plástica.

O projecto põe à disposição dos jovens consultas de saúde do adolescente, ginecologia e planeamento familiar, saúde materna, psicologia, pedopsiquiatria e psiquiatria, e enfermagem, que os acompanha transversalmente dentro do projecto e faz a articulação com os outros serviços e recursos da comunidade.

Todas as actividades, embora dependam de alguma programação, têm sempre a flexibilidade e criatividade para tentar dar resposta aos problemas e às necessidades imediatas deste grupo, que pretende quase sempre uma resolução rápida e simples.

Para além das actividades referidas, são feitas, habitualmente, sessões de educação para a saúde, cujos temas são escolhidos pelos grupos a que se destinam e organizados de forma a dar resposta a perguntas colocadas previamente.

Com o objectivo de acompanhar as adolescentes grávidas, tentando minimizar as suas dúvidas e dificuldades durante a gravidez e o processo de transição para a parentalidade, foi criado o programa de saúde materna. Para além das consultas programadas e dos ensinamentos individuais, segundo esquema pre estabelecido, integra ensinamentos de grupo, visita domiciliária, em especial no puerpério, e o grupo de ensino de massagens para bebés.

Foi feito um estudo pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, a convite da Direcção dos Serviços de Saúde da Santa Casa e financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, onde é feita uma análise comparativa do projecto com outros serviços de saúde e são avaliadas metodologias de intervenção. Os resultados confirmaram a evidente validade do projecto, ao nível dos objectivos, das estratégias implementadas e da consecução atingida.

Participar no 23.º Congresso do ICN com esta apresentação foi, a diversos níveis, uma experiência muito positiva. Consideramos que a enfermagem tem neste projecto uma especial relevância, constituindo a sua divulgação um estímulo para outros enfermeiros, podendo assim ter um efeito multiplicador.

Neste congresso internacional, com todas as possibilidades de troca de ideias, tanto a nível teórico como de experiências práticas, e das sessões a que tive a possibilidade de assistir, verifiquei, com algum agrado, o bom nível de desenvolvimento dos conhecimentos e dos cuidados de enfermagem no nosso país.

* Trabalho vencedor do concurso de comunicações livres.

Oportunidade memorável, ainda bem que fomos!

Paulo Azevedo, Tânia Lourenço

Enfermeiros

No mês de Setembro de 2004, fomos informados, por uma colega, da realização do 23.º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) e fomos incentivados a enviar o resumo do nosso trabalho de investigação intitulado "Vivências dos Enfermeiros perante o imperativo de Cuidar com Equidade" para a selecção de trabalhos a apresentar no referido congresso.

Decidimos concorrer. O nosso resumo foi o 4265.º, portanto, eram já 4264 trabalhos internacionais os que tinham a possibilidade de serem seleccionados. Como tal, decidimos concorrer na modalidade de apresentação – póster –, mas ficamos com a sensação de que nunca seríamos seleccionados.

Em meados do mês de Novembro de 2004, para nosso espanto e explosão de alegria totalmente inesperada, o nosso estudo tinha sido seleccionado para apresentação!

Passada esta etapa, apercebemo-nos realmente de um pequeno pormenor: o congresso realizar-se-ia em Maio de 2005, em Taipé, Ilha de Taiwan – Ásia.

Após reflexão, e apesar de algumas vozes de repressão sempre a alertar para a perda de tempo e de recursos, decidimos ir. Gostaríamos de agradecer, em primeiro lugar, o apoio emocional e financeiro dos nossos familiares; o incentivo dos amigos e colegas; e, em especial, à Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional da Região Autónoma da Madeira, particularmente ao Senhor Enfermeiro Élvio e à Senhora Enfermeira Merícia, pelas palavras de coragem e orgulho sempre presentes.

No dia 18 de Maio de 2005, no Aeroporto de Lisboa, como previsto, fomos integrados na comitiva da Ordem dos Enfermeiros Portuguesa. Finalmente tinha chegado o momento, após meses



de ansiedade, de expectativa, de querer que o tempo andasse mais depressa, para vivenciar como seria a apresentação do nosso trabalho numa conferência internacional.

Gostaríamos de agradecer, com uma saudação calorosa, à nossa Bastonária Senhora Enfermeira Maria Augusta a facilidade de integração na comitiva da Ordem. Fomos muito bem acolhidos e expressamos a nossa gratidão pela vossa simpatia e pelo vosso espírito de grupo na representação de Portugal. Obrigado!

Finalmente estávamos no 23.º Congresso Quadrienal do ICN em Taipé, organização gigantesca, com uma grande variedade de comunicações, várias salas de conferência em simultâneo, conferencistas ilustres, 4000 participantes... Foi uma experiência memorável, possibilitou validação de conhecimentos e de ideias, realização de comparações, percepção da realidade de outros países e o refrescar de noções importantes a manter na enfermagem.


Ao seleccionarmos as conferências a que iríamos assistir, sentimos a noção de responsabilidade, e, durante as mesmas, sentimos que na sala estava presente um clima de partilha



ARQUIVO OE

muito orgulhosos do nosso trabalho e satisfeitos por termos suscitado interesse sobre o tema da equidade nos cuidados de enfermagem. Foi uma sensação de dever cumprido, de termos sido claros e credíveis. Em suma, uma digna prestação. Estamos felizes!

Assistimos bem de perto à representação de Portugal neste congresso. Com a apresentação de comunicações livres, simpósios, palestras, exposição dos pósteres, não esquecendo o *stand* da Ordem; achamos que fomos bem representados!

Como tal, surgiu-nos a clara percepção de que os trabalhos desenvolvidos em Portugal são do mesmo nível dos que foram apresentados neste congresso. Assim, aproveitamos esta oportunidade para estimular os nossos colegas enfermeiros a participarem nestes eventos, porque assim podemos aumentar o corpo de conhecimentos da enfermagem portuguesa e aumentar a representação internacional de Portugal. 

de conhecimento, de evolução da profissão, onde se notava a preocupação "para melhor cuidar".

No que respeita à nossa apresentação do póster nesta conferência, ficámos surpreendidos pelo grande interesse do público em observar e questionar o póster apresentado. Sentimo-nos

Mais enfermagem portuguesa no Congresso do ICN

Terminou, no passado dia 27 de Maio de 2005, o 23.º Congresso do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), em Taipé, Taiwan.

Tivemos o privilégio de participar através da apresentação de um póster intitulado "Pós-Operatório e a Dor Aguda".

Somos duas colegas a exercer funções no bloco operatório do serviço de urologia, no Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

No âmbito dos objectivos traçados para este triénio, estava incluído um trabalho de investigação sobre a dor aguda no pós-operatório imediato urológico.

Resolvemos participar no Congresso, porque julgamos importante dar a conhecer a nossa experiência e aprender na interacção com as realidades vivenciadas por todos os colegas participantes.

Estamos determinadas a continuar a promover a imagem dos enfermeiros portugueses e foi com muito orgulho que participámos neste grande encontro.



ARQUIVO OE

Queremos dar os parabéns aos colegas da Ordem pelo magnífico desempenho neste Congresso Internacional de Enfermeiros.

Margarida Vasconcelos e Paula Carvalheira

O bom e o mau enfermeiro

Maria da Ajuda Neves

Conselho Directivo Regional da SRRA dos Açores da OE

No Congresso do ICN realizado em Maio deste ano, no Taiwan, assisti a uma conferência, na qual quatro enfermeiras de quatro países – da Coreia, do Japão, do Taiwan e da China (nomeadamente de Hong-Kong) – apresentaram os resultados de um estudo comparativo realizado nos respectivos países. Este estudo comparativo teve como objectivo saber qual a percepção dos doentes orientais sobre o que é um bom e um mau enfermeiro. Todos os participantes no estudo eram doentes do foro oncológico.

Questionei-me sobre quais seriam os resultados se um estudo semelhante fosse realizado em Portugal, e é por isto que faço um relato da apresentação. Apesar de a cultura onde nos inserimos ser diferente daquela onde o estudo foi realizado, penso que as necessidades e fragilidades de uma pessoa em situação de doença são semelhantes, independentemente do local onde se encontra, da cultura onde se insere ou da religião que tem. Daí que a percepção dos doentes orientais sobre o que é ser um bom enfermeiro e o que é ser um mau enfermeiro não será, possivelmente, muito diferente da dos povos ocidentais.

Começarei por descrever os resultados de cada país individualmente, e depois os aspectos comuns.

Os doentes coreanos enfatizaram que o bom enfermeiro consegue harmonia entre a filosofia tradicional (natureza humana virtuosa) e o profissionalismo (*expertise* científica). Estes dois pólos aparentemente opostos transformam-se apenas num, porque os Coreanos acreditam que duas partes opostas poderão tornar-se apenas uma. O bom enfermeiro dá resposta às necessidades do doente com compaixão e age com o doente como se este fosse membro da sua família, demonstrando empatia não só pelo doente, como por todos os restantes membros da família.

Já no Japão, o bom enfermeiro é o que cuida individualmente, tratando a pessoa como pessoa. Tem um comportamento

profissional e é boa pessoa (sorridente, alegre, simpático, age com cortesia, tem sentido de humor, é sensível, optimista, tem boas maneiras e sabe respeitar o outro). Os doentes japoneses referiram ainda outras características do bom enfermeiro, como por exemplo: apresentar-se pelo nome; saber fazer uma conversa casual; demonstrar interesse pelo doente como pessoa com vida e não como objecto de tratamento; estar atento ao que o doente pensa e sente, tratando-o como alguém insubstituível, que aceita ficar a seu lado e que personaliza os actos de acordo com as características do doente. Consideram também o bom enfermeiro como alguém que sabe relacionar-se com os outros como pessoa e demonstra competência profissional, ou seja, que é tecnicamente competente.

Ainda de acordo com os doentes japoneses, o bom enfermeiro é o profissional que tem orgulho na sua profissão e no seu trabalho, tem paixão pelo seu trabalho e quer melhorar-se como pessoa e enfermeiro.

Os doentes do Taiwan consideram que o bom enfermeiro é aquele que cuida com o coração, que faz o que é correcto, que tem uma personalidade agradável, que é profissional, que se comporta com uma "mente de compaixão", sendo a compaixão considerada como algo inato à pessoa. O bom enfermeiro é uma pessoa com humanidade, o que se considera ser algo diferente e melhor de se ser uma boa pessoa.

Para os doentes da China (de Hong-Kong), o bom enfermeiro tem um lugar próprio no coração para o doente. Tem, portanto, um coração virtuoso, já que sabe cultivar o coração. Tem, igualmente, maneiras agradáveis, presença e competência clínica, relaciona-se com o doente como se este fosse membro da sua família, consegue transmitir confiança, coragem e paz.

Apesar de alguns aspectos diferentes, a percepção que os doentes têm, no geral, do que é ser um bom enfermeiro é muito semelhante nos quatro países, podendo mesmo descrever-se aspectos comuns às características do bom enfermeiro.

São eles:

- *caring* (cuidar demonstrando atenção, interesse e preocupação pela condição do outro);
- ter responsabilidade;
- ter paciência;
- estar atento às pequenas coisas;
- possuir virtudes familiares (ter coração de pai e mãe), virtudes religiosas (humanidade, consciência, genuinidade), virtudes profissionais (responsabilidade, humanidade) e virtudes de Confúcio (compaixão pelo sofrimento dos outros, vergonha, cortesia e modéstia e saber diferenciar entre o bem e o mal);
- utilizar e ter coração para cuidar do doente, estar ao lado dele cuidando, mesmo quando tem muito que fazer;
- sorrir, falar com voz suave, ter sentido de humor, ter atenção aos sentimentos do doente, saber pedir desculpas, ter presença (estar no tempo certo perante o doente), saber estar em silêncio, manifestar paz.

Perguntou-se também aos doentes qual a percepção que tinham sobre o que é ser mau enfermeiro. Responderam que o mau enfermeiro é aquele que:

- tem comportamentos abomináveis;
- tem uma expressão facial de mau;
- tem uma atitude de trabalho sem entusiasmo, sem orgulho, muito emocional e impaciente;
- distancia-se da humanidade, sendo para ele a realização da tarefa mais importante que tomar conta da vida;
- tem falta de competência e responsabilidade;
- não tem tempo para o doente.




ARQUIVO DE

Não é necessário conhecer a cultura oriental em profundidade para se compreenderem estes resultados. De facto, numa cultura como a Oriental, onde os valores e princípios religiosos estão fortemente enraizados, onde a espiritualidade tem papel preponderante e a família é considerada e assumida como sendo o pilar da sociedade, facilmente percebemos que, para estes doentes, um bom enfermeiro terá de cuidar do doente como se este fizesse parte da própria família, adoptando uma atitude responsável, competente e discreta.

As competências de carácter técnico são valorizadas, mas a grande ênfase é colocada nas competências relacionais, como a capacidade de prestar uma atenção particular aos doentes, cuidando dele e da sua família, como se cuidaria de um familiar ou amigo. Achei também interessante o facto de referirem que os bons enfermeiros utilizam uma linguagem adequada, sabem estar em silêncio e a sua comunicação não-verbal transmite paz e segurança.

Questiono-me sobre quais seriam as respostas se perguntássemos as mesmas perguntas aos doentes portugueses. Ao conversar informalmente com alguns doentes, perguntei-lhes o que consideravam ser um bom enfermeiro. A resposta imediata foi: "ser atencioso".

Possivelmente, existirão trabalhos realizados sobre este tema em Portugal, mas na pesquisa que realizei não encontrei. Seria interessante fazer o paralelismo entre os resultados do estudo realizado no Oriente e os de um estudo realizado em Portugal, uma vez que são culturas completamente distintas.

O que se pretende é que os colegas, ao lerem o artigo, reflectam sobre estas duas categorias de enfermeiros, identificando aspectos da respectiva prática que sejam passíveis de serem enquadrados numa ou noutra categoria. O que estamos aqui a querer apurar é, basicamente, como é que o nosso alvo de intervenção – a pessoa – pretende que sejam as nossas intervenções, os nossos comportamentos e as nossas atitudes. Se existe alguém que nos pode dizer o que fazer para nos tornarmos melhores profissionais, este alguém é, certamente, o cliente. Por isto, é necessário ouvir com atenção o que estas pessoas têm para nos dizer acerca de como ser um bom enfermeiro. 



21-27 DE MAIO

2005 TAIPE, TAIWAN



Já lhe dissemos que a Enfermagem Portuguesa também vai marcar presença neste espaço.
Decerto que a leitura destes relatos não o deixou ficar indiferente. Partilhe connosco as suas ideias e os seus projectos.

Ajude a SUA Ordem
a preparar a NOSSA intervenção

Toda a correspondência deve ser enviada para:
Gabinete de Relações Internacionais, Av. Almirante Gago Coutinho, 75,
1700-028 LISBOA ou para gri@ordemenfermeiros.pt