NURSES
A VOICE TO LEAD
ACHIEVING THE SDGS

NURSES' ROLE
IN ACHIEVING THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

INTERNATIONAL NURSES DAY
RESOURCES AND EVIDENCE

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

Enfermeiros: Uma voz de Liderança

Alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2017

Ficha Técnica:

Título: Enfermeiros: Uma voz de Liderança – Alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável; Dia Internacional do Enfermeiro 2017 – do original - «Nurses: A Voice to Lead – Achieving the Sustainable Development Goals; International Nurses Day 2017».

Tradução: Alphatrad Portugal, Unipessoal Lda.

Revisão pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros: Enf.º Rui Gonçalves, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Centro; Enf.º Márcio Tavares, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores (Mandato 2016/2019); Gabinete de Relações Internacionais da Ordem dos Enfermeiros.

Nota da Revisão: Na impossibilidade de acesso a imagens editáveis, optou-se por deixar as mesmas na sua língua original (inglês).

Todos os direitos reservados, incluindo a tradução para outros idiomas. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por impressão, por meio de fotocópias ou de qualquer outra forma, ou ser arquivada num sistema de recuperação, transmitida de qualquer forma ou vendida sem a autorização expressa por escrito do Conselho Internacional de Enfermeiros. Pequenos excertos (inferiores a 300 palavras) podem ser reproduzidos sem autorização, desde que a fonte seja indicada.

Copyright © 2017 pelo Conselho Internacional de Enfermeiros
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Suíça

ISBN: 978-92-95099-41-8

ISBN português : 978-989-8444-37-0

Índice

Parte Um: Introdução

Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável e a Enfermagem

Um mundo de desigualdades

O que são os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável?

Porque devem os enfermeiros preocupar-se com os ODS?

Oportunidades para a Enfermagem

Parte Dois: Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável

Objectivo 1: Erradicar a pobreza

Objectivo 2: Erradicar a fome, melhorar a alimentação

Objectivo 3: Boa saúde e bem-estar

Objectivo 4: Educação de qualidade

Objectivo 5: Igualdade de género

Objectivo 6: Água potável e saneamento

Objectivo 7: Energia acessível e limpa

Objectivo 8: Trabalho digno e crescimento económico

Objectivo 9: Indústria, Inovação e Infra-estruturas

Objectivo 10: Reduzir as desigualdades

Objectivo 11: Cidades e comunidades sustentáveis

Objectivo 12: Consumo e produção responsáveis

Objectivo 13: Acção sobre o clima

Objectivo 14: A vida marinha

Objectivo 15: A vida terrestre

Objectivo 16: Paz, justiça e instituições fortes

Objectivo 17: Parcerias para os Objectivos

Parte Três: Como podem os Enfermeiros Ser Uma Voz de Liderança?

Uma Voz de Liderança – como pessoa

Uma Voz de Liderança – como profissional

Uma Voz de Liderança – como membro de uma equipa multidisciplinar

Liderar e ser ouvido

Referências

Lista de Figuras

Lista de Estudos de Caso

Parte Um: Introdução

Todos conhecemos a famosa frase de Mahatma Gandhi: «*Be the change you wish to see in the world.*[1]» e no entanto, mesmo quando temos essa ambição, fazem-nos sentir constantemente culpados por não cumprirmos a nossa parte para o alcançarmos. Graças à profissão escolhida, os enfermeiros dão todos os dias o seu melhor para ajudar os outros. Somos muitas vezes apontados como anjos, exemplos a seguir, como pessoas bondosas, generosas e atentas. Por isso, quanto mais podemos fazer?

Este ano, o Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses* – ICN) escolheu o tema *Enfermeiros: Uma Voz de Liderança, Alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável*. Será que esta escolha significa que o ICN quer que os enfermeiros façam ainda mais? Será que se espera que os enfermeiros, sobrecarregados de trabalho, mal pagos, sem recursos suficientes e exaustos, saiam por aí e resolvam todos os problemas do mundo?

Caixa:

«There is a world of apathy out there. Every single day there are many things that aren't right. While you have to pick your battle, it is very important that when you encounter things that aren't right, you weigh in on them. Leadership is learning how to do that effectively. You won't be a reasonable leader if you don't have the instinct to say: 'This is something I have to put right.».[2]
Marla Salmon, ex-Chefe de Enfermagem, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA

A resposta é muito simples: isso é o que os enfermeiros já estão a fazer! E é isso que pretendemos demonstrar este ano ao comemorarmos os sucessos dos enfermeiros. Talvez os enfermeiros nem se apercebam de que o que estão a fazer é a ajudar a alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS), mas este *site*, o nosso pacote de ferramentas, o nosso vídeo e a nossa campanha nos meios de comunicação social vão ajudar os enfermeiros a entender o que são os ODS, porque é que esses objectivos são importantes e como é que cada enfermeiro, à semelhança de milhões, já está a contribuir para o seu sucesso e para tornar a saúde uma realidade para milhões de pessoas em todo o mundo.

Convidámo-lo agora a ouvir as histórias de tantos heróis anónimos da Enfermagem e a ver como é que os enfermeiros se esforçam para melhorar a vida das pessoas através de

[1] «Seja a mudança que deseja ver no mundo.»
[2] «À nossa volta, no mundo, só se vê apatia. Todos os dias há muitas coisas que não estão bem. Embora tenhamos de escolher as nossas batalhas, é muito importante sabermos que podemos intervir quando deparamos com coisas que não estão bem. Liderar é aprender a fazer isso de uma forma eficaz. Não se pode ser um bom líder sem se ter a intuição necessária para afirmar: "Aqui está algo que eu tenho de remediar».

acções estreitamente relacionadas com os ODS. Neste Dia Internacional do Enfermeiro (DIE) procuramos celebrar as suas histórias para que elas inspirem a nossa acção, demonstrando como é que os enfermeiros podem influenciar o contexto e as comunidades, de forma a criar um mundo mais saudável.

A história de Malaika

Em 14 de Agosto de 2016, a CNN transmitiu uma reportagem sobre a história de Malaika, enfermeira-chefe no Hospital Pediátrico de Alepo, na Síria. Nos últimos cinco anos, este país tem estado envolvido numa guerra civil impiedosa e brutal, em que a maioria das principais potências militares deste planeta também participa, e assistiu igualmente ao desmantelamento de muitas instituições do Estado, incluindo todo o seu sistema de saúde.

O hospital de Malaika foi alvo de vários ataques, aéreos, com mísseis e com armas ligeiras, que resultaram no ferimento e morte de doentes pediátricos e de pessoal do hospital.

Malaika tem muitas histórias para contar de momentos em que sua vida ou a dos seus doentes estiveram em perigo. Numa desses episódios, ela estava na rua quando foi atingida por estilhaços, em consequência de um ataque aéreo, e teve de ser levada à pressa para o hospital. Noutra situação, novamente após um ataque aéreo, o abastecimento de oxigénio na unidade neonatal ficou destruído. Uma das crianças precisava de RCP, mas já nada era possível fazer e o bebé morreu nos seus braços. Durante esse ataque, mais três outras crianças sucumbiram por causa dos estilhaços e da inalação de poeira.

Com a sua casa destruída e com toda a família a fugir para a Turquia, Malaika, um dos poucos profissionais de saúde ainda na cidade, continua a trabalhar e a morar no hospital, apesar dos perigos e dos riscos para a própria vida. Continua a prestar cuidados aos mais vulneráveis e aos mais necessitados [1].

Caixa:

A saúde é um direito

«Most of us will never see wartime service, we can hope. But there are outbreaks like Ebola, there are deadly storms, there are explosions, there are mass shootings. Even "everyday" nursing can be overwhelming at times.[3]» [2].

«What separates the very top nurses is what they do from there. All nurses 'fix' patients. The best then set about fixing whatever prevents us from providing the absolute best care for the next ones.[4]»
Patricia Davidson, Reitora da Escola de Enfermagem John Hopkins [3]

[3] «Só podemos desejar que a maioria de nós nunca precise de cuidados de saúde em tempos de guerra. Mas há surtos como o Ébola, há tempestades mortíferas, há explosões, há atentados em massa. Mesmo a Enfermagem "do dia-a-dia" pode, por vezes, ser assustadora.»
[4] « O que distingue os enfermeiros de topo é que eles vão para além da Enfermagem de todos os dias. Todos os enfermeiros "consertam" os doentes. A partir daí, os melhores enfermeiros partem para consertar tudo o que nos possa impedir de prestar o melhor atendimento possível aos outros.»

Esta é uma história trágica, mas que precisa de ser contada, uma vez que destaca a dedicação dos enfermeiros e a renúncia à sua própria segurança em benefício das outras pessoas. O colapso da paz e a destruição do tecido social, embora não sendo uma doença em si mesmos, têm os mesmos resultados, com consequências terríveis para o bem-estar físico e mental de toda uma comunidade.

Conforme descrito na Constituição da OMS, a saúde é um direito humano. E, como tal, os enfermeiros desempenham uma função central na restituição da saúde das pessoas, mas também na prevenção das doenças e na maximização do potencial de uma vida saudável em todos os locais e sempre que possível. Sir Michael Marmot resumiu da melhor forma possível esta ambição dos enfermeiros: «Como é possível tratar as pessoas e enviá-las de volta para condições que as levaram a ficar doentes?»

A história de Malaika descreve uma enfermeira que trabalha para manter a saúde, mesmo num contexto de perigo e de perdas. Embora este seja um exemplo extremo de sacrifício pessoal, há enfermeiros em todo o mundo que diariamente estão envolvidos em contextos similares e que fazem tudo ao seu alcance para melhorar a saúde das pessoas, de famílias, comunidades e países, com grandes custos pessoais, tanto a nível físico como social ou psicológico. Essa paixão em tempos de adversidade é a força motriz compartilhada no âmago da comunidade de Enfermagem.

1.1 Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável e a Enfermagem

Os ODS foram adoptados pelas Nações Unidas em 2014, para substituir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Compreendem 17 objectivos que abrangem uma vasta gama de temáticas sobre o desenvolvimento sustentável mundial, tais como: erradicar a pobreza e a fome; melhorar a saúde e a educação; combater as alterações climáticas; etc. Os 191 Estados-Membros da ONU concordaram em atingir estes novos objectivos até 2030. A saúde tem um lugar central no ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades. Ora, a Enfermagem tem claramente um papel importante a desempenhar em relação este objectivo, mas o trabalho do enfermeiro também tem um grande impacto na realização dos outros ODS, tais como no que se refere à educação e pobreza − estes são referidos frequentemente como os determinantes sociais da saúde (DSS). Os DSS são as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e que têm impacto nas condições de saúde e de vida diária. Embora os enfermeiros trabalhem para melhorar a saúde, o nosso trabalho inclui com frequência abordar os DSS, e os enfermeiros compreendem a ligação entre as condições envolventes e a saúde de cada pessoa e da população. A compreensão destes dados e os estudos de caso aqui descritos demonstram essas relações e deixam claro porque é que os enfermeiros são tão importantes não apenas para melhorar a saúde individual mas também para alcançar os ODS.

1.2 Um mundo de desigualdades

Os ODM contribuíram muito para melhorar a vida de milhões de pessoas em todo o mundo, mas a disparidade entre ricos e pobres, saudáveis e doentes, escolarizados e não-escolarizados não cessa de aumentar. Por isso, os ODS visam abordar as desigualdades entre as nações mas também dentro das próprias nações.
É agora bem reconhecido que os factores sociais, tais como a educação, o estatuto profissional, o nível de rendimentos, o sexo e a etnia têm uma influência directa sobre o estado de saúde de uma pessoa.

Caixa: A analogia dos Canteiros de Flores

Mary quer plantar flores vermelhas e flores amarelas. Ela compra as melhores sementes de ambas as cores, mas planta as sementes das flores amarelas em solo de grande qualidade e coloca as flores vermelhas em solo rochoso e menos fértil. O canteiro com as flores vermelhas recebe menos nutrientes, é regado com menos frequência e não lhe são retiradas amiúde as ervas daninhas. O canteiro com as flores amarelas recebe apenas a quantidade suficiente de sol, de água e de nutrientes, e Mary retira regularmente as ervas daninhas. Quando as flores florescem, as amarelas são mais altas, mais fortes e têm mais pétalas do que as vermelhas. «Eu sabia que as flores vermelhas não eram de tão boa qualidade como as amarelas», pensa Mary!

Tomemos a esperança de vida como exemplo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata uma diferença de 35 anos na esperança de vida entre os países de mais altos e de mais baixos rendimentos [4]. A Figura 1 abaixo mostra que essa diferença também existe no seio dos países − até mesmo em países de rendimentos elevados, como a Inglaterra!

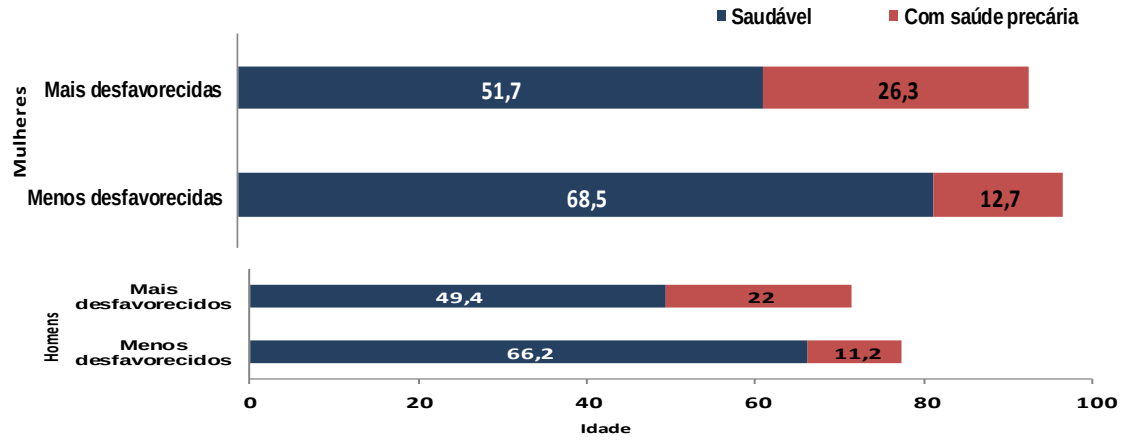


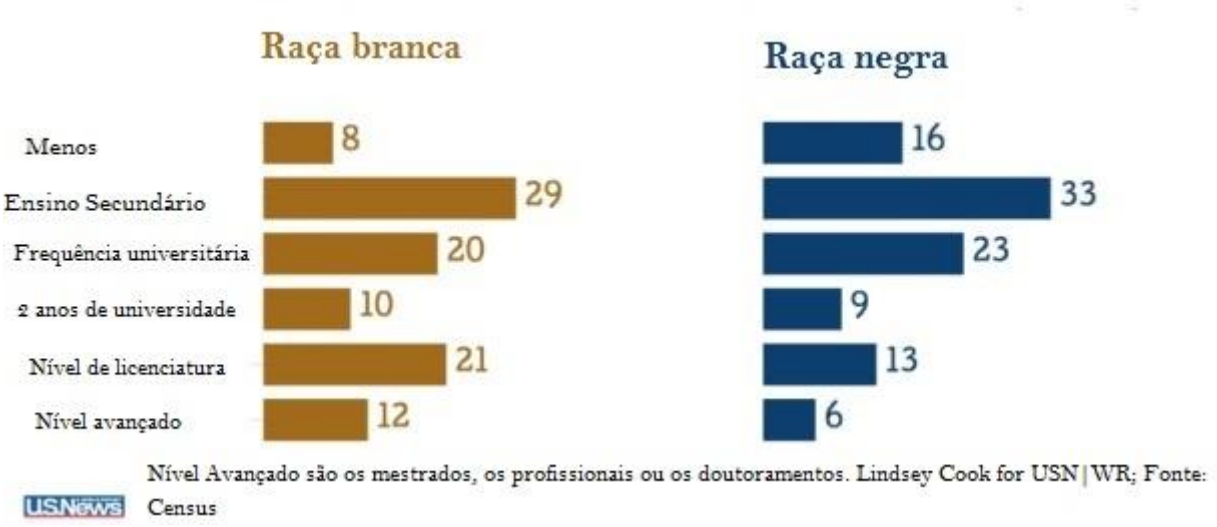
Figura 1. Esperança de anos de vida com saúde e com saúde precária, tendo em conta o nível de desfavorecimento em Inglaterra [5].

Porém, a esperança de vida não se limita apenas à riqueza ou à pobreza, relaciona-se também com a qualidade de vida e as diferenças observadas entre os grupos sociais com baixos, médios e altos rendimentos. Assiste-se ao mesmo fenómeno em todo o mundo: quanto mais baixa é a posição socioeconómica, maior é o risco de saúde e maior é a probabilidade de morte prematura.

Esta questão não se prende simplesmente com o acesso limitado aos serviços de saúde. A saúde precária pode ser atribuída à desigualdade das condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. São as desigualdades de poder, dinheiro, educação e de recursos que geram desigualdades na vida quotidiana. Estes elementos são conhecidos como determinantes sociais da saúde.

Tomemos, por exemplo, o nível educacional. A Figura 2 abaixo mostra o nível de escolaridade nos Estados Unidos, por raça. Conforme relatado por Lindsey Cook num artigo para a US News [6], os estudantes de raça negra têm três vezes mais probabilidades de reprovarem na escola do que os estudantes de raça branca; também têm três vezes mais probabilidades de serem suspensos e expulsos. As crianças de raça negra têm muito mais probabilidades de viverem em famílias de baixos rendimentos, em lares onde falta comida e em bairros perigosos.

Figura 2. Nível de Educação nos EUA por raça (2013) [6].



Há muitas evidências que demostram que o nível de educação está fortemente ligado à saúde e a comportamentos saudáveis. Um estudo de Breierova e Duflo (2004) descobriu que um aumento no número médio de anos de escolaridade nos agregados familiares na Indonésia reduzia a mortalidade infantil em cerca de 10 pontos percentuais a partir de um nível médio de 22,5% [7].

A correlação é clara − melhorar os determinantes sociais da saúde melhorará a saúde, por isso devemos olhar para todos os ODS e ver de que forma nós, como enfermeiros, estamos a provocar uma grande influência e a melhorar a saúde através de uma miríade de diferentes práticas inovadoras.

A equidade na saúde e os determinantes sociais da saúde

Os DSS são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Estas circunstâncias são moldadas por factores como a distribuição do dinheiro, do poder e dos recursos a nível global, nacional e local. Os DSS são os principais responsáveis pelas desigualdades na saúde − as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde tanto dentro de um país como entre países.

A equidade na saúde e os determinantes sociais são reconhecidos como um componente crítico da agenda global de desenvolvimento sustentável pós-2015 e do impulso para se atingir progressivamente a Cobertura Universal de Saúde (CUS). Para que as desigualdades no acesso à saúde possam ser reduzidas, tanto os DSS como a CUS devem ser tratados de forma integrada e sistemática [8].

Além disso, os objectivos conectam inextrincavelmente os DSS a todo o espectro de sectores do governo (por exemplo, agricultura, água, habitação, educação, energia, transportes, infra-estruturas, desenvolvimento social, protecção ambiental, governação) e não apenas ao sector da saúde. É claro que o terceiro objectivo de desenvolvimento sustentável (ODS 3) é específico para a saúde (Boa Saúde e Bem-Estar para Todos), mas os DSS (às vezes chamados «causas das causas») são claramente evidentes. O nosso papel enquanto enfermeiros é pegar na linguagem dos ODS e traduzi-la para a linguagem das prioridades nacionais de cada país, conforme estabelecido pelo governo, e criar ligações explícitas com as políticas tornadas públicas. Nós podemos ter uma influência poderosa na concretização da maioria dos 17 objectivos.

Em relação à saúde, no âmbito dos ODS, reconhece-se o impacto dos determinantes sociais na saúde e no bem-estar. A OMS reconhece que as circunstâncias socioeconómicas das pessoas e dos grupos têm pelo menos tanta − e muitas vezes mais − influência sobre o estado de saúde quanto os cuidados médicos e os comportamentos pessoais de saúde. Alguns dos mais importantes determinantes sociais da saúde incluem a pobreza, a desigualdade económica, o estatuto social, o *stress*, a educação e os cuidados no início da vida, a exclusão social, o emprego e a segurança no emprego, o apoio social e a segurança alimentar.

Caixa:

«Social determinants of health are the economic and social conditions that influence the health of individuals, communities and jurisdictions as a whole. Social determinants of health determine whether individuals stay healthy or become ill (a narrow definition of health). Social determinants of health also determine the extent to which a person possesses the physical, social and personal resources to identify and achieve personal aspirations, satisfy needs and cope with the environment (a broader definition of health). Social determinants of health are about the quantity and quality of a variety of resources that a society makes available to its members.»[5] [9]

[5] «Os DSS são as condições económicas e sociais que influenciam a saúde dos indivíduos, comunidades e jurisdições como um todo. Os DSS determinam se os indivíduos permanecem saudáveis ou se se tornam doentes (uma definição estreita de saúde). Os DSS também determinam até que ponto uma pessoa possui os recursos físicos, sociais e pessoais para identificar e concretizar as aspirações pessoais, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente (uma definição lata de saúde). Os DSS dizem respeito à

O estudo *Global Burden of Disease* [Peso Global da Doença] [10] mostra que os indicadores de desenvolvimento como os rendimentos, a educação e a taxa de natalidade são fundamentais para uma vida saudável, mas não são os únicos factores que determinam a saúde. Vários países, apesar do seu nível de recursos, melhoraram a saúde das suas populações através de melhorias no saneamento, imunização, qualidade do ar interior e nutrição. O alargamento que pode ser visto na agenda dos ODS reflecte a necessidade de considerar uma visão holística das raízes do desenvolvimento económico, social e ambiental. A saúde das populações não é apenas responsabilidade do sector da saúde; é-o também dos transportes, do ambiente, da habitação, do comércio e da agricultura.

1.3 O que são os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável?

Os ODS baseiam-se nos progressos dos ODM, mas vão muito mais longe e abordam questões que afectam as pessoas, o planeta, a prosperidade, a paz e as parcerias. Em Setembro de 2015, os líderes mundiais concordaram em 17 objectivos e em 169 metas. Embora não sejam juridicamente vinculativos, espera-se que os governos façam seus estes objectivos e estabeleçam quadros nacionais para a sua concretização. Nos próximos 15 anos, os países mobilizarão esforços para acabar com todas as formas de pobreza, combater as desigualdades e fazer face às alterações climáticas, assegurando ao mesmo tempo que «*ninguém é deixado para trás*» [11].

quantidade e à qualidade de um conjunto variado de recursos que uma sociedade faculta aos seus membros.»

1.4 Porque devem os enfermeiros preocupar-se com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável?

Está ainda a interrogar-se sobre a forma como a sua contribuição para os ODS pode fazer a diferença? Várias razões importantes explicam porque é que cada enfermeiro, incluindo o próprio, deve preocupar-se com os ODS.

1. **Os enfermeiros cuidam dos outros** − os enfermeiros escolheram esta profissão para melhorar a saúde dos indivíduos e das populações. Isso é fundamental para o núcleo central da Enfermagem. A definição de Enfermagem do ICN afirma isto mesmo: «*Nursing encompasses the promotion of health, prevention of illness, and care of physically ill, mentally ill, and disabled people of all ages, in all health care and other community settings. Within this broad spectrum of health care, the phenomena of particular concern to nurses are individual, family and group responses to actual or potential health problems.*» [6] Como enfermeiros, preocupamo-nos, portanto, e bem com o sítio em que as crianças nascem e as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

2. **É a coisa certa a fazer** − a dinâmica subjacente a toda a esfera de actuação dos enfermeiros é a da justiça social. Devemos estudar os ODS e contribuir para a sua concretização porque é a coisa certa a fazer. Podemos prevenir mortes infantis e maternas; podemos acabar com a pobreza extrema; podemos melhorar a qualidade de vida; podemos garantir que as crianças frequentam a escola; podemos acabar com a violência e a opressão; podemos alcançar justiça. Os ODS oferecem-nos uma oportunidade de aplicar os nossos conhecimentos enquanto enfermeiros para criar um mundo mais saudável e melhor.

3. **A mudança é possível** − no âmbito dos ODM, o mundo assistiu a melhorias incríveis no aumento da esperança de vida, redução da mortalidade infantil, no maior número de crianças nas escolas, na redução da pobreza extrema e no acesso a água potável e saneamento. Embora possa haver cepticismo em relação às metas ambiciosas estabelecidas nos ODS, os ODM demonstram que o progresso é possível e que inúmeras pessoas irão beneficiar dele.

4. **É a nossa saúde** − os ODS não têm a ver apenas com pessoas em países de baixos rendimentos. Eles afectam-nos a todos. A concretização dessas metas melhorará a vida das pessoas nas nossas comunidades e famílias, e até mesmo a nossa própria saúde. Eles são importantes porque cada um de nós é importante.

[6] «A Enfermagem engloba a promoção da saúde, a prevenção de doenças e os cuidados a pessoas doentes física e mentalmente e a pessoas com deficiências, de todas as idades, abrangendo todos os ambientes de prestação de cuidados de saúde e comunidades. Dentro deste amplo espectro de cuidados de saúde, constituem fenómenos de especial preocupação para os enfermeiros as respostas individuais, familiares e de grupo a problemas de saúde reais ou potenciais.»

1.5 Oportunidades para a Enfermagem

A Enfermagem tem uma forte tradição de estudo dos determinantes da saúde. Para muitos, o primeiro contacto com os determinantes da saúde vem das obras de Florence Nightingale. No seu famoso manuscrito *Notas sobre Enfermagem*, Nightingale expõe o seu pensamento sobre a saúde e todo o conjunto do que a determina. Relaciona factores pessoais, como a higiene e nutrição, com forças sociais, como os rituais dos amigos que visitam os doentes, e considerações económicas, incluindo a influência da classe social sobre a habitação e a saúde, e preocupações ambientais, incluindo a limpeza geral, desde a roupa da cama até às paredes, etc. A perspectiva de Nightingale tem muito a ver com a sua época, embora continue a ser notavelmente relevante para o nosso tempo [12].

Caixa:

«Nurses respond to the health needs of people in all settings and throughout the lifespan. Their roles are critical in achieving global mandates such as universal health coverage and the Sustainable Development Goals» [7]
Dr. Margaret Chan, no Prefácio a *Orientações Estratégicas Globais para Reforçar a Enfermagem e Enfermagem Obstétrica 2016-2020*

Ethel Bedford Fenwick era uma apaixonada defensora da organização e unificação dos enfermeiros. Como uma das principais fundadoras do ICN, ela acreditava que os enfermeiros como indivíduos e como um colectivo poderiam fazer a «maior diferença» para os doentes. Com o apoio da educação, apelou aos enfermeiros para que fossem mais do que «instrumentos de alívio do sofrimento», que fossem também o «prenúncio da sua prevenção». Ao inspirar e unificar os enfermeiros, a paixão da Ethel encontrava a sua raiz na ideia de que o trabalho dos enfermeiros estava fora dos limites das paredes do hospital e que tinha influência no bem-estar dos países e do mundo [13].

Virginia Henderson mais tarde descreveria e articularia os conceitos de Enfermagem. A sua convicção fundamental era a de que a função do enfermeiro é ajudar o doente. Ela seria um dos profissionais pioneiros a considerar que os enfermeiros deviam centrar os cuidados na pessoa, adoptando assim uma abordagem holística para os cuidados de Enfermagem. Estes conceitos foram posteriormente articulados nos *Fundamentos da Enfermagem.*

Caixa:

«Think how rare is 'completeness' or 'wholeness' of mind and body. If each man finds good health a challenging goal, think how difficult it is for the nurse to help him reach it she must, in a sense get 'inside the skin' of each of her patients in order to know not only what he wants but also what he needs to maintain life and regain health . She is temporarily the

[7] «Os enfermeiros respondem às necessidades de saúde das pessoas em todos os cenários e ao longo de toda a vida. As suas funções são fundamentais para a concretização de mandatos globais, como a CUS e os ODS.»

consciousness of the unconscious, the love of life for the suicidal, the leg of the amputee, the eyes of the newly blind, a means of locomotion for the infant, knowledge and confidence for the young mother, a voice for those too weak or withdrawn to speak, and so on.»[8] [14]

Pode-se desta forma perceber as conexões históricas entre os determinantes sociais e o papel do enfermeiro. A oportunidade da Enfermagem não resulta de os determinantes sociais e o seu impacto na saúde serem novos para a Enfermagem, mas antes do facto de a Enfermagem ter um legado histórico nesta área. Na verdade, esse conceito está no próprio cerne da profissão. A Enfermagem tem um mandato para ser um embaixador e líder neste campo. Esse mandato estende-se muito para além das metas relacionadas apenas com a saúde. Ele inclui os determinantes que têm impacto na saúde e no bem-estar.

Como enfermeiros, sabemos que a saúde envolve mais do que a prestação de serviços de saúde e do que as causas sociais, económicas e políticas dos problemas que vemos também devem ser tratados. A guerra e as perturbações, as incertezas económicas, as disparidades de rendimentos e o alargamento do fosso entre ricos e pobres entravam as oportunidades de vida das pessoas e influenciam profundamente a sua saúde e o bem-estar delas [15]. Os enfermeiros na prática clínica estão singularmente posicionados para serem testemunhas destas realidades; mas nós ainda temos de concretizar na plenitude o nosso poder de provocar uma mudança, falando sobre o sofrimento humano que testemunhamos.

Os ODS são um roteiro que estabelece a visão de um mundo saudável, pacífico e próspero, mas eles só podem ser alcançados se as coisas forem feitas de forma diferente e, como enfermeiros, nós temos um papel especialmente importante a desempenhar. A nossa voz é a voz das pessoas, das famílias, dos grupos e das comunidades com quem trabalhamos. A nossa voz é a voz de mais de 20 milhões de enfermeiros em todo o mundo. É uma voz de liderança na transformação do nosso mundo.

O nosso objectivo é erguer a voz da liderança, inspirar outras pessoas a assumir o desafio, informar colegas, governos e o público sobre como aproveitar o conhecimento da Enfermagem e prestar homenagem ao trabalho que os enfermeiros fazem todos os dias para promover as agendas de saúde globais. Trabalhar para alcançar esta agenda global irá unir ainda mais a profissão de Enfermagem e fortalecerá as parcerias de colaboração profissional, dentro e fora do sector da saúde. A contribuição dos enfermeiros para a consecução dos ODS está tanto na vertende da prestação de cuidados como na vertente da tomada de decisões políticas.

[8] «Pense no quanto é raro a "completude" ou o sentimento de "plenitude" da mente e do corpo. Se as pessoas acham que ter uma boa saúde é um objectivo desafiante, pense em como é difícil para o enfermeiro ajudá-las a alcançar essa boa saúde, devendo para isso, de certa forma, entrar "dentro da pele" de cada um dos seus doentes, a fim de saber não só o que ele quer mas também do que precisa para manter a vida e recuperar a saúde. O enfermeiro é temporariamente a consciência do inconsciente, o amor à vida do suicida, a perna do amputado, os olhos do recém-cego, o meio de locomoção da criança, o conhecimento e a confiança da jovem mãe, a voz dos que estão demasiadamente fracos ou abatidos para poderem falar, e assim por diante.»

Parte Dois: Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável

As desigualdades sociais existem em vários domínios, por exemplo, idade, sexo, raça, etnia, religião, língua e saúde física e mental. Além disso, alguns grupos da sociedade são particularmente desfavorecidos, incluindo os sem-abrigo, os migrantes, os refugiados e os que procuram asilo. Muitas pessoas também vivem em absoluta pobreza e não recebem apoio financeiro. Essas desigualdades interagem de formas complexas e moldam o modo como as pessoas nascem, crescem, vivem e envelhecem. Afectam a saúde e bem-estar delas e as probabilidades de atingirem o seu potencial [16].

A secção a seguir descreve alguns exemplos que estão inseridos nos ODS e que têm um profundo impacto na saúde de indivíduos, comunidades e países.

Caixa:

«We can tell a great deal about how well a country meets the needs of its citizens — provides the conditions for them to lead flourishing lives — by the health status of its citizens.»[9]

Michael Marmot, Presidente da Associação Médica Mundial, 2015-2016 [17]

[9] «O estado de saúde dos cidadãos de um país permite-nos perceber bem o quanto esse país atende às necessidades dos seus cidadãos – oferece as condições para que estes possam levar uma vida próspera.»

Objectivo 1: Erradicar a pobreza

Em Março de 2016, Amelie suicidou-se. Ela tinha apenas 10 anos. Na pequena comunidade de Looma, em West Kimberly, Austrália, foi a 19.ª pessoa a cometer suicídio num período de três meses. A morte de uma criança é sempre trágica, mas é ainda mais se a criança morrer pelas suas próprias mãos. Embora seja importante olhar para as circunstâncias pessoais em torno da morte de Amelie, também é importante olhar para o contexto mais amplo. Entre os povos indígenas da Austrália, o índice de suicídio juvenil das raparigas é seis vezes superior ao das jovens não-indígenas. Entre os rapazes, a taxa de suicídio dos indígenas é quatro vezes maior do que a dos rapazes não-indígenas. Porque é que tantos jovens indígenas procuram acabar com seu sofrimento de uma maneira tão dramática?

Sir Michael Marmot [17] define o suicídio como «*as a response to disempowerment - the last desperate attempt to control an uncontrollable situation*»[10]. O reforço do poder pode ser visto de diferentes maneiras, incluindo material (dinheiro para comprar coisas básicas como comida); psicossocial (a forma de ter controlo sobre a sua vida); e político (ter uma voz). A população indígena da Austrália, à semelhança das pessoas mais desfavorecidas em geral, sente-se impotente em todas as três áreas. A impotência não está confinada a uma parte do mundo. Ocorre universalmente e tem efeitos não só no suicídio como em toda a saúde e bem-estar.

A pobreza é muitas vezes o ingrediente pernicioso que cria este sentimento de impotência. A pobreza afecta a hierarquia social e limita particularmente o desenvolvimento intelectual e social das crianças. As condições que as impedem de atingir o seu potencial estão criadas desde que são muito jovens. Tudo o que acontece no início da vida afecta profundamente a vida nos anos posteriores. Condições mais adversas na primeira infância conduzem a menos oportunidades educacionais, menos oportunidades de ter um trabalho bom e com sentido, rendimentos baixos, maus ambientes, altas taxas de tabagismo, má alimentação, consumo de álcool e de drogas. São postas limitações às pessoas desde uma idade precoce, e essas limitações reduzem a capacidade de desfrutar de liberdades básicas para dar significado à vida e maximizar a saúde. A pobreza estabelece um ciclo que é difícil de quebrar. Perturba as condições sociais nas quais as pessoas devem crescer, viver e envelhecer [17].

A pobreza também tem impactos imediatos na saúde. Há uma correlação óbvia entre a pobreza e o acesso à comida, vestuário e habitação. No entanto, ela também afecta a capacidade de uma pessoa ter acesso aos serviços de saúde e receber o tratamento necessário para recuperar o seu estado de saúde.

Pode dizer-se que, ao longo da história da Enfermagem, os enfermeiros têm estado sempre na vanguarda dos cuidados aos mais vulneráveis e fragilizados. Todos nós temos visto e testemunhado enfermeiros a trabalhar de maneira incrível, fazendo inúmeros sacrifícios pessoais para melhorar a saúde dos outros. Há enfermeiros que cuidam de prisioneiros,

[10] «Uma resposta ao sentimento de impotência – a última tentativa desesperada de controlar uma situação incontrolável».

independentemente dos crimes que estes possam ter cometido; há enfermeiros a trabalhar nas ruas cuidando dos sem-abrigo; há enfermeiros cuidando de todos os que entram pelas portas do hospital ou pela traseira de camiões-clínicas móveis; há enfermeiros nos locais mais remotos do mundo e mais carentes de recursos.

Estes cuidados, além de terem melhorado a saúde, também têm feito evoluir a própria profissão de Enfermagem. A Enfermagem teve muitas vezes de preencher lacunas em áreas em que nenhuma outra profissão está disposta a trabalhar ou é potencialmente capaz de trabalhar. Tudo isto levantou novos desafios à nossa percepção e à percepção do público sobre os papéis e responsabilidades da Enfermagem, resultando em mudanças no âmbito da prática. De igual forma, tudo isto posiciona a Enfermagem como uma testemunha de primeira linha relativamente às causas da falta de saúde. A voz da Enfermagem é uma voz dominante, porque o enfermeiro vai para além do diagnóstico médico e vê as necessidades de saúde do doente.

Estudo de Caso 1.1: Parceria Família/Enfermeiro nos bairros urbanos, EUA

«Nurses must break down walls between professions to create cost-effective interventions to improve the lives of patients with complex health and social needs.»[11]

A Dra. Katherine K. Kinsey é Administradora de Enfermagem e Investigadora Principal para os programas de visitas maternas ao domicílio do *National Nurse Led Care Consortium* [Consórcio Nacional para Cuidados de Saúde Prestados por Enfermeiros] (NNCC).

O NNCC propõe modelos de cuidados prestados por enfermeiros através de políticas, consultas e de programação inovadoras. Dois dos programas mais bem-sucedidos do NNCC são o *Philadelphia Nurse Family Partnership* [Parceria Família/Enfermeiro de Filadélfia] (NFP) e o *Mabel Morris Family Home Visit Program* [Programa Mabel Morris de Visitas ao Domicílio] (MM-PAT), iniciativas baseadas em evidências da primeira infância que abrangem mulheres e crianças com baixos rendimentos em alguns dos bairros urbanos mais problemáticos dos Estados Unidos.

Dirigidos por enfermeiros de saúde pública, estes programas oferecem visitas ao domicílio, apoio familiar e educação a mães com baixos rendimentos por toda a cidade da Filadélfia, na Pensilvânia. Todos os anos, o serviço presta apoio e cuidados a mais de 700 mães e seus filhos. Na sua maioria, são mães adolescentes e afro-americanas (73%) ou hispânicas (21%). O rendimento familiar médio anual dos utentes é inferior a 6 mil dólares americanos.

Normalmente, as mulheres inscrevem-se quando estão grávidas do primeiro filho. Ao longo do programa, cada uma recebe entre 30 a 50 visitas do seu enfermeiro, com os seguintes três objectivos: uma gravidez e parto sem problemas; uma boa saúde e desenvolvimento do bebé; e a perspetiva e metas para o futuro da mãe.

[11] «Os enfermeiros devem quebrar as barreiras entre as profissões para proporcionar intervenções eficazes em termos de custos, de forma a melhorar a vida de doentes com necessidades sociais e de saúde complexas.»

Ao longo dos anos, os enfermeiros assistiram a um aumento dos relatos de situações de crise nas mulheres grávidas, em que há preocupações com a sua segurança física, a segurança alimentar, a habitação e outras necessidades básicas relacionadas com condições de pobreza. Mais de 90% das mães tiveram três ou mais Experiências Adversas na Infância (EAI), tais como o abuso físico, sexual e/ou verbal, viver com um parente doente mental, ter um membro da família preso ou ser testemunha de violência doméstica. Aproximadamente 45% das mães apresentam sintomas de depressão perinatal quando entram no programa.

Isso levou ao desenvolvimento de uma nova parceria, aliando assistência jurídica aos cuidados de Enfermagem.

«*We sought a new connection with the Health, Education, and Legal Assistance Project: A Medical-Legal Partnership, a NGO with unique experience providing free legal services to low-income mothers. Together, we launched the Nursing-Legal Partnership,*»[12], explica a Dra. Kinsey.

Nesta abordagem, os advogados trabalham lado a lado com os enfermeiros para garantirem que as novas mães têm a oportunidade de criar os seus filhos em lares seguros e saudáveis, com acesso permanente aos subsídios públicos. Estas podem desenvolver novas capacidades para apoiarem as necessidades socioemocionais, físicas e de desenvolvimento dos seus filhos, ao mesmo tempo que lhes é prestada assistência legal para assegurarem que as necessidades básicas das suas famílias são atendidas. Ao trabalhar com o enfermeiro que as acompanha, muitas mulheres estabelecem pela primeira vez metas para si mesmas.

Até à data, estes programas de visitas de profissionais de Enfermagem ao domicílio atenderam mais de 3500 mães e respectivos filhos.

A experiência que os enfermeiros trazem para esta intervenção é fundamental para conquistarem a confiança de uma nova mãe. O enfermeiro ajuda a orientar as mulheres que são mães pela primeira vez, através dos desafios emocionais, sociais e físicos que enfrentam à medida que se preparam para um nascimento saudável. O apoio pré-natal é o ponto de partida, mas o enfermeiro continua a ajudar a utente depois do nascimento da criança, ensinando gestos maternais e de vida que promovem um desenvolvimento positivo tanto para a mãe como para a criança.

Advogados com experiência em subsídios públicos, direito da saúde, lei da habitação, direitos do consumidor e outras áreas representam os clientes e trabalham com os enfermeiros para resolverem as necessidades legais suscitadas por hábitos de saúde nocivos identificados durante a análise.

[12]«Procurámos uma nova conexão com o Projecto Saúde, Educação e Assistência Jurídica: Uma Parceria Médico-Jurídica, uma ONG com uma experiência única na prestação de serviços jurídicos gratuitos para as mães com baixos rendimentos. Em conjunto, lançámos a Parceria Assistência de Enfermagem-Jurídica»

«It takes an interdisciplinary team of professionals to break the cycle of poverty. We have envisioned a nurse-driven way to link and coordinate health, social and support services to meet families' needs. Because of nursing's emphasis on holistic care, nurses naturally operate at the intersection of health and social services»[13], diz a Dra. Kinsey.

Apresentado por Dra. Katherine K. Kinsey, Directora, *National Nurse-Led Care Consortium* (NNCC), *Philadelphia Nurse-Family Partnership and Mabel Morris Family Home Visit Program.*

Caixa: Taxa de pobreza relativa

A pobreza não é apenas uma questão de rendimentos baixos e médios no seio de um país. É um fenómeno mundial. Embora possam ter acesso a mais dinheiro num determinado país, as pessoas podem mesmo assim não ter os recursos necessários para manter um padrão de vida saudável. A pobreza relativa é definida em relação aos membros de uma sociedade e, portanto, difere entre países. Diz-se que as pessoas estão empobrecidas se não conseguem acompanhar o padrão de vida determinado pela sociedade [18].

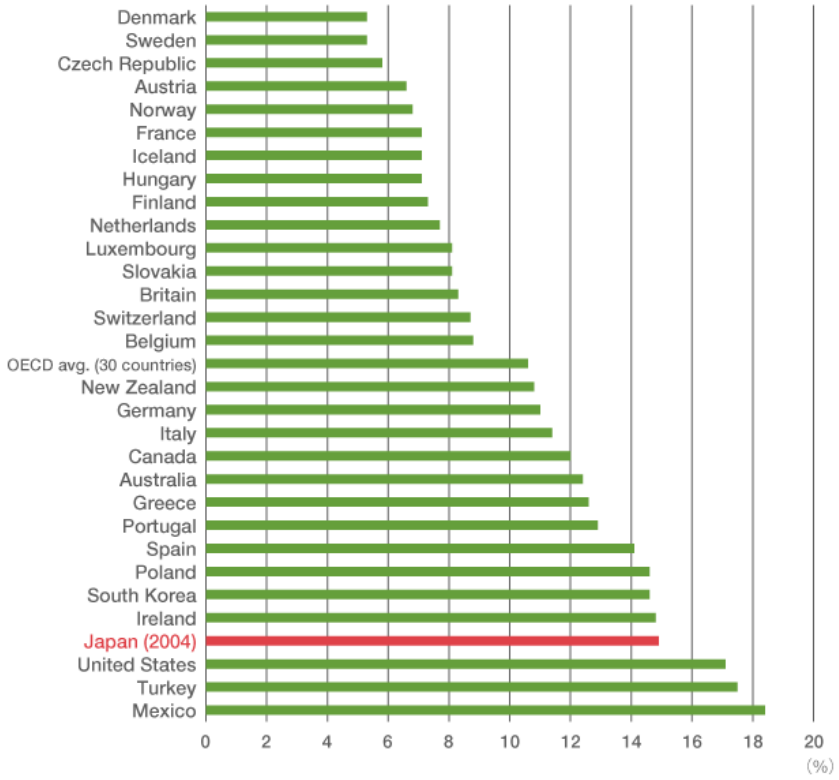


Figura 3. Taxas de Pobreza Relativa nos Países da OCDE (meados da década de 2000) [19].

[13] «É preciso uma equipa interdisciplinar de profissionais para quebrar o ciclo da pobreza. Nós previmos uma maneira de conectar e de coordenar, como é habitual nos enfermeiros, a saúde e os serviços sociais e de apoio, para atender às necessidades das famílias. Em virtude da ênfase que a Enfermagem coloca nos cuidados holísticos, os enfermeiros naturalmente operam na cooperação da saúde com os serviços sociais»

Caixa: Factos sobre a Pobreza

- No mundo, 1 em cada 4 crianças com menos de 5 anos não tem a altura adequada à sua idade.
- Em 2014, todos os dias, 42 mil pessoas tiveram de abandonar as suas casas para fugirem a conflitos [20].
- Com base no limiar de pobreza actualizado para 1,9 dólares americanos por dia, as projecções do Banco Mundial sugerem que a pobreza global pode ter atingido 700 milhões ou 9,6% da população mundial, em 2015 [21].
- Globalmente, 1,2 mil milhões de pessoas (22%) vivem com menos de 1,25 dólares americanos por dia. Aumentar o limiar de pobreza para 2,50 dólares americanos por dia aumenta a taxa global de pobreza com base nos rendimentos para cerca de 50% ou 2,7 mil milhões de pessoas [22].
- Entre os pobres que vivem com menos de 1,25 dólares americanos por dia, só quase metade dispõe de electricidade.
- A África Subsariana e o Sul da Ásia representam cerca de 80% dos pobres globais e 81% de todas as mortes de crianças no mundo.
- A África Subsariana abriga 43% dos pobres do mundo.
- 30% da população extremamente pobre do mundo vive na Índia.
- Quase três quintos dos pobres em situação extrema no mundo estão concentrados em apenas cinco países: Bangladeche, China, República Democrática do Congo, Índia e Nigéria.

[23]

- Um terço de todos os pobres dos países em desenvolvimento são crianças com idades entre 0-12 anos.
- Os povos indígenas representam cerca de 5% da população mundial, mas cerca de 15% dos pobres no mundo.
- Nos países em desenvolvimento (onde vivem 92% das crianças), 7 em cada 100 não sobreviverão para além dos 5 anos de idade.
- A pobreza está concentrada nas zonas rurais e os pobres têm maior probabilidade de obterem rendimentos por meio da agricultura.
- Mais de oito em cada 10 americanos (84%) não estão cientes de que a pobreza global diminuiu em mais de metade nos últimos 30 anos. Mais de dois terços (67%) afirmam que achavam que a pobreza global estava a aumentar nas últimas três décadas.

[21]

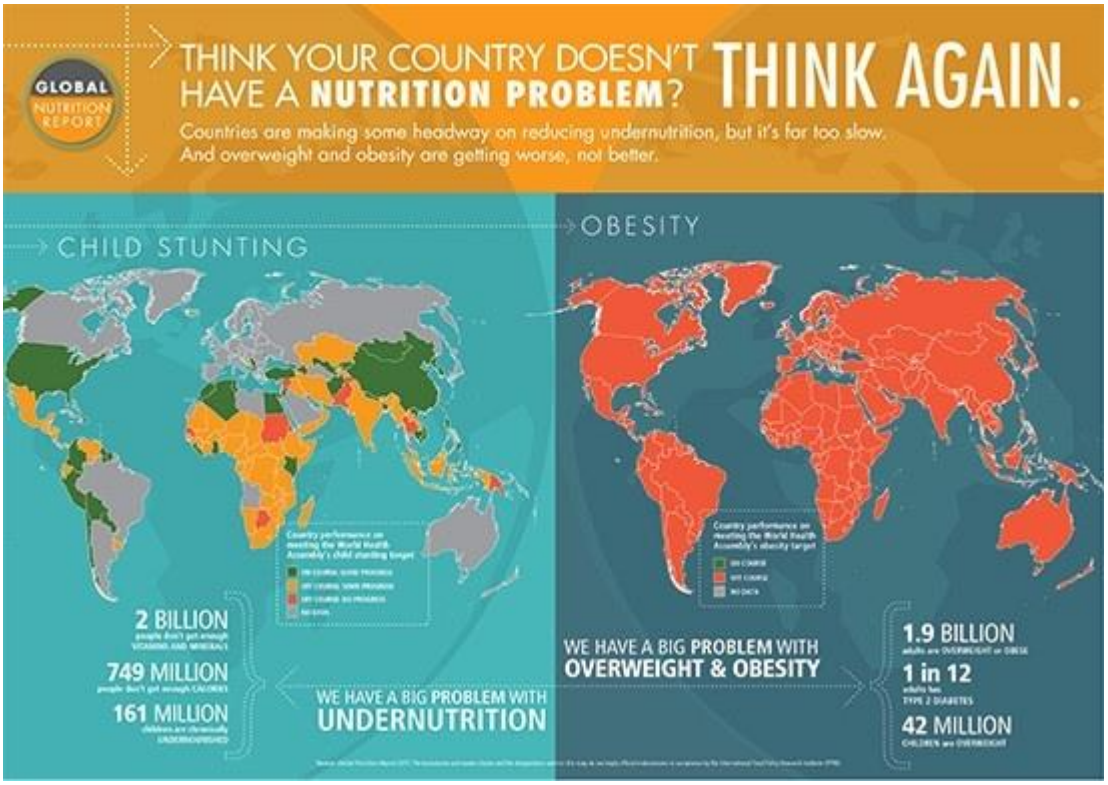
Objectivo 2: Erradicar a fome, melhorar a alimentação

Dos desafios que o mundo enfrenta, poucos se comparam com a dimensão da malnutrição. A malnutrição afecta uma em cada três pessoas e estima-se que seja a causa subjacente a 45% das mortes de crianças [24].

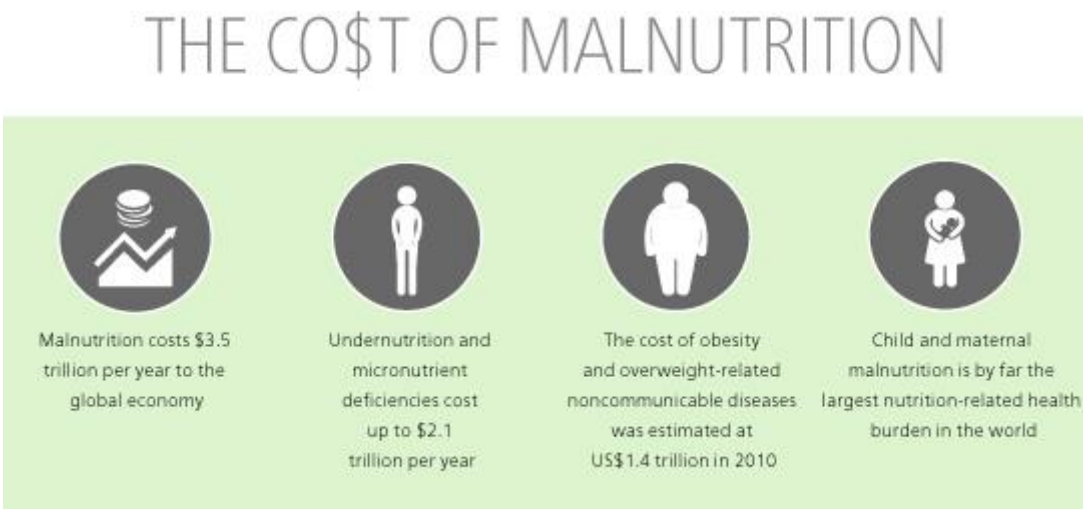
A malnutrição impede que as pessoas alcancem todo o seu potencial. Manifesta-se de muitas maneiras: crianças com fraco crescimento e desenvolvimento; pessoas propensas a

infecções; pessoas com peso excessivo ou em risco de doenças crónicas devido a ingestão excessiva de sal, gordura ou açúcar; e pessoas com carência de vitaminas e de minerais importantes. Como tal, a malnutrição significa que as crianças têm um desempenho insatisfatório na escola e que as suas oportunidades de trabalho futuro são limitadas. Os adultos malnutridos são menos capazes de trabalhar e de contribuir para a economia ou de cuidar das famílias. As mães malnutridas são susceptíveis de terem crianças com um peso baixo e com riscos associados a deficiências físicas e cognitivas. Tudo isto perpetua um ciclo de pobreza e de estagnação económica [25]. A questão é tão grave que a OMS considera que a má nutrição é a ameaça mais importante para a saúde do mundo [24].

[26]



As consequências económicas da malnutrição são graves. As Nações Unidas (ONU) estimam que a malnutrição custe 3,5 biliões de dólares americanos à economia global. Na África e na Ásia, estima-se que a malnutrição represente uma perda anual de 11% do Produto Interno Bruto (PIB). A prevenção da malnutrição nessas áreas tem um retorno de investimento de 16 dólares americanos por cada dólar gasto [26].



Os governos estão a procurar maneiras de abordar esta questão complexa. Os enfermeiros podem contribuir de uma forma vital para melhorar esta área. Os enfermeiros estão a trabalhar em zonas em que é possível identificar e tratar pessoas em risco de malnutrição,

desenvolvendo novos modelos de cuidados para resolverem o problema, modificando os programas de tratamento de forma a fazer face às circunstâncias ambientais das pessoas, desenvolvendo políticas e apoiando mudanças na legislação. Em algumas situações, os enfermeiros estão a usar os meios de comunicação social para informarem o público, influenciando assim a tomada de decisões políticas. Os enfermeiros estão na vanguarda das contribuições que visam alcançar este objectivo.

Estudo de Caso 2.1: Alimentar os famintos e os malnutridos, México

No sector da saúde pública, o México enfrenta dois problemas extremos: enquanto quase um terço da população é obesa [27], 18% da população corre um grave risco de segurança alimentar. Com efeito, 5% dos mexicanos são considerados subnutridos [28].

Lázaro era uma das crianças atingidas pela fome. Aos dois anos de idade, apresentava uma barriga distendida. A mãe tinha estrias negras na pele castanha, um sinal de deficiência grave de vitaminas. Também ela estava desnutrida quando amamentava o bebé. Um médico enviou-a para um refeitório social, em que um enfermeiro oferecia bananas, maçãs, frango e sopa quente de feijão. Os enfermeiros fornecem alimentos e ensinam às mães com crianças desnutridas como preparar alimentos mais saudáveis. Anteriormente, a mãe de Lázaro nunca tinha comido citrinos ou carne vermelha. A sua dieta consistia principalmente em tortilhas recheadas com bocados de legumes. Infelizmente, a pobreza continua a ditar a disponibilidade de alimentos para a família de Lázaro. Clínicas como esta são vitais para fornecer comida a famílias como esta, para que as crianças sejam capazes de se concentrar quando vão à escola. O ciclo de pobreza levará algum tempo a quebrar [29].

Estudo de Caso 2.2: Prática bariátrica, Austrália

« Nurse-led programme of individualized patient care lead to a tighter control on clinical assessment and enhanced clinical outcomes.» [14]

Sessenta e seis por cento da população australiana sofre de excesso de peso ou de obesidade, mas apenas 2% frequenta serviços de cirurgia bariátrica. O tempo de espera actual para a cirurgia bariátrica no sistema público é de mais de três anos. Sem seguro de saúde, não há alternativa a não ser esperar, enquanto a saúde se deteriora.

Shirley Lockie, uma enfermeira do bloco cirúrgico numa clínica bariátrica e de cirurgia geral na Austrália, desenvolveu um programa bariátrico abrangente para responder às necessidades dos doentes e guiá-los através do procedimento. A equipa principal é composta por um cirurgião, um nutricionista, um psicólogo e um coordenador perioperatório. A continuidade dos cuidados, a avaliação contínua e a comunicação e planeamento garantem o melhor a cada indivíduo que é submetido a um procedimento bariátrico.

[14] «Um programa de tratamento individualizado conduzido por enfermeiros levou a um controlo mais rigoroso da avaliação clínica e a melhores resultados clínicos.»

Como exemplo típico dos doentes atendidos neste programa, uma mulher que chegou à clínica foi avaliada como sofrendo de obesidade muito grave, com diabetes tipo 2, hiperlipidemia, hiperparatiroidismo e hipotiroidismo. Esta mulher era bipolar, tinha doença de refluxo gastroesofágico e apneia obstrutiva do sono. Frequentava um centro terciário para gestão médica da obesidade e não dispunha de seguro de saúde.

Shirley trabalhou com o médico de família desta mulher, com um endocrinologista, um anestesista, um cirurgião, um nutricionista e um psicólogo, e definiu um percurso claro, identificando riscos como o lítio, náuseas pós-operatórias e a gestão da diabetes. Foram estabelecidos protocolos que previam quando esta deveria ver o endocrinologista e o médico de família para o controlo diabético e da hipertensão.

Um ano após a cirurgia, o peso da doente teve uma redução de 72 quilos; a sua diabetes e hipertensão estavam resolvidas; uma gestão de macronutrientes estava em curso. A doente vendeu a sua cadeira de rodas e está a fazer um curso de recepção médica/cuidados de saúde.

Enviado por Shirley Lockie. Directora de Gestão, Serviços Perioperatórios

Estudo de Caso 2.3: Aceder à ajuda alimentar, Síria

Khaled Naanaa era enfermeira na cidade de Madaya, na Síria. Em Julho de 2015, o regime sírio e seus aliados cercaram completamente a cidade com postos de controlo e minas terrestres, aprisionando a população e bloqueando a entrada de qualquer alimento. O acesso aos alimentos tornou-se muito difícil e muitos doentes no hospital onde ela trabalhava começaram a morrer de fome. Khaled tinha contactado as Nações Unidas, pedindo ajuda alimentar urgente. No entanto, apesar dos pedidos repetidos, o regime sírio negou o acesso da ONU à cidade. Khaled enviou vídeos e fotografias para uma agência noticiosa; as imagens depressa se tornaram virais e fizeram as manchetes dos noticiários pela Europa. Estas imagens também foram adoptadas pelo programa da ONU em Nova Iorque. Face à crescente pressão, o governo sírio permitiu que um comboio de ajuda da ONU entrasse na cidade. Infelizmente, 28 moradores, incluindo seis bébés, morreram de fome enquanto esperavam por ajuda [30].

Caixa: Factos sobre a Fome

- Na África Subsariana, uma em cada quatro pessoas está subnutrida.
- Dois terços dos famintos no mundo vivem na Ásia.
- Cerca de um quinto de todas as crianças menores de cinco anos permanecem subnutridas.
- Quase metade das mortes em crianças menores de cinco anos é atribuível à malnutrição. Isto traduz-se na perda desnecessária de cerca de três milhões de crianças por ano.
- Cerca de 156 milhões de crianças têm baixa estatura, em consequência de malnutrição e de infecções.
- A malnutrição contribui para 35% das mortes por sarampo, malária, pneumonia e diarreia.
- Nos países em desenvolvimento (onde vivem 92% das crianças), 30 em cada 100 têm baixa estatura.
- Cerca de dois mil milhões de pessoas foram salvas de um provável estado de fome nos últimos 25 anos.
- A China representa quase dois terços da redução do número de pessoas subnutridas nas regiões em desenvolvimento, entre 1990-1992 e 2014-2016.
- O número de pessoas subnutridas na América Latina passou de 58 milhões para menos de 27 milhões.
- Em 1990, apenas 12 países em África enfrentavam crises alimentares, dos quais apenas quatro permaneciam em crises prolongadas. Vinte anos mais tarde, um total de 24 países estava a enfrentar crises alimentares, com 19 países em crise por oito ou mais anos nos dez anos anteriores.

[31]

Objectivo 3: Boa saúde e bem-estar

«To pretend that health is somehow separate from people's social conditions is madness. No patient should be denied access to care, regardless of health status or insurance. That is the passionate message I believe and fight for every day of my professional career.»[15]

Ruth Lubic, Enfermeira-parteira co-fundadora da National Association of Childbearing Centres [Associação Nacional dos Centros de Obstetrícia] [32]

O mundo tem sido palco de mudanças dramáticas nos últimos anos. Assistimos a tensões no seio das instituições políticas, a flutuação das moedas, a instabilidade das economias, a conflitos prolongados, a tensões étnicas e a actos de violência inexplicáveis. As acções organizadas de terrorismo são uma ameaça global e imprevisível. Não só a sociedade está a mudar rapidamente como também o ambiente em que vivemos: a temperatura está a aumentar, os antibióticos estão a falhar, as desigualdades de rendimentos estão crescer e os custos com a saúde estão a aumentar rapidamente. Embora se observem progressos em matéria de saúde, continua a haver diferenças significativas na esperança e na qualidade de vida entre países e no seio dos países.

Os ODM mostraram que podem ser alcançados progressos em termos de desenvolvimento e de saúde. No entanto, estamos a presenciar novos desafios. Pela primeira vez, a população global com mais de 60 anos será maior do que a população de crianças com menos de 5 anos. Estamos também a assistir a uma deslocação das pessoas das áreas rurais para as áreas urbanas, onde mais de metade do mundo está agora a viver. Essas novas tendências demográficas estão a mudar os perfis de saúde e os seus desafios.

Hoje, pela primeira vez na história, as doenças não transmissíveis (DNT) superaram as doenças infecciosas como principais causas de mortalidade em todo o mundo. O crescimento económico, a modernização e a urbanização abriram as portas para a disseminação de estilos de vida pouco saudáveis. Embora muitos sistemas de saúde tenham sido concebidos para satisfazer as necessidades de infecções agudas, o perfil variável da doença implica que muitos sistemas não estejam preparados para gerirem as condições que exigem cuidados a longo prazo e, por vezes, durante toda a vida.

É importante reflectir sobre como podemos melhorar a qualidade da saúde física e mental ao longo da vida. Alguns indícios mostram que as pessoas com distúrbios de saúde mental têm uma maior prevalência e incidência de doenças infecciosas e de DNT. Ao mesmo tempo, são menos susceptíveis de receberem os cuidados de saúde de que necessitam para gerirem essas condições. A saúde mental é um problema que tem estado ausente, desde há muito tempo, da agenda global.

[15] «Fingir que a saúde é de alguma forma independente das condições sociais das pessoas é uma loucura. A nenhum doente deve ser negado o acesso aos cuidados, independentemente do seu estatuto de saúde ou seguro. Essa é a mensagem em que eu acredito com paixão e pela qual luto todos os dias na minha carreira profissional.»

Em 1946, foi acordado que a saúde é um direito humano. Apesar de este direito ter sido reconhecido na Constituição da OMS [2] e em vários tratados internacionais de Direitos Humanos, centenas de milhões de pessoas no mundo ainda estão à espera de ter acesso a serviços de saúde que podem salvar-lhes a vida, ou caem em situações de pobreza quando têm de pagar os cuidados de saúde de que necessitam. Como forma de resolver esta questão, mais de 100 países começaram a trabalhar com vista à cobertura universal de saúde (CUS).

A CUS significa que:

- Todas as pessoas têm acesso à saúde
- Não existem barreiras no acesso aos serviços
- Os serviços de saúde são abrangentes
- Todas as pessoas estão protegidas face às dificuldades financeiras
- Os sistemas de saúde são flexíveis, inovadores e resistentes
  [33]

A Dra. Margaret Chan afirmou que «*Universal health coverage is one of the most powerful social equalizers among all policy options. It is the ultimate expression of fairness. If public health has something that can help our troubled, out-of-balance world, it is this: growing evidence that well-functioning and inclusive health systems contribute to social cohesion, equity, and stability. They hold societies together and help reduce social tensions.*»[16] [34]

A cobertura universal de saúde oferece muitas vantagens. A CUS significa que os trabalhadores são mais produtivos, as crianças faltam menos à escola, a pobreza e a desigualdade diminuem, as sociedades são mais harmoniosas e o crescimento é mais sólido e sustentado. A CUS é um bom investimento do ponto de vista económico. A OMS estima que, nos países em desenvolvimento, cada dólar americano investido em saúde tem um retorno em termos de crescimento entre 9 a 20 dólares [35].

A profissão de Enfermagem tem sido desde há muito tempo uma forte defensora da cobertura universal de saúde. O Código de Ética dos Enfermeiros do ICN [36] apela aos enfermeiros para que defendam «a igualdade e a justiça social na alocação de recursos, acesso aos serviços de saúde e outros serviços sociais e económicos». Os enfermeiros estão empenhados na CUS e cientes das tendências nos cuidados de saúde, dos custos e das exigências adicionais à prática diária do trabalho de Enfermagem.

Pese embora tudo o que os enfermeiros têm para oferecer, foram impostos constrangimentos à profissão, como obstáculos regulamentares e institucionais, incluindo os limites que foram colocados ao âmbito de actuação dos enfermeiros. Estes constrangimentos precisam de ser removidos para que os sistemas de saúde possam beneficiar de toda a educação, competência, experiência e conhecimento dos enfermeiros.

[16] «A cobertura universal de saúde é um dos instrumentos de igualdade social mais poderosos entre todas as opções políticas. É a expressão final de justiça. Se há algo em que a saúde pública pode ajudar o nosso mundo cheio de problemas, sem equilíbrio, é nisso mesmo: há indícios crescentes de que sistemas de saúde eficientes e inclusivos contribuem para a coesão social, a igualdade e a estabilidade. Sistemas de saúde com essas características mantêm as sociedades unidas e ajudam a reduzir as tensões sociais.»

Além disso, existem condicionalismos de comportamento que, com frequência, estão arraigados nas opiniões e políticas das associações médicas nacionais. Alguns profissionais médicos acreditam que capacitar os enfermeiros para que estes possam cobrir a totalidade no âmbito da sua prática irá afectar negativamente a qualidade dos cuidados. Esta opinião está a ser refutada, de forma esmagadora, por provas que demonstram que os enfermeiros prestam cuidados de qualidade, eficazes em termos de custo e acessíveis, com iguais ou melhores resultados clínicos e de satisfação do doente do que os alcançados pela medicina [37].

Maximizar o potencial da Enfermagem não resolverá por si só o problema. Como afirmou uma publicação da OMS [38]: «Não há saúde sem força de trabalho.» Para que a CUS seja alcançada, deve haver mais investimento no desenvolvimento da força de trabalho de Enfermagem, de modo que se chegue a um número suficiente de enfermeiros «adequados a esse objetivo» e «qualificados para a prática». Sem investimentos sustentados na força de trabalho, a CUS não será alcançada nem poderá ser mantida, quer em termos da acessibilidade, quer em termos da qualidade dos cuidados prestados.

A CUS só poderá ser concretizada com a liderança e a riqueza da força de trabalho de Enfermagem. Isso significa que é necessário envolver os enfermeiros em mais actividades do que apenas a prática clínica, nomeadamente envolver os líderes da Enfermagem na política, na economia e na reforma a nível local, nacional e global.

Estudo de Caso 3.1 Apoio ao trabalho de Enfermagem, Cuba

« The best way nurses support the development of the profession, is by creating a climate of cooperation, worthy and challenging workplaces, with interdisciplinary and ethical thinking.»[17]

O sistema de saúde cubano é reconhecido mundialmente pela sua excelência e eficiência. Apesar dos limitados recursos resultantes das sanções comerciais impostas ao país desde a década de 1960, Cuba conseguiu garantir o acesso aos cuidados de saúde a todos os segmentos da população e obter resultados em matéria de saúde e de bem-estar que estão entre os melhores do mundo [39].

Cuba enviou mais médicos do que qualquer outro país para apoiar os sistemas de saúde de países de baixos e médios rendimentos. Por exemplo, foi um dos primeiros países a responder à crise do Ébola na África ocidental [40].

O sucesso do sistema de saúde cubano tem sido atribuído à abordagem preventiva dos cuidados de saúde. O Dr. Idalmis G. Infante Ochoa, Director-Geral da Enfermagem Nacional de Cuba, acredita que os enfermeiros são responsáveis por grande parte do sucesso do sistema de saúde cubano. Os enfermeiros focam-se numa atenção personalizada, abrangente e de qualidade, com um uso racional dos recursos humanos e tecnológicos, através de um ambiente organizacional propício, de acordo com os padrões definidos para uma prática profissional competente e responsável.

[17] «A melhor forma de os enfermeiros apoiarem o desenvolvimento da profissão é através da criação de um clima de cooperação e de locais de trabalho dignos e exigentes, numa óptica interdisciplinar e ética.»

O governo cubano tem apoiado a profissão de Enfermagem e reconhece a sua importância na tomada de decisões. Os enfermeiros estão activamente envolvidos no desenvolvimento de políticas e na tomada de decisões no Ministério da Saúde. Os enfermeiros estão representados a nível nacional, provincial, municipal e institucional, e a sua contribuição tem sido decisiva para os resultados do sistema de saúde. Toda a população de Cuba tem o total acesso a um enfermeiro dentro da sua comunidade, tanto em áreas rurais como urbanas [41].

Os enfermeiros são responsáveis por:

- Padrões de educação e da regulamentação da profissão
- Planificação da força de trabalho
- Realização e manutenção de uma investigação de alta qualidade
- Concepção e desenvolvimento de modelos de cuidados
- Desenvolvimento de uma abordagem multissectorial para a prestação de cuidados.

Sob a orientação do Director-Geral de Enfermagem, Cuba implementou políticas que apoiam o enfermeiro no seu desenvolvimento profissional. Desenvolveu vias bem definidas e incentivos que apoiam a pós-graduação ao nível de mestrado e doutoramento em Enfermagem e saúde. Estes enfermeiros trabalham de acordo com uma abordagem multissectorial dos cuidados de saúde, em estreita colaboração com outros clínicos, prestadores de cuidados secundários, instituições de ensino, investigadores, sistemas de bem-estar e outras agências governamentais, para preparar uma abordagem abrangente dos cuidados de saúde do indivíduo e da comunidade.

Apresentado por: Dr. Idalmis G. Infante Ochoa, Director-Geral da Enfermagem Nacional de Cuba

Estudo de Caso 3.2: Romper com as barreiras legislativas para os profissionais de Enfermagem, Canadá

«Despite progress, numerous pieces of federal legislation still require updating. Without these changes, barriers in access to care persist for many Canadians.»[18]

Há mais de 20 anos, os profissionais de Enfermagem (PE) passaram a ser uma categoria regulamentada de prestadores de cuidados de saúde no Canadá, com o objectivo de melhorar o acesso aos cuidados primários para muitos cidadãos, especialmente para os povos indígenas que vivem em comunidades rurais e remotas. Hoje, há quase cinco mil PE no Canadá, muitos dos quais são membros de equipas de cuidados multidisciplinares e prestadores de cuidados primários a mais de três milhões de canadianos.

Desde a introdução dos PE, muitas regulamentações provinciais, territoriais e federais foram gradualmente modernizadas para reconhecerem e listarem os PE como profissionais qualificados para a prestação de um conjunto de serviços de saúde, mas muitas alterações legislativas ainda precisam de ser implementadas para alargarem o âmbito da prática dos PE e estenderem a todos o acesso aos cuidados de saúde.

[18] «Apesar do progresso, há inúmeras leis federais que ainda precisam de ser actualizadas. Sem essas mudanças, as barreiras no acesso aos cuidados de saúde persistem para muitos canadianos.»

As actualizações permitiram que os PE assinassem oficialmente uma série de documentos legais e administrativos que atestam que examinaram ou trataram um doente e que avaliaram a elegibilidade de um paciente para um programa federal.

A Colúmbia Britânica foi líder na remoção de barreiras na legislação provincial que necessitava de ser modernizada para incluir os PE. Em 2014, a Faculdade de Medicina e de Cirurgia e a Escola de Enfermagem da Colúmbia Britânica colaboraram entre si para resolverem com êxito esta questão da legislação provincial, que aprovou o Projecto-Lei 17 que introduz 11 alterações em 9 actos legislativos.

A par da evolução que tem ocorrido a nível provincial, a *Canadian Nurses Association* [Associação de Enfermeiros do Canadá] (CNA) e os seus parceiros, incluindo a Canada *Association of Advanced Practice Nurses* [Associação de Enfermeiros de Prática Avançada] e a *Canadian Indigenous Nurses Association* [Associação de Enfermeiros Indígenas do Canadá], continuam a trabalhar com o governo federal para introduzirem alterações legislativas similares a nível federal. Embora sejam menores, em conjunto as mudanças legislativas necessárias vão aumentar consideravelmente o acesso aos cuidados de saúde.

A CNA continua a lutar vigorosamente a nível federal por alterações em 34 documentos da legislação federal. Actualmente, está a trabalhar para que se encontre uma solução colectiva para ser implementada em 2017 e que aborde de forma abrangente esta questão. Os resultados mais concretos são um alto nível de consciencialização desta questão entre políticos federais e os decisores políticos e um forte apoio à mudança.

Enviado por Carolyn Pullen, Directora, Política, Advogada e Estratega, Associação Canadiana de Enfermeiros

Caixa: A Cobertura Universal de Saúde (CUS)

- A CUS é crítica já que um bilião de pessoas não têm acesso a serviços básicos de saúde.
- Pelo menos 400 milhões de pessoas em todo o mundo não têm acesso a um ou mais serviços essenciais de saúde.
- Todos os anos, 100 milhões de pessoas caem numa situação de pobreza e 150 milhões de pessoas têm dificuldades financeiras em virtude de pagamentos directos aos serviços de saúde.
- Em média, cerca de 32% das despesas de saúde de cada país provêm de pagamentos directos.
- Serão necessários, até 2030, mais de 18 milhões de profissionais de saúde para atender aos requisitos de trabalho de saúde dos ODS e metas da CUS, com lacunas concentradas em países de baixos e médios rendimentos.
- Globalmente, dois terços (38 milhões) das 56 milhões de mortes por ano ainda não estão registadas.
- Entre 2000 e 2011, as melhorias na saúde conduziram a um crescimento de um quarto dos rendimentos totais nos países em vias de desenvolvimento.

- A esta taxa de retorno, cada dólar americano investido na saúde produziria entre 9 e 20 dólares de crescimento nos rendimentos totais nos próximos 20 anos.
  [33]

Estudo de Caso 3.3: Cuidados de saúde centrados no doente, Nova Zelândia

«Every place is the right place for responding to the health needs of people.»[19]

Em muitos países, barreiras legislativas impedem os profissionais de saúde de trabalharem até ao limite do âmbito da sua prática. Quando a Nova Zelândia lançou recentemente uma nova estratégia de saúde que enfatiza fortemente a prevenção primária e a intervenção precoce para garantir que os neozelandeses *vivam bem, estejam bem e recuperem bem*, a Dra. Jane O'Malley, Directora-Geral de Enfermagem da Nova Zelândia, enfatizou a necessidade de a força de trabalho de saúde ser utilizada até ao seu potencial máximo.

A Dra. O'Malley tem liderado o caminho para uma alteração do paradigma tradicional de prestação de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros na Nova Zelândia. O seu apelo à acção, *«todos os lugares são o lugar certo para responder às necessidades de saúde das pessoas»*, coloca os doentes e as suas comunidades no centro dos cuidados e traz para a linha da frente o amplo leque de práticas de Enfermagem. A base para suas recomendações foi o desenvolvimento de todo o potencial da profissão de Enfermagem, o que permite aos enfermeiros explorar em pleno o seu âmbito de prática.

No centro destas reformas estava a necessidade de melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das comunidades, bem como o seu acesso a medicamentos e tratamentos adequados.

Duas alterações bem-sucedidas entraram recentemente em vigor. A primeira é o desenvolvimento da prescrição por parte dos Enfermeiros: uma alteração de natureza regulamentar através da qual o *Nursing Council of New Zealand* [Associação de Enfermagem da Nova Zelândia] passa a poder estabelecer os requisitos de educação, experiência, competência e supervisão necessários para que os enfermeiros estejam autorizados a prescrever medicamentos.

A segunda é uma alteração legislativa que substitui em vários actos o termo «profissional médico» pela expressão «profissional de saúde». Para os PE e enfermeiros devidamente qualificados e diplomados, isso significa que podem desempenhar funções para as quais anteriormente apenas os médicos estavam autorizados, por exemplo, avaliar e emitir uma certidão de aptidão para a condução, emitir um certificado de óbito (restrita apenas aos PE), emitir prova de doença ou certificados de lesão, introduzir um pedido de avaliação ao abrigo da Lei de Saúde Mental e prescrever medicamentos controlados para a dependência de opiáceos no quadro de uma equipa de especialistas.

Apresentado pela Dra. Jane O'Malley, Directora-Geral de Enfermagem da Nova Zelândia.

[19] «Cada lugar é o lugar certo para responder às necessidades de saúde das pessoas.»

Estudo de Caso 3.4 O vírus do Ébola na Serra Leoa

«Advocating and providing advice on how to engage and support improved health programmes in some of the most remote and hard to reach locations in the world ensures that global health initiatives reach those in need and contribute to the sustainable development goals at a global and local level.»[20]

Em 2014, a Serra Leoa captou a atenção mundial devido ao surto do vírus Ébola. Estima-se que 22 mil pessoas contraíram o vírus e mais de 9 mil morreram. A doença teve um impacto devastador no país, com famílias desfeitas, crianças que perderam os pais, agitação civil e escassez de alimentos.

Todo o sistema de saúde estava à beira do colapso. Um grande número de profissionais de saúde morreram da doença. As clínicas estavam cheias de doentes que contraíram o vírus. Tudo isto causou problemas no acesso aos serviços de saúde para as mulheres que davam à luz e para as pessoas afectadas por doenças como a malária, a pneumonia e a diarreia.

Amanda McClellan é uma enfermeira da Austrália e Assessora Global de Emergência em Saúde Pública da Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (FICV). De Junho de 2014 a Janeiro de 2015, foi destacada para a África Ocidental, trabalhando na Serra Leoa, Libéria e Guiné. A Amanda foi responsável por dirigir as operações de saúde da FICV relacionadas com o Ébola, assumindo o papel de Assessora Técnica da operação. Nesta qualidade, apoiou a formação e supervisão de 200 clínicos e de 6 mil voluntários.

Infelizmente, os cadáveres são altamente contagiosos. Os enterros e rituais de enterro inadequados foram o catalisador de muitas infecções. Uma das principais responsabilidades de supervisão de Amanda consistia em garantir que os mortos fossem enterrados de uma maneira que fosse quer respeitadora da cultura do país quer, ao mesmo tempo, segura. O treino e a tutoria pessoal de saúde eram outros componentes importantes do seu papel. O apoio aos trabalhadores de saúde locais e aos voluntários da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho para que estejam mais preparados para responder a desastres e emergências de saúde é fundamental para promover uma maior resistência das comunidades a estas situações. Envolver as comunidades e trabalhar com elas para construir sistemas de saúde mais fortes que possam reduzir a fome e melhorar os resultados de saúde é uma função crítica dos programas de saúde da FICV.

Além desse trabalho de campo, grande parte do papel de Amanda consiste em representar a FICV em fóruns de coordenação e técnicos que assegurem que o papel das comunidades, voluntários e agentes de saúde locais é tomado em consideração pelas mais altas instâncias.

[20] «Defender e providenciar o aconselhamento sobre como iniciar e apoiar programas de saúde melhorados em alguns dos locais mais remotos e de difícil acesso de todo o mundo é uma garantia de que as iniciativas globais de saúde chegam às pessoas que delas necessitam e contribuem para os ODS a nível global e local.»

Enviado por Amanda McClellan, Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho

Caixa: Factos

Saúde Infantil

- Menos 17 mil mortes de crianças por dia do que em 1990, mas 6 milhões de crianças morrem antes do quinto aniversário.
- Desde 2000, as vacinas contra o sarampo evitaram quase 15,6 milhões de mortes.
- As crianças nascidas em situações de pobreza são quase duas vezes mais propensas a morrer antes dos 5 anos de idade do que as das famílias mais ricas.
- As principais causas de morte em crianças com menos de 5 anos são resultantes de complicações por parto prematuro, pneumonia, asfixia perinatal, diarreia e malária. Cerca de 45% de todas as mortes de crianças estão ligadas à malnutrição.

Saúde das mães

- A mortalidade materna diminuiu 50% desde 1990.
- Mais mulheres estão a receber cuidados pré-natais. Nas regiões em desenvolvimento, os cuidados pré-natais aumentaram de 65% em 1990 para 83% em 2012.
- Apenas metade das mulheres em regiões em desenvolvimento recebe a quantidade recomendada dos cuidados de saúde de que necessita.
- Menos adolescentes estão a ter filhos na maioria das regiões em desenvolvimento, mas o progresso neste sentido é agora mais lento.

VIH/SIDA

- No final de 2014, 13,6 milhões de pessoas tinham acesso à terapia anti-retroviral.
- Estimam-se em 2,1 milhões as novas infecções por VIH em 2013, menos 38% do que em 2001.
- No final de 2013, havia cerca de 35 milhões de pessoas com VIH.
- No final de 2013, entre os novos infectados pelo VIH estavam 240 mil crianças.
- As novas infecções por VIH em crianças diminuíram 58% desde 2001.
- A SIDA é actualmente a principal causa de morte de adolescentes (10-19 anos) em África e a segunda causa de morte mais frequente de adolescentes a nível mundial.
- As mortes relacionadas com a tuberculose em pessoas com VIH diminuíram 36% desde 2004.
  [42]

Malária

- Cerca de 3,2 mil milhões de pessoas − quase metade da população mundial – correm o risco de contrair malária.
- Mais de 6,2 milhões de mortes por malária foram evitadas entre 2000 e 2015, principalmente em crianças com menos de 5 anos de idade na África Subsariana. A taxa global de incidência de malária diminuiu cerca de 37%, e a taxa de mortalidade 58%.
- Em 2015, a África Subsariana registou 89% dos casos de malária e 91% dos óbitos por malária.

- Houve cerca de 214 milhões de casos de malária em 2014 e cerca de 438 mil mortes estimadas.
- Mais de dois terços (70%) de todas as mortes por malária são de crianças com menos de 5 anos.

  [43]

Caixa: Tuberculose

- Estima-se que, entre 2000 e 2013, as intervenções de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose salvaram 37 milhões de vidas. A taxa de mortalidade por tuberculose diminuiu 45% e a taxa de prevalência foi de 41%, entre 1990 e 2013.
- Em 2014, 9,6 milhões de pessoas ficaram doentes com tuberculose e 1,5 milhões morreram da doença.
- Em 2014, estima-se que um milhão de crianças tenham contraído tuberculose e 140 mil crianças morreram de tuberculose.
- A tuberculose é uma das principais causas de morte dos doentes seropositivos: em 2015, uma em cada três mortes por VIH foi devida à tuberculose.
- A tuberculose está entre as cinco principais causas de morte entre as mulheres dos 15 aos 44 anos.
- Cerca de um terço da população mundial tem tuberculose latente (isto é, foi infectado por bactérias da tuberculose, mas ainda não está doente e não pode transmitir a doença).
- Num ano, as pessoas com tuberculose activa podem infectar entre 10 e 15 outras pessoas através de contacto próximo.

  [44]

Imunização

- Actualmente, a imunização evita cerca de dois a três milhões de mortes por ano.
- Estima-se que 18,7 milhões de bébés em todo o mundo não recebam a vacinação básica.

  [45]

Pneumonia

- A pneumonia é a principal causa de morte infecciosa em crianças por todo o mundo, representando 15% de todas as mortes de crianças com menos de 5 anos.
- Em 2015, a pneumonia matou cerca de 922 mil crianças com menos de 5 anos.

Doenças não-transmissíveis

- As DNT matam 38 milhões de pessoas por ano.
- Quase três quartos das mortes por DNT - 28 milhões - ocorrem em países com baixos e médios rendimentos.
- Dezesseis milhões de mortes por DNT ocorrem antes dos 70 anos; 82% dessas mortes “prematuras” ocorrem em países com baixos rendimentos.
- As doenças cardiovasculares são responsáveis pela maioria das mortes por DNT, ou 17,5 milhões de pessoas por ano, às quais se seguem o cancro (8,2 milhões), as doenças respiratórias (4 milhões) e a diabetes (1,5 milhões).

- Estes quatro grupos de doenças são responsáveis por 82% de todas as mortes por DNT.
- O tabaco representa cerca de seis milhões de mortes todos os anos (incluindo os efeitos da exposição ao tabaco passivo) e prevê-se que aumente para oito milhões até 2030.
- Cerca de 3,2 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à insuficiência de actividade física.
- Mais de metade dos 3,3 milhões de mortes anuais causadas por bebidas nocivas provêm de DNT.
- Em 2010, 1,7 milhões de mortes anuais por causas cardiovasculares foram atribuídas ao excesso de ingestão de sal/sódio.
- Actividade física insuficiente é um dos 10 principais factores de risco para a morte em todo o mundo.

[46]

Caixa: Factos sobre a saúde mental

- 20% das crianças e adolescentes por todo o mundo sofrem de perturbações ou de problemas mentais.
- Cerca de metade das perturbações mentais começa antes dos 14 anos de idade.
- Em países com rendimentos baixos e médios, há apenas 1 psiquiatra infantil por cada 1 a 4 milhões de pessoas.As perturbações mentais e o uso de drogas são a principal causa de incapacidade em todo o mundo.
- Cerca de 23% de todos os anos perdidos por causa de incapacidade são causados por perturbações mentais e uso de drogas.
- Cerca de 800 mil pessoas suicidam-se todos os anos.
- O suicídio é a principal causa de morte nas pessoas entre os 15 e os 29 anos.
- Os distúrbios mentais são importantes factores de risco para outras doenças, bem como lesões intencionais e não-intencionais.
- O estigma e a discriminação para com os doentes e as famílias impedem que as pessoas procurem cuidados de saúde mental.
- As violações dos direitos humanos de pessoas com deficiências mentais e psicológicas são rotineiramente relatadas na maioria dos países.
- Globalmente, existe uma enorme desigualdade na distribuição dos recursos humanos qualificados para a saúde mental. Nos países com rendimentos baixos e médios, o número de enfermeiros especializados em saúde mental é de 0,42 por cada 100 mil pessoas, isto é: 70 vezes inferior ao dos países com rendimentos altos.

[47]

- Em todo o mundo, aproximadamente 450 milhões de pessoas sofrem de alguma forma de doença mental.
- As doenças mentais representam 13% do custo global das doenças, superando tanto as doenças cardiovasculares como o cancro.
- Após emergências humanitárias, a taxa de perturbações mentais comuns, como a depressão ou a perturbação de stress pós-traumático (PSPT), pode aumentar de uma taxa de base de 10% da população para os 15 a 20%.

- As taxas de desemprego entre pessoas com perturbações de saúde mental podem ser tão altas quanto 90%.
- A doença mental afecta não apenas os indivíduos mas também as suas famílias, aumentando os encargos dos cuidadores e reduzindo a capacidade de as pessoas afectadas contribuírem para as tarefas de subsistência, domésticas e comunitárias. [48]

Caixa: Factos sobre o Envelhecimento

- A população mundial está a envelhecer rapidamente.
- Até 2050, espera-se que 22% da população tenha mais de 60 anos (2 mil milhões de pessoas).
- Actualmente, existem 900 milhões de pessoas com mais de 60 anos (12% da população total).
- O envelhecimento pode ser mais generalizado do que o sexismo ou o racismo. [49]

- 340 milhões de idosos vivem sem qualquer rendimento assegurado.
- 45 milhões de pessoas de idade sofrem de demência.
- A taxa de prevalência de incapacidade entre os 65 e os 74 anos é de 44,6%.
- 26 milhões de idosos sofrem desastres todos os anos. [50]

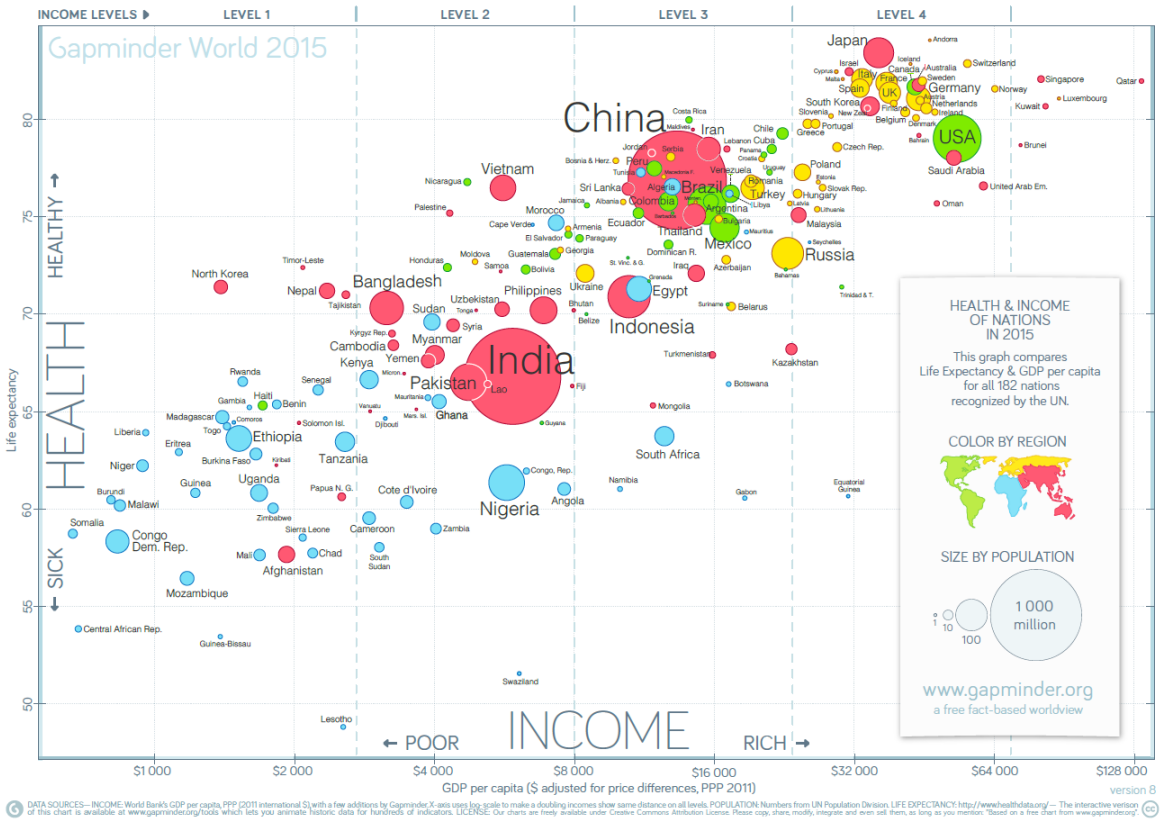


Figura 4. A esperança de vida por país e nível de rendimentos anual. Baseado num gráfico grátis da www.gapminder.org. [51]

Objectivo 4: Educação de qualidade

O município de Pemiscot no sudeste do Missouri rural, nos EUA, tem uma população de quase 20 mil residentes. Aproximadamente um quarto desta população é afro-americana, 30% vive abaixo do limiar de pobreza, 18% tem menos do que o ensino secundário e a taxa de desemprego é superior a 10%. Os factores de risco de doenças nesta região são chocantes, tendo o município a maior taxa de doenças cardiovasculares do Estado. Um estudo [52] realizado nesta região demonstrou que os níveis de educação tinham um impacto significativo nos encargos de saúde.

Caixa: Os benefícios sociais da educação

- Em todos os países da OCDE, espera-se que um licenciado do sexo masculino com 30 anos de idade viva mais oito anos do que um homem que não completou o ensino secundário.
- 80% dos licenciados votam, enquanto apenas 54% dos jovens adultos que não completaram o ensino secundário o fazem.
  [53]
- A prevalência do tabagismo é muito maior nas pessoas com menor escolaridade.
- O excesso de peso e a obesidade são mais prevalentes entre pessoas com menor escolaridade.
- Uma criança que nasce de uma mãe que sabe ler tem 50% mais probabilidades de sobreviver após os 5 anos de idade.
- Uma maior educação das raparigas vai contribuir para que controlem melhor quantas crianças terão quando adultas. No Mali, as mulheres com ensino médio ou superior têm uma média de três filhos, enquanto as que não têm educação têm uma média de sete crianças.
  [54]
- Um ano a mais de escolaridade aumenta os rendimentos dos indivíduos até 10%.
- 171 milhões de pessoas poderiam ser subtraídas à pobreza se todos os alunos abandonassem a escola com conhecimentos básicos de leitura.
- As crianças de mães educadas têm maior probabilidade de serem vacinadas e menor probabilidade de sofrerem de baixa estatura por causa da malnutrição. Na Indonésia, as taxas de vacinação infantil são de 19% quando as mães não têm educação e de 68% quando as mães têm educação secundária.
- As mulheres com educação pós-primária têm cinco vezes mais probabilidades de serem educadas para o tema do VIH e SIDA do que as mulheres analfabetas.
  [54]

O nível de escolaridade foi reconhecido como um importante determinante social da saúde. A educação desempenha um papel fulcral na definição das futuras oportunidades de emprego: influencia a tomada de decisões e as escolhas, e activa os recursos sociais e pessoais que são vitais para a saúde física e mental. De facto, o nível de escolaridade é um forte indicador da saúde e da qualidade de vida a longo prazo.

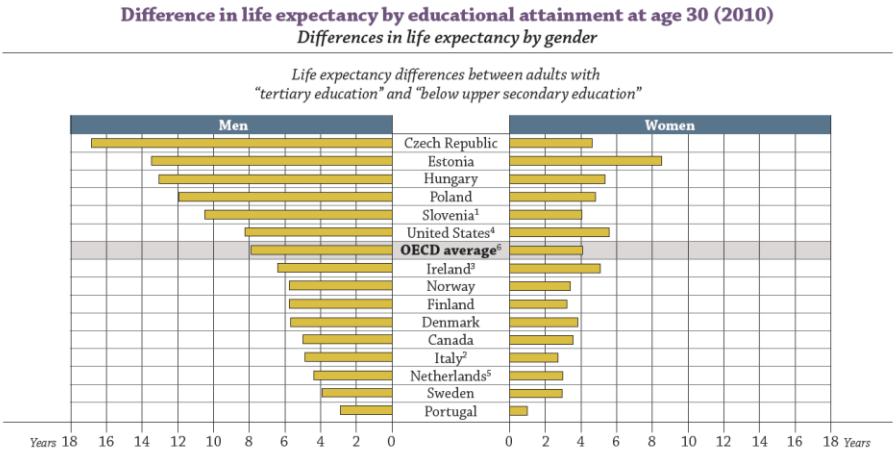


Figura 5. Diferenças nas esperanças de vida por nível de escolaridade atingido aos 30 anos de idade [53].

Caixa: Factos sobre a educação

- A matrícula na educação primária nos países em desenvolvimento atingiu 91%, mas 57 milhões de crianças não vão à escola.
- Mais de metade das crianças que não se matriculou na escola vive na África Subsariana.
- Estima-se que 50% das crianças não-escolarizadas em idade escolar vivam em áreas afectadas por conflitos.
- 103 milhões de jovens em todo o mundo carecem de conhecimentos básicos de literacia e, destes, mais de 60% são mulheres.

A educação tem o potencial de ser muito vantajosa para a pessoa, as famílias, comunidades e países, incluindo ao nível do emprego e rendimentos, mas também traz muitos benefícios sociais.

No entanto, nem todas as crianças têm acesso ou associado ao sector de saúde para cuidados de saúde integrais. Existem várias barreiras no acesso aos serviços de saúde, incluindo barreiras geográficas, financeiras, de transporte, socioculturais e disponibilidade de serviços. Os enfermeiros estão a trabalhar em parceria com os prestadores de serviços de educação como meio de promover a saúde e de prevenir doenças, de realizar exames precoces e de detectar doenças. Ao trabalhar com os prestadores de serviços de educação, essas barreiras podem ser diminuídas.

Estudo de Caso 4.1: O Programa Educação mais Saúde, EUA

« Education Plus Health elevates the school nurse's role to offer more comprehensive health care, ensuring accessibility to holistic primary care and preventive services for every student.»[21]

[21] «O Education Plus Health [Programa Educação mais Saúde] reforça o papel do enfermeiro da escola para oferecer cuidados de saúde mais abrangentes, assegurando a cada aluno a acessibilidade a cuidados primários holísticos e a serviços preventivos.»

Nos Estados Unidos, como em muitos outros países, as pessoas enfrentam uma miríade de potenciais barreiras no acesso a cuidados de saúde de alta qualidade, especialmente as crianças que vivem na pobreza. Nas áreas de grande pobreza da Filadélfia, a asma e a diabetes são as duas maiores preocupações enfrentadas pelas crianças, exacerbadas por altas taxas de obesidade (22% dos estudantes atendidos foram considerados obesos no ano passado).

Julie Cousler Emig é a Directora-Executiva do Programa Educação mais Saúde, uma organização sem fins lucrativos que melhora os resultados do ensino e saúde, proporcionando acesso a cuidados de saúde de alta qualidade e educação em saúde aos alunos directamente nas suas escolas. A grande maioria (75% a nível nacional) também presta serviços de saúde mental.

O Programa Educação mais Saúde pretende intervir em áreas carentes junto de populações de estudantes em situação de grande pobreza, identificado como o grupo que enfrenta mais barreiras à utilização consistente dos cuidados de saúde. A organização desenvolveu uma abordagem inovadora e baseada em evidências, visando atender melhor às necessidades de saúde dos alunos através de cuidados primários preventivos e intensivos.

O programa alcança mais de 7 mil pessoas anualmente através de 15 centros de saúde escolares, geridos por enfermeiros, em Filadélfia. O Programa Educação mais Saúde é um modelo «custo-eficaz», conduzido por enfermeiros com prática avançada, que trabalham em colaboração com um enfermeiro para prestar cuidados de Enfermagem e cuidados primários em escolas. Os profissionais de Enfermagem trabalham para obter a colaboração do centro médico do aluno e de especialistas para prestarem às crianças vulneráveis cuidados de saúde envolventes e holísticos.

Os alunos matriculados são todos elegíveis para o programa de almoços escolares grátis, financiado pelo governo federal, que é geralmente disponibilizado aos alunos cujos rendimentos familiares estão abaixo do limiar de pobreza. No âmbito deste programa, muitos alunos encontram-se agora alojados em habitações públicas; alguns deles não têm alojamento ou não tiveram alojamento no passado. O objectivo é combater as desigualdades, com base no princípio de que a saúde está directamente relacionada com os resultados escolares, sendo por isso fundamental abordar estas duas vertentes para melhorar as oportunidades dos alunos. Este modelo constitui a porta ideal para que os enfermeiros com prática avançada possam monitorizar as crianças que têm necessidades especiais de saúde e, assim, trabalhar em colaboração com os prestadores de cuidados primários e especialistas, cujo tempo com as crianças está limitado às visitas ao consultório ou às hospitalizações, e intervir prontamente quando as crianças enfrentam uma crise grave de saúde.

O sucesso do Programa Educação mais Saúde apoia-se em quase 40 anos de investigação, o que confirma o impacto positivo que os centros de saúde escolares têm sobre o desempenho e bem-estar dos alunos e também sobre a redução de custos para a sociedade.

Entre outros efeitos positivos, o programa conseguiu reduzir o absentismo, especialmente entre os alunos asmáticos. Os alunos obtêm melhores resultados escolares e as taxas de assiduidade aumentaram, ao mesmo tempo que diminuiram os atrasos, os problemas disciplinares e as reprovações.

O programa também reduziu a afluência injustificada às urgências e os custos com os seguros financiados pelo erário público em geral, bem como as taxas de hospitalização das crianças asmáticas. Além disso, 56% dos asmáticos têm demonstrado uma maior assiduidade nas aulas nos últimos três anos.

Este programa consegue fazer com que os jovens usem os serviços de saúde mental: os estudantes urbanos são 21 vezes mais susceptíveis de recorrer aos centros de saúde escolares devido a problemas de saúde mental do que aos centros de saúde comunitários tradicionais.

Enviado por Julie Cousler Emig, Directora Executiva, Programa Educação mais Saúde

Objectivo 5: Igualdade de género

Hoje em dia, em algumas partes da África, as adolescentes têm sete vezes mais probabilidades de contraírem VIH do que os seus homólogos masculinos, e a SIDA é a principal causa de morte entre as raparigas e as mulheres em idade reprodutiva [55]. Embora seja uma tragédia terrível para qualquer pessoa contrair VIH, estamos aqui em presença de um claro sintoma de uma grande injustiça: a desigualdade de género. A igualdade de género é um direito humano fundamental. Apesar disso, em muitas comunidades as jovens e as meninas não são tratadas como iguais. Muitas delas não podem diminuir a sua vulnerabilidade a doenças como o VIH porque não lhes é permitido tomar decisões sobre os seus próprios cuidados de saúde ou corpos. Não podem escolher com que idade se casam, com quem casar, quando ter relações sexuais, como se proteger ou quantos filhos ter. Estão também sujeitas a taxas dramáticas de violência física e sexual.

Caixa: Desigualdades de género 2015

- 495 milhões de mulheres são analfabetas (64% de todos os adultos analfabetos).
- As mulheres recebem 20 a 30% menos do que os homens por um trabalho equivalente.
- Proporção de mulheres nos parlamentos nacionais: 27%.
- As mulheres representam 29% dos empresários.
- Na União Europeia
    - 1 em cada 3 meninas sofreu violência física ou sexual;
    - Nas meninas até aos 15 anos de idade, 5% foram violadas;
    - 500 mil mulheres correm o risco de mutilação genital feminina;
    - O género feminino tem um maior risco de ser vítima de tráfico de seres humanos;
- Duas a 10 vezes mais tempo de trabalho não-remunerado.
- 140 milhões de meninas e de mulheres vivem actualmente com as consequências da mutilação genital feminina.
- Uma em cada nove meninas casou-se antes dos 15 anos de idade.
  [56]

Os efeitos nocivos da desigualdade de género estendem-se por muitas áreas e encontram-se em todas as sociedades. A igualdade de género é importante principalmente porque afecta a capacidade das pessoas de fazerem escolhas em relação aos seus direitos humanos básicos. A desigualdade de género prejudica a saúde de milhões de mulheres e de meninas, em consequência de padrões alimentares discriminatórios, violência contra as mulheres, falta de acesso a recursos e oportunidades e falta de poder de decisão sobre a sua própria saúde. Encontram-se preconceitos ligados ao género a todos os níveis: no poder, recursos, direitos, normas e valores e na organização dos serviços.

Enquanto profissão dominada pelas mulheres e que testemunha as disparidades entre os sexos na saúde, os enfermeiros podem contribuir de forma decisiva para a redução dessas desigualdades. O ICN desempenhou um papel fundamental no estabelecimento da agência especializada das Nações Unidas para mulheres, a ONU Mulheres. Enfermeiras de muitos países escreveram ao Painel da ONU para a Coerência do Sistema no sentido de apoiar a criação de uma única organização destinada a executar o mandato da ONU em matéria de igualdade de género e de progresso das mulheres. De acordo com Paula Donovan, Assessora-Sénior para as Questões das Mulheres e Crianças, no Gabinete do Enviado Especial da ONU para a SIDA em África, os enfermeiros desempenharam um papel mais fundamental do que qualquer outra força lobista. Donovan acredita que a preocupação dos enfermeiros manifestou-se de uma forma tão extraordinariamente influente que ajudou a persuadir os membros do painel a levar a sério esta questão [57].

Em 2016, o relatório dos Grupos Parlamentares sobre Saúde Global, «*Efeitos Triplos − Em que medida o desenvolvimento da Enfermagem vai contribuir para melhorar a saúde, promover a igualdade de género e apoiar o crescimento económico»,* defendeu que o aumento do número de enfermeiros e o desenvolvimento da Enfermagem também têm efeitos triplos: melhoria da saúde, promoção da igualdade de género e apoio ao crescimento económico. Este relatório conclui que «desenvolver e investir em enfermeiros − a grande maioria dos quais são mulheres − vai contribuir para aumentar a sua capacidade económica e de liderança comunitária. Melhorar a saúde e dar mais poder às mulheres, por sua vez, vai fortalecer as economias locais». [58]

Os enfermeiros podem combater a desigualdade de género e ajudar a dar mais poder às mulheres de várias maneiras. Por exemplo, os enfermeiros no Quénia estão a ajudar as mulheres na aprendizagem do planeamento familiar a fim de melhorar a saúde delas e a dos filhos. Um artigo de Peter Abwao de IntraHealth International, de 2015, relatou o impacto que os enfermeiros estavam a ter junto de mulheres pobres e, muitas vezes, analfabetas, nas áreas rurais do município de Mombaça, ajudando-as a tomar as suas próprias decisões sobre a sua vida reprodutiva [59].

Estudo de Caso 5.1: Reduzir o estigma devido ao VIH, Zâmbia

Na Zâmbia, os enfermeiros trabalham em parceria com outras organizações para garantirem os direitos das mulheres quando se trata da gestão e tratamento de pessoas com VIH/SIDA. A Diocese Católica de Ndola, na Zâmbia, criou um Programa Integrado de SIDA que contempla a colaboração entre a Enfermagem e a assistência médica, apoio socioeconómico, jurídico e de direitos humanos e apoio psicológico. Existem parcerias estreitas com organizações governamentais e não-governamentais para prestarem assistência à comunidade. Em clínicas de Enfermagem e em instalações comunitárias, os enfermeiros prestam informações às famílias sobre a transmissão do VIH e a tuberculose e corrigem as ideias erradas. Eles promovem a consciencialização da necessidade de as pessoas com VIH receberem amor e apoio das famílias e amigos, procurando assim reduzir o estigma associado à doença. Como parte do seu trabalho, colaboram com instituições legais e com voluntários na área dos direitos humanos e outros para obterem protecção legal contra o abuso de crianças e a violência contra as mulheres, e evitar que os bens das viúvas sejam apreendidos pelas famílias do falecido marido. Como resultado deste

trabalho,é cada vez maior o número de mulheres que procura os serviços de Enfermagem para receber os cuidados e o tratamento de que necessitam [60].

Na África do Sul foram lançados programas em que os cuidados do VIH são integrados em serviços de saúde primários dirigidos por enfermeiros. Os enfermeiros estão a facultar, nas suas clínicas de cuidados de saúde primários, terapia anti-retroviral de primeira linha (TARV), cuidados de saúde sexual e outros cuidados holísticos [61]. Isso provocou um aumentou do número de mulheres com acesso ao tratamento, principalmente após abuso sexual. Espera-se que, através da melhoria do acesso à TARV em áreas com uma oferta escassa de assistência médica, se consiga uma redução da transmissão do VIH.

Caixa:

A Enfermagem enquanto profissão está a ser usada para promover a igualdade de género. Embora a Enfermagem não seja, e não deva ser vista, como uma profissão exclusivamente feminina, as mulheres constituem actualmente a grande maioria da força de trabalho da Enfermagem. Ao tornarem-se enfermeiras, muitas meninas e mulheres em todo o mundo acedem à educação formal e a programas de formação, e assim podem auferir de rendimentos próprios e ganharem o respeito nas suas comunidades. Isso liberta-as do ciclo da pobreza. Além disso, uma mão-de-obra de Enfermagem competente, qualificada e com poder está a ajudar outras mulheres a melhorar a sua saúde e bem-estar [58].

Estudo de Caso 5.2: Apoiar a educação das meninas, Bangladeche

A Escola de Enfermagem Grameen Caledonian, em Dhaka, no Bangladeche, criou uma parceria entre o Banco Grameen e a Universidade Glasgow Caledonian para apoiar meninas das comunidades rurais na formação em Enfermagem e Enfermagem obstétrica. A sua educação é paga através um empréstimo social com juros baixos que será reembolsado quando elas começam a trabalhar em saúde na comunidade rural. «Esta parceria constitui um modelo de formação sustentável, em que são facultadas às alunas competências que terão um impacto real na saúde das comunidades rurais, aumentando ao mesmo tempo o seu estatuto social e os seus rendimentos, e tornando-as úteis para as famílias e comunidades.» [58]

Estudo de Caso 5.3: A desigualdade de género em Enfermagem, EUA

«Better understanding that nurses are autonomous, educated science professionals will strengthen nursing care, education and research, allowing nurses to save more lives.»[22]

A profissão de Enfermagem não ficou imune à desigualdade de género. Já que a profissão permanece predominantemente feminina, a forma como os enfermeiros são tratados numa determinada sociedade reflecte com frequência a forma como as mulheres são tratadas.

[22] «A compreensão de que os enfermeiros são profissionais de ciência, autónomos e qualificados vai reforçar os cuidados, a formação e a investigação de Enfermagem, permitindo assim aos enfermeiros salvar mais vidas.»

Infelizmente, nos meios de comunicação social os enfermeiros são muitas vezes retratados segundo estereótipos femininos: criadas pouco qualificadas, objectos sexuais, anjos ou machados de guerra. Os meios de comunicação social ainda tendem a concentrar-se no trabalho dos médicos e a desvalorizar as conquistas clínicas e de investigação dos enfermeiros. Em muitas séries de televisão, os médicos, que são com frequência personagens masculinas, recebem todo o crédito pelos cuidados de saúde significativos, enquanto a maioria dos enfermeiros do sexo feminino presta assistência na sombra, não revelando grande autonomia ou habilidade. Estas personagens podem reflectir a tentativa de os autores destas séries criarem um efeito cómico ou respeitarem os objectivos de diversidade étnica mas com um esforço mínimo. E, claro, o médico-chefe masculino parece mais heróico quando visto ao lado de enfermeiras subservientes. Mesmo os programas «progressistas» que apresentam médicas e incluem enfermeiros homens tendem a reflectir as mesmas ideias feitas, acrescentando-lhes ainda o estereótipo de género de que os enfermeiros homens são homossexuais ou fracos. A publicidade explora também a imagem da «enfermeira atrevida», que sugere que as enfermeiras servem sobretudo para oferecerem sexo a doentes ou a médicos. Os meios de comunicação social contribuem muitas vezes para reforçar na sociedade global estes equívocos sobre a Enfermagem.

A Enfermagem deve contestar estes equívocos. A enfermeira Sandy Summers é uma das principais defensoras dos enfermeiros e é a fundadora e directora-executiva da organização internacional sem fins lucrativos *The Truth About Nursing* [A Verdade sobre a Enfermagem], que contesta os estereótipos e educa o mundo para a importância da Enfermagem. Sandy tem trabalhado incansavelmente desde 2001 para encorajar as representações mais adequadas da profissão e para confrontar os meios de comunicação social sobre as numerosas representações erróneas dos enfermeiros. Esta organização gere um *site* muito vasto que inclui análises da Enfermagem nos meios de comunicação social e que tem desenvolvido muitas campanhas de protecção da profissão. Como resultado do seu trabalho, foram muitos os programas e campanhas publicitárias que mudaram as suas representações dos enfermeiros.

Apresentado por Sandy Summer, Fundadora e Directora-Executiva de A Verdade sobre a Enfermagem

Caixa:

Faça com que a pessoa responsável tenha sempre presente na sua cabeça esta pergunta simples (em vez de «Como é que posso eu fazer sempre a coisa certa?»): Como é que eu posso fazer para que essa coisa certa seja sempre feita?
Florence Nightingale (1859) «Notas sobre a Enfermagem»

Objectivo 6: Água potável e saneamento

A Scovia, de 16 anos, vive na aldeia de Opolin, no Uganda. Ela espera um dia poder ter a educação e a formação para ser enfermeira, porque quer «salvar a vida das pessoas».

Surtos periódicos de diarreia, juntamente com seu ciclo menstrual, fazem com que a Scovia falte regularmente à escola. A escola que frequenta não tem água para lavar as mãos e tem muito poucas casas de banho. Depois de ir à casa de banho ou quando está com o período, a Scovia tem medo de tocar em qualquer coisa e de comer, porque as suas mãos não estão limpas. Como muitos dos seus amigos da escola, ela fica frequentemente doente e é incapaz de frequentar a escola. Como consequência, tem dificuldade em preparar-se para os exames e reprova muitas vezes. Para a Scovia, isso é preocupante porque o seu desejo em se tornar enfermeira e quebrar o ciclo da pobreza está cada vez mais difícil de alcançar [62].

Caixa: Factos e dados

- Globalmente, pelo menos 1,8 mil milhões de pessoas utilizam para beber uma fonte de água contaminada por fezes.
- A água contaminada pode transmitir doenças como diarreia, cólera, disenteria, febre tifóide e poliomielite. Estima-se que a água para beber contaminada cause 502 mil mortes por diarreia por ano.
- Até 2025, metade da população mundial estará a viver em áreas carentes em água.
- Desde 1990, 2,6 mil milhões de pessoas passaram a ter acesso a uma fonte melhorada de água potável.
- Em 2015, 91% da população mundial tinha acesso a uma fonte melhorada de água potável.
- 663 milhões de pessoas em todo o mundo contam com fontes de água não-melhoradas, incluindo 159 milhões de pessoas dependentes de águas superficiais.

[63]

- Estima-se que, pelo menos, 10% da população mundial consuma alimentos irrigados por águas residuais [64].
- Duas em cada cinco pessoas sem acesso a uma fonte melhorada de água potável vivem em África [65].
- Em 2025, espera-se que a escassez de água afecte mais de 1,8 mil milhões de pessoas – principalmente trabalhadores agrícolas e agricultores pobres [66].

Água segura e prontamente disponível é importante para a saúde pública, seja ela usada para beber, para uso doméstico, produção de alimentos ou fins recreativos. A melhoria do abastecimento de água e das condições de saneamento é fundamental para melhorar a vida de milhões de pessoas, promover o crescimento económico dos países e reduzir a pobreza.

Uma das grandes tragédias é que também há falta de água potável nos ambientes de prestação de cuidados de saúde. Em 2015, foi realizado um estudo em 66 mil unidades de saúde de 54 países de rendimentos baixos e médios. O relatório concluiu que mais de um terço dessas instalações não dispunha de água e de sabão suficientes para que o pessoal e os doentes lavassem as mãos e respeitassem os princípios básicos de higiene [67].

A água suja e a falta de casas de banho seguras estão entre as cinco principais causas de morte das mulheres em todo o mundo. Sem essas instalações básicas, os centros de saúde não podem prevenir e controlar adequadamente as infecções, colocando as mães e os seus filhos em risco durante o parto. Quando não há casas de banho, as mães em trabalho de parto podem ter de sair das instalações para se aliviarem e tendem a deixar os estabelecimentos de saúde algumas horas após o parto, o que lhes deixa pouco tempo para receberem conselhos e apoio [68].

O acesso à água potável, saneamento e higiene em estabelecimentos de saúde é fundamental para a prestação de serviços de qualidade e para o avanço da saúde. A higiene das mãos é uma das intervenções mais rentáveis na protecção da saúde e os enfermeiros são fundamentais para garantirem que isso é possível em cada centro de saúde.

Estudo de Caso 6.1: Melhorar as condições de saneamento, Uganda

Philomena Okello é uma profissional de Enfermagem sénior num hospital de referência em Lira, no Uganda. O hospital tem capacidade para 22 mulheres por dia, mas por rotina recebe mais de 100 mulheres. Philomena presenciou ela própria os efeitos devastadores da falta de água potável e de saneamento em muitas unidades de saúde do Uganda. No entanto, Philomena acredita que «se for dado poder às pessoas, elas podem exigir que seja instalada água potável».

Philomena liderou um movimento entre os profissionais de saúde e a comunidade para introduzir melhorias nos hospitais com vista a um melhor acesso à água potável, saneamento e higiene (WASH). Em consequência disso, foram feitas enormes melhorias nos últimos dois anos. Philomena sublinhou que as pessoas devem ter conhecimento do programa WASH e devem ser encorajadas a exigir esse direito. Ela exorta os seus funcionários e doentes a militarem em movimentos que exigem esse direito. «Temos direito

a ser ouvidos, mas isso não é tudo. Também temos direito a que os nossos pedidos sejam atendidos e a sermos envolvidos na solução do problema. Esta é a única forma de se realizar uma mudança sustentável», afirma [69].

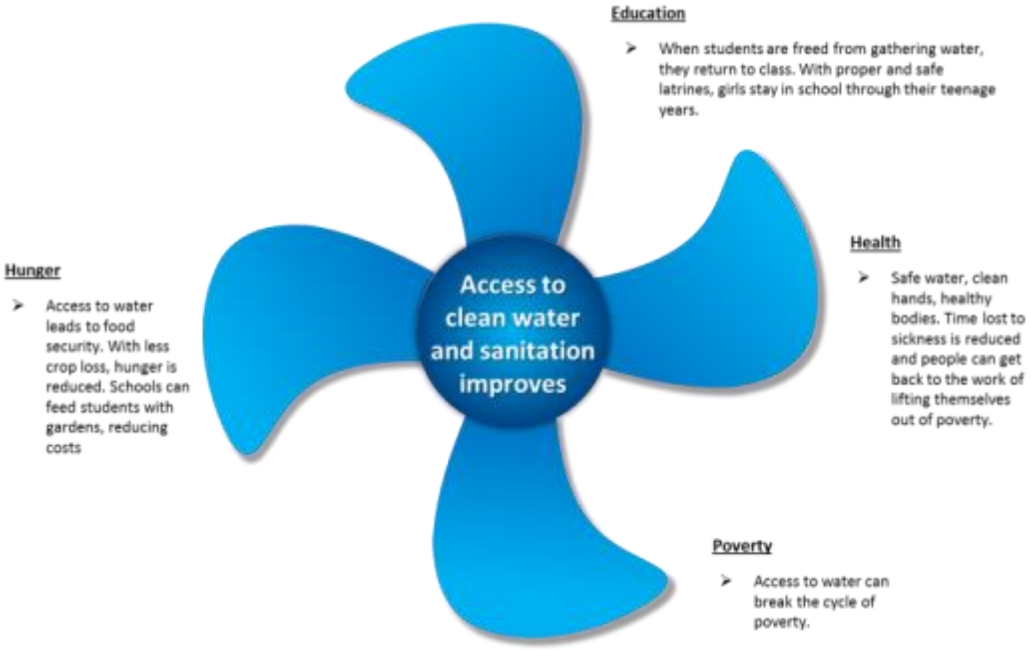


Figura 6. Impacto da água potável na saúde [70].

Caixa:

Um estudo em 66 mil instalações de saúde em países com rendimentos baixos ou médios descobriu que:

- Presença de uma fonte ou de um abastecimento de água dentro ou perto das instalações de saúde (num raio de 500 metros) para beber, higiene pessoal, actividades médicas, limpeza, lavandaria e cozinhar − **38% sem acesso**.
- Presença de latrinas ou de sanitários na instalação (não se considera aqui a funcionalidade ou acessibilidade) − **19% sem acesso**.
- Disponibilidade de locais de lavagem das mãos com sabão ou álcool dentro das instalações de saúde − **35% sem acesso**.
  [67]

Caixa:

O doente de diálise médio está exposto a mais água num ano do que a pessoa média bebe durante toda a vida. Embora seja importante para a saúde pública que a água seja potável, isso ainda é mais importante para uma pessoa em diálise. As pessoas com doença renal que necessitam de diálise desejam fazer esse tratamento o mais perto possível de casa. Apesar de a diálise em casa poder ser a opção preferida por reduzir as viagens, a

quantidade e a qualidade da água podem impedir a viabilidade deste modelo de qualidade de vida.
Ingestão diária média

- Ingestão normal − 1,5 litros através do tracto gastrointestinal;
- Diálise − 360 litros de solução de diálise expostos ao sangue através da membrana do dialisador por tratamento;
  [71]

Caixa:

Em 1854, Florence Nightingale levou uma equipa de 38 enfermeiras para cuidar dos soldados britânicos durante a Guerra da Crimeia. Encontrou soldados feridos e a morrer em condições sanitárias horríveis. Estavam a morrer dez vezes mais soldados de doença do que de ferimentos de guerra. Nessa altura, o sucesso de Nightingale deveu-se, em grande parte, à sua preocupação com o saneamento e à sua relação com a mortalidade. Os esgotos foram limpos, a ventilação melhorada e os lençóis lavados distribuídos [72].

Objectivo 7: Energia acessível e limpa

... o número anual de mortos devido à poluição do ar em ambientes fechados continuará a ser superior a 1,5 milhões de pessoas − uma taxa mais elevada do que a da malária e da tuberculose... [73]

Em Totorabamba, no Peru, a Espirita está agachada junto a um lume aceso, a tostar grãos de cevada. No telhado de colmo da sua cabana há fuligem preta grossa, a recordar as partículas que ela inala quando cozinha. Para os milhões de pessoas que cozinham desta forma todos os dias, isso corresponde a fumar cerca de 400 cigarros por dia [74].

A poluição do ar em ambientes fechados afecta principalmente as pessoas dos países de baixos e médios rendimentos, que representam 82% da população mundial [75]. Esta poluição está classificada entre os dez maiores riscos para a saúde [10], mesmo à frente da água não potável, como uma causa de morte nesses países.

A OMS atribui 22% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) à poluição do ar em ambientes fechados provocada por combustíveis sólidos. A DPOC conduz à morte de bebés que nasceram com pouco peso, causa pneumonia em crianças e problemas cardíacos e pulmonares em adultos. A ONU estima que cerca de três mil milhões de pessoas cozinhem em fogueiras e fogões tradicionais [75].

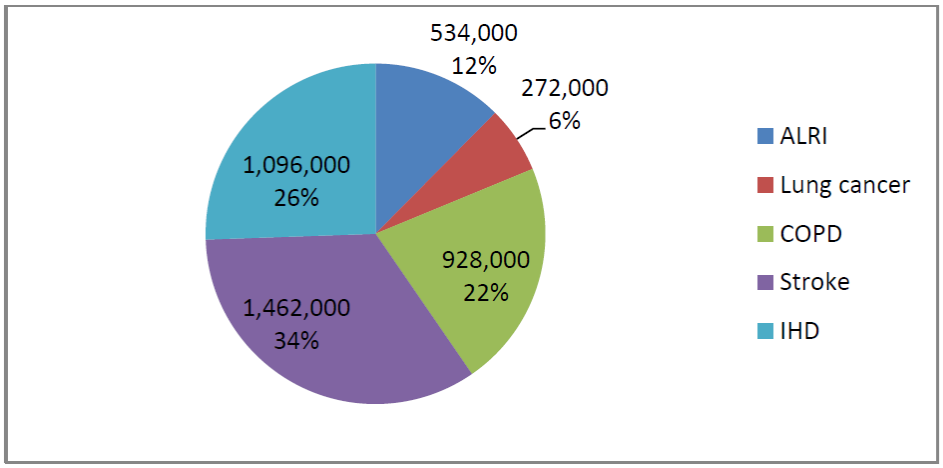


Figura 7. Mortes atribuíveis à Poluição Atmosférica Doméstica, em 2012, por doença [75].

O acesso insuficiente a energia limpa tem um efeito profundo e de grande impacto na saúde. Afecta a capacidade de comunicação de mensagens de promoção da saúde e de prevenção de doenças; as condições que influenciam directamente a saúde (p.e., acesso à água potável, poluição do ar interior, malnutrição); limita os serviços que podem ser oferecidos de forma segura dentro das unidades de saúde (p.e., desde o armazenamento de medicamentos até a provisão de radioterapia); e impede os profissionais de saúde de

quererem trabalhar nessas áreas (p.e., isolamento e incapacidade de exercer por não haver os instrumentos apropriados).

É importante que reconheçamos a importância da energia limpa e os seus efeitos na saúde e na prestação de serviços de saúde. Os enfermeiros cuidam todos os dias de pessoas como a Espirita. No âmbito desses cuidados, devemos perguntar-nos, em primeiro lugar, como podemos ajudar as pessoas se as enviamos de volta para o lugar que as tornou doentes?

Caixa: Factos e Dados

- Percentagem da população mundial com acesso à electricidade − 85%.
- 1,1 mil milhões de pessoas sem acesso à electricidade.
- Acesso a combustíveis e tecnologias limpas − 58%.
- 2,8 mil milhões de pessoas dependem de madeira, carvão, resíduos animais ou vegetais para cozinhar os seus alimentos ou aquecerem as suas casas [76].
- Mais de quatro milhões de pessoas morrem prematuramente de doenças atribuídas à poluição atmosférica doméstica por cozinharem com combustíveis sólidos.
- Mais de 50% das mortes prematuras devido a pneumonia em crianças com menos de 5 anos são causadas por partículas (fuligem) inaladas do ar poluído das suas casas.
- 4,3 milhões de mortes prematuras anuais devido a DNT, incluindo AVC, doença cardíaca isquémica, DPOC e cancro do pulmão, são atribuídas à exposição do ar doméstico poluído [77].

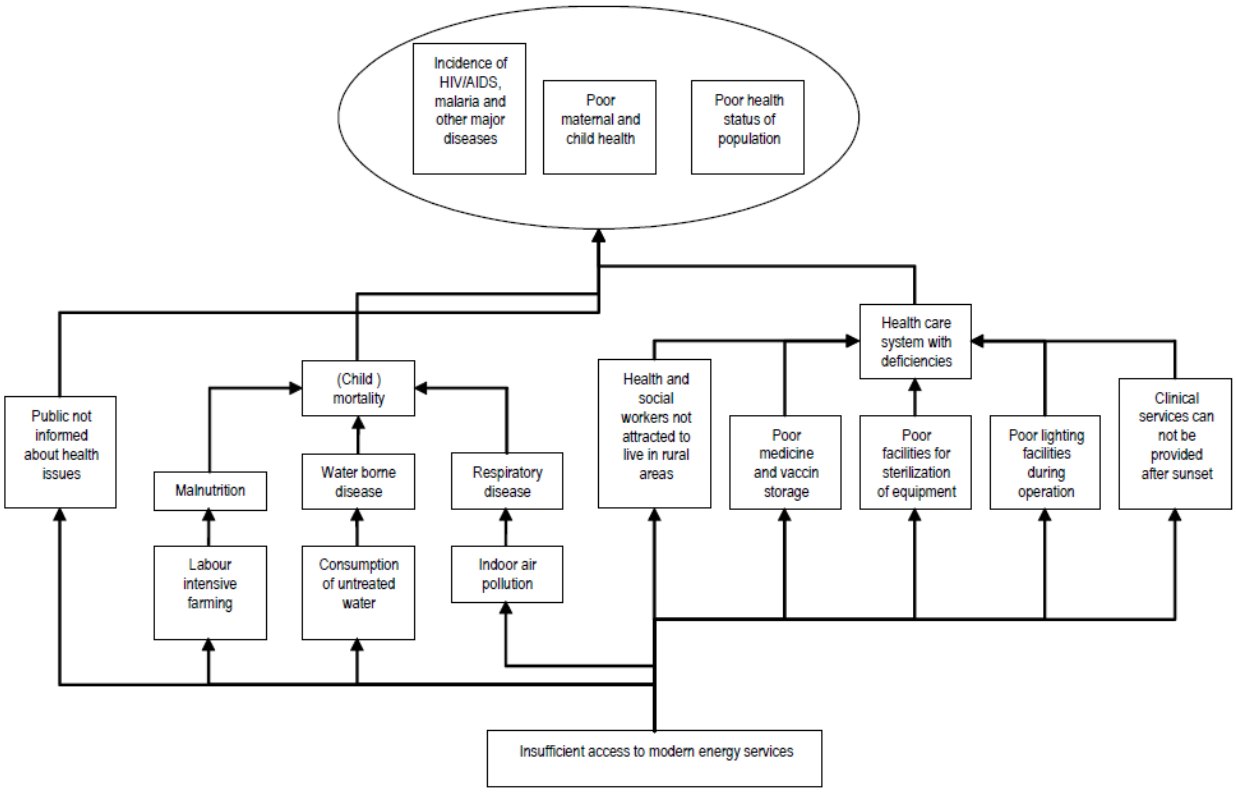


Figura 8. O impacto de um acesso insuficiente à energia na saúde [78].

Estudo de Caso 7.1: Fazer face à DPOC, China

A DPOC é a principal causa de morbidade e de mortalidade na China. Esta doença tem uma série de causas, incluindo o fumo do tabaco, a susceptibilidade genética e a poluição do ar interior devido ao uso de combustíveis sólidos [79].

A DPOC é uma doença caracterizada por limitações persistentes do fluxo de ar, geralmente progressivas e não totalmente reversíveis. O peso da doença é alto, pois leva à incapacidade e prejudica a qualidade de vida. Esta doença também representa um grande encargo económico sobre os doentes, representando cerca de 40% dos rendimentos anuais médios das pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais da China.

Em Guangzhou, China, uma clínica gerida por enfermeiros oferece cuidados respiratórios para a DPOC e melhorou a qualidade de vida de muitos doentes. A clínica tem-se concentrado em doentes com DPOC que correm alto risco de hospitalização. O programa inclui a estratificação do risco de cada doente, uma avaliação holística das suas necessidades, visitas ao domicílio em função das necessidades, a capacitação do doente e um serviço de contacto disponível 24 horas por dia. O programa reduziu as exacerbações agudas da doença, melhorou a qualidade de vida relacionada com a saúde e reduziu as despesas médicas dos doentes [80].

Caixa: Acesso a tecnologia que salva vidas.

A energia limpa e acessível também é importante para a detecção e cura de doenças, como o cancro. O diagnóstico precoce permanece a pedra angular do controlo do cancro da mama. Quando o cancro da mama é detectado cedo e há tratamento disponível, há também uma boa probabilidade de que possa ser curado. Infelizmente para muitos países de rendimentos baixos e médios, a radioterapia é uma opção inatingível. A Agência Internacional da Energia Atómica e a Agência para a Energia Nuclear afirmam que apenas 25% dos doentes que necessitam de radioterapia em países com rendimentos baixos e médios têm acesso a ela. A maioria dos países com rendimentos elevados tem, pelo menos, uma unidade de radioterapia disponível para cada 250 mil pessoas. Em contrapartida, em quase 20 países de rendimentos baixos e médios, está disponível uma unidade para mais de cinco milhões de pessoas e, em alguns casos, para 20 milhões de pessoas ou mais [81].

Cada ano, cerca de meio milhão de mulheres morre de cancro da mama. Setenta por cento dessas mortes ocorrem em países com rendimentos baixos e médios [82]. A taxa de sobrevivência a cinco anos difere dramaticamente entre os países. Por exemplo, na Jordânia a sobrevivência a cinco anos para o cancro da mama é de 43%, em comparação com 89% nos EUA. Em alguns países africanos, menos de 15% dos doentes com cancro sobrevivem cinco anos após o diagnóstico de cancro cervical ou da mama [83].

Nos países com rendimentos baixos ou médios, a questão não se prende apenas com o acesso ao equipamento de radioterapia. O problema está muitas vezes relacionado com a energia sustentável para que as máquinas funcionem adequadamente. Se não houver uma fonte fiável de electricidade, as máquinas de radioterapia não podem operar e há um maior o risco de avaria das máquinas altamente complexas. Isso significa que os padrões de tratamento dos doentes serão afectados. Até que os países de baixos e médios rendimentos possam adquirir a capacidade adequada para fornecerem radioterapia, milhões de doentes

com cancro em todo o mundo continuarão a ser privados de um recurso essencial de tratamento e paliativo. Para que isso ocorra, é necessária uma fonte fiável de energia [81].

Objectivo 8: Trabalho digno e crescimento económico

«I hear nurses say, 'I am just a nurse.' Can you imagine that? The most important person in a hospital and we discount our value. Nurses are the cornerstone of healthcare, and yet they don't respect what they do.»[23]

> Margaret McClure (antiga Directora-chefe de Enfermagem no NYU Medical Center e investigadora pioneira dos Magnet Hospitals).

O surto de Ébola em 2014 teve um efeito devastador em vários países da África. Causou a morte de milhares de pessoas e teve um impacto importante nas condições socioeconómicas. Demonstrou uma fraqueza dos sistemas nacionais de saúde pública e da ajuda de emergência mundial, devido a problemas na disponibilidade da mão-de-obra e dos recursos necessários para gerir a epidemia.

A 17 de Março de 2016, a OMS assinalou o fim do recrudescimento do vírus Ébola na Serra Leoa [84]. Hoje, o país ainda permanece em alerta para garantir que a epidemia não regresse novamente.

No entanto, continua a ser uma preocupação crítica o facto de os enfermeiros da Serra Leoa não terem sido pagos durante meses. Este tipo de trabalho é muitas vezes efectuado de forma voluntária. É por esta razão que muitos enfermeiros estão hoje a abandonar a profissão em troca de oportunidades de trabalho em que possam receber rendimentos fixos. Tudo isto é prejudicial para a prestação de serviços de saúde no país e, ao mesmo tempo, coloca a Serra Leoa em risco de ser incapaz de gerir outra epidemia [85].

Caixa: Factos

- O desemprego no mundo está a aumentar, com quase 202 milhões de pessoas sem trabalho em 2012.
- 2,2 mil milhões de pessoas vivem abaixo do limiar de pobreza dos 2 dólares americanos.
- São necessários 470 milhões de postos de trabalho a nível mundial para as novas entradas no mercado de trabalho entre 2016 e 2030.
  [86]
- Faltam 7,2 milhões de trabalhadores na área da saúde.
  [38]

O acesso a uma força de trabalho de saúde altamente qualificada e formada é fundamental para melhorar os resultados de saúde locais, nacionais e globais. Em 2013, a OMS emitiu um relatório intitulado «Uma Verdade Universal: Não Há Saúde sem Força de Trabalho» [38]. As conclusões do relatório destacam que os avanços registados na saúde podem ser atribuídos a uma maior disponibilidade dos profissionais de saúde.

[23] «Ouço os enfermeiros dizer: "Eu sou apenas um enfermeiro." Será possível? Somos a pessoa mais importante num hospital e desvalorizamos o nosso papel. Os enfermeiros são a pedra angular dos cuidados de saúde e, no entanto, não respeitam o que fazem.»

Caixa: Factos Quénia

Um aumento da despesa actual com a saúde em 932 milhões de dólares americanos anualmente ao longo de 20 anos permitiria evitar 54 mil mortes e teria um retorno económico de 14 dólares por cada dólar gasto [87].

Embora se possa pensar que representa uma perda para a economia, o investimento em profissionais e em infra-estruturas de saúde tem, na realidade, o efeito oposto. O sector da saúde é um sector económico fundamental e gerador de empregos. A procura de serviços de saúde continua a aumentar, criando milhões de novos postos de trabalho. Ao investir em novos postos de trabalho na saúde, estima-se um retorno dos investimentos de nove para um. As investigações nesta área também sugerem que, para cada ano extra de esperança de vida, o PIB aumenta em quatro por cento [88].

A Comissão de Alto Nível sobre o Emprego na Saúde e o Crescimento Económico [88] afirmou que os investimentos no emprego na área da saúde podem melhorar as economias, aproximar os países da cobertura universal de saúde e agir como um baluarte contra epidemias como o Ébola. Com o aumento da população e a incidência de doenças não-transmissíveis, em 2030 serão necessários cerca de 40 milhões de profissionais de saúde em todo o mundo.

Para alcançar esta força de trabalho que é necessária, terão de ser implementadas estratégias para atraírem e manterem as pessoas na profissão de Enfermagem. As estratégias para o recrutamento de Enfermagem e a manutenção da força de trabalho exigem que sejam resolvidas certas questões importantes, nomeadamente nas seguintes áreas: educação − incluindo o efeito de desgaste dos cursos de licenciatura, acesso à educação de pós-graduação e progressão de carreira e oportunidades de formação contínua; remuneração adequada; condições de trabalho − incluindo a dotação de pessoal e a combinação de competências, as horas de trabalho, uma maior compatibilidade da profissão de Enfermagem com a vida de família; e um ambiente de trabalho seguro, saudável e gratificante.

Caixa: Reino Unido

No Reino Unido, a remuneração dos enfermeiros diminuiu 14% em termos reais desde 2010. Tudo isto contribuiu para aumentar a pressão financeira sobre muitos enfermeiros e, em consequência, muitos profissionais estão a abandonar a profissão. O fosso no preenchimento da mão-de-obra em falta continua a aumentar [89].

Estudo de Caso 8.1: Condições de trabalho, África do Sul

«*I work in a busy hospital in South Africa and every day I feel an overwhelming feeling of hopelessness because of the strenuous working conditions and under-staffing. Often we are forced to do work outside of our job description without appropriate training or pay. Not only are we understaffed, our hospitals are dangerous – we have had incidents where patients*

physically and verbally attacked nursing staff and security did not arrive for 10 minutes. So many colleagues have left because of burnout and compassion fatigue.»[24] [90]

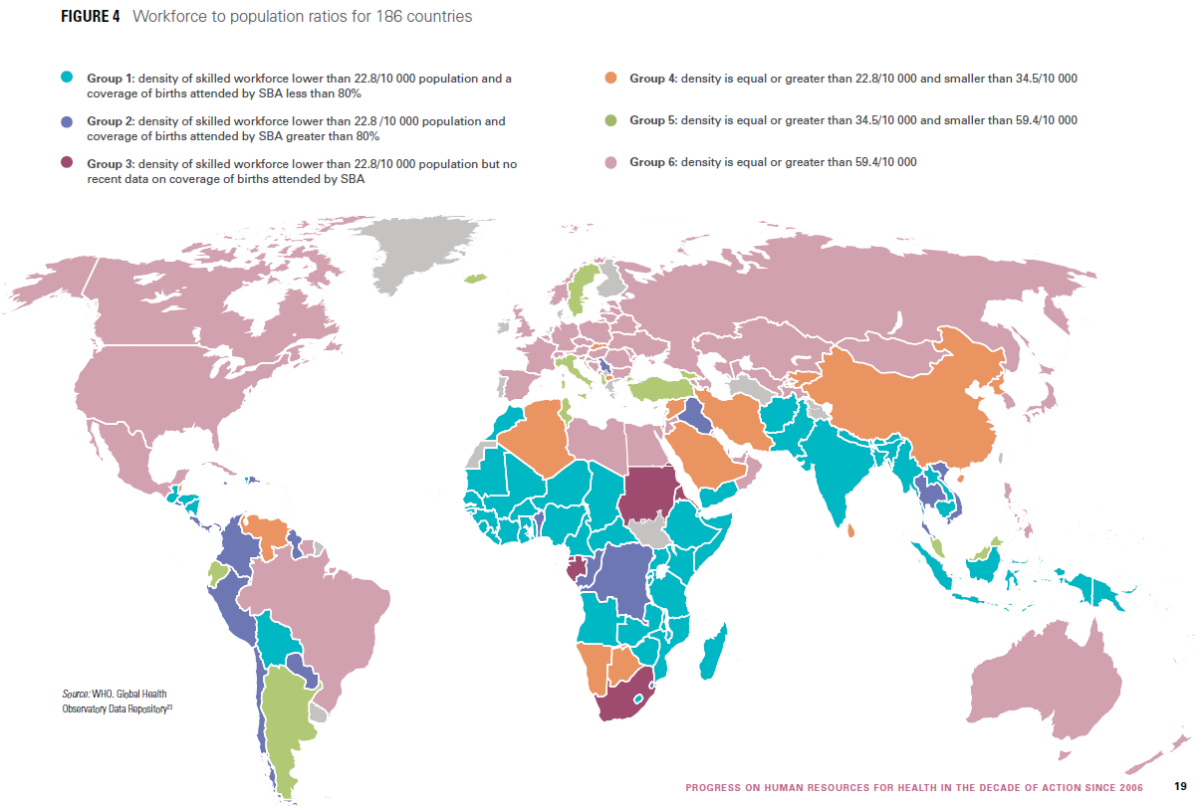


Figura 9. Rácios População/Força de trabalho em 186 países [91].

Desemprego

O desemprego resulta num aumento dos riscos de saúde, incluindo o aumento das taxas de doenças mentais e doenças cardiovasculares. Há uma ligação consistente a nível mundial entre o desemprego e a mortalidade. Os desempregados também fazem maior uso de medicamentos e têm tempos de recuperação mais longos.

O desemprego tem efeitos a curto e a longo prazos sobre a saúde de uma pessoa. A duração do desemprego está relacionada com danos progressivos na saúde. A Figura 10 demonstra que, em cada nível de escolaridade e estatuto de emprego, há uma variação acentuada da mortalidade.

Claramente, fazer com que as pessoas trabalhem é uma estratégia importante para melhorar a saúde. No entanto, nem todo o trabalho é protector da saúde. A saúde das

[24] «Eu trabalho num hospital com muito movimento na África do Sul e todos os dias sinto uma sensação esmagadora de desespero por causa das condições de trabalho árduas e da falta de pessoal. Muitas vezes somos forçados a efectuar serviços fora da nossa descrição de funções, sem formação adequada ou pagamento. Não só estamos com falta de pessoal como os nossos hospitais passaram a ser perigosos – tivemos incidentes com doentes que atacaram física e verbalmente a equipa de Enfermagem e a segurança só chegou após 10 minutos. Muitos colegas foram embora por causa de esgotamentos e cansaço associado à empatia.»

pessoas pode ser afectada por perigos físicos, horários longos ou irregulares, lesões repetitivas, trabalho por turnos ou trabalho sedentário prolongado. O stress psicossocial no local de trabalho também pode ser prejudicial para a saúde.

A maioria destes factores encontra-se nos empregos precários com baixos salários e alto índice de instabilidade [91].

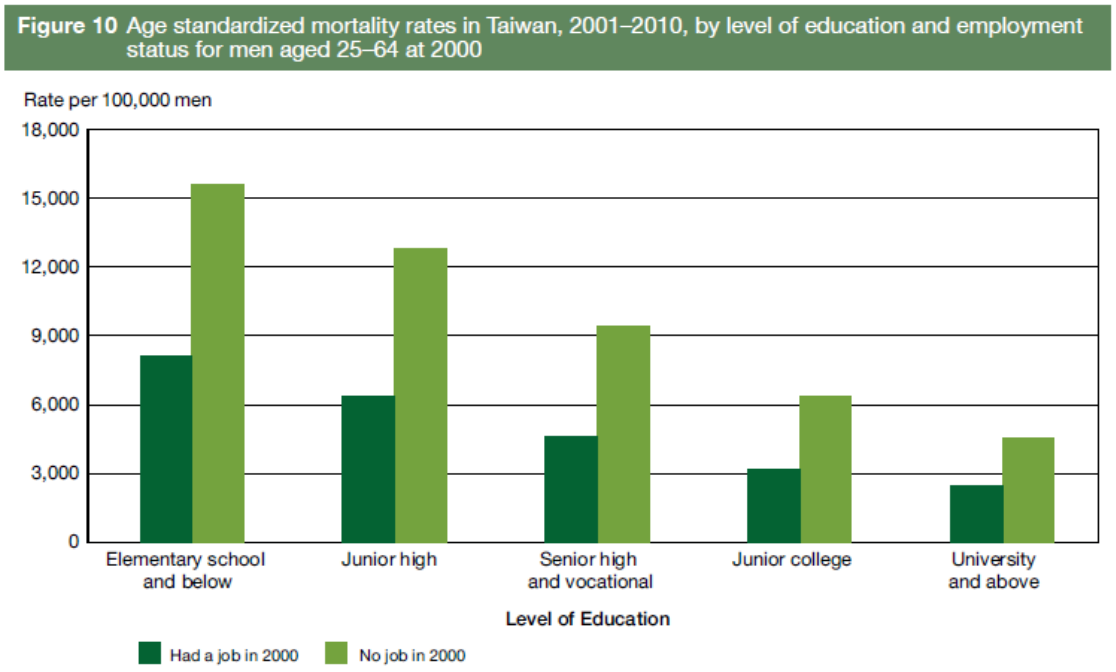


Figura 10. Rácios de mortalidade normalizados por idade em Taiwan, 2001-2010, por níveis de educação e emprego para homens entre os 25-64 anos de idade, em 2000 [91].

Violência no local de trabalho

Nos EUA, cerca de um em cada quatro enfermeiros foi fisicamente atacado no trabalho durante o último ano. Há mais ferimentos provocados por violência no sector de saúde do que no conjunto de todas as outras indústrias.

Estima-se que:

- Somente 29% dos enfermeiros que são fisicamente atacados denunciam essas agressões.
- 18% dos enfermeiros temem uma retaliação se denunciarem os actos de violência.
- 20% dos enfermeiros dizem que não denunciam a violência física, porque é parte normal do trabalho.
  [92]

  «"I see the worst of it on a weekly basis, having about a dozen family members in nursing and other various hands on medical fields. Floor, ER, OR and post op nurses and other related caregivers receive injuries or deal with combative patients and

sexual harassment on a daily basis, not to mention the injuries and general wear on one's body manoeuvring the ever increasing percentage of 300+ lb patients. I can't really think of an industry other than labour intensive ones like mining, drilling, lumber, etc. with anywhere close to the same odds of being seriously injured. If you go into a nursing field, I can pretty much guarantee you'll be injured and given enough time, you will likely be injured severely or end up with a permanent disability.»[25] Comentário de Openuris ao artigo do The Atlantic, citado em 5 de Dezembro de 2016 [92].

«"With thirty years' experience as acute care RN, I have to say that this is exactly why I left inpatient nursing last spring. Having suffered two serious assaults with enduring issues, I likely will never return to bedside nursing, my passion. It boils down to being viewed as disposable commodities in the industry. In my state of RI, even when a healthcare worker is attacked, the assailant can be charged with a felony. Police departments and courts toss/reduce charges. Hospitals absolutely frown upon reporting to police. Administrators expect supervisors to report to risk management before the police. Hospitals, even when lacking what one might consider common sense safety for staff, cannot be held liable for staff injuries. Until there is reform for staff safety, this will be ongoing.»[26] Mary Dvorsky, comentário ao artigo do *The Atlantic*, citado em 5 de Dezembro de 2016 [92].

[25] «Eu vejo o pior todas as semanas, com cerca de uma dúzia de familiares em Enfermagem e outros tantos em áreas médicas. Os enfermeiros dos vários departamentos, serviço de urgência, cirurgia e pós-operatório e outros prestadores de cuidados de saúde sofrem agressões ou lidam com doentes violentos e assédio sexual todos os dias, já para não falar das lesões e do desgaste geral que sofremos no corpo com a deslocação de uma percentagem cada vez maior de doentes obesos com mais de 140 quilos. Só em sectores industriais com mão-de-obra intensiva, como minas, indústria perfuradora, indústria madeireira, etc., se é confrontado, julgo eu, com a mesma probabilidade de se ser gravemente ferido. Se entrar num ambiente de Enfermagem, posso garantir-lhe que vai ser ferido e, se estiver lá o tempo suficiente, provavelmente vai ser ferido de forma grave ou acabar com uma incapacidade permanente.»
26 «Com trinta anos de experiência como enfermeira de cuidados intensivos, tenho de confessar que foi por essa razão que abandonei a Enfermagem de internamento na Primavera passada. Sofri dois ataques sérios com lesões permanentes, e provavelmente nunca mais vou voltar à Enfermagem de cuidados directos, a minha paixão. Dói muito ser considerado como um bem descartável no trabalho. No meu estado de Rhode Island, quando um trabalhador da saúde é atacado, o agressor pode ser acusado de um delito grave. Os departamentos da polícia e os tribunais fixam/reduzem as acusações. Os hospitais franzem a testa quando se trata de denunciar à polícia. Os administradores preferem que os supervisores relatem o ocorrido aos gestores e não à polícia. Os hospitais, mesmo quando não providenciam medidas de segurança mínimas para o pessoal, não podem ser responsabilizados por agressões ao seu pessoal. Este cenário só mudará quando houver uma reforma do sistema de segurança do pessoal.»

Objectivo 9: Indústria, Inovação e Infra-estruturas

«I never wanted to become anything. I wanted to do the things that mattered – things that fundamentally haunt you – like the faces of migrant children or the shoes on the beach (in Sri Lanka after the tsunami), things that have social meaning and importance.»[27]

Marla Salmon. Ex-Directora-Chefe de Enfermagem, EUA

Jane vivia numa zona rural da Austrália quando foi diagnosticada com cancro dos ovários em fase um. Tanto a mãe como a irmã tinham morrido de cancro e isso foi um choque para ela. Vivia num local muito remoto, o hospital mais próximo para as sessões de quimioterapia era uma unidade a quatro horas de distância. Em muitas pequenas cidades, os hospitais locais não têm capacidade de fornecer quimioterapia: devido ao baixo número de doentes com cancro, poucos funcionários têm as competências necessárias para os tratamentos de quimioterapia. Se têm de receber cuidados, os doentes são muitas vezes obrigados a percorrer longas distâncias por longos períodos de tempo. Para os pacientes, muitas vezes esta situação é difícil e fica cara (380 dólares americanos cada visita), além de estarem longe da família durante o período do tratamento. Por isso, não recorrem ao tratamento [93].

O Hospital Townsville estabeleceu um modelo inovador para a prestação de tratamentos de quimioterapia em áreas rurais. Trata-se de um serviço de telessaúde de quimioterapia do hospital para o pequeno hospital rural. Isso significa que um enfermeiro rural generalista no hospital rural pode ser supervisionado por um enfermeiro especializado através de uma ligação de vídeo a partir do hospital terciário. Utilizando este modelo, os doentes podem receber o mesmo grau de tratamento e beneficiar dos mesmos perfis de segurança como se estivessem a ser tratados localmente. Este modelo de atendimento melhorou a satisfação do doente e o acesso aos cuidados, reduziu as despesas do doente e do hospital e, de uma forma geral, melhorou o bem-estar dos pacientes [94].

Para muitas pessoas em todo o mundo, o acesso a cuidados de saúde requer horas de viagem, muitas vezes em terreno difícil. As pessoas que vivem em áreas rurais têm escolhas limitadas no que diz respeito ao transporte. Isso pode ser um fardo significativo em termos de tempo e de dinheiro. O envelhecimento das populações e o aumento da incidência de doenças crónicas resulta muitas vezes em visitas frequentes a instituições de saúde. Idealmente, as pessoas devem ser capazes de aceder de forma conveniente e com confiança a serviços como cuidados primários, odontológicos, saúde comportamental, emergência e serviços de saúde pública. O acesso aos cuidados de saúde é importante para:

- a saúde e o bem-estar físico, social e mental global;
- a prevenção da doença;
- o diagnóstico e tratamento da doença;

[27] «Eu nunca quis ser nada. Eu queria fazer as coisas que realmente são importantes – coisas que tocam fundo no nosso coração – como os rostos das crianças migrantes ou os sapatos na praia (no Sri Lanka depois do tsunâmi), coisas que têm significado social e verdadeira importância.»

- a melhoria da morbidade e mortalidade.

Na Nigéria, em 2012, aproximadamente 90% das estradas não eram pavimentadas. Em seis distritos, não havia estabelecimentos de saúde e estima-se que a proporção de unidades de saúde para o tamanho da população é de 7 mil. Durante a estação seca, 39% da população está a cerca de uma hora a pé de um centro de saúde. Esta percentagem diminui para 24% durante a estação das chuvas. Um estudo revelou que havia uma forte correlação entre as taxas de vacinação e a distância. O estudo concluiu que, se uma criança estava a uma hora de distância a pé do hospital, havia quase duas vezes mais propensão para esta completar programas de vacinação do que aquelas que viviam mais longe [95].

Caixa: Factos

- 2,6 mil milhões de pessoas têm acesso limitado ou não têm acesso a uma rede de electricidade fiável.
- 2,5 mil milhões de pessoas não têm acesso a condições sanitárias básicas.
- 1-1,5 mil milhões de pessoas não têm acesso a serviços de telefone fiáveis. [96]

Para atender à crescente procura de saúde e de cuidados de saúde, muitos governos e administradores de hospitais estão a defender a inovação. Eles reconheceram que as antigas formas de fazer as coisas não se podem manter e, portanto, estão à procura de outras soluções. O antigo Instituto de Inovação e Melhoria do Serviço Nacional de Saúde afirmou que «inovar consiste em fazer as coisas de forma diferente ou fazer coisas diferentes para melhorar o desempenho. É um mito pensar que a maioria das inovações vem dos laboratórios, de decisores políticos ou de líderes superiores. A maioria das inovações vem da equipa que trabalha nessas organizações». [97]

Em todo o mundo, os enfermeiros são testemunhas em primeira mão das necessidades dos doentes e dos desafios que se colocam aos sistemas de saúde para responder a essas necessidades. Não há praticamente nenhuma intervenção, tratamento ou programa de saúde em que os enfermeiros não desempenhem um papel. Como tal, os enfermeiros têm um papel fundamental na determinação da qualidade, eficiência e acessibilidade dos cuidados.

Os enfermeiros em todos os níveis devem continuar a explorar e a desbloquear o potencial da inovação para melhorar a qualidade, eficácia e acessibilidade dos cuidados. Devemos demonstrar o impacto e os resultados dessas intervenções, pois o futuro da saúde e do bem-estar das pessoas depende das nossas ideias, criatividade e vontade de nos comprometermos com a mudança.

Estudo de Caso 9.1: Apoiar os centros de cuidados para pessoas de idade, Austrália

As pessoas que vivem em residências para idosos utilizam com frequência os serviços de urgência. No entanto, as infra-estruturas e os recursos hospitalares não são muitas vezes

adequados às necessidades da pessoa idosa e frágil. Para vencer este desafio, um hospital de Brisbane estabeleceu um modelo inovador de cuidados para apoiar os idosos em residências.

Quando um doente de uma residência de cuidados para idosos exige mais cuidados médicos, um enfermeiro especializado em gerontologia visita a instalação. Se necessário, o enfermeiro especialista é capaz de comunicar por telemedicina com um especialista num hospital para estabelecer um plano de tratamento adequado. Assim, os doentes podem muitas vezes permanecer na residência e aí receberem os cuidados de que necessitam, incluindo a administração intravenosa de terapia antibiótica. Isto melhorou a satisfação do doente, reduziu os custos e diminuiu as idas aos serviços de urgência [98].

Estudo de Caso 9.2: Aplicações de smartphone e prevenção da saúde, Índia

Na Índia, por uma rupia por dia, os consumidores podem receber mensagens de saúde no seu telemóvel. Essas mensagens foram criadas por enfermeiros ou médicos e tratam de temas como o controlo de peso, a saúde sexual e a gripe. Num ano, mais de um milhão de mensagens de saúde pública foram enviadas para os assinantes do serviço [99].

Estudo de Caso 9.3: O uso de Assistentes Digitais Pessoais em áreas remotas, Canadá

No Norte de Saskatchewan, existem serviços de Enfermagem que operam 24 horas por dia, sete dias por semana. Muitas vezes os enfermeiros devem deslocar-se a zonas remotas que não são acessíveis por estrada. Os enfermeiros oferecem vários serviços que vão desde cuidados de urgência em caso de traumatismo a tratamentos de doenças crónicas e a imunização.

Os enfermeiros costumam usar dispositivos móveis para a instrução, referência e tomada de decisões clínicas. Estes dispositivos proporcionam aos enfermeiros acesso a material de cuidados primários sobre assuntos como medicação, directrizes clínicas e avaliação, bem como ao fácil acesso a informações digitais sobre os efeitos secundários e interacções dos medicamentos, referências de farmácias, cálculos de medicamentos e outros instrumentos [99].

Caixa: As distâncias contam

Um estudo na Suécia descobriu que os doentes que deparam com um aumento da distância do seu hospital de proximidade em 50 a 60 quilómetros tinham uma probabilidade 15% menor de sobreviver a um ataque cardíaco do que os doentes que viviam a 10 quilómetros do seu hospital de proximidade [100].

Um estudo no Reino Unido descobriu que cada 10 quilómetros de maior distância em linha recta de um serviço de emergência está associado a um aumento de cerca de 1% na mortalidade absoluta [101].

Um estudo na Austrália encontrou uma forte correlação entre a distância dos centros de radioterapia e os resultados de sobrevivência de pessoas diagnosticadas com cancro. Em média, houve um aumento de 6% no risco de mortalidade para cada 100 quilómetros a mais na distância ao centro de radioterapia mais próximo [102].

Objectivo 10: Reduzir as desigualdades

«"The test of our progress is not whether we add more to the abundance of those who have much; it is whether we provide enough for those who have too little.»[28]
Franklin D. Roosevelt,
Antigo Presidente dos Estados Unidos da América

Morley era uma menina indígena que sempre cuidou dos que estavam à sua volta, em especial do irmão mais novo. Infelizmente, a mãe de Morley tinha sido vítima de abuso quando era uma criança e sofria de graves crises de depressão e de várias dependências. O seu estado levou-a a negligenciar os filhos. Morley começou a autoflagelar-se e tentou suicidar-se. Embora quisesse viver em casa com a mãe e irmão, para sua protecção foi decidido que Morley devia ser colocada numa família de acolhimento. Durante esse período, os pais adoptivos relataram que a Morley ouvia vozes que lhe diziam para se autoflagelar. Um psiquiatra diagnosticou-a com perturbação de stress pós-traumático. A sua saúde mental e o seu comportamento continuaram a deteriorar-se e ela foi levada para o hospital após outra tentativa de suicídio. O seu estado era tal que teve de ser internada numa casa de saúde [103].

As circunstâncias em que nascemos afectam dramaticamente o modo como nos desenvolvemos e crescemos. Não é apenas o início da vida que conta, mas também a forma como os ganhos e as perdas se acumulam e a forma como a pessoa dá a volta. Muitos estudos mostram que as pessoas que viveram quatro ou mais tipos diferentes de experiências nocivas na infância tinham um risco quase cinco vezes maior de passar várias semanas em estado depressivo e que, nelas, o risco de suicídio é 12 maior [104]. Nesta história, o ciclo de desfavorecimento foi perpetuado, conduzindo Morley a graves problemas de saúde.

As diferenças na saúde e no bem-estar entre grupos favorecidos e desfavorecidos podem ser vistas dramaticamente nas populações indígenas. A desvantagem social está ligada a taxas mais altas de suicídio, abuso de álcool e de drogas, problemas de saúde mental, doenças cardíacas, doenças pulmonares, obesidade, diabetes e muitos outros tipos de doenças e de factores de risco. É evidente que as pessoas menos desfavorecidas e que beneficiam de um melhor estatuto social gozam de muito melhor saúde. Esta desigualdade existe entre os países e no seio dos países. Nenhum país está imune a esta situação. Como foi muito eloquentemente afirmado por Sir Michael Marmot, há desigualdade porque existem disparidades relativamente ao local onde as pessoas nascem, onde crescem e se desenvolvem, onde trabalham e vivem e onde envelhecem. A desigualdade afecta não só a esperança de vida mas também a qualidade de vida [104].

As pessoas mais desfavorecidas tendem a precisar de cuidados de saúde, mas têm menor probabilidade de os receber. É sabido também que os pobres e os socialmente desfavorecidos recebem muitas vezes opções de tratamento diferentes das oferecidas aos menos desfavorecidos. Isso pode ser resultado de sistemas de saúde que não foram criados ou organizados para prestarem serviços de saúde às pessoas que estão na base da

[28] «O teste do nosso progresso mede-se não por acrescentarmos abundância àqueles que já têm muito, mas antes por facultarmos o necessário àqueles que têm muito pouco.»

estrutura de classes. A Enfermagem é fundamental para fazer face a estas questões e defender os direitos dos doentes. Os enfermeiros que colaboram com outros profissionais de saúde podem criar um clima em que os diferenciais socioeconómicos são inaceitáveis. Lutar pela defesa das necessidades de saúde de todas as pessoas é ser fiel ao rico património da profissão.

Caixa: Factos

- Entre 1990 e 2010, as desigualdades de rendimentos aumentaram 11% nos países desenvolvidos.
- As crianças incluídas nos 20% de populações mais pobres têm três vezes mais probabilidades de morrerem antes dos 5 anos.
- As pessoas com deficiências têm cinco vez mais probabilidades de incorrerem em despesas de saúde catastróficas.
- As mulheres nas zonas rurais têm três vezes mais probabilidades de morrerem ao dar à luz do que as mulheres nos centros urbanos.
- 1% da população mundial controla até 40% dos bens mundiais.
- 50% da população mais pobre é dona de apenas 0,5% dos bens mundiais.
  [105]

Caixa: Factos

- A esperança de vida dos povos indígenas é 20 vezes inferior à dos povos não-indígenas.
- Os povos indígenas têm taxas mais elevadas de mortalidade materna e infantil, malnutrição, doenças cardiovasculares, VIH/SIDA e outras doenças, como a malária e a tuberculose.
- As taxas de suicídio nos povos indígenas, particularmente entre os jovens, são consideravelmente mais elevadas em muitos países, por exemplo, até 11 vezes mais do que a média nacional no caso dos inuítes, no Canadá.
- Globalmente, mais de 50% dos indígenas adultos sofrem de diabetes tipo 2.
- Em certas partes do Equador, os povos indígenas correm o risco de sofrer de cancro da garganta 30 vezes superior ao da média nacional.
- Nos EUA, um nativo americano tem 600 vezes mais probabilidades de contrair tuberculose e é 62% mais propenso a cometer o suicídio.
- As taxas de consumo de tabaco, abuso de substâncias e de suicídio são muito mais elevadas entre os povos indígenas.
- No Canadá, as taxas de prisão dos indígenas são dez vezes mais elevadas; na Austrália, são 14 vezes mais elevadas.
  [106]

Estudo de Caso 10.1: Enfermagem comunitária, Canadá

«"I often had to unofficially endorse several roles at the same time, such as physician, therapist or specialist. I was the only health worker around with enough knowledge to deliver care.»[29]

Florence Woods é uma enfermeira de saúde comunitária canadiana, com 40 anos de experiência, e que trabalha em áreas remotas, na sua maioria habitadas por comunidades de inuítes. Em 2002, estava colocada em Pond Inlet, uma pequena comunidade inuíte na região de Qikiqtaaluk do Nunavut, no Canadá. Nessa comunidade, Florence foi um elemento essencial na implementação de muitos programas relacionados com a saúde, como o Programa Canadiano de Nutrição Pré-natal, programas de pequeno-almoço na escola e numerosos programas após a escola, ajudando jovens e adultos a optarem por um estilo de vida saudável.

«Quando cheguei a Pond Inlet, em 2002, pensei: "Oh, este é um belo lugar para morar." E, como todo mundo que vem para o norte, eu tinha um plano de ficar por aqui entre um a três anos, o que se transformou num plano de cinco anos. E quando cheguei aos cinco anos, parei de contar.»

Enquanto trabalhava nas regiões árticas, Florence percebeu que os principais problemas eram a diabetes tipo 2, seguida da hipertensão, problemas de saúde mental e suicídio.

A integração de Florence no estilo de vida local criou nela um grande respeito pela cultura inuíte: a ênfase que põe nos valores familiares, o seu respeito pela terra e o seu conhecimento único do meio ambiente.

Forte defensora dos cuidados centrados na família e no respeito pelos valores tradicionais, a Florence entendeu que envolver as pessoas enquanto participantes activos nos seus cuidados de saúde e na comunidade, dando-lhes conhecimentos e capacidade de decisão, iria permitir-lhes fazer escolhas informadas e saudáveis [107].

[29] «Muitas vezes tive de representar oficiosamente vários papéis ao mesmo tempo, como médico, terapeuta ou especialista. Eu era a única profissional de saúde nas redondezas com conhecimentos para prestar os cuidados necessários.»

Objectivo 11: Cidades e comunidades sustentáveis

Estima-se que, em 2050, 70% da população mundial viva em áreas urbanas. Como tal, a saúde global será determinada cada vez mais pelas cidades. As cidades fornecerão o contexto em que as pessoas vão crescer, viver, trabalhar e brincar.

Viver em áreas urbanas tem sido associado a melhorias nos níveis de rendimentos e estados de saúde. Ao mesmo tempo, as pressões sobre o crescimento urbano contribuíram para o aparecimento de desigualdades sociais e sanitárias nas cidades de todo o mundo.

São Paulo, no Brasil, é uma metrópole em rápido crescimento: há 100 anos, a população de São Paulo era apenas de 100 mil habitantes. Desde então, a população aumentou rapidamente para mais de 10 milhões de pessoas (e, se incluirmos as regiões nos arredores, a população aumentou para 18 milhões). A cidade oferece muitos contrastes: em algumas partes, goza de vitalidade cultural e de crescimento económico; noutras áreas, há altos índices de criminalidade e de grande pobreza. Como afirmou Wolfgang Nowak, «as grandes cidades são tudo: o primeiro mundo, o segundo mundo e o terceiro mundo reunidos numa cidade [108]».

O rápido crescimento da população das cidades tem sido uma causa importante dessa disparidade. O planeamento urbano não foi capaz de acompanhar a rápida expansão, o que significa que serviços como o saneamento e a gestão de águas residuais, a mobilidade, as normas de construção, a qualidade do ar interior e a comunicação são inadequados. O acesso às escolas, aos serviços de saúde e ao trabalho foi dificultado. Todos estes elementos levaram a disparidades na forma como as pessoas percepcionam a sua saúde e o seu bem-estar. Quando localizados nas franjas da cidade, os pobres são muitas vezes os mais excluídos da igualdade social. Cidades inclusivas são as cidades que acomodam os menos favorecidos no tecido urbano central, minimizando o grau de isolamento da pobreza e permitindo criar verdadeiras infra-estruturas públicas que são partilhadas por todo o conjunto de grupos de rendimentos diferentes. Torna-se necessário limitar a dispersão, e o aumento da compactação global das cidades deve ser um elemento crucial da política social. Existem muitos recursos que podem ser usados para transformar uma cidade numa cidade saudável. No entanto, para tirar benefícios das transformações é essencial abordar a questão da igualdade [109].

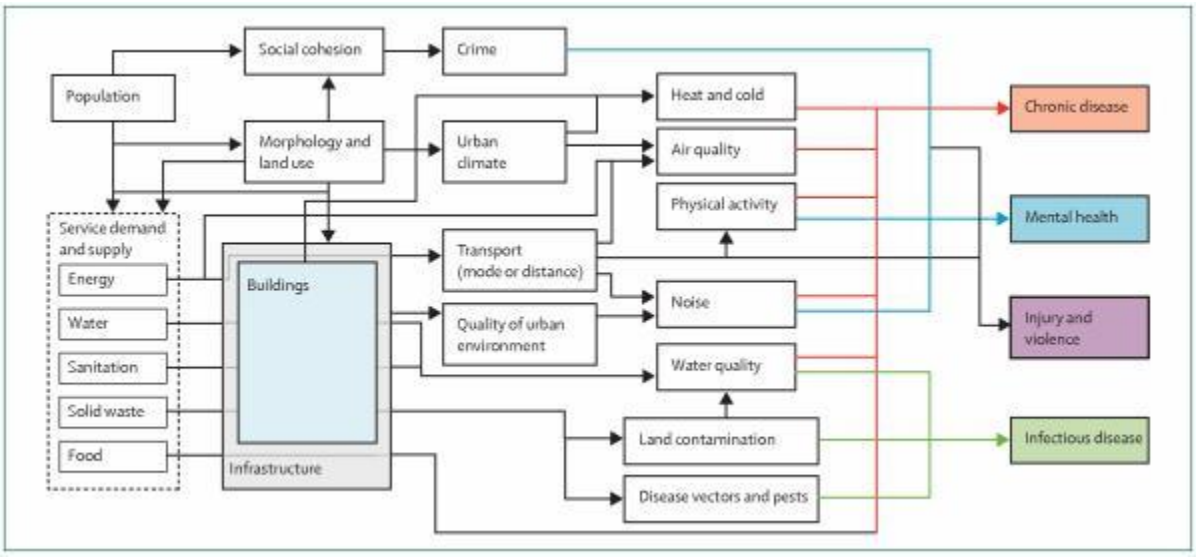


Figura 11. A relação entre os resultados de saúde e o meio urbano [109].

Caixa: Factos

- Em 2015, 50% das pessoas (3,5 mil milhões) viviam em cidades.
- Até 2030, 60% viverão em áreas urbanas.
- 95% da expansão urbana ocorrerá nos países em desenvolvimento.
- 828 milhões de pessoas vivem em favelas.
- O crescimento urbano será maior na África e na Ásia.
- 1,6 mil milhões de pessoas carecem de habitação adequada. [110]
- Da última vez em que a ONU tentou fazer um levantamento global, cerca de 100 milhões de pessoas não tinham casa.

Estudo de Caso 11.1: Saúde Inclusiva, Projectos Micah, Austrália

«É possível melhorar o estado de saúde das pessoas que vivem nas ruas, acabar com a falta de casas e economizar dinheiro no sistema hospitalar.»

Kim Rayner é o administrador e chefe de Enfermagem da clínica *Inclusive Health*, *Micah Projects* em Brisbane, Austrália, que foi criada para responder directamente às altas taxas de morbidades múltiplas e que identificou riscos de mortalidade entre as pessoas desfavorecidas e as famílias em situação de falta de habitação, pobreza, exclusão social, doença mental, deficiência e violência doméstica.

Brisbane, com uma população de 1,15 milhões de pessoas, tem mais de 4300 pessoas a viver nas ruas [111]. A *Micah Projects*, uma organização não-governamental, foi criada para lidar activamente com esta problemática, e Kim foi um elemento-chave no estabelecimento de parcerias entre a *Micah Projects* e alguns dos maiores hospitais privados de Brisbane, a fim de se prestar serviços à população de Brisbane sem-abrigo ou com um abrigo precário.

Para compreender as necessidades sociais e de saúde da comunidade, os enfermeiros da equipa adaptaram o Inquérito sobre o Índice de Vulnerabilidade desenvolvido nos Estados Unidos. O inquérito revelou que:

- 59% sofriam de uma tripla morbidade – com doença crónica, abuso de substâncias e doença mental;
- 36% tinham historial de lesões cerebrais ou de trauma;
- 30% tinham historial de doenças do fígado, cirrose ou doenças do fígado em estado terminal;
- 28% tinham historial de doenças cardíaca ou arritmia;
- 9% foram diagnosticados com cancro [112].

A análise destes dados permitiu à equipa desenvolver uma abordagem específica, direccionada para prevenir e intervir precocemente de forma a impedir que as pessoas ficassem sem habitação, a quebrar o ciclo da falta de abrigo e a melhorar os sistemas de serviço de resposta à falta deste.

Em consequência desta abordagem, foram desenvolvidos serviços de saúde adaptados às necessidades deste grupo de população vulnerável, através do rápido realojamento dos sem-abrigo e da prestação de serviços de saúde eficazes em todas as fases do processo de alojamento (antes, durante e depois do realojamento), a fim de reduzir os custos pessoais e sociais e o impacto da falta de abrigo nas pessoas e na comunidade [113].

O Serviço de Assistência de Saúde para os Sem-Abrigo Pós-Laboral é composto por duas equipas: uma que trabalha na rua, utilizando a camioneta da iniciativa «Da Rua para Casa» e visitando espaços públicos, parques e alojamentos ocupados sem autorização; a outra que faz visitas ao domicílio e a espaços públicos em toda a área metropolitana de Brisbane.

O serviço inclui:

- planificação colaborativa e o envolvimento de trabalhadores sociais centrados na comunidade e prestando assistência em casa ;
- disponibilização, fora do horário laboral, de um único ponto de acesso a serviços que incluem alojamento e cuidados de saúde;
- estabelecimento de uma relação de confiança e de ligação com as pessoas e as famílias sem abrigo e com as pessoas vulneráveis no que diz respeito a alojamento;
- dar uma resposta imediata às pessoas que se apresentam no Centro de Serviços dos Sem-Abrigo de Brisbane, bem como prestar atendimento nas ruas, parques e casas das pessoas alojadas graças às iniciativas de *Housing First*;
- exames de saúde e referência para cuidados de saúde primários, incluindo serviços de saúde associados;
- acompanhamento dos cuidados através do envio para outros profissionais de saúde e prestação de assistência para saber lidar com o sistema de saúde;
- compromisso em relação a uma intervenção precoce proactiva e a cuidados de saúde preventivos;
- educação para a saúde e coordenação dos cuidados de saúde das pessoas através da ligação e aconselhamento com os médicos de família locais e serviços de especialidade, como serviços dentários, drogas, álcool, renais, tratamento da diabetes e vacinação;

- ligação com os hospitais e os trabalhadores de hospitais sobre a planificação das altas e o acompanhamento clínico [114].

Este serviço, que é liderado por uma equipa de Enfermagem dedicada, demonstra que é possível melhorar os resultados de saúde das pessoas que vivem nas ruas, acabar com a falta de habitação e economizar dinheiro no sistema hospitalar.

Em todos os aspectos, este serviço é um sucesso: melhorou a qualidade de vida relacionada com a saúde; reduziu substancialmente o recurso aos hospitais entre as pessoas que utilizam o serviço; reduziu os internamentos hospitalares em 37% e as idas ao serviço de urgência em 24%. Assistiu-se também a uma redução significativa nos custos hospitalares, com uma poupança líquida de aproximadamente 6,45 milhões de dólares australianos por ano; a um benefício social líquido anual de mais de 12,6 milhões de dólares australianos; e a uma melhoria de, pelo menos, 82 anos de vida ajustados à qualidade por ano [114].

Enviado por Kim Rayner, Directora e Chefe de Enfermagem Clínica, Saúde Inclusiva, *Micah Projects*, Brisbane, Austrália

Estudo de Caso 11.2: Prescrição Social, Reino Unido

Numa das zonas mais carentes da Inglaterra, uma organização comunitária inovadora transformou a área. O Bromley by Bow Center trabalhou em parceria com prestadores de cuidados de saúde primários e grupos comunitários para ajudar as pessoas a melhorar as suas aptidões, encontrar emprego e levar uma vida saudável e feliz.

Os médicos de família e os enfermeiros estabelecem a conexão entre os seus doentes e os serviços prestados no centro e na comunidade em geral. O pessoal utiliza o que foi denominado como «prescrição social», o processo através do qual os indivíduos são encaminhados para serviços não-clínicos externos, tais como programas de estilo de vida saudável, bem-estar e aconselhamento habitacional, apoio ao emprego, consultores de dívidas e financeiros. Esta iniciativa reconhece que os problemas de saúde podem não ter causas apenas físicas.

Alison Bell, uma enfermeira da organização, encoraja os doentes com DPOC a juntarem-se a um coro para aprenderem a controlar a sua respiração. Aos doentes com problemas nas articulações são sugeridas aulas de cerâmica, porque o acto de moldar a argila ajuda a melhorar a força das mãos e a amplitude de movimentos. Os grupos da comunidade que pretendem perder peso são aconselhados sobre o serviço ao qual podem recorrer. A filosofia da prescrição social consiste em dar poder aos doentes e conectá-los com a sua comunidade e meio ambiente [115].

Objectivo 12: Consumo e produção responsáveis

Os hospitais e serviços de saúde são grandes consumidores de recursos e produzem quantidades significativas de resíduos. Estima-se que a indústria dos cuidados de saúde gere 7 mil toneladas de resíduos por dia, incluindo resíduos sólidos e resíduos médicos. Estima-se também que os estabelecimentos de saúde consumam cerca de 2,5 vezes a quantidade de energia gasta num edifício comercial do mesmo tamanho [116].

Caixa: Factos

- Um terço de todos os alimentos produzidos são deitados ao lixo (1,3 mil milhões de toneladas de alimentos).
- Três por cento da água do mundo é fresca (2,5% é água congelada na Antártica, no Ártico e nos glaciares).
- Mil milhões de pessoas não têm acesso a água potável.
- As famílias consomem 29% da energia global.
- Se todas as pessoas mudassem para lâmpadas economizadoras de energia, o mundo economizaria 120 mil milhões de dólares americanos anualmente. [117]
- Três milhões de toneladas de lixo são gerados todos os dias. [118]

As instalações de saúde têm uma contribuição significativa na sustentabilidade dos recursos. Também têm um impacto directo na saúde dos indivíduos. A OMS acredita que apenas 58% dos resíduos de saúde são eliminados da maneira correcta. Esse facto está a sujeitar as comunidades ao risco de contaminação cruzada de lixos resultantes de resíduos infecciosos e patológicos, feridas infectadas por instrumentos cortantes e intoxicação provocada por poluição química, produtos farmacêuticos, resíduos genotóxicos e radioactivos.

Estudo de Caso 12.1: Cuidados de saúde sem danos, EUA

Healthcare without Harm é uma organização co-fundada por Charlotte Brody, uma enfermeira. A organização começou como uma reacção a um relatório da Agência de Protecção Ambiental dos Estados Unidos que classificou a incineração de resíduos médicos como a principal fonte de dioxina, um potente carcinogéno. Esta organização tem desempenhado um papel fundamental na consecução de uma série de metas, como a eliminação de quase todo o uso de equipamentos médicos baseados em mercúrio nos EUA e a defesa dos hospitais que compram produtos de produtores locais que apoiam práticas agrícolas sustentáveis [119].

Caixa: Factos

- 85% dos resíduos gerados pelas unidades de saúde são resíduos genéricos, não perigosos.
- 15% dos resíduos são considerados materiais perigosos que podem ser infecciosos, tóxicos ou radioactivos.
- Todos os anos, há 16 mil milhões de seringas, mas nem todas são eliminadas correctamente.
- Injeções não seguras são responsáveis por até 33 800 novas infecções por VIH, 1,7 milhões de infecções por hepatite B e 315 mil por hepatite C.
- Nalguns casos, os resíduos de saúde são incinerados e dioxinas, furanos e outros poluentes tóxicos podem ser produzidos na qualidade de emissões.
- Os riscos de infecção com HBV, HCV e VIH de uma pessoa que sofreu uma picada de uma agulha utilizada num doente infectado são respectivamente de 30%, 1,8% e 0,3%.
- 58% dos estabelecimentos de saúde dispõem de sistemas adequados para a eliminação segura dos resíduos de saúde.

[120]

Objectivo 13: Acção sobre o clima

«Climate change is not just an environmental issue, as too many people still believe. It is an all-encompassing threat.»[30]

Kofi Annan, Secretário-Geral das Nações Unidas, 2006

Angela é uma enfermeira que trabalha numa grande cidade nos Estados Unidos. A Angela dá conta de um número crescente de pessoas que vão à sua clínica nos dias em que há um nível elevado de poluição. Ela ajuda os seus doentes a ajustar os medicamentos e aconselha-os a não sair de casa nos dias em que a qualidade do ar é má. No entanto, a maioria dos seus doentes trabalha e as suas circunstâncias sociais não lhes permite dispor de carros ou de ar condicionado. Não sair nos dias em que a qualidade do ar é má não é uma opção razoável [121].

Os enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde estão a ver em primeira mão os efeitos da mudança das condições climáticas. A Dra. Margaret Chan, Directora-Geral da OMS, afirmou que «as alterações climáticas são um dos maiores desafios do nosso tempo» [122]. Embora as alterações climáticas possam trazer consigo algumas vantagens localizadas, como a redução da mortalidade no Inverno e o aumento da produção agrícola em certas áreas, na sua maior parte terão efeitos adversos, particularmente sobre os determinantes mais fundamentais da saúde: alimentos suficientes, ar puro, água potável e abrigo seguro. Os impactos das alterações climáticas não se limitam a umas poucas pessoas. Afectam-nos a todos. No entanto, algumas pessoas são mais vulneráveis a essas alterações do que outras.

Os enfermeiros e as organizações de Enfermagem são muitas vezes os primeiros a adoptar estratégias que influenciam a saúde das populações e estão, portanto, na vanguarda de questões como as alterações climáticas.

Por exemplo, em 2008, a Associação Canadiana de Enfermeiros (CNA) publicou um relatório intitulado «O papel dos enfermeiros face às alterações climáticas». A CNA reconheceu que as alterações climáticas representam uma ameaça para a saúde das populações e criou orientações sobre os papéis que os enfermeiros podem desempenhar na delineação de estratégias tanto de adaptação como de mitigação. Os enfermeiros têm activamente pressionado os governos para que adoptem medidas para fazerem face às alterações climáticas [123].

[30] «As alterações climáticas não são apenas uma questão ambiental, como muitas pessoas ainda hoje acreditam. São uma ameaça generalizada.»

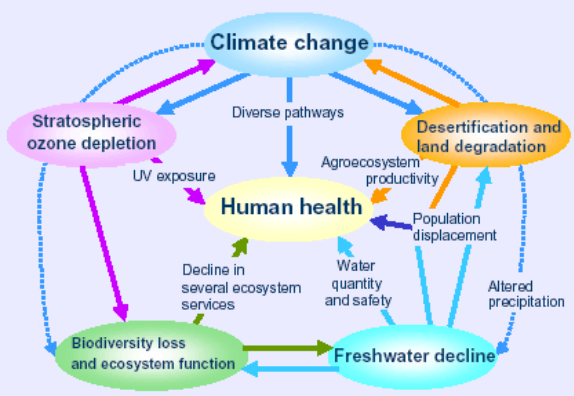


Figura 12. A relação entre as alterações climáticas e a saúde [124].

Estudo de Caso 13.1: A aliança dos enfermeiros em prol de ambientes saudáveis, EUA

O clima e as doenças vectoriais, como as propagadas pelos mosquitos, ocorrem em climas temperados ao longo dos estados costeiros do sul dos Estados Unidos. Para as populações no limiar federal de pobreza ou abaixo dele, a educação e o aconselhamento sobre como evitar doenças vectoriais e a assistência no controlo e eliminação dos mosquitos são particularmente importantes.

Em 2016, Lisa Campbell, membro da Direcção da Aliança de Enfermeiros para Ambientes Saudáveis (AHNE) e elemento do Texas Team, a Coligação de Acção estadual, reuniu-se com altos-membros da administração Obama e agências federais para abordar a contribuição da Enfermagem na mitigação dos efeitos das alterações climáticas, delineando quais poderiam ser as acções dos enfermeiros nos domínios da educação, pesquisa, prática e política.

A Lisa tem muitos anos de experiência como Directora de Saúde Pública. Para ela, abordar a questão das alterações climáticas significa:

- Manter programas eficazes de mitigação, como o controlo dos mosquitos;
- Lançar alertas de saúde e promover a educação do público durante as vagas de calor extremo;
- Trabalhar com a equipa de gestão das urgências na avaliação da comunidade e desenvolvimento de planos para fazer face a inundações, tornados e outros desastres;
- Defender a investigação sobre as alterações climáticas e a saúde.

Como ex-Directora de um departamento de saúde pública local, a Dra. Campbell utilizou as três funções centrais da saúde pública – avaliação, garantia e desenvolvimento de políticas – para orientar o seu trabalho sobre as alterações climáticas. A vigilância do tempo e das doenças vectoriais, como as disseminadas por mosquitos, é particularmente importante no clima temperado ao longo dos estados costeiros do sul, onde Campbell e a sua equipa monitorizaram casos de vírus da febre do Vale do Nilo, dengue e outras doenças infecciosas emergentes, como o vírus Zika. A Dra. Campbell desenvolveu um programa eficaz de controlo dos mosquitos com uma equipa que realizou controlos de pragas relacionadas com

a saúde para prevenir a possível e/ou provável transmissão de doenças vectoriais para, ou entre, humanos. Através de uma orçamentação cuidadosa, a Dra. Campbell assegurou a formação regular, a manutenção de equipamentos e a compra de pesticidas adequados. Ela e sua equipa trabalharam com agências locais e estaduais para desenvolverem planos de acção contra o Zika, o que incluiu o controlo dos mosquitos numa propriedade privada num caso confirmado de Zika. Os alertas de saúde pública durante a estação chuvosa quente foram uma das estratégias-chave para reduzir as doenças vectoriais. O público foi aconselhado através dos meios de comunicação local e do site do departamento de saúde quanto às medidas a respeitar para evitar estas doenças, tais como não sair de casa entre o crepúsculo e o amanhecer, vestir sempre roupa com mangas e calças compridas, aplicar repelente de insectos e drenar as águas estagnadas.

Alertas de saúde conjugados com a educação pública também foram usados durante emergências climáticas, como vagas de calor extremo. Os alertas são importantes para prevenir doenças relacionadas com o calor, especialmente em populações vulneráveis, como crianças, idosos e pessoas economicamente desfavorecidas. As populações mais vulneráveis dispõem de ar condicionado limitado ou de nenhum ar condicionado, o que aumenta o risco de doenças relacionadas com a saúde. A equipa trabalhou com os meios de comunicação local para divulgar informações e com agências locais para fornecer ventiladores e abrigos frescos para as pessoas economicamente desfavorecidas. Todos os programas que abordam questões de saúde pública relacionadas com o clima foram centralizados no departamento de saúde pública e em organizações parceiras.

A Dra. Campbell trabalhou com o Departamento de Gestão de Emergências para avaliar as capacidades funcionais, determinar os pontos positivos da comunidade e desenvolver planos para fazer face a inundações, furacões e outros desastres. Os habitantes de áreas baixas foram assinalados no mapa das evacuações. Em parceria com organizações locais e estaduais, foram estabelecidos memorandos de entendimentos para os cuidados em massa em caso de catástrofe.

Apresentado por Lisa Campbell, membro da Direcção da Aliança de Enfermeiros para Ambientes Saudáveis (AHNE) e professora associada da Escola de Enfermagem da Texas Tech University Health Sciences Center.
[125]

Caixa: Factos

- Entre 1880 e 2012, a temperatura média global aumentou 0,85 graus Celsius.
- Entre 1901 e 2010, o nível médio do mar subiu 19 centímetros.
- A extensão de gelo do mar Ártico tem vindo a diminuir todas as décadas desde 1979. [126]
- Em 2012, 12,6 milhões de mortes foram atribuídas ao meio ambiente. Isso representa 23% no seu total.
- Nas crianças com menos de 5 anos, 26% de todas as mortes poderiam ser evitadas se os riscos ambientais fossem eliminados. [127]

- Se as condições continuarem, entre 2030 e 2050, as alterações climáticas deverão causar 250 mil mortes adicionais por ano devido à malária, malnutrição, diarreia e stress provocado pelo calor.
- O número de catástrofes naturais relacionadas com o clima triplicou desde a década de 1960. Todos os anos, esses desastres são responsáveis por 60 mil mortes.
- Mais de metade da população mundial vive a 60 quilómetros do mar. As pessoas podem ser forçadas a partir por causa dos riscos crescentes dos efeitos nocivos na saúde, desde distúrbios mentais a doenças transmissíveis.
- A malária mata 600 mil pessoas por ano. É fortemente influenciada pelo clima.
  [128]

Objectivo 14: A vida marinha

Tolne Sap, no Camboja, é o maior lago do Sudeste Asiático e é uma das zonas de pesca de água doce mais produtivas do mundo. O lago alimenta famílias e comunidades do Camboja e é a principal fonte de proteína e de outros micronutrientes essenciais para a saúde. Aproveitar o valor do lago é de vital importância para a prevenção da malnutrição infantil, que tem sido tão frequente no país. No entanto, a saúde do lago estava em risco por causa de práticas de pesca ilegal, destruição das florestas, poluição e interesses concorrentes. Houve uma ameaça real sobre o futuro da segurança alimentar que o lago providenciava à região, mas o governo efectuou as intervenções apropriadas para apoiar a sua sustentabilidade [129].

O cuidado com os nossos oceanos e vias navegáveis é crucial. Os oceanos e os cursos de água fornecem recursos naturais, incluindo alimentos, medicamentos, biocombustíveis e outros produtos. Desempenham um papel na destruição e remoção dos resíduos e nos esforços de mitigação e de adaptação às alterações climáticas. Também constituem recursos valiosos para o turismo e lazer. Como afirmou a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO): «*A saúde do nosso planeta, bem como a nossa própria saúde e a segurança alimentar futura dependem de como tratamos o mundo azul.*» [130]

Comer mais peixe, particularmente os ricos em óleos de ómega 3, é frequentemente recomendado nas dietas de saúde. No entanto, de acordo com um estudo publicado no *International Journal of Epidemiology*, «os ecologistas marinhos prevêem, com base nas tendências actuais, que as reservas de peixes vão desaparecer dentro de 40 anos». As diferenças no consumo de peixe internamente e entre países tendem a aumentar à medida que a quantidade de peixe diminui e a procura aumenta. O estudo conclui: «É necessária uma acção nacional e internacional urgente para fazer face às tensões decorrentes do aumento da procura humana de peixes e marisco e à rápida diminuição da saúde do ecossistema marinho.» [131]

Caixa: Factos

- Três milhões de pessoas dependem da biodiversidade marinha e costeira para poderem viver.
- Os recursos das indústrias marinhas e costeiras são estimados em 3 milhões de dólares americanos por ano (5% do PIB).
- Os oceanos são a maior fonte de proteínas.
- Cerca de 40% dos oceanos do mundo estão severamente afectados pela actividade humana.
  [132]

Objectivo 15: A vida terreste

Em 2015, foi declarado o fim da epidemia do Ébola, deixando atrás de si um rasto terrível de destruição, pois matou mais de 11 mil pessoas (500 profissionais de saúde) e infectou mais de 30 mil. As suas consequências são sentidas pelos sobreviventes, que lutam com problemas de saúde e um sistema de saúde deteriorado. Os efeitos do Ébola serão sentidos durante muitos anos, até pelas indústrias e produtores de alimentos, que procuram restabelecer os recursos necessários para recuperar após a crise [133].

Um relatório da OMS [127] acredita que as mudanças nos padrões das paisagens e da biodiversidade podem ter contribuído de forma fundamental para o surto da doença. O relatório afirma que as alterações no uso da terra induzidas pelos seres humanos são os principais veículos para uma série de infecções. Acredita-se que as alterações na utilização da terra, a produção de alimentos e as mudanças agrícolas respondem por quase metade de todo o aparecimento de doenças infecciosas zoonóticas globais. Com o aumento da exploração da madeira, a caça de animais selvagens, o desenvolvimento das aldeias e as mudanças na agricultura, as pessoas estão mais perto dos hospedeiros que servem de reservatório de doenças como o Ébola [134].

Ecossistemas estáveis são vitais para sustentar a vida humana. Todos os aspectos do bem-estar humano dependem dos bens e serviços dos ecossistemas, os quais, por sua vez, dependem da biodiversidade. Com a perda da biodiversidade e as alterações nos ecossistemas, os resultados podem ser devastadores. Podemos ser confrontados com surtos de doenças infecciosas que minam o progresso, pondo em risco a segurança alimentar e nutricional, bem como a protecção dos desastres naturais [134].

Caixa: Factos

- 1,6 mil milhões de pessoas dependem das florestas para o seu sustento.
- Em virtude das secas e da desertificação, perdem-se 12 milhões de hectares de floresta todos os anos, áreas em que 20 milhões de toneladas de sementes poderiam ter crescido.
- 80% da dieta alimentar humana é fornecida pelas plantas.
- Três plantações − arroz, milho e trigo − fornecem 60% de toda a nossa ingestão de energia.
  [135]

A seca e a desertificação também podem afectar seriamente a qualidade do ar, aumentando o risco de infecções respiratórias, como a bronquite e a pneumonia [136]. E a gestão sustentável das florestas desempenha um papel crítico na saúde humana, porque as florestas asseguram:

- O fornecimento de plantas ricas em nutrientes e alimentos animais para as populações que nelas vivem;

- A prevenção da erosão do solo, que pode causar níveis mais elevados de mercúrio nos peixes;
- A sustentabilidade das plantas medicinais, que são uma fonte comum de ingredientes, tanto para os medicamentos tradicionais como para os produtos farmacêuticos;
- A preservação da vida tradicional das populações indígenas, incluindo a sua saúde. [137]

Objectivo 16: Paz, justiça e instituições fortes

«“The opposite of poverty is justice.»[31] Bryan Stevenson, Advogado

Kabra, uma menina de 14 anos, e os seus dois irmãos mais novos, Merhawi e Filmon, corriam o risco de serem executados por causa das suas crenças religiosas. Quando fugiram da sua casa no Sudão para escapar à morte, foram temporariamente escravizados por gangues que os forçaram a trabalhar para eles. Conseguiram escapar a esse terrível calvário, mas ainda tinham uma longa jornada pela frente. Os três irmãos juntaram-se a 700 refugiados num barco perigosamente superlotado e em dois dias viajaram da Líbia para a Sicília. Uma viagem que matou centenas de pessoas. Estas crianças foram agora acolhidas, no entanto, ainda estão demasiado traumatizadas para falarem e não sabem se os seus pais estão mortos ou vivos. Muitas outras não chegaram a um lugar seguro [138].

Bandos de criminosos e traficantes estão a aproveitar-se da crise migratória. Muitas pessoas, em especial mulheres e crianças, são sujeitas a trabalho sexual ou a outros tipos de escravidão [139].

Em 2015, quase 96 mil crianças desacompanhadas pediram asilo na Europa. Aproximadamente 10% dessas crianças perderam contacto com as agências governamentais. É fácil de compreender que os grupos de crime organizado visem as crianças porque «são fáceis de recrutar, podem ser substituídas rapidamente e também podem ser mantidas sob o seu controlo de forma relativamente barata e discreta». As crianças traficadas são compradas e vendidas por um preço entre 4 mil e 8 mil dólares americanos. As crianças são traficadas para trabalho sexual, trabalho escravo (trabalhadores agrícolas e servidão doméstica) e mendicidade forçada [140].

Tudo isto é de uma violência tão grande que nos parte o coração. O mundo atravessa uma crise humanas de uma dimensão horrenda. Trata-se do sintoma mais grave da injustiça, da desigualdade e da guerra. O nosso julgamento, enquanto sociedade, pelas gerações futuras será determinado pela resposta que formos capazes de dar a uma crise como esta.

A nossa humanidade depende da humanidade de todos. Não seremos julgados pelos nossos avanços científicos e tecnológicos, nem pela forma como tratamos os ricos e os poderosos, mas pela forma como tratamos os pobres, os condenados, os deslocados e os presos.

Para pôr termo a esta crise, devemos enfrentar a pobreza, a desigualdade e o caos e substituí-los pela paz e pela justiça. A profissão de Enfermagem é imprescindível para orientar esta mudança. Nós, os enfermeiros, podemos contar com a confiança do público, vimos muitas desgraças, temos convicções; nós podemos fornecer soluções para ajudar as pessoas, as comunidades e as nações.

[31] «O oposto da pobreza é a justiça.»

Caixa: Factos

- A corrupção, subornos, roubos e evasão fiscal custam aproximadamente 1,26 biliões de dólares americanos por ano.
- Só 50% das crianças em áreas em conflito terminaram a escola primária.

[141]

- 21 milhões de pessoas são vítimas de trabalho forçado.
- 19 milhões de vítimas são exploradas por outras pessoas ou por empresas, e mais de 2 milhões pelo Estado ou por grupos rebeldes.
- 4,5 milhões são vítimas de exploração sexual forçada.
- O trabalho forçado gera 150 mil milhões de dólares americanos em lucros ilegais por ano.

[142]

- Há 6,3 milhões de pessoas deslocadas à força em todo o mundo.
- Há 21,3 milhões de refugiados em todo o mundo.
- 10 milhões de pessoas são apátridas.
- 34 mil pessoas são deslocadas à força todos os dias.
- 53% dos refugiados em todo o mundo vêm de três países: Somália (1,1 milhão), Afeganistão (2,7 milhões) e Síria (4,9 milhões).

[143]

Estudo de Caso 16.1: Os cuidados nas comunidades em risco

Aparentemente, não há muitas semelhanças entre trabalhar num campo de refugiados, numa tenda enlameada e com botas de borracha, e trabalhar numa instituição terciária como o *Royal Children's Hospital*. Porém, todos os dias Monica Burns, uma enfermeira que trabalha com os Médicos sem Fronteiras (MSF), utiliza a sua experiência como enfermeira pediátrica de diferentes formas, quer seja para planear, educar e implementar protocolos, quer para cuidar dos doentes.

Recentemente, Monica regressou da coordenação de um projecto com os MSF na região de Gambella, na Etiópia, que recebeu a maior parte dos refugiados da guerra civil no Sul do Sudão: quase 190 mil pessoas atravessaram a fronteira. A maioria vive em três campos de refugiados com condições extremamente básicas. Monica trabalhou com uma pequena equipa na coordenação do recrutamento e formação de cerca de 600 refugiados e membros da comunidade local para realizarem uma campanha de vacinação contra a cólera.

A cólera é uma doença grave que provoca diarreia e que pode matar em poucas horas. Quando Monica ali chegou, em Julho de 2014, a cólera estava presente no outro lado da fronteira, no Sul do Sudão. Todos os especialistas concordaram que estava iminente um surto de cólera que devastaria a população de refugiados. A estação das chuvas estava apenas a começar, e a equipa sabia que os campos iriam ficar inundados e que as condições de vida e de trabalho continuariam a deteriorar-se. Por isso, tinham de agir rapidamente.

No espaço de dois meses, a equipa educou e imunizou as comunidades em risco. À medida que as chuvas se foram intensificando, o rio subiu e os campos ficaram inundados. As

estradas ficaram bloqueadas e as vacinas tiveram de ser entregues por helicópteros da ONU. Apesar destas dificuldades, a equipa conseguiu vacinar mais de 90% da população refugiada. A dedicação da equipa fez com que a estação das chuvas passasse sem que tivesse ocorrido um surto de cólera importante.

Monica tem trabalhado com os MSF e outras ONG internacionais em vários países. No Maláui, teve de fazer face a uma epidemia de sarampo; no Paquistão, ajudou a gerir um hospital de cólera para adultos e crianças afectados pelas inundações; no Iémen, prestou assistência às pessoas afectadas pelo conflito civil. Em 2012, Monica foi ao Sul do Sudão para trabalhar com refugiados sudaneses e voltou lá novamente em 2013, quando a guerra civil começou, para trabalhar como enfermeira-chefe nos serviços de obstetrícia e pediátricos de um hospital de referência estatal [144].

Caixa: Proteger os trabalhadores de saúde, Síria e outras zonas em conflito

Uma das metas do ODS 16 é «reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade a ela associadas, em todos os lugares». O ICN é muito activo na protecção dos direitos dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, para que eles possam cuidar das populações sem pôr em risco o seu bem-estar físico ou mental.

Em Maio de 2016, o ICN assinou uma declaração conjunta enquanto membro da iniciativa *Health Care in Danger* [Cuidados de Saúde em Perigo], solicitando ao Conselho de Segurança das Nações Unidas a adopção de uma resolução para proteger os trabalhadores de saúde. A declaração exortava os Estados-Membros do Conselho de Segurança a reafirmar o direito internacional humanitário e a adoptar medidas específicas para a protecção dos cuidados de saúde. Também pedia que os governos fizessem uma revisão e, se necessário, introduzissem legislação nacional para prevenirem a violência contra doentes, pessoal de saúde, instalações e veículos médicos.

Em Agosto de 2016, o ICN uniu-se à Associação Médica Mundial para condenar a violência contínua de que é alvo o pessoal de saúde na Síria e noutros países, declarando ao mesmo tempo que os ataques persistentes e dirigidos aos médicos, enfermeiros, pessoal médico de emergência e outros profissionais de saúde na Síria atingiram níveis sem precedentes que deviam alarmar o mundo [145].

Em Dezembro de 2016, o ICN renovou um apelo conjunto para que seja respeitado e protegido o acesso aos cuidados de saúde dos feridos e doentes durante um conflito armado e para que cessassem os ataques ao pessoal e instalações de saúde [146].

A iniciativa Cuidados de Saúde em Perigo, com o apoio de especialistas e profissionais de diferentes sectores, incluindo os que trabalham na linha da frente, governos, forças armadas, agências humanitárias, associações profissionais internacionais e serviços de saúde, bem como a Cruz Vermelha Internacional e o Movimento do Crescente Vermelho, preparou um documento com recomendações concretas e identificou medidas práticas que, se implementadas por todos os interessados, aumentariam a protecção dos serviços de saúde em situação de conflitos armados ou outras emergências.

Além de apoiar a iniciativa Cuidados de Saúde em Perigo, o ICN é membro fundador da *Safeguarding Health in Conflict Coalition* [Coligação de Salvaguarda da Saúde em Conflitos], que promove o respeito pelas regulamentações humanitárias e pelos direitos humanos relacionados com a segurança das instalações de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos doentes, assegurando que estão seguros e protegidos durante períodos de conflito armado ou de violência civil.

O ICN também é membro do comité de direcção e do comité científico da Conferência Internacional sobre Violência no Sector da Saúde.

« Respect for health services is one of the core values of international humanitarian law and the human right to health. The attacks on nurses, doctors and healthcare facilities in Syria and other nations in conflict must urgently stop, so they can continue to provide the care needed by their populations.»[32] – Dr. Frances Hughes, CEO do ICN.

[32] «O respeito pelos serviços de saúde é um dos valores centrais do direito internacional humanitário e do direito humano à saúde. Os ataques a enfermeiros, médicos e instalações de saúde na Síria e noutros países em conflito devem cessar imediatamente, para que estes possam continuar a prestar os cuidados necessários às suas populações.»

Objectivo 17: Parcerias para os Objectivos

« "When dealing with tough situations, there are three things you must remember: vision, partnering, and courage. Always take the high road, even though this is often the tough road, and you will find more solid ground.»[33] Marla Salmon [32]

Para permitir que as estratégias de prevenção produzam os devidos resultados, o sector de saúde não pode trabalhar isoladamente. Precisamos de trabalhar em conjunto com a indústria e outros departamentos governamentais, a fim de gerar resultados benéficos.

As doenças não-transmissíveis, por exemplo, tem origem principalmente em sectores que nada têm que ver com a saúde e que, com frequência, escapam à influência directa das políticas de saúde. Quando as políticas de saúde estão em conflito com os interesses económicos de sectores como o comércio ou as finanças, em geral os interesses económicos prevalecem.

Tomemos o exemplo da indústria do tabaco.

O tabaco representa um grande risco para a saúde e um importante produto económico, o que resulta num conflito de interesses entre a riqueza das empresas e a saúde. Esta situação explica por que razão é que a política pública sobre o tabaco foi desenvolvida de forma *ad hoc*, com pressões exercidas pelos *lobbies* tanto da indústria de tabaco como da saúde pública.

A indústria do tabaco tem revelado possuir uma extraordinária força de resistência a qualquer controlo do produto. Se os países tentam implementar leis antitabágicas, a indústria do tabaco avança com estratégias legais para atrasar ou bloquear as regulamentações. A indústria do tabaco avisa os governos que qualquer legislação sobre o tabaco viola a rede cada vez maior de tratados de comércio e de investimento, deixando perspectivar disputas legais dispendiosas e prolongadas.

As empresas de tabaco intimidam em especial os países de baixos e médios rendimentos, impedindo-os de enfrentar uma das piores ameaças à saúde com que se debatem. Essas empresas também estão a apontar para esses países com novas vendas, porque a procura está a diminuir nos países de rendimentos elevados. A OMS afirma que 80% dos mil milhões de fumadores vivem em países de baixos e médios rendimentos [147].

Em 2012, o governo ucraniano iniciou processos judiciais através da Organização Mundial do Comércio contra a Austrália, em virtude das suas leis sobre as embalagens simples para os produtos de tabaco. O caso foi abandonado pela Ucrânia em 2015, mas foi o primeiro de cinco países a contestar as leis australianas. O caso é invulgar, uma vez que a Ucrânia não

[33] «Ao lidar com situações difíceis, há três coisas que deve recordar: visão, parceria e coragem. Siga sempre pelo caminho, mesmo que muitas vezes o caminho seja difícil, pois acabará por encontrar uma terra mais segura.»

exporta tabaco para a Austrália e é parte da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre o Controlo do Tabaco, tendo apoiado as directrizes sobre como implementar o tratado, incluindo no que toca à obrigação de embalagens simples. Sabe-se que a *British American Tobacco* estava a financiar os custos legais da Ucrânia. Sabe-se também que vários países estão a tentar implementar embalagens simples e estão à espera dos resultados das restantes acções contra a Austrália. Se a Austrália vencer esta batalha legal, os seus efeitos podem ser sentidos para além da indústria do tabaco, em sectores como o da «comida de plástico» e do álcool [148].

A Rose começou a fumar com 13 anos. Em consequência disso, desenvolveu cancro do pulmão e teve de se submeter a mais de dois anos de tratamento intenso. Passou por radioterapia, cirurgia, radiação e internamentos hospitalares prolongados. Parte do seu pulmão teve de ser removido por cirurgia e, devido a complicações, teve de ficar no hospital durante mais de um mês. A Rose desejou ter mais dias para passar com os seus amigos e família, especialmente os três netos. Morreu em 2015 de cancro provocado pelo tabagismo [149].

Infelizmente, esta história não é única. Todos os anos mais de 1,6 milhões de pessoas morrem de cancro do pulmão [150].

Estudo de Caso 17.1: Gerir a dependência do tabaco, Honguecongue

A Dra. Sophia Chan, Subsecretária da Alimentação e Saúde de Honguecongue, demonstrou um verdadeiro envolvimento e paixão na luta contra as doenças não-transmissíveis. Antes de ingressar no governo, a Dra. Chan era professora de Enfermagem e directora de investigação na Escola de Enfermagem da Universidade de Honguecongue [151]. Especializou-se na promoção da saúde, com um foco particular na gestão da dependência do tabaco. A Dra. Chan foi crucial no desenvolvimento de um programa de investigação para testar as intervenções dos enfermeiros, no que toca à mudança do comportamento dos fumadores e à protecção das crianças do tabaco passivo. A sua acção levou ao primeiro programa de aconselhamento para deixar de fumar do país, que ajuda todos os profissionais de saúde a gerir os tratamentos de tabagismo na China. Iniciou o grupo de trabalho Mulheres contra o tabaco para ajudar as mulheres chinesas a deixarem de fumar. Parte do seu sucesso pode ser atribuído às relações que estabeleceu com a OMS, as agências governamentais e várias parcerias de promoção da saúde [152].

Caixa: Factos-chave

- O tabaco causa a morte de metade dos seus consumidores.
- O tabaco mata cerca de 6 milhões de pessoas todos os anos. Mais de 5 milhões destas mortes são resultado do consumo directo do tabaco, ao passo que mais de 600 mil são resultado do tabagismo passivo.
- Cerca de 1,3 milhões de pessoas, ou 18% da população mundial, estão protegidos por leis nacionais exaustivas sobre zonas para não-fumadores.
- Um aumento de imposto acrescendo 10% ao preço de tabaco faz reduzir o consumo de tabaco em cerca de 4%.

- Apenas 33 países, representando 10% da população mundial, introduziram impostos sobre os produtos de tabaco, para que mais de 75% do preço de retalho corresponda ao imposto.
- Anualmente, o número de pessoas que morre por causa do consumo de tabaco é superior às mortes provocadas pela SIDA, malária e tuberculose em conjunto.

[147]

O aumento das DNT é dispendioso para os países. Não só os países perdem os seus cidadãos prematuramente, como também os custos dos tratamentos são extremamente elevados. Por exemplo, os custos dos cuidados com o cancro estão a tornar-se incomportáveis mesmo nos países considerados ricos. Em 2012, a *Food and Drug Administration* dos EUA aprovou 12 novos medicamentos para o tratamento de vários tipos de cancro. Dos 12 medicamentos aprovados, 11 têm um preço acima dos 100 mil dólares americanos por doente anualmente [34].

A prevenção é de longe a melhor opção. Reduz os custos suportados pelo sistema de saúde e melhora a qualidade de vida das pessoas. Muitas doenças infecciosas podem ser prevenidas por vacinas ou curadas por medicamentos, todos fornecidos pelo sector de saúde. No entanto, a prevenção das doenças não-transmissíveis é mais problemática do que a prevenção das doenças infecciosas, razão pela qual é necessário trabalhar em parceria com outras organizações para as combater.

«Health is one of the most precious commodities in life. But it is highly influenced by politics and it requires investment. As such, you need political leadership; You need commitment; And you need a conversation with the public.»[34]

Dra. Margaret Chan, Directora-Geral, OMS

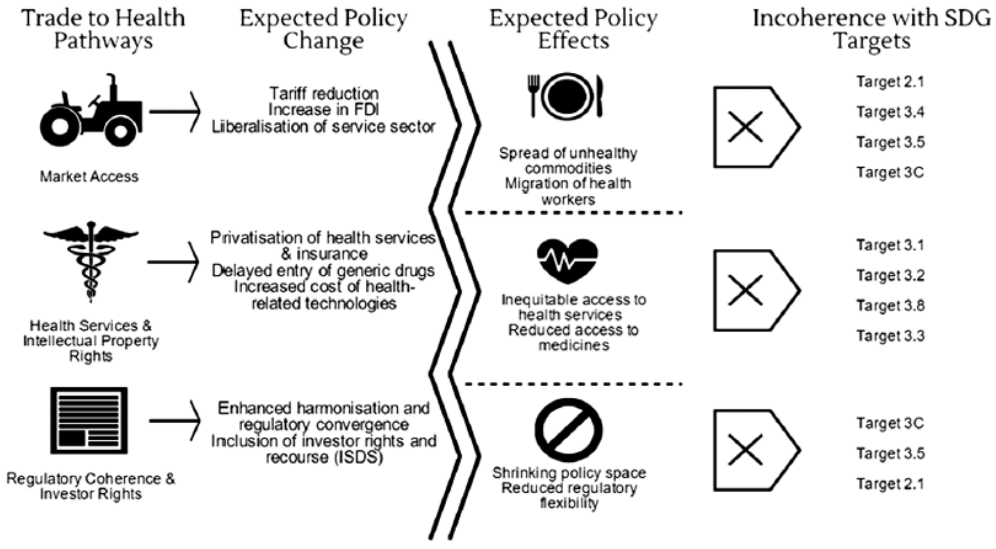


Figura 13. Os impactos potenciais do comércio nos resultados da saúde [153].

[34] «*A saúde é um dos bens mais preciosos da vida. No entanto, a saúde é altamente influenciada pela política e requer investimentos. Assim sendo, é necessário liderança política, envolvimento e participação e diálogo com o público.*»

Políticas não relacionadas com a saúde podem ter um enorme impacto sobre a saúde e os determinantes da saúde. Por exemplo, após a remoção pelo Vietname das restrições ao investimento estrangeiro directo, as vendas de bebidas carbonatadas açucaradas aumentaram de 6,7% para 23% anualmente. Prevê-se que o Vietname se torne um dos mercados de maior crescimento para a *Coca-Cola* e *Pepsico* [154]. Este exemplo demonstra como, embora o aumento do comércio e do investimento possa ter efeitos positivos sobre a saúde, estimulando o crescimento económico e reduzindo a pobreza, há também potenciais riscos para a saúde que devem ser considerados.

Parcerias interprofissionais

O ICN formou uma parceria única com outras organizações de profissionais de saúde chamadas *World Health Professions Alliance* [Aliança Mundial das Profissões de Saúde]. A WHPA reúne as organizações globais que representam os dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e médicos do mundo e exprime a voz de mais de 26 milhões de profissionais de saúde em mais de 130 países. A WHPA trabalha para melhorar a saúde global e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, e facilita a colaboração entre as profissões de saúde e as principais partes interessadas. A WHPA efectuou muitas intervenções na Assembleia Mundial da Saúde, órgão de decisão da OMS; apresentou declarações conjuntas sobre questões críticas, tais como a protecção dos trabalhadores da saúde, a importância da colaboração interprofissional, a saúde e as alterações climáticas, a saúde mental, etc.; e lançou campanhas conjuntas sobre doenças não-transmissíveis, ambientes de prática positivos e medicamentos contrafeitos.

O ICN lidera a profissão de Enfermagem para garantir que a nossa voz é ouvida ao mais alto nível nos centros de decisão. Para os enfermeiros, é extremamente importante compreender o processo político e saber onde está o poder. Muitas vezes, os enfermeiros foram testemunhas das consequências das decisões das políticas de saúde, mas não fizeram parte do processo de tomada de decisão original. Por esta razão, a política é muitas vezes mais pobre e a saúde e o bem-estar dos doentes são afectados.

Como a Vernice Ferguson afirma: «*Be there. So by hook or by crook, {be} in the inner circle, so that you can facilitate nursing in its fullness to have its day in the sun. Health needs to be considered in all policies, and no profession understands health and wellbeing in its entirety like nursing. Be passionate, be informed, be ready to give an answer to improve the health and wellbeing of individuals, communities, nations and the world. Have a voice and lead because no one else is better in a better position.*[35] [32].»

Estudo de Caso 17.2: Liderança da Enfermagem para alcançar os ODS, China

[35] «Esteja presente. Por todos os meios possíveis, faça parte do círculo interno, para que possa promover o exercício da Enfermagem em toda a plenitude. A saúde deve ser considerada em todas as políticas, e nenhuma outra profissão compreende a saúde e o bem-estar na sua totalidade como a Enfermagem. Seja apaixonado, esteja informado, esteja pronto a responder ao desafio da melhoria da saúde e do bem-estar dos indivíduos, das comunidades, dos países e do mundo. Erga a sua voz e lidere, porque ninguém é melhor e se encontra em melhor posição do que um enfermeiro.»

«Nursing leaders around world should actively strive to make a voice on behalf of nurses and participate in the actions that may change health policy to advance the influence of nurses.»[36]

A saúde do povo chinês é uma prioridade para o governo chinês, e os profissionais de saúde, e em especial os enfermeiros, são vistos como a principal força motora da promoção da saúde.

No ano passado, os enfermeiros contribuíram grandemente para o aumento da esperança de vida média na China, que passou para 76,34 anos em 2015. Os enfermeiros também desempenharam um papel-chave na diminuição da taxa de mortalidade materna e da taxa de mortalidade infantil de 20,1 por 100 mil nascimentos e 8,1 por 1000 nascimentos, respectivamente.

A Dra. Li Xiuhua, presidente da Associação Chinesa de Enfermagem, atribui este sucesso a quatro níveis das estratégias de liderança.

Em primeiro lugar, temos a importância dos cargos de saúde e da sua representação a nível nacional. O governo chinês tem sido um forte defensor do desenvolvimento de cuidados de Enfermagem e escolheu membros do Comité Consultivo Político do Povo Chinês (CCPPC) e deputados do Congresso Nacional do Povo para representar os enfermeiros, prestar conselhos e sugestões, participar em debates políticos e influenciar activamente as políticas de saúde. A Dra. Li actuou como membro do Comité Nacional do CCPPC por dois períodos, apresentando propostas de Enfermagem ao governo, contactando com pessoas de todos os sectores e procurando apoio governamental e social.

Em segundo lugar, a inovação deve ser considerada como a força que leva ao desenvolvimento.

Em terceiro lugar, os sistemas de saúde devem ter uma forte capacidade de implementação. Quando a meta é estabelecida, deve-se avançar para alcançá-la, sem medo, independentemente de quaisquer dificuldades encontradas, cientes da intenção original e assumindo com coragem a responsabilidade.

Em quarto lugar, deve-se procurar a inclusão, promovendo a cooperação e a colaboração multidisciplinar.

Para alcançar os ODS e fazer face aos desafios actuais, incluindo a escassez geral de mão-de-obra de Enfermagem, a Dra. Li acredita que os líderes nacionais de Enfermagem em todo o mundo devem trabalhar em conjunto para formular uma estratégia a longo prazo de desenvolvimento sustentável da ciência da Enfermagem, de desenvolvimento da carreira de Enfermagem, de desenvolvimento da indústria da Enfermagem e de melhoria do nível de saúde das pessoas. Salienta que deve ser dada prioridade à actualização dos

[36] «Os chefes de Enfermagem em todo o mundo devem esforçar-se activamente para dar voz aos enfermeiros e participar em acções que podem mudar a política de saúde e promover a influência dos enfermeiros.»

conhecimentos, informação e promoção da resposta global de emergência e de primeiros socorros; aos cuidados aos idosos e à gestão das doenças crónicas; às doenças infecciosas emergentes; à prevenção e estilos de vida saudáveis, bem como à saúde materna e pediátrica. Além disso, constitui uma prioridade providenciar orientações de saúde aos grupos vulneráveis e marginalizados, garantindo o direito de todos ao acesso aos cuidados de saúde.

Apresentado por Dra. Li Xiuhua, Presidente da Associação Chinesa de Enfermagem

Parte Três: Como Podem Os Enfermeiros Ser uma Voz de Liderança?

A saúde e o bem-estar das pessoas e das populações podem ser melhorados de muitas formas: na prática clínica, trabalhando com as pessoas e as famílias, através de programas de apoio e de desenvolvimento comunitário, de iniciativas e de políticas nacionais de saúde ou compromissos e acordos internacionais para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Os enfermeiros têm um papel importante a desempenhar em todos estes níveis, quer seja para prestar cuidados, avaliar com precisão as necessidades, preparar a resposta clínica ou política, quer para avaliar os resultados e a sua eficácia. Como mostra a Figura 14, todas estas acções estão conectadas e inter-relacionadas, e é por isso que os enfermeiros devem estar envolvidos e ter voz em todos os níveis de tomada de decisão.

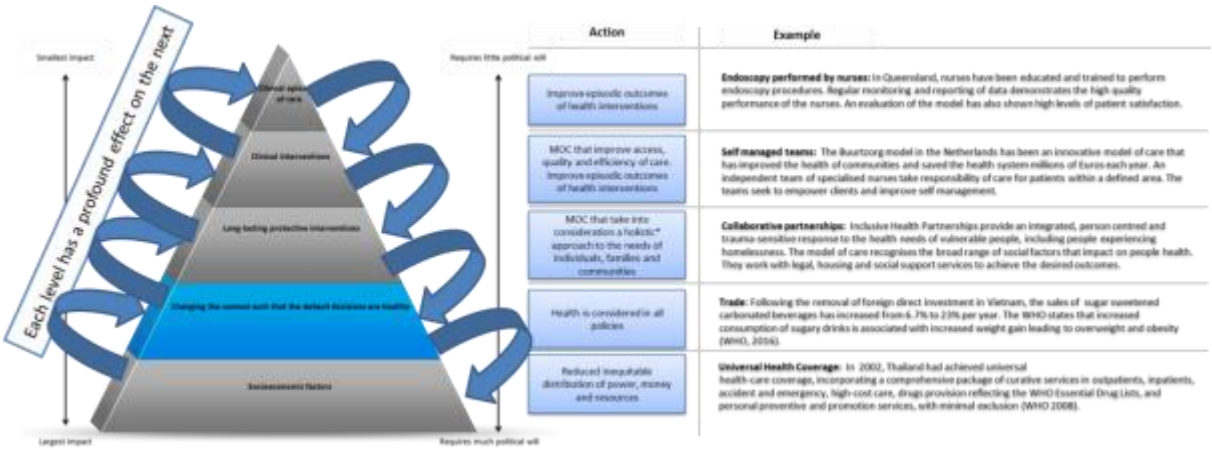


Figura 14. Quadro das acções de promoção da saúde. Adaptado de Frieden (2010) [155].

Há três maneiras diferentes de ser uma Voz de Liderança:

- Como pessoa;
- Como profissional ;
- Como membro de uma equipa multidisciplinar.

1. Uma Voz de Liderança – Como pessoa

A mudança e a influência começam consigo! O tema do Dia Internacional do Enfermeiro – Enfermeiros: Uma Voz de Liderança – não se refere apenas a uns poucos privilegiados. Cada enfermeiro deste planeta tem uma voz e pode usar essa voz para fazer a diferença, como se viu em muitos estudos de caso que constam deste documento. A liderança e o activismo político são fundamentais para fazer ouvir a sua voz.

Torne-se um líder

É possível que os enfermeiros não estejam habituados a considerarem-se líderes, mas não é necessário ter um cargo tradicional, um título ou ter sido eleito para assumir a liderança e fazer mudanças que beneficiem os outros nas nossas comunidades locais ou globais [156].

A capacidade de os enfermeiros efectuarem mudanças é tão importante quanto a capacidade técnica de prestarem cuidados seguros e eficazes, e os enfermeiros são influentes a todos os níveis.

A liderança é um processo, não um cargo. A concepção actual de liderança priviligia os processos colaborativos em grupos e comunidades. A liderança está ligada à responsabilidade social e à boa cidadania que, por seu turno, se associam às responsabilidades profissionais e éticas de os enfermeiros defenderem o direito humano à saúde.

Na linha da frente, os enfermeiros colaboram com os doentes e usam toda a sua *influência* para os capacitar de forma que façam eles próprios mudanças positivas.

Os enfermeiros não só influenciam os outros no seu dia-a-dia como dispõem de uma capacidade especial para a arte da *persuasão*, um processo que envolve relações e negociação. Persuadir uma pessoa idosa que tem demência a tomar banho, ou uma criança a cooperar aquando da vacinação, ou os pais a autorizarem a vacinação, são exemplos de como os poderes persuasivos em acção ajudam a negociar um resultado mutuamente desejável.

A esfera de influência dos enfermeiros como profissionais de saúde vai para além das pessoas, famílias, grupos e comunidades com os quais trabalham. Estende-se através de todo o sector de saúde aos colegas de Enfermagem e obstetrícia, colegas médicos, auxiliares de saúde e às pessoas com responsabilidades políticas, de gestão e fiscais.

«What each of these nursing leaders had in common was political activism that grew out of the personal knowledge they gained in providing care for poor, immigrant, and otherwise vulnerable populations and understanding that their efforts toward achieving social justice were as important to health as the more immediate 'downstream' direct nursing care they provided.[37]*»* [157]

[37] O que cada um desses líderes de Enfermagem tinha em comum era o activismo político que nasceu da experiência pessoal que adquiriram ao cuidar de populações pobres, imigrantes e vulneráveis, e da compreensão de que os seus esforços para a justiça social eram tão importantes para a saúde quanto os cuidados de Enfermagem mais imediatos que directamente prestavam.»

O ICN tem três programas de liderança para ajudar a preparar enfermeiros e outros profissionais de saúde para a gestão e liderança durante a mudança e a reforma do sector da saúde e para melhorar a sua contribuição para os serviços de saúde.

O programa ***Leadership for Change™*** [Liderança para a Mudança] **(LFC)** visa preparar os enfermeiros e outros profissionais de saúde para cargos de liderança na Enfermagem e no sector da saúde em geral, nestes tempos difíceis de mudanças e de reforma do sistema de saúde. Ajudar os enfermeiros e outros profissionais de saúde a nível nacional, regional ou organizacional a:

- Participarem no desenvolvimento da política de saúde e social;
- Serem líderes e gestores eficazes e dinâmicos;
- Alinharem a contribuição da profissão com os desenvolvimentos socioeconómicos, profissionais e regulamentares;
- Manterem e promoverem as suas próprias competências e identificarem, desenvolverem e apoiarem competências futuras.

O foco do projecto de aprendizagem activa ***Leadership in Negotiation*** [Liderança na Negociação] é o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, conduzindo a uma voz eficaz nos órgãos de tomada de decisão do sector de saúde, a melhores locais de trabalho e a organizações profissionais mais fortes. O projecto, iniciado em 1982 em África, foi desde então adaptado às necessidades dos enfermeiros das Caraíbas, Europa do Leste, América Latina, Sudeste Asiático, Pacífico e Pacífico Sul. Ele possibilitou a formação de enfermeiros líderes em todo o mundo na resolução de problemas, negociação, comunicação, desenvolvimento de recursos humanos, saúde e segurança ocupacional, gestão de associações e marketing. Ao mesmo tempo, o projecto sensibiliza os participantes para o impacto das questões de trabalho e do ambiente de trabalho na prestação de cuidados.

O terceiro projecto do nosso programa de Liderança é o **ICN *Global Nursing Leadership Institute*** [Instituto Global de Liderança em Enfermagem do ICN] **(GNLI)**, destinado a enfermeiros de nível sénior e executivo. O GNLI utiliza uma abordagem de aprendizagem-acção dentro de uma cultura de aprendizagem colaborativa e estimulante. Os participantes aprendem a compreender o seu papel no desenvolvimento de uma força de trabalho capaz de enfrentar novos desafios; a contribuir para o reforço dos sistemas de saúde, e a influenciar o desenvolvimento e a implementação da política a nível internacional, nacional e local. Em 2017, o GNLI passará a ser o ***Global Nursing Policy Leadership Institute*** (GNPLI) [Instituto Global de Liderança de Políticas de Enfermagem] **(GNPLI)**.

Caixa:

«Never has there been a time when the voices of nurses are more urgently needed at high levels of policy formation and decision-making than they are now.»[38]
(Judith Shamian, Presidente do ICN) [158]

Afirme a sua voz na arena da política

Os ODS constituem uma oportunidade para os enfermeiros influenciarem o processo de tomada de decisões e as políticas de saúde. O desenvolvimento de políticas é um

[38] «Nunca como agora as vozes dos enfermeiros foram tão urgentemente necessárias nos altos níveis de formação política e de tomada de decisão.»

instrumento prático para a mudança [159]; quando os enfermeiros estão envolvidos, os cuidados de saúde são seguros, de alta qualidade, acessíveis e económicos.

Não há dúvida de que os enfermeiros se devem envolver na formulação de políticas, constituindo esta vertente de actuação o corolário lógico e a expressão dos sentimentos de preocupação e de compaixão da profissão [157], em especial quando se trata de questões como a distribuição de recursos e o acesso a cuidados de saúde por parte de populações vulneráveis [160].

Os enfermeiros são *necessários* e são parceiros *desejados* na mesa de discussão das políticas [161]. E como o Instituto de Medicina sublinha, «é necessária uma mudança na forma como os enfermeiros consideram a sua responsabilidade face às pessoas de quem cuidam; os enfermeiros devem considerar-se parceiros plenos, ao mesmo nível dos outros profissionais de saúde», para estarem efectivamente envolvidos [162].

O activismo é um *continuum* [163]. No primeiro nível do activismo, a *reacção* ao contexto desencadeia a consciência política.

O segundo nível requer a *definição de uma agenda* para a mudança, o que tem lugar através da colaboração com outras pessoas que estão a trabalhar para um objectivo comum. Por exemplo: os enfermeiros que trabalham com grupos de consumidores e associações nacionais de Enfermagem desenvolvem normalmente uma sofisticação política considerável quando trabalham a este nível. Eles formam alianças com outros grupos afins (de Enfermagem), contribuem para o desenvolvimento de políticas e participam activamente na promoção da nomeação de enfermeiros para posições políticas relacionadas com a saúde.

No terceiro nível, os enfermeiros devem *liderar* essa agenda para que ela inclua questões que estão para além das que afectam a Enfermagem, nomeadamente aquelas que abordam preocupações mais amplas de saúde e de política social e que estão relacionadas com as condições políticas ou económicas que produzem e mantêm a saúde precária [164].

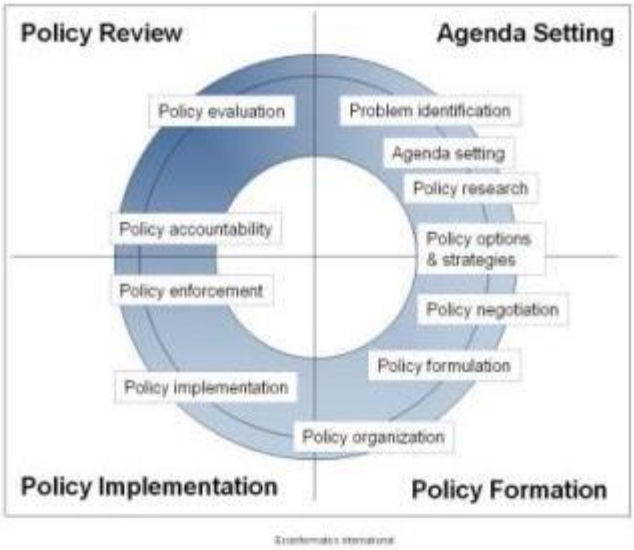


Figura 15. O ciclo da política.

O *continuum* do activismo político mostra bem que é raro um só indivíduo, agindo sozinho, resolver um grande problema da sociedade.

O sucesso acontece quando os enfermeiros trabalham em conjunto a todos os níveis para se envolverem eficazmente no processo político. Existem quatro etapas principais no ciclo político, incluindo a definição da agenda, a formulação de políticas, a implementação e a revisão (ver Figura 16) [165]. Os enfermeiros podem estar envolvidos em todas as etapas e ter vários papéis em cada uma delas.

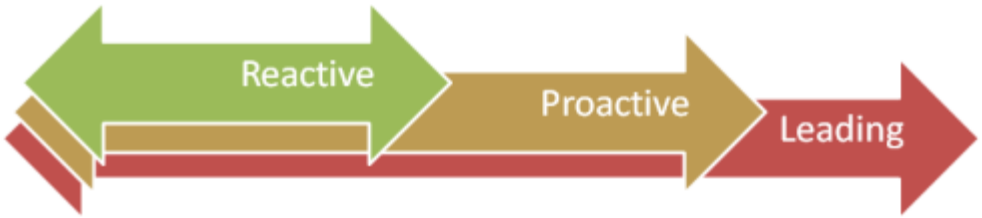


Figura 16. O *continuum* do activismo político. (Reactivo – Proactivo – Liderando)

Os *campeões da política* desempenham um papel central na formulação de políticas, conectando soluções com problemas e observando e esperando pelo clima político adequado [166]. Sem um campeão político que reconheça que um problema, proposta e clima político estão prontos para convergir, as boas ideias não se concretizam [167]. Qualquer pessoa pode ser um campeão da política, e os enfermeiros estão particularmente bem posicionados e equipados para desempenhar esse papel. Os enfermeiros que trabalham como campeões da política precisam do apoio de outros enfermeiros e, no que a isso diz respeito, todos os enfermeiros podem contribuir para o processo de decisão política.

Partilhe as suas realizações

Existem muitas plataformas em que pode partilhar as suas realizações, além das plataformas dos meios de comunicação social já mencionadas. A publicação de investigações em revistas científicas é uma delas. O periódico científico do ICN, *International Nursing Review* (INR), encoraja o envio de textos originais não-solicitados onde os enfermeiros descrevem a relevância política do seu trabalho e documentam a sua experiência e investigação. Os autores são encorajados a desenvolver uma «inteligência global» sobre a Enfermagem e a dirigir-se ao público diversificado do INR, explorando para além dos interesses locais ou nacionais, de forma que os princípios subjacentes ao seu trabalho tenham uma aplicação mais geral e global.

O programa *Connecting Nurses* [Ligando os Enfermeiros], apoiado pela Sanofi em parceria com o ICN e outras organizações, tem como objectivo dinamizar um fórum *online* para os enfermeiros de todo o mundo partilharem ideias, conselhos e inovações. O fórum *Connecting Nurses* facilita a partilha de conhecimento e recursos, defendendo as realizações de Enfermagem e promovendo a prática da Enfermagem em todo o mundo. *Care Challenge* [Desafio dos Cuidados] é um concurso anual que destaca as inovações de Enfermagem e ajuda a implementá-las na prática. Este concurso é um incentivo para os enfermeiros de todo o mundo a apresentarem as suas ideias, formando assim uma comunidade de conteúdos.

2. Uma Voz de Liderança − Como profissional

O ICN aposta nas associações de Enfermagem como um motor de influência para se alcançarem as metas da Enfermagem. Ao trabalhar através da sua associação nacional de Enfermagem e ao unificar a profissão, alcançamos a solidariedade em relação aos nossos objectivos e, juntos, podemos ser uma Voz de Liderança.

Enquanto membros do ICN, as ANE [Associações Nacionais de Enfermeiros] beneficiam do respeito que o ICN granjeou ao longo de mais de 100 anos como actor-chave na tomada de decisões em matéria de política de saúde a nível internacional. Além disso, o ICN providencia aos seus membros a plataforma e os meios necessários para alcançar objectivos comuns através de uma acção de colaboração, trabalhando em conjunto em prol da sociedade, do progresso da profissão e da evolução dos seus membros. A força dos nossos números – as nossas contribuições estratégicas e económicas, a nossa colaboração com o público, os profissionais de saúde, outros parceiros e indivíduos, famílias e comunidades a quem prestamos cuidados – acrescentam poder à nossa visão.

Através do ICN, os enfermeiros desempenharam um papel fundamental no desenvolvimento e implementação de muitas políticas-chave, incluindo a Estratégia Global sobre Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030, da OMS, e as recentes recomendações da Comissão de Alto Nível sobre Empregos na Área da Saúde e Crescimento da Economia da ONU. Muitas ANE deram contribuições semelhantes a nível das suas políticas nacionais.

Caixa:

O que fazem as ANE? As Associações Nacionais de Enfermeiros representam os interesses dos seus membros e promovem a profissão de Enfermagem, encorajando um alto nível de prática de Enfermagem, promovendo um ambiente de trabalho seguro e ético, reforçando a saúde e o bem-estar dos enfermeiros e defendendo questões de saúde que afectam o enfermeiro e o público. (Adaptado de ANA [*Advanced Nursing Assistant*])

O que fazem os Director Nacional de Enfermagem (DNE)? O papel do DNE é influenciar as políticas de saúde e as autoridades governamentais de saúde e criar oportunidades para que a Enfermagem influencie as agendas da política de saúde. Espera-se que o DNE preste conselhos de alto nível, de liderança e orientações sobre Enfermagem e políticas de saúde [166].

O que faz o ICN? O ICN é uma federação com mais de 130 associações nacionais de Enfermagem e que representa mais de 16 milhões de enfermeiros em todo o mundo. Enquanto voz da Enfermagem global, reforça e promove a profissão de Enfermagem e utiliza a voz dos enfermeiros para melhorar a saúde das pessoas, comunidades e países em todo o mundo. O ICN representa os enfermeiros na Assembleia Mundial da Saúde.

3. Uma Voz de Liderança – Como membro de uma equipa multidisciplinar

É igualmente importante que as vozes dos enfermeiros sejam ouvidas enquanto parte de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde. A parceria do ICN com as federações internacionais que representam médicos, farmacêuticos, dentistas e fisioterapeutas é um exemplo disso. O ICN também trabalha em estreita colaboração com a Confederação Internacional de Parteiras. Quando se cuida de doentes, o trabalho em equipa e a comunicação entre as profissões é essencial para que se consiga proporcionar cuidados verdadeiramente centrados no doente.

Dada a importância dos determinantes sociais da saúde, é claro que os profissionais de saúde também devem trabalhar com outras profissões – com educadores, advogados, políticos, assistentes sociais, etc. Precisamos de entender as necessidades familiares e sociais do doente e a sua situação económica. Precisamos de trabalhar com nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais para integrar o cuidado na comunidade e na vida quotidiana dos doentes. Acima de tudo, temos de trabalhar com os doentes e criar com eles uma relação de respeito mútuo.

Uma característica típica da colaboração é que ela reúne muitas vezes pessoas ou organizações com conhecimentos, aptidões e/ou recursos diferentes mas complementares. A colaboração também representa um compromisso de todas as partes para fazer com que uma iniciativa conjunta seja bem-sucedida. Juntos, os profissionais de saúde, doentes, governo, *trabalhando em colaboração*, podem ter um impacto significativo nas políticas de saúde dos nossos países e nas vidas das pessoas que servimos.

Liderar e ser ouvido

Cada acção, por mais pequena que seja, conta.
Utilizar as redes de comunicação social, como o Facebook e o Twitter, para fazer ouvir a sua voz é uma forma de acção eficaz. Utilizadas de forma responsável, essas plataformas podem ser usadas pelos enfermeiros para divulgar informações baseadas em factos a colegas e ao público em geral e elevar o perfil da profissão da Enfermagem [168, 169].
Quando partilham as suas preocupações nesses espaços públicos, os enfermeiros estão a agir não apenas como bons cidadãos mas como uma voz legítima da profissão de Enfermagem.

Embora sejam actos pequenos e individuais de activismo político, colectivamente têm o poder de influenciar a opinião pública e, em última análise, de provocar mudanças nas políticas públicas.

O ICN e as associações nacionais de enfermeiros realizam campanhas regulares nos meios de comunicação social, que são fáceis de acompanhar e de partilhar com as redes de amigos e colegas, com a vantagem adicional de manterem os enfermeiros actualizados sobre questões e reuniões regionais, nacionais e globais. Enquanto enfermeiro, pode começar agora a acompanhar-nos no Twitter @ICNurses, e usando as hashtags #IND2017 e #VoiceToLead.

Também se pode juntar a nós no Facebook, https://www.facebook.com/ICN.ch, e partilhar os seus conhecimentos e experiência ou promover questões de interesse para a Enfermagem.

Subscrever alertas por correio electrónico e participar em webinares também são ferramentas valiosas para nos ajudar a desenvolver conhecimentos e experiências numa área específica de interesse. Associar-se a campanhas de Enfermagem bem conhecidas e reputadas acrescenta força à nossa mensagem de uma voz colectiva e, portanto, com mais poder. Imagine o que os nossos predecessores de Enfermagem poderiam ter conseguido se tivessem acesso a essas ferramentas de divulgação!

E finalmente, pode partilhar os seus sucessos, as suas inovações e as suas histórias com o ICN e os seus colegas em todo o mundo, enviando-as para o ICN.

Adapted from Kostas-Polston, E., Thanavaro, J., Arvidson, C., & Morritt Taub, L.-F. (2015). Advanced practice nursing: Shaping health through policy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27*, 11-20.

Acções dos governos

Os enfermeiros têm a responsabilidade de trabalhar em prol dos ODS e, em especial, das metas relacionadas com a saúde. Em contrapartida, os governos têm a responsabilidade de fornecer os meios que permitam aos enfermeiros contribuir de forma útil para essas metas.

É óbvio que os governos são responsáveis pelas iniciativas políticas tanto nacionais como globais, quer se trate de implementar e financiar o acesso universal aos cuidados de saúde, de recrutar, apoiar e conservar a força de trabalho em saúde ou de assegurar o desenvolvimento sustentável e facilitar e coordenar parcerias e colaborações com muitos sectores e organizações diferentes. No entanto, é indiscutível que o papel mais importante dos governos é a liderança política que reconhece que os gastos com a saúde são um investimento e não uma perda económica. Este diagrama demonstra bem que as populações saudáveis produzem crescimento económico, embora em muitas partes do mundo os gastos com a saúde estejam a ser diminuídos e não se invista o suficiente com os serviços de saúde. Precisamos de uma mudança na mentalidade dos nossos políticos, e os enfermeiros – onde quer que trabalhem e qualquer que seja o seu papel – têm uma voz capaz de liderar essa mudança. Cabe-nos a nós – a todos e a cada um de nós – ser uma

voz de liderança para levar outras pessoas, os nossos doentes, colegas, comunidades e governos a melhorar a saúde. Faça ouvir a nossa voz!

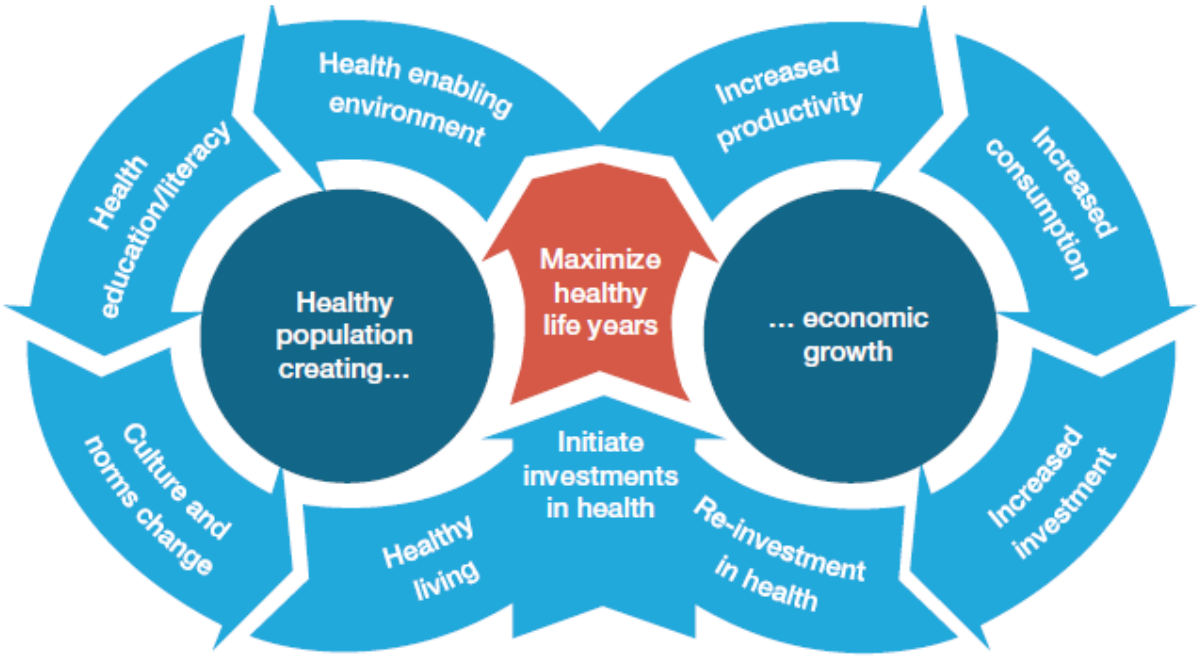


Figura 17. Investir na saúde conduz a populações saudáveis e ao crescimento económico [170].

Referências

1. Kounang, N. *Aleppo's angel: A nurse's devotion to Syria's children*. 2016 [consultado a 21 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://edition.cnn.com/2016/08/13/health/nurse-childrens-hospital-syria/
2. World Health Organization. *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. 2006 [consultado a 22 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
3. Davidson, P.M. *Not Angels but Shining Examples*. 2016 [consultado a 7 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.huffingtonpost.com/patricia-m-davidson/not-angels-but-shining-ex_b_11567674.html.
4. World Health Organization. *Global Health Observatory (GHO) Data: Life Expectancy*. 2016 [consultado a 2016 7 Novembro]; Disponível em: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/.
5. Parliament, U. *Health inequalities - extent, causes, and policies to tackle them* 2009 [consultado a 22 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/28605.htm.
6. Cook, L. *U.S. Education: Still Separate and Unequal* 2015 [consultado a 2016 22 Dezembro]; Disponível em: http://www.usnews.com/news/blogs/data-mine/2015/01/28/us-education-still-separate-and-unequal.
7. Breierova, L. and E. Duflo. *The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Father's Really Matter Less Than Mothers?* 2004.
8. Organization, W.H. *What are the social determinants of health?* 2016 [consultado a 22 de Dezembro 2016]; Disponível em http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.
9. Association, C.N. *Social Determinants of health and Nursing: A Summary of the Issues*. CNA Backgrounder 2005 [consultado a 22 de Dezembro de 2016]; Disponível em https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/social-determinants-of-health-and-nursing_a-summary-of-the-issues.pdf?la=en.
10. Forouzanfar, M.H., et al., *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.* The Lancet, 2016. **388**(10053): p. 1659-1724.
11. United Nations. *Sustainable Development Goals: 17 Goals to transform our world*. 2016 [consultado a 7 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/.
12. Nightingale, F. *Notes on Nursing: What it is, and What it is not*. 1860; Disponível em: http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html.
13. Bridges, D.C., *A history of the International Council of Nurses, 1899-1964: The first sixty-five years*. 1967: Lippincott.
14. Henderson, V., *Harmer and Henderson's Textbook of the Priniciples and Practice of Nursing*. 1955, Macmillan: New York.

15. Kagan, P.N., M.C. Smith, and P.L. Chinn, eds. *Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis*. Routledge studies in health and social welfare. 2014, Routledge: New York.
16. Marmot, M. and R. Bell, *Fair society, healthy lives.* Public health, 2012. **126**: p. S4-S10.
17. Marmot, M. *Boyer Lectures: Sir Michael Marmot highlights health inequalities and 'causes of the causes'*. 2016 [consultado a 21 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.abc.net.au/news/2016-09-03/boyer-lecture-sir-michael-marmot-highlights-health-inequalities/7810382.
18. Williams, Y. *What is Relative Poverty?* 2015 [consultado a 9 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://study.com/academy/lesson/what-is-relative-poverty-definition-causes-examples.html#transcriptHeader.
19. Nippon.com. *Japan's Worsening Poverty Rate*. 2014 [consultado a 19 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.nippon.com/en/features/h00072/.
20. United Nations. *Goal 1: End poverty in all its forms everywhere*. 2016 [consultado a 8 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/poverty/.
21. World Bank Group, *Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change. Overview booklet.* 2016, World Bank: Washington DC.
22. UNDP. *Human Development Report: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience.* 2014 [consultado a 9 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.compassion.com/multimedia/human-development-report-2014-undp.pdf.
23. World Bank Group. *Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity*. 2015 [consultado a 9 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.compassion.com/multimedia/ending-poverty-sharing-prosperity-world-bank.pdf.
24. World Health Organization. *Background Document: The social and economic consequences of malnutrition in ACP Countries*. 2016 [consultado a 11 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/acp/dv/background_/background_en.pdf.
25. Food and Agriculture Organisation of the United Nations. *Understanding the tru cost of malnutrition*. 2014 [consultado a 11 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.fao.org/zhc/detail-events/en/c/238389/.
26. International Food Policy Research Institute, *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030.* 2016: Washington, DC.
27. OECD. *Obesity Update*. 2014 [consultado a 11 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf.
28. The World Bank. *Prevalance of undernourishment* 2016 [consultado a 11 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://data.worldbank.org/indicator/SN.ITK.DEFC.ZS?locations=MX.
29. Jordan, M. *Malnutirtion Blights Mexico's Young*. 2003 [consultado a 11 de Novembro de 2016]; Disponível em: https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2003/06/09/malnutrition-blights-mexicos-young/c8170157-7ed3-4c03-a003-b9609ad090b9/.
30. McNeil, S., *Khaled Naanaa and his family fled to Perth after deaths threats in Syria*, in *Perth Now*. 2016, Perth Now: Western Australia.

31. FAO, I. *WFP (2015) The state of food insecurity in the world 2015—Meeting the 2015 international hunger targets: taking stock of uneven progress*. 2015 [consultado a 9 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.compassion.com/multimedia/state-of-food-insecurity-in-the-world-2015.pdf.
32. Houser, B. and K. Player, *Words of Wisdom from Pivotal Nurse Leaders*. 2008, Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
33. World Health Organization. *Universal health coverage (UHC): Fact sheet*. 2016 [consultado a 8 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/.
34. Chan, M. *WHO Director-General addresses ministerial meeting on universal health coverage*. 2015 [consultado a 8 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/dg/speeches/2015/singapore-uhc/en/.
35. World Health Organization. *The Global Push for Universal Health Coverage*. 2015 [consultado a 9 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf.
36. International Council of Nurses, *ICN Code of Ethics for Nurses*. 2000, Geneva: ICN.
37. Currie, J., M. Chiarella, and T. Buckley, *An investigation of the international literature on nurse practitioner private practice models.* International nursing review, 2013. **60**(4): p. 435-447.
38. World Health Organization. *A Universal Truth: No Health Without a Workforce*. ISBN 2013 [consultado a 30 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1.
39. Latina, P. *World Health Organisation describes Cuba's health system as exemplary*. 2015 [consultado a 7 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://en.granma.cu/mundo/2015-10-21/world-health-organization-describes-cubas-health-system-as-exemplary.
40. Lamrani, S. *Cuba's Health Care System: a Model for the World*. 2014 [consultado a de 7 Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.huffingtonpost.com/salim-lamrani/cubas-health-care-system-_b_5649968.html.
41. Columbia University School of Nursing. *A Lesson in Cuban Health Care*. 2016 [consultado a 7 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://nursing.columbia.edu/lesson-cuban-health-care.
42. United Nations. *Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. 2016 [consultado a 8 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/.
43. World Health Organization, *WHO Media Centre Fact Sheet N94: Malaria*. 2015, WHO: Geneva.
44. World Health Organization, *WHO Media Centre Fact Sheet N104: Tuberculosis*. 2015, WHO: Geneva.
45. World Health Organization, *WHO Media Centre Fact Sheet N378: Immunisation Coverage*. 2015.
46. World Health Organization. *Noncommunicable diseases*. 2015 [consultado a 8 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/.
47. World Health Organization. *10 facts on Mental Health*. [consultado a 23 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/.

48. International Medical Corps. *Mental Health: The Invisible Burden The Facts*. 2014 [consultado a 23 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://internationalmedicalcorps.org/document.doc?id=312.
49. World Health Organization. *10 facts on ageing and health*. 2015 [consultado a 2016 23 Dezembro]; Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/#.
50. Age International. *Facing the facts: The truth about ageing and development*. 2015 [consultado a 23 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Age%20International%20Facing%20the%20facts%20report.pdf.
51. Gapminder. *Gap Minder World Poster*. 2016 [consultado a 23 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.gapminder.org/GapminderMedia/wp-uploads/20161010170934/countries_health_wealth_2016_v84.pdf.
52. Barnidge, E.K., et al., *The effect of education plus access on perceived fruit and vegetable consumption in a rural African American community intervention.* Health Educ Res, 2015. **30**(5): p. 773-85.
53. OECD. *Education Indicators in Focus*. 2013 [consultado a 11 de Novembro de 2016]; Disponível em: https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EDIF%202013--N%C2%B010%20(eng)--v9%20FINAL%20bis.pdf.
54. United Nations. *Education Counts: Towards the Millennium Development Goals*. 2010 [consultado a 2016 11 Novembro]; Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001902/190214e.pdf.
55. UNAIDS & The African Union. *Empower Young Women and Adolescent Girls: Fast-Tracking the end of the AIDS Epeidemic in Africa*. 2015 [consultado a 11 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2746_en.pdf.
56. European Commission. *Strategic Engagement for Gender Equality: 2106-2019*. 2016 [consultado a 2016 11 Novembro]; Disponível em: http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/document/files/strategic_engagement_en.pdf.
57. Oulton, J.A., *Nurses as advocates for women worldwide.* Int Nurs Rev, 2007. **54**(1): p. 11.
58. Health, A.-p.P.G.o.G., *Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth*. 2016, APPG: London.
59. Abwao, P. *Kenya's Nurses Can Empower Women through Family Planning*. 2015 [consultado a 22 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://www.intrahealth.org/vital/kenya%E2%80%99s-nurses-can-empower-women-through-family-planning.
60. UNAIDS, *HIV - Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case studies of successful programs*, UNAIDS, Editor. 2005: New York.
61. Uebel, K., et al., *Integrating HIV care into nurse-led primary health care services in South Africa: a synthesis of three linked qualitative studies.* BMC health services research, 2013. **13**(1): p. 1.
62. WaterAid, *Her right to education: How water, sanitation and hygiene in schools determines access to education for girls*. 2013, WaterAid: London.
63. World Health Organization, *Media Centre Fact Sheet N. 391: Drinking Water*. 2015, WHO: Geneva.
64. World Health Organization, *Progress on Drinking Water and Sanitation 2014 Update.* 2014, WHO: Geneva.

65. World Health Organization, *Media Centre Fact sheet N°392. Sanitation,*. 2015, WHO: Geneva.
66. UNDP, *Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. 2014, UNDP: Geneva.
67. World Health Organization and UNICEF. *Water, sanitation and hygiene in health-care facilities: Status in low- and middle-income countries and way forward – WASH in Health Care Facilities for better health care services.* 2015 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf?ua=1.
68. Lamble, L. *Lack of safe water, sanitation and soap 'an embarrassment', says WHO* 2015 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: https://www.theguardian.com/global-development/2015/mar/17/lack-safe-water-sanitation-soap-embarrassment-who-priority.
69. WaterAid. *Breaking down barriers: why quality health care is reliant on water, sanitation and hygiene (WASH) and how to make integration happen*. 2015 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.wateraid.org/~/media/Publications/Breaking-down-barriers-event-report.pdf?la=en.
70. The Water Project. *Poverty and Water*. 2016 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: https://thewaterproject.org/why-water/poverty.
71. Chamney, M. and R. James, *Dialysis water quality for renal nurses.* Renal Society of Australasia Journal, 2008. **4**(1).
72. Gill, C.J. and G.C. Gill, *Nightingale in Scutari: her legacy reexamined.* Clin Infect Dis, 2005. **40**(12): p. 1799-805.
73. United Nations. *Goal 7—Ensure Access to Affordable, Reliable, Sustainable and Modern Energy for All* 2015 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: https://unchronicle.un.org/article/goal-7-ensure-access-affordable-reliable-sustainable-and-modern-energy-all.
74. Fraser, B. *Killer cookstoves: Indoor smoke deadly in poor countries; cleaner stoves elusive* 2012 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.environmentalhealthnews.org/ehs/news/2012/not-so-improved-cookstoves.
75. World Health Organization. *Burden of disease from Household Air Pollution for 2012*. 2014 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/FINAL_HAP_AAP_BoD_24March2014.pdf.
76. United Nations. *Leaving no one behind: Energy for humanitarian response and sustainable development*. 2016 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/?page=view&nr=2016&type=13&menu=1634.
77. World Health Organization. *Household air pollution and health*. 2016 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/en/.
78. European Commission, *The role of energy services in the health, education and water sectors and cross-sectoral linkages* 2006: London.
79. Gao, J. and N. Prasad, *Chronic obstructive pulmonary disease in China: the potential role of indacaterol.* Journal of thoracic disease, 2013. **5**(4): p. 549.

80. Li, P., et al., *A new mode of community continuing care service for COPD patients in China: participation of respiratory nurse specialists.* International journal of clinical and experimental medicine, 2015. **8**(9): p. 15878.
81. International Atomic and Energy Agency. *The Advisory Group on increasing access to Radiotherapy Technology in low and middle income countries*. 2013 [consultado a 7 de Novembro de 2016]; Disponível em: https://cancer.iaea.org/documents/AGaRTBrochure.pdf.
82. World Health Organization. *Breast Cancer Awareness Month: increased awareness, equitable access to early diagnosis and timely, effective, and affordable treatment needed globally*. 2016 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/cancer/breast_cancer_awareness/en/.
83. International Atomic and Energy Agency. *Povery's Cancer*. 2011 [consultado a 2016 20 Novembro]; Disponível em: cancer.iaea.org/newsstory.asp?id=87.
84. World Health Organization. *WHO statement on end of Ebola flare-up in Sierra Leone*. 2016 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-flare-ebola-sierra-leone/en/.
85. Shyrock, R. *Some Sierra Leone nurses have not been paid in months*. 2016 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.voanews.com/a/3609710.html.
86. United Nations. *Goal 8: Promote inclusive and sustainable economic growth, employment and decent work for all*. 2016 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/economic-growth/.
87. The Lancet Commission on Investing in Health. *Graduation of Ghana and Kenya to lower-middle income status: fiscal implica&ons for health financing* 2016 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://globalhealth2035.org/sites/default/files/afhea-fiscal-analysis-ghana-and-kenya.pdf.
88. High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce*. 2016, WHO: Geneva.
89. Royal College of Nursing. *RCN responds to 1% pay award for NHS nursing staff*. 0216 [consultado a 20 de Novembro de 2016]; Disponível em: https://www.rcn.org.uk/news-and-events/news/rcn-responds-to-1-per-cent-pay-award-for-nhs-nursing-staff.
90. Oosthuizen, M.J. *The portrayal of nursing in south african newspapers: A qualitative content analysis*. 2011 [consultado a 29 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/8897/ajnm_v14_n1_a6.pdf?sequence=.
91. UCL Institute of Health Equity, *Health inequalities in Taiwan*. 2016, Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare: Taiwan.
92. Campbell, A.F. *Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade*. The Atlantic 2016 [consultado a 2 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/.
93. Fernbach, N. *Townsville Hospital's tele-health delivers cancer treatments to outback patients*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.abc.net.au/news/2016-04-20/tele-health-chemotherapy-saving-lives-and-money/7341724.

94. Males, T. *Remote Chemotherapy Supervision via Telehealth*. 2014 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://www.healthroundtable.org/Portals/0/PublicLibrary/2014/HRT1420/1c/1.1c-10-TimMales-TownsvilleQld.pdf.
95. Blanford, J.I., et al., *It's a long, long walk: accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger.* International journal of health geographics, 2012. **11**(1): p. 1.
96. United Nations. *Goal 9: Build resilient infrastructure, promote sustainable industrialization and foster innovation*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/infrastructure-industrialization/.
97. National Health Service. *Institute for Innovation and Improvement; Innovation Making it Happen*. 2011 [consultado a 9 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.institute.nhs.uk/innovation/innovation/introduction.html.
98. Burkett, E. and I. Scott, *CARE-PACT: a new paradigm of care for acutely unwell residents in aged care facilities.* Australian family physician, 2015. **44**(4): p. 204.
99. World Health Organization. *mHealth New horizons for health through mobile technologies*. 2011 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf.
100. Avdic, D., *A matter of life and death? Hospital distance and quality of care: Evidence from emergency room closures and myocardial infarctions.* University of York HEDG Working Paper, 2014. **14**: p. 18.
101. Nicholl, J., et al., *The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study.* Emergency Medicine Journal, 2007. **24**(9): p. 665-668.
102. Baade, P.D., et al., *Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland.* Med J Aust, 2011. **195**(6): p. 350-354.
103. Rusnell, C. and J. Russell. *Alberta report details 'heartbreaking' life stories of 7 Indigenous youths who committed suicide* 2016 [consultado a 8 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-report-details-heartbreaking-life-stories-of-7-indigenous-youths-who-committed-suicide-1.3551181.
104. Marmot, M., *The Health Gap*. 2015, London: Bloomsbury.
105. United Nations. *Goal 10: Reduce inequality within and among countries*. 2016 [consultado a 8 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/inequality/.
106. United Nations. *State of the World's Indigneous Peoples*. 2010 [consultado a 6 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/SOWIP/press%20package/sowip-press-package-en.pdf.
107. Canada, H. *Awards of Excellence in Nursing*. 2016 [consultado a 22 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/nurs-infirm/profil/index-eng.php.
108. The London School of Economics. *Cities and Social Equity: Detailed Report*. 2009 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://lsecities.net/publications/reports/cities-and-social-equity/.
109. The London School of Economics. *Cities and Social Equity: Implications for policy and practice*. 2009 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em:

https://lsecities.net/media/objects/articles/cities-and-social-equity-implications-for-policy-and-practice/en-gb/.
110. United Nations. *Goal 11: Make cities inclusive, safe, resilient and sustainable*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/cities/.
111. Brisbane City Council. *Brisbane City Council: Housing and homelessness*. 2016 [consultado a 1 de Novembro de 2016]; Disponível em: https://www.brisbane.qld.gov.au/community-safety/community-support/housing-homelessness.
112. Walsh, K., B. Stevens, and K. Rayner. *Homeless to Home Healthcare - More Healthcare Please* 2013 [consultado a 7 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://chp.org.au/wp-content/uploads/2013/05/Karyn.pdf.
113. Connelly, L., K. Walsh, and K. Rayner. *Micah Projects*. 2015 [consultado a 4 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2016/02/160218_Presentation_PerthMicahHealthEvaluation_KarynWalsh.pdf.
114. Connelly, L. *An economic evaluation of the homeless to home healthcare after-hours service*. 2013 [consultado a 4 de Novembro de 2016]; Disponível em: http://micahprojects.org.au/assets/docs/Publications/IR_130_An-Economic-Evaluation-of-the-Homeless-to-Home-Healthcare-After-Hours-Service.pdf.
115. Bhardwa, S. *Social prescribing pioneers*. 2015 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.independentnurse.co.uk/professional-article/social-prescribing-pioneers/89126/.
116. iSustainableEarth. *Sustainability and Healthcare: The Green Connection*. 2012 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.isustainableearth.com/sustainable-living/sustainability-and-healthcare-the-green-connection.
117. United Nations. *Goal 12: Ensure sustainable consumption and production patterns*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-consumption-production/.
118. ONE. *Ensure sustainable consumption and production patterns*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://www.one.org/international/globalgoals/responsible-consumption/.
119. ISustainableEarth. *Nurses Taking the Lead in Green Initiatives*. 2012 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.isustainableearth.com/green-jobs/nurses-taking-the-lead-in-green-initiatives.
120. World Health Organization. *Health-care waste*. 2015 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/.
121. Domrose, C. *The climate connection: Nurses examine effects of climate change on public health*. 2015 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://www.nurse.com/blog/2015/10/12/44479/.
122. World Health Organization. *Message from WHO Director-General*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/world-health-day/dg_message/en/.
123. Canadian Nurses Association. *The Role of Nurses in Addressing Climate Change*. 2008 [consultado a 6 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/climate_change_2008_e.pdf?la=en.

124. World Health Organization. *Global environmental change*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/globalchange/climate/en/.
125. Crimmins, A., et al., *The impacts of climate change on human health in the United States: a scientific assessment.* Global Change Research Program: Washington, DC, USA, 2016.
126. United Nations. *Goal 13: Take urgent action to combat climate change and its impacts*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/climate-change-2/.
127. World Health Organization. *Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1.
128. World Health Organization. *Climate change and health: Fact Sheet*. 2016 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/.
129. WorldFish. *Building resilient community fisheries in Cambodia*. 2013 [consultado a 6 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://www.ard-europe.org/fileadmin/SITE_MASTER/content/eiard/Documents/Impact_case_studies_2013/WorldFish_-_Building_resilient_community_fisheries_in_Cambodia.pdf.
130. Food and Agriculture Organisation of the United Nations. *The State of World Fisheries and Aquaculture*. 2014 [consultado a 3 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.fao.org/3/a-i3720e.pdf.
131. Brunner, E.J., et al., *Fish, human health and marine ecosystem health: policies in collision.* International journal of epidemiology, 2009. **38**(1): p. 93-100.
132. United Nations. *Goal 14: Conserve and sustainably use the oceans, seas and marine resources*. 2016 [consultado a 6 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/oceans/.
133. Morrison, S. *After the Ebola Catastrophe*. 2015 [consultado a 6 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://www.csis.org/analysis/after-ebola-catastrophe.
134. Romanelli, C., et al. *Connecting global priorities: biodiversity and human health: a state of knowledge review*. 2015. World Health Organistion/Secretariat of the UN Convention on Biological Diversity.
135. United Nations. *Goal 15: Sustainably manage forests, combat desertification, halt and reverse land degradation, halt biodiversity loss*. 2016 [consultado a 6 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/biodiversity/.
136. Prevention, C.f.D.C.a., *Drought and Health.* 2012.
137. Colfer, C., et al. *Forests and human health in the tropics: some important connections*. [consultado a 22 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.fao.org/docrep/009/a0789e/a0789e02.html.
138. Hill, P. *Freedom for the child refugees sold into slavery during 2,000-mile journey through hell*. 2016 [consultado a 7 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.mirror.co.uk/news/world-news/freedom-child-refugees-sold-slavery-8334676.
139. European Commission. *Report on the progress made in the fight against trafficking in human beings (2016)*. 2016 [consultado a 7 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/trafficking-in-human-

beings/docs/commission_report_on_the_progress_made_in_the_fight_against_trafficking_in_human_beings_2016_en.pdf.
140. Rankin, J. *Human traffickers 'using migration crisis' to force more people into slavery* 2016 [consultado a 7 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://www.theguardian.com/world/2016/may/19/human-traffickers-using-migration-crisis-to-force-more-people-into-slavery.
141. United Nations. *Goal 16: Promote just, peaceful and inclusive societies*. 2016; Disponível em: http://www.un.org/sustainabledevelopment/peace-justice/.
142. International Labour Organisation. *Forced labour, human trafficking and slavery*. 2016 [consultado a 6 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/lang--en/index.htm.
143. UNHCR. *Figures at a Glance*. 2015 [consultado a 2016 7 Dezembro]; Disponível em: http://www.unhcr.org/en-au/figures-at-a-glance.html.
144. Hawtin, J. *Monica Burns, Médicins Sans Frontières and The Royal Children's Hospital*. 2016 [consultado a 22 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://blogs.rch.org.au/global/2016/10/01/profile-monica-burns/.
145. Association, I.C.o.N.a.W.M., *Physician and Nursing Leaders condemn Syrian Attacks on Health Personnel*. 2016: Geneva.
146. Nurses, I.C.o. and H.C.i. Danger, *Everyone, wounded or sick during an armed conflict, has the right to health care*. 2016.
147. World Health Organization. *Tobacco: Fact Sheet*. 2016 [consultado a 13 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/.
148. Reuters. *Ukraine drops lawsuit against Australia over plain-packaging tobacco laws, WTO says*. 2015 [consultado a 9 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.abc.net.au/news/2015-06-04/plain-packaging-tobacco-ukraine-drops-lawsuit-against-australia/6520160.
149. Centre for Disease Control. *Rose's Story*. 2016 [consultado a 8 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/stories/rose.html.
150. World Health Organization. *Cancer: Fact Sheet N297*. 2015 [consultado a 8 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/.
151. Chan, S.S.-C. *Sophia Chan, PhD, MPH, MEd, RN, RSCN, FFPH, FAAN*. 2016 [consultado a 10 de Dezembro de 2016]; Disponível em: https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AANNET/c8a8da9e-918c-4dae-b0c6-6d630c46007f/UploadedImages/docs/Featured%20Nurse%20Leader/2016/2016-01-11%20Sophia%20Chan.pdf.
152. Chan, S.S.-C. *Professor in Nursing and Director of Research School of Nursing, The University of Hong Kong*. [consultado a 13 de Dezembro de 2016]; Disponível em: http://www.nurse.cmu.ac.th/inter2012/Document/SophiaChan_bio.pdf.
153. Ruckert, A., et al., *Policy coherence, health and the sustainable development goals: a health impact assessment of the Trans-Pacific Partnership.* Critical Public Health, 2016: p. 1-11.
154. Schram, A., et al., *The role of trade and investment liberalization in the sugar-sweetened carbonated beverages market: a natural experiment contrasting Vietnam and the Philippines.* Globalization and health, 2015. **11**(1): p. 1.

155. Frieden, T.R., *A framework for public health action: the health impact pyramid.* American journal of public health, 2010. **100**(4): p. 590-595.
156. Wagner, W., D.T. Ostick, and S.R. Komives, *Leadership for a better world: Understanding the social change model of leadership development*. 2010, National Clearinghourse for Leadership Programs. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
157. Falk-Rafael, A., *Speaking Truth to Power: Nursing's Legacy and Moral Imperative.* Advances in Nursing Science, 2005. **28**(3): p. 212-223.
158. Shamian, J., *Global perspectives on nursing and Its contribution to healthcare and health policy: Thoughts on an emerging policy model.* Nursing Leadership, 2014. **27**(4): p. 44-51.
159. Hughes, F., *Policy - a practical tool for nurses and nursing [Editorial].* Journal of Advanced Nursing, 2005. **49**(4): p. 331-331.
160. International Council of Nurses. *The ICN code of ethics for nurses*. 2012; Disponível em: http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/.
161. Khoury, C.M., et al., *Nursing leadership from bedside to boardroom: a Gallup national survey of opinion leaders.* Journal of Nursing Administration, 2011. **41**(7-8): p. 299-305.
162. Institute of Medicine. *The future of nursing: Focus on scope of practice*. 2010; Disponível em: http://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Scope%20of%20Practice%202010%20Brief.pdf.
163. Cohen, S.S., et al., *Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go.* Nursing Outlook, 1996. **44**(6): p. 259-266.
164. Tomm-Bonde, L., *The Naïve nurse: revisiting vulnerability for nursing.* BMC Nursing, 2012. **11**: p. 5-5.
165. World Health Organization, *Health in all policies: Training manual*. 2015, Geneva: WHO.
166. Hughes, F.A., et al., *Enhancing nursing leadership: Through policy, politics, and strategic alliances.* Nurse Leader, 2006. **4**(2): p. 24-27.
167. Kingdon, J.W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 1995, New York: Longman.
168. Risling, T., *Social media and nursing leadership: Unifying professional voice and presence.* Nursing Leadership (1910-622X), 2016. **28**(4): p. 48-57.
169. Jackson, J. and R. Mitchell, *Day in the Life: Live tweets as a professional tool.* American Nurse Today, 2015. **10**(6): p. 14-22.
170. World Economic Forum, *Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off*. 2015, WEF.

Lista de Figuras

Figura 1. Esperança de anos de vida com saúde e com saúde precária tendo em conta o nível de desfavorecimento em Inglaterra.
Figura 2. Nível de Educação nos EUA por raça (2013).
Figura 3. Taxas de Pobreza Relativa nos Países da OCDE (meados da década de 2000).
Figura 4. A esperança de vida por país e nível de rendimentos anual.
Figura 5. Diferenças na esperança de vida por nível de escolaridade atingido aos 30 anos de idade.
Figura 6. Impacto da água potável na saúde.
Figura 7. Mortes atribuíveis à Poluição Atmosférica Doméstica em 2012, por doença.
Figura 8. O impacto de um acesso insuficiente à energia sobre a saúde.
Figura 9. Rácios População/Força de trabalho em 186 países.
Figura 10. Rácios de mortalidade normalizados por idade em Taiwan, 2001-2010, por níveis de educação e emprego para homens entre os 25 e os 64 anos de idade, em 2000.
Figura 11. A relação entre os resultados de saúde e o meio urbano.
Figura 12. A relação entre as alterações climáticas e a saúde.
Figura 13. Os impactos potenciais do comércio nos resultados da saúde.
Figura 14. Quadro das acções de promoção da saúde.
Figura 15. O ciclo da política.
Figura 16. O *continuum* do activismo político.
Figura 17. Investir na saúde conduz a populações saudáveis e ao crescimento económico.

Lista de Estudos de Caso

Estudo de Caso 1.1: Parceria Família/Enfermeiro nos bairros urbanos, EUA.

Estudo de Caso 2.1: Alimentar os famintos e malnutridos, México.

Estudo de Caso 2.2: Prática bariátrica, Austrália.

Estudo de Caso 2.3: Aceder a ajuda alimentar, Síria.

Estudo de Caso 3.1 Apoio ao trabalho de Enfermagem, Cuba.

Estudo de Caso 3.2: Romper com as barreiras legislativas para os praticantes de Enfermagem, Canadá.

Estudo de Caso 3.3: Cuidados de saúde centrados no doente, Nova Zelândia.

Estudo de Caso 3.4 O vírus do Ébola na Serra Leoa.

Estudo de Caso 4.1: O Programa Educação mais Saúde, EUA.

Estudo de Caso 5.1: Reduzir o estigma devido ao VIH, Zâmbia.

Estudo de Caso 5.2: Apoiar a educação das meninas, Bangladeche.

Estudo de Caso 5.3: A desigualdade de género em Enfermagem, EUA.

Estudo de Caso 6.1: Melhorar as condições de saneamento, Uganda.

Estudo de Caso 7.1: Fazer face à DPOC, China.

Estudo de Caso 8.1: Condições de trabalho, África do Sul.

Estudo de Caso 9.1: Apoiar os centros de cuidados para pessoas de idade, Austrália.

Estudo de Caso 9.2: Aplicações de *smartphone* e prevenção da saúde, Índia.

Estudo de Caso 9.3: O uso de Assistentes Digitais Pessoais em áreas remotas, Canadá.

Estudo de Caso 10.1: Enfermagem comunitária, Canadá.

Estudo de Caso 11.1: Saúde Inclusiva, Projectos Micah, Austrália.

Estudo de Caso 11.2: Prescrição Social, Reino Unido.

Estudo de Caso 12.1: Cuidados de saúde sem danos, EUA.

Estudo de Caso 13.1: A aliança dos enfermeiros em prol de ambientes saudáveis, EUA.

Estudo de Caso 16.1: Os cuidados nas comunidades em risco.

Estudo de Caso 17.1: Gerir a dependência ao tabaco, Honguecongue.

Estudo de Caso 17.2: Liderança da Enfermagem para alcançar os ODS, China.

www.icnvoicetolead.com

To follow the conversations use:
#VoiceToLead and **#IND2017**.

www.icn.ch