



ENFERMAGEM CONTEMPORÂNEA

DEZ TEMAS, DEZ DEBATES

Colecção E-books Oficinas Temáticas. Nº 2, 2014

COORDENADORES

Felismina Mendes, Laurência Gemitto, Dulce Cruz, Manuel Lopes

Ficha Técnica

Título: *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates II*

Coordenadores: Felismina Mendes, Laurência Gemito, Dulce Cruz, Manuel Lopes

Edição Gráfica: Fundação Luis de Molina

Design: Carmen Murteira

Edição: Universidade de Évora

Local: Évora

ISBN: 978-989-20-5379-0

Data: dezembro 2014

Índice

INTRODUÇÃO	4
1. ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR DA	10
2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS PELOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM	19
3. POTENCIALIDADES DA ANÁLISE PROSPETIVA PARA A INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: O CASO DAS TENDÊNCIAS DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA NOS SERVIÇOS DE RADIOLOGIA HOSPITALAR PÚBLICA DA REGIÃO ALGARVE	41
4. GESTÃO DA DOENÇA: UMA ABORDAGEM INTERNACIONAL E NACIONAL.....	64
5. DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO AO SISTEMA DE SAÚDE	89
6. TRABALHO EM EQUIPA: CONTROVÉRSIAS	105
7. KNOWLEDGE MANAGEMENT IN THE HEALTH SECTOR	122
8. VULNERABILIDAD, GÉNERO E INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS SITUADOS	145
9. HISTÓRIA ORAL: CONTRIBUTOS PARA A SUA COMPREENSÃO.....	167
10. OBESIDADE INFANTIL: OS DILEMAS DOS PAIS.....	183



Introdução

Introdução

Pelo segundo ano consecutivo, apresenta-se o Ebook que resultou da compilação das diferentes intervenções que tiveram lugar nas Oficinas Temáticas mensais (no total de nove), que decorreram no ano de 2014, na ESESJDUE. À semelhança do ano anterior, as Oficinas Temáticas pautaram-se por serem espaços de discussão pública da academia, onde se promoveu o debate, a discussão, a reflexão e a confluência de saberes sobre as várias dimensões da enfermagem, da saúde e da doença na sociedade atual.

Mantendo os objetivos traçados inicialmente, estas oficinas procuraram articular as diferentes perspetivas sobre uma determinada área temática da saúde, desde os conhecimentos científicos produzidos (resultantes da investigação realizada ou em curso nessa área), ao seu enquadramento pelas políticas públicas, marcando a exploração dos discursos oficiais e as perspetivas de diferentes profissionais sobre a saúde a doença e a enfermagem.

Mensalmente, as Oficinas Temáticas promoveram um espaço de reflexão, discussão e partilha de saberes aberto aos diferentes atores da academia e da sociedade/comunidade sobre a saúde na atualidade e incentivaram a produção de relatos, resultantes da discussão e reflexão, que agora são publicados e partilhados na comunidade virtual, através deste Ebook.

Os temas debatidos neste segundo ano foram mais uma vez aqueles que habitualmente não integram os programas curriculares da enfermagem, mas cuja centralidade marca as agendas da área clínica, da investigação e metodologia, do ensino e das políticas de saúde, de que são exemplo as questões da dor em pediatria, o processo de aquisição de competências relacionais pelos estudantes de enfermagem no processo de cuidar do doente, as potencialidades da análise prospetiva para a Investigação em saúde, a gestão integrada da doença crónica, os desafios que os envelhecimento coloca aos sistemas de saúde, o trabalho em equipa e as controvérsias que o marcam, a gestão do conhecimento em saúde, a vulnerabilidade de género e intervenção em contextos localizados, as questões metodológicas inerentes à história oral de vida e os dilemas dos pais face à obesidade dos filhos.

À semelhança do ano anterior, a heterogeneidade dos temas discutidos, visou dar resposta às necessidades sentidas de refletir, discutir e aprofundar cada uma das referidas temáticas a partir de novas perspetivas e abordagens e simultaneamente captar novos contributos disciplinares para enriquecer o conhecimento em enfermagem. Este posicionamento assenta na premissa que a complexidade do conhecimento em saúde, na atualidade, exige uma abordagem transdisciplinar, onde cada profissional trabalha em conjunto, segundo um modelo compartilhado e integrativo, de forma a dar resposta às necessidades dos indivíduos e das populações de uma forma equitativa e eficiente e ainda promover ativamente as mudanças necessárias nas políticas e sistemas de saúde.

Estas mudanças requerem e exigem que os currículos estáticos, fragmentados e insensíveis às exigências da saúde na sociedade atual, sejam repensados. Neste contexto, cabe à academia assumir o papel central na promoção do debate e da reflexão necessárias às mudanças que os novos contextos de saúde e doença impõem, em termos de formação. As Oficinas Temáticas, realizadas durante o ano de 2014 deram importantes contributos para a que mudança comece a ocorrer.

O primeiro texto do Ebook apresenta-nos um programa inovador e estratégico, sediado no Canadá, que é o *Pain in Child Health* (PICH). Criado em 2002 por um grupo de investigadores na área da dor pediátrica, tem como objetivo agregar uma comunidade de novos investigadores, fornecer-lhes formação e torná-los ativos e independentes nos seus locais de origem/trabalho. O núcleo de investigadores dedica-se ao estudo da dor na infância, desde o bebé prematuro, ao recém-nascido, até à criança e ao adolescente, quer através da investigação, da formação ou da prática clínica. Enquanto programa transdisciplinar, congrega áreas que vão da neurobiologia, à farmacologia, epidemiologia, neurologia, ética, entre muitas outras. Deste programa, fica a importância ímpar do trabalho transdisciplinar na saúde.

No processo de formação de enfermagem, a articulação das competências relacionais e de preservação da intimidade do utente, com as competências instrumentais do estudante, assume uma centralidade incontornável. Não se prestam cuidados de enfermagem de qualidade sem a articulação de todas as dimensões das competências. Neste segundo texto, a partir de um estudo realizado em duas escolas de enfermagem, reflete-se e visa-se compreender a influência do processo de ensino-aprendizagem do

estudante, na aquisição e desenvolvimento das competências relacionais e na preservação da intimidade, durante o processo de cuidar. A aprendizagem constitui um processo vital para a adaptação e o desenvolvimento do estudante e, se os resultados dessa aprendizagem dependem essencialmente do estudante, eles são também influenciados pelo processo e contextos em que ocorrem.

O terceiro tema debatido foi a análise prospetiva, enquanto ferramenta que permite *antecipar para agir*, numa área – a saúde – e numa sociedade marcada pela incerteza, risco e mudança rápida e constante. Como é salientado no texto, as possibilidades que a análise prospetiva oferece de explorar o futuro, afirmam-se como o seu maior atributo e despertam o interesse de todos os que trabalham quotidianamente no planeamento em saúde ou se movem nas arenas das políticas de saúde. O deslumbramento perante uma técnica que permite explorar futuros possíveis, tem tanto de sedutor, como de cauteloso. Assim, impõe-se conhecer e dominar a técnica, nas suas múltiplas dimensões concetuais e operacionais, para que as ambições e finalidades estratégicas dos diferentes atores, não sejam frustradas.

No quarto texto analisam-se os desafios que a doença crónica impõe aos atuais modelos de organização e prestação dos cuidados que assentam em princípios de colaboração e cooperação entre os profissionais de saúde e os serviços, segundo uma perspetiva de longo prazo. Esta perspetiva, se por um lado remete para a necessidade de se promoverem estratégias de intervenção que respondam às necessidades da população com doença crónica, por outro não pode ignorar a importância de se investir na prevenção e diminuir a exposição aos fatores de risco. A gestão da doença emerge então como uma resposta abrangente e estruturada, dirigida pelos princípios da qualidade dos cuidados, pela melhoria de resultados e pela redução dos custos dos cuidados de saúde.

Os desafios do envelhecimento aos atuais sistemas de saúde são o pano de fundo do quinto texto. O envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico, social e económico com que os países desenvolvidos se confrontam. Se este fenómeno é o resultado de importantes conquistas civilizacionais, os problemas que ele traz às diferentes sociedades, faz muitas vezes omitir os progressos que ele representa. De fato, as sociedades e os sistemas sociais e de saúde de muitos países não estão preparados para responder aos desafios do envelhecimento. Nomeadamente em termos de saúde,

a necessidade de um novo modelo de prestação de cuidados à população idosa, que permita manter/aumentar o número de anos vividos com saúde e qualidade de vida e, por outro, responder às alterações da funcionalidade decorrentes da idade, é uma questão que deve merecer a atenção de todos e que é premente.

Analisar, discutir e aprofundar as questões e controvérsias sobre a metodologia do trabalho em equipa, são o objetivo central do sexto texto. Nele, o autor faz uma análise das diferentes correntes teóricas que enquadram o trabalho em equipa e revela os princípios que devem sustentar a atuação em equipa. Numa sociedade em que, cada vez mais, as organizações (nomeadamente as de saúde) reconhecem o valor das equipas para resolverem problemas complexos, tomarem decisões e produzirem novos produtos, a reflexão sobre o trabalho em equipa adquire uma acuidade particular. As questões inerentes à dinâmica interna das equipas, à interação dos seus membros, ao poder e à satisfação e à liderança são dimensões alvo de análise que contribuem para o aprofundamento concetual do trabalho em equipa.

Discute-se de seguida, no sétimo texto, a importância da gestão do conhecimento nos cuidados de saúde, na atualidade, e defende-se que a especificidade desta área (saúde) requer e exige modelos específicos de gestão do conhecimento orientados para a prática baseada na evidência. A gestão do conhecimento é conceptualizada como a promoção de uma abordagem integrada para identificar, gerir e partilhar todas as informações de uma organização, bem como os conhecimentos e experiência dos seus trabalhadores individuais. A gestão do conhecimento em saúde tem como objetivo central melhorar o atendimento aos utentes, durante todo o processo de cuidados.

No oitavo texto analisa-se a articulação epistémica entre a construção social do processo de género e vulnerabilidade, a partir de um conjunto de pesquisas com pessoas vulneráveis, devido à sua condição de classe, raça, etnia e género, em contextos localizados e específicos, onde normalmente se desenvolvem processos de interação e intercâmbio comunitário. As teorias apresentadas são ilustradas com alguns resultados de investigação e centram-se principalmente na importância da história pessoal e coletiva das pessoas com as quais a autora trabalhou (a partir da perspetiva da investigação-ação). Subjacente a esta articulação epistémica, encontra-se a teoria das representações sociais, através da qual os significados e interpretações das pessoas são articulados com o senso comum.

Segue-se, no nono texto, a apresentação de uma técnica de recolha de dados sem grande tradição na saúde, em Portugal – a história de vida. Apesar da abordagem da história de vida ser provavelmente o único meio autêntico de compreensão de como os motivos e as práticas refletem a interseção íntima da experiência institucional e individual no mundo pós-moderno, esta técnica continua ausente na investigação em saúde. Mas, enquanto narrativa, a história de vida, dá acesso à forma através da qual a existência humana é processada e adquire significado e permite ver como cada um experimenta o mundo e o reapresenta na sua experiência.

A finalizar apresenta-se, no décimo texto, uma contribuição para a reflexão das medidas de controlo da obesidade infanto-juvenil e dos dilemas dos pais, na efetivação destas medidas. A obesidade tem aumentado progressivamente no mundo e representa um risco para as crianças e jovens, porque tem consequências imediatas a curto, médio e a longo prazo. Se ter excesso de peso foi, durante anos, sinónimo de boa saúde, hoje é uma situação socialmente inaceitável. Os pais das crianças e jovens com excesso de peso ou obesos sofrem quotidianamente pressões e enfrentam dilemas no processo de controlo do peso dos filhos. Neste texto discutem-se os dilemas enfrentados pelos pais, numa sociedade onde a alimentação continua a remeter para práticas e hábitos culturais em que o prazer de comer se sobrepõe às preocupações com a saúde. E, embora se preconizem mudanças nos estilos de vida e na alimentação, é necessário questionar sistematicamente a normatividade das intervenções/orientações propostas.

Em todos os textos, optou-se por respeitar o idioma dos autores.

Para terminar, não pode deixar de se afirmar a heterogeneidade dos temas apresentados e das diferentes aproximações realizadas pelos autores. O maior mérito deste Ebook, para além da referida heterogeneidade, é a oportunidade que oferece de nos confrontarmos com temas que pautam as periferias da enfermagem e da saúde.

Felismina Mendes



1. Abordagem interdisciplinar da dor em pediatria

1. Abordagem interdisciplinar da dor em pediatria

Dulce Cruz - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Introdução

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano (Merskey and Bogdu, 1994). O seu conceito remete-nos para um fenómeno complexo de carácter multidimensional, individual e subjetivo, incorpora exigência e envolve múltiplas disciplinas. Diferentes olhares partilhados pelas dimensões fisiológicas, psicológicas, social e cultural, evidenciam a riqueza deste fenómeno e são fundamentais para a sua compreensão.

A dor é muitas vezes subestimada, especialmente nas populações mais vulneráveis, como a pediátrica (Noel and Birnie, 2010). Uma em cada cinco crianças apresenta dor crónica, 2/3 destas serão adultos com dor com custos elevados para a sociedade (Van Baeyer *et al.*, 2014). Inadequadamente tratada, a dor pode afetar o desenvolvimento cognitivo, emocional e social, constituindo, por isso, um desafio para o desenvolvimento saudável e qualidade de vida das crianças em todas as idades (Vinall *et al.*, 2012; Walker, 2008). Para melhorar a prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento da dor pediátrica, impõe-se a existência de uma pesquisa de qualidade realizada por investigadores altamente qualificados.

O conteúdo desta reflexão pretende dar a conhecer um modelo inovador, *Pain in Child Health* (PICH)¹, bem como evidenciar a riqueza que esse modelo pode proporcionar para a investigação interdisciplinar noutras áreas do conhecimento.

O PICH é um programa estratégico sediado no Canadá, criado em 2002 por um grupo de investigadores na área da dor pediátrica com o objetivo de agregar uma comunidade de novos investigadores, dar-lhes formação e torná-los ativos, inovadores e independentes nos seus locais de origem. O programa de domínio transdisciplinar abrange um leque variado de estudantes de mestrado (27%), doutoramento (47%) e pós-doutoramento (17%) (Van Baeyer *et al.*, 2014).

¹ https://www.youtube.com/watch?v=H_L17jXifHw&feature=youtu.be

Financiado pelo CIHR¹, o PICH integra estagiários pertencentes a várias instituições do Canadá e, em parceria com a *May Day Foundation*² assegura a participação de estudantes de outros países com o intuito de ampliar o seu campo de ação e promover ligações internacionais de pesquisa, potenciar a criação de conhecimento que minimize a dor e o sofrimento em crianças de todo o mundo (Bélgica, Brasil, Noruega, Suíça, Espanha, Portugal, Finlândia, Reino Unido, Estados Unidos da América, França, Arábia Saudita, Quênia). Todos os estudantes/estagiários submetem uma proposta de integração ao programa sendo posteriormente atribuído um mentor pertencente ao comité científico do PICH (Mcmurtry, Castral and Fernandes, 2007).

Construído a partir de uma base de excelência de formação inclui projetos direcionados para a pesquisa básica, epidemiologia e ensaios clínicos, tecnologias inovadoras aplicadas a diferentes contextos e idades, implementação de resultados da investigação na prática clínica, educação e políticas de saúde. Um núcleo de oito investigadores de renome internacional, que estudam a dor na infância, desde o bebé prematuro, ao recém-nascido, à criança e ao adolescente, é o grupo mentor e docente deste programa, que dá corpo a um currículo transdisciplinar que passa pela psicologia, enfermagem, medicina, neurociências, antropologia, ciências tecnológicas, entre outras disciplinas. Apoiados por co-investigadores, colaboradores nacionais e internacionais, promovem a realização de estágios em diferentes laboratórios de investigação especializados, complementaridade esta fortalecida pela realização de seminários temáticos, contato *on-line* e/ou *webinars* regulares (Mcmurtry, Castral and Fernandes, 2007).

Diferentes domínios do conhecimento são desenvolvidos e aprofundados em seminários presenciais de carácter anual:

- Neurobiologia e mecanismos de dor (anatomia, fisiologia, bioquímica e genética);
- Influência cognitiva, afetiva, social e cultural (percepção, emoção, memória, cognição, género, família e cultura);
- Epidemiologia e taxonomia (classificação por localização e tipo de dor, doenças, dor aguda, dor crónica, dor paliativa, grupos etários);

¹ Canadian Institutes of Health Research: Strategic Training Initiative in Health Research: www.cihr-irsc.gc.ca/e/22174.html

² Fundação sediada nos Estados Unidos da América que tem por missão apoiar a investigação na área da dor.

- Farmacologia (analgésicos, anestésicos, sedativos, adjuvantes, farmacodinâmica, farmacocinética, farmacogenómica);
- Avaliação (mensuração, observação, autoavaliação, imagem cerebral, indicadores fisiológicos, estudos de condução neurológica);
- Intervenção e prevenção (farmacológica, física, psicológica, social, estimulação cerebral, métodos complementares e alternativos);
- Desenho de estudos (quantitativos: randomizados, de coorte; qualitativos: fenomenológicos, etnografia, teoria *grounded*);
- Ética (proteção dos praticantes, experimentação humana, experimentação animal, placebo);
- Transferência de conhecimento (individual, unidade e sistemas, fatores promotores, barreiras, inovação, estratégias, protocolos, consensos e orientações técnicas);
- Atividades de apoio à investigação (escrita científica, publicações, gestão de uma equipa de investigação);
- Desenvolvimento da carreira de investigação (gestão pessoal, profissional e planeamento).

A participação nestes seminários com uma duração de dois a quatro dias é uma oportunidade única de contacto com os mentores e os peritos na área da investigação, geralmente coincidentes com eventos científicos de carácter nacional ou internacional na área da dor. O custo da viagem dos participantes é rentabilizado e promove a apresentação de comunicações livres nos eventos. Estes encontros são fundamentais para a aquisição de conhecimento, supervisão e estabelecimento de parcerias. A realização de *webinars*, de carácter mensal, constituem uma oportunidade para os estudantes apresentarem as suas propostas e resultados da investigação, com a possibilidade de discussão entre colegas e mentores. As visitas laboratoriais facilitam o acompanhamento e as aprendizagens específicas relevantes para a metodologia dos projetos. Todos os elementos do PICH integram uma lista de *email* para continuidade e partilha de informação. O progresso do estudante é avaliado tendo por base um relatório anual resumo dos cursos realizados, da situação dos projetos de pesquisa e produtividade associada (por exemplo, apresentações em conferências, publicações, etc.).

Na última década, o programa de investigação PICH transformou o Canadá num líder mundial em pesquisa da dor pediátrica (Van Baeyer *et al.*, 2014). O programa é um exemplo de que a transdisciplinaridade faz emergir da confrontação das disciplinas dados novos, oferece uma nova visão da natureza e da realidade. Não se procura o domínio sobre outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa (Morin *et al.*, 1995).

Uma estratégia identificada pela Organização Mundial de Saúde como sendo eficaz e de sucesso para o controlo da dor é a educação baseada num currículo interprofissional (World Health Organization, 2010). O planeamento de intervenções, a monitorização e o tratamento da dor, requer o funcionamento eficaz entre as equipas de prestação de cuidados, o reconhecimento e o respeito dos seus papéis, responsabilidades e competências, o saber quando, onde e como se devem envolver as diferentes profissões (Watt-Watson, Siddall and Carr, 2012). Exemplos positivos de currículos multiprofissionais na área da dor têm sido explorados em diferentes universidades do Canadá e Estados Unidos, a sua inclusão é precoce na oferta formativa pré-licenciada e tem demonstrado uma evolução positiva na qualidade das competências adquiridas e no enriquecimento do conhecimento na área da dor pediátrica (Hunter *et al.*, 2008; Sessle, 2012).

A experiência pessoal de “Trainee”

No âmbito do projeto de doutoramento em curso, desde julho de 2011 que integro o programa, por convite da Professora Ananda Fernandes, ex-membro do grupo/PICH internacional e aceitação do respetivo comité científico. Considero esta uma oportunidade fundamental para a concretização e desenvolvimento do meu projeto de investigação associado à tese de doutoramento “Epidemiologia da dor neonatal” (EPIDOR-NN) em Portugal. A dor neonatal associada a procedimentos invasivos começou a ser observada no final do século XX e muitos estudos alertaram a comunidade científica para o facto de o recém-nascido (RN) estar a ser submetido a uma elevada frequência de procedimentos dolorosos sem analgesia. Por outro lado, cientistas alertaram para as consequências da dor não tratada nos primeiros dias de vida com reflexos futuros na infância e uma sensibilidade aumentada à dor na idade adulta. Em média os RNs

com necessidade de cuidados especiais são submetidos a cerca de 17 procedimentos invasivos por dia (Carbajal *et al.*, 2008; Cignacco *et al.*, 2009), 76% dos quais ou mais, realizados sem qualquer analgesia (Batalha, Santos and Guimarães, 2007; Carbajal *et al.*, 2008; Chen *et al.*, 2012; Johnston, C. C. *et al.*, 1997; Prestes *et al.*, 2005; Simons *et al.*, 2003; Stevens, B. *et al.*, 2003; Taylor *et al.*, 2006). A idade gestacional, a necessidade de suporte respiratório e a condição clínica do RN têm-se demonstrado como fatores preditivos para a frequência dos procedimentos invasivos (Barker and Rutter, 1995; Cignacco *et al.*, 2009; Johnston, C. *et al.*, 2010). O tipo de procedimento, a colaboração dos pais e a avaliação da dor (Carbajal *et al.*, 2008; Cignacco *et al.*, 2009) relacionam-se com a prevenção e o tratamento. A existência de protocolos nas unidades de cuidados não se tem revelado significativa. Diferentes autores sugerem a necessidade de explorar fatores organizacionais que contribuam para o controlo da dor neonatal bem como para a identificação de estratégias que efetivem e acelerem a passagem do conhecimento científico para a prática clínica. Guias orientadores de boas práticas têm sido difundidos pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia, Ordem dos Enfermeiros e mais recentemente pela Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde da Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2012). Não sabemos como estão a ser implementadas estas recomendações, qual a incidência da dor neonatal associada a procedimentos invasivos em Portugal, que tipo de intervenções farmacológicas e não farmacológicas estão a ser realizadas e quais são os RNs que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. A procura de respostas para estas questões motivou a realização do estudo EPIDOR-NN em 20 unidades de cuidados inseridas em Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado. Um estudo desta natureza e dimensão, crucial para a proteção do RN e para a promoção da qualidade do controlo da dor neonatal, contribui também para a identificação e difusão de boas práticas e promoção da implementação de programas de melhoria contínua e avaliação sistemática. O controlo da dor nos serviços de saúde é atualmente considerado pelas entidades acreditadoras nacionais e internacionais, um padrão de qualidade. Importa analisar quais as intervenções de maior eficiência e menor custo e generalizar a sua aplicação.

Fica a “sensação”, nesta fase quase final do estudo EPIDOR-NN, que nos falta valorizar o que se faz em Portugal, parafraseando Fernandes “Quando vemos países como o Canadá, que tem investigação sobre a dor na criança há duas dezenas de anos – é de lá

e dos Estados Unidos que sai a maior parte da produção científica [sobre o tema] –, e quando vamos ver os estudos de prevalência da dor aguda e da dor crônica em crianças, percebemos que, afinal, nós não estamos tão mal assim» (Sariava et al, 2009: 57). Importa garantir a divulgação dos trabalhos realizados junto da comunidade científica e do público em geral, fomentar o diálogo interdisciplinar e interinstitucional. O intercâmbio de experiências e de dados constitui um fator crítico para o reforço da qualidade, na medida em que promove ganhos de eficiência, não só através da minimização do esforço das instituições na construção de protocolos de atuação e estratégias de implementação, mas também contribuindo para uma melhor afetação dos recursos disponíveis e construção de uma consciência coletiva de prevenção, avaliação e tratamento da dor na infância.

A oportunidade de participar nesta comunidade académica de dor pediátrica, revelou-se uma mais-valia indiscutível em termos académicos e pessoais, quer por todo o conhecimento transmitido, quer pelos contributos que recebi para o desenvolvimento do meu projeto.

O entusiasmo adquirido no âmbito dos cursos e encontros PICH, levou-me a criar o *site* EPIDOR-NN, para divulgar não apenas o projeto de investigação em curso, mas todas as questões relacionadas com a epidemiologia da dor neonatal.



1

O EPIDOR-NN é o nome que representa o projeto. Os pais do recém-nascido estão representados pelas duas esferas menores e os profissionais de saúde e Unidades de Cuidados estão representados pela elipse que define o contorno de toda a imagem. O recém-nascido, graficamente formado pelo branco, ocupa a posição central do logótipo. Disponível em: <http://www.epidornn.pt>

¹ Logotipo realizado por Eduardo Araújo: Portfolio: www.behance.net/eduardoaraujo

Referências bibliográficas

- Baeyer, C. L. Von *et al.* - training highly qualified health research personnel : the Pain in child Health consortium. *Pain Res Manag.* 19:5 (2014) 267–274.
- Barker, D.; Rutter, N. - Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal edition.* 72 (1995) 47–48.
- Batalha, L.; Santos, L. A.; Guimarães, H. - Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa.* 38 (2007) 144–51.
- Carbajal, R. *et al.* - Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA : the journal of the American Medical Association.* 300:1 (2008) 60–70.
- Chen, M. *et al.* - A prospective study of pain experience in a neonatal intensive care unit of China. *The Clinical journal of pain.* 28:8 (2012) 700–4.
- Cignacco, E. *et al.* - Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss medical weekly.* 139:15-16 (2009) 226–32.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Orientação n.º 024/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). *Direção-Geral da Saúde.* (2012) 1–11.
- Hunter, J. *et al.* - An interfaculty pain curriculum: lessons learned from six years experience. *Pain.* 140:1 (2008) 74–86.
- Johnston, C. *et al.* - Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? *The Clinical journal of pain.* 27:3 (2010) 225–32.
- Johnston, C.; Collinge, J. - A cross-sectional survey of pain and pharmacological analgesia in Canadian neonatal intensive care units. *The journal of pain.* 13: December (1997) 308–312.
- Mcmurtry, C. M.; Castral, T. C.; Fernandes, A. - Training health researchers : Challenges , systemic changes , and a model solution. *Pediatric Pain Letter.* 9:2 (2007) 21-24.
- Merskey, H.; Bogdu, N. - Taxonomy. *International Association for the Study of Pain.* (1994).
- Morin, E.; Nicolescu, B.; Freitas, L. De - Carta da transdisciplinaridade. *Cadernos de Educação.* 8 (1995) 7-9.

- Noel, M.; Birnie, K. A. - Ethical challenges in pediatric pain research. *Pediatric Pain Letter*. 12:2 (2010) 18-22.
- Prestes, A. C. Y. *et al.* - The frequency of pharmacological pain relief in university neonatal intensive care units. *Jornal de Pediatria*. 81:5 (2005) 405–410.
- Saraiva, *et al.* - Boletim da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Professora Ananda Fernandes esteve no Canadá a analisar dados de um estudo sobre a dor em recém-nascidos. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. 3 (2009) 56-57.
- Sessle, B. J. - The pain crisis: what it is and what can be done. *Pain research and treatment*. 2012 (2012) 1-6.
- Siddall, J. W. P. J. - Interprofessional pain education : the road to successful pain management outcomes usually delivered in a large didactic lecture. *Pain Management*. 2:5 (2012) 417–420.
- Simons, S. H. P. *et al.* - Do We Still Hurt Newborn Babies ? *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 157 (2003) 1058-1064.
- Stevens, B. *et al.* - Procedural pain in newborns at risk for neurologic impairment. *Pain*. 105:1-2 (2003) 27–35.
- Stevens, B.; Abbott, L. - Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *Canadian Medical Association Journal*. 183:7 (2011) e403-410
- Taylor, B. J. *et al.* - Assessing postoperative pain in neonates: a multicenter observational study. *Pediatrics*. 118:4 (2006) e992–1000.
- Vinall, J. *et al.* - Neonatal pain in relation to postnatal growth in infants born very preterm. *Pain*. 153:7 (2012) 1374–81.
- Walker, S. M. - Pain in children: recent advances and ongoing challenges. *British journal of anaesthesia*. 101:1 (2008) 101–10.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. *Practice*. (2010) 1–63.



2. Aquisição de competências relacionais pelos estudantes de enfermagem

2. Aquisição de competências relacionais pelos estudantes de enfermagem¹

Maria Otília Zangão - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Introdução

No processo de cuidar em enfermagem para oferecer cuidados de enfermagem de qualidade, emergem duas dimensões imprescindíveis ao cuidar, a dimensão técnica e a expressiva (Balduino, Mantovani & Lacerda, 2009). A dimensão técnica compreende as capacidades e o conhecimento científico na procura de se desenvolverem as competências do “saber fazer” e na dimensão expressiva procura-se estar atento ao “saber estar” e ao “saber ser”.

A aquisição de competências relacionais é antes de mais um “processo de transformação individual na tripla dimensão do saber (conhecimentos), saber-fazer (habilidades) e do saber-ser (atitudes e valores éticos)” (Dias, 2006: 14).

Nesse sentido, deve adotar-se ao longo de todo o processo de cuidar um conjunto de atitudes necessárias para a criação de uma relação de ajuda. Os estudantes de enfermagem terão que ativar três dimensões, para serem reconhecidos como portadores de uma determinada competência. Para tal e segundo Le Boterf (2006:61) “primeiro, vem a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais) que ele pode mobilizar para agir; depois, surge a dimensão da ação e dos resultados que ela produz, isto é, a das práticas profissionais e do desempenho. Finalmente, há a dimensão da reflexividade, que é a do distanciamento em relação às duas dimensões anteriores” (Le Boterf, 2006: 61).

Lopes (2011) salienta que a relação é especialmente importante, nomeadamente porque são os enfermeiros os que permanecem em contacto mais tempo com os utentes e, por outro lado, este contacto adquire em diversas circunstâncias um grau de intimidade inquietante. Portanto, a relação estudante/utente não implica necessariamente

¹ O presente capítulo foi elaborado a partir da tese de doutoramento “Desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar”, apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de doutor em enfermagem.

uma presença constante, mas sim uma presença atenta durante todo o processo de cuidar.

Sendo as competências relacionais o pilar da enfermagem, a comunicação é uma ferramenta fundamental para que estas competências se desenvolvam adequadamente. A habilidade do ser humano em comunicar com outras pessoas é intrínseca à conduta humana e uma peça fundamental na componente da relação de ajuda. A comunicação pode ser verbal e não-verbal e para acontecer exige a aquisição de competências e atitudes de interação por parte do estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

A compreensão do papel da intimidade no cuidar é uma questão essencial para o estabelecimento das competências relacionais no processo de cuidar o utente, visto que este se centra no desenvolvimento de relações interpessoais. A intimidade é uma questão de presença, que não tem muito a ver com o ato em si, mas com a qualidade da presença da pessoa em si própria e com a qualidade da presença para o outro (Bureau, 1995). Há autores que falam da intimidade terapêutica, ou seja a intimidade que é necessária na relação enfermeiro-utente a qual é fundamental para o bem-estar e recuperação do utente (Williams, 2001). A preservação da intimidade é vista como uma componente básica do cuidar.

A privacidade do utente constitui-se numa obrigação ético-legal que deve ser respeitada não apenas nas interações mantidas entre o utente e a equipa de enfermagem, mas também nas comunicações orais e escritas (Soares & Dall’Agnol, 2011). É necessário que a prestação de cuidados seja praticada a cada utente de acordo com as suas necessidades, pois preservar a intimidade dos utentes é um dever dos enfermeiros e um direito do próprio utente.

A nível do ensino de enfermagem é importante a articulação das competências relacionais e intimidade do utente, com as competências instrumentais. Não se prestam cuidados de enfermagem de qualidade sem a articulação de todas as dimensões das competências.

No curso de enfermagem, os conteúdos da aprendizagem devem conter referência a todas as dimensões das competências, pelo que devem apresentar conteúdos verbais, procedimentais e atitudinais (Carvalho, 2004). Os conteúdos verbais dizem respeito aos factos, conceitos e princípios de cada disciplina. Os conteúdos procedimentais di-

zem respeito ao saber-fazer incluído numa aprendizagem reflexiva integradora de conhecimentos. Estes conteúdos podem traduzir-se em procedimentos de destreza e procedimentos de natureza cognitiva, pois não basta saber-fazer, é importante saber relacionar o saber-fazer com o saber-saber. Os conteúdos atitudinais são de grande transversalidade ou generalidade e têm como objetivo desenvolver determinados valores, mais do que regular atitudes. Este tipo de conteúdos tem um elemento cognitivo (conhecimento e crenças), um elemento afetivo (emoções e afeições) e um elemento condutal (atitudes e intenções).

Em pesquisas realizadas sobre os planos curriculares de algumas escolas, constatámos que o tema competências relacionais e preservação da intimidade consta dos conteúdos de diversas unidades curriculares. No entanto, verificámos que em algumas escolas há unidades curriculares específicas para abordarem essas temáticas ao longo do processo formativo, tanto no período teórico como durante o período de prática clínica. Observou-se ainda que, durante o período de prática clínica existem várias metodologias na orientação dos estudantes e consequentemente no processo de aquisição de competências.

A reflexão acerca do contexto onde se processa a formação em enfermagem é imperativa neste estudo, pois é o local onde são transmitidos os saberes, adquiridas as competências e se preparam os estudantes para a vida profissional. No contexto atual, verifica-se que cada instituição de ensino elaborou o seu plano curricular de acordo com as suas conceções e com as conceções definidas pelas diretrizes emanadas pela Comunidade Europeia e adaptadas ao Processo de Bolonha, tendo sempre em atenção as orientações do International Council of Nurses e da Ordem dos Enfermeiros.

Objetivo

Refletir sobre o processo de aquisição de competências relacionais na preservação da intimidade, pelos estudantes do primeiro ciclo de enfermagem.

Metodologia

Utilizámos uma combinação simultânea de instrumentos de natureza quantitativa e qualitativa, “porque acontece que os tipos de conhecimento que eles permitem adquirir se completam” (Fortin, 2009: 34):

- Questionário de caracterização dos estudantes;
- Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) - estudantes;
- Entrevista semiestruturada - docentes.

As respostas foram analisadas com recurso:

- ✓ Ao Software IBM® SPSS® Statistic (*Statistical Package for Social Sciences*);
- ✓ Da técnica de análise de conteúdo com recurso ao Software webQDA Software de Apoio à Análise Qualitativa versão 1.4.3 e ao Software Alceste 2010 (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*).

Utilizámos uma amostragem aleatória simples para os estudantes da licenciatura em enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem integrada numa Universidade (A) e de uma Escola Superior de Saúde integrada num Instituto Politécnico (B). Tratou-se de uma amostragem não-probabilística por conveniência para o grupo de docentes de ambas as escolas.

Relativamente às questões éticas, solicitámos autorização aos diretores das referidas Escolas, assim como o parecer da Comissão de Ética da Área de Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora e a todos os estudantes e docentes foi solicitada a sua participação no estudo mediante a apresentação do consentimento informado. Foram ainda seguidos todos os procedimentos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos.

Resultados

A amostra de estudantes foi constituída por 299 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) de duas escolas Públicas, uma Escola Superior de Enfermagem integrada numa Universidade (A) e uma Escola Superior de Saúde integrada num Instituto Politécnico (B).

Em termos de local de recolha de dados, verificámos que 48,5% pertence à Escola A e 51,5% pertence à Escola B.

Dos 299 estudantes incluídos no estudo 11,4 % frequentavam o 1º ano, 22,4 % frequentavam o 2º ano, a mesma percentagem frequentava o 3º ano e 18,7 % dos estudantes frequentava o 4º ano do CLE e ainda 25,1% são estudantes finalistas do CLE¹ (quadro 1).

¹ Dados recolhidos junto dos estudantes na última reunião realizada em cada escola no final do curso.

A maioria dos estudantes é do sexo feminino com 86,3% e apenas 13,7% do sexo masculino, o que encontra a sua justificação no facto de a enfermagem ser ainda uma profissão maioritariamente feminina (quadro 1).

Relativamente à variável idade dos estudantes, esta encontra-se entre os <19 e os 39 anos, situando-se a maioria no intervalo dos 20-29 anos com 77,6%, seguido do intervalo dos <19 anos com 15,7% e apenas 6,4% no intervalo dos 30-39 anos. Este último intervalo de idades deve-se à nova modalidade de entrada de estudantes no ensino superior, “Maiores de 23”. A moda situa-se no intervalo 20-29 anos (quadro 1).

Quanto ao estado civil dos estudantes inquiridos, verificou-se que a maioria (93,9 %) é solteiro, 2,7 % são casados e 2,4% vive em união de facto. Verificou-se ainda que 0,7% referem ser divorciados/separados.

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos inquiridos (n=299)

Variáveis	n	%
Ano		
1º Ano	34	11,4
2º Ano	67	22,4
3º Ano	67	22,4
4º Ano	56	18,7
Finalistas	75	25,1
Sexo		
Feminino	258	86,3
Masculino	41	13,7
Idade		
<19	47	15,7
20-29	232	77,6
30-39	19	6,4
Estado Civil		
Solteiro	279	93,9
Casado	8	2,7
Divorciado/Separado	2	0,7
União de Facto	7	2,4

Fonte: SPSS

Em termos de caracterização, os docentes entrevistados das duas Escolas, foram maioritariamente do sexo feminino (89,5%), apresentando na sua maioria entre 41-50 anos com uma média de 47,6 anos e o grau académico de mestre (57,9%). A maioria dos docentes tem como categoria profissional Professor Adjunto (84,2%), estando também a maioria na docência há 6-10 anos (52,6%), com uma média de 14,5 anos (quadro 2).

Quadro 2 - Caracterização dos participantes (n = 19)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	17	89,5
Masculino	2	10,5
Idade		
31-40 Anos	2	10,5
41-50 Anos	11	57,9
51-60 Anos	6	31,6
Grau Acadêmico		
Licenciatura	2	10,5
Mestrado	11	57,9
Doutoramento	6	31,6
Categoria Profissional		
Professora Adjunta	16	84,2
Professora Coordenadora	3	15,8
Tempo na Docência		
1-5 Anos	1	5,3
6-10 Anos	10	52,6
11-15 Anos	2	10,5
21-30 Anos	5	26,3
31-40 Anos	1	5,3
Escola		
Escola A	10	52,6
Escola B	9	47,4

Fonte: SPSS

O Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) é constituído por uma escala de Likert. Estas escalas de medida “são formas de autoavaliação que são constituídas por vários enunciados ou itens, lógica e empiricamente ligados, entre si e que são destinados a medir um conceito ou uma característica do indivíduo” (Fortin, 2009: 388).

O inventário de competências relacionais de ajuda é “um instrumento de autorresposta, constituído por 51 itens. As respostas situam-se numa escala tipo Likert de 1 a 7 e cotadas de forma, a que quanto maior for a pontuação obtida, mais competências relacionais de ajuda têm os sujeitos. A nota global pode ir de um mínimo de 51 a um máximo de 357” (Ferreira, Tavares & Duarte, 2006: 59).

Esta escala chama-se de diferenciação semântica e é uma variante da escala de Likert, “este tipo de escala é utilizada para avaliar a significação atribuída por um indivíduo a uma atitude ou a um dado objeto (...) e medir diferentes aspetos dessa atitude” (Fortin, 2009: 391).

A escala ICRA foi aplicada a estudantes do 1º, 2º, 3º e 4º ano. Embora não existam referências explícitas nos currículos do CLE pré-Bolonha à aquisição e desenvolvimento de competências, o processo de aquisição das mesmas pelos estudantes tem sido uma preocupação constante em todo o processo de formação, principalmente as competências técnico-científicas (Dias, 2006).

Atualmente, com o processo de Bolonha “exige a implementação de uma nova tecnologia educativa, com nova dinâmica de organização dos recursos humanos, recursos materiais e financeiros, com novos conceitos e novos métodos” (Ceitil, 2007: 57). É necessário a cada passo percorrido por um estudante de enfermagem perceber se há conjugação das competências técnico-científicas e das competências relacionais, pois o “saber-fazer” deve ser orientado pelo “saber-ser”.

Relativamente à variável dependente Aquisição e Desenvolvimento de Competências Relacionais no processo de cuidar, os valores obtidos com a aplicação da escala ICRA, podemos verificar que a soma total se situa entre os 191- 337 pontos, com uma média de 269,70 pontos e um desvio padrão de 29,47. Esta é uma média superior à dos valores normais da escala. De acordo com os autores da escala a soma desta poderia situar-se entre 51 – 357 pontos e quanto maior for a pontuação obtida, mais competências relacionais de ajuda têm os sujeitos. Assim, é possível inferir que os estudantes inquiridos possuem competências relacionais de ajuda acima da média.

Verificámos, no entanto, que na soma da escala, ou seja nas competências relacionais de ajuda, há diferenças significativas ($p=0,000$) entre os estudantes das duas escolas.

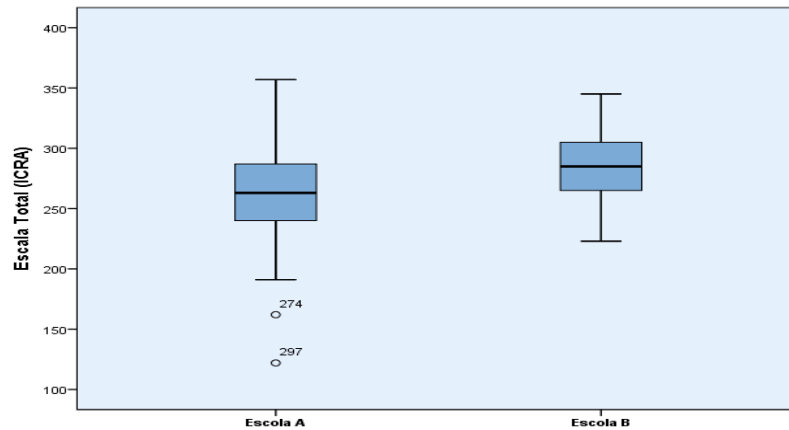
Os estudantes da Escola A obtiveram entre 122 – 357 pontos na soma da escala, com uma média de 263,75 pontos e um desvio padrão de 35,59, enquanto os estudantes da Escola B obtiveram entre 223 – 345 pontos com uma média de 284,31 pontos e um desvio padrão de 28,45, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre as duas Escolas.

Estas diferenças poderão ser suportadas pelo facto de os estudantes da Escola A só iniciarem o contacto direto com os utentes no 2º ano, enquanto os estudantes da Escola B iniciam este contacto logo no 1º ano do curso.

Na figura 1 podemos observar a representação dos valores das competências relacionais de ajuda obtidas pelos estudantes de cada Escola. Aí, observamos um

menor desvio padrão dos valores da Escola B em relação à Escola A, sendo também observada uma média superior nessa Escola.

Figura 1 - Valores das médias do Escala Total (ICRA) nas duas Escolas



Fonte: SPSS

Relativamente à relação entre a variável dependente, aquisição de competências relacionais de ajuda e a variável independente Escola A e B constatámos pela análise das médias ao nível das competências relacionais de ajuda totais e das dimensões de competências relacionais de ajuda, que os estudantes da Escola B apresentam médias superiores às encontradas para os estudantes da Escola A. Assim, utilizámos o *Teste t-Student* para amostras independentes e verificámos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p=0,00$) para as competências relacionais de ajuda total e para as dimensões de competências relacionais de ajuda.

A abordagem qualitativa é particularmente adequada ao estudo de fenómenos que não se podem tornar objetivos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001), sendo o centro dos métodos qualitativos a experiência humana e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência. Assim, consideramos que este tipo de abordagem se adapta ao estudo em curso sobre a forma como os docentes percecionam o desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes, pelos estudantes de enfermagem, durante o processo de cuidar.

No total foram realizadas 19 entrevistas a docentes das duas Escolas. A análise do conteúdo das entrevistas consiste num conjunto de técnicas de análise sistemática de texto, sendo a ideia principal deste procedimento, seguir uma análise controlada dos textos dentro do contexto em estudo (Mayring, 2000). Para esta análise foi utilizado um *Software* desenvolvido para análise textual, o qual se “apoia em cálculos efetuados

sobre a coocorrência de palavras em segmentos de texto, buscando distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre o tópico de interesse da investigação” (Nascimento & Menandro, 2006: 72). O *Software* utilizado é a *Analyse Lexicale par Context d’un Ensemble de Segments de Texte (Alceste)* 2010, Version Windows.

Após os resultados detalhados desta análise verificámos que há uma riqueza de vocabulário de 98,94%, o que corresponde à quase totalidade do *corpus*.

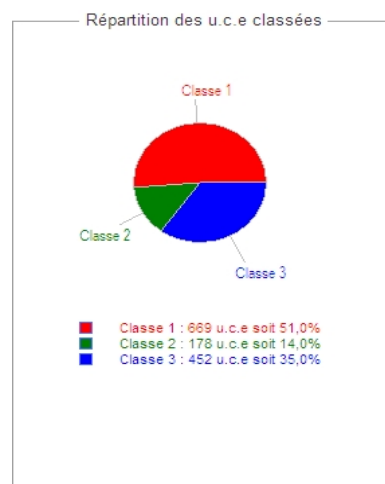
No que diz respeito aos percentuais definidores das classes, a classe 1 é composta por 669 UCE, representando 51% do total de UCEs, seguida da classe 3 com 452 UCE, representando 35% e por último a classe 2 com 178 UCE, representando 14% (totalizando 100% das unidades de contexto elementares). Verificámos também que a classe que mais UCE agrupou foi a classe 1 com 51% (Figura 2). As três classes originadas pela CHD abrangem contextos léxicos específicos, sendo cada uma denominada com um título:

Classe 1 – Competências

Classe 2 – Relacional

Classe 3 – Intimidade

Figura 2 - Dendrograma da divisão das UCE em classes

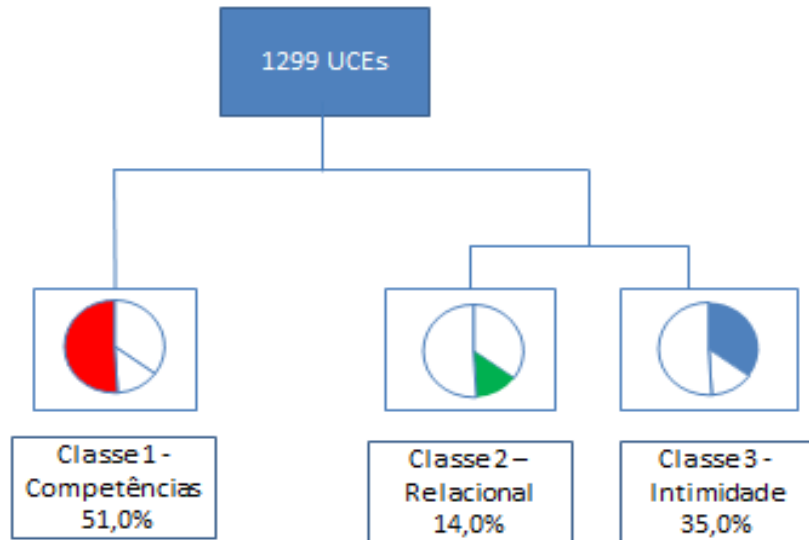


Fonte: Alceste

O *corpus* foi dividido em dois subgrupos. Num segundo momento, o subgrupo superior foi dividido em dois. Na primeira divisão resultou a Classe 1, na segunda divisão, resultaram a Classe 2 e 3. Isto significa que a Classe 1 possui menor relação ou proximidade

com as Classes 2 e 3. Por outro lado, a Classe 2 possui maior relação ou proximidade com a Classe 3 (Figura 3).

Figura 3 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

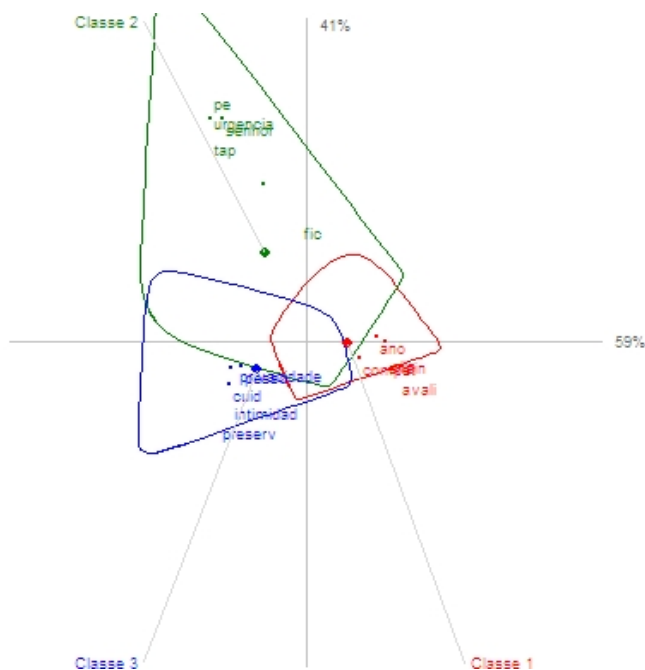


Fonte: Alceste

Relacionada com esta etapa está a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), a qual efetua o “cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas” (Nascimento & Menandro, 2006: 75), permitindo verificar a relação entre as classes segundo a localização dessas mesmas classes e a sua interação.

Na figura 4 pode-se observar que no quadrante superior esquerdo, mais junto ao eixo 2, se destacam as palavras aglutinadas na **classe 2** (senhor+, tap+, fic+, pé urgência) resultantes das entrevistas. No quadrante inferior esquerdo do gráfico destacam-se as palavras aglutinadas na **classe 3** com maior carga fatorial (pesso+, cuid+, intimid+, privacidade, preserv+). Em oposição, no mesmo eixo, mas no quadrante inferior direito, destacamos as palavras aglutinadas na **classe 1** com maior carga fatorial (compet+, ano, ensin+, clin+, avali+). Assim, podemos constatar o impacto que a aquisição de competências relacionais pode ter sobre a relação com o utente na preservação da intimidade, pois se considerarmos que o lado esquerdo do eixo 2 é negativo e o lado direito é positivo, então verificamos uma oposição da Classe 1 em relação às Classes 2 e 3, tal como já tínhamos observado na CHD.

Figura 4 - Análise fatorial de correspondência, com destaque para as três classes e as palavras com maiores cargas fatoriais



Fonte: Alceste

As categorias definidas são descritivas (Huberman & Miles, 1991 citado por Sousa, 2009) ou seja, não se introduziram interpretações do investigador, limitando-se a atribuir nomes às classes definidas pelo Software Alceste, assim como às subcategorias.

Quadro 3 - Categorias e subcategoria oriundas da classe 1

Classe 1 – Competências		
Categorias	Subcategorias	Conceitos
Ensino-aprendizagem	Componentes, técnico-científica e relacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição de conhecimentos ▪ Questões técnico-científicas ▪ Vertente relacional
	Metodologia de ensino	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aulas práticas ▪ Ensino clínico
Desenvolvimento de competências	Desenvolvimento pessoal e relacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maturidade ▪ Preparação dos estudantes
	Evolução de Competências	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de competências ▪ Unidades curriculares

Fonte: Própria

Quadro 4 - Categorias e subcategorias oriundas da classe 2

Classe 2 - Relacional		
Categorias	Subcategorias	Conceitos
Forma de olhar o utente	Relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> Visão holística do utente Estratégias de ensino Componentes relacionais
	Comunicação Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação verbal/não verbal Relação de ajuda
Processo de cuidar	Consentimento	<ul style="list-style-type: none"> Pedir Informar
	Intimidade	<ul style="list-style-type: none"> Interação Cuidar

Fonte: Própria

Quadro 5 - Categorias e subcategorias oriundas da classe 3

Classe 3 - Intimidade		
Categorias	Subcategorias	Conceitos
Preservação da intimidade	Preservação	<ul style="list-style-type: none"> Intimidade Respeito Dignidade
	Relação empática	<ul style="list-style-type: none"> Metodologia de ensino Inter-relação
Processo de cuidar	Competências relacionais	<ul style="list-style-type: none"> Humanização Cuidados
	Competência técnico-científica	<ul style="list-style-type: none"> Privacidade Manutenção de distância

Fonte: Própria

Após a análise das três Classes, verificámos que aquela que apresenta, em média, menores valores do qui-quadrado é a Classe 2. No entanto, tal como referimos anteriormente na análise fatorial há palavras que se salientam em cada classe pela importância atribuída pelos sujeitos nos seus discursos.

Triangulação da informação recolhida

No decurso deste estudo, obtivemos dados que nos permitiram entender a influência do processo de ensino-aprendizagem do estudante na aquisição e desenvolvimento das competências relacionais e na preservação da intimidade durante o processo de cuidar, articulando diferentes ambientes de recolha de dados, assim como diferentes abordagens de tratamento dos mesmos.

Nesta triangulação de informação vamos utilizar a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner) de forma a perceber como ocorre a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais preservando a intimidade dos utentes ao longo do curso de enfermagem, articulando as variáveis preditoras da nossa investigação.

O modelo ecológico proposto por Bronfenbrenner pretende distinguir não apenas o contexto, mas as variadas interações que têm lugar entre a pessoa e os diferentes sistemas com que se relaciona.

Apresentamos de seguida os níveis estruturais do ambiente ecológico, definidos por Bronfenbrenner (2005) e adaptados ao nosso estudo (Figura 5):

O **microssistema** pode ser descrito por contextos onde ocorrem as atividades, papéis e relações interpessoais experienciadas pela pessoa num determinado momento da sua vida, com outras pessoas com diferentes características de personalidade e ideologias socioculturais.

O **mesossistema** abrange as uniões e os processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes (microssistemas), os quais incluem a pessoa em desenvolvimento. Para o estudante, este mesossistema é constituído por vários microssistemas, ou seja, o estudante interage com vários ambientes como a escola e as unidades de cuidados onde realiza o seu ensino clínico.

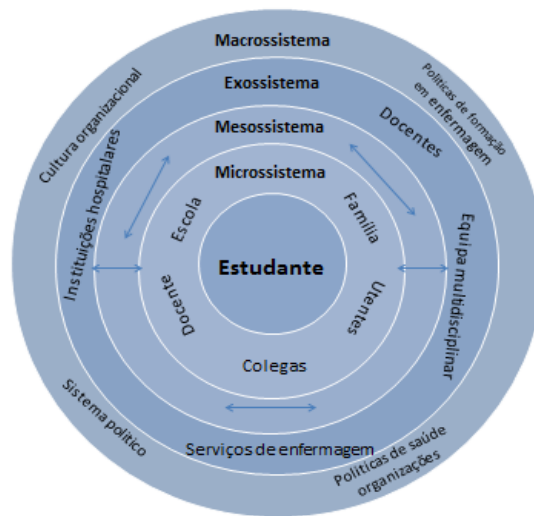
O **exossistema** engloba as ligações e os processos que ocorrem entre dois ou mais contextos, nos quais pelo menos um deles não afeta diretamente a pessoa em desenvolvimento, mas fá-lo de forma indireta.

O **macrossistema** exerce influência na pessoa em desenvolvimento e engloba o contexto global e as relações entre esses ambientes (micro, meso e exossistema) nomeadamente determinada cultura, subcultura ou o contexto social mais amplo.

No caso dos estudantes, o desenvolvimento de competências relacionais sofre influências por exemplo das orientações da OMS, das políticas de saúde, da política de formação em enfermagem, assim como da filosofia de cuidados da própria instituição que podem exercer influência indireta sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes por parte do estudante de enfermagem.

Abreu (2007) refere ainda um quinto nível estrutural, o cronossistema, o qual compreende o conjunto de mudanças e transformações ao nível da pessoa ao longo do tempo.

Figura 5 - Modelo de desenvolvimento bioecológico do estudante de enfermagem, baseado em Bronfenbrenner



Fonte: Adaptado de Abreu, 2007

Bronfenbrenner (2005) salienta que o processo de desenvolvimento humano ocorre como um exercício que reúne as características do ambiente e da pessoa, num processo de quatro núcleos inter-relacionados que ficou conhecido por Modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT) desenvolvido por Bronfenbrenner & Morris (1998).

Cada estudante (pessoa) desenvolve estas competências na interação com o ambiente (contexto) onde está inserido, que é influenciado por um sistema de inter-relações (mesossistema, exossistema e macrossistema), sendo ainda o processo e o tempo elementos essenciais a esse desenvolvimento de competências relacionais. Por outro lado, as mudanças do desenvolvimento humano também podem ser desencadeadas por experiências de vida.

À luz do Modelo PPCT de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris (1998, 2006), vamos confrontar os dados provenientes das análises e discussões realizadas nas partes anteriores do nosso estudo de forma a extrair significados para elaborarmos as conclusões. Iremos estruturar a apresentação de acordo com os elementos do Modelo PPCT:

Processo - O primeiro componente do modelo, o processo “abrange formas particulares de interação do organismo com o ambiente, chamadas processo proximal, que operam ao longo do tempo e são situadas como os mecanismos primários que produzem o desenvolvimento humano” (Bronfenbrenner, 2005: 25).

Bronfenbrenner e Morris (1998) apresentam ainda outro aspeto particularmente importante para o sucesso do ensino-aprendizagem, pois consideram os processos proximais como os motores do desenvolvimento e a sua variação sistemática, como uma função das características de ambos: Pessoa e contexto.

No nosso estudo pudemos identificar, nos dados relativos aos estudantes, o início dos ensinos clínicos e o tipo de acompanhamento em ensino clínico como fatores que poderão emergir como um estímulo para o desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade do utente, pois para que ocorra esse desenvolvimento é necessário que o estudante esteja inserido numa atividade (ensino clínico) efetiva e regular durante períodos de tempo prolongados, a qual deve ser progressivamente mais complexa. Isto acontece com os estudantes da Escola B que vão tendo uma evolução ao longo dos diferentes ensinos clínicos na aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências, o que não se verifica nos estudantes da escola A em que esta dimensão das competências é introduzida ao mesmo tempo que outras dimensões são também exigidas.

Pessoa - Na perspetiva do modelo bioecológico de desenvolvimento humano as pessoas (estudantes) possuem características biopsicológicas e características constituídas em contacto com os processos proximais - as características bio-psico-ambientais, por vezes tratadas como variáveis dependentes do desenvolvimento humano, poucas vezes analisadas como precursoras do desenvolvimento posterior e mais raramente como fatores moderadores que influenciam a força e o sentido dos processos do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2005).

Neste estudo foi identificada apenas uma variável, relacionada com as características da pessoa, o sexo, que poderá influenciar o desenvolvimento do estudante na aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências. De acordo com Bronfenbrenner (2005: 173) esta característica física está no conjunto (sexo, idade e raça) das “consideradas poderosas na influência do curso do desenvolvimento futuro”.

Na nossa amostra existem diferenças estatisticamente significativas de acordo com o sexo dos estudantes para aquisição e desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes, pelo que podemos concluir que o sexo dos estudantes influencia esta dimensão das competências.

Contexto - A componente do modelo, contexto, compreende os vários ambientes, desde os mais contíguos aos mais longínquos (micro, meso, exo e macrosistema) os quais podem influenciar a pessoa em desenvolvimento.

Tal como já referimos anteriormente o tipo de acompanhamento em Ensino Clínico pode ser um dos fatores que pode influenciar o desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade do utente pelo estudante de enfermagem, assim, como outras das variáveis preditoras como a Escola, pois as diferenças de planos curriculares também é um dos fatores que foi destacado na discussão dos dados como promotor de diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes analisados. Por outro lado, as relações interinstitucionais também poderão influenciar todo este processo, pois algumas vezes a falha de comunicação entre as escolas e as unidades de cuidados são fatores que podem marcar o desenvolvimento do estudante, concluímos então que todo o contexto influencia o processo e a pessoa. A forma como é avaliada esta dimensão das competências também deveria ser repensada, pois sendo este um momento de eleição para a sua aquisição e desenvolvimento, tem particularidades que importa compreender e o que se avalia é demasiado subjetivo, tal como é referido por Carvalho (2004).

Tempo - O último componente do modelo, o tempo, é um fator que tem também ele a sua importância, pois permite-nos avaliar como ocorre o desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. Bronfenbrenner & Morris (1998) citados por Abreu (2007) salientam que as mudanças atribuídas ao tempo são também elas criadoras de transformações na biografia da pessoa em desenvolvimento.

No nosso estudo verificámos que a variável ano do curso também tinha influência para o desenvolvimento desta dimensão das competências, pois verificámos que tanto nas respostas dos estudantes, como dos docentes, esta variável aparecia como influenciadora do nível de competências que os estudantes apresentavam.

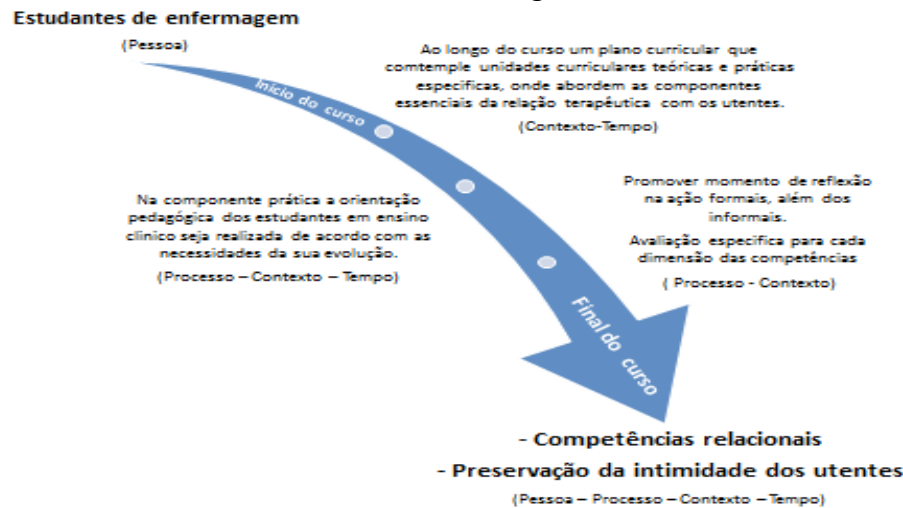
Conclusão

A formação de enfermeiros assenta num modelo de desenvolvimento humano. Ao propormos um modelo de bases teórico-metodológicas nesta dimensão das competências defende-se um ensino contextualizado, numa realidade atual, junto dos utentes a quem prestamos cuidados humanizados.

Todo o processo de ensino-aprendizagem abrange formas particulares de interação entre o estudante e o ambiente, ou seja os processos proximais que atuam ao longo do curso e que são olhados como os principais mecanismos que conduzem ao grande objetivo quando o estudante termina a sua formação académica. No entanto, estes mecanismos variam em função das características dos estudantes, dos contextos ambientais onde decorre a formação e do evoluir do curso. Portanto, a aprendizagem constitui um processo vital para a adaptação e o desenvolvimento do estudante e os resultados dessa aprendizagem dependem essencialmente do estudante mas também do processo e do contexto.

Ao utilizarmos a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, procurámos explicar a informação seletiva recolhida pelos vários instrumentos ao longo da investigação e explicar com base na Teoria do desenvolvimento humano como ocorre a aquisição e o desenvolvimento desta dimensão das competências nos estudantes de enfermagem e propor bases teórico-metodológicas para a aquisição e desenvolvimento das competências relacionais preservando a intimidade do utente durante o processo de cuidar.

Figura 6 - Representação do modelo de bases teórico-metodológicas para os estudantes de enfermagem



Fonte: Própria

Desta investigação advêm algumas implicações práticas para as Escolas pelo que deixamos algumas sugestões de bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem. Assim, parece importante que sejam (re)pensados os planos curriculares do CLE, no sentido de perspetivar o Processo e o Contexto em que decorre o curso, como o mais adequado para a aquisição e o desenvolvimento desta dimensão das competências, pois tal como verificamos estes (Processo e Contexto) são dois grandes influenciadores das diferenças encontradas entre os estudantes das duas Escolas implicadas no estudo. A formação inicial dos enfermeiros tem uma acuidade particular na construção da sua identidade enquanto enfermeiros e a forma como aprendem ou aprenderam irá marcá-los ao longo de toda a sua vida profissional e pessoal.

Tal como nos é referido por Rocha (2008), é emergente a necessidade das Escolas investirem no processo ensino-aprendizagem para a promoção desta dimensão das competências no processo de cuidar, pois tal como já foi relatado, existe clara evidência científica dos benefícios para os utentes, em termos de ganhos em saúde, fruto de cuidados de enfermagem de qualidade.

Referências bibliográficas

- Abreu, W.C. (2007), *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*, Coimbra: Formasau.
- Balduino, A.F.A.; Mantovani, M.F.; Lacerda, M.R. (2009), «O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca», *Revista de Enfermagem*, vol.13, nº2, abril-

junho, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, pp. 342-51. Acedido em 21/10/2009, disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>

Bronfenbrenner, U. (2005), *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*, California: Sage Publications, Inc. Acedido em 28/07/2013, disponível em:

http://books.google.pt/books?id=byY08EBUrQQC&pg=PR30&hl=pt-PT&source=gb_s_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false

Bronfenbrenner, U.; Morris, P. (2006), «The Bioecological Model of Human Development», In Damon, W.; Lerner, R., *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development*, sixth edition, Chapter 14, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. pp. 793-828. Acedido em 08/07/2013, disponível em:

http://books.google.pt/books?id=GFzWZMvQR8kC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gb_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

<http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/BronfenbrennerModelofDevelopment.pdf>

Bureau, J. (1995), «L'intimité et l'identité sexuelle: une approche existentielle». *Revue Sexologique: Dossier: Intimité*, vol.3, nº1, printemps, Montreal: UQAM et Les Éditions I.R.I.S., pp. 7-36. Acedido em 01/02/2012, disponível em:

http://www.er.uqam.ca/nobel/revsexo/revues/revueSexo_v3n1.pdf

Camargo, B.V. (2005), «Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais, in Moreira, A.S.P.; Camargo, B.V.; Jesuíno, J.C.; Nóbrega, S.M. (organizadores), *Perspectivas Teórico-metodológicas em representações sociais*, capítulo 17, pp. 511-539, Editora Universitária – UFPB, Brasil. Acedido em 19/07/2013, disponível:

http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005_alc.pdf

Carvalho, A.L. (2004), *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico da licenciatura em enfermagem*. Coleção Medicina e Saúde, Lisboa: Instituto Piaget.

Ceartil, M. (2007), *Gestão e desenvolvimento de competências*, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Dias, M.F.P.B. (2006), *Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ferreira, M.; Tavares, J.; Duarte, J. (2006), «Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem», *Revista de Enfermagem Referência*, II Série, nº2, junho,

Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pp. 51-62. Acedido em 17/03/2010, disponível em:

http://www.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=24&id_revista=4&id_edicao=6

Fortin, M.F. (2009), *O processo de investigação*, Loures: Lusociência.

Le Boterf, G. (2006), «Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar», Saúde, S.; Almeida, C.C. (tradução), *Revista Pessoal*, junho, Lisboa: Associação Portuguesa de Gestão das Pessoas, pp.60-63. Acedido em 10/07/2010, disponível em:

<http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>

LoBiondo-Wood, G.; Haber, J.(2001), *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*, 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Lopes, M.J. (2011), «A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: reflexões a partir dos resultados de um trabalho de investigação», Silva, A.O.; Costa, I.C.C.; Alves, M.S.C.F. *Investigação em Saúde: múltiplos enfoques*, Natal: EDUFRN. Editora Universitária, pp. 20-30. Acedido em 24/04/2013, disponível em:

<https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/4108>

Mayring, P. (2000), «Qualitative Content Analysis», *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol.1, nº2, art. 20, june. Acedido em 13/11/2012, disponível em: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>

Nascimento, A.R.A.; Menandro, P.R.M. (2006), «Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada», *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Ano 6, nº 2, 2º semestre Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, pp.72-88. Acedido em 23/11/2013, disponível em:

<http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>

Rocha, A.P. (2008), *A relação de ajuda no ensino de enfermagem*, Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 11/03/2013, disponível em:

<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3315/1/2009000631.pdf>

Soares, N.V.; Dall'Agnol, C.M. (2011) «Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem» *Revista Acta Paulista de Enfermagem*; 24(5). São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem – EPE/[Universidade Federal de São](http://www.unifesp.br)

Paulo – UNIFESP, pp. 683-688. Acedido em 27-01-2014, disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/38500/000816798.pdf?sequence=1>

Sousa, A.B. (2009), *Investigação em educação*, 2ª edição, Lisboa: Livros Horizonte, Lda.

Williams, A. (2001a), «A literature review on the concept of intimacy in nursing», *Journal of Advanced Nursing*. vol.33, nº5, July, pp. 660-667. Acedido em 27/02/2009, Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fd1439d3-d010-4287-95d3-d3964bd6d8d8%40sessionmgr104&vid=2&hid=121>



3. Potencialidades da Análise Prospetiva para a Investigação em Saúde: o Caso das tendências da prática baseada na evidência nos Serviços de Radiologia Hospitalar Pública da Região Algarve

3. Potencialidades da Análise Prospetiva para a Investigação em Saúde: O caso das tendências da prática baseada na evidência nos Serviços de Radiologia Hospitalar Pública da Região Algarve ¹

José Saragoça – Departamento de Sociologia, Universidade de Évora e Cesnova

Carlos da Silva - Departamento de Sociologia, Universidade de Évora e Cesnova

António Abrantes - Departamento de Sociologia, Universidade de Évora e Cesnova

Introdução - Análise Prospetiva e Investigação em Saúde

A análise prospetiva constitui uma ferramenta que pode potenciar as dimensões exploratória e estratégica do planeamento em saúde, em contextos marcados pela mudança acelerada, o risco e outras incertezas e, nessa medida, auxiliar atores e *stakeholders* nos processos de definição e construção de políticas para o setor.

A finalidade maior desta abordagem é *antecipar para agir*, pelo que o seu grande interesse radica na possibilidade de explorar o futuro de forma participada, organizada, estruturada, consistente, plausível e útil (Alvarenga e Carvalho, 2007a). Entre outros benefícios, relativamente a outras formas de estudar o futuro, a análise prospetiva potencia a comunicação e a coordenação entre atores e *stakeholders*, a concentração no longo prazo (uma exigência), a construção de uma visão partilhada que facilita a focalização dos atores, gerindo incertezas, potenciando exercícios mais inclusivos e fortalecendo redes e interfaces (capital social), a contribuição para a definição de prioridades (num contexto de significativas restrições ao nível dos recursos e de crescente concorrência internacional) e a criação de compromissos (de participação e de implementação) (Alvarenga e Carvalho, 2007a).

A prospetiva poderá interessar aos atores numa dupla dimensão. Numa primeira, que designamos por *prospetiva exploratória*, este tipo de abordagem é desencadeada com a finalidade de elucidar os *futuros possíveis* de um sistema, ou seja, com o que pode

¹ Este texto é uma versão revista e ampliada da comunicação “Potencialidades da Análise Prospetiva no Contexto da Avaliação da Qualidade e Tecnologias da Saúde” apresentada por António Abrantes (UALG-ESS/CESNova), Carlos da Silva (UÉvora-ECS/Cesnova), José Saragoça (UÉvora-ECS/Cesnova) no IV Encontro de Investigadores da Qualidade, em Troia, 7-6-2013.

acontecer no futuro num determinado sistema ou sub-sistema. Numa segunda dimensão, os atores do setor podem ser mobilizados pela necessidade de antecipar a evolução do enquadramento e de testar as estratégias existentes e/ou definir uma nova visão estratégica condutora da ação (Ribeiro, 1997). Neste caso, estamos perante *prospetiva estratégica*, já que os seus promotores interrogam-se sobre o que pode o setor (ou a organização) fazer face ao que pode acontecer no futuro, o que vai fazer e como, consistindo dessa forma, num exercício prospetivo que tem ambições e finalidades estratégicas para o(s) ator(es) que as realiza(m).

Assim, enquanto “processo sistemático e participativo, que envolve a recolha de informações e a construção de visões para o futuro a médio e longo prazo, com o objetivo de informar as decisões tomadas no presente e mobilizar ações comuns” (Nunes *et al.*, 2002: 17), a *prospetiva* revela-se adequada ao estudo e planeamento estratégico de uma organização, conjunto de organizações ou território(s) na área da saúde, comportando um enorme potencial para intervenções coletivas orientadas para o desenvolvimento em sistemas de escala diversa.

Duas escolas científicas dominam o campo da *prospetiva*. A primeira, fundada em França em meados dos anos 60 por Bertrand de Jouvenel e por Michel Godet, baseia-se no humanismo, considera que o futuro pode ser criado e modificado pelas ações dos atores sociais, individuais ou coletivos e propõe estudos que caracterizam a sociedade futura nas suas várias dimensões: social, económica, cultural. A outra, de tradição inglesa, alemã e americana (anglo-saxónica), assume a tecnologia como o principal motor da mudança na sociedade e, que, por isso, a partir da análise da mudança tecnológica, projeta-se para a construção de cenários futuros. A evolução da *prospetiva* tem acontecido no sentido de uma miscigenação de métodos e ferramentas¹, “otimizando a sua integração em processos modulares e flexíveis em função de objetivos e necessidades específicas” (Alvarenga e Soeiro de Carvalho, 2007a: 14; Keenan *et al.*, 2003). Neste texto centramo-nos nas propostas da *Escola Francesa*.

¹ De acordo com Bethlem (2002), de entre uma enorme diversidade de métodos prospetivos vocacionados para a elaboração de cenários, há alguns que possuem uma base conceptual, etapas definidas e fundamentos claros. São eles o método descrito por Michel Godet (que seguiremos de perto nesta investigação); o método descrito pela General Electric (GE); o método da Global Business Network (GBN), descrito por Peter Schwartz; o método descrito por Michael Porter; e o método descrito por Grumbach (1997) (que incorpora as vantagens de dois métodos de elaboração de cenários – o de Godet e o de Porter).

Michel Godet criou o *método dos cenários*¹ em 1983. Este é composto por duas grandes fases: a “construção da base” e a “construção dos cenários” propriamente dita (Figura 1). A construção da base é constituída por três tipos de procedimentos: começa com a delimitação do sistema, continua com a determinação das variáveis-chave e conclui com o estudo da Estratégia de Atores.

A delimitação do sistema consiste num diagnóstico orientado que permite encontrar um conjunto de variáveis quantitativas e qualitativas que o caracterizam da forma mais exaustiva possível, atendendo ao objeto em estudo. Depois da análise do sistema, é concretizada uma análise estrutural, com os seguintes objetivos: destacar os “efeitos escondidos” e decompor o sistema em grupos de variáveis; detetar as variáveis-chave do sistema; tornar visível a visão sistémica e comum do problema em estudo; e, ainda, servir de controlo para análises espontâneas propostas por determinados grupos com tendência para privilegiar fatores “emblemáticos”. Este tipo de análise pode ser realizado com recurso a um programa informático criado especificamente pelo LIPSOR, da equipa de Michel Godet, designado por *MICMAC* (Matriz de Impactos Cruzados - Multiplicação Aplicada a uma Classificação)². O presente texto circunscreve-se a estas etapas do método dos cenários.

Por seu turno, a *estratégia de atores*, realizada após a deteção das variáveis-chave do sistema (auxiliada pelo software *MACTOR*³, também do *LIPSOR*), procura analisar como se posicionam relativamente a estas os principais atores, ou seja, compreender eventuais alianças, conflitos e estratégias. Os objetivos deste tipo de análise passam por: a) identificar e caracterizar os diferentes atores-chave; b) perceber quais os conflitos e alianças possíveis entre os diferentes atores; c) contribuir para uma maior participação/implicação e reflexão estratégica por parte dos diferentes atores; d) confron-

¹ Segundo Godet, um cenário é “um conjunto formado pela descrição de uma situação futura e do encaminhamento dos acontecimentos que permitem passar da situação de origem a essa situação futura” (Godet, s/d: 19). Para este autor, os cenários só têm credibilidade científica e utilidade se respeitarem as condições de pertinência, coerência, verosimilhança e transparência. Isto significa que se, por um lado, é necessário colocar as questões corretas e formular verdadeiras hipóteses-chave do futuro e apreciar a coerência e a verosimilhança das combinações possíveis, sob pena de correr-se o risco de deixar de considerar uma parte considerável e eventualmente a mais significativa do campo dos prováveis, por outro lado, é necessário assegurar a transparência em todas as etapas do processo prospetivo (Godet, 1993).

² Acrónimo de Matriz de Impactos Cruzados - Multiplicação Aplicada a uma Classificação, é um método criado por Michel Godet e J.C.Duperrin, entre 1972 e 1974 (Godet, 1993 : 114).

³ O acrónimo *MACTOR* significa Método Atores, Objetivos, Relações de Força.

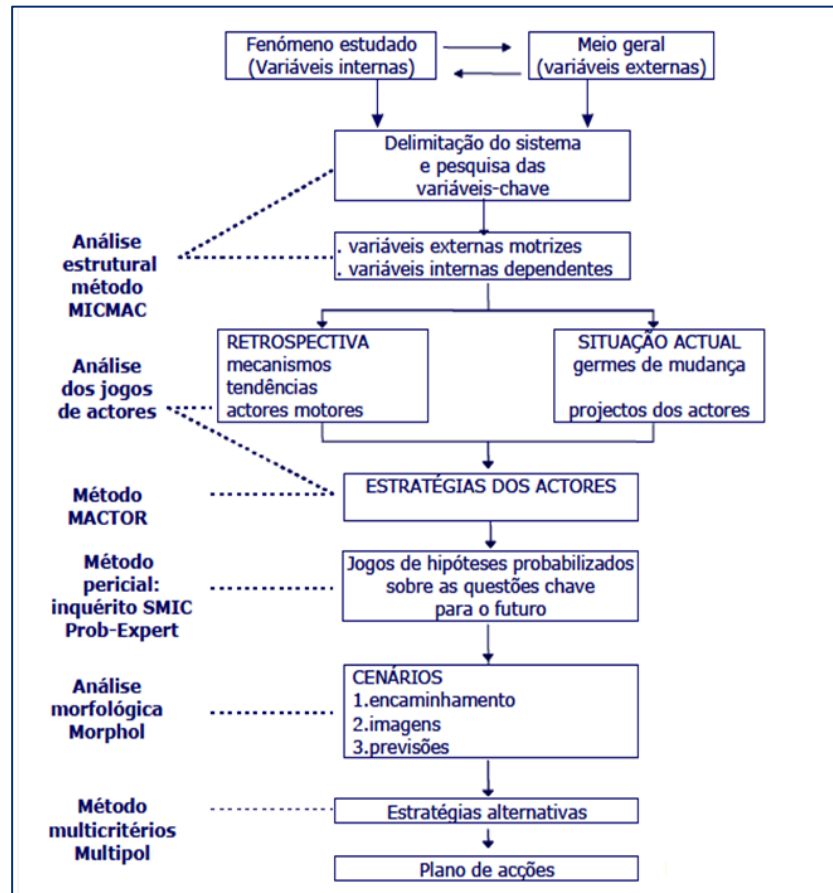
tar os projetos em presença e avaliar as relações de força existentes; e e) elaborar uma série de recomendações estratégicas e especificar as condições de viabilidade da sua implementação.

Após a primeira fase, passa-se, conforme preconiza Godet, à segunda fase do método: a *construção de cenários* propriamente dita. Teoricamente, esta fase consiste na realização de três etapas: 1) construção de hipóteses, 2) consulta a peritos; e 3) hierarquização de cenários (tarefas que podem ser auxiliadas por programas informáticos criados especificamente para o efeito pelo *LIPSOR*, ou seja, *software* do método pericial de inquérito *SMIC PROB-EXPERT* (*Method Cross-impact probability*, ou seja, método de impactos cruzados probabilísticos); o programa informático de auxílio à análise morfológica *MORPHOL* (método de análise morfológica, ou seja, que permite limitar o campo dos possíveis e reduzir a incerteza); e o *software* do método *MULTIPOL* (método vocacionado para a comparação de diferentes ações ou soluções para um problema, em função de múltiplos critérios e políticas)¹. Além da construção de cenários e avaliação da sua probabilidade de concretização, o objetivo desta fase é, também, o de reelaborar as recomendações estratégicas (Figura 1).

Tal como sublinha Godet, dois dos pontos fortes deste método são o seu cariz modular (que lhe garante flexibilidade/adaptação a múltiplos objetos de análise) e a sua função de ajuda a um grupo no que toca à colocação das perguntas corretas e à estruturação da reflexão coletiva. Neste sentido, é possível, para resolver determinadas questões de investigação/intervenção, usar um método apenas ou a combinação de vários métodos.

¹ Todos os programas informáticos do *LIPSOR* usados ao serviço do “método dos cenários” de Godet estão disponíveis no seguinte sítio web <http://en.lapropective.fr/methods-of-prospective.html>.

Figura 1: Método dos Cenários, segundo Michel Godet



Fonte: Godet (1993)

Em síntese, a prospectiva é uma abordagem interdisciplinar enquadrada no campo dos *Future Studies*¹ vocacionada para o estudo das mudanças passadas e presentes, que, através da análise das fontes, padrões e causas da mudança e da estabilidade, permite desenvolver a capacidade de previsão e traçar *futuros possíveis* a partir dos quais, elegendo um, pode desencadear-se uma estratégia de ação organizacional ou interorganizacional, por exemplo na área da saúde, como veremos de seguida.

¹ Os “estudos sobre o futuro” incluem as atividades de *Foresight* (de tradição anglo-saxónica) e de *La Prospective* (oriunda da chamada escola francesa, desenvolvida, entre outros, por Gaston Berger, Bertrand de Jouvenel e, mais recentemente, por Michel Godet).

Governança Clínica nas Tecnologias da Saúde e Práticas Baseadas na Evidência

Na atualidade, é inegável que as questões relacionadas com a qualidade, a eficiência e a eficácia ocupam um lugar central nos discursos científicos e políticos no campo da prestação de cuidados de saúde, em geral, e nos diferentes domínios das tecnologias da saúde, em particular. Apesar de se tratar de um facto cada vez mais “interiorizado” na ação dos profissionais de saúde, trata-se paradoxalmente de um fenómeno alimentado pelas dinâmicas gestionárias das hierarquias ou administrações das organizações de serviços de saúde que, nas últimas décadas, à luz dos discursos do managerialismo/Nova Gestão Pública (NGP), têm invadido de forma seletiva as linhas de orientação das práticas dos mesmos profissionais de saúde. Na verdade, segundo Carvalho (2006), em Portugal, tais ações managerialistas nos hospitais do setor público, apoiadas numa lógica de gestão racional dos valores e normas do setor privado para promover alterações e/ou reformas estruturais na organização do trabalho, têm procurado efetivar em primeira e em última instância, institucionalizar certas mudanças, ajustamentos, adaptações, regulações e mecanismos de controlo capazes de dinamizar novas orientações culturalistas e comportamentais dos profissionais de saúde, em prol da qualidade, da eficiência e da eficácia dos serviços prestados ao cliente/consumidor/utente.

A par desta realidade, assistimos igualmente nas últimas duas décadas a uma crescente evolução tecnológica na área da saúde, dando origem a uma “medicina tecnológica” à qual se exige cada vez mais a sedimentação de conhecimentos orientados para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, particularmente no que diz respeito à elaboração e atualização de normas de qualidade dos serviços. De relevar que a tecnologia na saúde é entendida, no sentido lato, como o conjunto de conhecimentos, especialmente científicos, aplicados a um determinado ramo de atividade desempenha um papel fundamental na prática da medicina (Silva et al., 2008). Na verdade, segundo a *International Network of Agencies for Health Technology Assessment*, “as tecnologias de saúde devem ser entendidas de uma forma lata como intervenções, técnicas, medicamentos, equipamentos, procedimentos e sistemas organizacionais aplicadas na prestação de cuidados de saúde” (Goodman, 2004 cf. Silva et al., 2008: 43). Apela-se assim, a par das renovações gestionárias das estruturas e processos organizacionais, o uso responsável das tecnologias da saúde, dando origem a novos discursos e orienta-

ções racionalistas nas práticas profissionais, ditas como uma nova ordem de governança clínica e da prática baseada na evidência.

De salientar que a ideia de governança clínica nas tecnologias da saúde e o uso das práticas baseadas na evidência (PBE) vieram colocar uma ótica diferente e diferenciada no âmbito da standardização dos processos de qualidade e da avaliação da prestação de serviços de saúde (Silva *et al.*, 2008).

Face ao aumento exponencial de técnicas radiológicas, a sua elevada complexidade tecnológica e o alargamento da sua área de intervenção profissional, introduzindo na complexidade da prática clínica quotidiana, novas orientações gestionárias e manageralistas da chamada governança clínica das práticas baseadas na evidência, torna-se evidente e necessário compreender o seu alcance no campo dos desafios que, a curto e médio prazo, se colocam aos técnicos de radiologia (TRad) no seu quotidiano de trabalho e no desenvolvimento da sua profissão.

Diversos autores salientam que a introdução da PBE-Rad na prática radiológica diária, não pode ser determinada apenas por instruções e orientações normativas *top-down*. É preciso dotar os futuros radiologistas de um perfil de competências, como a metodologia de investigação, a PBE-Rad e a Avaliação das Tecnologias da Saúde em radiologia. De notar ainda, a ênfase dada à ideia do domínio do saber-poder, que subjaz na adoção da PBE-Rad, que se encontra bem plasmada na seguinte argumentação: “Os radiologistas europeus precisam abraçar a PBE-Rad. A nossa especialidade será, muito beneficiada com resultados visíveis na melhoria da prática clínica, da qual vai resultar uma abordagem mais rigorosa, em todos os aspetos do nosso trabalho” (Sardanelli *et al.*, 2010: 15).

Em síntese, na perspetiva descrita acima, o sistema da práxis da PBE-Rad surge como algo fundamental para renovar a inteligibilidade do saber-poder da realidade organizacional dos serviços de radiologia. Os autores privilegiam o saber-poder, enquanto dimensão essencial do processo de interação entre os atores sociais. É caso para admitir, seguindo a esteira de Crozier e Friedberg (1992 cf. Silva 2004), que não há ação sem poder, o ator sem poder não existe. O poder que pode ser gerado pela via da PBE-Rad constitui uma relação de construção da governança clínica, nas organizações de serviços de radiologia.

Na verdade, para Gonnet (1992 cf. Silva 2004), a complexidade da organização hospitalar aumenta permanentemente, sendo confrontada com uma evolução muito rápida e permanente, que provoca desordem das técnicas, das profissões, das mentalidades, das identidades e das relações. Assim sendo, num sistema de ação concreto como o que é um serviço de saúde hospitalar, é possível denotar uma certa troca desigual, *quicá* negociada de capacidades para a ação através da qual cada membro tenta controlar as zonas de incerteza, simultaneamente restringir os outros membros do campo organizacional, a fim de satisfazer expectativas, dominar os recursos informacionais e evitar ser constrangido pelos outros (Silva, 2004). Parafraseando Silva (2004), mais do que uma promoção da regulação de controlo (*top down*) dos processos de qualidade, se impõe a sedimentação duma regulação autónoma e culturalista.

Neste contexto de complexidade e de mudança permanente que modela o funcionamento das organizações de serviços de saúde, é de admitir uma dificuldade acrescida na gestão da qualidade apenas com a experiência, ou tomar certas decisões normativas apenas com o bom senso ou ainda desencadear ações de mudança com base em modelos meramente burocráticos (*top down*), sem ouvir, ou ter em atenção, o envolvimento e a participação direta dos atores.

É pelas razões expostas que avançámos para um estudo prospetivo, realizado entre 2008 e 2012, para procurar respostas à seguinte questão: Quais são os determinantes organizacionais, as estratégias dos principais atores e os “futuros possíveis”, num horizonte de curto prazo de 5 anos, para a reorganização do sistema das práticas dos TRad nas Unidades de TC dos Serviços de Radiologia hospitalares do setor público da Região de Saúde do Algarve?

No presente *paper* apresentamos apenas resultados do diagnóstico e da análise estrutural realizada para a decodificação prospetiva das tendências das dinâmicas organizacionais que interferem com a praxiologia quotidiana de trabalho dos TRad das unidades hospitalares públicas da Região Algarve.

Opções metodológicas

Investigar e/ou intervir com análise prospetiva remete-nos necessariamente para o domínio das relações atores-organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Quando abordamos estas e outras organizações, não podemos dissociar os papéis que os atores assumem no desempenho das suas funções e na prossecução dos objetivos definidos da qualidade enquanto missão da própria organização. Estamos convictos que ao abordar a questão dos ‘futuros possíveis’ estamos, de facto, a permitir antecipar a ação e ao divulgarmos o diagnóstico efetuado é possível precipitar a sua ocorrência ou até, eventualmente, evitar cenários indesejáveis.

Em termos metodológicos, seguimos as orientações de Godet (2003; s/d.) sobre a abordagem prospetiva pela via do método dos cenários.

O rigor metodológico passa, desde logo, por uma adequada delimitação do sistema. Esta delimitação, “não é mais do que um diagnóstico orientado, que permite encontrar um conjunto de variáveis quantitativas e qualitativas que o caracterizam o mais exaustivamente possível. Inicialmente há, portanto, que definir claramente qual a grande questão que tem por base a reflexão, ou seja quais os contornos da problemática a analisar ou do sistema a estudar” (Perestrelo, 2000:3).

Como técnicas privilegiadas de recolha de informação, adotámos o questionário e a entrevista. No total foram recolhidos 42 questionários válidos (a todos os técnicos de radiologia dos hospitais públicos da Região Algarve) e aplicadas 5 entrevistas livres a atores específicos do sistema externo.

A investigação realizada centrou-se na análise estrutural, na estratégia de atores e na hierarquização de cenários, e foi realizada mediante a utilização dos programas informáticos MACTOR, MICMAC e MORPHOL.

Não sendo possível, por questões de espaço, apresentar todos os resultados da investigação, apresentamos, em seguida, apenas os resultados referentes à complexidade dos sistemas de ação e regulação da qualidade e as tendências da PBE-Rad, interpretando essencialmente a informação extraída da aplicação MICMAC.

Este método, tal como dissemos, oferece a possibilidade de descrever um sistema com o auxílio de uma matriz de influência, relaciona todos os elementos (variáveis) constituintes desse sistema. As variáveis mais importante do sistema são determinadas pela sua posição no plano motricidade/dependência sendo escolhidas normalmente as variáveis “relais” (ligação), consideradas instáveis e as variáveis que sejam muito influenciadoras de outras e sofram pouca influência. O método operacionaliza-se mediante

três fases: recenseamento das variáveis; descrição das relações com as variáveis; e identificação das variáveis-chave.

Principais resultados

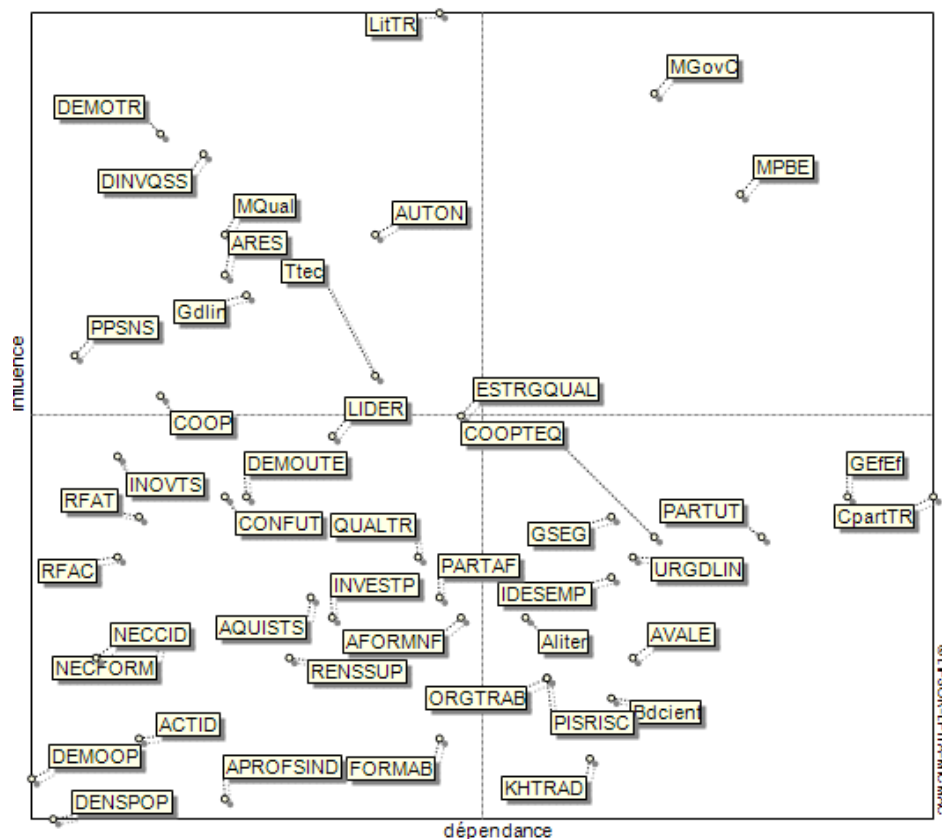
Tomando para a presente comunicação a apresentação dos resultados da análise estrutural, iniciamos com a apresentação dos resultados referentes à análise das influências diretas do sistema.

Utilizando a Matriz de Influências Diretas (MID) previamente concebida, onde estão presentes as relações de Influências Diretas entre as variáveis que definem o sistema, o *software* MICMAC fornece-nos num Plano das Influências/Dependências Diretas, as relações de Influências Diretas entre as variáveis que definem o sistema (Cf. Figura 2).

Do tratamento de dados, verificamos que existe um conjunto de sete variáveis que influenciam muito a dinâmica do sistema, sendo, no entanto, pouco condicionadas por ele. São elas, por ordem decrescente de influência as seguintes:

Código da variável	DESIGNAÇÃO DA VARIÁVEL
LITTR	Literacia dos Técnicos de Radiologia em PBE aplicada à Qualidade
DEMOTR	Estrutura demográfica dos Técnicos de Radiologia
DINVQSS	Dimensão do investimento na qualidade no setor da Saúde
AUTON	Maturidade na autonomia profissional dos Técnicos de Radiologia
MQUAL	Modelo de Qualidade na Unidade de Radiologia
ARES	Grau de aplicação dos resultados das investigações nas práticas em TC
GDLIN	Maturidade dos <i>guidelines</i> em TC

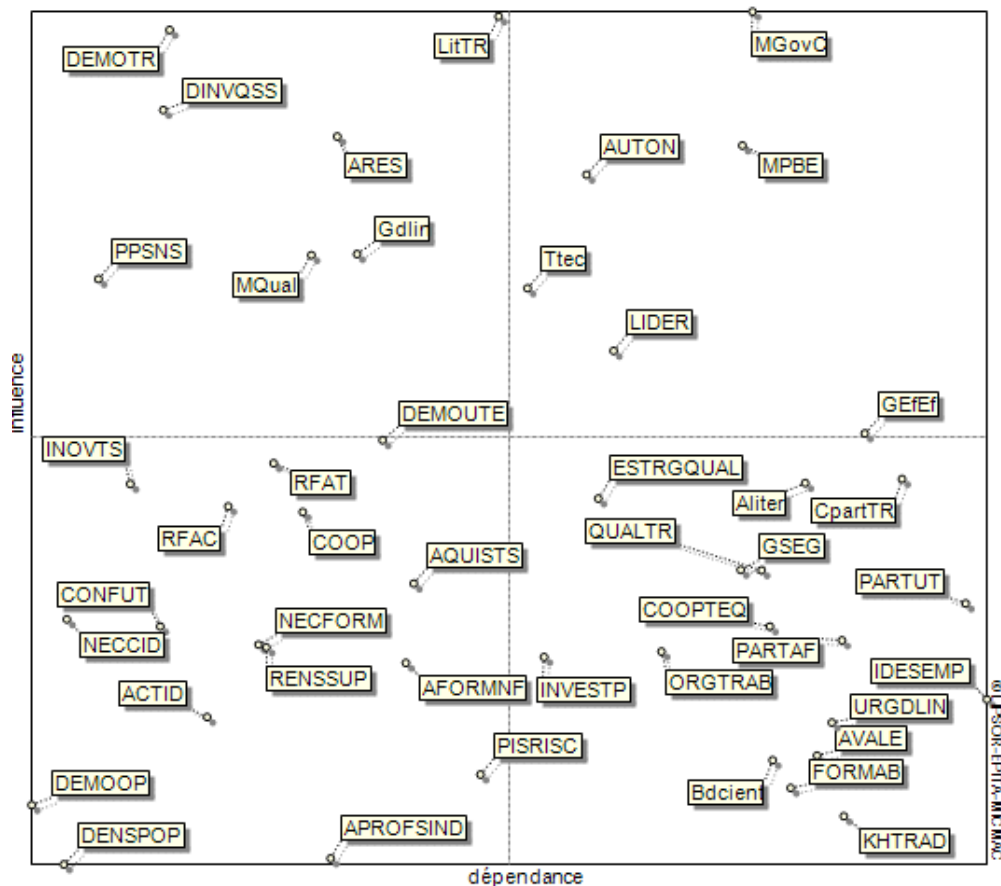
Figura 2: Plano das Influências / Dependências Diretas das variáveis do Sistema



Com respeito às influências / dependências indiretas, identificamos seis variáveis motorizas, sendo que quadro delas dispõem-se em posições de grande influência, conforme o seguinte:

Código da variável	DESIGNAÇÃO DA VARIÁVEL
LITTR	Literacia dos Técnicos de Radiologia em PBE aplicada à Qualidade
DEMOTR	Estrutura demográfica dos Técnicos de Radiologia
DINVQSS	Dimensão do investimento na qualidade no setor da Saúde
ARES	Grau de aplicação dos resultados das investigações nas práticas em TC
GDLIN	Maturidade dos <i>guidelines</i> em TC
MQUAL	Modelo de Qualidade na Unidade de Radiologia
PPSNS	Políticas públicas da qualidade no Sistema Nacional de Saúde

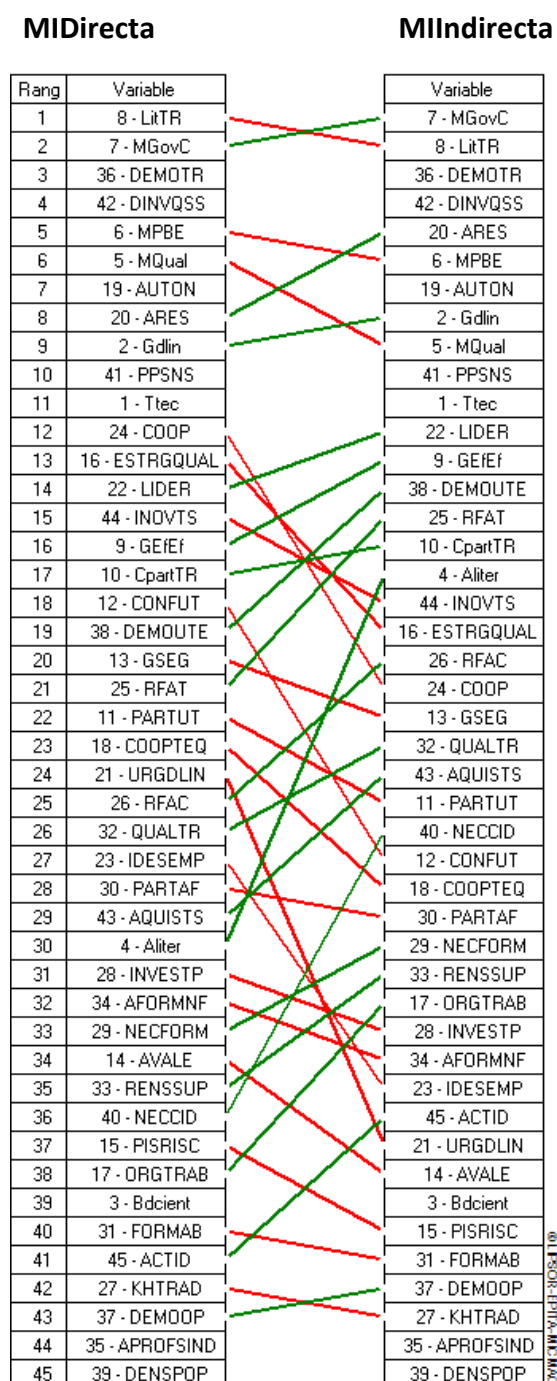
Figura 3: Plano das Influências / Dependências Indiretas das variáveis do Sistema



Comparando as variáveis de influência direta e indireta, verificamos então que as duas primeiras variáveis trocam de posição nas matrizes de influência direta e indireta. Constatamos ainda que nos dez primeiros lugares houve três descidas e outras tantas subidas, sendo que, a maior subida foi da variável n.º 20 (ARES, Grau de aplicação dos resultados das investigações nas práticas em TC) de 8.º para 5.º lugar e a maior descida da variável n.º 5 (MQUAL, Modelo de Qualidade na Unidade de Radiologia) de 6º para 9º lugar. É a partir desses resultados que decorre a aplicação da PBE-Rad, introduzindo claras repercussões no desenvolvimento profissional e autonomia dos TRad. De resto constatamos ainda nesta figura, que 19 variáveis descem de posição e 18 sobem. Este movimento das variáveis entre a MID e MII, para além das já abordadas, ocorre a partir da 12.ª posição.

Ainda assim, devemos aqui registar que a maior subida se verificou na variável n.º 4 (ALITER, Maturidade dos meios de acesso à literatura atualizada e guidelines em Radiologia) da 30.ª para a 17.ª posição. Esta alteração, quando conjugada com a da vari-

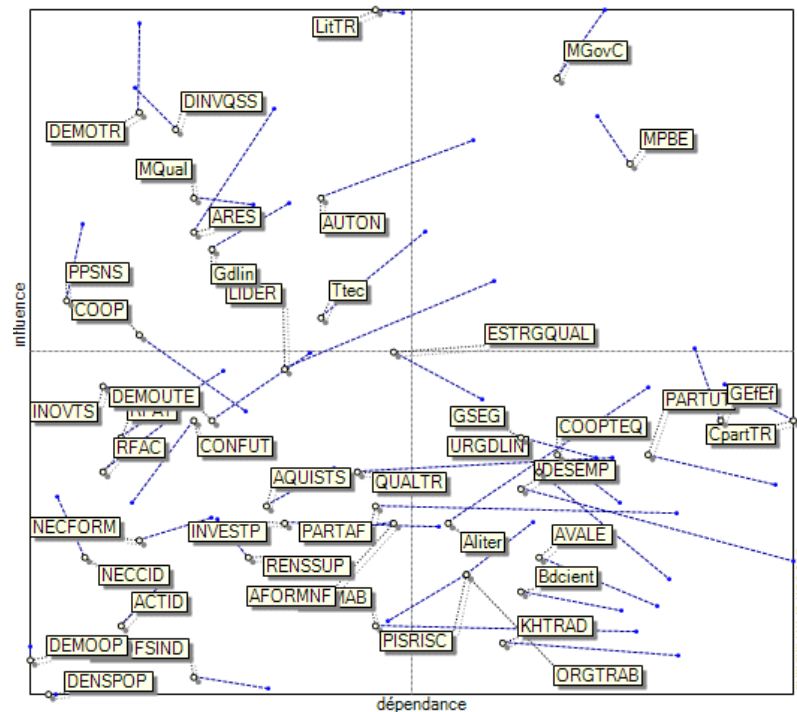
ável n.º 20, torna-se bastante esclarecedora e até reveladora, da maturidade dos TRad na utilização da PBE-Rad na sua prática clínica. No sentido inverso, enquanto maior descida, registámos a alteração de posicionamento da variável n.º 21 (URGDLIN, Uso rigoroso dos guidelines em TC) da 24.ª para a 37.ª posição. De alguma forma, esta análise, retira alguma importância ao papel das *Guidelines* na prática clínica dos TRad. Neste momento, estamos certos de que a comparação entre os dois tipos de classificação revelou alterações no posicionamento das variáveis. Neste caso em concreto, estamos convictos de que esta constatação foi mesmo muito importante.

Figura 4: Posicionamento das variáveis segundo a sua influência

Observando a figura 5, verificamos existir um deslocamento direcional das variáveis nos quadrantes 1 e 2, sobretudo, no sentido do aumento da sua influência no sistema. Verifica-se também nestes dois quadrantes o aumento, generalizado da dependência, existindo apenas duas exceções. De acordo com as duas últimas análises e enquadramento nos autores de referência nesta temática, afigurasse-nos como importante o reposicionamento das variáveis n.º 22 (LIDER, Liderança das chefias que valoriza a PBE em to-

dos os níveis), n.º 1 (TTEC, Tipologia da tecnologia em TC nos Hospitais) e n.º19 (AUTON, Maturidade na autonomia profissional dos Técnicos de Radiologia) no quadrante das variáveis de ligação. Desta forma, estas variáveis podem assumir “uma posição de charneira” (Caldas e Perestrelo, 2008) neste sistema. Apesar da variável n.º 22 ainda ficar contida nas variáveis pelotão, a sua alteração parece-nos significativa, sobretudo quando conjugada com a observação direta efetuada. Já o abandono da variável n.º 1 da categoria variável pelotão revela, a determinação e influência que a tecnologia pode assumir o desencadear neste processo.

Figura 5: Plano de deslocamentos das variáveis do sistema-classificação direta/indireta



Sem qualquer reserva, corroborado pelos presentes dados, podemos agora afirmar que os fatores associados à liderança, quando conjugados com o tipo de tecnologia existente e com a autonomia profissional, serão fatores que podem efetivamente influenciar e determinar a dinâmica deste sistema. No entanto, será sensato da nossa parte, em virtude da categoria da variável n.º 1 (variáveis pelotão), reforçar a questões relacionadas com a liderança e a autonomia profissional. A liderança, no fundo, é também uma forma de autonomia profissional, centrada num (ou mais) líder, que desem-

penha funções mais diferenciadas, regulamentadas pela sua carreira profissional. Esta é também uma forma de crescimento e emancipação profissional.

Para melhor compreensão do sistema e de todas as influências, determinantes e constrangimentos a que estão sujeitos, sistematizámos o resultado da informação obtida no quadro 1. Salientamos, até com alguma surpresa, que os recursos financeiros e o desenvolvimento de competências não se revelam como influentes para os desafios do sistema interno. Já no que diz respeito aos desafios do sistema externo, validamos reduzida influência verificada nos fatores socioeducativos e profissionais. Salientamos como fatores motrizes a importância atribuída às políticas e modelos de qualidade, bem como, à capacidade e competência dos TRad, para a investigação e utilização dos seus resultados. Parecendo um paradoxo, salientamos o facto aparentemente contraditório, entre a pouca influência dos recursos financeiros e o investimento na qualidade no setor da Saúde. De facto, no estado de desenvolvimento que a saúde e suas políticas se encontram em Portugal, o investimento por ora necessário, não será necessariamente de cariz financeiro.

Quadro 1: Sistematização das variáveis-chave do sistema e as influências mais significativas

Tipo de Variável	Variável-chave	Variáveis mais influentes
Desafios do Sistema Interno	Tecnológicas e Científicas em TC	<ul style="list-style-type: none"> • Literacia dos Técnicos de Radiologia em PBE aplicada à Qualidade • Maturidade dos guidelines em TC • Tipologia da tecnologia em TC instalada nos Hospitais
	Cultura da Qualidade e Desenvolvimento da PBE	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Governança Clínica na Unidade de Radiologia • Modelo de PBE em TC • Modelo de Qualidade na Unidade de Radiologia • Atitude face à garantia da eficácia e eficiência na realização dos exames TC
	Dinâmicas Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de aplicação dos resultados das investigações nas práticas em TC • Maturidade na autonomia profissional dos Técnicos de Radiologia
	Recursos Financeiros	[sem influência significativa]
	Desenvolvimento das Competências	[sem influência significativa]

Desafios do Sistema Externo	Sócio-Educativas e Profissionais	[sem influência significativa]
	Sócio-demográficas	<ul style="list-style-type: none"> Estrutura demográfica dos Técnicos de Radiologia
	Setor da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Dimensão do investimento na qualidade no setor da Saúde Políticas públicas da qualidade no Sistema Nacional de Saúde
	Tecnológicas e I&D	[sem influência significativa]
Motriz do sistema	(variável motriz)	<ul style="list-style-type: none"> Literacia dos Técnicos de Radiologia em PBE aplicada à Qualidade Estrutura demográfica dos Técnicos de Radiologia Dimensão do investimento na qualidade no setor da Saúde Grau de aplicação dos resultados das investigações nas práticas em TC Maturidade dos guidelines em TC Modelo de Qualidade na Unidade de Radiologia Políticas públicas da qualidade no Sistema Nacional de Saúde

Considerações Finais

Os estudos prospetivos são hoje uma poderosa ferramenta na área do planeamento e assumem maior pertinência em tempos incertos, balizados pela complexidade e por inúmeros constrangimentos (mas também oportunidades) associados à globalização e à(s) crise(s) que afetam o sistema-mundo.

Embora encerre limites e insuficiências de natureza teórica e metodológica (Saragoça, 2011), a prospetiva também revela potencialidades que favorecem o seu uso no conhecimento científico, ao iluminar as escolhas e as ações a concretizar como necessárias ao funcionamento de sociedades em acelerada mudança técnica, económica e sociocultural e caracterizadas pela complexidade, pela interdependência e pela necessidade de uma eficiente gestão de riscos.

No domínio da Saúde, como noutros, além de informar as políticas, através dos diagnósticos que realiza, a prospetiva pode potenciar a construção de redes de atores envolvidos na «modelação do futuro» na área da inovação social e, ainda, contribuir para desenvolver capacidades dos atores de uma organização e uma “cultura prospetiva”,

reforçando o *empowerment* coletivo. Neste sentido, a apropriação de conhecimentos sobre métodos, técnicas e formas de operacionalização da prospectiva por parte dos atores que operam do setor da saúde podem ser uma mais-valia diferenciadora e potenciadora de um planeamento estratégico mais informado, participado e partilhado das organizações deste setor chave do desenvolvimento.

Neste texto pretendemos mostrar como, através do diagnóstico do sistema e da análise estrutural realizadas no quadro da operacionalização do método dos cenários de Godet, pode reduzir-se a complexidade de um dado sistema de ação concreto na área da Saúde.

Com recurso ao método MICMAC, procedemos, inicialmente, à evidenciação e hierarquização de variáveis do sistema em estudo. Verificámos que, das dez variáveis mais importantes neste sistema, sete respeitam ao sistema interno.

Graças às potencialidades do método, separámos os efeitos diretos dos indiretos do sistema e evidenciámos que esta classificação diferencial pode ser contraditória. Neste caso concreto, embora o quadro seguinte se reporte às influências indiretas, verificámos que, embora com outra hierarquia, as variáveis são rigorosamente as mesmas que integram o conjunto das dez mais influentes na Matriz de Impacto Direto (MID).

Quadro 2: Síntese das variáveis mais influentes e das mais dependentes do sistema

Mais influentes			Mais Dependentes		
1	MGOVC	Modelo de Governança Clínica na Unidade de Radiologia	1	IDESEMP	Indicadores de desempenho dos serviços prestados em TC
2	LITTR	Literacia dos Técnicos de Radiologia em PBE aplicada à Qualidade	2	PARTUT	Atitude participativa dos utentes/doentes
3	DEMOTR	Estrutura demográfica dos Técnicos de Radiologia	3	CPARTTR	Cultura participativa dos Técnicos de Radiologia nos processos de tomada de decisão
4	DINVQSS	Dimensão do investimento na qualidade no setor da Saúde	4	GEFEF	Atitude face à garantia da eficácia e eficiência na realização dos exames TC
5	ARES	Grau de aplicação dos resultados das investigações nas práticas em TC	5	KHTRAD	Know-how dos Técnicos de Radiologia em TC

6	MPBE	Modelo de PBE em TC	6	PARTAF	Participação nas ações de formação contínua
7	AUTON	Maturidade na autonomia profissional dos Técnicos de Radiologia	7	URGDLIN	Utilização rigorosa dos guidelines em TC
8	GDLIN	Maturidade dos guidelines em TC	8	AVALE	Maturidade do sistema de avaliação dos erros e incidentes adversos
9	MQUAL	Modelo de Qualidade na Unidade de Radiologia	9	ALITER	Maturidade dos meios de acesso à literatura atualizada e guidelines em Radiologia
10	PPSNS	Políticas públicas da qualidade no Sistema Nacional de Saúde	10	FORMAB	Contratação de Técnicos de Radiologia com formação de base em PBE

Apurámos também, que oito das variáveis são variáveis motrizes (sombreado azul) e as outras duas (sombreado lilás) de ligação. Salientámos, ainda, o facto de a variável mais importante neste sistema ser de ligação. Esta variável, terá certamente um papel extremamente relevante nas determinantes organizacionais na qualidade em tecnologias da saúde, no caso particular dos serviços de radiologia do setor público da região de saúde do Algarve.

A análise dos “efeitos globais proporcionaria uma definição inequívoca acerca do papel e do posicionamento relativo das variáveis no sistema” (Caldas e Perestrelo, 1998: 13), ou seja, da análise da relação de dependência/influência entre as variáveis, permitiu-nos apreciar *ex-ante* o contexto da regulação da qualidade, em geral, e dos pressupostos da “prática baseada na evidência”, em particular.

Desta forma, na sequência da análise empreendida, podemos afirmar que “o sistema de qualidade e governança clínica das PBE é fortemente determinado por variáveis relativas à gestão da qualidade em TC e à participação dos Técnicos de Radiologia nas práticas baseadas na evidência”.

Com base nestas conclusões do diagnóstico do sistema e da análise estrutural empreendida com recurso ao método MICMAC, poderíamos agora, com maior conhecimento do funcionamento do sistema, evoluir para a análise estratégica de atores do sistema e, em sequência, cumprir com as restantes etapas do método dos cenários.

Referências Bibliográficas

- Abrams, H., e Hessel, S. (1987). Health Technology Assessment: Problems and Challenges. *American Journal of Roentgenology*, 149, 1127-1132.
- Almeida, R. P., Silva, C. A., Ribeiro, L. P., Abrantes, A. F., José, H., Ribeiro, A. (2010). “Qualidade em Radiologia: Análise da percepção da Qualidade e Satisfação em dois Serviços de Radiologia Distintos, segundo os utentes da Consulta Externa”. *Ata Radiológica Portuguesa*, XXII (88), 23-31.
- Alvarenga, A., e Carvalho, P., (2007a). *Escola Francesa de Prospectiva no Contexto dos Futures Studies – Da “Comissão do Ano 2000” às Ferramentas de Michel Godet*. Lisboa: Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - Departamento de Prospetiva e Planeamento.
- Augustine, K., McCoubrie, P., Wilkinson, J. R., e McKnight, L. (2010). Workplace-based assessment in radiology-where to now? *Clinical radiology*, 65(4), 325-32. The Royal College of Radiologists. doi:10.1016/j.crad.2009.12.004
- Bensing, J. (2000). Bridging the Gap: the Separate World of Evidence-based Medicine and Patient-centered Medicine. In *Patient Education and Counseling*, 39, 17–25.
- Bethlem, A. (2002). *Estratégia empresarial: conceitos, processo e administração estratégica*. São Paulo: Atlas.
- Carvalho, D. E. D. (2009). Arranging variables scenarios with the application of the analysis and structure models (AEM). *Future Studies Research Journal: Trends and Strategy*, 1(1), 2-27.
- Carvalho, M. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no setor da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas.
- Carvalho, M. T., e Santiago, R. A. (2008). (Re)formas da burocracia: A Nova Gestão Pública e a organização hospitalar. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas: VI Congresso Português de Sociologia nº Série: 179.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1088-1095.

- Casper, M. J., e Morrison, D. R. (2010). Medical Sociology and Technology: Critical Engagements. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), S120-S132. doi:10.1177/0022146510383493
- Castel, P. (2009). What's Behind a Guideline? Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Setor. *Social Studies of Science*, 39(5), 743-764. doi:10.1177/0306312709104435
- Castel, P., e Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du Travail*, 44, 337-355.
- Crozier, M. (1985). Les logiques du changement dans les grands organizations. *Gestions Hospitalières*, 248, 576-577
- Domingues, I., (2003). Gestão de qualidade nas organizações industriais: Procedimentos, práticas e paradoxos. Oeiras: Celta Editora
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press
- Donabedian, A. (2002). An introduction to quality assurance in health care. New York : Oxford University Press.
- Glasziou, P., Mar, C. D., e Salisbury, J. (2003). Evidence-based Medicine Workbook: Finding and applying the best research evidence to improve patient care. General Practice. London: BMJ Books.
- Godet, M. (s.d.). A “Caixa de Ferramentas” da Prospetiva Estratégica. Cadernos SEDES. Lisboa: Centro de Estudos de Prospetiva e Estratégia.
- Godet, M. (1993). Manual de Prospetiva Estratégica. Da Antecipação à Ação. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Grumbach, R.J. (1997). *Prospetiva – Ciência do Futuro: a chave para o planejamento estratégico*. Rio de Janeiro: Catau.
- Hoe, John W. M. (2007). Service Delivery and Service Quality in Radiology. *Journal of the American College of Radiology*, 4(9), 643-651.
- Keenan, M., Miles, I., e Koi-Ova, J., 2003, *Handbook of Knowledge Society Foresight*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.

Nunes, R. et al. (eds.) (2002). *Guia Prático de Prospetiva Regional em Portugal*. Luxemburgo: Comissão Europeia.

[http://www.agoramoura.com/bd_forum/bd_docs/cgrf_portugal_pt.pdf], (Site accessed 29 September 2013).

Perestrelo, M., e Caldas, J. (1996). Estratégia de atores: prospetiva e avaliação. *Sociologia - Problemas e Práticas*, (22), 81-94.

Perestrelo, M., e Caldas, J. M. (2000). Instrumentos de Análise para o Método dos Cenários: II - Estratégia dos Atores. Lisboa: DINÂMIA: Centro de Estudos sobre a Mudança Socioeconómica.

Ribeiro, J. (org.) (1997). *Prospetiva e Cenários - Uma Breve Introdução Metodológica*, [http://www.dpp.pt/pages/files/serie_prospetiva_1.pdf], (Site accessed 23 March 2008).

Saragoça, J. (2011). *Governo Electrónico Local: Diagnóstico Sociológico, Estratégias de Actores e Futuros Possíveis para o Distrito de Évora, Portugal*. [Tese de Doutoramento em Sociologia]. Évora: Universidade de Évora.

Silva, C. (2004). *Reencontro com o mundo organizacional: uma abordagem sociológica*. Universidade de Évora. Évora

Silva, C. et al. (2008). Dilemas da Avaliação das Tecnologias da Saúde. *Economia e Sociologia*, 86, 43-57.



4. Gestão da Doença: Uma Abordagem Internacional e Nacional

4. Gestão da Doença: Uma Abordagem Internacional e Nacional

Ana Escoval – *Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa*

Vanessa Nicolau – *Direção Geral de Saúde*

Introdução

A doença crónica definida como de longa duração e com progressiva evolução, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enquadra quatro tipos principais de doenças: cardiovasculares, oncológicas, respiratórias crónicas e metabólicas (diabetes) (WHO, 2005). Apesar da etiologia diferenciada, este grupo de doenças partilham uma base comum: (a) principais fatores de risco e determinantes de saúde; (b) consequências sobre dimensões como a qualidade de vida e atividades de vida diária; (c) interdependência e coocorrência e, (d) a condição de uma intervenção de longo-prazo e sistemática para a gestão da doença, com um envolvimento tripartido entre o indivíduo, profissionais de saúde e a comunidade (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, 2010).

Em 2008, a doença crónica foi responsável pela morte de cerca de 36 milhões de pessoas em todo o mundo, representando 63% da mortalidade, com 26% dessas mortes a ocorrer em indivíduos com menos de 70 anos, nos países de elevado rendimento e, a OMS estima que sejam responsáveis pelo crescimento da mortalidade global para 69% até 2030 (Yach, Hawkes, Gould, & Hofman, 2004) (Habib & Saha, 2010) (WHO, 2011). As doenças crónicas são ainda referidas como a principal causa dos anos de vida saudáveis potencialmente perdidos em todo o mundo (aproximadamente 48%). Na região europeia, a doença crónica é apontada como a principal causa de morte e morbilidade, com a doença cardiovascular a assumir o protagonismo enquanto causa individual (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, 2010).

Este fenómeno de crescimento encontra-se significativamente associado ao processo de envelhecimento da população, e as projeções apontam para um crescimento da proporção de indivíduos que vivem na região europeia com mais de 65 anos de 15% em 2000, para 23,5% em 2030, assim como ao incremento de um conjunto de comportamentos que compreendem os principais fatores de risco da doença crónica: hipertensão, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, colesterol elevado, baixo consumo de

fruta e vegetais, estilo de vida sedentário e, obesidade (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, 2010). Com a hipertensão e o consumo de tabaco a evidenciarem um maior contributo para a mortalidade (17,6% e 18,5%, respetivamente) e anos de vida saudáveis potencialmente perdidos (9,3% e 12,7%) nos países de rendimento mais elevado (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, 2010).

Reconhecer o impacto da doença crónica na perspetiva de anos de vida saudáveis potencialmente perdidos reforça o racional de uma expressão significativa da doença crónica na população ativa. A OMS apontava em 2005 para a possibilidade de uma estratégia de intervenção concertada poder evitar aproximadamente 36 milhões de mortes prematuras até 2015, das quais 17 milhões seriam na população com menos de 70 anos (WHO, 2005).

No contexto nacional, os dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005-2006 apontavam uma prevalência da doença crónica a atingir 52,3% da população, com 26,5% dos indivíduos a referirem que têm duas ou mais doenças crónicas (INSA & INE, 2009). As doenças crónicas referidas como mais prevalentes na população em 2005 eram a hipertensão (19,5%), a dor reumática (14,6%), e a dor crónica (16,0%), que afetavam mais o género feminino (58,4% vs. 49,9%), e mais de metade (53,8%) dos indivíduos que referiram ter cinco doenças crónicas concentravam-se na faixa etária dos 65 ou mais anos.

A evidência mais atual aponta para dados de prevalência preocupantes no contexto nacional: 12,9% de prevalência da diabetes na população nacional entre os 20 e os 79 anos, da qual 5,6 por cento é não diagnosticada, e que se estima que represente 8-9 por cento da despesa em saúde em 2012 (Gardete Correia et al., 2013); 10 por cento de prevalência da asma na população portuguesa, e 14,2 por cento de prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica nos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, sendo as doenças crónicas das vias aéreas apontadas como responsáveis por 2,9 por cento dos óbitos na população portuguesa, superior à média da união europeia (2,7%) (Araújo, 2013).

A OCED em 2012 referia que 15,4 por cento da população portuguesa adulta é obesa e, de acordo com dados do HSBC (2010) de 2009/2010, na população adolescente (11 anos), Portugal apresenta uma das mais altas prevalências de excesso de peso e obesidade (32%), apenas superada pela Grécia (33%) (Matos et al., 2011) (OPSS, 2014). Da-

dos do Observatório Nacional da Actividade Física e do Desporto (ONAFD) (2007-2009) apontam para valores de 50 por cento de excesso de peso e obesidade nos adultos, valor inferior à média europeia (52%) estimada pela OMS (2013), e que esse valor pode atingir os 75 por cento nos idosos em Portugal.

O peso crescente da doença crónica na população e nos sistemas de saúde, com impacto na complexidade das necessidades em saúde, impõe o desenvolvimento de respostas estruturadas e coordenadas envolvendo domínios como o do conhecimento científico, técnico de saúde e social, público e, governação política. Uma estratégia de ação concertada exige um exercício de definição partilhada de objetivos globais e prioridades. Uma iniciativa de saúde global, emergiu em 2007, envolvendo a comunidade científica, tecnológica e política – *Grand Challenges in Chronic non-communicable diseases* – de 50 países para consensualizarem os grandes desafios na doença crónica (Daar et al., 2007).

O exercício permitiu uma definição hierarquizada de vinte grandes desafios, que apontam intervenções de natureza política, como reformas ao nível da formação e curricula dos profissionais de saúde, e reestruturação dos sistemas de saúde, que seriam ponderados em função de prioridades locais identificadas em cada país, e que deveriam orientar a aplicação de fundos para a investigação (Daar et al., 2007).

Enquadramento: Abordagem Conceptual

O impacto da alteração do padrão epidemiológico da doença crónica assume significância para os sistemas de saúde e sociedade, representando um peso considerável para as economias nacionais, com custos estimados na ordem dos 7 por cento do valor do produto interno bruto (PIB) (Nolte et al., 2012). Os custos sociais da doença crónica compreendem custos diretos com cuidados de saúde – utilização de cuidados, medicação - e custos indiretos – como decréscimos de produtividade.

Responder aos desafios da doença crónica de forma efetiva impõe o recurso a modelos de organização de cuidados e prestação que assentam em princípios de colaboração e cooperação entre profissionais de saúde e serviços segundo uma perspetiva de longo prazo, e que refletem o indivíduo como figura central e co-produtor no processo de cuidado e na optimização dos resultados em saúde alcançados (Nolte et al., 2012).

Reconhecer estes desafios tem reforçado a necessidade de promover estratégias de intervenção que respondem às necessidades da população com doença crónica, mas também que investem na sua prevenção reduzindo a exposição a fatores de risco. É neste contexto que emerge a gestão da doença enquanto resposta estruturada de ação orientada por princípios de qualidade dos cuidados, melhoria de resultados em saúde e redução de custos de cuidados de saúde (Nolte et al., 2012).

A literatura disponível evidencia a variabilidade conceptual atribuída à designação de gestão da doença, e que sustenta a amplitude de definições possíveis de identificar. Esta variabilidade enquadra desde abordagens dirigidas por programas para doenças crónicas específicas, com objetivos de redução de custos e melhoria de resultados em saúde, a abordagens de base populacional assentes em mecanismos sistemáticos de identificação e estratificação do risco, intervenção, avaliação de resultados, e melhoria contínua da qualidade (Nolte et al., 2012).

A OMS apresenta uma definição de gestão da doença crónica generalista e abrangente “ongoing management of conditions over a period of years or decades” (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, 2010).

Outras definições são apresentadas por diferentes autores: “Disease management refers to a patient-centered approach of coordinated multiple healthcare interventions that aim to structure chronic care to a specific patient group.” (de Bruin, Baan, & Struijs, 2011) “Disease management consists of a group of coherent interventions designed to prevent or manage one or more chronic conditions using a systematic, multidisciplinary approach and potentially employing multiple treatment modalities. The goal of disease management is to identify persons at risk for one or more chronic conditions, to promote self-management by patients and to address the illnesses or conditions with maximum clinical outcome, effectiveness and efficiency regardless of treatment setting(s) or typical reimbursement patterns.” (Rijken et al., 2012)

Associado à pluralidade de conceitualizações, o conceito de gestão da doença assume no discurso da saúde uma sobreposição com outros conceitos como a integração e coordenação de cuidados, e cuidados centrados no doente. A tendência de evolução para uma definição e abordagem mais compreensiva de gestão da doença tende a dificultar a diferenciação de conceitos. Neste sentido, a integração e coordenação, assim como os cuidados centrados no doente, emergem como domínios de uma estratégia

compreensiva para promover a melhoria dos cuidados de saúde em geral e da gestão da doença em particular (Smith, Allwright, & O'Dowd, 2007) (Smith & Ross, 2007).

A articulação/coordenação e integração, e a centralização dos cuidados no indivíduo, refletem a dupla perspetiva dos cuidados de saúde (oferta e procura) e um paradigma de participação conjunta da equipa de saúde e dos indivíduos e cuidadores informais, ao nível do planeamento, da prestação de cuidados e do acompanhamento do doente crónico, assente na partilha de informação entre os diferentes atores (Smith & Ross, 2007).

Visando desenvolver uma tipologia de integração vários autores têm feito emergir diferentes sistemas de classificação, segundo critérios como o tipo (funcional, organizacional, profissional, e clínica), o alcance (horizontal e vertical), o nível (articulação, coordenação, integração completa), e o processo (normativa e sistémica) (Zapka & Lemon, 2004) (Nolte & Pitchforth, 2014).

Leutz (1999) apresentou uma tipologia que assenta nas necessidades dos utentes, e que reflete uma matriz que evidencia diferentes combinações de esforço de integração e financiamento entre diferentes níveis de cuidados e setores, em função das necessidades da procura. Desta forma, o processo de integração pode assumir configurações estruturais diferentes e complexas, que refletem contextos diferenciados e linhas de desenvolvimento e evolução assumidas por diferentes sistemas de saúde, e a vastidão de possibilidades e recursos disponíveis para definir e manter interligações e articulações, pontos de conexão e ligação entre várias componentes e setores (Leutz, 1999).

Num trabalho recente de avaliação da base de evidência sobre o impacto económico da integração de cuidados e centrado na relação com a doença crónica e necessidades de saúde, este conceito é definido como um objectivo, e enquadrado numa lógica de operacionalização que compreende o conjunto das iniciativas orientadas para a melhoria dos resultados, através da transposição da fragmentação dos cuidados por articulação ou coordenação de serviços e atores na prestação ao longo do *continuum* de cuidados (Nolte & Pitchforth, 2014).

Uma iniciativa de revisão no contexto europeu aponta para uma variabilidade acentuada no que respeita à adoção de diferentes estratégias de gestão da doença crónica e mecanismos de articulação, na busca de coordenar e integrar cuidados e serviços

(Nolte, Knai, & McKee, 2008) (Nolte & McKee, 2008). A variabilidade identificada parece refletir diferenças ao nível dos modelos de organização dos sistemas de saúde, mecanismos de governação, papel e responsabilidades dos profissionais de saúde e, mecanismos de regulação, financiamento e prestação de cuidados, mas convergir num ponto comum: a procura de melhores resultados em saúde para a população com doença crónica com base numa tendência de evolução para uma continuidade dos cuidados, contrariando a estrutura fragmentária de partida (Hofmarcher, Oxley, & Rusticelli, 2007).

Gestão da Doença: modelos

A par da proliferação de definições de doença crónica é consensual a mensagem de que esta exige uma capacidade de resposta complexa numa perspectiva de longo prazo e que implica uma coordenação de cuidados entre diferentes grupos profissionais, o acesso a diferentes especialidades médicas, o recurso a sistemas de monitorização e a sua integração num sistema de saúde que promova a capacitação do cidadão (Nolte et al., 2008) (Nolte & McKee, 2008).

Na sequência da crescente pressão para proporcionar uma resposta mais efetiva às necessidades da população com doença crónica, diferentes atores – institucionais, governamentais, grupos profissionais – têm feito emergir soluções inovadoras procurando definir novos modelos de prestação e organização que assegurem uma melhor coordenação dos serviços ao longo do *continuum* dos cuidados (WHO, 2005) (Nolte & McKee, 2008).

O desenvolvimento de modelos centrados na pessoa, enquanto abordagens da prestação de cuidados e serviços de saúde que enfatizam o apoio à manutenção de uma maior independência de cada indivíduo e de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, através da aposta e reforço de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e gestão da doença crónica, surgem assim neste contexto de reforma.

A introdução e desenvolvimento de modelos de gestão da doença refletem a alteração do binómio médico-doente, com o reconhecimento aos indivíduos com doença crónica do seu conhecimento especializado sobre a sua condição clínica, e do seu papel como agentes primários no seu processo de gestão diária, com impacte nos resultados em

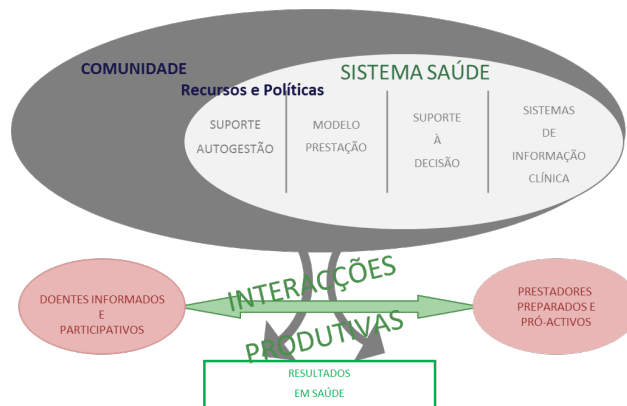
saúde obtidos (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002) (Coulter & Ellins, 2007) (Lawn & Schoo, 2010).

Diferentes atores têm protagonizado o desenvolvimento de abordagens mais compreensivas e sistêmicas com base de evidência empírica e que procuram guiar cuidados mais efetivos na doença crônica, explicitando o envolvimento de diferentes setores. Um dos modelos mais influente, enquanto processo de enquadramento para abordagens de gestão da doença crônica, é o Modelo dos Cuidados Crônicos (MCC – Chronic Care Model) (*cf.* Figura 1) (Wagner, Austin, & Von Korff, 1996) (Wagner, Davis, Schaefer, Von Korff, & Austin, 1999) (Wagner et al., 2001).

Este tem sido utilizado enquanto estrutura de enquadramento para reconfiguração ou reorganização de serviços, em diferentes domínios da prestação de cuidados nos Estados Unidos e, internacionalmente enquanto suporte à definição de políticas e programas de cuidados na doença crônica em países como: Inglaterra, Austrália, Canadá, Alemanha (Nolte, Knai & McKee, 2008)(Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009).

O MCC assenta na assunção de que ganhos ao nível da qualidade da prestação de cuidados exige uma abordagem compreensiva multi-sistémica assente na articulação de três elementos: indivíduo, profissionais de saúde e modelo de organização; e comunidade. A sua matriz evidencia seis componentes principais que interagem na implementação de cuidados de elevada qualidade na doença crônica: suporte à autogestão, organização do sistema de prestação, suporte à decisão e sistemas de informação clínica, que se contextualizam num sistema de saúde articulado com um conjunto de recursos complementares da comunidade e políticas de saúde. Por componente, o modelo identifica estratégias baseadas num processo de revisão da evidência que promovem a melhoria das interações, potenciando os doentes ao nível da informação e do seu papel ativo na gestão da doença crônica e, dos profissionais de saúde ao nível dos recursos e conhecimento técnico (Wagner, 1998). A sua aplicação é transversal às diferentes doenças crônicas, contextos e grupos da população, e a sua utilização como modelo na implementação da mudança recebe suficiente evidência no que respeita à obtenção de melhorias ao nível da qualidade dos cuidados, resultados em saúde e utilização e consumo de recursos, quer como abordagem compreensiva, quer por componentes (Nuño, Coleman, Bengoa, & Sauto, 2012).

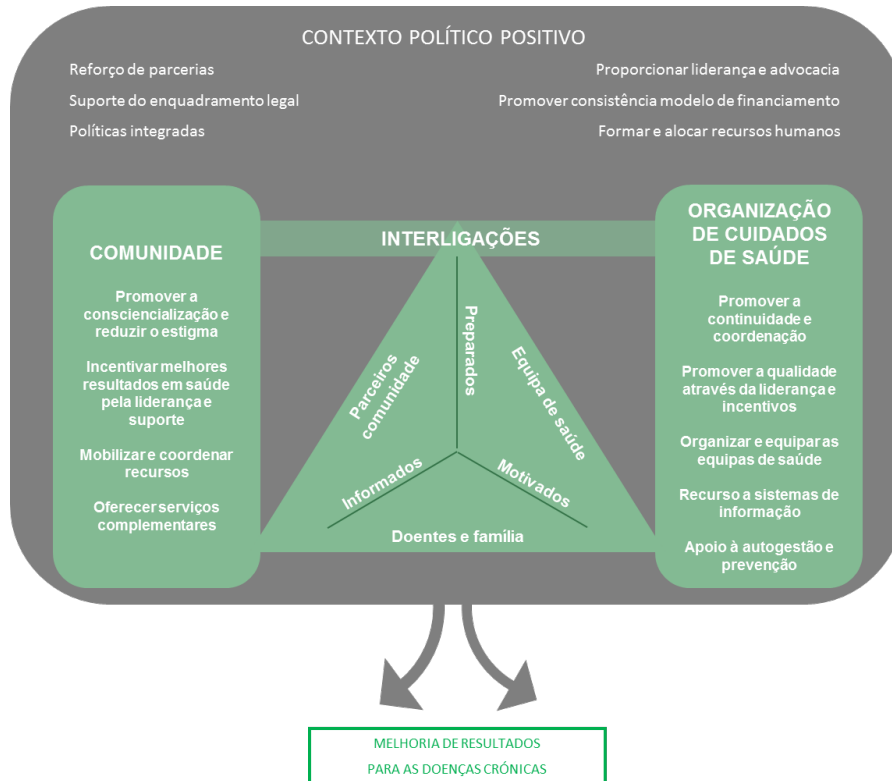
Figura 1. Modelo dos Cuidados Crônicos



Fonte: Adaptado de Wagner et al. (1996)

E, enquanto paradigma para uma abordagem compreensiva da doença crónica tem constituído a base para a adaptação ou desenvolvimento de outros modelos, como o Modelo de Cuidados Inovadores (cf. Figura 2) da Organização Mundial de Saúde (OMS). O modelo adaptado compreende um conjunto de componentes enquadradas por três níveis de intervenção: (a) micro – indivíduo e tríade de interação, (b) meso – organização de saúde e comunidade, e (c) macro – políticas, e designadas sobre um modelo processual “*building blocks*”, que promove o redesenho e reorientação do sistema de saúde, e a implementação de iniciativas para responder às necessidades de continuidade na gestão da doença crónica (WHO, 2002) (Nuño et al., 2012). De acordo com esta matriz, a OMS evidencia o papel dos indivíduos e dos atores que com eles interagem, no seu contexto de proximidade, e reconhece-lhes a capacidade privilegiada para a gestão efetiva da sua doença crónica, com suporte da equipa de saúde e recursos da comunidade (WHO, 2002) (Nuño et al., 2012).

Figura 2. Modelo de Inovação de cuidados para a doença crónica (OMS)



Fonte: Adaptado de WHO (2002)

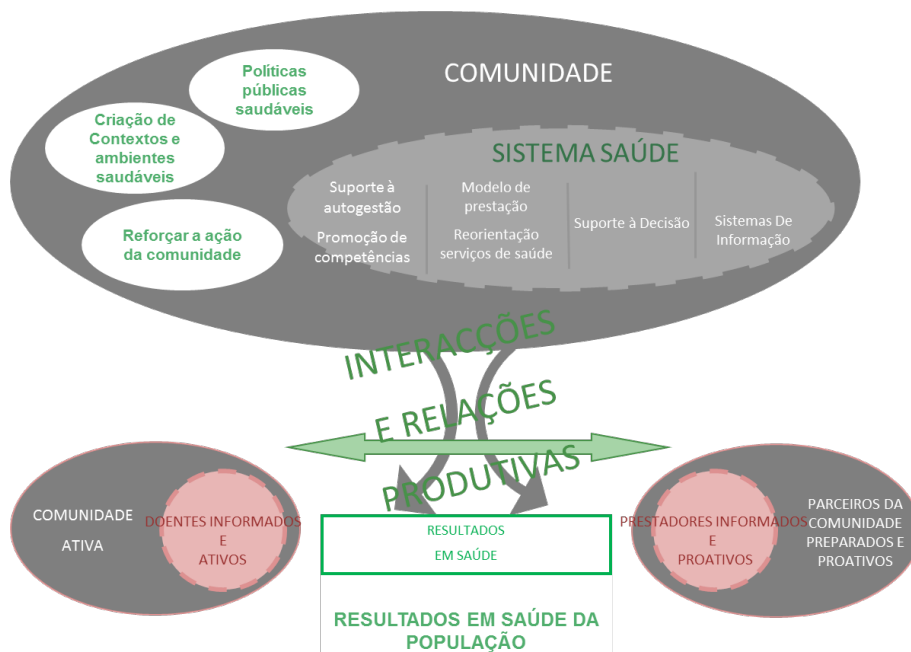
Assente no racional de evolução para uma abordagem pela promoção da saúde, sustentada nos ganhos de efetividade e redução dos custos associados, a concetualização de um modelo de resposta para a doença crónica tem conduzido à expansão e aprofundamento da componente que enquadra a comunidade e os seus recursos, assim como a componente das políticas públicas de saúde (Barr et al., 2003).

Integrar princípios de promoção da saúde e promover o enfoque nos determinantes da saúde concretiza um modelo orientado para a melhoria da qualidade dos cuidados e serviços, transversal a equipas de saúde e níveis de cuidados. Esta tendência marca uma abertura para a implementação e integração de um fluxo de ideias, recursos, e indivíduos entre o sistema de saúde e a comunidade, e concetualiza uma descentralização do sistema de saúde para a implementação de estratégias de intervenção nas principais componentes dos cuidados na doença crónica (Barr et al., 2003) (Plumb, Weinstein, Brawer, & Scott, 2012).

Países como o Canadá identificaram uma necessidade de adaptar o MCC, com enfoque nos sistemas sobre uma orientação clínica, para facilitar a sua aplicação ao nível da

prevenção e promoção da saúde. As autoridades de saúde em Vancouver contribuíram para concetualizar uma expansão do MCC designada por “Expanded Chronic Care Model”, para compreender componentes e domínios da promoção da saúde como os determinantes sociais e um reforço do envolvimento ativo da comunidade (cf. Figura 3) (Barr et al., 2003).

Figura 3. Extensão do Modelo dos Cuidados Crónicos: promoção da saúde.



Fonte: Adaptado (Barr et al., 2003)

Esta linha de desenvolvimento caminha para uma abordagem socio-ecológica, que transforma a relação do indivíduo com a sua equipa de saúde, promove uma estratégia de intervenção de base populacional, e integra instrumentos e princípios para um envolvimento efetivo da comunidade. O desenho estratégico de intervenções deve refletir-se na comunidade e ser orientado para as suas necessidades, para a promoção da sua capacitação, e possibilitar aos cidadãos a assunção de um sentido crescente de controlo sobre a complexidade de fatores que condicionam a sua saúde (Barr et al., 2003).

A promoção de uma participação ativa e envolvimento do indivíduo e da comunidade na prevenção e gestão da doença crónica, assenta em princípios sobre a sua autono-

mia e autodeterminação, de conhecimento e informação, e de cidadania (entendimento da saúde como um bem público) (Greenhalgh, 2009).

O caso da Kaiser Permanente

A Kaiser Permanente (KP), instituição fundada em 1945 nos EUA, assume uma abordagem de elevada qualidade e eficiência na oferta de cuidados de saúde que beneficia de um investimento em três pilares críticos: organização, financiamento e prestação, que alinham capitação e incentivos, integração de serviços ao longo da cadeia de prestação, equipas multidisciplinares, sistema de informação enquanto principal suporte do processo de melhoria da qualidade, e enfoque nos cuidados de saúde primários e gestão proativa da doença assente num modelo de estratificação do risco dos indivíduos. Como instituição de prestação integrada de cuidados, a Kaiser Permanente promoveu o desenvolvimento de uma estratégia de gestão da doença de base populacional assente na aplicação do MCC. A liderança e envolvimento da equipa clínica é identificada como fator crítico de sucesso para a integração das mudanças no processo de cuidados (Wallace, 2005).

A relevância do modelo da KP enquanto evidência para sustentar decisões ao nível político e do planeamento de cuidados no contexto europeu atinge debate. Vários autores procuraram comparar os custos e o desempenho do mesmo com sistemas como o serviço nacional de saúde inglês, e o sistema de saúde dinamarquês (Feachem, 2002) (Ham, York, Sutch, & Shaw, 2003) (Schiøtz et al., 2011).

Feacham (2002) apresenta resultados que conferem uma vantagem ao modelo da KP sobre o serviço nacional de saúde inglês, ao nível do desempenho com dados de custo *per capita* similares, particularmente ao nível do acesso a consultas de especialidade, diagnóstico e tratamento, e tempos de espera hospitalares, fundamentados sobre uma melhor integração transversal ao sistema, gestão eficiente dos recursos hospitalares, benefício do fator competição ao nível do setor, e maior investimento afeto ao domínio da informação e tecnologia. Schiøtz et al. (2011) identificou ao nível da coordenação dos cuidados na doença crónica uma vantagem comparativa que favorece a KP, assim como taxas de hospitalização evitáveis, readmissões associadas à doença crónica, e tempos de internamento por hospitalização, que sugerem uma oportunidade

potencial de melhoria significativamente superior para o sistema de saúde dinamarquês face à KP.

Apesar de alguma inconsistência ao nível da evidência existe uma perspetiva consensual que fundamenta um conjunto de lições sobre o modelo KP que podem beneficiar os processos de reforma e mudança ao nível dos sistemas de saúde europeus: um acréscimo do investimento no setor da saúde não constitui condição suficiente para a asunção de benefícios globais em saúde da população europeia, condições críticas são alterações ao nível da organização e gestão dos serviços, assim como das prioridades no balanço entre cuidados primários e especializados (Schiøtz et al., 2011) (Strandberg-Larsen, 2011). Acresce ainda o enfoque nas doenças crónicas e a sua gestão efetiva, a ênfase direcionada para a autogestão, o papel dos cuidados intermédios, e a liderança das equipas clínicas no desenvolvimento e suporte de um novo modelo de cuidados (Ham et al., 2003).

Evidência

Ao nível dos diferentes países, e segundo uma perspetiva mais macro ou micro, reformas e iniciativas de intervenção têm sido implementadas no domínio da gestão da doença crónica, ainda que com uma variabilidade significativa ao nível do seu conteúdo, contexto e população-alvo (Nolte et al., 2012). Esta variabilidade resulta numa confluência de abordagens orientadas para a unidade de prestação, para o sistema de saúde, ou para a articulação do setor da saúde com outros setores de intervenção (Nolte & McKee, 2008) (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, 2010).

A evidência disponível sobre intervenções estruturadas de gestão da doença assenta sobre a incerteza e frágil sustentabilidade da globalidade dos estudos disponíveis (Nolte et al., 2012). O conhecimento atual constitui, na sua grande maioria, o resultado de estudos de dimensão local ou reduzida, com enfoque em populações de complexidade e risco elevado, e em contextos de natureza académica (Conklin & Nolte, 2011) (Nolte et al., 2012) (Knai et al., 2013).

Na Europa as políticas de gestão da doença implementadas, na sua generalidade, abordam doenças específicas por oposição aos determinantes da doença, e evidenci-

am dificuldades no processo de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados (Nolte et al., 2008) (Singh, 2008) (Busse et al., 2010) (Rijken et al., 2012).

Estudos de revisão sobre a efetividade do MCC reforçam alguns pontos como o reconhecimento de que a implementação de uma ou mais componentes do modelo melhoram resultados clínicos e o processo de cuidados, apesar deste ser apresentado como uma intervenção compreensiva, e de que a evidência deste impacto assume maior significância para doenças crônicas como a diabetes, insuficiência cardíaca, asma e depressão (Tsai, Morton, Mangione, & Keeler, 2005) (Coleman et al., 2009) (Nuño et al., 2012). O efeito sobre a qualidade de vida apresenta resultados inconsistentes na literatura, com exceção para os estudos no domínio da depressão e da insuficiência cardíaca (Tsai et al., 2005) (Coleman et al., 2009).

Os resultados de uma meta-análise evidenciam quatro dos elementos do MCC (desenho do modelo de prestação, suporte à autogestão, suporte à decisão, e sistema de informação clínica) associados a melhores resultados em saúde ou de processo, e a ausência de um elemento específico enquanto condição necessária para um impacto positivo nos resultados.

A limitação de estudos na amostra, sobre componentes como os recursos da comunidade não permitiram uma avaliação da efetividade relativa dos mesmos, assim como pode explicar a falta de evidência sobre o impacto significativo nos resultados dos vários elementos (Tsai et al., 2005). Dos cento e doze estudos em análise, oitenta envolviam uma intervenção ao nível do suporte à autogestão e 60 o desenho do modelo de prestação, apenas oito compreendiam 4 elementos do MCC, e a maioria das intervenções ocorriam em ambulatório (Tsai et al., 2005).

A grande maioria dos estudos observacionais e projetos de natureza qualitativa identificados num processo de revisão apontam para um efeito combinado das componentes de intervenção superior ao seu impacto isolado, e uma variabilidade inter-estudos no que respeita às componentes isoladas com maior efetividade sobre os resultados, apesar de o redesenho do modelo de prestação e o suporte à autogestão se destacarem como intervenções significativas (Coleman et al., 2009) (Nuño et al., 2012).

A heterogeneidade encontrada na literatura sobre programas de intervenção na doença crónica reflete-se na evidência disponível sobre intervenções compreensivas para indivíduos em que coocorrem várias doenças crónicas, com expressão ao nível do gru-

po alvo, contextos de implementação, número de intervenções, e número de componentes do MCC integradas, e com impacto na sustentabilidade das conclusões sobre a sua efetividade (Bruin et al., 2012).

Dos vinte e oito programas selecionados foi identificado um impacto benéfico consistente sobre recursos de internamento e custos de saúde, comportamento em saúde dos doentes, qualidade dos cuidados percebida, e satisfação dos doentes e cuidadores; inconsistente para qualidade de vida (dimensão mental), consumo de medicamentos, utilização de recursos de ambulatório e custos de saúde; e ausência de evidência sobre a função cognitiva, sintomatologia depressiva, estado funcional, mortalidade, qualidade de vida (dimensão física) e peso sobre os cuidadores informais (Bruin et al., 2012).

Um estudo realizado sobre a experiência de seis países europeus identificou três desafios transversais no domínio da avaliação de intervenções na doença crónica: (a) a ausência de uma cultura de avaliação com implicações sobre uma reduzida capacidade ao nível de recursos para a sua realização, (b) a resistência ao nível da figura do pagador, assim como do prestador para a assunção de um compromisso com o processo de avaliação, e (c) os desafios operacionais no que respeita aos dados e heterogeneidade das infraestruturas de informação e tecnologia (Knai et al., 2013). As conclusões evidenciam um conjunto de estratégias para ultrapassar as barreiras cultural, política, e estrutural, como a introdução de incentivos por desempenho, o alinhamento de incentivos financeiros com os objetivos dos programas, a participação coletiva no desenho do modelo de avaliação, e assegurar a consistência entre a produção de dados, a acessibilidade, e a política de proteção dos mesmos (Knai et al., 2013).

Apesar de uma evidência definida como escassa e inconclusiva, Singh (2008) apresenta um conjunto de fatores significativos para o sucesso das intervenções em gestão da doença crónica: um processo de liderança forte ao nível nacional, regional e organizacional; um processo robusto de recolha de dados e partilha de informação entre os diferentes atores; a prestação de cuidados baseados nas necessidades e assente num processo de estratificação do risco, um enfoque nos fatores críticos de risco; a adoção de estratégias de suporte à autogestão e capacitação dos indivíduos com doença crónica, e o envolvimento compreensivo dos diferentes actores - indivíduos, comunidade, prestadores, indústria e serviços públicos.

Avaliação

“Evaluation involves making a judgement as to how successful (or otherwise) a project has been, with success commonly being measured as the extent to which the project has met its original objectives. Both the “process” (activities) and “outcomes” (what is produced, for example in terms of changes in the health of those targeted by the project) can be monitored and evaluated.” (WHO, 2015).

O conhecimento sobre dimensões como: (a) que estratégias e programas funcionam (efetividade), (b) em que contextos, e (c) que retorno do investimento em saúde (eficiência) é esperado, deve constituir uma componente privilegiada do processo de decisão em saúde. A avaliação enquadra um racional em processos como a tomada de decisão política e clínica, melhoria contínua da qualidade, *benchmarking* e, investigação. A avaliação no domínio da gestão da doença pode enquadrar diferentes perspetivas e abordagens com ênfase em domínios como: (a) impacte económico, (b) custos, (c) qualidade, (d) satisfação e resultados clínicos (Nolte et al., 2012).

A limitação da qualidade da evidência disponível assenta numa lacuna ao nível da existência de uma matriz de avaliação transversal e reconhecida para estratégias de intervenção de gestão da doença, assim como do desenvolvimento de estudos complexos que permitam a atribuição causal de efeito face aos resultados observados (Nolte et al., 2012; Conklin, Nolte, & Vrijhoef, 2013).

O Projecto DISMEVAL - Developing and validating disease management evaluation methods for European healthcare systems - representa uma iniciativa de colaboração europeia com representação do Reino Unido, Áustria, Dinamarca, Alemanha, França, Holanda, Espanha, e o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de novos métodos de investigação e de uma base de evidência que sustente o processo de tomada de decisão ao nível das políticas de saúde sobre a gestão da doença crónica, e possibilite o desenho de intervenções efetivas, eficientes, e equitativas (Nolte et al., 2012; Conklin et al., 2013).

A operacionalização do objetivo seguiu uma linha de desenvolvimento com três fases, com publicação subsequente sobre a forma de relatórios:

- (1) Revisão das abordagens atuais para implementação e avaliação de programas de gestão da doença crónica;

- (2) Ensaio e validação de métodos e métricas para a avaliação da gestão da doença;
- (3) Desenvolvimento e recomendações para métodos e métricas na avaliação da gestão da doença crónica.

No processo de desenvolvimento, o grupo identifica duas componentes principais na avaliação: (a) indicadores de desempenho, que apreendam e meçam o impacto de uma intervenção, e (b) estratégia de atribuição de resultados, que garanta a causalidade dos resultados observados às variáveis em estudo e não ao acaso ou fatores de enviesamento (Nolte et al., 2012).

No âmbito das recomendações o relatório do consórcio aponta como fundamental garantir uma definição clara do sucesso da intervenção (efetividade), que implica um quadro que sustente uma linha causal entre a intervenção e o resultado esperado e medido. Assim como quais são os objetivos da intervenção que determinam o desenho do estudo de avaliação: recrutamento e inclusão dos participantes, período temporal e momentos de recolha de dados, fontes de dados, e tipo de estudo selecionado (experimental, quasi-experimental, observacional) (Nolte et al., 2012).

Considerando a complexidade e variabilidade de intervenções de gestão da doença crónica, o recurso a uma metodologia mista de investigação, que combina métodos qualitativos e quantitativos, tem reunido interesse do ponto de vista da investigação. Também a adoção de uma abordagem designada por “Realistic Evaluation” constitui uma tendência apontada, e representa uma abordagem dirigida para um conhecimento sobre o que funciona, para quem, e em que circunstâncias específicas, e que reflete um equilíbrio na ênfase sobre a validade externa, generalização e aprendizagem cumulativa (Nolte et al., 2012). No relatório publicado podem ser encontrados exemplos: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1213.html.

Ponderar um equilíbrio entre a relevância de uma intervenção, o valor da evidência possível de recolher, e as considerações éticas e políticas da mesma, constitui um dos grandes desafios na avaliação de intervenções de gestão da doença crónica.

Contexto nacional: Gestão Integrada da Doença

Portugal viu emergir entre 2007 e 2008 um modelo experimental (Gestão Integrada da Doença – GID) que orientava uma reestruturação da prestação de cuidados, do modelo de pagamento, e acompanhamento de doentes com patologia crónica, assente numa estratégia de ação concertada de diferentes atores, recursos, e componentes: gestão clínica, financiamento, sistema de informação e organização de cuidados (Escoval et al., 2010; Coelho, Diniz, Hartz, & Dussault, 2014).

O percurso de desenvolvimento do modelo envolveu uma estratégia de parceria entre a Direção Geral de Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde, e o suporte científico da Escola Nacional de Saúde Pública, e iniciou a sua ação de intervenção na insuficiência renal crónica, com continuidade na obesidade de nível 3 e esclerose múltipla, e uma perspetiva de continuidade ao nível da hipertensão pulmonar arterial (Coelho et al., 2014).

O modelo GID reconhecia o papel crítico de três domínios de ação e agentes: o da autogestão pelo indivíduo, o da prestação e mediação nas decisões de saúde pela equipa de saúde, e o da gestão estratégica da saúde a nível populacional pelos decisores e gestores do sistema (Escoval et al., 2010; Coelho et al., 2014).

Na sua componente de financiamento, a ambição concretizou uma alteração no modelo de pagamento por ato com a introdução do conceito de preço compreensivo por doente e por semana, que assegurasse o acesso de cada indivíduo a um conjunto integrado de cuidados e serviços específicos.

Este processo de mudança no modelo de pagamento compreendia ainda a definição de parâmetros de resultados e controlo de qualidade dos serviços prestados, possibilitando a criação de uma relação direta entre pagamento e cumprimento de objetivos terapêuticos e qualidade, e assegurada pela introdução de mecanismos de informação, auditoria, monitorização, e avaliação (Escoval et al., 2010; Coelho et al., 2014).

Figura 4. Representação do modelo concetual de gestão integrada da doença.



Fonte: Escoval, A., et al. (2010)

Modelo de Avaliação (QISAUDE)

Uma linha de investigação promovida pela entidade INODES – Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública, com apoio financeiro da Direção Geral da Saúde, tem promovido um percurso de parcerias no contexto nacional para o desenvolvimento de um modelo analítico de avaliação de experiências inovadoras na área da prestação de cuidados de saúde (QISAUDE) em geral, e da gestão integrada da doença em particular.

O processo de investigação tem como objectivo refletir e contribuir para o percurso evolutivo do modelo de gestão integrada da doença no contexto nacional, promovendo a identificação das boas práticas para a sua implementação, e apoiando uma cultura de melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados à doença crónica.

O resultado obtido concretiza o desenvolvimento de um instrumento (QISAUDE) de avaliação adaptado e validado no contexto nacional, para esta área de intervenção em cuidados de saúde. Este instrumento constitui uma ferramenta de autoavaliação aplicável em diferentes contextos, níveis de organização de cuidados, numa perspetiva macro, meso e micro, subjacente ao processo de tomada de decisão em saúde. Neste

sentido, descreve e pontua o estado de implementação de 80 intervenções, com uma relevância diferenciada em função do nível de decisão aplicado.

A base para o seu desenvolvimento assentou num processo de colaboração com a equipa que adaptou e validou o instrumento de avaliação para o Sistema Nacional de Saúde Espanhol, designado IEMAC “Instrumento para Avaliação dos Modelos de Gestão da Doença Crónica” (Nuño-Solinís et al., 2013; Sabaté et al., 2014). O IEMAC constitui um instrumento que utiliza uma abordagem sistémica de base populacional, e integra promoção da saúde, prevenção, e coordenação com serviços sociais.

O processo de avaliação e as suas componentes podem funcionar enquanto linha orientadora para os diferentes atores na construção de um modelo de estado da arte dos cuidados na doença crónica. Assim como, possibilita às organizações de saúde um conhecimento sobre a sua situação presente na implementação desse modelo, e uma avaliação contínua dos seus progressos (Nuño-Solinís et al., 2013). Na matriz conceptual que enquadró o desenvolvimento do instrumento IEMAC encontram-se os princípios do modelo dos cuidados crónicos (MCC), e refletem-se as seis componentes críticas que o mesmo identifica para um processo compreensivo de implementação da mudança no âmbito da gestão da doença (Wagner et al., 1996; Wagner et al., 2001).

O modelo dos cuidados crónicos (MCC) enquadra um conjunto de instrumentos de avaliação que assumem a dupla perspetiva na avaliação dos cuidados para a doença crónica: dos utilizadores (procura) e do sistema de prestação (oferta). O ACIC - *Assessment of Chronic Illness Care* – questionário estruturado de avaliação, reflete a perspetiva do sistema, e incorpora os seis domínios explicitados no MCC, tendo constituído a base para a adaptação operacional do modelo para o contexto do Sistema Nacional de Saúde Espanhol (Bonomi, Wagner, Glasgow, & VonKorff, 2002; Nuño-Solinís et al., 2013).

Referências

- Araújo, A.T. (2013). *Relatório ONRD2013 - prevenir a doença acompanhar e reabilitar o doente*. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and

strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73–82.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775–9.

Bonomi, A. E., Wagner, E. H., Glasgow, R. E., & VonKorff, M. (2002). Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*, 37(3), 791–820.

Coelho, A., Diniz, A., Hartz, Z., & Dussault, G. (2014). Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 69–79.

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (n.d.). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1), 75–85.

Conklin, A., & Nolte, E. (2011). Disease management evaluation. RAND Corporation.

Conklin, A., Nolte, E., & Vrijhoef, H. (2013). Approaches to Chronic Disease Management Evaluation in Use in Europe. Cambridge University Press.

Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 335(7609), 24–7.

Daar, A. S., Singer, P. A., Persad, D. L., Pramming, S. K., Matthews, D. R., Beaglehole, R., ... Bell, J. (2007). Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*, 450(7169), 494–6.

De Bruin, S. R., Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2011). Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11(1), 272.

De Bruin, S. R., Versnel, N., Lemmens, L. C., Molema, C. C. M., Schellevis, F. G., Nijpels, G., & Baan, C. A. (2012). Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 107(2-3), 108–45.

Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J. alexandre, Rodrigues, M., Moreira, F., & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença : uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105–116.

Feachem, R. G. A. (2002). Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente Commentary: Funding is not the only factor

Commentary: Same price, better care Commentary: Competition made them do it. *BMJ*, 324(7330), 135–143.

Gardete Correia, L., Boavida, J. M., Fragoso de Almeida, J. P., Massano Cardoso, S.,
Dores, J., Sequeira Duarte, J., ... Raposo, J. (2013). *Diabetes: Factos e Números 2013 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa.

Greenhalgh, T. (2009). Patient and public involvement in chronic illness: beyond the expert patient. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 338(feb17_1), b49.

Habib, S. H., & Saha, S. (2010). Burden of non-communicable disease: Global overview. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 4(1), 41–47.

Ham, C., York, N., Sutch, S., & Shaw, R. (2003). Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7426), 1257.

Hofmarcher, M. M., Oxley, H., & Rusticelli, E. (2007). *Improved health system performance through better care coordination* (No. 30). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

INSA, & INE. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. (I. P. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge & I. P. Instituto Nacional de Estatística, Eds.). Lisboa.

Knai, C., Nolte, E., Brunn, M., Elissen, A., Conklin, A., Pedersen, J. P., ... Soennichsen, A. (2013). Reported barriers to evaluation in chronic care: experiences in six European countries. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 110(2-3), 220–8.

Lawn, S., & Schoo, A. (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: common approaches. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 205–11.

Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77–110, iv–v.

Matos, M. G. de, Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., ... Diniz, J. A. (2011). *Aventura Social. HBSC – Health behaviour in school-aged children: dados nacionais 2010*. Lisboa: FMH/ Universidade Técnica de Lisboa.

Nolte, E., Conklin, A., Adams, J. L., Brunn, M., Cadier, B., Chevreul, K., ... Vrijhoef, H. (2012). *Evaluating chronic disease management*. RAND Corporation.

Nolte, E., Knai, C., & Mckee, M. (2008). *Managing chronic conditions: Experience in eight countries*. Copenhagen: World Health Organization.

- Nolte, E., & McKee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Copenhagen: World Health Organization.
- Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* Copenhagen: World Health Organization.
- Nuño, R., Coleman, K., Bengoa, R., & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICC Framework. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 105(1), 55–64.
- Nuño-Solinís, R., Fernández-Cano, P., Mira-Solves, J. J., Toro-Polanco, N., Carlos Contel, J., Guilabert Mora, M., & Solas, O. (2013). [Development of an instrument for the assessment of chronic care models]. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 27(2), 128–34.
- Plumb, J., Weinstein, L. C., Brawer, R., & Scott, K. (2012). Community-based partnerships for improving chronic disease management. *Primary Care*, 39(2), 433–47.
- R. Busse, M. Blümel, D. Scheller-Kreinsen, A. Z. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Copenhagen: World Health Organization.
- Rijken, M., Bekkema, N., Boeckxstaens, P., Schellevis, F. G., De Maeseneer, J. M., & Groenewegen, P. P. (2012). Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*.
- Sabaté, M. Q., Ponsa, M. C., Revuelta, E. A., Requejo, S. R., Rebull, F. G., & Peña, E. B. (2014). [Assessment of a chronic care program in Gerona (CRONIGICAT)]. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 46 Suppl 3, 24–32.
- Schiøtz, M., Price, M., Frølich, A., Sjøgaard, J., Kristensen, J. K., Krasnik, A., ... Hsu, J. (2011). Something is amiss in Denmark: a comparison of preventable hospitalisations and readmissions for chronic medical conditions in the Danish Healthcare system and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research*, 11(1), 347.
- Singh, D. (2008). *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers ?* Copenhagen: World Health Organization.
- Smith, E., & Ross, F. M. (2007). Service user involvement and integrated care pathways. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(2-3), 195–214.

- Smith, S. M., Allwright, S., & O'Dowd, T. (2007). Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD004910.
- Strandberg-Larsen, M. (2011). Measuring integrated care. *Danish Medical Bulletin*, 58(2), B4245.
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M., & Keeler, E. B. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *The American Journal of Managed Care*, 11(8), 478–88.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice : ECP*, 1(1), 2–4.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly*, 4(2), 12–25.
- Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., & Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 7(3), 56–66.
- Wagner, E. H., Glasgow, R. E., Davis, C., Bonomi, A. E., Provost, L., McCulloch, D., ... Sixta, C. (2001). Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(2), 63–80.
- Wallace, P. J. (2005). Physician involvement in disease management as part of the CCM. *Health Care Financing Review*, 27(1), 19–31.
- WHO. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2005). *WHO | Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, C. L., & Hofman, K. J. (2004). The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2616–22.
- Zapka, J. G., & Lemon, S. C. (2004). Interventions for patients, providers, and health care organizations. *Cancer*, 101(5 Suppl), 1165–87.



5. Desafios do envelhecimento ao Sistema de Saúde

5. Desafios do envelhecimento ao sistema de saúde

Manuel José Lopes - Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora

Breve Introdução

O envelhecimento populacional é atualmente considerado um facto inexorável na maioria dos países, com particular expressão na Europa, Japão e América do Norte. Tal realidade é, em primeira análise, uma conquista civilizacional sem precedentes. Significa que os países conseguiram criar condições de desenvolvimento que permitiram que as pessoas vivessem mais anos.

Apesar disso, o envelhecimento populacional é também, um fenómeno totalmente novo para o qual não existem estratégias previamente testadas e que, como tal, exige criatividade e inovação de modo a que esta conquista civilizacional se transforme adicionalmente num fator de desenvolvimento das sociedades e simultaneamente resulte em indicadores de saúde e bem estar para as pessoas.

Face ao exposto urge, numa primeira fase, equacionar devidamente o fenómeno do envelhecimento aos seus mais diversos níveis e posteriormente perspetivar os desafios colocados.

Em jeito de diagnóstico

Dimensão demográfica do envelhecimento

Interessa começar por clarificar algumas das mais importantes razões do envelhecimento demográfico. De entre estes destacam-se, por um lado, o aumento da esperança média de vida (quer à nascença, quer aos 65 anos) e por outro, a diminuição continuada das taxas de fertilidade. A estes poderão ainda juntar-se fatores de âmbito mais restrito, como sejam fenómenos migratórios acentuados, os quais alteram drasticamente a relação entre o total de idosos e de jovens e/ou pessoas em idade ativa.

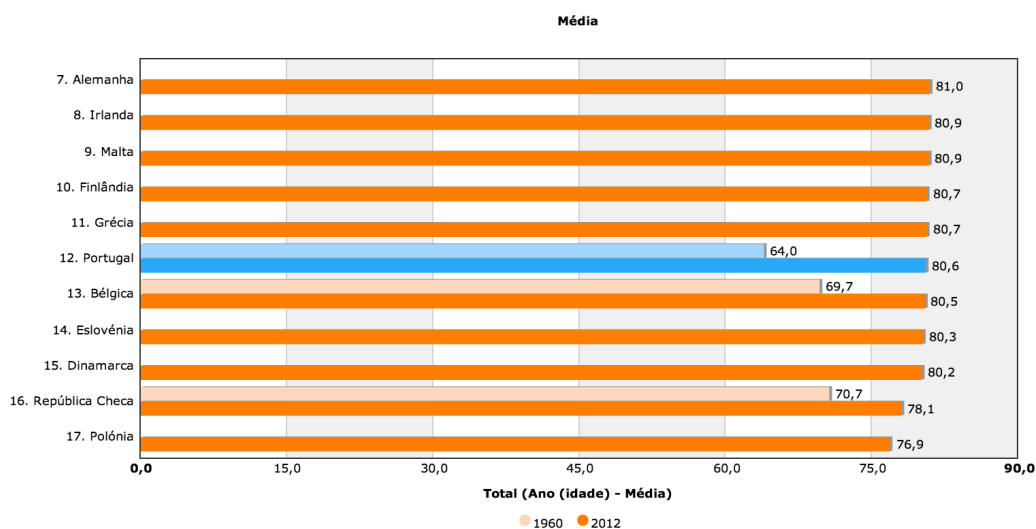
Para o primeiro dos fatores referidos (i.e., aumento da esperança média de vida) contribuíram por sua vez um conjunto de fatores dos quais destacamos a melhoria progressiva das condições de vida das pessoas e o acesso a cuidados de saúde cada vez

mais sistémicos e simultaneamente com estratégias mais eficazes. A melhoria das condições de vida são, por sua vez, o resultado do desenvolvimento económico e social, com repercussão na melhoria das condições de trabalho e de vida nas cidades, nomeadamente através do acesso massificado a água potável e saneamento básico, no rendimento dos trabalhadores e consequentemente na alimentação (quer ao nível da qualidade, quer da quantidade), nas condições de habitação e no consequente acesso à educação e à saúde.

Pela conjugação destes fatores criaram-se condições ao longo do século XX, principalmente na segunda metade, para que um grande número de crianças nascesse e tivesse tais condições de vida que lhes permitiram alcançar uma idade impensável há algumas dezenas de anos atrás.

Assim o indicador Esperança Média de Vida à Nascimento¹ terá sido um dos que sofreu uma mais notável evolução nas últimas décadas. De facto grande parte dos países europeus tinham, na década de 60 do século passado, uma Esperança Média de Vida à Nascimento que, em média, rondava os 70 anos (em Portugal era de 64 anos) (PORDATA, 2015). Desde então a esperança média de vida aumentou cerca de 9 anos a um impressionante ritmo de cerca de 2 meses por ano. Em Portugal o incremento foi ainda maior uma vez que o ponto de partida foi inferior (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Evolução da Esperança de Vida à Nascimento na Europa



Fontes/Entidades: Eurostat a partir de dados de Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA

¹ **Esperança de Vida à Nascimento** - Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência (metainformação – INE).

Assim, atualmente os países europeus estão entre os que têm maior esperança média de vida em todo o mundo, ocupando Portugal uma posição média.

Na Europa como nos restantes países, a esperança média de vida nas mulheres é maior que nos homens, embora essa diferença manifeste alguma tendência para se atenuar, apesar de em Portugal se ter alargado (CE, 2011, 2012).

Todavia e para que se compreenda melhor o fenómeno do envelhecimento, devemos considerar também a Esperança de Vida aos 65 anos¹. Neste caso constata-se que também aqui tem havido um incremento constante e paralelo com o verificado relativamente à esperança média de vida à nascença. Aos 65 anos as mulheres têm uma esperança de vida que é superior a 20 anos em muitos países (Portugal ocupa o 6º lugar com 21,3 anos), enquanto que os homens têm uma esperança de vida de 17,6 anos, ocupando o 12º lugar entre os países europeus.

Por último e nesta sequência, referir ainda um outro indicador que, entendemos, deve ser considerado: Anos de Vida Saudável aos 65 anos². Neste caso são várias as ilações que os dados nos permitem tirar. Primeiro, Portugal apresenta valores inferiores à média europeia posicionando-se em 25º lugar. Ou seja, o número de anos que as pessoas idosas vivem com saúde em Portugal é cerca de 2,5 anos menor que a média europeia e 8,8 anos menor que o país que ocupa o primeiro lugar (i.e., Noruega) (Gráfico 2).

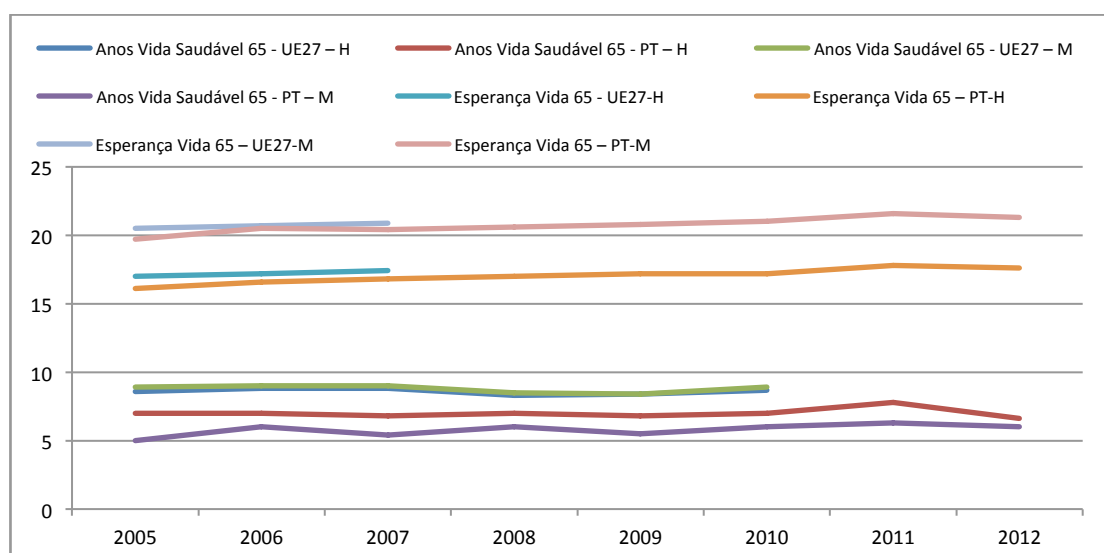
Por outro lado, constata-se ainda que esse valor médio dos países europeus tem alguma estabilidade, enquanto que no caso português se verifica uma aparente tendência decrescente. Por último, apesar de a esperança de vida aos 65 anos ser superior nas mulheres relativamente aos homens, são estes que têm uma maior expectativa de anos de vida saudável após os 65 anos. Ou seja e relativamente aos dados dos anos mais recentes, as mulheres vivem saudáveis 6 dos 21,3 anos que lhes restam, enquanto os homens vivem saudáveis 6,6 dos 17,6 que lhes restam.

¹ **Esperança de Vida aos 65 Anos** - Número médio de anos que uma pessoa com 65 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência.

² **Anos de Vida Saudável** - Número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável. Uma condição saudável é definida pela ausência de limitações funcionais/incapacidade. Por conseguinte, o indicador é também designado como esperança de vida sem incapacidade física. (metainformação – Eurostat).

Não é possível pensar os cuidados de saúde a idosos sem considerar este diferencial entre o esperança de vida aos 65 anos e os anos de vida saudável, mas também não será possível equacionar as questões de financiamento e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde sem idêntica consideração. Em qualquer momento do ciclo de vida é menos onerosa ao Serviço Nacional de Saúde uma pessoa saudável que uma pessoa doente.

Gráfico 2 – Evolução comparativa da Esperança de Vida aos 65 face aos Anos de Vida Saudável aos 65, em Portugal e na Europa (27)



Fonte: PORDATA, 2015

A real expressão do fenómeno do envelhecimento demográfico

Deve começar por clarificar-se que o envelhecimento demográfico não traduz apenas o total de idosos numa determinada população, mas também a relação destes com o total de jovens e com a população em idade ativa. São esses os indicadores que passamos a apresentar.

De acordo com os mais recentes indicadores e considerando o conjunto dos países que integram a UE-27, as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos correspondiam a 17,8 % da população total. Por sua vez as pessoas em idade ativa (15-64 anos) representavam cerca de dois terços (66,6 %) do total e apenas cerca de 15,6 % da população da UE-27 tem uma idade inferior a 15 anos (CE, 2011, 2012).

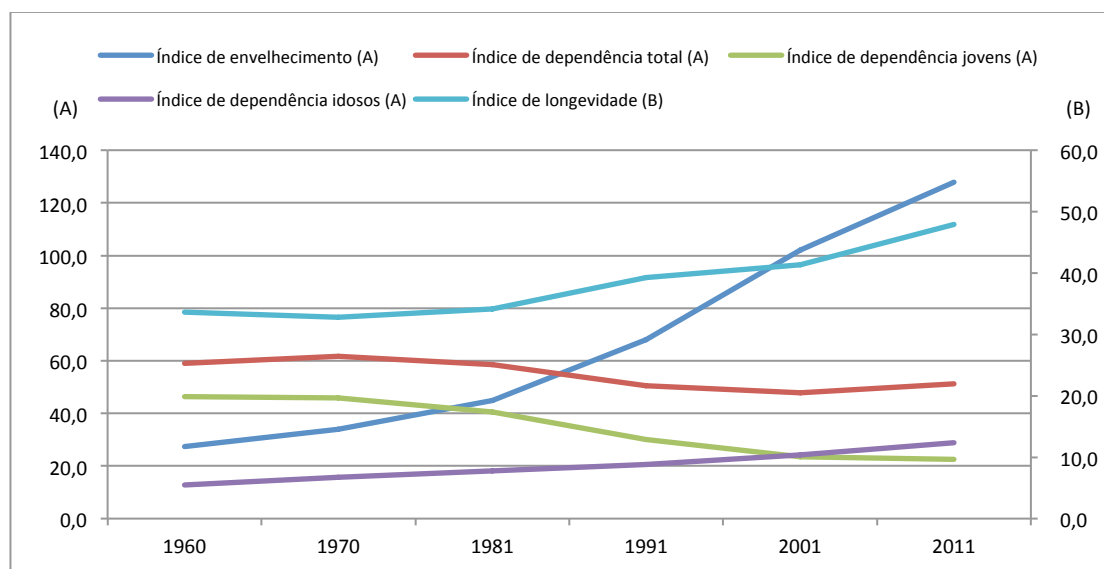
Em Portugal a percentagem de idosos na população em geral tem tido um crescimento constante tendo evoluído de 9,7% em 1972 para 19,2% em 2012, ou seja em 40 anos,

passou de 837.070 para 2.020.126, o que significa um incremento de cerca de 29.576 idosos por ano (PORDATA, 2015).

Consequentemente todos os indicadores de envelhecimento são reflexo disso. Assim o Índice de Envelhecimento¹, ou seja, a relação entre a população idosa (i.e., 65 e mais) e a população jovem (i.e., 0 a 14 anos) evoluiu de 34,0 em 1970 para 127,8 em 2012. Tal significa que existem cerca de 128 idosos por cada 100 jovens (Gráfico 3).

Por sua vez o Índice de Dependência de Idosos², ou seja, a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, evoluiu de 15,6 em 1970 para 28,8 em 2012. Consequentemente o Índice de Sustentabilidade Potencial³ é atualmente de 3,4, ou seja, existem 3,4 pessoas em idade ativa por cada idoso. Atingem-se valores mínimos na região Alentejo com 2,6 e na Região Centro com 2,8.

Gráfico 3 – Evolução dos indicadores de envelhecimento (A-Rácio %; B-Proporção %)



Fonte: PORDATA, 2015

¹ **Índice de Envelhecimento** - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos). (metainformação – INE).

² **Índice de Dependência de Idosos** - Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos). (metainformação – INE)

³ **Índice de sustentabilidade potencial** - Relação existente entre a população em idade ativa (população com 15-64 anos) e a população idosa (população com 65 ou mais anos)

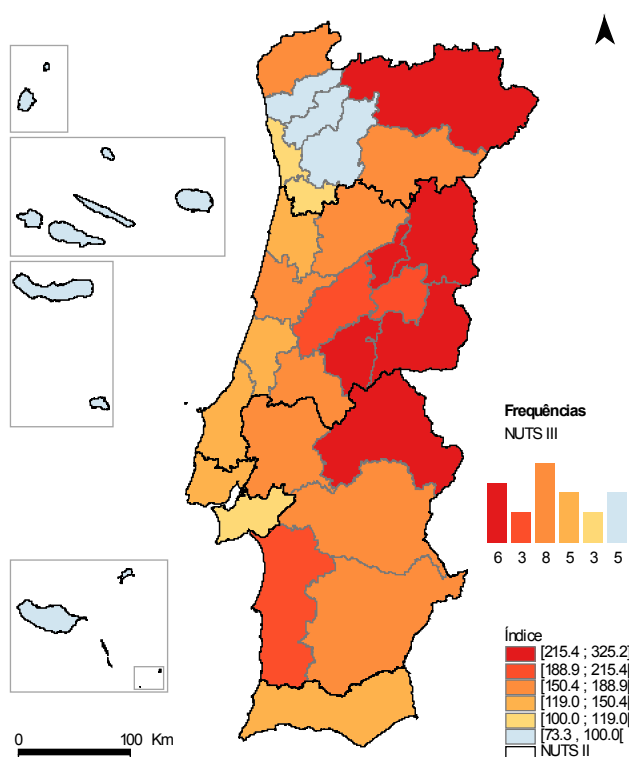
Última referência para o Índice de Dependência Total¹, ou seja, a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, o qual tem manifestado uma tendência de crescimento à custa do incremento no número de idosos.

Se analisarmos a expressão do fenómeno considerando as diferentes regiões do país (ver figura 1) constatamos que são sistematicamente as regiões do Alentejo e Centro as que apresentam os indicadores de envelhecimento mais acentuado. Dentro destas alguns concelhos fronteiriços atingem valores extremos. No polo oposto situam-se as regiões autónomas dos Açores e da Madeira.

Considerando que o envelhecimento demográfico é um reflexo do total de idosos relativamente à restante população significa que sempre que se verifiquem variações nas diferentes faixas etárias, alterar-se-ão consequentemente os diferentes indicadores demográficos de envelhecimento. Assim, estes atenuam-se sempre que o país tem um saldo migratório positivo, principalmente quando este é constituído por pessoas em idade ativa; agrava-se quando se verifica o oposto, ou seja, quando o país tem um saldo migratório negativo. De acordo com estes fatores e considerando o acentuado fenómeno imigratório de jovens, principalmente recém-licenciados, que se tem verificado nos últimos dois anos, os indicadores de envelhecimento demográfico ter-se-ão agravado consideravelmente. Este fenómeno é particularmente grave porque põe em causa um sistema de segurança social caracterizado pela solidariedade intergeracional, na medida em que, diminuindo o total de pessoas em idade ativa continuará a decrescer o Índice de Dependência de Idosos ou seja, a diminuir o total de pessoas em idade ativa por cada idoso.

¹ **Índice de Dependência Total** - Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas com 15-64 anos). (metainformação – INE).

Figura 1 – Expressão territorial do Índice de Envelhecimento



Fonte: INE, 2012

Como já referimos mais atrás, o fenómeno do envelhecimento demográfico tem diferentes expressões nas diferentes regiões do país. Também neste caso o fenómeno é afetado pelos movimentos migratórios da população em idade ativa em direção ao litoral ou às grandes cidades.

Quem são, como, onde e com quem vivem os idosos?

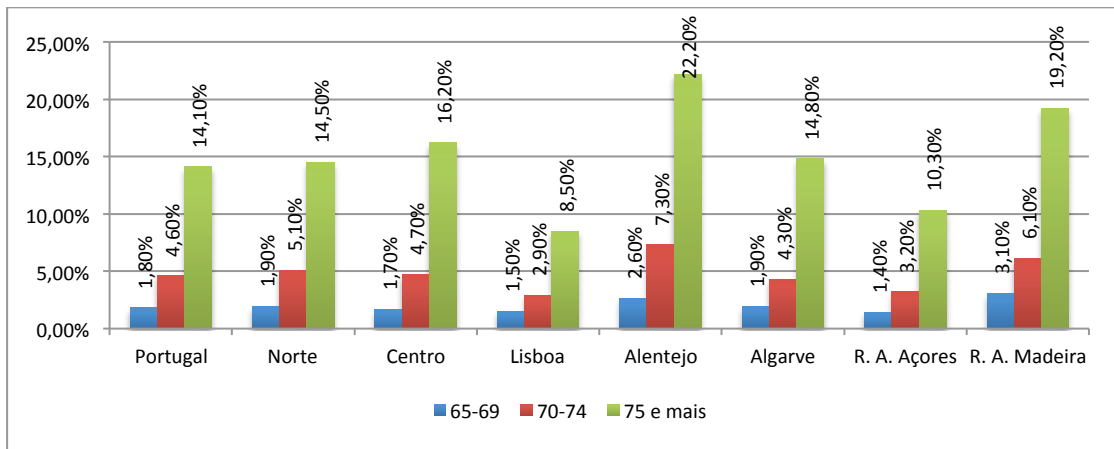
Em Portugal o grupo dos idosos é maioritariamente constituído por mulheres, acentuando-se esta predominância à medida que a idade avança. Assim a relação de masculinidade no grupo populacional de 65 e mais anos é de 72,4 homens por cada 100 mulheres. Tal decorre do facto de aquelas terem uma maior esperança média de vida.

Considerando a história do país no que concerne às políticas de educação, uma percentagem expressiva destes idosos são analfabetos. De acordo com os dados do último Censos (2012) constata-se que a percentagem de idosos que declara “nenhum nível de escolaridade” é crescente à medida que a idade avança (ver gráfico 4). Verifica-se ain-

da que esses valores são mais elevados no Alentejo e na R. A. Madeira e atingem valores mínimos na região de Lisboa.

Todavia a problemática do analfabetismo é mais grave do que isso. Em estudo recentemente desenvolvido junto de uma amostra estatística de idosos do Alentejo (Lopes, et al. 2012), constatou-se que cerca de 30,7% declarou não saber ler nem escrever, sendo que esta percentagem recai predominantemente sobre mulheres (21,5%) e sobre os grupos etários 75-84 anos e 85 e mais. Esta percentagem é todavia superior se testarmos as efetivas capacidade de leitura e escrita.

Gráfico 4 – Percentagem de idosos que declararam “nenhum nível de escolaridade”, por região e escalão etário

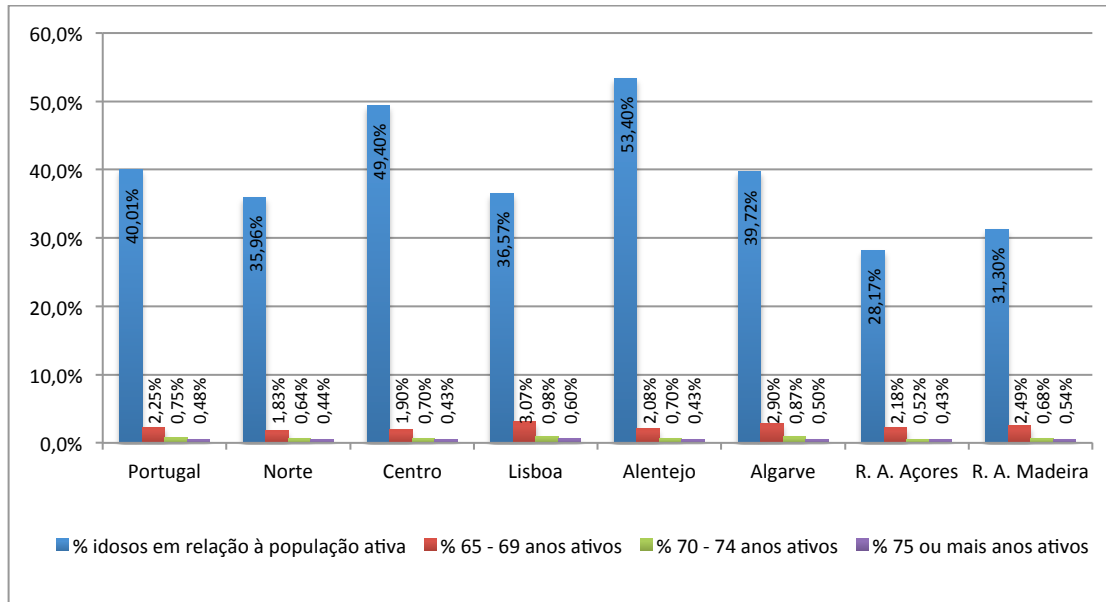


Fonte: INE, 2014

O estado civil predominante é casado, porém, o total de viúvos vai aumentando à medida que a idade evolui, sendo que neste caso o sexo que predomina é o feminino o que decorre da menor esperança de vida dos homens.

Um outro aspecto a considerar tem a ver com o peso relativo do número de idosos face à população ativa em cada região, bem como o total de idosos que se mantêm como ativos. Assim, constata-se que o peso relativo dos idosos face à população ativa é superior no Alentejo (53,40%) e Região Centro (49,40%), atingindo os valores mais baixos nas Regiões Autónomas dos Açores (28,17%) e da Madeira (31,30%). Por outro lado, verifica-se que uma percentagem que varia entre 1,8% dos idosos do Norte e 3,1% dos idosos de Lisboa com 65 a 69 anos se mantêm como ativos. O mesmo se verifica com 0,5% (R.A. Açores) a 1,0% (Lisboa) dos idosos com 70 a 74 anos e cerca de 0,5% dos idosos com 75 e mais anos de idade.

Gráfico 5 – Percentagem de idosos relativamente à população ativa e percentagem de idosos que se mantêm ativos



Fonte: INE, 2014: Dados relativos ao Censos 2011

Analisando os dados disponíveis verifica-se que quer no interior do país, quer nas grandes cidades, os mais jovens e os mais idosos não coexistem no mesmo espaço urbano. Significa isto que estes dois grupos etários têm poucas oportunidade de conviver e que, consequentemente, os mais idosos vivem em comunidades constituídas essencialmente por idosos, em núcleo familiar restrito ou sozinhos. Isto tem consequências para ambas as partes, mas também para a sociedade em geral.

Isso é traduzido pelos dados do Censos 2011 (INE, 2012) onde se constata que as famílias são menos numerosas. Tal resulta do facto de as famílias terem cada vez menos filhos, mas também de serem essencialmente nucleares. Verifica-se ainda que os concelhos onde as famílias são mais reduzidos, são em grande parte coincidentes com os concelhos mais envelhecidos do país.

Constata-se também que tem aumentado o número de famílias constituídas por uma ou duas pessoas atingindo valores respetivamente de 21,4% e 31,6%. Esses valores são mais acentuados em determinadas regiões do país, curiosamente, mais uma vez, coincidentes em grande parte com as mais envelhecidas.

Daqui resultam situações cada vez mais frequentes que se caracterizam por famílias constituídas por apenas dois idosos, sendo que um deles dependente. Em trabalho de doutoramento recentemente desenvolvidos no concelho de Lisboa (Costa, 2013) concluiu-se que 10,41% das famílias clássicas integram, pelo menos, uma pessoa dependente no autocuidado (55% tem mais de 80 anos), sendo que, em cada três destas, uma é “dependente-acamado”. A prevalência destes casos obedece a uma distribuição geográfica concêntrica, com valores mais altos na zona mais antiga da cidade (13,77%) e valores mais baixos no litoral atlântico (5,89%). Os cuidadores familiares (9% dos quais com mais de 80 anos) assumem a relação de cuidados e envolvem-se nela, apenas apetrechados com as competências que a experiência de vida lhes forneceu, numa atitude voluntarista que em alguns casos se revela prejudicial para a condição de saúde do familiar. Os cuidadores familiares fazem o que sabem e podem, mas que é insuficiente para responder às reais necessidades em cuidados de saúde do familiar dependente.

Por outro lado o número de famílias institucionais aumentou também na última década de forma muito expressiva, cerca de 24,7%, o que de certa forma traduz o aumento do número de instituições particularmente vocacionadas para responder às necessidades de uma sociedade cada vez mais envelhecida (INE, 2012).

Os idosos não são necessariamente pessoas dependentes de terceiros. O facto de num determinado dia alguém ter atingido a mítica fronteira dos 65 anos não o transforma num incapaz, muito menos num inútil. Significa isto que se as comunidades fossem mescladas por várias gerações e se as famílias tivessem oportunidade de viverem próximas, seria mais fácil ativar e utilizar os mecanismos de ajuda intrafamiliar sempre que tal fosse necessário. Estes mecanismos funcionam em duplo sentido e tornam-se patentes particularmente nos momentos em que uns e outros mais precisam.

Para além da ajuda, o convívio intergeracional é benéfico para todas as partes mas principalmente para os mais jovens e os mais idosos.

Para compreendermos a existência do ser humano, devemos considerar, para além do ecossistema familiar, os diversos níveis ecossistémicos em que este se insere, mas também aqueles com que interage. O seu conjunto ajudará a compreender a qualidade de vida e a saúde das pessoas.

No caso dos idosos e considerando por um lado, o incentivo a um envelhecimento ativo e por outro, o facto de cada vez mais o mesmo acontecer em comunidades urbanas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu em 2007 o conceito de “cidades amigas das pessoas idosas”. Estas cidades seriam espaços dotados de condições (e.g., acessibilidade, segurança, higiene, saúde), que facilitariam a participação dos idosos na vida da comunidade, contribuindo assim ativamente para a mesma e simultaneamente teriam as condições ideais para se concretizar o dito envelhecimento ativo, funcionando portanto como um ciclo virtuoso. Para que melhor se compreenda esta associação e de acordo com a OMS (2009), o envelhecimento ativo está inter-relacionado com um conjunto de determinantes muitos dos quais modificáveis através da intervenção humana (e.g., determinantes económicos, serviços sociais e de saúde, determinantes sociais, ambiente físico, determinantes individuais e determinantes comportamentais).

Com base nestes princípios a OMS desenvolveu o “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas” (FCG, 2009). Este guia elenca um conjunto de oito áreas (i.e., transportes, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde e espaços exteriores e edifícios) para que uma cidade possa ser considerada amiga das pessoas idosas (ver figura 2).

Figure 2 – Áreas chave no conceito de cidades amigas das pessoas idosas



Fonte: FCG, 2009

Com base nestes indicadores Pinto e Lopes (2012), através do projeto CIDADES, desenvolveram um estudo em Portugal, com uma amostra representativa de idosos, no sentido de identificarem “factores passíveis de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e em particular da saúde da população idosa portuguesa” (p. 8). Os resultados deste estudo ajudam-nos a compreender melhor as condições em que vivem os idosos, na perspetiva dos mesmos.

Assim e relativamente à habitação, apenas 9,21% dos idosos referem que o seu preço é acessível e 7,73% dizem que existem casas adaptadas em número suficiente. São ainda identificadas insuficiências ao nível da adaptação das casas às pessoas com dificuldades de acessibilidade, à existência de serviços de manutenção a casas, à existência de materiais de adaptação do lar a preços acessíveis e à compreensão de quem vende estes produtos das necessidades das pessoas mais velhas (Pinto e Lopes, 2012).

Os resultados do Censos 2011 permitem-nos também algumas leituras relativamente às casas onde os idosos vivem. De facto, também neste caso se constata que a distribuição geográfica da idade dos edifícios é largamente sobreponível com a distribuição do Índice de Envelhecimento populacional. Ou seja, aparentemente os idosos vivem sozinhos ou com outra pessoa, em comunidades constituídas essencialmente por pessoas da mesma idade e em edifícios envelhecidos.

Os idosos assinalam também diversas limitações no que concerne à adequabilidade dos prédios públicos e espaços abertos, de entre as quais destacamos:

- Casas de banho públicas em número insuficiente, pouco limpas e de difícil acesso;
- Semáforos sem sinais sonoros;
- Insuficientes passeios e passadeiras com piso antiderrapantes;
- Frequentemente as pessoas mais velhas não têm prioridade no atendimento;
- Edifícios públicos com poucas rampas e sem piso antiderrapante (Pinto e Lopes, 2012).

Também relativamente aos transportes se encontram dificuldades diversas, algumas das quais têm a ver com segurança (e.g., os motoristas dos transportes públicos esperar que os idosos se sentem antes de arrancarem), outras têm a ver com a oferta de

um serviço adequado às necessidades e às possibilidades dos mais idosos, como é o caso de transportes públicos frequentes à noite, nos fins-de-semana e nos feriados, adequados às dificuldades e a um preço acessível; outras têm a ver com regras de civilidade manifestado através da existência de lugares especiais para idosos ou pessoas com dificuldades especiais e o respeito desses lugares para o fim a que se destinam (Pinto e Lopes, 2012).

Uma outra dimensão avaliada por este questionário é o respeito e inclusão social. Nesta dimensão os idosos assinalam essencialmente que não são suficientemente ouvidos pelos responsáveis dos serviços públicos no que concerne à melhoria dos serviços, o mesmo acontecendo relativamente às associações e comerciantes. Todavia, também são assinaladas insuficiências relativamente à adaptabilidade dos serviços e produtos às pessoas mais velhas, bem como à acessibilidade económica aos serviços (Pinto e Lopes, 2012).

A participação cívica e o emprego são criticadas principalmente pela insuficiência de apoios e oportunidades para as pessoas mais velhas poderem trabalhar, dificuldades de participação nos órgãos de decisão de instituições e empresas e algumas dificuldades até para fazerem voluntariado uma vez que as despesas pessoais feitas no voluntariado são maioritariamente assumidas por quem o faz (Pinto e Lopes, 2012).

Assinalamos ainda as dificuldades relativas ao apoio comunitário e serviços de saúde. Neste caso as insuficiências mais destacadas são relativas aos planos para ajudar os idosos em caso de calamidades, à gestão e coordenação da prestação de serviços de saúde e de apoio comunitário, à facilidade de obtenção de apoio domiciliário, às dificuldades de acesso para as pessoas com menos recursos e à informação sobre os diversos serviços (Pinto e Lopes, 2012).

Relativamente ao conjunto dos dados apresentados sobre as diversas dimensões realce-se, tal como as autoras referem, que os mesmos não significam ausência, mas antes a forma como os idosos os vivenciam. Todavia e por experiência de qualquer de nós, facilmente nos identificamos com estas insuficiências, muitas das quais têm a ver com planeamento urbano, como seja o caso de passeios e passadeiras adequadas, acessibilidade de edifícios, transportes públicos e mobiliário urbano, mas muitas outras têm a ver com componentes comportamentais e com regras de urbanidade, como sejam o respeito pelas regras da prioridade no acesso, a não utilização dos passeios como lo-

cais de estacionamento, um atendimento que tenha em conta as dificuldades de cada um, entre muitas outras.

Sabemos também que a vivência das cidades pelas pessoas idosas coloca diversas outras problemáticas não identificadas através deste questionário. De entre estas destacamos a terciarização dos centros urbanos com progressiva desertificação de habitantes jovens, empurrados para periferias. Restam os idosos, frequentemente a morarem em edifícios também envelhecidos, não recuperados e portanto não adequados às suas necessidades.

Uma intervenção nas cidades no sentido de as tornar mais amigas das pessoas idosas é uma questão estruturante. De facto tal intervenção não se poderá entender como algo destinado a um determinado sector da sociedade, mas antes como uma intervenção que transformará qualquer cidade num espaço mais amigo de qualquer cidadão e não apenas dos mais idosos.

Em jeito de conclusão

Enunciámos, de forma breve, algumas das dimensões que caracterizam não só o denominado “processo de envelhecimento demográfico”, mas também quem são, como e onde vivem os idosos. Relativamente ao envelhecimento demográfico, acabamos como começámos, é um facto inexorável e ao mesmo tempo um indicador de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Todavia e apesar disso, reconhecemos que o facto em si nos coloca novos desafios que nos obrigam a equacionar novas respostas.

Nesses desafios há um que pela sua transversalidade e impacto assume uma importância crescente, quer consideremos a perspetiva individual dos idosos, quer a perspetiva da comunidade: a saúde. Será por via desta que conseguiremos conjugar indicadores de longevidade e de qualidade de vida, conferindo bem estar a esta fase do ciclo de vida. Todavia e para que tal seja viável, precisamos conjugar a saúde como um processo simultaneamente que integra o projeto de vida de cada um, logo com uma dimensão individual e coletiva e ao mesmo tempo transversal a todas as esferas de atividade. Precisamos ainda e uma vez que é expectável um crescendo de limitações funcionais, de equacionar organizacionalmente os cuidados a esta fase da vida de modo a torná-los acessíveis e sustentáveis.

Ou seja, precisamos de um novo modelo de cuidados a idosos.

Bibliografia

Comissão Europeia (CE) (2011). *Demographic balance and crude rates*. European Commission Statistical Office of the European Communities: Luxembourg.

Comissão Europeia (CE) (2012). *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*. European Union. ISBN 978-92- 79-22850-6

Costa, A. (2013). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho de Lisboa* (Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.

Fundação Calouste Gulbenkian (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Guide Artes Gráficas, Lda.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: INE, I.P.

Pinto, T., & Lopes, A. (2012). *Cidades amigas das pessoas idosas? Implicações e Recomendações de um Estudo Nacional: o que dizem os munícipes, o que pensam os especialistas e o que se vivencia nos espaços*. Associação VIDA – Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Activo.

PORDATA - Esperança de vida à nascença: total e por sexo – Europa. [Pordata.pt](http://www.pordata.pt),. (2015). *PORDATA - Esperança de vida à nascença: total e por sexo - Europa*. Retrieved 15 February 2015, from

<http://www.pordata.pt/Europa/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-1260>



6. Trabalho em Equipa: Controvérsias

6. Trabalho em Equipa: Controvérsias

Manuel Agostinho Fernandes – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Introdução

Este texto surge como resultado de um seminário proferido na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus na Universidade de Évora, em julho de 2014, que tinha como objetivo aprofundar as questões e controvérsias sobre a metodologia do trabalho em equipa.

Sem dúvida, que as mudanças na organização do trabalho, tornaram o trabalho em equipa relevante nas organizações, partindo do pressuposto de que a junção de pessoas com diversas competências e conhecimentos geraria melhores resultados. Contudo, existe uma grande diversidade de ideias e de práticas sobre o que se deve denominar como trabalho em equipa.

Não se pretende, nem seria possível chegar a uma síntese final, mas tão somente contribuir para a discussão desta temática, defendendo uma posição clara sobre o que considera ser o verdadeiro trabalho em equipe e diferenciá-lo do que é o trabalho de grupo e outras formas de organizar o trabalho nas organizações. Procura-se assim: enquadrar as razões de ser desta controvérsia; clarificar a diferença entre grupo e equipa; desmistificar as utilizações abusivas do termo trabalho em equipa nas organizações; clarificar as competências necessárias para o trabalho em equipa e para a sua liderança.

A designação de trabalho em equipa ganhou visibilidade há alguns anos, como símbolo de um modo de trabalho que tem o potencial de se obterem melhores resultados, pois acredita-se que as pessoas trabalhando em conjunto, para o mesmo objetivo, disponibilizam uma maior variedade de conhecimentos, de competências e experiências, que se transformam numa vantagem, face a uma metodologia de trabalho de base mais individual.

Cada vez mais as organizações reconhecem o valor dos grupos/equipas para resolverem problemas, tomarem decisões e produzirem novos produtos. Simultaneamente, existem muitas atividades que mudaram o seu carácter individual para o trabalho grupal entre os quais se encontra o trabalho de investigação, que se alargou não só para equipas dentro da mesma área disciplinar, para se expandir para a área multidiscipli-

nar (Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso, 2007). Segundo os mesmos autores a formação de grupos invadiu mesmo o trabalho em série, ou seja, o trabalho normal das unidades da organização, assumindo-se que as organizações são mais que a soma dos indivíduos e estes constituem-se em grupos e subgrupos com dinâmicas próprias que condicionam a forma como os membros agem, interagem e se sentem e têm o poder de aumentar a produtividade e a satisfação dos seus membros (Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso, 2007). Além destas, muitas outras vantagens são atribuíveis ao trabalho em grupo como seja o “melhor uso das capacidades (capacidades complementares); melhor coordenação, que exige a comunicação de uns com os outros sobre o trabalho que estão a realizar; melhores sinergias; mais flexibilidade; mais apoio; aumento do comprometimento; avaliação de *feedback* e maiores oportunidades de crescimento (Tappeen, 2005). Neste sentido, existem grupos em todas as organizações, mas equipas no sentido mais restrito são ainda poucas, embora se designe como equipa o que na verdade é um grupo (Portal da Justiça, 2014).

As organizações não podem viver apenas de competências e de trabalho coletivo, (equipa/grupo), vivem também do trabalho e das competências individuais e assumidamente o trabalho em grupo não pode servir para colmatar as falhas das competências individuais. Da mesma forma, nem todas as atividades podem ser consideradas como adequadas para o trabalho grupal. No caso das instituições de saúde, fortemente hierarquizadas, com competências, responsabilidades e tarefas bem definidas, tanto dentro de cada uma das profissões, com os seus vários graus e chefias, no trabalho interdisciplinar (médicos enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica entre outros) cada um dos profissionais só será um membro eficaz e competente de um grupo caso tenha bem desenvolvidas as suas competências individuais (incluindo as técnicas) (DAE - Direcção de Assistência Empresarial: Departamento de Promoção de Competencias, 2008).

Nas organizações de saúde (principalmente hospitais, fortemente hierarquizados) o trabalho é feito numa base individual em que as chefias distribuem o trabalho em função das competências reconhecidas aos profissionais de que dispõe, sendo a concomitante responsabilização pelos resultados feita preferencialmente numa base individual.

Então como se justifica o trabalho grupal, se o nível de desempenho individual permitir um trabalho excelente? É somente nos casos em que as competências individuais não permitem o nível de desempenho necessário que há vantagem em juntar várias “inteligências” em interação, no pressuposto que se obtém melhores resultados. O trabalho grupal tem de ser bem organizado e exige tempo de interação entre os membros para que haja realmente uma mais-valia superior ao desempenho individual. O trabalho grupal justifica-se sempre em situações de necessidade de resolução de problemas difíceis e novos, de elevado risco e em que não existe um plano claro; quando exige um conjunto de competências diversificadas; quando existe confrontação de vários pontos de vista, cada um com os seus méritos que originar uma melhor proposta, a qual não surgiria sem o processo de interação. Tem ainda uma vantagem na aceitação, pois as pessoas acolhem melhor as propostas para as quais contribuíram (Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso, 2007).

A opção pelo método de trabalho a adotar numa determinada atividade, projeto ou problema depende: do trabalho a realizar e da possibilidade de ser realizado individualmente; da exigência de interação; do tipo de coordenação/direção; da complexidade do problema; do grau de incerteza; da transversalidade do problema e das competências exigidas.

Fica claro que o trabalho grupal exige interação, diversidade de pontos de vista e diversidade de capacidades, que somente se justificam, caso não se trate de um problema bem estruturado e sem um plano de ação claro. Este processo de trabalho em grupo, não é isento de custos e de problemas e pode mesmo ser contraproducente por exigências de capacidades interpessoais dos seus membros; pela possibilidade de conflitos; pelas diferenças de personalidade, cultura, experiência e estatuto dos intervenientes; pela exigência em termos de tempo (demora sempre mais tempo que a auto-cracia); se dispuser de uma autonomia reduzida; se refletir uma tendência para a conformidade, bem como se for sujeito a normas rígidas (Tappen 2005: 121). Algumas destas condicionantes podem torná-los estéreis e uma fonte de problemas em vez de uma fonte de soluções. Isto que acontece se o objetivo não for compartilhado; a liderança fraca; existir ausência de motivação; incompatibilidades; recursos escassos; ausência de apoio; programas de trabalho diferentes; tarefas impossíveis e uma “wrong mix” de capacidades, entre outros (Tappen, 2005: 121).

O facto de se ter tornado corrente, denominar equipa, todo e qualquer grupo, que trabalha no mesmo local, partilha o mesmo objectivo, partilha atividades e clientes etc. (exemplo de um serviço de internamento, ou mesmo uma equipa de emergência médica), peca por excesso ao considerar qualquer grupo de pessoas como uma equipa, pois salientam apenas os aspetos relativos à execução do trabalho num mesmo local, sem que na maior parte dos casos exista qualquer contacto interpessoal, pois muitos membros do mesmo serviço passam grandes períodos de tempo sem se verem nem interagirem e sem partilharem a tomada de decisão, nas questões relativas ao trabalho (Teixeira, 2013).

Pode então afirmar-se que as “pessoas podem trabalhar num mesmo departamento ou área por anos, participar em comitês ou mesmo reuniões regularmente e, ainda assim, não fazerem parte de uma equipe. Há uma enorme diferença entre pessoas trabalhando juntas num projeto e todas elas apenas trabalhando ao mesmo tempo. Nas organizações ainda temos de forma mais expressiva, pessoas trabalhando ao mesmo tempo, mas não necessariamente juntas” (Portal da Justiça, 2014: 1).

Este hábito que se instalou de falar sistematicamente em equipa, assenta na ideia de que o trabalho em equipa é a melhor solução para todo o tipo de males da gestão. Na realidade, o trabalho em equipa tem um potencial ilimitado, mas se se falar efetivamente de equipas, que podem servir para dar resposta às tarefas e problemas de complexidade acrescida que enfrentam as organizações, e para os quais deixou de ser suficiente o trabalho individual (Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso, 2007).

Para se considerarem um grupo terão de responder a algumas premissas entre as quais: estarem motivados para se manterem juntos, identificarem-se com os outros, terem um sistema de interações frequentes, com papéis interligados e sentirem que a sua pertença ao grupo é compensadora. Ora, nenhuma destas condições se verifica nas unidades das organizações, como por exemplo num serviço de internamento clínico. Aqui, os profissionais têm tarefas claramente distribuídas e geridas numa base de trabalho individual - no caso da enfermagem, trabalhando por turnos, com limitada interação, relações conflituosas e uma posição de competição e não de cooperação (Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso, 2007).

Uma estrutura fortemente hierarquizada impossibilita uma das condições do trabalho em equipa que é a comunicação aberta e a identidade coletiva, associada a um ambi-

ente de desconfiança denominado de paranoia organizacional que mina o potencial de uma verdadeira equipa (Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso 2007).

Algumas das questões que vale a pena levantar são: como é que se pode enquadrar o trabalho em equipa quando se fala de organizações com estruturas hierárquicas rígidas, com responsabilidades e poderes atribuídos de forma clara entre chefias e subordinados com atribuição de tarefas clara como é o caso da enfermagem, em que ao mesmo tempo o método de atribuição de trabalho é por responsável e, ao mesmo tempo, é uma equipa, ignorando-se completamente as implicações inerentes aos estatutos dos envolvidos, e as condições organizacionais que enquadram o seu trabalho.

Grupo ou Equipa

Para Teixeira (2013) uma equipa não é um simples grupo, já que os grupos permanecem relativamente estáticos enquanto as equipas podem crescer e mudar para atingir níveis excelentes de desempenho. Os grupos passam por uma série de fases sendo as mais conhecidas: forming, storming, norming, performing e adjourning, o que pressupõe que todas as equipas são temporárias e portanto, têm um fim. Para Katzenback e Smith (in Teixeira 2013) os grupos até podem vir a transformar-se em equipas ao passarem pelas seguintes fases: grupo de trabalho; pseudo equipa; potencial equipa; verdadeira equipa e equipa de alto rendimento. Esta classificação também permite ver de forma clara que existem diferentes abordagens quanto ao que se considera serem o leque de possibilidades quanto à forma de interação entre as pessoas no trabalho coletivo.

Estes autores consideram que um grupo de trabalho é aquele que não sente necessidade de aumentar o seu desempenho coletivo e uma verdadeira equipa é aquela que se encontra comprometida em atingir objetivos comuns que forçosamente correspondem a um aumento do desempenho. E, só será de alto desempenho se a estas condições se juntarem o interesse no crescimento e sucesso de todos os membros.

Nesta base, pode-se claramente distinguir grupos de equipas embora estes tenham algumas coisas em comum como na situação em que é necessário gerir problemas difíceis, com necessidade de competências complementares, em que da interação entre os membros podem surgir ideias que de outra forma não surgiriam e que sendo

criadas por eles terão, em princípio, maior aceitação. Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso (2007) dividem os grupos em temporários e permanentes.

Para Teixeira (2013) o trabalho em equipa tem várias vantagens pois cria sinergias, propicia o trabalho interdisciplinar, fortalece a responsabilidade e a flexibilidade e cria o chamado espírito de corpo, entre outras vantagens.

Segundo Duluc (2000), as quatro concepções para o trabalho de equipa são a força, o compromisso, a complementaridade e o trabalho em equipa aberta. Quando a equipa funciona razoavelmente bem, o resultado do grupo é melhor que a média individual, mas quando o grupo tem uma verdadeira sinergia, os seus resultados excedem, de longe, o melhor resultado individual.

Claramente, neste trabalho assume-se a diferença em que as verdadeiras equipas são muito mais do que os grupos, pelo que se pode “considerar equipe ... um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada. A comunicação é verdadeira, opiniões divergentes são estimuladas. A confiança é grande, assumem-se riscos. As competências complementares dos membros possibilitam alcançar resultados; os objetivos compartilhados determinam seu propósito e direção. Respeito, mente aberta e cooperação são elevados. O grupo investe constantemente em seu próprio crescimento” (Portal da Justiça, 2014: 1).

Muitas vezes a ênfase atribuída à partilha de tarefas, segue algoritmos predeterminados como é o caso das equipas de emergência médica, que exige o treino intenso e uma coordenação no desempenho das tarefas, esquece a essência do trabalho da equipa, que deve passar por todo o processo de resolução de problemas desde a colheita de dados, à organização dos mesmos, ao diagnóstico, à planificação, à implementação e à avaliação. Caso se trate de equipas de projeto, elas terão de estar vinculadas a todas as etapas do processo de planeamento ou de tomada de decisão e não somente ao último que é a execução (Portal da Justiça, 2014). Neste caso, haveria um desperdício da mais valia da inteligência coletiva em cada uma destas fases, já que a execução será porventura a fase em que cada um será claramente chamado a desempenhar as tarefas para as quais terá mais competências individuais, quer se trate de equipas uniprofissionais ou equipas multiprofissionais. Na execução, cada um assume as atividades inerentes à sua profissão, ou as tarefas/atividades em que é mais compe-

tente e seguramente treina de forma mais intensa para atingir níveis de mestria, de forma a dar o seu melhor contributo.

Quando se fala das equipas como uma mais valia no contexto da gestão, não se pode deixar de lado que é fundamentalmente na tomada de decisão, que se revela a sua superioridade em relação à tomada de decisão individual. Assim, um grupo transforma-se em equipa quando passa a prestar atenção à sua própria forma de operar e procura resolver os problemas que afetam o seu funcionamento. Esse processo de auto-exame e avaliação é contínuo, em ciclos recorrentes de perceção dos factos, diagnóstico, planeamento de ação, prática/implementação, resolução de problemas e avaliação (Portal da Justiça, 2014).

Não se justifica formar equipas quando: os indivíduos trabalhando sozinhos podem terminar as tarefas com mais eficiência; não há tempo para a interação da equipa pela urgência da situação ou simplesmente porque a decisão já foi tomada e se pede somente a validação da decisão tomada (Portal da Justiça, 2014).

Justifica-se formar equipas quando: as decisões são complexas e beneficiam da especialização de muitos indivíduos para uma decisão de qualidade; a implementação requer trabalho em interdependência; as pessoas irão aceitar mais facilmente a decisão se tiverem contribuído para ela; precisa de um esforço extra de uma decisão criativa e inovadora (Portal da Justiça, 2014).

Claramente os seus benefícios estão associados, às razões da sua formação e que são o outro lado da medalha, entre os quais se destaca a melhoria da colaboração e origina o espírito de equipa, que vai além do espírito de entreajuda, (que pode ser apanágio de qualquer grupo) pois, tem associado a ideia de sucesso ou insucesso conjunto. Tem associado a redução dos mecanismos de competição, criando-se condições para comunicação mais aberta e melhor aplicação dos recursos, e competências. Assim, dará origem a decisões e maior qualidade, (assumidamente a vantagem da decisão grupal sobre a decisão individual, caso o processo tenha sido bem conduzido pela liderança) que se traduzirá também num desempenho de maior qualidade e de mais forte comprometimento (Portal da Justiça, 2014).

Contudo, as equipas, tanto podem ter sucesso como serem fonte de insucesso, como já foi dito anteriormente. O sucesso depende da forma como resolvem os desacordos e da capacidade de se levantarem após os conflitos, sentirem abertura para manifesta-

rem as suas inquietações e não sentirem medo nem insegurança, o que conduz a rigidez de posições e se traduzirá na verdadeira causa do insucesso (Duluc, 2000).

Para existir um bom desempenho tem de haver o que usualmente se designa por “espírito de equipa” que depende do clima criado em termos organizacionais (incluindo a liderança), com circunstâncias para as pessoas se sentirem nas melhores condições de trabalho. No fundo, tudo começa na forma como as equipas são constituídas. Para Duluc (2000) se as equipas forem constituídas à força, elas têm um potencial criativo muito baixo, pois as pessoas colocam-se à defesa e ancoram-se nas posições das chefias, levando ao conformismo e à rotina. Se as equipas forem formadas na base do compromisso tendem a falhar pois, as pessoas não conseguem deixar as suas diferenças de lado, o que leva a mecanismos de bloqueio do trabalho, embora oficialmente as pessoas não expressem desacordo. Se forem baseadas na complementaridade, na inteligência, personalidades ou competências complementares, estas têm grande hipótese de sucesso, se não se instalar a ansiedade quando as coisas se tornam difíceis. O verdadeiro espírito da equipa está no que Duluc (2000) designa de “equipa aberta”. O sucesso desta equipa, ou de uma equipa que consegue atingir esta fase, resulta do um ambiente de confiança que conseguiu alcançar e que apenas a abertura pode proporcionar. Abertura significa que as pessoas se sentem à vontade para falar das suas diferenças de opinião, dos seus sentimentos, e dos seus medos, de forma a poderem entrar no processo de resolução de problemas. As dificuldades surgem quando as pessoas adotam posições rígidas que bloqueiam todo o trabalho. Quando o clima é de abertura, os membros não se tornam defensivos e promove-se o desenvolvimento da confiança que é o cimento do verdadeiro espírito de equipa. Esta ideia sustenta a conceção de que a comunicação tem de ser aberta e ter mecanismos de integração interpessoal e grupal para poder lidar com as diferenças de forma produtiva (Portal da Justiça, 2014).

Como se deve desenvolver uma equipa

Muitas das teorizações sobre equipas apresentam a mesma estrutura de evolução, passando por várias fases, desde o seu início, até chegar indissociavelmente ao seu fim, dando a ideia que as equipas tem início e fim inexoravelmente após o problema ou projeto, para que foram criadas, estar solucionado ou terminado. São exemplos

disso as fases por que passam as equipes no seu desenvolvimento: fase de formação, tormenta, normatização, desempenho e dissolução ou formação ou quebra gelo; tempestuosidade, normatividade ou integração inicial, integração total ou desempenho e separação/reorientação referidas por Teixeira (2013) ou ainda as fases de exploração inicial; definição; identificação; grande produção; mudanças e transformação salientadas por Cunha, Rego, Cunha e Cabral-Cardoso (2007). Estas tipologias tendem a dar a ideia de um fim obrigatório, mas as duas últimas já apontam para a possibilidade de continuidade, com a mudança de alguns membros ao longo do tempo que vai transformando a equipa em grupo permanente, quer seja na sua dinâmica, quer seja nos seus objetivos ou ainda no desempenho de novos projetos (Portal da Justiça, 2014).

Para Duluc (2000) as questões de desenvolvimento da equipa podem seguir a mesma lógica do desenvolvimento das relações interpessoais na organização, sendo os conceitos e as dimensões de base os mesmos, razão pela qual se explora em maior profundidade. Para se atingir o estado de confiança imprescindível ao trabalho de equipa, que permite a realização do trabalho para o qual foram criadas, devem ter seguido etapa por etapa: a fase de inclusão, a fase de influência e finalmente a fase abertura (Duluc, 2000).

Aprofundar cada uma destas fases justifica-se, por ser um modelo pouco conhecido e assim permitir aumentar a compreensão do fenómeno:

A fase de inclusão é relativa à vontade de fazer as coisas em conjunto. Para que esta fase seja bem sucedida deve dar oportunidade a que as pessoas se expressem sobre elas próprias e conhecer-se e reconhecer-se criando novos relacionamentos. Sem a vontade de trabalhar em conjunto dificilmente se passará à fase de influência, sem ser pela força.

Para o sucesso desta fase é importante que:

“Os membros da equipa se conheçam, assim como as suas respetivas competências;
Os membros da equipa conheçam o trabalho dos outros e as suas responsabilidades;
Os membros da equipa tenham tempo para fazer coisas em conjunto, para se reunir;
Os membros participem nas atividades da equipa que exista um compromisso; Cada um avalie o tempo necessário às atividades em comum; O sentimento de pertença e de identificação com a equipa e o projeto comum seja muito forte” (Duluc, 2000: 209).

No fim desta fase, cada elemento deve sentir-se importante e reconhecido pelos restantes membros. O medo de ser ignorado é assim evitado.

A segunda **fase denominada de influência**, relaciona-se com a definição do papel da equipa e de cada um dos seus elementos, tendo a ver com a elaboração do projeto, definição de objectivos, da visão e da organização da equipa. Nesta fase, é necessário resolver as questões de poder e a liderança, o que evitará a necessidade de comportamentos de defesa, criando um clima sem rivalidades mas de cooperação, que evite o bloqueio ou surgimento de ideias ou da sua circulação, dando oportunidade a todos de comunicar (participar é uma obrigação) (Duluc, 2000).

A **terceira fase designada de abertura**, ou o desenvolvimento da compatibilidade, consiste em abordar abertamente as dificuldades, podendo cada um falar sem receio, num verdadeiro clima de confiança. As dificuldades a ultrapassar nesta fase são:

- “- lisonjas/ para a pessoa se fazer reconhecer e apreciar;
- atitudes diplomáticas, por vezes afetadas/ com falta de sinceridade;
- mentiras, mistérios/ enganos; .
- retenção de informação ou segredos;
- falta de confiança;
- formação de clãs ou de grupos;
- exclusão de certas pessoas/ por ocasião de eventos sociais” (Duluc, 2000: 213).

Como resultado de um clima de confiança e de abertura, podemos esperar que as pessoas se inspirem mutuamente, desencadeiam criatividade, trabalhem em conjunto, contornem as dificuldades, se sintam livres para debater e consigam resolver problemas/realizar projetos.

As equipas falham quando: o objetivo não é compartilhado, a liderança é fraca, existe ausência de motivação, incompatibilidades, recursos escassos, ausência de apoio, programas de trabalho diferentes, tarefas impossíveis de concretizar ou “wrong mix” de capacidades (Tappen, 2005).

Contudo, as equipas não funcionam no vazio, existem dentro de organizações onde são necessárias competências a que a DAE (2008) decidiu denominar como competências coletivas. Os grupos de competências não se devem confundir entre si, quando se trata das competências necessárias ao sucesso organizacional - as competências indi-

viduais, as estratégicas e as externas – e que exigem uma clara delimitação do seu âmbito, para o sucesso do trabalho em equipa.

Competências Coletivas

Como as equipas existem dentro das organizações, torna-se importante contextualizá-las a nível organizacional exigindo que a organização esteja preparada para criar as condições ao bom desempenho. Neste sentido, o quadro geral de competências empresariais permite observar o papel do trabalho em equipa em todo o contexto das restantes competências. Sendo somente uma parcela das competências que interagem com os restantes grupos de competências, é da sua interligação que surge o sucesso organizacional, como se pode ver no quadro que se segue, denominado “modelo de competências empresariais”.

MODELO DE COMPETÊNCIAS EMPRESARIAIS

I. Competências individuais	I.1. Competências de liderança
	I.2. Competências pessoais
II. Competências colectivas	II.1. Competências organizacionais para o trabalho em equipa
	II.2. Competências relacionais para o trabalho em equipa
III. Competências estratégicas	III.1. Competências para a inovação
	III.2. Competências para a internacionalização
IV. Competências externas	IV.1. Competências de gestão do relacionamento com os fornecedores
	IV.2. Competências de gestão do relacionamento com os clientes
	IV.3. Competências de vigilância tecnológica e de mercados

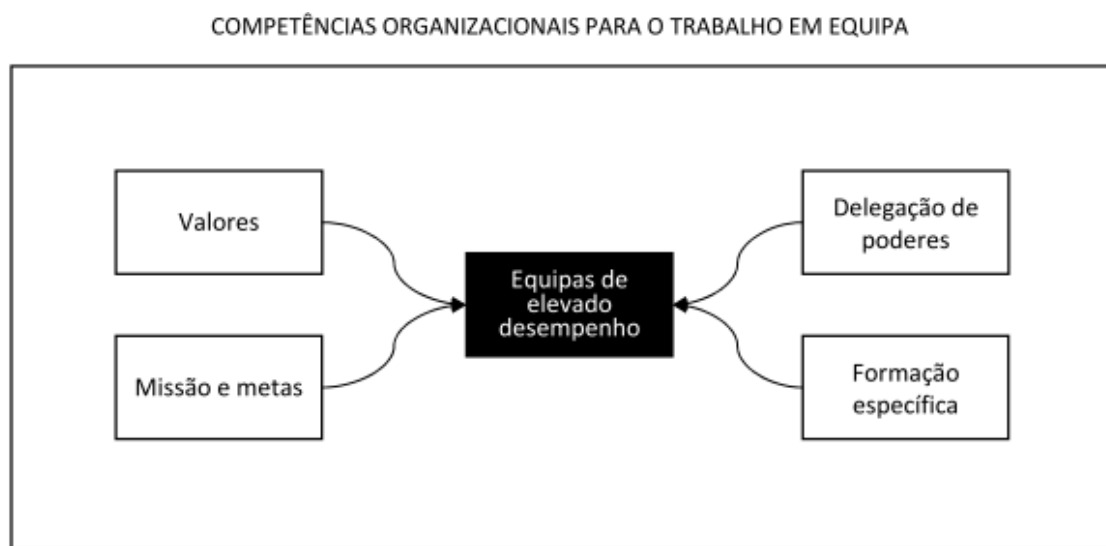
Fonte: DAE (2008: 5)

Neste texto abordaremos apenas as chamadas “competências coletivas” que se referem tanto às capacidades existentes ao nível organizacional, bem como nos trabalhadores individuais e que são de natureza relacional. Só a existência e compatibilização destes dois tipos permitem a eficácia do trabalho em equipa - que vá além do mero somatório das capacidades individuais.

A nível organizacional exigem as seguintes condições:

- “Compreender os valores do trabalho em equipa;
- Comprometer-se em alcançar coletivamente os resultados desejados;
- Possuir autonomia enquanto grupo, dentro do quadro de responsabilidades que lhe foi atribuído;
- Ser capaz de utilizar ferramentas específicas do trabalho em equipa.” (DAE, 2008: 12).

Na figura que se segue resumem-se as competências organizacionais.



Fonte: DAE (2008: 12)

A primeira competência é a capacidade de comunicar os valores do trabalho em equipa, pois eles são necessários para a adoção de comportamentos (relacionais), imprescindíveis ao adquirir das metas coletivas. O trabalho em equipa tem sempre de estar integrado nos valores da empresa.

A segunda competência é a capacidade de estabelecer missões e metas claras para as equipas de trabalho. Significa que devem compreender a importância, o valor e a exequibilidade da sua missão, que deve ser transposta para os objetivos partilhados por todos.

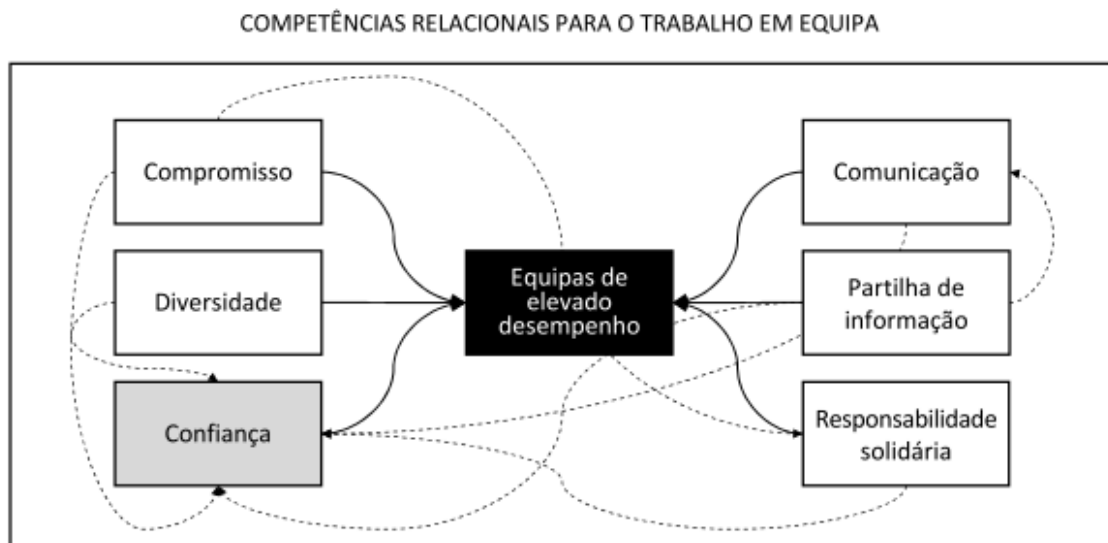
A terceira competência é a capacidade de delegar poderes nas equipas de trabalho, incluindo a liderança e definição de papéis.

A quarta competência é a capacidade de desenvolver competências nos colaboradores, para o trabalho em equipa.

O segundo grupo de competências, designa as **competências relacionais para o trabalho em equipa** e remete para as capacidades individuais dos membros que integram e lideram as equipas e inclui:

- “Partilhar as suas ideias e aceitar a diversidade das ideias alheias;
- Comunicar entre si com eficácia;
- Partilhar informação e conhecimento;
- Assumir compromissos e responder solidariamente.”

Estas apresentam-se na figura que se segue.



Fonte: DAE (2008: 15)

A 1ª competência é a capacidade **de aceitarem a diversidade de ideias** e partilharem as suas competências e conhecimentos bem como, serem capazes de ouvirem e valorizarem as ideias dos outros.

A 2ª competência, é a capacidade relacional e tem a ver com comunicação interpessoal, que é fundamental para o processo criativo e de resolução de problemas. Exige um clima de confiança que permita a cada um poder expor as suas ideias.

A 3ª competência é a capacidade de partilhar informação e conhecimentos. Resulta dos benefícios da complementaridade e permite criar sinergias e obter resultados compensadores.

A 4ª competência é a capacidade de assumir compromissos e responder solidariamente. Reflete-se no assumir de responsabilidades, na cooperação e auxílio mútuo e no assumir o trabalho coletivo, também como seu.

A estas ideias devem-se acrescentar ainda algumas características da equipa de alta *performance*, no entender de outros autores (Portal da Justiça, 2014), nomeadamente a aceitação dos conflitos como naturais e decorrentes da diversidade e não de questões pessoais, (conflito entre pessoas) e o clima aberto, não competitivo e não ameaçador, em que existe uma metodologia clara de tomada de decisões aceite por todos, em que deve predominar o consenso. Exige pessoas motivadas com o objetivo e um sistema de recompensa que traduza o trabalho de todos, não sendo demasiado focado numa base individual. Afinal, nas equipas de futebol quando a equipa perde, perdem todos.

Check List do facilitador de equipa

Resta abordar a questão da liderança, que é essencial para a organização do trabalho em equipa, e que por motivos consonantes com o espírito de equipa, tal como defendido neste texto, não se deve designar como chefe mas sim como facilitador.

A sua conduta deve ter como principal missão ajudar a equipa a ter um bom desempenho; aceitar a opção por caminhos e métodos diferentes dos seus; aceitar o erro como forma de aprendizagem; não impor a sua posição mesmo na resolução de conflitos; deve pautar a sua participação sob a forma de sugestões, procurando enfatizar os comportamentos positivos, elogiando o seu desempenho; procurar entender o ponto de vista da equipa mesmo que discorde; procurar ser um modelo de comportamentos; dar *feedback* sobre os seus progressos e ter atenção para a comunicação não-verbal ser congruente com a comunicação verbal (Portal da Justiça, 2014).

O trabalho em equipa e a interdependência

Embora a independência seja o objetivo major da vida pessoal, e a dependência uma situação indesejável a todos os níveis, existe outro conceito que é vital à vida em comunidade. Na verdade, somos todos interdependentes e seria desnecessário o trabalho em equipa se não fôssemos interdependentes enquanto coletivo em que nos integramos principalmente quando falamos de trabalho organizacional.

O ser interdependente, exige um grau elevado de maturidade emocional que permite que se aceite o contributo e as capacidades dos outros para, a elas, juntar as minhas. Com isso não perdemos a nossa independência, pois podemos terminá-la sempre que se justifique, já que foi uma escolha feita enquanto pessoa independente. Isto significa que os membros dependentes não podem ser interdependentes já que não possuem o poder decisório. Para ter maturidade emocional, para poder trabalhar em equipa de forma profícua, é necessário aceitar a interdependência como condição do sucesso de todos.

Considerações finais

Do que ficou exposto gostaria de deixar claro alguns pontos fulcrais sobre o trabalho em equipa.

Muitas tarefas organizacionais são realizadas de forma coletiva e existem muitas formas de agrupar as pessoas nas organizações, independentemente da estrutura organizacional mais ou menos piramidal e mais ou menos autocrática ou democrática. Certo de que existem muitos problemas e atividades que são ultrapassados/realizadas com a participação de muitas pessoas, que podem ter diferentes formações e graus hierárquicos, persiste sempre a necessidade de harmonização para se atingirem os objetivos. Para muitos, essa é a condição necessária para se designar como equipa, as pessoas que trabalham nestas condições.

Sem menosprezar a importância da dinâmica necessária que as pessoas que trabalham em conjunto desenvolvem para que o trabalho seja realizado, isso não configura, no entanto, uma equipa verdadeira ou de alto desempenho.

Os grupos e as equipas são fenómenos distintos e existem muitas tarefas que são melhor desempenhadas numa base individual. As equipas não são a solução para todos os males da organização.

Para existir uma equipa de alto desempenho ela tem que ter uma tarefa definida, num enquadramento organizacional, que o permita e o justifique, em que se atingem níveis de confiança e abertura nas relações interpessoais, que permitem altos desempenhos que não seriam possíveis numa base de trabalho individual.

A liderança dessa forma de trabalhar deve saber conduzir a equipa de forma a que se usufrua da diversidade de competências e de saberes presentes, criando condições para que todos possam dar o seu melhor.

Referências Bibliográficas

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH.

DAE - Direcção de Assistência Empresarial: Departamento de Promoção de Competencias. (2008). *ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS: Guia de utilização*. Lisboa: IAPMEI.

Duluc, A. (2000). *Liderança e Confiança: Desenvolver o capital humano para organizações competitivas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Portal da Justiça. (26 de Janeiro de 2014). *Portal da justiça federal : Portal do desenvolvimento*. Obtido de <http://portal.cjf.jus.br/cjf>:

<http://portal.cjf.jus.br/cjf/banco-de-conteudos-1/a-competencia-para-viver-em-equipe>

Tappen, Ruth M.(2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática*. Loures: Lusociência.

Teixeira, S. (2013). *Gestão das Organizações (3ª ed)*. Lisboa: Escolar Editora.



7. Knowledge Management in the Health Sector

Knowledge Management in the Health Sector

Manuel Agostinho Fernandes – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Knowledge

We are moving from an industrial based economy to an information/knowledge one and to be competitive in this area we have to do new things in a new way with new strategies or processes. In the industrially-based economy the competitive factor was, labour, land, or financial capital, but now knowledge promises to be the most powerful source of wealth in the 21st Century, and for that its necessary to set a knowledge management system and to have/build learning capacities. The greatest challenge of the knowledge-based economy is innovation.

But before discussing this subject, (knowledge management) it's necessary to clarify the concepts *data*, *information*, *knowledge* and *wisdom*, often used as similar but effectively representing different steps of the same process. The definition of the concepts data, information and knowledge is presented in the following text and summarized in figure 1.

“Data – an item of data (a datum) consists of a label and a value. A Thus, pulse = 80, systolic blood pressure = 120 are data. They convey facts, but tell you little unless you know their context”. (Barham, 2004: 409).

“Information – is the data organized in a meaningful way. If the above data are known to be from an adult ASA 1 patient, this provides information. Clearly the information would be different if the data were from a neonate”. (Barham, 2004: 409).

“Knowledge- can be defined as the information one has acquired e through learning or experience. This implies scious awareness and is the result of processing information

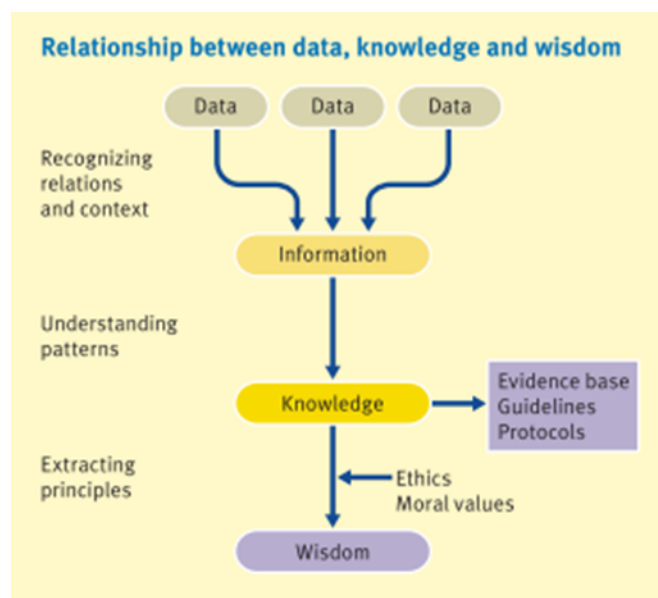


Figure 1

and assimilating it with other information from the environment. For example, the doctor may decide to treat hypertension based on information on the patient, the likely pathology, the pharmacology of antihypertensive drugs and many other factors. All these integrate to produce knowledge. That which enlightens decisions and action” (Barham, 2004: 409).

Understanding- is the process by which one can synthesize new knowledge from previously held knowledge. Understanding answers the ‘why’ questions. (Cooper, 2007: 516)

Wisdom- is an extrapolative process, which includes knowledge in an ethical or moral framework. Wisdom is the process by which we also discern between right and wrong, good and bad. (Cooper, 2007: 516). This is also the ability to make wise decisions based on one’s knowledge, experience, prudence and common sense.

Knowledge acquisition – the main sources are the spoken word, asking colleagues, congress, books, lectures, multimedia, surveys, guidelines, journals and the Internet. The journal combines the accessibility of a textbook with currency of information. (Barham, 2004: 409). The new sources of knowledge are, the mail, mail list, discussion forum web pages, and distributed multimedia (Cooper, 2007: 517).

Problem-based learning – using a problem-based approach to learning influences the recall and application of knowledge. The method is based on using a problem (real or simulated) and access to the knowledge required for its solution. Context is also important. (Barham, 2004: 409).

Kinds of Knowledge and the Transformation Process

Knowledge is intangible, dynamic, and difficult to measure, but without it no organization can survive. Knowledge supports the decision-making process, and we can assume that through understanding knowledge ingredients, better decisions can be made. The KM process may result in improved decision-making and better results. At the organizational level knowledge is the main source for decision-making and core activities organization, being divided in two types: *tacit* and *explicit*.

Tacit knowledge: can be found in people, so it is personal, experiential, context specific; generally in the heads of individuals and teams. (e.g. experience, intuition). It’s difficult to be codified, to become explicit.

Explicit knowledge: Its knowledge organized and codified, which can be used in producing guidelines and protocols. Can easily be written down (e.g. guidelines, protocols, evidence base), (Gerami 2010: 235)

These two types of knowledge interact with each other to create new knowledge or new competencies in professionals or “knowledge workers”. Figure 2 presents the knowledge transformation process. As it can be seen it results from the combination of possibilities of the explicit and tacit, leading to four basic process, socialization, externalization, internalization and combination.

Socialization. Individuals share tacit Knowledge. Includes apprenticeships and learning by doing.

Externalization. Individuals link tacit Knowledge with explicit knowledge

Internalisation. Individuals extract knowledge from newly created organizational tacit and explicit knowledge through “learning by doing”.

Combination. Combine different explicit ideas to create new knowledge

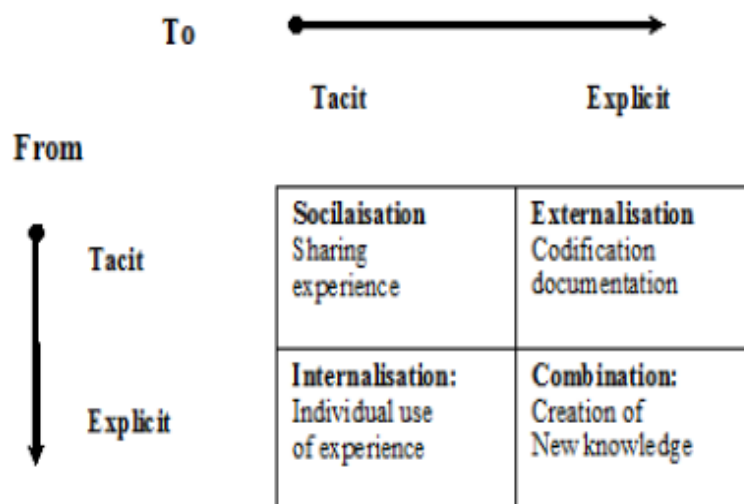


Figure 2 - Knowledge process Gerami, 2010: 235

What is Knowledge Management?

“Knowledge management is a systematic process for acquiring, organizing, sustaining, applying, sharing, and renewing both tacit and explicit knowledge to enhance the organizational performance, increase organizational adaptability, increase values

of existing products and services, and/or create new knowledge-intensive products, processes and services” (Davenport, T.H., DeLong D.W., & Beers, M.C. (1998) in Gerami, Mohsen, 2010: 234). It is the process of making accessible to those who work the information useful and relevant [NASA Agency, 2000, in Gerami, Mohsen, 2010: 234).

It can be represented in different schems, as presented in figures 3 and 4.

Figure 3 – Knowledge management Process (source: Gerami 2010: 235)

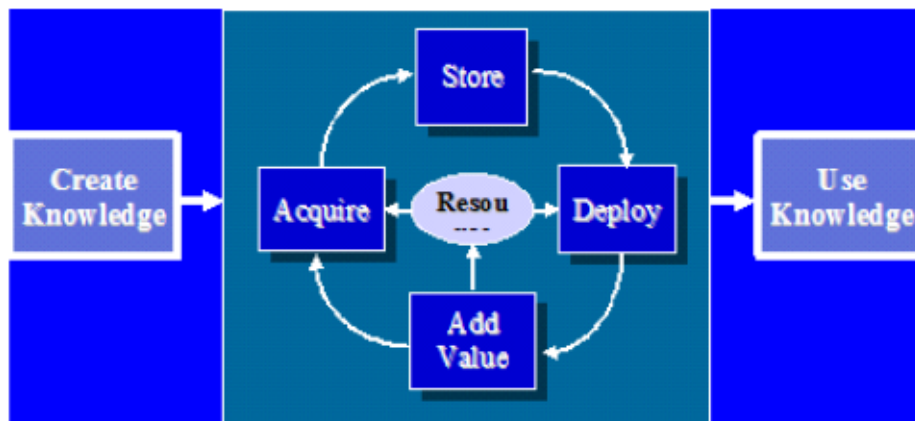
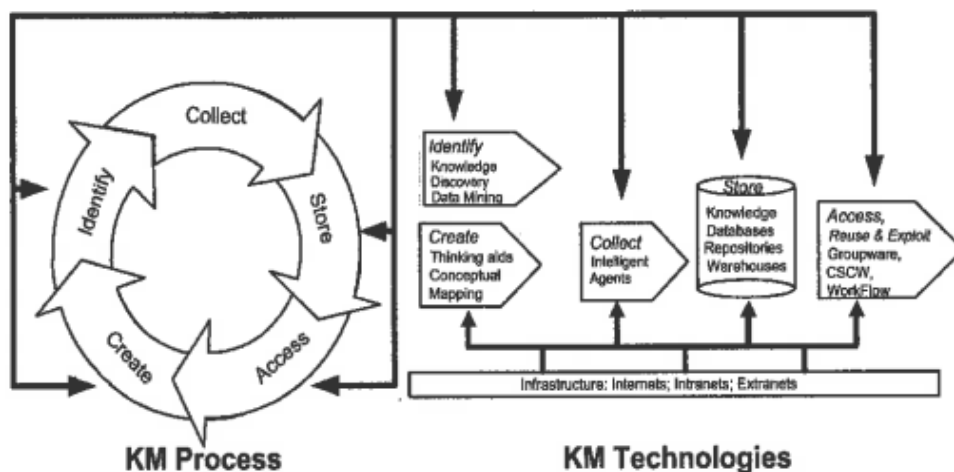


Figure 4 – The knowledge management process modified from Skyme (Dwivedi, Bali and Naguib, 2007: 6).



The knowledge management models presented in the previous figures represent all the spectrum of knowledge activities (Knowledge creation, identification, codification and dissemination). The goal of every knowledge management process is to ensure that all the staff easily accesses the best available knowledge according to the needs to

perform each task in every moment, as this is the key point for every organization's success. To achieve this goal knowledge must be created, captured, shared, and leveraged, in a continuous, virtuous cycle process.

According to Watson (2007: 27) Knowledge management introduced some new concepts, in particular the need:

- to surface 'tacit' knowledge held by individuals in the workforce to benefit the organisation as a whole;
- to manage 'explicit knowledge' codified in procedures, policies, documentation and other materials across the organization;
- to share 'best practices' across the organization".

knowledge management is a contemporary business philosophy that represents the logical extension of three basic trends:

- The increasing amount of digital available information—text, pictures, audio, video—and Internet's ubiquitous presence that conveys this information;
- The globalization of business such that production can occur anywhere in the world and it is the knowledge of how to make products "better, cheaper, faster" that is the true source of competitive advantage; and
- The growing complexity of modern business that require new business processes to deliver "the right information at the right time" in order to ensure accountability and reduce the risk of mistakes. (Guptill, 2005, p.10).

Knowledge management is synergic with the 'learning organisation' and other quality improvement approaches, being a strategic approach to knowledge creation, sharing and use, clearly linked to organisational objectives, and also to quality management and change management.

Knowledge Management in Health Care

The culture of healthcare and health care delivery must become more cost-effective, error-averse, and accountable public resource, and professionals must work in a more collaborative, more transparent, and more proactive manner (Guptill, 2005). This goal

can be achieved through the implementation of a Knowledge management system. In health care a knowledge management, “Is about creation and utilization of healthcare knowledge to improve patient care...., it needs to support and coincide with the temporal evolution of the patient and the corresponding care process” (Abidi, 2007: 68). In health care this is a more complex process than in other sectors because there are:

- Heterogeneous knowledge modalities;
- Variety of knowledge resources;
- Range of healthcare process and environments;
- Range of stakeholders;
- Dispersion of knowledge across individuals, departments and institutions;
- Diverse and unique clinical situations (Abidi, 2007: 68).

Health care specificity justified the need for a paradigm that purposes to integrate all the spectrum of knowledge activities (knowledge creation, identification, codification and dissemination) in healthcare, like the one proposed by Wickramasinghe (2003, in Dwivedi, Bali, and Naguib, 2007: 5). “KM is the discipline that promotes an integrated approach to identifying, managing, and sharing all of an enterprise’s information assets, including data bases, documents, policies and procedures, as well as unarticulated expertise and experience resident in individual workers”.

Knowledge management in health care can be seen as the drive towards evidence-based practice, and is a crucial partner in learning organization approaches (Watson, 2007).

“Among the most important functions of knowledge management programs for health professionals are raising awareness of relevant research evidence, increasing knowledge, shaping attitudes, and persuading them to adapt and use new guidance to improve the quality and reach of health services.(...) For example, clinical guidelines outlining evidenced-based practice are used in the training of health care providers to improve service delivery. At the same time, knowledge management products and services also reach health professionals who do not receive other direct technical assistance but nonetheless can benefit from up-to-date information. For those who do not have the time or resources to search extensively and synthesize the latest research, these products and services organize and format information in readily accessible and useful ways, such as job aides. Without these resources, the average health

professional cannot easily keep pace with the advances in relevant scientific research.”(Sullivan, Ohkuboa, Rinehart and Storey, 2010: 54).

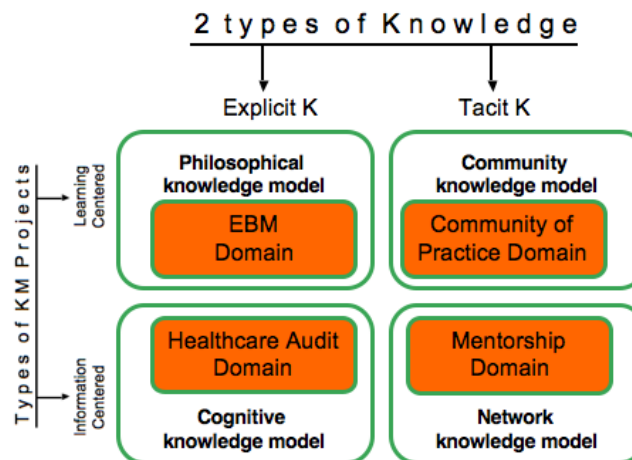
This is particularly relevant due to the explosion and overload of information and technologies currently available and difficult to manage by the individual professional. There is a strong need to support the individual professionals and organizations to access and integrate the available knowledge into their practice. So professionals must be addressed as the starting point of the knowledge management process, as these actors cannot be seen as passive recipients of knowledge, but as active partners in the definition of the knowledge management process. KM can be linked with individual's continuous professional development and the strategic aims of the organization. The KM process in health programs aims to improve the quality of healthcare and health outcomes by providing professionals with the access to KM products and services that they would not otherwise have access, to by “collecting, organizing, and analyzing research and program evidence for use by health professionals, who, in turn, influence professional processes in which they are involved” (Sullivan et al. , 2010: 53).

Knowledge Management Models for Health Care

This model is based on the explicit tacit knowledge dichotomy and the idea that the projects can be divided into information and learner centred activities. The information centred activities focus on existing knowledge dissemination. Learner centred activities focus on learning acceleration. Evidence based Medicine is the most known instance of KM that is in the crossing information activities with explicit knowledge.

This model is based on the balance of explicit and tacit knowledge and the need for both and also the learner and information styles. This model focus the need for each professional to have a portfolio of information management tools and to participate in learning activities, of tacit and explicit knowledge. These activities, presented in the schematic definition in figure n.º 5, are only examples of possible ones.

Figure 5 - Model for KM in primary care



Source: Lusignan & Robison, 2007: 23

Knowledge Management Tools

There are a lot of processes and tools involved in knowledge management, partly through the increased availability of improved information technologies, which enabled them. The tools usually referred as KM depend on the author. According to Cooper (2007) the traditional ones: books, journals, asking colleagues, knowledge audits' and new ones: mailing lists, web mails, discussion forums and distributed multimedia.

Knowledge management tools

- **Intranets** are well-established in many organisations, although in many cases ‘putting information on the intranet’ is seen as a means to an end, rather than as a crucial means of keeping staff informed and communicating with them
- **Extranets** are intranets shared among several organisations, enabling the organisations to share information across their individual workforces – particularly relevant for integrated care with staff from diverse professional backgrounds working in different organisations
- **Communities of interest** are groups of people in an organisation or range of organisations with a shared area of interest. Health and social care have historically seen the importance of ‘networking’ with sub-groups of professional associations, trade unions and other networks offering individuals the opportunity to belong to a group with shared interests within and beyond organisational boundaries
- **Communities of practice** differ from communities of interest in that they are typically a group of people brought together for a specific short-term task-orientated focus. The community of practice will address the task in hand by electronic and face-to-face communication, with increased collaboration across the workforce bringing benefits to the organisation
- **Yellow pages** are online and searchable directories of staff and their expertise, publications and projects, enabling these otherwise ‘hidden’ assets to be made more visible in the organisation. They have been very popular in the private sector, in particular in international organisations with staff on many sites in different countries, as they enable staff to identify expertise quickly within their organisation
- **Blogging** (‘web logging’) is essentially an online diary, updated regularly, in which an individual can share knowledge, comment and other broadcast information. Software makes it very straightforward to establish and update blogs, which offer a much more informal and speedier means of disseminating knowledge than, for example, publishing in a peer-reviewed academic journal
- **Wikis** – Wikipedia (en.wikipedia.org) has been hugely successful in putting into the hands of users the capacity to build a structured knowledge resource. Many organisations have established internal or web-accessible wikis which enable their staff instantly to update internal publications, avoiding a bottleneck created by the need to draft, share, publish and review/update publications in a traditional manner

(Source: Watson 2007^a p. 28)

Other tools

“Knowledge harvesting At the other end of the spectrum, and with shades of Soylent Green, is ‘knowledge harvesting’. It is often used as part of an exit interview to gather useful knowledge before the worker leaves the organisation or moves across the organisation into another role. This highlights the major challenge with sharing any knowledge held by an individual: that in many organisations the possession of such knowledge, built up over many years, will quite naturally be seen by the individual as something to be protected, rather than shared. The Knowledge Management Library of the NHS National Library for Health has a useful summary of this technique, and there is now a licensed technology available!” (Watson 2007b,p.42)

“Storytelling A much ‘softer’ approach to surfacing the expertise and knowledge that staff possess is ‘storytelling’, a technique commonly used in change management processes. In knowledge management it is a dynamic process by which individuals can contribute through narratives on successful projects, highlighting their skills and expertise in a verbal manner rather than having to commit to paper, and doing so in a group forum, enabling that knowledge to be explored and shared. An example is that of ‘anecdote circles’ as developed in Australia, which describe how ‘story spines’ can be used to encourage staff to reflect on work practice. However, those whose preference is for the traditional research hierarchy, who will bear in mind the criticism that ‘the plural of anecdotes is not data’, will doubtless have reservations about such techniques.” (Watson 2007b,p.42)

“Content Management: Core to a knowledge management strategy is to develop a centralized knowledge “library” with various “layers” of information, such as corporate policies and procedures; organizational resources, such as directories, performance reports, or HR tools and forms; and community specific resources, such as membership lists, work process templates, or project management tools. Developing a valuable content repository to facilitate knowledge exchange requires a thoughtful plan for determining the types of content to be published, levels of security access, publishing formats, and processes for ensuring that the content posted is accurate, up-to-date, and consistent”. (Guptill, 2005, p.12)

“Knowledge and Capability Transfer: Knowledge management can be distinguished from information management in that it is actionable and should result in changed behavior as a result of knowledge sharing. Knowledge transfer should spark innovation, operational process improvement, and enhanced patient care. The act of transferring knowledge in a manner that results in new behavior can be compared to the process of diffusion of innovation within or across organizations.” (Guptill, 2005, p.12)

“Performance Results Tracking: Classically there are three types of measures that are tracked as a result of an on-going knowledge management program:

- Outcomes measures that reflect attainment of financial, clinical, or operational performance targets;
- Process measures that track activity that is expected to yield results, such as the number of participants in communities of practice, the quantity and quality of knowledge sharing activities, and the depth of organizational involvement in knowledge sharing processes; and
- Satisfaction measures that track improvements in employee attitude, physician engagement, and consumer satisfaction with the care process. (Guptill, 2005, p.13)

Technology and Support Infrastructure: Web-based technology is a tremendous enabler of knowledge management, in that it simplifies the collaborative process, makes knowledge instantly available on a global basis, and provides the structure for publishing content in a searchable form for knowledge capture and re-use.” (Guptill, 2005, p.13)

To Watson (2007: 27) the tools are: knowledge harvesting; use of narrative and story-telling; communities of practice; communities of interest; knowledge directories; intranets; yellow pages; extranets; document management systems and, more recently, ‘blogging’ and ‘wikis’.

To Guptill (2005, p.11) there are five major components of knowledge management as this discipline is applied to health care: 1. Communities of practice; 2. Content management; 3. Knowledge and capability transfer; 4. Performance results tracking; and 5. Technology and support infrastructure.

Found in research as strategies used in real places Kothari (2011) found as KM tools, training sessions, communication technologies, process mapping and communities of practice.

This variety of strategies and tools found in the literature is enough to explain the richness of possibilities in this subject. In the next paragraphs each of the tools mentioned above is presented according to the authors.

The next topic develops knowledge sharing as an important process to practitioner's continuous development, and good practices.

Health Care Knowledge Sharing

According to Abidi (2007,p.67), "knowledge sharing can be regarded as a systematically planned and managed activity involving a group of like-minded individuals engaged in sharing their knowledge resources, insights, and experiences for a defined objective" and can have a variety of objectives from organizational learning, peer support, capacity building or collaborative problem solving. This sharing activity must satisfy the needs of an evolving clinical situation and also satisfy some constraints like: operational protocols; proliferation of new knowledge; diversity of sources and access mediums; trust and applicability in the share knowledge and knowledge sharing culture. (Abidi, 2007:. 69).

Knowledge sharing is important to support clinical decision, patient education; empowerment programs; practitioner education; translation of knowledge to practice; policy making, guideline formulation; support to patients and dissemination of clinical research findings among others. (Abidi, 2007:69). The aim of Knowledge sharing can be characterized as:

- Provide focused access to evidence-based knowledge sources;
- Share the unpublished intrinsic experiential know-how;
- Establish a culture of collaboration between stakeholders.

Types of knowledge Sharing

The type of knowledge sharing methodology applied in each situation depends on the subjects that mediate the sharing activities and are:

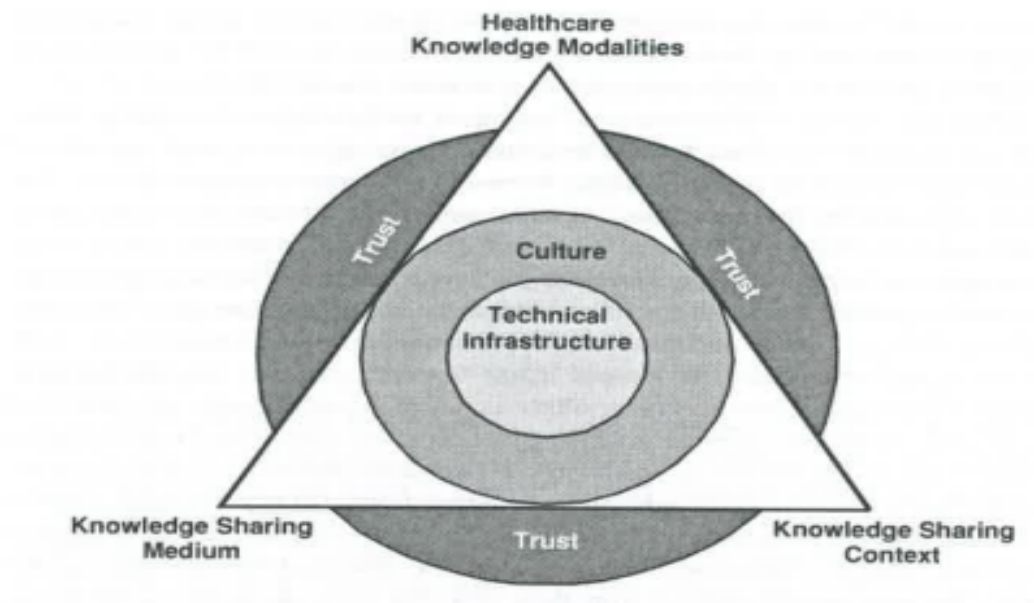
- **Artefact-mediated knowledge sharing.** Using some artefact to mediate the sharing activity. As examples: research article, clinical practice guideline, databases or e-mail. All of these serve the purpose of stimulating discussion and sharing experiences.
- **Experience-mediated knowledge sharing.** It's about sharing clinical operational and psychological experiences, insights and know-how about a health care topic, using a communication medium.
- **Resource-mediated knowledge sharing.** Identification of knowledge sources like experts, websites, forums shared as potential sources for a specific topic.

Note: Knowledge sharing activities occur in routine informal activities like solving conversations about clinical cases, clinical situations, clinical guidelines, appraisal of a research article, published evidence, reviews, therapeutics, health maintenance information to patients. They occur in an informal manner in a limited time, so is not sustained for future sharing activities, the knowledge created and shared is not recorded for the future use, the medium is not maintained in the future, the sharing culture is not promoted and not consolidated. (Abidi, 2007, p. 70)

A model for Knowledge sharing

This model has three levels: conceptual, operational and compliance. The conceptual level defines three elements: health care knowledge modalities, knowledge sharing medium and knowledge sharing context. The operational level is about technical infrastructure and the creation of a culture of collaboration between stakeholders. The compliance level is about the trust in the shared knowledge.

Figure 6 – The Links model for healthcare knowledge sharing (source: Abidi, 2007, p.71)



In the following paragraphs each of the Links model pillars is explained in detail: Health care knowledge modalities; knowledge sharing medium and knowledge sharing context.

Health care knowledge modalities

There is a great diversity of knowledge sharing modalities to be shared between stakeholders, typically in the line of explicit and tacit knowledge. Explicit knowledge is about resistant information, available in validated information resources, most in the written form, on how things must work. Tacit knowledge is the non-formal knowledge of practitioners including their know-how, skills and intuitive judgment about what really works.

In more specific terms of knowledge sharing can be divided into:

- Tacit knowledge of practitioners in terms of, problem solving skills, judgment and intuition;
- Practitioner's clinical experience and lessons learned through practice;
- Collaborative problem solving discussions;
- Published medical literature and clinical practice guidelines;

- Clinical protocols and pathways;
- Medical education content;
- Patient specific educational interventions;
- Psychological support and rehabilitation discussions of patient groups;
- Formal decision-support, decision models;
- Social networks involving members of a community of practice;
- Data-mediated knowledge; clinical observations, diagnostic tests and treatments stored in the clinical records. (Abidi, 2007, p.71-72)

Knowledge sharing medium

A sharing activity is hallways practiced via a medium. It can be most commonly a face-to-face environment or a more technological based one, as virtual meeting environments like Internet point-to-point or multipoint. Broadcast email, recommender systems-to-patient with recommendations (Abidi, 2007, p. 75-76); they can be:

- web-based portal to disseminate static health care knowledge with extensions to a personalized stakeholder profile;
- Online discussion forum;
- Online training environments such web CT;
- Peer to peer networks to sharing Knowledge between a dedicated community of practice;
- Online health care knowledge repositories.

Knowledge sharing context

The context entails stakeholder needs, interests, learning/consuming capacity, and to plan an activity of knowledge sharing it's necessary to specify the constituents of context and incorporate them in the plan. The context is defined by the topic, motivation, temporal relevance and stakeholders (Abidi, 2007: 72-75):

- A- The topic (subject of the shared knowledge), may from quite generic, to extremely specific, depending on the objectives of the stakeholders
- B- The motivation for knowledge sharing, can be diverse: instigate collaborative problem solving; educate peers, to negotiate and validate one's thinking, to

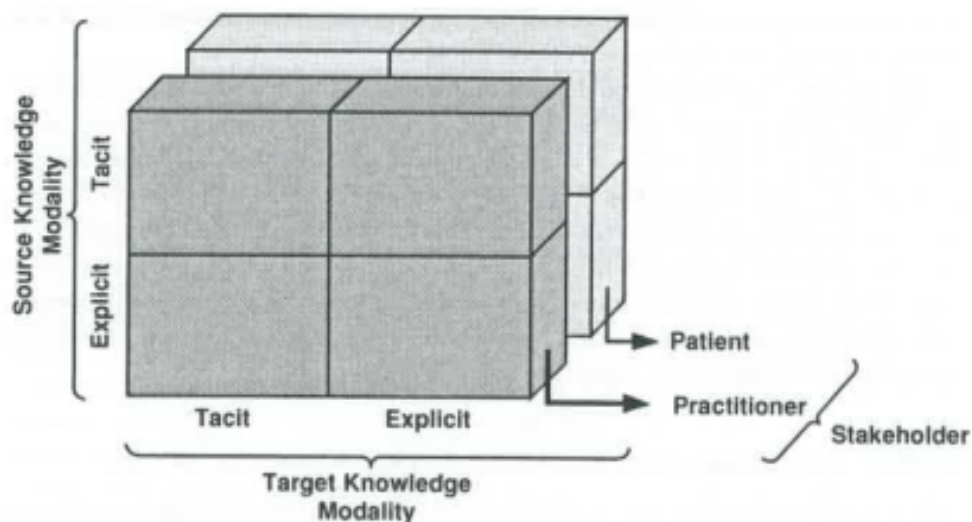
build capacity in a specific area, to address knowledge gaps ... each participant may state her motivation to share knowledge

- C- The temporal relevance of the shared knowledge: its connection with the patients' needs in each moment, depending on the Patient's evolution: etiology, diagnosis, treatment.
- D- The orientation of the multidisciplinary stakeholders engaged on the knowledge sharing exercise. Stakeholders must be characterized, so depending on the stakeholder's orientation influences the KS exercise (patients, practitioners, community). There must be a profile for each stakeholder or stakeholder group

Healthcare Knowledge Sharing - Prevailing Practices

Sharing activities is quite relevant among healthcare stakeholders. A three-dimensional model can explain: the source knowledge modality, the target knowledge modality, and the stakeholders (In these terms we can approach a practitioner perspective or the patient's view). (View figure 7, Adopted from Nonaka's two dimensional knowledge creation model, in Abidi 2007, p.77).

Figure 7 - Adopted from Nonaka's two dimensional knowledge creation model, in Abidi (2007: 77)



In this text we only address the practitioner's perspective, but the patient's perspective is also a very important one. From the practitioner's perspective the objectives are to improve the patient's care and health and it entails:

- Dissemination of published evidence;
- Sharing experiences, insights, know-how;
- Formulating communities of practice around a specific care topic.

In the following text the possibilities of sharing considering the tacit and explicit knowledge as base for exchange are detailed.

Practitioner tacit to tacit sharing

When there is no evidence available, the tacit knowledge is a good alternative. The sharing activity can be by socialization and helps fellow practitioners to know the solution that works in a specific situation. It can be:

- **Collaboration in solving complex problems** in common activities.
- **On line discussion forum.** It begins with the presentation of a case or a problem and anybody with interest or expertise can respond, with discussion including experience viewpoints and theories related to practice and conclude with a peer-validated solution.

This type of knowledge is very valid as it originates in specialized practitioners and it's analysed and validated by peer review. The knowledge sharing process through discussion as two outcomes: the problem-solving aspects and the learning aspects, when they see the problem-solving strategies as a reasoning method used by expert practitioners. (Abidi, 2007, p.77)

Practitioner tacit to explicit

It is a process of *externalization* and *codification* of a practitioner tacit knowledge that is explicated during a problems solving activity or critical analysis of evidence and professional practice. They can be:

- **Online discussions;**
- **Formulation of clinical guidelines and protocols,** resulting from specialist practitioners sharing experiences and viewpoints. Here the tacit knowledge is explicated, captured and codified to realize an explicit knowledge artifact.

- **On line educational programs**, seminars and talk.
- **A social network**. The analysis of a network leads to externalization of implicit social knowledge (Abidi, 2007, p.78)

Practitioner explicit to explicit

It is the process of *combining* explicit knowledge resources. It involves the exchange of relevant and validated knowledge artefacts such as research papers, clinical studies or guidelines. Is the case of systematic review, when the analysis of some articles leads to a new paper (Abidi, 2007: 79).

Practitioner explicit to tacit

It is the process of *internalization* of shared explicit knowledge into mental models behaviours, knowledge construction by practitioners and the translation to the professional practice.

It can achieve by indirect mediums, such as web portals, knowledge artefacts direct emails and on line training (WebCT) (Abidi, 2007: 79).

“one my regard Internalization or Codification as the ultimate objective of health care Knowledge sharing i.e. to improve the practice and the delivery of health care by optimally sharing evidence and in turn, accordingly adjusting clinical practice to achieve better outcomes” (Abidi, 2007, p.79)

Communities of Practice

It is one of the most important modalities of knowledge sharing, and refers to groups of people who share a concern or a problem and who come together to interact, learn and create a sense of identity, and in the process, build and share knowledge and solve problems.

“Communities of practice are formed by people who engage in a process of collective learning in a shared domain of human endeavour: a tribe learning to survive, a band of artists seeking new forms of expression, a group of engineers working on similar problems, a clique of pupils defining their identity in the school, a network of surgeons ex-

ploring novel techniques, a gathering of first-time managers helping each other cope. In a nutshell:" (Wenger 2006: 1)

"Refer to groups of people who share a concern or a problem and who come together to interact, learn and create a sense of identity, and in the process, build and share knowledge and solve problems." (Ranmuthugala, et al, 2010, p.v).

These communities have three characteristics, the domain, the community and the practice:

The domain: It has an identity defined by a shared domain of interest. Membership therefore implies a commitment to the domain, and therefore a shared competence that distinguishes members from other people.

The community: In pursuing their interest in their domain, members engage in joint activities and discussions, help each other, and share information. They build relationships that enable them to learn from each other.(...) Nevertheless members of a community of practice do not necessarily work together on a daily basis.

The practice: Members of a community of practice are practitioners. They develop a shared repertoire of resources: experiences, stories, tools, ways of addressing recurring problems—in short a shared practice.

This takes time and sustained interaction. It is the combination of these three elements that constitutes a community of practice. And it is by developing these three elements in parallel that one cultivates such a community. (Wenger 2006, parag. 2).

Typical Activities of a Community of Practice

A Community of practice can develop its work through a diversity of activities. The following activities are proposed by Wenger (2006, parag. 3)

<i>Problem solving</i>	"Can we work on this design and brainstorm some ideas; I'm stuck."
<i>Requests for information</i>	"Where can I find the code to connect to the server?"
<i>Seeking experience</i>	"Has anyone dealt with a customer in this situation?"

<i>Reusing assets</i>	"I have a proposal for a local area network I wrote for a client last year. I can send it to you and you can easily tweak it for this new client."
<i>Coordination and synergy</i>	"Can we combine our purchases of solvent to achieve bulk discounts?"
<i>Discussing developments</i>	"What do you think of the new CAD system? Does it really help?"
<i>Documentation projects</i>	"We have faced this problem five times now. Let us write it down once and for all."
<i>Visits</i>	"Can we come and see your after-school program? We need to establish one in our city."
<i>Mapping knowledge and identifying gaps</i>	"Who knows what, and what are we missing? What other groups should we connect with?"

In the organizations it is important to develop the concept of collaboration among individuals with a shared common, purpose, or interest when discussing how knowledge is shared, used, and communicated. This can be reached in a community of practice. Nonetheless these communities do not have such a designation in all organizations. They are known under various names, such as learning networks, thematic groups, or tech clubs.

In March 2001, Etienne Wenger completed a comprehensive review of software products that support communities of practice, categorizing them into the following types of enabling technology tools:

- Knowledge bases (content management tools such as Documentum);
- Access to expertise (many incorporated into email tools such as Ask-Me);
- ELearning spaces (ranging from interactive collaboration tools such as Blackboard to learning management systems such as HealthStream);
- Synchronous interactions (online Web meetings such as WebEx or NetMeeting);
- Discussion groups (ranging from simple listservs to asynchronous discussion boards, products include WebCrossing and Prospero);

- Web site communities (linking people to people as well as to documents, tools like Communispace or, while not mentioned in Wenger's list, NewSof);
- Project spaces (many of which are linked to Outlook email and incorporate shared folders and project management tools); and
- Knowledge workers' desktop tools (customizable Web portals such as Plumtree). (In Guptil, 2005: 13--14).

Other communication tools can also be used in knowledge management processes, like forums, events, libraries, blogs and wikis. E-mail with alerts from community.

Objectives of Communities of Practice

The importance of communities of practice is synthesized by Cambridge, Kaplan and Suter (2005: 1) as:

- **Connect people** who might not otherwise have the opportunity to interact, either as frequently or at all.
- **Provide a shared context** for people to communicate and share information, stories, and personal experiences in a way that builds understanding and insight.
- **Enable dialogue** between people who come together to explore new possibilities, solve challenging problems, and create new, mutually beneficial opportunities.
- **Stimulate learning** by serving as a vehicle for authentic communication, mentoring, coaching, and self-reflection.
- **Capture and diffuse existing knowledge** to help people improve their practice by providing a forum to identify solutions to common problems and a process to collect and evaluate best practices.
- **Introduce collaborative processes** to groups and organizations as well as between organizations to encourage the free flow of ideas and exchange of information.
- **Help people organize** around purposeful actions that deliver tangible results.
- **Generate new knowledge** to help people transform their practice to accommodate changes in needs and technologies (2005: 1).

References

Abidi, S.S. Raza (2007). HealthCare Knowledge Sharing: Purpose, Pratices, and Prospects. In R.K. Bali & A. N.Dwivedi (Eds), *Healthcare Knowledge Mangement: issues, Advances and Sucesses* (pp.67-86). New York NY): Springer.

Barham, Chris (2004). Knowledge management. *Anaesthesia and intensive care medicine* 5:1, 409.

Bukowitz, W.& Williams, R. (1999). The Knowledge Management Fieldbook. Pearson Education Limited

Cambridge, D., Kaplan, S.& Suter, V. (2005). Community of Practice Design Guide: A step-by-step guide for designing & cultivating communities of practice in Higher Education. Retrieved on 28 february from,

<http://net.educause.edu/ir/library/pdf/NLI0531.pdf>

Dwivedi, A.N., Bali, R.K. & Naguib, R.N.G (2007). Building New Health Care Management Paradigms: A case for Healthcare Knowledge Management. In R.K. Bali & A. N.Dwivedi (Eds), *Healthcare Knowledge Mangement: issues, Advances and Sucesses* (pp.3-10). New York NY): Springer.

Paul Cooper (2007). Knowledge management. *Anaesthesia And Intensive Care Medicine*. 8:12, p.516-517.

Gerami, Mohsen (2010). Knowledge Management. *International Journal of Computer Science and Information Security*, Vol. 7, No. 2.

Guptill, J. (2005). Knowledge Management in Health Care. *J Health Care Finance*; 31(3): 10–14.

Lusignan, S. & Robison, J. (2007). Clinical Kowledge Management: a model for primary care. In R.K. Bali & A. N.Dwivedi (Eds), *Healthcare Knowledge Mangement: issues, Advances and Sucesses* (pp.11-27). New York NY): Springer.

Sullivan, T.M., Ohkuboa, S., Rinehart, W. & Storey, J.D. (2010). From research to policy and practice: a logic model to measure the impact of knowledge management for health programs. *Knowledge Management for Development Journal*. 6 (1), 53–69.

Watson, Mark (2007). Knowledge Management in Health and Social Care. *Journal of integrated care*; 15,1.

Watson, Mark (2007b). Knowledge Management and Staff Expertise in Health and Social Care. *Journal of integrated care*; 15, 5: 41.

Wenger, Etienne (2006). Communities of practice a brief introduction June, 2006 Retrieved on 24 february, 2012 from <http://www.ewenger.com/theory/>

Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C., Georgiou, A., Westbrook, J.I. & Braithwaite, J. (2010). Communities of Practice in the Health Sector: A systematic review of the literature; Australian Institute of Health Innovation, retrieved from the internet 24 february 2012 from, <http://www3.chi.unsw.edu.au/pubs/CoP%20monograph.pdf>

Kothari, A., Hovanec, N., Hastie, R & Sibbald, S. (2011). knowledge management in health care: A systematic review, BMC Health Services Research 2011, 11:173, Retrieved on 28 february 2012, from, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/173>



8. Vulnerabilidad, género e intervención en contextos situados

8. Vulnerabilidad, género e intervención en contextos situados

Flores-Palacios Fátima¹ - Centro Peninsular en Humanidades y en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción

Es de todos sabido que a partir de las investigaciones de Kurt Lewin (1973) entre 1946 y 1952 quien originalmente definió la investigación-acción como un proceso cíclico de exploración, actuación y valoración de resultados-, se desarrollaron las formulas interpretativas subsecuentes acerca de esta metodología a través de diversos enfoques y en consecuencia se pueden establecer metas específicas que integran el mismo sentido originalmente planteado, que es incidir en problemas o fenómenos sociales que se destacan por su impacto o importancia en el desarrollo e interacción de una comunidad. Si bien, teóricos como Lawrence Stenhouse y John Elliott en los años setenta, apuntaron mucho más hacia la importancia que tienen las prácticas en la comunidad, mencionando que la investigación-acción se refiere a “el estudio de una situación social para tratar de mejorar la calidad de la acción en la misma” (Elliot 1993: 88).

El sentido lewiniano referido a la acción se mantiene, pero es hasta los años ochenta que la propuesta de cambio se integra verdaderamente a un proceso colectivo mucho más en el sentido de cambio social que cambio individual. En América Latina este desarrollo tuvo impacto en la posibilidad de ir creando una psicología mucho más “autóctona” como la nombró Gerardo Marín en 1975 (1980), sentando las bases de lo que más tarde fue reconocida como Psicología Comunitaria, esto quiere decir que por la forma y desarrollo de esta orientación social, la Psicología Comunitaria difícilmente se puede comprender al margen de la investigación-acción. En nuestro continente latino esto es una realidad, pero esto no es fortuito, puesto que consideramos que debido a las circunstancias y realidades sociales generalmente inmersas en condiciones de pobreza y desigualdad social, se han creado condiciones de vulnerabilidad social que demandan una respuesta no solo desde el estado y la

¹ Flores-Palacios Fátima: fatimafpalacios@gmail.com

generación de políticas públicas sino también desde la vinculación de la investigación con las respectivas culturas. En otro momento apuntamos que “este enfoque fue convirtiéndose en una fuerte tradición en la Psicología Social Latinoamericana, logrando cierta independencia del modelo psicologicista y por sus posicionamientos social y la importancia que adquirió el conflicto social en esa vertiente, un poco más tarde se hermanaría con cierta tendencia de la Psicología Social de la Liberación de Martín Baró” (Flores-Palacios 2011: XXIII). Ambas consideradas por la psicología hegemónica, como poco científicas y más bien populistas.

Sin embargo, la fuerza intrínseca del cambio social y de reconocimiento de los seres humanos capaces de transformar su realidad es justamente lo que le ha dado a esta perspectiva la fuerza para mantenerse en el diálogo científico, generando conocimiento desde el saber de sentido común y desde la vida cotidiana, en donde las prácticas tienen sentido porque son consideradas expresiones de pensamiento que se construyen desde la interacción, es decir desde la misma intersubjetividad, desde el espacio que se construye entre el individuo y su experiencia relacional con su mundo, sus afectos y sus historias, cada uno construyendo, deconstruyendo y reconstruyendo eventos de la experiencia vivida para dar sentido y lugar al significado. Se tejen cadenas de sentidos y significados que constituyen la red de representaciones sociales con que se intenta guiar la explicación de la permanencia en el mundo relacional pero “también son un marco flexible que permite incorporar distintas formas de investigación e intervenir para transformar el medio ambiente y fortalecer a las personas en el proceso” (Mora-Ríos y Flores-Palacios 2010: 371).

En resumen la investigación-acción reúne algunos requisitos que la identifican, como el hecho de tener el propósito de analizar las condiciones situacionales de la comunicación que pueden ser problemáticas, contingentes o que requieren ciertas respuestas prescriptivas, así como de tener un diagnóstico que permita profundizar en fenómenos sociales que se destacan en la dinámica de la interacción y de generar explicaciones acerca de las situaciones observadas entre actores y contexto, a fin de tener en la medida de lo posible una comprensión de la realidad que constituye las dinámicas de las comunidades teniendo en cuenta que las subjetividades constitutivas de ese grupo o comunidad, pueden ser muy diferentes según el referente histórico de los grupos que las conforman. De ahí que asumiremos la vulnerabilidad como “e/

proceso que integra aspectos objetivos y subjetivos de acuerdo a la propia historia y condición de las personas y como tal no es una constante, pero si un elemento latente que se aloja en la constitución misma del sujeto universal y que emerge de un contexto de interacción específico (Flores-Palacios, 2010-2014). Identificando estos elementos aparte de los denominados de sentido común y que constituyen la vulnerabilidad en las personas, es que se introduce el término de vulnerabilidad recursiva para explicar el sentido y necesidad de identificar los aspectos positivos y las capacidades que las personas tienen en sí, es decir que en este texto también se muestra la posibilidad de reconstruir estrategias que mejoren la capacidad de vida, incluso en la adversidad y en un contexto específico.

Recurrir al término de vulnerabilidad implica abordar una categoría de análisis compleja que por sus propias características representa introducir la discusión en los diversos fenómenos que la constituyen, sean estos externos o internos pero siempre en un contexto o situación determinada. Las definiciones acerca de este término son muchas y varían de acuerdo a modelos explicativos, disciplinares o de intervención en donde se complejiza con posiciones políticas y sociales que están inmersas en los distintos campos de acción social y es por esta característica de la vulnerabilidad que se dificulta el poder utilizar una aproximación como única o válida, se trata más bien de intentar definir desde qué ángulo de los diversos enfoques o posturas al respecto de la vulnerabilidad, reflexionamos o incidimos en la realidad de los grupos o culturas de estudio. Autores como Busso, 2005; Figueira, 2001; Katzman, 1999; Moreno y Moreno, 2008 han desarrollado toda una perspectiva macrosocial de modelos explicativos que tienen una particularidad en común, que es el centrar su análisis a partir de variables específicas como la pobreza, indefensión social o los llamados activos. Por otra parte, autores como Alwang, Siegel y Jorgensen (2001); Cardona (2004); Oliver y Hoffman (1999); Thywissen (2006: 449), han enfocado sus esfuerzos al desarrollo de concepciones teóricas y reflexiones a partir de disciplinas específicas que también han aportado interesantes aspectos de manera relacional. Por lo tanto, en estudios que consideran la vulnerabilidad como una de sus vertientes más significativas, es recomendable al menos aclarar desde qué postura o desde qué marco conceptual está orientado el estudio, a fin de evitar confusiones en el uso de esta categoría que puede ser únicamente de análisis o bien como concepto marco que puede describir procesos explicativos centrados

en una reflexión además epistémica, de ahí que sea fundamental tener en cuenta estos criterios, además de los ya más que discutidos ideológicos en la intervención misma. Por otro lado, cuando se utiliza esta categoría o marco conceptual es de vital importancia al menos enmarcar cierta definición que oriente su apropiación en los estudios culturales para no caer en aquello que Lajonquiére (1998) ha denominado, categorías vacías de contenido.¹

Como ya se anunciaba al inicio, una de las vertientes más exploradas en este campo es aquélla que remite a contextos de pobreza y exclusión social en donde las condiciones socioeconómicas son el factor determinante para el desarrollo de la vulnerabilidad, esta tendencia desde nuestro punto de vista, tiene su origen en la realidad de la pobreza en países como México en donde existen 52 millones de mexicanas y mexicanos que se encuentren en situación de pobreza, y 11.7 millones en condición de pobreza extrema, lo que permite dimensionar la magnitud del problema, “ la vulnerabilidad parece ser un rasgo social dominante propio del nuevo patrón de desarrollo en los países de la región. Esto es lo que la convierte en un interesante concepto explicativo de la problemática social de fines del milenio, complementario a los tradicionales enfoques de pobreza y de distribución del ingreso” (Pizarro, 2001).

Autores como Kaztman (2001) sostienen que es bajo el impulso de procesos de desindustrialización, achicamiento del Estado y acelerada incorporación de innovaciones tecnológicas en algunas áreas de actividad, que se reduce la proporción de ocupaciones protegidas y estables, aumentando la disparidad de ingreso entre trabajadores de alta y baja calificación y se intensifican los problemas de desempleo y subempleo, que afectan en particular a estos últimos y trae en consecuencia un alejamiento en la brecha entre pobres y no pobres. Desde esta noción, se observan claros efectos en la precarización del poder adquisitivo que tienen aquéllos que están de lado de la pobreza, lo que impacta directamente en su calidad de vida y en las pocas o nulas oportunidades de acceso al mercado de consumo, generando además una situación desalentadora y desesperanzadora no solo de su presente sino también del futuro. Desde esta perspectiva también se toma en cuenta el acceso a la

¹ El autor se refiere al uso indiscriminado que se da en ciencias sociales a diversas categorías como vulnerabilidad, identidad, ideologías, subjetividad, intersubjetividad, etc. Sin existir una concordancia mínima o acuerdos que permitan establecer cierto diálogo multidisciplinar sino que ésta situación de definición disciplinar, termina por mantener categorías vacías de contenido.

educación, servicios de salud y vivienda como factores que intervienen y que son medibles en el rango de vulnerabilidad.

Por su parte los estudios de Caroline Moser a partir de la mitad de la década de los noventa culminaron en el denominado “Asset/Vulnerability Framework” o Marco de Activos/Vulnerabilidad. Dentro de este marco, se resalta el hecho de que la mayor debilidad o vulnerabilidad de los pobres para poder superar las crisis sociales y económicas, así como para hacer frente a su vida cotidiana y los retos que esta les acarrea, podría ser contrarrestada con una adecuada gestión de los activos (una serie de recursos con los que los individuos, grupos o comunidades cuentan y de los cuales pueden echar mano justamente para contrarrestar crisis o fenómenos adversos) que tienen, independientemente de que sus ingresos sean escasos (Moser, 1998). La autora sintetiza una versión del concepto de capacidad de Sen con el objeto de caracterizar en un nivel micro de análisis el comportamiento de las familias pobres enfrentadas ante situaciones de crisis económica. El concepto de activos que Moser utiliza, hace referencia a “una amplia gama de bienes, recursos o atributos que pueden ser movilizados por las personas para mejorar su nivel de bienestar o para superar situaciones adversas. Los activos sirven a las personas para enfrentar los riesgos o, en su defecto, para adaptarse activamente a sus consecuencias” (Moser, 1998: 21). Además esta perspectiva, también considera que las relaciones intradomésticas constituyen un activo, que depende de la estructura, la composición y la cohesión del hogar, lo que implica reconocer un papel más amplio a las variables demográficas en la configuración de la vulnerabilidad social (Moser, 1998), lo que consideramos referencial para los estudios de género y vulnerabilidad, tomando en cuenta las dinámicas intrafamiliares y roles que constituyen la cotidianidad de las familias y sus propios universos.

Kaztman (1999), siguiendo los mismos lineamientos desde el modelo activos-vulnerabilidad-estructura de oportunidades (AVEO), propone que la vulnerabilidad social es también el resultado de la interacción de dos factores primordiales: por un lado, la estructura de oportunidades a la que se hizo referencia y por otro, los llamados activos así como las prácticas, comportamientos y creencias de los sujetos, que tienen que ver con el uso que hacen de estos recursos, es decir, de sus activos. Como esta perspectiva permite de alguna manera considerar las prácticas, comportamientos y las

creencias de las personas, puede ser utilizado para orientar el riesgo contextual que será desarrollado más tarde.

De ahí que uno de los enfoques al que recurriremos y sobre el que problematizaremos frecuentemente, es el de la vulnerabilidad social atendiendo a sus dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico, social, epidemiológico o de carácter traumático y por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento (Pizarro, 2001). Otro de los enfoques que intentaremos fundamentar a partir de nuestra experiencia en investigación con población seropositiva, alude directamente al plano emocional, considerando la experiencia de vida y los recursos que se tienen para enfrentar la adversidad de la enfermedad vista como un proceso.

Por su parte, Arriagada (2005); ha redimensionado el fenómeno de la pobreza como una derivación de acceso restrictivo a la propiedad, bajos ingresos y bajo consumo, de limitadas oportunidades sociales, políticas y laborales, así como de insuficientes logros educativos, en salud, nutrición, acceso, uso y control en materia de recursos naturales, incluyendo otras áreas del desarrollo social, lo que va generando subjetividades ancladas al desamparo e impotencia que llevan a conformar identidades centradas en la inequidad y falta de justicia particularmente para las mujeres en estados de pobreza.

A partir de estas nociones, la expresión del fenómeno es diferente para hombres y mujeres debido a una condición que se ha naturalizado en el contexto de la interacción social, en las que los roles masculino y femenino están claramente diferenciados y articulados en la sociedad de manera inequitativa, derivando en una desigualdad en el ejercicio del poder y adquisición de recursos materiales y que efectivamente hace parte de representaciones sociales; de ahí que podríamos hablar de rostros femeninos y masculinos de la pobreza, lo que se conjuga además con el malestar de género que se traduce en una forma de enfermar.

Por lo tanto, intentaremos argumentar una propuesta de vulnerabilidad que si bien, reconoce indicadores, fenómenos y contextos complejos que pueden afectar el

bienestar social y personal, como la pobreza también puede constituirse en una dinámica de afrontamiento y generar resiliencia ante la misma adversidad.

Por lo general cuando se hace referencia a la vulnerabilidad sobre todo en estas últimas décadas, se construyen inmediatamente representaciones ancladas al riesgo, estrés, afrontamiento (*coping strategies*) y por supuesto a la capacidad de resiliencia que tienen las personas y que requiere de un análisis mucho más profundo por su implicación política y por las consecuencias que se despliegan, a partir de justificar los efectos de fenómenos que pueden ser susceptibles de paliar con mecanismos resilientes, sin considerar el daño causado, sino únicamente actuando sobre la vigilancia de la respuesta que por tener esa capacidad resiliente será considerada como aparentemente positiva y generará supuestamente un sentido de bienestar en las personas. En este contexto, ya hemos demostrado en investigación con mujeres seropositivas¹ que la resiliencia como fenómeno de afrontamiento cobrará su factura tarde o temprano en la experiencia vivida sobre todo a partir del registro subjetivo del impacto que esto generó, poniendo en cuestión la noción hegemónica de resiliencia como mecanismo únicamente en el sentido afortunado o positivo frente a condiciones de adversidad.

Esta premisa se ilustrará tomando el riesgo como una categoría analítica a partir de la cual se puede iniciar la discusión. Generalmente el riesgo es asumido como una condición que subyace a las dinámicas sociales y políticas pero también geográficas de un contexto particular frente al que todos estamos expuestos. Sin embargo, los matices de riesgo se definen por las mismas condiciones en las que se construye la interacción social y las diversas variables que influyen para estar en riesgo, es decir bajo amenaza; los asentamientos humanos a la orilla de un río, sobre un cerro o a la vera de una carretera, son algunos ejemplos que podríamos citar rápidamente en donde la gente que habita esos lugares tenderá a permanecer en estado de alerta por largos periodos de vida, incluso muchos de ellos desde que nacen hasta que mueren. Esto repercute en la construcción de sus subjetividades y forma de procesar su experiencia de vida, haciéndolos vulnerables por el sentimiento de estrés que tienen

¹ Se pudo observar en los resultados del proyecto “Dimensiones psicosociales del VIH-SIDA en el contexto de la salud y los derechos humanos. Análisis teórico de las representaciones sociales y la perspectiva de género” que realizamos de 2007 a 2010 con auspicio del Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología (CONACYT).

de manera constantemente y sabiendo que deberán tomar al menos un mínimo de acciones para afrontar la situación en la que puede emerger la desgracia que pone en peligro su vida. Así mismo, aparecen miedos que resultan como consecuencia del fenómeno de vulnerabilidad y que se entretajan con aquél sentido de riesgo alojado en el inconsciente por la propia historia personal o por la misma conciencia que se impone ante la realidad que les ha tocado vivir, ambos procesos, riesgo y miedo se trastocan, cohabitando en el contexto de la subjetividad. Así que hablar de vulnerabilidad, implica detenernos a reflexionar en el papel que han jugado el riesgo y el miedo en la inmediatez de la experiencia vivida. Es decir, el concepto de vulnerabilidad desde esta perspectiva, adquiere un carácter dinámico que requiere comprender la complejidad de diversas aristas que van desde lo real claramente objetivo como puede ser el riesgo latente, hasta lo inconsciente, como el miedo que se ha ido construyendo desde diversos referentes históricos de la misma persona pero que el mismo contexto de adversidad se ha encargado de naturalizar. En investigación en salud hemos podido corroborar, específicamente en comunidades migratorias, que la vulnerabilidad adquiere rostros diversos y muy puntuales, describiendo momentos específicos que los grupos y/o personas han vivido como experiencia propia (Flores-Palacios y cols. 2008; 2010; 2011), situándose como generadoras de procesos de cambio ante su historia pasada y presente y cuestionando el sentido más convencional de vulnerabilidad, además de proveer de esperanza en la redimensionalidad de conceptos que han dado cuenta únicamente de los efectos negativos de fenómenos que integran el dominio de las interacciones, dejando de lado una noción mucho más proactiva frente a esa adversidad por parte de los grupos y las personas. Cuando se reconoce esta posibilidad de movilizar y dar otro sentido a categorías conceptuales como la vulnerabilidad y asumiendo las particularidades de lo que hemos llamado *riesgo contextual*, se está tomando también cierto posicionamiento político que incidirá en la forma de aproximarnos a la explicación de un fenómeno específico. De ahí que nuestra visión de vulnerabilidad también conlleva una mirada de posible transformación, tomando en cuenta los recursos que se tienen para lograr esta transformación en un espacio y contexto determinado.

Desde esta perspectiva, el espacio comunitario se convierte en el referente situacional desde el cual se establece la dinámica interaccional entre el mundo singular, yo y el

mundo social, nosotros. En la comunidad se establecen reglas generales, códigos y prácticas que ordenan la relación social y que definen un carácter de pertenencia no solo práctico sino también simbólico, la elección del espacio comunitario puede ser aleatorio y circunstancial pero también puede ser un lugar de arraigo y tradición que representa circunstancias en el tiempo y en la vida cotidiana. En este espacio también se emerge como actores sociales, la pertenencia a una comunidad es naturalmente social, de ahí que coincidamos con Jovchelovitch cuando menciona que “sería muy difícil, sino imposible tornarse persona sin comunidad” (2007: 127).

La comunidad, según Almeida (2010), es el proceso de construcción social de redes humanas a través de situaciones que implican interacción, conflicto y perspectiva utópica para favorecer a su vez la individuación y la capacidad colectiva de poder hacer. Esta es una visión que desde la Psicología Social fundamenta las bases para reconocer a una persona capaz de transformar su realidad, de reconocer la posibilidad de poder que tiene y por lo tanto le otorga un sentido de creatividad y liberación. Por su parte, Maritza Montero alude a la Psicología Social Comunitaria como la “rama de la psicología que estudia los factores psicosociales que permiten fomentar y mantener el control y poder que los individuos ejercen sobre su medio ambiente social y personal, a fin de solucionar problemas que los aquejan, logrando cambios en esos ambientes y en la estructura social” (Montero, 1984). Esta autora se refiere a la comunidad como una entidad que tiene su propia historia pero sobre todo potencia la idea de que la comunidad no carece de recursos intrínsecos y de que las personas pueden y deben ejercer el control de su destino, lo que nos sugiere una postura del sujeto en comunidad como actor social, con posibilidades de incidir en su contexto y realidad, formulando la vía para la generación de la intervención.

El hecho de que consideremos a las personas como sujetos potenciales de cambio, sin importar el grado de complejidad o vulnerabilidad en la que se encuentren para generar el dispositivo inmediato de respuesta, se torna fecundo cuando de generar cambios se trata, o de incidir en posibles escenarios comunitarios que apunten hacia el bienestar. Un escenario comunitario presenta varios niveles en su estructura, por lo tanto es factible de ser analizado en el conjunto de dominios concretos de organización pero también de dinámicas subjetivas que construyen los diversos significados de acuerdo al grado de pertenencia y asimilación que los colectivos

desarrollan. Se podría decir aún, que una comunidad es un espacio micro reducido de una cultura específica, en donde es posible observar un sin número de fenómenos sociales en el campo de la salud, educación, medio ambiente, participación política, etc., permitiendo integrar ese conocimiento de origen comunitario a estrategias de acción e intervención, particularmente en Psicología Social. El estudio de saberes, significados y experiencias relacionales en la esfera comunitaria, es lo que hemos denominado *espacios situados*. Desde esta caracterización de espacio situado, la comunidad adquiere un sentido dinámico y por lo tanto factible de poder en el cual la dialogicidad se convierte en el núcleo central del conocimiento de sentido común, lo que permite avanzar en la construcción de claves y categorías teóricas emergentes de ese saber y es justamente hacia donde apunta la teoría de las representaciones sociales, hacia el reconocimiento de ese saber de sentido común, en donde el capital subjetivo y objetivo de referentes situacionales crea un sistema que se verá reflejado en las prácticas cotidianas, comportamientos habituales, creencias, actitudes y opiniones, es decir en la comunicación social.

Por lo tanto el espacio comunitario es un escenario privilegiado para conocer y reconocer el pensamiento social, su dinámica y proceso; detenernos a observar un espacio situado, es decir una comunidad, lleva implícito el propósito de examinar detenidamente cada una de las acciones que subyacen a una elaboración discursiva, permitiendo de esta manera llegar a conclusiones mucho más elaboradas, y que generalmente representan el trasfondo de una actitud que puede corresponder o no con cierta representación social hacia determinado objeto o fenómeno situacional. De ahí que el interés por la observación sea importante en el contexto de las representaciones sociales, pues no olvidemos que muchas veces el discurso elaborado no corresponde necesariamente a la realidad representada en su proceso más cognitivo y que las prácticas pueden presentar cierta contradicción con la misma elaboración discursiva.

En la investigación psicosocial sabemos que la respuesta deseada es un elemento primario y espontáneo que las personas naturalmente utilizan en el interjuego cultural. Por ejemplo, si se le pregunta a una persona más o menos culta o asumida como liberal, su opinión acerca del indigenismo, hay altas probabilidades de que mencione que está de acuerdo con ese grupo, que es importante y que forma parte de

un valor tradicional en la cultura, sin embargo, sabemos que muchas veces en la práctica existe un comportamiento de exclusión que es posible observar en cualquier otro momento.

Esta deseabilidad social es un elemento importante que cobra sentido sobre todo en el estudio del discurso más espontáneo frente a un fenómeno que puede ser identificable como diferente. Por lo que en este caso, la diferencia se vuelve un proceso con doble sentido e incluso puede ser interpretado en la misma investigación de una manera en la que un discurso puede adquirir tanta fuerza que es fácilmente asumido como “verdadero”.

Otro ejemplo en este mismo sentido es que las mujeres suelen ser más emocionales que los hombres, por lo tanto la sensibilidad femenina es una cualidad que distingue a este sexo del masculino. Esta es una verdad descriptiva, sin embargo cuando se profundiza en las razones para que este tipo de emotividad se desarrolle más en un caso que en el otro, las explicaciones obedecerán a un esquema que tiene mucho más que ver con ideologías que con una posibilidad real de comprender que ambos sexos como raza humana, estarían en condiciones de desarrollar el mismo nivel de emotividad y sensibilidad si no se obedeciera a la construcción social de género, a los mandatos de lo femenino y lo masculino. Si las posibilidades de sensibilidad que tiene el ser humano se potenciarán de manera igualitaria, el mundo que actualmente habitamos también sería otro. La discusión en este caso va mucho más allá de una diferencia de género pues se centra en la articulación de un sistema representacional hegemónico que está definido por una ideología que asume naturalmente la diferencia con las implicaciones y consecuencias sociales que esto tiene.

Volviendo a la comunidad como espacio situado, es importante apuntar que la potencialidad que ofrece para analizar efectos justamente ideológicos en la vida cotidiana, la convierte en un escenario sumamente atractivo para la investigación, lo que ha tenido consecuencias también en el abuso y explotación de saberes de sentido común, operacionalizando una relación de poder que se cubre desde la institución, la ciencia o el saber. Si verdaderamente a las ciencias sociales les interesa la sociedad en su conjunto, deberán hacer un análisis de su integración a los saberes de sentido común y más aún, cuando se construye el conocimiento *a priori* de la realidad en la comunidad y ésta se acomoda a la comprobación o al dato deseado. Por lo tanto estar

en el terreno comunitario, exige una serie de aspectos a tener en cuenta, quedando claro que la postura del investigador frente a lo observado tendrá consecuencias en la colectividad estudiada.

Ahora bien, si consideramos en esta discusión los impactos de la modernidad y globalización en la comunidad, ciertamente tendremos que atender matices importantes que implican nuevos retos en el análisis de una comunidad. En el sentido tradicional la comunidad sigue existiendo, tal vez alejada de los espacios de la modernidad y del empuje económico que las grandes urbes tienen como exigencia en la interacción, lo que debe ser considerado a la hora de organizar y definir programas de acción e intervención. De ahí que el concepto de espacio situado, cobre sentido no solo entendido geográficamente sino con sus características intrínsecas, sus afectividades e inconscientes colectivos manifiestos y ocultos. No es lo mismo trabajar desde la investigación-acción en grupos o comunidades rurales que urbanos, en la pobreza o en la enfermedad, con mujeres y hombres, jóvenes o personas de la tercera edad, las dinámicas son muy distintas y las variables que inciden en las distintas realidades también ocupan un lugar central en su análisis. Por ejemplo, la comunidad postmoderna como le ha nombrado Fernández Christlieb (2000), en la era de la informática sólo es real en tanto se desplaza; pareciera que en esta forma de comunicación el rito, la costumbre y el referente se han diluido, lo que implica nuevos retos de estudio y análisis en la comunicación social.

Pero al menos en América Latina, el sentido de comunidad subyace a la misma identidad cultural que intenta sobrevivir, muchas veces contradictoriamente y a pesar de la fuerza e impacto de las políticas globalizantes. En nuestros países aún tenemos un gran territorio comunitario que no pertenece y más bien que aún está bastante alejado del concepto de comunidad postmoderna, de ahí que sea necesario revisar y reconceptualizar el concepto de comunidad desde el reconocimiento de la diferencia social que aún existe. Trabajar en comunidad implica, por lo tanto, entender el territorio geográfico, ambiental, social y cultural desde una perspectiva global que permita situar las relaciones de interacción con la carga subjetiva de sus actores sociales, hombres y/o mujeres.

Género y vulnerabilidad

Partiendo de los elementos anteriores, referirnos a la vulnerabilidad de género implica tomar en consideración no solo los ejes multicausales abordados tradicionalmente en este tema, sino, en este caso, también resulta fundamental comprender las especificidades recurrentes en la construcción de una identidad de género que casi de manera natural han colocado a la mujer en desventaja en relación con la identidad masculina, incluso hasta nuestros días, en donde aparentemente, la equiparación de oportunidades sociales comienza a tener ciertos atisbos de igualdad, al menos en algunos contextos muy específicos, pero como sabemos, esto no representa que se haya logrado la equidad o igualdad en el plano de los derechos entre hombres y mujeres, entre clases sociales y mucho menos entre grupos diferenciados como las razas o las etnias.

Este aspecto central de vulnerabilidad de género, nos conduce al tema de identidad social en donde se retoma la premisa central que subrayamos en *Psicología social y género* (2001-2014: 34) y que para efectos de esta discusión, volveremos a ella. La premisa se refiere a que “la prescripción social y cultural de género que define cómo debe conducirse el sujeto en función de su sexo, hace imprescindible la permanencia de la representación de sexo en cualquier situación a la cual el sujeto se confronte.”.

Es decir, que la prescripción de género actúa de manera insorteable en función del sexo y por lo tanto de la representación social consensuada y articulada en una dimensión hegemónica que obedece a sistemas de comportamientos sociales regulados por una ideología que sustenta los marcajes y orientaciones comportamentales de hombres y mujeres, haciendo mucho más compleja la identificación de cierta vulnerabilidad a partir de esta heteronormatividad a la cual se responde de forma naturalizada y exigida por la misma cultura o el grupo de referencia. De esta manera, el diagnóstico de un malestar de género esta fuera de contexto, dado que naturalmente no debería existir contradicción alguna frente a la evidencia de un rol definido y asumido. Estas nociones a su vez han sido reforzadas y afianzadas por los modelos médicos más conservadores, la Psiquiatría desde sus inicios ha sido una colaboradora excepcional en este sentido, baste señalar el papel que ha jugado el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) publicado por primera vez en 1952. Dicho manual contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones específicas de las categorías

diagnósticas, todo con la finalidad de que los profesionales de la salud mental puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales que según sus diferentes momentos de desarrollo han ido proponiendo y no siempre favoreciendo conductas no estipuladas como “normales” tal es el caso de las preferencias sexuales homosexuales que hasta la década de los años setenta, fueron clasificadas como desviaciones tipificadas en el orden de la patología.

Desde estas nociones generalizadas en la psiquiatría y a partir de los modelos hegemónicos en salud mental, las consideraciones del malestar de género están aún lejos de ser tomadas en cuenta, es una discusión que aún no ha sido suficientemente escuchada porque suponemos, implicaría cuestionar esquemas tradicionales que en primer lugar han favorecido a un cierto orden de regulación social, tomando como eje fundamental a la familia en donde el rol de la mujeres ha sido central históricamente. Los planteamientos desde una abordaje feminista en la salud mental¹ han sido cuestionados y rechazados por los modelos imperantes en salud mental, incluso y a pesar de que fuentes documentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han revelado que hombres y mujeres sufren diferentes tipos de problemas. Por ejemplo, la depresión, ansiedad y las quejas somáticas se dan con mayor frecuencia en mujeres, mientras que los trastornos de personalidad antisocial y los relacionados con el abuso de sustancias se presentan más en varones (Organización Mundial de la Salud 2001; citado en Ordorika 2009: 649). En esta discusión debemos reconocer que la OMS ha hecho un gran esfuerzo por tratar de articular definiciones de salud mucho más centradas en variables sociales y culturales con la intención de acercarse a una visión si no contextual si al menos relacionando aspectos de otro orden que hasta hace muy poco tiempo estaban lejos de ser considerados. Sin embargo aún no hemos llegado a un estado ideal en el que se puedan considerar estas variables como centrales en la recursividad de la vulnerabilidad de género y por lo tanto en el malestar social de hombres y mujeres.

En una investigación desde una aproximación psicosociológica, en donde nos propusimos demostrar que la representación social de la feminidad y masculinidad en

¹ Desde la Psicología Iberoamericana por citar algunas autoras son referencia Burín 1990; Bleichmar 1999; Mancilla 2001; Flores-Palacios 1994; 2000; 2001; 2010 en el tema.

un grupo de profesionales de la salud mental influía en el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes partiendo del hecho de que su sentido común y el estereotipo de género heteronormativo eran las primeras nociones cognitivas que sesgaban el tratamiento. Llegando a la conclusión de que efectivamente la relación ideológica entre género femenino-masculino así como las categorías diagnósticas tenían una relación directa, incluso en mujeres profesionales de la salud mental, así las mujeres según las respuestas de estos profesionales se enferman mucho más por razones afectivas y emocionales que por razones objetivas y reales como lo hacen los hombres, aunque ambos, hombres y mujeres sufren por la falta de un acercamiento al placer y la sexualidad, lo que nos lleva a suponer que en esta área existe cierta posibilidad de trabajo mutuo que incida en el logro del placer que como todo ser humano intenta encontrar a lo largo de su ciclo vital (Flores-Palacios, 1997).

Una explicación posible a los resultados que acabamos de presentar aunque no una justificación, es recordar que uno de los contenidos de la ideología es justamente la representación social y que no son independientes uno del otro, más bien pueden ser parte uno y otro, llevándonos a la reflexión de cómo un sistema ideológico se traduce en representaciones a partir de una práctica cotidiana, particularmente en cuanto al género, esta articulación entre ideología y representación social tiene un sentido fundamental para nuestra línea de investigación en la medida en que una representación se encuentra impregnada de ideología. Los géneros femenino-masculino están situados en un contexto casi inamovible, construido en el imaginario y constituyente de una subjetividad social con grandes posibilidades de ser vulnerable.

Por lo tanto y paradójicamente, la singularidad con que se interpreta al sexo humano con relación al sexo del resto de los mamíferos, es producto de una noción oculta y distorsionada del objeto, ya que las diferencias sociales entre sexos humanos son constituidas en el marco de la cultura a partir de una oposición excluyente y naturalizada que da sustento a una ideología centrada en la diferencia. De ahí que en las investigaciones con perspectiva de género, no se trata solamente de identificar, enumerar y describir la diferencia en sus diversas expresiones, sino que es fundamental comprender y explicar la génesis de esas diferencias y sobre todo, sus consecuencias en las estructuras cognitivas de los sujetos en la cultura, propósito aún lejano en la mayoría de los profesionales de la salud mental.

A lo largo de nuestra experiencia en el tema de VIH, hemos podido comprender que la salud mental de estas personas por ejemplo, tiene connotaciones específicas, anteriormente nos referimos a los fenómenos contextuales que favorecen cierta vulnerabilidad o que son exponenciales para su desarrollo y esto ocurre en universos mucho más generalizados, lo que no exime al grupo de personas seropositivas como tal, sin embargo, en el caso particular que nos ocupa, el desarrollo entre el proceso de la enfermedad, el padecerla, el riesgo contextual y la vulnerabilidad recursiva, repercuten de manera sistemática en su salud mental y presenta diferencias marcadas entre hombres y mujeres.

En el caso de las mujeres el referente oculto de una representación de rol de género construido por generaciones, influye en la estructura de afrontamiento de sus propias condiciones de vida. La experiencia de vivir y convivir en un contexto de violencia por ejemplo, puede definir pautas inconscientes que se introyectan naturalmente, permitiendo la réplica de asumir contextos de violencia como un destino paradigmático. En una investigación de corte cualitativo nos encontramos con esta situación, en donde la indefensión aprendida y el registro imaginario de violencia constituían la estructura de afrontamiento en una mujer que fue entrevistada y en donde pudimos observar la trayectoria de vulnerabilidad en tres tiempos de su propio relato: “cuando yo era niña yo me acuerdo que me metía en la cama, me tapaba y escuchaba pega mi padre a mi madre...y después también me tocó a mí vivirlo, enfrentarlo pero era inútil porque de todas maneras un hombre siempre tiene más fuerzas que una mujer” “Mi marido también me pegaba, violento y alcohólico..., ahora yo metía a mis hijos en el armario para que no vieran lo que él me hacía...(llanto) pero si escuchaban...siempre he vivido pobre, sin ilusiones y con recuerdos malos...me siento cansada y con ganas de dormir...siempre” “A las mujeres así nos toca...nos toca lo peor, a mi abuela también le pegaban igual que a mi madre, las dos tuvieron más de 10 hijos...siempre que estaba esperando bebé, pedía que no fuera mujer...por la mala suerte...ahora ya no es igual, las niñas ya se defienden...pero si se embarazan, la cosa está perdida”. En esta narrativa se puede observar justamente como marca un referente representacional la estructura de afrontamiento en la vida, esta mujer parte del hecho de que a las “mujeres así nos toca” su propia condición es vulnerable social y emocionalmente, se convierte en destino una situación que se origina en la cultura de

inequidad y abuso de poder, dejando pocas posibilidades de mirar hacia otros destinos que no sean los naturalmente asumidos y esto ocurre no solo en contextos de pobreza, ocurre en todos los contextos sociales, desde la práctica clínica hemos comprobado que mujeres con la posibilidad de generar sus propios recursos económicos, pueden ser dependientes emocionalmente de una pareja violenta. Pero volviendo a nuestro ejemplo de investigación, es evidente que el registro imaginario de la violencia se ha transmitido por generaciones construyendo subjetividades ancladas a la desesperanza y falta de horizontes hacia la posibilidad de crear una nueva forma de existencia y debe llamar la atención para introducir procesos de deconstrucción y reconstrucción que les posibilite y dote de nuevas estructuras. Una ruta o trayectoria de vulnerabilidad debe ser analizada desde una visión multicausal en donde la perspectiva de género representa una herramienta útil sobre todo para localizar indicadores que ilustran procesos de indefensión y adversidad en la historia vital de una persona pero no es la única. Consideramos que la historia de la indefensión en las mujeres como categoría social, ha sido construida a través de mecanismos de poder y sujeción, debilitando de esta manera, su fuerza para generar resistencias que las empoderen e invisibilizando sus potenciales para creer en su propia fuerza constitutiva como seres humanos capaces de transformar su realidad. Esto nos lleva a pensar que no es suficiente la denuncia de un sistema heteronormativo lo que las puede llevar a crear nuevas estructuras de afrontamiento, es indispensable y urgente buscar nuevas fórmulas que planteen una re-estructuración de género, visualizando lo invisibilizado y descubriendo potenciales de afrontamiento que no partan de una identidad asumida en la desigualdad. No basta por lo tanto, hacer la denuncia de este tipo de sistema político, hace falta crear las herramientas que consoliden fuerzas de rebelión social pero sobre todo emocionales, que les devuelva su naturaleza de transformadoras en la cultura de la cual emergen.

A manera de conclusión

Cuando de hacer investigación con perspectiva de género y en contextos situados, será importante descubrir cuáles son los momentos de incomodidad ante la inmediatez de las personas en su propia cultura, pues como bien afirma Chodorov (2003: 169) cuando critica la distancia de los estudios culturales frente a las emociones; “ni las

identidades privadas profundas y permanentemente resonantes de los estudios en las culturas figuran en sus informes acerca de la significación” y es ahí donde consideramos que una buena alianza entre los procesos psicosociales y culturales puede plantear nuevas estrategias de deconstrucción. No podemos o más bien no debemos seguir considerando las pautas normativas introyectadas como el “resto”, lo que no importa porque es privado, cuando el sujeto emerge como tal en un continente privado y no público. El feminismo por eso se ha dado a la tarea de denunciar ese “resto” que pareciera no tener importancia en lo social-cultural por medio de una apuesta en la categoría de género pero como hemos mencionado, tampoco es suficiente para llegar a teorizar los efectos intensos de esa estructura introyectada carente de poder. Las formas simbólicas del sí mismo deben ser reconocidas en la trinchera de lo público.

La experimentación de la vida con sus significaciones son un instrumento fecundo para comprender déficits que se instalan en imaginarios sociales, haciendo una regla que se consensua a través de las prácticas de convivencia social marcadas por un orden político al que le interesa la continuidad del sometimiento y la ignorancia. Las experiencias emocionales han sido relegadas a la psicología psicologista para su estudio, individualizando procesos sociales y apartándolos de un debate que exige una explicación en la contienda de las relaciones de poder entre hombres y mujeres y esto aparece grotescamente en situaciones de adversidad sobre todo en la enfermedad, cuando ya ha sido devastado el camino de la esperanza. Por lo tanto es fundamental atender, sí los procesos culturales, pero sin alejarlos de sus contextos de significación y del espacio en que son producidos.

Referencias bibliográficas

- Alwang, J., Siegel, p. y Jorgensen, S.L. 2001. "Vulnerability: a view from different disciplines". *The World Bank. Social Protection Discussion Paper. Series No.115*, 2001.
- Almeida, E. 2010. “Una aproximación al concepto de comunidad y la perspectiva ecológica social de la pobreza”. En *Ecología social de la pobreza*, edición de María Montero y David Mayer, 52-77. México: Facultad de Psicología/UNAM.
- Arriagada, I. 2005: “Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género”. *Revista de la CEPAL*, N. 85, Abril.

- Burín, M. 1990. *El malestar de las mujeres; La tranquilidad recetada*. Ed. Paidós.
- Busso, G. 2005. "Pobreza, exclusión y vulnerabilidad social. Usos, limitaciones y potencialidades para el diseño de políticas de desarrollo y de población". VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA), Tandil, Provincia de Buenos Aires, publicado en CD-R.
- Cardona, O.D. 2004 "The Need for Rethinking the Concepts of Vulnerability and Risk from a Holistic Perspective: A Necessary Review and Criticism for Effective Risk Management". En *Mapping Vulnerability: Disasters, Development and People*, edición de Bankoff, G., Frerks, G. y Hilhorst, D., capítulo 3. London: Earthscan.
- Chodorov, N. 2003. *El poder de los sentimientos; la significación personal en el psicoanálisis, el género y la cultura*. Argentina: Paidós.
- Elliott, J. 1993. *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Morata.
- Fernández Christlieb, P. (2000). *La afectividad colectiva*. México: Taurus.
- Filgueira, C. 2001. "Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social aproximaciones conceptuales recientes". Seminario Internacional *Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*, consultado en Enero, 2014 <http://ibcperu.org/doc/isis/15378.pdf>.
- Flores-Palacios, F. 1997. "Representación social de la feminidad y masculinidad en profesionales de la salud mental. Papers on social representations Vol. 2. Pp.95-107. Linz Austria.
- Flores-Palacios, F., Almanza, M. y Gómez, A. 2008. "Análisis del impacto del VIH/sida en la familia: Una aproximación a su representación social". *Psicología Iberoamericana* Vol. 16. No. 2. Pp.6-13.
- Flores-Palacios, F. 2010. "Representación social y género; una relación de sentido común". En *Investigación feminista, epistemología, metodología y representaciones sociales*, edición de Norma Blázquez, Fátima Flores-Palacios, y Maribel Ríos, 339-358. México: CEIICH/CRIM/Facultad de Psicología/UNAM.
- Flores-Palacios, F. 2011. "Psicologías Latinas". En *El discurso de lo cotidiano y el sentido común*, edición de Wolfgang Wagner, y Niky Hayes. Barcelona: Anthropos.
- Flores-Palacios, F. 2014. "Experiencia vivida, género y VIH/sida; Sus representaciones sociales" En prensa. Ed. Centro Peninsular en Humanidades y en Ciencias Sociales. UNAM. México.

- Flores-Palacios, F. 2001. "Psicología social y género" Ed. UNAM/Mc. Graw-Hill. México. 2ª. Ed. (2014). Centro Peninsular en Humanidades y en Ciencias Sociales. UNAM. México.
- Flores-Palacios, F. 2011. "Psicologías Latinas". En *El discurso de lo cotidiano y el sentido común*, edición en Español Flores-Palacios (Ed) de Wolfgang Wagner, y Niky Hayes. Barcelona: Anthropos.
- Jovchelovitch, S. 2007. *Os contextos do saber*. Sao Paulo: Ed. Vozes.
- Kaztman, R. 1999. *Activos y estructura de oportunidades. Estudio sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*. Montevideo: Comisión Económica Para América Latina y el Caribe/PNUD.
- Kaztman, R. 2001. "Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos". *CEPAL*. No.75.
- Kaztman, R. y Filgueira, C. 2006. "Las normas como bien público y como bien privado: Reflexiones en las fronteras del enfoque AVEO". *Revista CIS*.
- Lajonquiére, L. 1998. "A Psicanálise e O Mal-Estar Pedagógico". *Revista Brasileira de Educação*, N.8, pp. 92-98.
- Lewin, K. 1973. "Action research and minority problems". En *Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics*, edición de Kurt Lewin, 201-216. London
- Marín, G. 1980. "Hacia una psicología social comunitaria". *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 12 No.1 1 ppo. 171-180.
- Moreno, C. y Moreno, J. 2008. "El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas". *Working Paper Series*, núm. 9, Center for Latin American Studies, University of Miami, Miami.
- Moser, C. 1998. "The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies". *World Development*, vol. 26, núm. 1, pp. 1-19.
- Montero, M. 1984. "La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos" *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 16 No. 3 Caracas.
- Mora-Ríos, J. y Flores-Palacios, F. 2010. "Intervención comunitaria, género y salud mental; aportaciones desde la teoría de las representaciones sociales". En *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, edición de Norma Blázquez, Fátima Flores y Maribel Ríos, 359-377. México: CEI-ICH/CRIM/Facultad de Psicología/UNAM

Ordorika, T. 2009. "Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres". *Revista Mexicana de Sociología*, Año 71, N. 4, pp. 647-674.

Oliver-Smith, A. y Hoffman, S. M. 1999. *The Angry Earth. Disaster in Anthropological Perspective*. New York: Routledge.

Pisarro, R. 2001. La vulnerabilidad social y sus desafíos; Una mirada desde América Latina. CEPAL. División de Estadística y Proyecciones económicas. Santiago de Chile.

Thywissen, K. 2006. "Components of Risk: A Comparative Glossary", Source 2, Bonn: Publication Series of UNU-EHS : Souvenir Press.



9. História Oral: Contributos para a sua compreensão

9. História Oral: Contributos para a sua compreensão

Fernando de Souza Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Brasil

Introdução

A memória coletiva, segundo Nora (1993), constitui-se uma das experiências vividas por determinado grupo, comportamentos e acontecimentos históricos, transformados em elementos que perduram nas gerações subsequentes, sendo reconhecido o contexto do passado nas rememorações e conjunturas mnemônicas mais contemporâneas.

As ciências sociais, a antropologia, a psicologia social e a crise do paradigma histórico tradicional, promoveram nos anos de 1950, após a segunda guerra mundial, uma transformação da memória coletiva com vistas a compor uma história nova.

Desta maneira, a história científica tem sido construída a partir das contribuições da memória coletiva, rejeitando a temporalidade linear por meio do proveito dos múltiplos tempos vividos, que transcendem os lugares, monumentos, datas e autobiografias, mas, como sugere Le Goff (1996: 437): “Não podemos esquecer os verdadeiros lugares da história, aqueles onde se devem procurar não a sua elaboração, não a produção, mas os criadores e denominadores da memória coletiva: estados, meios sociais e políticos, comunidades de experiências históricas ou de gerações, levadas a construir os seus arquivos em função dos usos diferentes que fazem da memória”.

Essa procura por estudos inovadores possibilitou a criação de uma nova historiografia, essencialmente mais subjetiva que a história tradicional. Na construção da memória coletiva utilizaram-se diferentes fontes, de entre as quais, os arquivos orais constituem-se dos mais característicos e versáteis, estando a oralidade fortemente presente nos documentos escritos. Nesse contexto a história oral tornou-se possível.

A história oral nasceu nos Estados Unidos, entre os anos de 1952 e 1959, na Universidade de Columbia, Berkeley e Los Angeles, desenvolvendo-se posteriormente no Canadá, em Quebec, na Europa, principalmente na Inglaterra e França, e mais tardiamente na África, México e Brasil.

Um dos principais resultados de renovação da história foi a criação da Revista *History Workshops*, pela *Oral History Society*, na Universidade de Essex, Grã-Bretanha. Este

periódico resgata as histórias de vida dos trabalhadores, diante do passado industrial, urbano e operário da população.

Tornou-se latente a contribuição dos estudos de história oral, a integrar o referencial teórico e metodológico de estudos sociais, constituindo-se em novas concepções do tempo histórico e moderno. Nesta perspectiva, antropólogos, historiadores, jornalistas, sociólogos, de entre outros profissionais, buscam democratizar as memórias coletivas e individuais, com finalidade de ouvir as experiências vividas pelos estratos de sociedade que foram reprimidos e silenciados.

A história oral demorou a desenvolver-se no Brasil, por um lado devido à falta de tradição das instituições em desenvolver projetos de resgate das histórias e tradições populares regionalizadas, por outro a ausência dos vínculos acadêmicos com a cultura popular e com os regionalismos (Meihy, 2005).

Com o intuito de difundir a metodologia da história oral, em 1975 inaugurou-se o primeiro curso de pós-graduação em história oral no Brasil, gerido pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), com apoio financeiro da Fundação Ford e da Coordenação de Aperfeiçoamento dos Profissionais do Ensino Superior (CAPES). Os resultados foram favoráveis à implantação de novos programas em diferentes centros universitários brasileiros e a criação do Centro de Pesquisas e Documentação de História Contemporânea, pela Escola de Ciências Sociais da FGV.

A oralidade passou a ter suas possibilidades reconhecidas, resultando em maior procura pelo método da história oral para os estudos de compreensão e apreensão das conjunturas e dos fatos sociais, por pesquisadores das ciências humanas e da saúde.

O crescimento dos estudos com a história oral encontra-se firmado nas perspectivas do método, no caso brasileiro, comumente utiliza-se a perspectiva de José Carlos Sebe Bom Meihy, que se embasou nas contribuições de Allan Nevins, fundador do *Oral History Program*. Este programa apropria-se de embasamentos teóricos e procedimentos sistemáticos e técnicos, propondo a reconstrução da história através de uma visão transdisciplinar, intradisciplinar e multidisciplinar.

José Carlos Meihy traduziu a perspectiva norte americana da história oral, e a alinhou às realidades brasileiras, propondo a construção de estudos com os grupos segregados e silenciados no país.

Os enfermeiros integraram-se a esta tendência, passando a contemplar as possibilidades da história oral, na busca da compreensão e apreensão do complexo contexto em que atuam, utilizando as potencialidades do método a subsidiar o cuidado holístico. Para tanto, as pesquisas científicas da enfermagem ganharam reforço das abordagens qualitativas.

Nos estudos qualitativos emergem os contextos subjetivos impregnados nas experiências vividas pelas pessoas, por tratar-se de uma abordagem que explora diretamente a complexidade humana, em suas concepções, percepções, sentimentos e ideias (Polit & Hungler, 2004).

A pesquisa qualitativa tem resgatado a relação indissociável do pensamento e a matéria, entre as ações de gênero dos atores sociais em seus contextos históricos e as determinações condicionantes, entre a objetividade do mundo e o mundo da subjetividade, permitindo compreender a realidade humana vivida socialmente, através do maior conhecimento das relações dos significados, representações, crenças, valores e atitudes. Gonçalves e Lisboa (2007) enfatizam que as pesquisas qualitativas são de uma singularidade ímpar, por auxiliar o ser humano a apreender o que está imperceptível em si e no mundo.

Os estudos qualitativos têm sido cada vez mais utilizados por pesquisadores da enfermagem no Brasil, que produzem conhecimento científico com a responsabilidade social inerente à profissão. De entre os tipos de estudos qualitativos, destacam-se o método da história oral.

História Oral

O método da história oral proporciona evidenciar as visões de mundo das pessoas, expressas através dos relatos de suas experiências, consistindo em um processo sistematizado e planejado previamente em um projeto, no qual são descritos os passos em que a oralidade será registrada e transportada para o meio escrito, possibilitando realizar análises do contexto social e individual (Meihs & Holanda, 2011).

As pessoas selecionadas para as pesquisas com história oral são denominadas colaboradores, pois o método exige que haja um compromisso do pesquisador com quem entrevista (Meihs & Ribeiro, 2011). Esta denominação refere-se à condição dos entre-

vistados não serem considerados meras fontes de pesquisa, mas colaboradores da construção de outras perspectivas relativas aos temas estudados.

Esta relação do pesquisador com os colaboradores não se caracteriza por ser exclusivamente de cumplicidade ou afinidade, sobretudo deverá haver a construção de uma relação em que o entrevistador contempla as visões de mundo dos entrevistados, em defesa de suas ideologias antagônicas e contrastantes, pois, só assim, o projeto se enriquece.

O produto final de uma pesquisa com o método da história oral é sempre a história de vida de pessoas, passadas do oral para o formato escrito. Estes textos deixam de ser propriedade exclusiva dos colaboradores, para um pertencimento mútuo com os pesquisadores, colocados no *status* de guardiões da trajetória de vida dos participantes dos estudos.

A história oral encontra-se permanentemente em construção de seus valores sociais, individuais, culturais e de memória, por estar viva no presente, mas, fortemente enraizadas no passado (Meihy & Holanda, 2011).

Nesta perspectiva, infere-se o valor democrático e humanístico da história oral, não só por tornar público experiências guardadas na memória dos colaboradores, mas também por valorizar a contribuição de pessoas comuns na construção da história humana. Acredita-se, portanto, no seu inestimável valor social, pois subsidia a possibilidade de transformar a opinião pública, sem as formalidades que anulam ou deformam a relação dos sentimentos e a escrita, do conhecimento e a expressão do fato vivido e divulgado. Na perspectiva de Meihy e Ribeiro (2011), O método da história oral pode ser dividido em História oral de vida, história oral temática e tradição oral, a saber.

História Oral de Vida

Trata da narrativa do conjunto de experiências de vida de uma pessoa, transformada do oral para o escrito, com intuito de buscar não a verdade de fatos, e sim, a versão sobre a sua moral existencial e a subjetividade dos detalhes, possibilitando entender a forma de organização mental dos colaboradores (Meihy & Ribeiro, 2011).

Na história oral de vida os temas são abordados em sua amplitude com relação às experiências vividas pelos colaboradores, desta maneira, a maior quantidade de lembranças que puderem ser trazidas da memória enriquece o estudo, portanto, as ques-

tões norteadoras deverão ser amplas, com vista a favorecer e estimular o discurso dos entrevistados.

História Oral Temática

Ao contrário da história oral de vida, que privilegia e estimula o fluxo narrativo do colaborador, na história oral temática são utilizados roteiros e questionários que tendem a delimitar o tema abordado, apresentado *à priori* no projeto. Os pormenores das histórias pessoais só interessam se apresentarem relações úteis ao tema.

A história oral temática resgata as experiências vividas pelos colaboradores e é relevante para promover reflexões através de confrontos das situações reguladas por fatos, datas e nomes, através da produção de documentos que se contrapõem ao que foi estabelecido, portanto, o caráter social, político e democrático do método encontra-se firmado pela oposição de opiniões e vivências (Meihsy, 2005).

Os pesquisadores intervêm com mais intensidade na história oral temática, mas com o cuidado de não retrain os entrevistados, provocar interrupções bruscas nas falas e zelar em não interferir nos contextos subjetivos dos discursos. Os entrevistadores deverão estar instruídos previamente à realização das gravações, para que os questionamentos possam ser aprofundados.

O estabelecimento da comunidade de destino, colônia e rede é fundamental na concepção das pesquisas com história oral temática. Os pesquisadores devem reconhecer quem são os prováveis colaboradores, em que circunstâncias vivenciaram a situação estudada e como se posicionam em relação às diferentes versões existentes. O projeto de história oral temática deverá embasar-se em hipóteses, fortemente consistente, pois será submetida a constantes testes e confrontos. A pretensão não é encontrar a verdade dos acontecimentos, mas a legitimidade dos discursos contestatórios.

Tradição Oral

A tradição oral consiste no reconhecimento do grupo através da convivência com o mesmo. A observação e o registro do cotidiano das pessoas, para apreensão das características grupais e individuais, ante toda a complexidade que reside nos relacionamentos interpessoais, fundamentam o método (Meihsy & Holanda, 2011).

Os estudos com tradição oral justificam-se, principalmente, para os grupos que não possuem registros escritos do seu passado, podendo ser de ordem socialmente isolada como tribos indígenas, e grupos urbanizados como moradores de rua.

Quando comparado à história oral de vida e à história oral temática, a tradição oral é um método que requer mais tempo, recursos financeiros e disponibilidade dos pesquisadores. Exige conhecimento expandido da comunidade estudada e sua visão de mundo, além dos mitos construídos e propagados no convívio cotidiano.

Necessariamente o que define o tipo de história oral a utilizar-se são os objetivos e as possibilidades de realização do projeto, que independentemente da escolha, consiste de etapas distintas e articuladas, as quais devem orientar os procedimentos metodológicos estratégicos, dando sentido aos fundamentos da investigação com fontes vivas, composto de duas etapas essenciais, definidas pelos fundamentos temáticos e teóricos, articuladas à etapa operacional (Meihsy & Ribeiro, 2011).

Fundamentos Temáticos e Teóricos

Esta etapa do projeto diz respeito ao delineamento da proposta de estudo a ser desenvolvida, compondo-se do tema escolhido, a justificativa, objetivos, delimitação da comunidade de destino, colônia, ponto zero e a formação de redes.

O tema deve sintetizar o significado geral e específico da pesquisa, refletindo uma orientação do assunto que motivou a investigação e o ramo da história oral de que trata, evidenciando a comunidade de destino e a colônia a ser estudada e o ramo da história oral selecionado (Meihsy & Holanda, 2011). A comunidade de destino consiste nos grupos que possuem traços comuns e marcantes, caracterizados por comportamentos amplos e pontuais (Ferreira & Amado, 2006). Neste entendimento, podemos considerar a possibilidade de realizar estudos com grupos de tamanhos variados.

As colônias são definidas como um fragmento da comunidade de destino, proporcionando o entendimento do todo pretendido, através de um extrato significativo (Thompson, 2002). O conceito de colônia deve estar ligado ao fundamento da identidade cultural dos grupos sociais, formado pelos elementos mais amplos, que marcam a identidade geral dos segmentos dispostos à análise (Meihsy & Ribeiro, 2011). A formação da colônia está relacionada à viabilidade de realização do projeto, devendo ser

consideradas, por exemplo, as condições financeiras e de tempo para a conclusão do estudo.

A rede é considerada uma subdivisão da colônia, e, desta maneira, uma parcela menor da comunidade de destino, considerando que para o bom entendimento das razões da organização desta parte do todo, é preciso entender seus princípios fundamentais (Meihy & Ribeiro, 2011). Desta maneira, o número de pessoas que formarão a rede varia, ou seja, estudos compostos por muitos colaboradores entrevistados necessariamente não conterão mais fatos e informações que aqueles com um colaborador. O que determinará a quantidade de entrevistados será o contexto dos relatos e a saturação, portanto, é possível realizar estudos de história oral com uma rede formada por um único colaborador.

A origem da rede é sempre o ponto zero, que poderá se constituir das entrevistas iniciais ou básicas, que orientam a formar novas redes. Através do ponto zero, surgem as perguntas específicas, que tendem a favorecer a continuidade das demais redes, em que o colaborador entrevistado indica outras pessoas para compô-la (Meihy & Holanda, 2011).

Para a seleção do ponto zero, o pesquisador deverá deter conhecimento, ainda que preliminar, da história dos membros que formam a colônia, facilitando a escolha do colaborador que inaugurará as entrevistas e consequentemente a formação da rede. Geralmente, as pessoas com maior tempo de pertencimento ao grupo, envolvidas nos seus acontecimentos e ativas nos processos de mudanças, são selecionadas como ponto zero.

Estudos acadêmicos e Comitês de Ética e Pesquisas (CEP) comumente exigem o estabelecimento de critérios de inclusão e seleção, além do número de colaboradores, entretanto esta previsão é muito difícil de ser feita pelos pesquisadores, por não serem capazes de preverem o número de pessoas que formarão a rede.

Este entrave tem sido minimizado com a indicação presumida do número de colaboradores e posterior retificação junto ao Comitê de Ética e Pesquisa, ou seja, os pesquisadores brasileiros têm informado nos seus projetos qualitativos que entrevistarão um número de pessoas, e após a formação da rede, informam ao CEP a quantidade exata de entrevistados. Essa postura não fere os preceitos éticos e legais das pesquisas en-

volvendo seres humanos no Brasil, garantidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Esta previsão do número de colaboradores pode ser respaldada por referências científicas, nas quais os autores indicam a construção de estudos que buscam obter seus dados através de entrevistas, serem compostos por uma amostra de dez participantes, sugerindo ser este quantitativo ideal (Polit & Hungler, 2004).

Fundamentos Operacionais

Técnica de Coleta dos Dados – A Entrevista

A entrevista é a ação que fundamenta a história oral, fortalecendo e perpetuando a memória pelo desenvolvimento das práticas narrativas, do oral para o escrito e vice-versa, diante da necessidade humana de transmitir os conhecimentos e acontecimentos para as gerações vindouras, como se observa na bíblia, nos primeiros registros de relatos ocidentais e egípcios, até o folclore, mitos e lendas (Meihsy & Ribeiro, 2011).

A entrevista é um método de coleta de dados largamente utilizado em pesquisas qualitativas, devido à capacidade dos seres humanos em se comunicarem verbalmente, e por possibilitar que o entrevistado sinta-se à vontade em expressar suas experiências vividas, tais quais foram percebidas, exteriorizando emoções e sentimentos que outras formas de expressão não permitem emergir (Polit & Hungler, 2004).

Infere-se que a entrevista possibilita uma oportunidade ímpar de registro das expressões não verbais dos entrevistados, fortalecendo a capacidade de analisar os dados coletados. Além de constituir uma excelente oportunidade de estabelecer uma relação amistosa, ética e de confiança entre o colaborador e o pesquisador.

As entrevistas em estudos com história oral exigem condições que, necessariamente, deverão estar explicitadas no projeto.

Etapas da Entrevista

As entrevistas se dividem em três etapas: a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista.

A primeira etapa, chamada de pré-entrevista, consistirá da fase de preparação para o encontro em que se realizará a gravação. Nesta oportunidade, promove-se o conheci-

mento dos colaboradores sobre os objetivos do projeto e a relevância de sua participação para o desenvolvimento do estudo, informa-se como se deu a escolha do seu nome; explica-se sobre a gravação de seu relato e da não utilização sem sua prévia autorização, enfatiza-se do que compõe a entrevista e agenda-se a data, o horário e o local da entrevista, a ser escolhido de acordo com a disponibilidade e preferência dos colaboradores (Meihs & Ribeiro, 2011).

A escolha do local da entrevista deve ser feita pelo colaborador, objetivando-se dessa maneira que o mesmo selecione um lugar que lhe traga lembranças, seja confortável e que possibilite a participação de outras pessoas importantes para o colaborador.

Na segunda etapa, denominada entrevista, o pesquisador deverá observar se o local escolhido pelo colaborador é favorável à gravação das falas, se existem interferências externas como ruídos, interrupção de outras pessoas e qualquer empecilho, que possam perturbar a concentração.

Os Comitês de Ética e Pesquisa exigem a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do colaborador, que deverá ficar com uma cópia assinada pelo pesquisador. Além deste documento, os estudos com história oral acrescentam a carta de cessão que explicita a permissão dos colaboradores na divulgação das suas histórias de vida.

O TCLE e a carta de cessão preveem os critérios éticos e legais da participação do colaborador, com garantia de ressarcimento de eventuais ônus, a presença de riscos à integridade dos participantes, mas com direito ao recebimento de indenização, caso haja danos físicos ou morais, a garantia de confidencialidade e privacidade das informações e imagens, além da possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo ou penalidade.

O anonimato dos colaboradores poderá ser garantido através do uso de codinomes ou nomes fictícios escolhidos pelos pesquisadores, todavia, de acordo com o livre arbítrio dos mesmos, possibilita-se a identificação dos participantes, contudo deve-se buscar sempre resguardá-los. No início das gravações deve-se registrar o número de entrevista, o codinome do entrevistado e título do projeto, posteriormente faz-se as perguntas baseadas nas questões norteadoras.

Os questionamentos nos estudos de história oral de vida são estabelecidos pela formulação de questões abrangentes, expostas em blocos amplos, que direcionam as lem-

branças dos colaboradores aos acontecimentos mais importantes, ou aqueles que desejamos analisar (Meihs & Holanda, 2011).

As questões norteadoras na história oral temática visam focar o discurso dos colaboradores, nas memórias emergentes relativas ao tema que se pretende pesquisar. Trata-se de perguntas pontuais que buscam localizar as experiências vividas pelos colaboradores. Não se aconselha a elaboração de questionamentos amplos, dada as possibilidades destes trazerem à tona as lembranças mais longínquas à pretensão do estudo. Deverá conter no projeto, o tempo estimado para a realização das entrevistas, mas com a flexibilidade para prolongar ou reduzir o registro dos relatos, além de agendar outros encontros para gravação, caso o colaborador solicite ou se sinta incapaz de falar no momento da entrevista.

Recomenda-se a utilização de um caderno de campo, que funciona como um diário, contendo os registros do roteiro prático da pesquisa, evidenciando como se deu a gravação das entrevistas, as experiências e sensações apreendidas, eventualidades ocorridas no percurso do estudo. Trata-se de um instrumento fundamental no qual registra-se as atividades desenvolvidas ou que deverão ser realizadas.

Os relatos poderão ser registrados em gravadores de áudio e/ou vídeo, com a possibilidade de utilizar dois gravadores simultaneamente, a fim de minimizar os riscos de perda de gravação. Recomenda-se realizar o *backup* de cada gravação em unidades de armazenamento destinado exclusivamente para este fim, como *hard disk* externo portátil.

A terceira etapa, denominada de pós-entrevista, trata-se do momento em que os pesquisadores, objetivando estabelecer a continuidade do processo, enviam aos colaboradores, cartas de agradecimento pela estimada participação na pesquisa (Meihs & Ribeiro, 2011).

Após ouvir o conteúdo das gravações, realiza-se a transcrição, conceituada como a transformação rigorosa da oralidade registrada nas entrevistas, em documentos escritos, captando todas as falas, mesmo com os vícios de linguagem, repetições, erros de pronúncia ou de concordância, zelando para não descaracterizar a identidade linguística dos colaboradores (Meihs & Ribeiro, 2011).

Após o processo de transcrição, os pesquisadores deverão realizar a conferência, momento em que os textos são mostrados para os colaboradores, possibilitando que os

mesmos participem ativamente de revisão do conteúdo textualizado, acrescentado ou retirando informações (Meihs & Ribeiro, 2011).

Neste momento, os pesquisadores deverão estar preparados para negociar eventuais cortes propostos pelos colaboradores, sendo flexível neste processo para que não resultem em prejuízos para o projeto e para os entrevistados.

Posteriormente à conferência, realiza-se a transcrição dos textos, suprimindo as perguntas feitas pelo entrevistador e reorganizando os textos como se o colaborador estivesse contando sua história de vida, sem a intervenção de pesquisadores.

Durante a transcrição propõe-se que os pesquisadores escolham o tom vital de cada relato, que constitui a frase que serve de epígrafe para a leitura das entrevistas, a fim de auxiliar na organização da percepção dos leitores, servindo como uma referência a direcionar a recepção do trabalho (Meihs & Ribeiro, 2011).

O tom vital expressa a essência do relato por meio de uma epígrafe, fazendo emergir as percepções dos leitores em relação àquilo que os colaboradores tacitamente revelam (Ferreira & Amado, 2006).

Os relatos dos colaboradores devem ser arquivos na forma de textos redigidos manualmente ou eletronicamente e em gravações em mídia digital não regravável tipo *compact disk*, com limitação de acesso aos pesquisadores e colaboradores do estudo, como exigem os Comitês de Ética e Pesquisa, entretanto, caso esteja previamente estabelecido no projeto, no TCLE e na carta de cessão, as histórias de vida poderão ter acesso irrestrito.

Análise dos Dados

Os estudos com história oral, a análise não é uma obrigatoriedade, entretanto, em estudos acadêmicos são recomendadas e, por vezes compulsórias às reflexões analíticas.

Nos estudos com história oral no Brasil, geralmente realizam-se as análises utilizando a técnica de análise de conteúdo temática, conceituada por Bardin (2009) como o conjunto de técnicas analíticas da comunicação, que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos para evidenciar os indicadores que permitem inferir os conhecimentos relativos às condições de produzir e receber mensagens; objetivando colocar em evidência outra realidade que não a do relato analisado.

A análise de conteúdo constitui, para Minayo (2008), como a expressão mais utilizada para tratamento de dados em pesquisas qualitativas, caracterizada, não somente como uma técnica, mas uma histórica busca teórica e prática no campo da investigação social.

Bardin (2009) propõe que a análise de conteúdo seja dividida em etapas, que se sucedem cronologicamente, definindo-as em pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise corresponde à fase de organização sistematizada das ideias, precedida de leituras do material das entrevistas, que foram preparados para análise, ou seja, transcrição, conferência e transcrição, devidamente autorizada pelos colaboradores. Nesta fase da análise, os pontos convergentes e significativos ao tema ficam evidentes (Bardin, 2009).

A análise de conteúdo de Bardin (2009) consiste na transformação dos dados coletados em conteúdos temáticos, por meio da codificação das entrevistas, determinando as temáticas que deverão ser discutidas.

Na fase de exploração do material, busca-se inventariar todas as falas, isolando, codificando e recortando os trechos ou segmentos dos discursos que estejam bem caracterizados. Posteriormente, organiza-se em categorias as palavras-chaves que indicam o significado central dos conceitos que emergem nos relatos.

Os resultados devem ser tratados a partir de inferências e interpretações, que permitem evidenciar os significados, através da presença e frequência dos núcleos de sentido, que definem o caráter do discurso, ou os temas que denotam os valores de referência e modelos de comportamento.

Como propõe Bardin (2009), a análise temática está ligada à noção de tema que trata da unidade de significação, que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

Após encontrar os eixos temáticos, os pesquisadores devem relacioná-los aos estudos desenvolvidos e publicados sobre as temáticas, corroborando e consubstanciando as considerações analíticas da pesquisa.

Alguns Desafios para A História Oral

O aumento do número de estudos com a história oral é uma realidade em muitos países, este fato decorre do nível de credibilidade que o método tem alcançado na academia, resultante das contribuições às demandas provenientes do registro da experiência humana, estendendo suas possibilidades ao simples arquivamento de documentos do passado.

Esta afirmação da história oral como um método de estudos humanísticos, não o exime das críticas. Na medida em que as polêmicas passam a ser discutidas na academia, fortalecem e legitimam o seu valor social e suas possibilidades. As pessoas que contestam a história oral as veem como um modismo e com embasamento conceitual fragilizado.

Dentre as críticas mais contundentes acerca da história oral, as relacionadas ao seu *status* são comumente foco de discussões. Concebê-la como uma técnica, um método ou uma disciplina é aceitável, mas discutível. As reflexões centram-se nos apontamentos de Joutard (2000) que indica os fundamentos da história oral, compromissada em dar voz às pessoas excluídas, mas com capacidade de tecer versões diferenciadas dos documentos produzidos.

A história oral vivencia um momento de valorização crescente, mas que traz o desafio da não banalização de seu uso. Os procedimentos sistemáticos e os constructos filosóficos que a compõe, devem ser de conhecimento e utilidade dos pesquisadores, no mais, a ocorrência da utilização equivocada resultará em redução do *status* da história oral, em academicismos e institucionalização.

Como a história oral visa dar voz aos que foram censurados, as classes desfavorecidas comumente são o foco dos estudos, entretanto, deve buscar as diferentes versões dos documentos produzidos, desta maneira, mostra-se um grande desafio ouvir as camalivar dos conflitos advindos dos relatos de grupos sociais distintos, pois a contradição fortalece o conteúdo apreendido.

Outro desafio para a história oral é o domínio das tecnologias, diante de sua rápida evolução. Os pesquisadores devem estar aptos a trabalhar com os dispositivos eletrônicos e os recursos tecnológicos disponíveis para a captação dos relatos, sem ferir princípios éticos e legais das pesquisas científicas, além de preservar a integridade e verdade dos relatos.

Um desafio preocupante versa sobre as reflexões sobre temas emergentes, historicamente silenciados. Trazer à tona versões diferenciadas sobre assuntos que transformaram-se em verdades sociais, perpetuadas pelo interesse de um grupo de pessoas, trata-se de uma questão dificultosa para a história oral. Temas como a violência contra as mulheres, crianças e idosos, os desvios comportamentais diante da inversão de valores sociais e culturais, parecem transpassar as individualidades pessoais, os vínculos das pessoas com o meio em que vivem e os relacionamentos interpessoais.

Thompson (2006) defende o uso dos métodos qualitativos com os quantitativos, com o intuito de fortalecer os estudos de cunho social e histórico, nesta concepção, a história oral seria enriquecida pela mistura metodológica e pelo preenchimento de lacunas, entretanto, trata-se de ação merecedora de zelo e atenção extrema para não ferir os preceitos metodológicos de ambos os tipos de estudos.

Referências Bibliográficas

- Bardin, L.(2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa (Po): Edições 70.
- Ferreira, M.M.; Amado, J. Usos & abusos da história oral. 8.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
- Gonçalves, R.C.; Lisboa, T.K. (2007). Sobre o método da história oral em sua modalidade de trajetórias de vida. *Rev. Katál. Florianópolis*, 10,83-92.
- Joutard, P. *Desafios à história oral do Século XXI*. In: Ferreira, M.M.; Fernandes, T.M.; Alberti, V.(orgs.). *História oral: desafios para o séculoXXI*. Rio de Janeiro: Casa Oswaldo Cruz, 2000.
- Le Goff, J. (1996). *História e memória*. São Paulo: Ed.Unicamp.
- Meihs, J.C.S.B.(2005). *Manual de história oral*. São Paulo: Loyola.
- Meihs, J.C.S.B.; Holanda, F. (2011). *História oral: como fazer, como pensar*. São Paulo: Editora Contexto.
- Meihs, J.C.S.B.; Ribeiro, Suzana L. Salgado. (2011). *Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias*. São Paulo: Editora Contexto.
- Minayo, M.C.S. (2008). *O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco.
- Nora, P. (1993). *Entre memória e história: a problemática dos lugares*. In: *Projeto História*. São Paulo: Ed.PUC.

Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Thompson, P. (2006). *História oral: patrimônio do passado e espírito do futuro*. In: Worcman, K.; Pereira, J.V. (orgs.). *História falada: memória, rede e mudança social*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo/Museu da pessoa/SESC-SP.

Thompson, P. (2002). *A voz do passado: História oral*. Rio de Janeiro: Ed.Paz e Terra.



10. Obesidade infantil: Os dilemas dos pais

10. Obesidade infanto-juvenil: Os dilemas dos pais

Maria Antónia Chora – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Nota introdutória

As mudanças tecnológicas têm emergido em todas as áreas e a alimentar não é exceção. No século XX foi introduzida, segundo as entidades periciais, a “má alimentação” (entendida como aquela que não fornece os nutrientes considerados essenciais em quantidade e qualidade). No entanto, esta é uma alimentação que responde à atividade laboral atual. Esta mudança tende a revelar-se um problema individual e social. Os hábitos que se instalaram lenta e progressivamente e que entraram nas rotinas de todos os indivíduos provocam dilemas familiares. A luta constante por uma alimentação equilibrada tem assumido um papel importante na saúde e no bem-estar das crianças/jovens, devido às mudanças dos estilos de vida.

A obesidade é considerada um problema social a nível mundial. Enquanto no século XIX ser obeso era sinónimo de beleza, no século XX houve uma inversão desta conceção e o ser belo é indissociável de ser magro. Simultaneamente, ser obeso passou a ser considerado um risco para a saúde.

Nas crianças e jovens a obesidade é um problema crescente, de tal forma que os Estados Membros da Região Europeia comprometeram-se a implementar a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade. Nesta carta definiu-se que todos os países devem desenvolver e implementar estratégias que apoiem uma alimentação equilibrada. Definiram-se estratégias globais para a prática alimentar (aumentar o consumo de frutas, verduras, legumes, cereais integrais...), para a atividade física (aumentar a atividade física das crianças, jovens e família), para a saúde (limitar o consumo de açúcares, o consumo de sal e gorduras...) e para controlar a publicidade. O objetivo destas estratégias é alcançar um nível elevado de proteção das crianças e jovens contra a promoção comercial de alimentos e bebidas.

O processo de escolha alimentar além de ser influenciado pela cultura onde se está inserido sofre a influência do grupo de pares e do estilo de vida adotado (Santos, 2008). Verificou-se que a nível europeu, a atividade física, a alimentação e a nutrição são considerados elementos chave na definição dos objetivos, das estratégias e das

recomendações internacionais, uma vez que é urgente a modificação de comportamentos alimentares das crianças/jovens/famílias e a modificação dos hábitos relativos à prática de atividade física.

Embora se preconize a mudança do estilo de vida e da alimentação, é necessário compreender a normatividade das intervenções propostas, antes de se adotarem medidas e estratégias para alterar os modos de vida.

Assim, a questão que se coloca é como gerir, quotidianamente, a alimentação de crianças e jovens com excesso de peso.

Alimentação, obesidade e risco

No início do século XX a moda já tinha uma nova imagem como símbolo de beleza e a par da moda crescia a comercialização de produtos destinados ao controle do peso. Ser belo passou a ser sinónimo de magro e a obesidade passou a ser concebida de forma negativa.

A obesidade tem aumentado progressivamente no mundo e representa um risco para a criança/jovem porque tem consequências imediatas a curto, médio e a longo prazo. Além disso, também apresenta consequências para a sociedade já que o excesso de peso e a obesidade favorecem o desenvolvimento de patologias e traduzem-se em importantes gastos em saúde. Associada à obesidade encontram-se várias doenças cuja prevalência tem aumentado como por exemplo a diabetes tipo II, a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares, entre outras. “A diabetes tipo I nas crianças e nos jovens em Portugal em 2013 atingia 3261 indivíduos com idades compreendidas entre os 0-19 anos o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário” (DGS, 2014:14).

O tipo de alimentação pode transformar-se num risco de saúde. A obesidade é considerada por vários autores como um fator de risco de doenças como a apneia do sono, a osteoartrite e os problemas psicológicos e sociais (Oliveira,2003; Allen et al,2003). Nobre et al (2006) mencionam que “a Organização Mundial de Saúde descreveu a obesidade como uma *epidemia global*”. Esta evidência é baseada na prevalência da obesidade que está presente em todos os grupos etários e em todos os países. É considerada neste sentido um grave problema de saúde pública, devido à morbilidade e mortalidade que lhe estão associadas.

A obesidade passou a ser concebida como uma consequência da ingestão exagerada de alimentos, embora nalguns casos seja atribuída à hereditariedade e aos problemas glandulares (Stenzel, 2002).

Enquanto risco para a saúde, a obesidade consubstancia-se não apenas como um risco presente, mas também como um risco futuro em função das doenças que pode vir a originar. De fato, os riscos para a saúde aparentemente estão em todo o lado e representam uma constante ameaça para as pessoas, “as sociedades contemporâneas tornam-se cada vez mais vigilantes relativamente ao risco, especialmente aos riscos gerados pela tecnologia e pelos estilos de vida” (Mendes, 2002:53).

A sociedade em que vivemos congrega diversas formas de risco, pois “é um sistema social caracterizado pelo nível mais elevado de autossuficiência em relação ao seu ambiente, onde se incluem outros sistemas sociais” (Silva, 2010:75). Por autossuficiência entende-se a estabilidade de relações de intercâmbio e capacidade para controlar o ambiente em benefício do funcionamento da sociedade.

O primeiro passo para definir o risco é “determinar quais as consequências que lhe estão subjacentes” (Marques, 2009:3). Este autor refere ainda que o risco pode ser visto como um *continuum* e nunca desaparecer pois ele existe sempre, podendo ser minimizado, localizado, evitado mas nunca dissipado.

O conceito de risco remete-nos para possibilidades de ocorrência de acontecimentos futuros, surgindo também associado a hipóteses decorrentes da dinâmica social atual, que inevitavelmente têm impactos no futuro. “A essência do risco não é tanto aquilo que está a acontecer, mas sim aquilo que pode acontecer” (Areosa, 2008:3).

Ao associarmos o conceito de risco com a chamada “má alimentação”, emergem diversos problemas de saúde tais como a pré-obesidade e a obesidade, a hipertensão, a hipercolesterolemia ou a diabetes. A obesidade inicia-se muitas vezes na infância e prolonga-se e permanece na idade adulta. Assim, é fundamental a prevenção do risco da obesidade na infância, pois segundo Carvalhal & Silva (2006:104) “ao possuir um número superior em quantidade e tamanho de células gordas, uma criança ou jovem obeso tem sérias possibilidades de vir a ser um adulto com muitos quilos a mais” e provavelmente de sofrer de várias doenças relacionadas com o excesso de peso, pelo que os comportamentos de risco terão que ser minimizados, o mais precocemente possível.

Que dilemas na obesidade infanto-juvenil?

Num estudo realizado com 130 pais de crianças obesas observou-se que existem dilemas comuns a várias famílias independentemente do grau de escolaridade, da profissão ou de habitar numa zona rural ou urbana. Utilizou-se uma metodologia quantitativa e qualitativa e como técnicas de recolha de dados recorreu-se à aplicação de um questionário, sobre os hábitos alimentares das crianças, a 87 pais. Foram também efetuadas entrevistas *focus-grupos* a 43 pais, centradas nas suas dificuldades na gestão quotidiana da alimentação das crianças e dos jovens (Chora, 2014). Da análise efetuada sobressaíram alguns dilemas, que foram identificados pelos pais e que passaremos a analisar.

Ter excesso de peso foi, durante anos, para a sociedade sinónimo de boa saúde. Mas, para os pais atuais essa conceção deu lugar a uma ameaça constante sobre a vida dos seus filhos. Eles já compreenderam quer os problemas, quer os riscos que os seus filhos enfrentam. O fato da criança/jovem apresentar excesso de peso ou obesidade e ter ou poder adquirir alguma doença crónica proveniente desse fato é uma das maiores preocupações expressa pelos pais, conforme se pode observar nos relatos seguintes.

“Ele tem dores nas pernas, dores nas solas dos pés e eu já lhe disse que é do peso e é muito complicado”. E5

“A minha filha já tem apneia do sono”. E6

“A pouco e pouco, foi engordando cada vez mais, chegou a uma altura que foi um exagero, já não sabíamos o que havíamos de fazer”. E4

No entanto, nem sempre as crianças com excesso de peso e/ou obesidade apresentam patologias associadas. Podem apresentar apenas sintomatologia pouco habitual nas crianças/jovens como por exemplo, sentirem-se mais cansados, não conseguirem correr nem participar em certas atividades com os seus colegas e sentirem-se rejeitados pelo grupo de pares, tal como os seus pais evidenciam:

“Porque os miúdos são muito cruéis e ela começou a isolar-se na escola, os próprios colegas, a tratavam mal, era a gorda era todo o tipo de nomes”... “ela isolava-se e por vezes de manhã entrava em pânico, diarreia, vômitos, perdeu dois ou três anos na escola derivado a isso e a gente temos sofrido muito com isso”... “a minha filha ainda tentou o suicídio e tudo na escola”. E6

O prazer de comer é outro dos grandes dilemas com que os pais destas crianças/jovens se debatem. Alguns pais referem que as crianças apresentam prazer em comer, gostam da sua imagem porque ela foi construída, ao longo do tempo, a partir do seu “corpo gordinho”. Não aceitam perder peso, nem aceitam a mudança do seu corpo. O fato de perderem peso entristece estas crianças/jovens e dá azo a um conjunto de reações totalmente inesperadas por parte dos pais.

“Ela adorava olhar para o espelho e ver-se gorda, agora está ali contrariada...”.

Associado ao prazer em comer destas crianças/jovens, surge a recusa da atividade física. As suas preferências revelam que gostam de estar sozinhos preferencialmente em casa, no sofá, a ver televisão ou a jogar no computador. Combater o sedentarismo e a inatividade física é outro dos dilemas que estes pais enfrentam, face a filhos que se isolam, que não conseguem ter a mesma destreza que os seus colegas, que têm dificuldades em expor o seu próprio corpo. Os relatos dos pais revelam-se claros neste aspeto:

“Experimentamos o hip-hop... a dança... mas nem pensar porque depois não tem a agilidade que as outras miúdas têm e ela tem vergonha”. E5

“O R. não gostava de nada, andou no hóquei, no futebol, no karaté... era seis meses num, um ano noutro, era por obrigação... na hora de ir, até ficava mal disposto.” E9

O conhecimento adquirido pelos pais em relação às questões alimentares e à atividade física, nas consultas de Nutrição/Obesidade Infantil, ajuda-os a efetuar ou a manter uma alimentação equilibrada e estimularem os filhos para a prática de atividade física que ajude na manutenção do peso. No entanto, esta intervenção dos pais nem sempre é aceite pelos jovens, como revelam alguns dos relatos dos pais.

“Só pensa é no comer, às vezes são 10h e já pergunta pai a que horas é o almoço? Já está a pensar no almoço e depois à tarde já está a pensar no jantar.” E9

“O problema dele é gostar de comer e não se mexer”E6

“ Ele gosta muito de estar ao computador ...mas fazer exercício não é com ele...” E6

“... já andou em ginásios ...tive que desistir porque não valia estar a pagar para ele não ir.” E3

Também a vigilância e o controle constante destas crianças/jovens são referidos pelos pais como uma das dificuldades experienciadas no seu cotidiano de luta contra o excesso de peso/obesidade dos filhos. Referem que se, no espaço doméstico essa vigilância, apesar de difícil, tem algum sucesso, quando as crianças/jovens são deixados sozinhos é muito difícil controlá-los.

“Come às escondidas, come o que eu não controlo, come o que eu não vejo, agora não, mas de verão não comia de dia na minha frente, comia de noite, roubava-me comida, escondia bolachas debaixo da cama”. E5

“...como não estava sozinho tinha lá um primo, mesmo quando as avós diziam que não lhe davam eles iam para a padaria pôr os pastéis de nata no forno e os pães com chouriço, para comerem.” E3

“Eu custa-me muito estar sempre em cima do meu filho para não comer”. E8

O controle torna-se ainda mais difícil quando os pais estão ausentes, trabalham longe da escola e de casa. As crianças/jovens que comem no refeitório da escola acionam estratégias para fugir às imposições da dieta que devem seguir e escolhem a ementa que mais lhes agrada no momento. A ementa escolhida *a priori* pelos pais (na escola) pode ser modificada pelos jovens. Além disso, sempre que levam dinheiro para os lanches (da manhã ou da tarde) aproveitam para escapar ao controle dos pais e ingerir tudo o que é “proibido” na sua dieta. Nalguns excertos são visíveis estas vivências.

“A maior dificuldade que eu senti foi estar muito tempo ausente de casa e a E. está sempre na escola levava dinheiro e eu não a controlava se ela comia no refeitório”. E10

“Eu já fiz a experiência uma semana deixei-o comer a vontade, comeu o que ele queria, nessa semana engordou 2 kg. Nessa semana só comeu, sem fazer nenhum exercício. Ele tem que ter cuidado, em casa tenho que andar sempre em cima dele”. E1

Outro dilema vivido pelos pais são os próprios familiares, como é o caso dos avós que coabitam com a família. Esta situação não só dificulta como, por vezes, prejudica o trabalho desenvolvido pelos pais. Os avós são permissivos, e as crianças/jovens sabem usufruir bem dessa situação.

“...o meu pai diz que se o menino está em crescimento, porque não pode comer?”. E3

“Nas férias do verão eu estava a trabalhar não tinha com quem o deixar ficou com a minha mãe, ele comia a toda a hora, estragou tudo, passou dos 45kg para os 50kg”. E3

A escolha alimentar é influenciada pelos hábitos culturais e tradições e pela construção do estilo de vida. Como refere Santos (2008:38) “comer é um objeto de decisão quotidiana... e está relacionado com a adoção de um estilo de vida”.

Os hábitos alimentares em que a criança /jovem vive e cresce têm um forte impacto na aceitação da alimentação. A alimentação no Alentejo tem como base o pão que se encontra presente em todas as refeições. Os relatos dos pais evidenciam a cultura alimentar vivida e a centralidade que o pão tem na escolha e preferências alimentares destas crianças/jovens.

“O meu filho gosta da nossa comida alentejana, gosta de doces, de chouriço, e principalmente de pão.” E2

Tal como a alimentação dos adultos sofre influências na escolha alimentar, também a alimentação das crianças e dos jovens está sujeita a estas influências. As escolhas das crianças e os seus comportamentos são influenciados pela família, bem como pelas interações psicossociais e culturais (Birch,1998). Na infância e durante a transição da alimentação infantil ocorre uma série de aprendizagens acerca dos alimentos e da alimentação. A criança inicia um processo de aprendizagens onde além da predisposição genética, que influencia a preferência inata por alguns alimentos e a rejeição por outros, a criança poderá rejeitar alimentos novos, nomeadamente aqueles que não sejam habituais na sua alimentação. A família tem assim uma influência e responsabilidade decisivas nesta etapa de vida. Também as interações entre os pais e os irmãos durante as refeições tornam-se importantes na definição das preferências da criança.

No entanto, são os pais que na infância moldam as escolhas alimentares dos filhos de diversas formas, seja através da escolha de alimentos, seja pela acessibilidade dos alimentos que lhe oferecem como escolha, seja pela permissão através dos meios de comunicação social (Burroughs, 1992). É na infância e durante o processo de socialização que as crianças desenvolvem a perceção do gosto e iniciam o processo de preferência por determinados alimentos. É espectável que a criança/jovem cresça e se desenvolva fisicamente, se modifique com o crescimento e que este ocorra de uma forma contínua e saudável.

As crianças, nos primeiros anos, comem o que os pais comem e estes hábitos são adquiridos e interiorizados como a melhor fonte de informação para a criança (Whitaker e Dietz, 1998). No entanto, os hábitos familiares também nem sempre são os mais adequados e as famílias precisam também de aprender, elas próprias, a modificarem os seus hábitos. Compreende-se que a cultura alimentar da família é difícil de mudar. Mas o facto de a criança/jovem estar “proibido” de ingerir certos alimentos que fazem parte da ementa familiar, pode constituir o ponto de partida para a própria mudança de hábitos da família.

“Nós deixamos de comprar coisas para casa, não há lá nada mas não adianta porque eles comem na casa de um amigo, vão lá comer aquilo que apanham. Eu acho que ainda é pior”. E10

“Os legumes não come, a ervilha não come, come se for arroz de ervilhas por exemplo, já as ervilhas podem ser poucas e o arroz muito”. E5

As crianças/jovens sabem como obter prazer, orientar e manipular quem lhe está mais próximo de forma a alcançarem os seus objetivos. A manipulação dos pais é outra dificuldade constante, referida pelos pais. Estas crianças/jovens manipulam psicologicamente os pais, os professores e outras pessoas próximas, para alcançarem os seus objetivos.

“Eu saía da cozinha, deixava o leite para o lava-loiça e depois ia para a escola dizer que a mãe não lhe dava de comer e passava fome, ia queixar-se aos professores que tinham pena dele davam-lhe sandes, pão...” E5

“Só que o meu não aceita eu dizer, já chega, come menos, vê lá que isso faz-te mal, chamo a atenção mas ele acha que a maneira como eu o repreendo é por não gostar dele, é a forma dele me manipular psicologicamente”. E3

“Ele chora eu as vezes digo-lhe filho mas tu tens fome? Pronto eu não tenho fome, deixa que eu bebo água.” E8

Esta manipulação por parte das crianças/jovens deixa os pais debilitados e a necessitam de apoio especializado. Este apoio é essencial pois permite a existência de intervenções na família, além de facultar conhecimentos sobre nutrição, seleção de alimentos, tipo de refeições, conceção de alimentação saudável e hábitos de atividade física (Kaplan et al, Liverman e kraak, 2004). O apoio dos profissionais de saúde à criança/jovem e família é fundamental e indispensável para alcançarem os seus objetivos.

Para se efetuar uma intervenção familiar há que compreender a criança/jovem e a sua família. Terá que se conhecer os seus hábitos de alimentação bem como o seu estilo de vida, para se poder promover as mudanças necessárias. Estas mudanças devem ser efetuadas no seio familiar, pois é na família e com a família que este problema tem que ser enfrentado (Padez et al, 2004). A família não é só o elo mais importante na aprendizagem da criança/jovem, como os pais são os seus principais modelos, tendo um papel preponderante no desenvolvimento dos estilos de vida saudáveis da criança/jovem.

O envolvimento da comunidade educativa na execução de estratégias e programas de ação na luta contra a obesidade infantil também pode ser uma alternativa de apoio aos pais. A intervenção na escola, juntos dos professores e auxiliares de ação educativa, orientando para uma alimentação com regras e sem excessos e sobre hábitos de vida saudável é fundamental para reforçar as estratégias junto das crianças /jovens e respetivas famílias.

Conclusão

Os hábitos adquiridos na infância revelam-se importantes para o desempenho dos comportamentos das crianças/jovens e são muito difíceis de alterar. As crianças/jovens apresentam dificuldades em modificar os seus hábitos alimentares, mesmo que os pais modifiquem os hábitos em casa.

Os dilemas dos pais na gestão da alimentação destas crianças/jovens são uma constante e assumem contornos mais graves, quando sentem que a saúde das crianças/jovens está em risco.

Nesses dilemas destaca-se o confronto entre a quantidade de alimentos que é preconizada para satisfazer as necessidades individuais, pelas entidades periciais, e a quantidade que é desejada pelas crianças/jovens, gerando sentimentos de culpa nos pais e educadores, por suporem que os seus filhos possam passar fome.

A falta de controlo dos alimentos ingeridos, em quantidade e qualidade, é outro dilema dos pais pois na sua ausência (trabalho) não conseguem controlar a alimentação dos seus filhos, nomeadamente na escola, um lugar onde as crianças/jovens conseguem ter acesso (por troca direta com os colegas ou a troco de dinheiro) aos alimentos que os pais lhes negam.

As dificuldades dos pais centram-se ainda na gestão dos afetos e tradições familiares, nomeadamente no caso dos avós, que ignoram sistematicamente as restrições alimentares dos netos, quando estes ficam a seu cargo.

A inatividade física das crianças/jovens e a sua resistência em fazerem exercício é outro dos dilemas dos pais. De fato, as crianças com excesso de peso ou obesidade recusam fazer atividade física uma vez que apresentam mais dificuldade e/ou não conseguem fazer o mesmo que outras crianças da sua idade. Os pais, depois de tentarem acionar todo o tipo de estratégias, para que os seus filhos cumpram as prescrições em termos de exercício físico, acabam por assumir o seu fracasso, neste domínio.

A maioria destes pais, que expressa dificuldades e dilemas similares, encontra na consulta de Nutrição/Obesidade Infantil o apoio especializado para conseguir gerir a dieta e o controlo de peso dos seus filhos. Na verdade, a estas famílias apenas se pede que, em nome dos riscos para a saúde que se impõem no presente e que tendem a dominar o futuro, mudem os seus hábitos e as suas tradições alimentares. E, o maior dilema é que a alteração dos hábitos alimentares é uma alteração dos hábitos socioculturais.

Referências Bibliográficas

- Allen, R.P., Picchietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisir J, et al. (2003) Restless legs syndrome: Diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. *National Institutes of Health. Sleep Medicine*. 2003;4(2): 101-119.
- Birch, L. (1998). Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics*, 10(1^o Supl): 539-549.
- Burroughs, M. & Terry, R. (1992). Perspectives toward their children's eating behaviour. *Top Clin Nut*, 8: 45-52.
- Chora, M.A.F.C. (2014). *Os dilemas dos pais das crianças/jovens com excesso e obesidade no Alentejo: uma análise sociológica*. Tese de Doutoramento em Sociologia – Universidade de Évora, Portugal.
- Marques, R. (2009). Contribuições teóricas da obra de Pierre Bourdieu à Educação Nutricional capítulo 10 in: *Qualidade de vida e Cultura alimentar*. 1^a ed. Editorial IPRS. Campinas
- Mendes, F. (2002). Risco um conceito do passado que colonizou o presente. *Promoção da Saúde*, 20(2): 53-62

Nobre, M.R.C., Domingues, R.Z.D.L., Silva, A.R.D., Colugnati, F.A.B., & Taddei, J.A. D.A.C. (2006). Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. *Revista Assoc Med Bras.* (52): 118-124.

Oliveira, A. M. et al (2003) Sobrepeso e Obesidade Infantil: Influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana. *Endocrinologia Metabólicas.* 47(2)

Santos, L. (2008). *O corpo, o comer e a comida, um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: EDUFBA.

Silva, J. et al. (2010). Alimentação e cultura como campo científico no Brasil. *Physis Revista de Saúde Colectiva*, 20 (2): 413-42.

Stenzel, L. (2002). *Obesidade: o peso da exclusão*. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS.

