

RESPOSTAS DE ENFERMAGEM PARA A SAÚDE NO FUTURO¹

Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade

Manuel Lopes²

Felismina Mendes³

Lucília Nunes⁴

Alice Ruivo⁵

António Amaral⁶

Introdução

Na sequência do relatório “Um futuro para a Saúde - todos temos um papel a desempenhar”, a Direção-Geral da Saúde e a Fundação Calouste Gulbenkian promoveram um debate nacional com enfermeiros e cidadãos para refletir, no âmbito das recomendações e desafios, sobre as respostas de enfermagem para a saúde no futuro.

Porque todos temos um papel a desempenhar, a Enfermagem deve preparar-se, no seu âmbito de atuação, responsabilidade e competências, para aprofundar o desempenho e a participação na equipa de saúde, assegurando melhores respostas às necessidades em saúde dos cidadãos, fator relevante para o desenvolvimento do Sistema de Saúde como um todo.

Neste contexto foi-nos proposto que refletíssemos sobre o tema “Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade”. Propomo-nos fazê-lo tendo como referência o facto de vivermos num mundo globalizado, com mobilidade nunca antes vista nem possível e simultaneamente com enormes assimetrias principalmente entre hemisférios. Tal requer uma perspetiva global da saúde uma vez que os problemas associados deixaram definitivamente de ter apenas uma expressão local, ainda que, ao mesmo tempo, exijam uma solução local, sempre no pressuposto que o acesso a cuidados de saúde é um direito e factor primordial do desenvolvimento humano.

¹ Encontro Nacional de Enfermagem. Organização Direção-Geral da Saúde e a Fundação Calouste Gulbenkian. 8 de abril 2015. Fundação Calouste Gulbenkian

² Professor Coordenador, Doutor em Ciências de Enfermagem, Diretor da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora

³ Professora Coordenadora, Doutora em Sociologia, Presidente da Assembleia de Escola da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora

⁴ Professora Coordenadora, Agregação em Filosofia, especialidade Ética. Doutora em Filosofia, Presidente do Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

⁵ Professora Coordenadora, Doutora em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica, Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

⁶ Professor Coordenador, Doutor em Organização e Gestão de Empresas, Vice-Presidente do Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Enquadramento

A saúde é um dos mais importantes indicadores de desenvolvimento dos povos. Para o comprovar, invocamos o conceito de Desenvolvimento Humano proposto pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq (1995) e definido como o processo de ampliação das escolhas e liberdades das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para serem aquilo que desejam ser. Para este conceito, bem como para o cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano, contribuem indicadores como saúde, educação e rendimento. Se analisarmos um pouco cada um dos três indicadores, mas acima de tudo as relações entre eles, percebemos facilmente que quer a saúde, quer a educação são determinantes para o exercício das liberdades referidas. Por outro lado, a educação e o rendimento constituem-se como determinantes da saúde expressando a estreita ligação da saúde ao desenvolvimento humano, razão pela qual lhe atribuímos a centralidade atrás referida. Noutra perspetiva, conforme se fortalece o desenvolvimento humano, consolida-se o exercício dos direitos humanos.

Neste contexto, pensar a saúde é equacioná-la numa trama de relações entre múltiplas variáveis que vão da dimensão micro (i.e., código genético) à dimensão macro (e.g., políticas de saúde e ambiente), relações estas já devidamente teorizadas e designadas como determinantes de saúde e posteriormente assumidas e desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como determinantes sociais de saúde.

Pensar a saúde é assim cada vez menos uma questão que possa ser equacionada isoladamente por um país e cada vez mais um problema de relação desse país com o mundo em que se insere, quer o consideremos numa relação de maior proximidade com o seu espaço de vizinhança próxima, quer numa perspetiva mais global. Este enquadramento global da problemática da saúde ganhou relevância acrescida com o desenvolvimento do movimento de globalização.

Assim, no caso de Portugal, pensar a saúde deve obrigar-nos a olhar para a nossa natural inserção no espaço europeu caracterizado, entre outras coisas, pela livre circulação de pessoas e bens, mas também pelos elevados padrões de desenvolvimento humano genericamente alcançados.

A livre circulação de pessoas e bens associada ao incremento e facilidade da mobilidade, transformam a Europa num espaço diariamente cruzado por milhões de pessoas, colocando pressões sobre o sistema de saúde quer pela diversidade cultural e linguística de utentes, quer pela potencial rápida propagação de qualquer doença. A título de exemplo refira-se que o aeroporto de Lisboa atingiu no ano de 2014, 18 milhões de passageiros, quase duas vezes a população portuguesa, não querendo com isto dizer que todos sejam oriundos do espaço europeu.

No caso de Portugal e tendo em consideração a posição geográfica e as relações transatlânticas, pensar a saúde é também integrar as relações norte-sul. Neste caso e para além dos elementos atrás referidos,

muitos outros precisam ser equacionados. De facto se as exigências que são colocadas ao sistema pela nossa inserção europeia são elevadas, as que decorrem da nossa relação com os países do hemisfério sul são de uma exigência acrescida e de natureza diversa, razão pela qual lhe dedicaremos uma atenção particular.

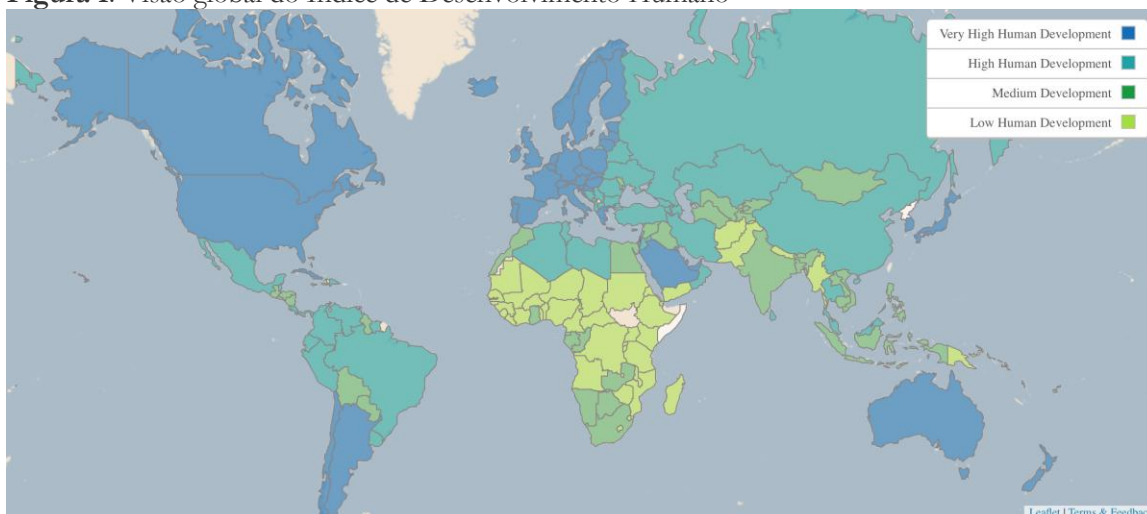
Para além dos argumentos invocados, espera-se que cada país ao pensar o seu sistema de saúde o equacione também como forma de contribuir para a saúde global e para o desenvolvimento humano.

Neste contexto interessa equacionar a saúde e dentro desta, o contributo dos enfermeiros para a saúde, tendo em consideração a inserção de Portugal num espaço económico considerado de enorme desenvolvimento e de livre circulação (i.e., UE), mas também a sua localização geográfica e a sua histórica abertura aos países do hemisfério sul, tudo isto conjugado com a globalização e as facilidades de deslocação. Daremos especial atenção a estas últimas dimensões, considerando os desequilíbrios de desenvolvimento entre os referidos hemisférios e as consequências que daí advêm para a saúde global, bem assim como para a saúde dos portugueses. Para o fazer procederemos a uma caracterização do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), bem assim como de diversos outros indicadores de saúde e de determinantes de saúde numa perspectiva global.

Uma breve panorâmica da saúde global - as diferenças através dos indicadores de saúde

Relativamente ao IDH e de acordo com o último Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, (2014), constata-se uma quase perfeita divisão entre o hemisfério norte e o sul, com níveis muito elevados de desenvolvimento humano no primeiro e muito baixos no segundo (ver figura 1).

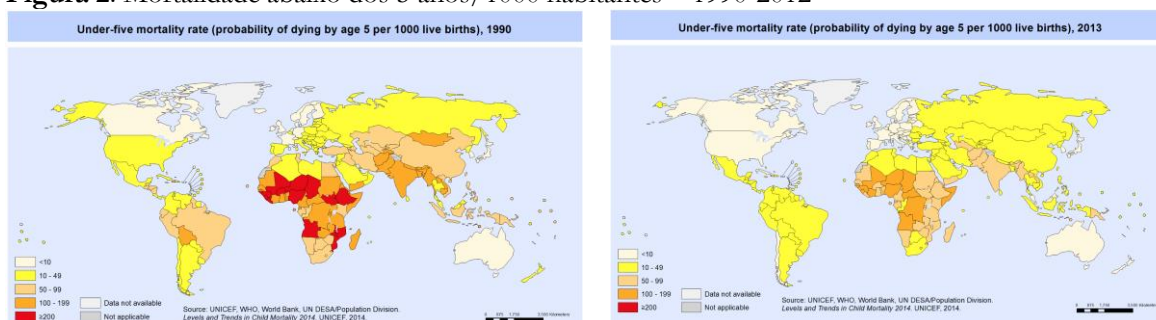
Figura 1: Visão global do Índice de Desenvolvimento Humano



Fonte: Human Development Reports, 2015

Se atentarmos nos diversos indicadores que compõem o IDH verificamos que esta divisão está presente em todos eles de forma mais ou menos acentuada. Assim a taxa mortalidade abaixo dos 5 anos varia entre 2 mortes/1000 nados vivos no Luxemburgo e 182 mortes/1000 nados vivos na Serra Leoa (PNUD, 2014). Apesar deste fosso entre o país países referidos, devemos também mencionar que o mesmo era muito maior em 1990 (6 versus 386 mortes por cada 1000 nados vivos), tal como se pode constatar visualmente na figura 2. Por sua vez a Esperança Média de Vida à Nascimento varia entre 45,6 anos na Serra Leoa e 83,6 anos no Japão.

Figura 2: Mortalidade abaixo dos 5 anos/1000 habitantes – 1990-2012



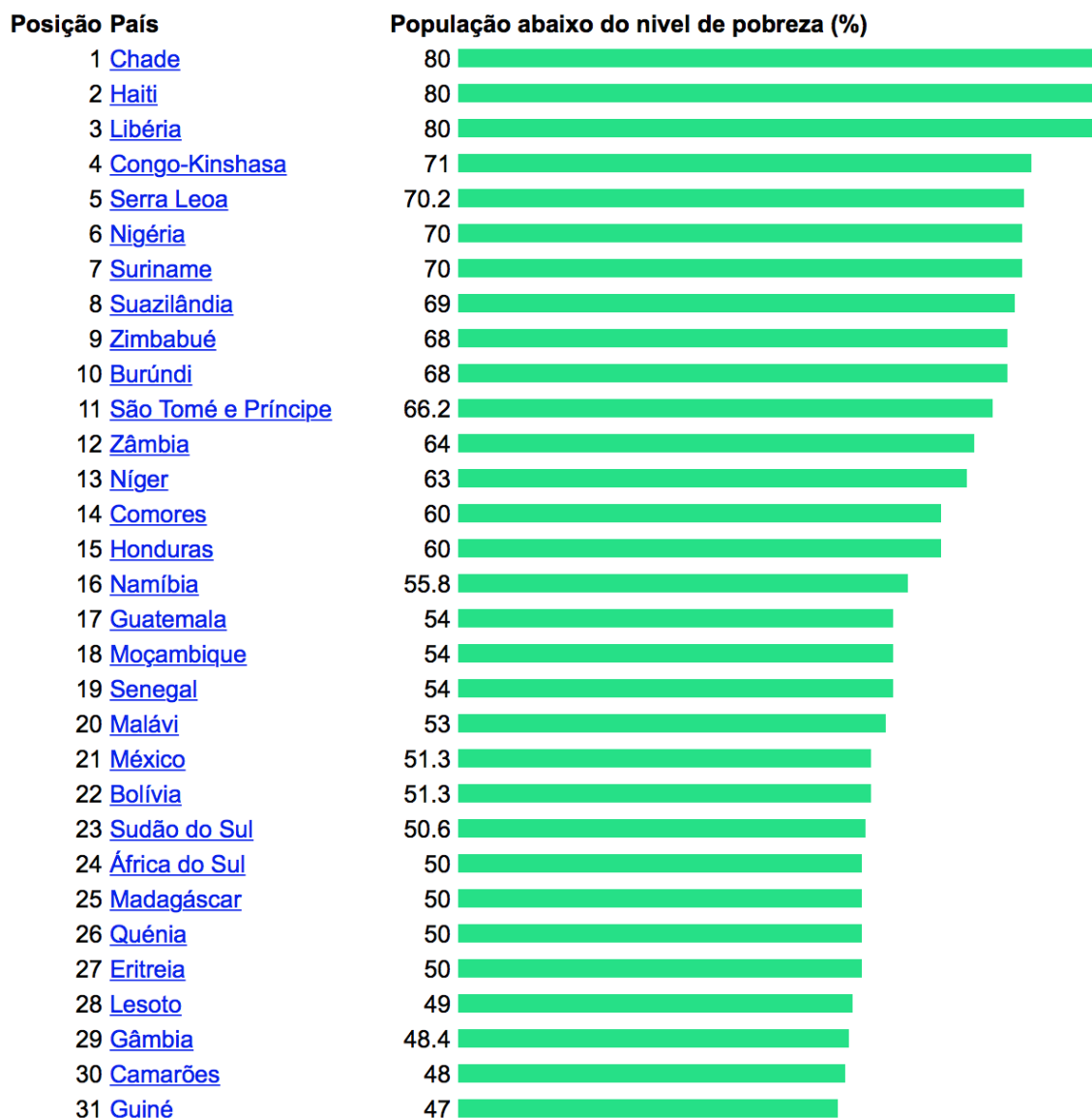
Fonte: WHO, 2015

Se a comparação entre hemisférios incluir o tipo de doenças constatamos que enquanto no hemisfério norte se assiste a uma transição epidemiológica de doenças infecto-contagiosas para doenças crónico-degenerativas, no hemisfério sul permanece um padrão de doenças infecto-contagiosas. A título de exemplo e de acordo com a OMS (2014), entre 2010 e 2013 apenas países do hemisfério sul relataram surtos de cólera. Conclusão semelhante se pode tirar relativamente à meningite meningocócica. Se analisarmos os mapas de incidência de tuberculose constatamos idêntica divisão entre hemisférios sendo portanto sobreponível a conclusão (OMS, 2014).

Por sua vez no hemisfério norte, com uma acentuada diferença relativamente à esperança média de vida à nascença, prevalecem doenças cardio-cérebro-vasculares e oncológicas, todas elas cada vez mais com uma tendência para se assumirem como doenças crónicas.

Vale a pena olhar também para algumas das metas de desenvolvimento do milénio (MDG). Assim e relativamente à primeira (MDG1 – pobreza e fome), escolhemos a atrofia em crianças com menos de 5 anos, constatando mais uma vez a clássica divisão entre hemisférios, sendo que, neste caso, prevalece essencialmente o continente africano com indicadores alarmantes. Relativamente ao nível de pobreza podemos constatar duas coisas distintas e ambas de enorme gravidade. Os primeiros 30 países da lista dos mais pobres são todos do hemisfério sul; nesse conjunto de países a pobreza atinge entre 48% (Camarões) e 80% da população (Chade).

Figura 3: Lista dos primeiros 30 países com mais elevada percentagem de população abaixo do nível de pobreza



Fonte: Indexmundi - [CIA World Factbook](#), 2012

Relativamente à saúde das crianças (MDG4) já atrás referimos a mortalidade abaixo dos 5 anos, mas as conclusões são idênticas se falarmos em mortalidade infantil. Por sua vez e no que concerne à saúde da mulher (MDG 5), verificamos diferenças abissais entre os dois hemisférios no que concerne à assistência no parto por profissionais de saúde, bem como à mortalidade materna.

Sobre a sustentabilidade ambiental (MDG 7) constatamos que enquanto no hemisfério norte, por norma, 100% da população tem acesso a água potável, em grande parte do hemisfério sul, apenas

metade ou menos usufrui de tal condição. É também no hemisfério sul que as pessoas estão mais expostas à poluição ambiental em casa, resultante do uso de combustíveis sólidos.

No que concerne à cobertura vacinal DPT-3 verifica-se igual tendência à até aqui descrita, constatando-se coberturas que rondam os 100% no hemisfério norte enquanto no hemisfério sul rondam os 50%, apesar da evolução positiva que se tem constatado nas décadas mais recentes. Todavia essa evolução parece ser frágil uma vez que a mesma retrocede sempre que ocorre alguma instabilidade de natureza diversa.

Ao analisarmos os recursos de saúde e começando por considerar a densidade de médicos e de enfermeiros e parteiras, constatamos que quer num, quer noutro caso o já glosado fosso norte sul permanece com diferenças que vão de 0,1 enfermeira/1000 habitantes no Lesoto a 17,4 enfermeiros/1000 habitantes na Suíça. Relativamente aos médicos a diferença varia entre 0,008 médicos/1000 habitantes na República Unida da Tanzânia e 7,7 médicos/1000 habitantes no Qatar.

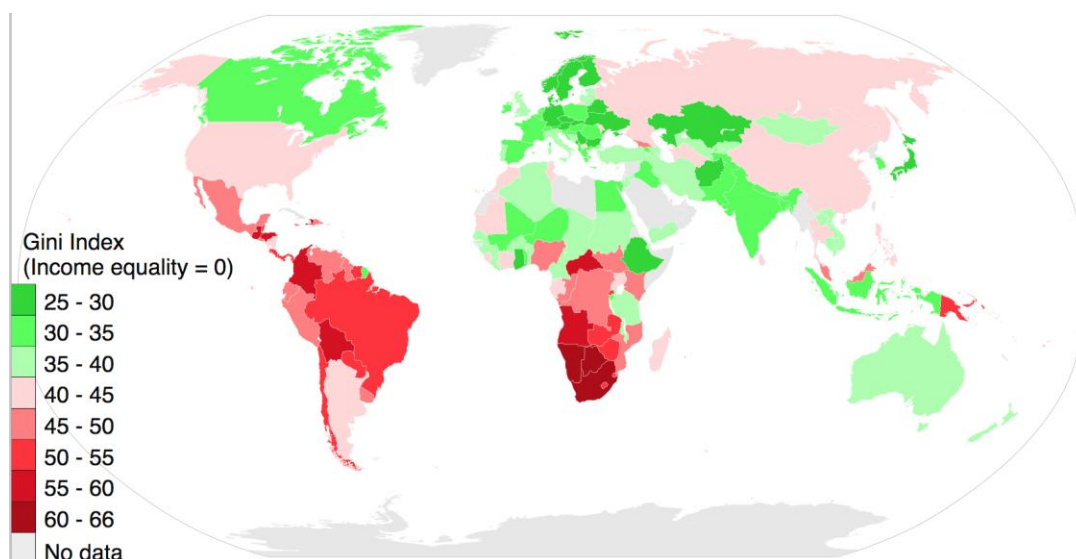
Relativamente ao financiamento da saúde consideramos a despesa total em saúde com uma clara divisão norte-sul com países como Myanmar a terem uma despesa que equivale 1,8% do seu PIB enquanto os Estados Unidos da América têm uma despesa que equivale a 17,9% do PIB. Para uma mais adequada compreensão desta dimensão (i.e., financiamento da saúde) convém considerarmos também a despesa total per capita em saúde à taxa de câmbio média (US\$ 2012), verificando-se neste caso disparidades que vão de 14,7 dólares per capita na Eritreia a 9.055,4 dólares per capita na Noruega.

Refiramos agora alguns indicadores compostos.

Começemos pelo Coeficiente de Gini¹ através do qual naturalmente se percebe que também neste caso permanece a desigualdade norte-sul (PNUD, 2014).

Figura 4: Perspectiva Global do Coeficiente de Gini

¹ Indicador sintético de desigualdade na distribuição do rendimento que assume valores entre 0 (quando todos os indivíduos têm igual rendimento) e 100 (quando todo o rendimento se concentra num único indivíduo). O coeficiente pode também variar entre 0 e 1.



Fonte: World Bank, 2014

Essa desigualdade é ainda mais gritante no caso do Índice de Desigualdade de Género¹ o qual capta as desvantagens das mulheres e as perdas de potencial de desenvolvimento em três dimensões que espelham o IDH: saúde reprodutiva, empoderamento (autonomia) e atividade económica.

Com base nos indicadores apresentados fácil será estabelecer relações entre eles e perceber o quanto se inter influenciam quer negativa, quer positivamente.

O cenário aqui apresentado pode resumir-se de forma rápida do seguinte modo:

Um hemisfério norte rico, desenvolvido e com elevados padrões de saúde e bem estar por oposição a um hemisfério sul pobre, sub-desenvolvido e com paupérrimos padrões de saúde e bem estar, mas principalmente com uma conjugação de factores desfavoráveis que contribuem para a perpetuação do atual cenário. Esta conjugação de fatores desfavoráveis levou o PNUD a propor a adoção do conceito de vulnerabilidade que se define como “a exposição ao risco e a gestão de risco, incluindo a prevenção de choques e a diversificação de ativos e fontes de receita”. Por sua vez o conceito de vulnerabilidade humana foi introduzido como forma de descrever situações de deterioração das capacidades e das possibilidades de escolha dos indivíduos (PNUD, 2014, p. 1).

Esta desigualdade gritante e esta vulnerabilidade dizem-nos respeito quer consideremos o ponto de vista ético, quer a saúde numa perspectiva global e, conseqüentemente, a economia global.

¹ Reflete desigualdades com base no género em três dimensões – saúde reprodutiva, autonomia e atividade económica. A saúde reprodutiva é medida pelas taxas de mortalidade materna e de fertilidade entre as adolescentes; a autonomia é medida pela proporção de assentos parlamentares ocupados por cada género e a obtenção de educação secundária ou superior por cada género; e a atividade económica é medida pela taxa de participação no mercado de trabalho para cada género.

Dimensão ético-moral e política da saúde

Cada pessoa é única, insubstituível, dotada de dignidade; dito de outra forma, a dignidade humana é *inerente* à pessoa, antecede e fundamenta os direitos humanos - como afirma Habermas, aos direitos (no seu conjunto e na relação entre si) cabe "satisfazer politicamente a promessa moral de respeitar a dignidade humana"¹.

Da dignidade humana deduzimos habitualmente a proteção da vida e, a partir desta, inclusa e inerente, a proteção da saúde. Pode assim pensar-se que o desiderato do *mais elevado nível de saúde* constitui tanto uma questão de justiça e de humanismo como uma obrigação dos Estados. Por isso, requer-se que o Estado assegure e assuma a proteção do direito a cuidados de saúde.

Compreende-se que, para uma plena realização da existência humana no que respeita à esfera da saúde, é relevante tanto a criação de condições como a sua efetivação. Por isso, o acesso a cuidados e a informação de saúde não têm apenas relação com o enquadramento jurídico do país mas dependem substancialmente da vontade política, ou seja, das políticas de saúde e da forma como os processos e as práticas de cuidados são desenvolvidas.

Numa abordagem ampla das capacidades, Amartya Sen distingue entre funcionamento como aquisição da pessoa, o que consegue fazer ou ser, a utilização dos recursos de que dispõe, e capacidade, enquanto habilidade para atingir um certo funcionamento - do que decorre que as capacidades emergem da aplicação de todas as utilizações possíveis dos recursos ao dispôr e reflectem as oportunidades reais que a pessoa tem de escolher entre estilos de vida possíveis para si. Por isso, "as capacidades são os potenciais funcionamentos das pessoas. Funcionamento diz respeito ao ser e e fazer (...) todas as capacidades, juntas, correspondem à liberdade para levar a vida que a pessoa tem razões para valorizar"².

A saúde é fundamental para a realização dos projetos de vida e, por isso, o acesso a cuidados de saúde é um *direito humano* - entendamos os direitos humanos como implicação moral do princípio de um *limiar mínimo* para todos. A saúde é considerada como bem pessoal e recurso individual, que influencia a qualidade de vida e pode também ser encarada como resultado de um conjunto de condições e de estilos de vida, sendo determinada por múltiplos fatores (aos quais se tem designado por *determinantes de saúde*). Daí, que tenha surgido a aspiração do *melhor nível de saúde para todos*³ - contudo, esta universalidade intencional depara-se com particulares complexos, perfis dinâmicos de necessidades individuais,

¹ Habermas, Jürgen (2010) La idea de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 44, 105-121. "los derechos fundamentales sólo podrán satisfacer políticamente la promesa moral de respetar la dignidad humana de cada uno, si *actúan conjuntamente y de manera equilibrada* en todas sus categorías" (itálicos no original) p.110.

² Robeyns, Ingrid (2003) Sen's capability approach and gender inequality: selecting relevant capabilities. *Feminist Economics*. 9 (2-3), p. 61-92. cit p. 62: "Capabilities are people's potential functionings. Functionings are beings and doings. The difference between a functioning and a capability is similar to the difference between an achievement and the freedom to achieve something, or between an outcome and an opportunity. All capabilities together correspond to the overall freedom to lead the life that a person has reason to value."

³ Na Declaração de Alma-Ata (1978) assumiu-se a saúde como um direito humano fundamental. Atingir o mais alto nível de saúde em todas as nações corresponde à mais importante meta social a nível mundial.

associadas ao ciclo e processos de vida, ao envelhecimento, ao aumento das doenças crónicas, num ambiente que exerce sobre nós fortes influências, desde a economia à cultura, da vida dos grupos às condições de trabalho.

Entendendo que os *ganhos em saúde* são "resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução"¹ é expectável que se traduzam por "ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde"². Naturalmente, os *ganhos em saúde* dependem da capacidade de intervir, seja prevenindo, controlando ou resolvendo os fatores causais, quando conhecidos - e, por consequência, os ganhos em saúde dependem também da gestão do conhecimento, da identificação acurada das necessidades em saúde e da correta alocação dos recursos existentes.

Estaremos genericamente todos de acordo que as políticas de saúde têm de assentar em princípios e valores claros - aliás, na nossa realidade o que nem falta são enunciados de direitos ou textos sobre a situação de saúde, o que (sendo um indicador relevante) é diferente de implementar sistemas de saúde que efetivamente assegurem "a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade"³, reduzindo as desigualdades na saúde.

As reformas no sistema de saúde têm apontado a acessibilidade e a equidade como eixos centrais, sendo o acesso aos cuidados de saúde tido como "um dos determinantes da saúde (...) interligado de modo dinâmico com os determinantes sociais, com a literacia, com as atitudes perante os serviços de saúde e estado de saúde"⁴, fatores estes que se cruzam com as características do sistema de prestação de cuidados e influenciam a utilização dos cuidados de saúde. Considerando que um dos pilares fundamentais da política de saúde é o acesso aos cuidados, parece evidente que, ao nível mais elementar, este acesso depende da oferta de cuidados, ou seja, da disponibilidade de cuidados de saúde para as pessoas lhes poderem aceder; e esta disponibilidade relaciona-se diretamente com a organização dos serviços e a existência de (mais ou menos) barreiras à utilização bem como a adequação da resposta às necessidades dos cidadãos. Neste sentido, é "indissociável da questão de equidade do sistema de saúde"⁵.

A premissa de base, veiculada pela OMS, é que *todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde*, sendo a equidade em saúde definida como "a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou

¹ Portugal. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde, p.2.

² Idem, p.2.

³ Idem, p. 3.

⁴ Furtado, Cláudia; Pereira, João (2010) Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.p. 8.

⁵ Idem, p. 4.

demográficos diversos"¹. As políticas e os cuidados de saúde, nos seus diferentes níveis, enquanto sistema de saúde, visam um objetivo último, a saber, "melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos"². Portanto, aqui emerge uma preocupação universal (todos os cidadãos) e, em termos éticos, facilmente se evoca o *bem comum*, que é de cada um e de todos os membros de uma comunidade.

Fala-se hoje, com alguma persistência, de *bens públicos* com dimensão global, enquanto bens que "tendem para a universalidade, no sentido que possam beneficiar todos os países, grupos populacionais e gerações"³ - os benefícios destes bens estendem-se a um conjunto alargado de populações, atendendo às necessidades do tempo presente sem pôr em perigo as gerações futuras. Ou seja, os bens públicos contribuem para aumentar as possibilidades e as oportunidades de cada pessoa viver a vida que escolhe(r) viver.

Alguns exemplos do nosso quotidiano: o bem público do conhecimento científico, concretizado nas vacinas, potenciou que milhões de pessoas tivessem a sua vida protegida de algumas doenças; ou, noutro exemplo, uma linha telefónica de serviço público que disponibiliza um aconselhamento rápido e qualificado na saúde, dota os cidadãos de ferramentas importantes para o auto-cuidado e atenua o recurso aos serviços de urgência, permitindo o melhor funcionamento do sistema público no seu conjunto; ou, noutro caso, um serviço de emergência gratuito e eficaz no terreno, de suporte imediato de vida ou de emergência e reanimação, a que todos possam aceder rapidamente é um bem público que procura preservar a vida ou reduzir as sequelas.

Defende-se hoje que as ações dos sistemas de saúde devem estar articuladas com outros sistemas e políticas, como a educação, o ambiente, o trabalho. Mais, que existem domínios em que os Estados da União Europeia "não podem actuar sozinhos de modo eficaz, tornando-se indispensável uma colaboração a nível comunitário. Entre esses domínios são de referir as grandes ameaças para a saúde e as questões com impacto transfronteiriço ou internacional, como as pandemias e o bioterrorismo (...). Para cumprir esta função, é necessário desenvolver um trabalho transectorial."⁴

Saúde e desenvolvimento económico

Relativamente à dimensão económica, o problema pode colocar-se sobre duas perspectivas complementares. Primeiro, o desenvolvimento da humanidade não se pode fazer, sob pena de ser de enorme fragilidade, cavando cada vez mais o fosso entre os mais desenvolvidos e os menos desenvolvidos; segundo, a referida fragilidade manifesta-se, entre outras formas, pela pressão que é

¹ Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde. p.2.

² Portugal. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 4.1.Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde, p. 2. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>

³ Deneulin, Séverine; Townsend, Nicholas (2006) Public goods, global public goods and the common good. WeD - Wellbeing in Developing Countries. Working Paper 18.

⁴ Livro branco Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013), p.2.

colocada nas fronteiras que separam regiões desenvolvidas de regiões menos desenvolvidas (e.g., fronteira sul da Europa e sul dos Estados Unidos), criando situações humanitárias dramáticas e frequentemente fora de controlo. Esta pressão tem tido desenvolvimentos recentes com fenómenos migratórios intensos, dramáticos e degradantes.

Face ao exposto, as atitudes dos países desenvolvidos têm variado ao longo do tempo entre maior ou menor rigor no controlo dos movimentos migratórios, principalmente nos pontos de pressão atrás referidos. Essa variabilidade tem uma clara relação com os ciclos económicos e com as necessidades de mão de obra dos países mais ricos. Notemos que essa pressão tem também contribuído para alimentar redes de tráfico humano e de emigração ilegal, bem como redes de trabalho clandestino quantas vezes em condições sub-humanas. A prevalência destas redes contribui também para a total ausência de controlo de quaisquer situações de doença, bem como para a sua permanência e até degradação no país de acolhimento uma vez que, enquanto trabalhadores ilegais, não têm acesso ao sistema de saúde.

Simultaneamente os países desenvolvidos têm contribuído através de donativos e/ou financiamento de programas quer através de fundos públicos quer de filantropia, relativamente ao impacto dos quais pouco se sabe, havendo inclusive dúvidas sobre quais os reais beneficiários desses gestos. Coloca-se assim a questão: como definir uma estratégia de desenvolvimento? Qual o papel dos enfermeiros nessa estratégia, desde a conceção às intervenções de curto, médio e longo prazo?

Perspectivando algumas respostas

"O que antecipamos raramente ocorre; o que menos esperamos geralmente acontece" Benjamim Disraeli

Garantidamente as respostas para problemas tão complexos não são simples, muito menos milagrosas. Também não é expectável que as mudanças ocorram repentinamente. As possíveis mudanças ocorrerão se se conjugarem uma enorme diversidade de variáveis que as favoreçam, muitas delas com elevado grau de imprevisibilidade como as que decorrem da instabilidade política que com alguma frequência conduz a conflitos destruidores de vidas humanas e de todas as infraestruturas que sustentam o desenvolvimento.

Assim sendo, o que aqui propomos não se traduz num exercício de futurologia, mas tão só num delinear de uma estratégia passível frutificar a médio/longo prazo. Fá-lo-emos enunciando dois pilares fundamentais - a saúde em todas as políticas e uma política de saúde concretizada através estratégias locais de saúde – e, conseqüentemente o contributo dos enfermeiros em todo este processo.

A saúde em todas as políticas

Os enfermeiros, como todos os profissionais de saúde, têm um papel fundamental a desenvolver enquanto agentes de mudança e melhoria dos cuidados de saúde? das respostas em saúde?, num trabalho de apoio conjunto e sistemático às populações e às organizações comunitárias, o que exige necessariamente uma formação adaptada a esses objetivos.

Esta nova aproximação, que parte da centralidade das iniciativas dos cidadão e das comunidades, gera rupturas e simultaneamente oportunidades estimulantes para o trabalho dos enfermeiros, que terão que mudar as suas práticas há muito consolidadas e estabelecer novas relações profissionais, onde as parcerias com os utentes e organizações comunitárias, assumirão maior destaque. Também o uso/recurso às novas tecnologias para ajudar a resolver “velhos” problemas, será um dado no quotidiano dos enfermeiros.

Dotados de sólidos conhecimentos científicos e de capacidade de liderança, os enfermeiros assumirão um papel estratégico na implementação e monitorização da Saúde em Todas as Políticas e enquanto agentes da mudança e líderes transformadores que promovem a melhoria da saúde das populações e da comunidades, através da cooperação contínua com os todos os sectores comunitários e agentes políticos da governação (Crispe t al., 2014).

A concretização deste novo papel a ser desempenhado pelos enfermeiros exige, mais do que alterações do modelos de formação, uma sólida reconfiguração e flexibilidade de funções e ainda um forte investimento no trabalho em equipa onde a partilha de informação, sustenta todas as bases de atuação.

Assumir um lugar estratégico e político na defesa da saúde dos povos tem associado o desafio de um novo papel mas também requer que os governos reconheçam e reforcem esse novo papel dos profissionais de enfermagem.

O aumento da esperança média de vida, da qualidade de vida, a melhoria dos níveis de educação e dos conhecimentos em saúde, aumentaram as expectativas dos cidadãos no sistema de prestação de cuidados e nas suas possibilidades, exigindo mais e melhor saúde. Estamos então perante perspetivas que remetem para uma (re)formulação inovadora tanto do conceito de saúde como das políticas públicas e do seu papel perante a sociedade (Carvalho, 2005) em que se estimula e valoriza a importância da negociação e da colaboração, permitindo que os indivíduos possam ser informados e orientados (capacitados) para que tomem decisões de forma livre e consciente em favor da saúde.

Desempenhar o papel que as atuais condições de saúde dos países exigem, impõe aos enfermeiros uma formação que valorize e reforce a saúde pública e comunitária. Neste contexto formativo é imperativo retomar e aprofundar todo o conjunto de orientações estratégicas da OMS que a visão mais hospitalocêntrica da saúde em Portugal sempre remeteu para um plano secundário, na formação dos profissionais de saúde e em especial dos enfermeiros.

Destaca-se, neste enquadramento, a importância da Saúde em Todas as Políticas que mais do que uma estratégia política de intersectorialidade na saúde assenta na convicção de que os ganhos em saúde dependem de forma indissociável dos estilos de vida de cada indivíduo e de todo ambiente em que está inserido.

A Saúde em todas as Políticas é também a garantia de que a saúde é integrada nas iniciativas políticas de outras áreas, que devem ser coerentes com as prioridades das políticas de saúde (Albuquerque e Machado, 2010). Também a Saúde como Recurso, central para o desenvolvimento dos países, das regiões e das populações se afigura como uma configuração subjacente a todas as políticas de saúde. Quer a primeira, quer a segunda operacionalizam-se através dos Determinantes Sociais da Saúde, que congregam os princípios decorrentes dessas duas perspetivas.

Neste contexto, nunca é demais lembrar ou relembrar os princípios que devem sustentar quer a formação, quer a ação/intervenção em saúde e que assentam nos pressupostos da Conferência Mundial sobre os DSS (2011). De acordo com esses princípios todas as intervenções planeadas devem assumir a saúde em todas as políticas (sublinhando a importância das relações entre a saúde e as metas económicas e sociais mais amplas, colocando a melhoria da saúde da população e a redução das desigualdades em saúde como problemas que exigem uma resposta política integrada) (Ollila, 2011); devem ser coordenadas e coerentes entre si e cada nível de atuação precisa de atuar de acordo com suas próprias prioridades e condições; devem sustentar-se numa lógica de médio ou longo prazo, através da implementação continuada das ações; devem assentar na capacitação dos indivíduos e comunidades sobre as desigualdades em saúde e sobre os DSS; devem partir de uma avaliação das desigualdades em saúde e dos principais fatores associados aos DSS, no contexto em que se pretende intervir; devem seguir os princípios da intersectorialidade (Solar e Irwin, 2007; Agência de Saúde Pública do Canadá, 2007); devem trabalhar segundo o imperativo moral subjacente aos direitos humanos segundo o qual todos devem ter oportunidades iguais em relação à saúde (Braveman, 2010; Rasanatha et al, 2010); devem desenvolver e institucionalizar mecanismos de participação efetiva das populações, através da disponibilização de informação objetiva e trabalhando diretamente com as comunidades ao longo de todo o processo de intervenção (Valentine et al, 2008); devem promover uma monitorização contínua e criar mecanismos de avaliação das intervenções planeadas, monitorizando as desigualdades em saúde, os DSS e o impacto das políticas acionadas (Sadana et al., 2010; Marmot et al, 2010); devem estabelecer metodologias de obtenção de dados de monitorização e avaliação, pois esta recolha de dados (sobre educação, habitação emprego e acesso à saúde) realizada a partir de pesquisas de base populacional e a intervalos regulares, virá a constituir uma base mínima necessária para apoiar e sustentar a decisão política (Marmont et al, 2010); devem incluir a definição, construção e seleção de indicadores para subsidiar a ação sobre os determinantes da saúde. Estes indicadores devem obedecer a critérios de comparabilidade, harmonização e acessibilidade (Sadana et al., 2010; Stiglitz, Sen e Fitoussi, 2009); devem dar primazia a modelos centrados no contexto cultural, nos sistemas de valores e nas metas e

expectativas dos indivíduos (em oposição ao modelo epidemiológico tradicional) (Stiglitz, Sen e Fitoussi, 2009); devem adotar uma abordagem multidisciplinar que reflita todo o espectro de sectores envolvidos na ação (Stiglitz, Sen e Fitoussi, 2009); devem ser coerentes e coordenadas entre si, o que significa que os diferentes sectores podem contribuir para a saúde simplesmente fazendo bem o seu próprio trabalho; devem expressar a coerência entre as políticas sociais e económicas; não devem funcionar simplesmente como um projeto ou programa que é executado, pois a ação política deve ser sempre fundamentada no conhecimento sobre os DSS (Ostlin, 2010); devem adotar a governança como conceito central, fundamental para mediar o modo pelo qual governos e as organizações sociais interagem e se relacionam com os cidadãos, para clarificar o papel dos diferentes atores e sectores e para fomentar o consenso entre os diferentes sectores (Graham et al., 2003; Crosby e Hottinger, 2011); devem ter um rumo e uma visão estratégica, assentes num compromisso de médio ou longo prazo. As ações de curto prazo, frequentemente, levam à implementação de medidas de forma rápida, mas inadequada; devem apresentar garantias de obtenção de um bom desempenho tanto nos processos como nos resultados, fazendo o melhor uso possível dos recursos em termos das metas comuns identificadas; devem assentar na transparência, quer para quem toma as decisões, quer para quem é responsável pela implementação das políticas e pelos resultados obtidos, fazendo com que as responsabilidades sejam e permaneçam sempre claras (*Health and Lens Analyse*, 2011); devem promover a avaliação do impacto das políticas acionadas sobre a saúde. Esta avaliação permite modificar ou adaptar as políticas, os planos ou as estratégias de promoção da saúde e de redução das desigualdades. Os valores que sustentam o uso das análises de impacto na tomada de decisões são a democracia, a equidade, o desenvolvimento sustentável e o uso ético da evidência¹ (Mendes e Zóximo, 2012).

Numa era em que os problemas de saúde são cada vez mais complexos, a promoção da saúde e a implementação de ações de combate às desigualdades sociais e de saúde, emergem como condições decisivas para se assegurar o desenvolvimento económico e social e, acima de tudo, para garantir a inclusão de todos os grupos da sociedade. Na concretização destas metas, os enfermeiros são atores centrais e indispensáveis. Para tal, têm de ser capazes de resgatar a dimensão crítica que lhes permite não apenas esboçar novos olhares sobre os velhos problemas mas, essencialmente, esboçar novos olhares sobre os novos problemas, através de uma visão compreensiva e interativa das questões sociais e da saúde, em consonância com a complexidade dessas áreas e da própria sociedade atual (Zoboli e Schweitzer, 2013). Os enfermeiros não podem continuar a ignorar ou a viverem à margem dos elementos políticos que fundam e moldam o contexto social que define a sua profissionalidade. Sem consciência crítica da profissão, da saúde e do mundo, a ação da enfermagem não tem significado. Logo, a ação e a consciência social e política têm de estar em equilíbrio e harmonia (Guimarães e Viana, 2012).

¹ Um exemplo da avaliação do impacto é o *Health equity Assessment and Response tool* (Instrumento de Análise da equidade em saúde e Resposta nas cidades), chamada urban *HeARt* (<http://www.who.or.jp/urbanheart.html>), instrumento desenvolvido pela OMS (e já testada) que incorpora sistematicamente a questão da equidade em saúde no ciclo de planeamento, especialmente em ambientes urbanos.

Uma política de saúde e uma estratégia

Independentemente do modelo sistema de saúde adoptado por qualquer país, entende-se que o mesmo será promotor de desenvolvimento desde que cumpra os critérios de cobertura universal, acessibilidade e equidade. Torna-se depois necessário que cada país adopte uma política de saúde que concretize os princípios atrás referidos. Para além disso e considerando a perspectiva transnacional subjacente a este texto, interessa que exista um alinhamento e cooperação entre as políticas de saúde definidas pelos países e as orientações da OMS.

Todavia entendemos que isso é insuficiente para responder às necessidades de saúde das populações de forma adequada. Para conseguirmos tal desiderato entendemos que se devem conjugar as políticas de saúde e os programas nacionais com um vasto leque de outras orientações, provenientes de diferentes fontes (sociedades científicas e outras entidades promotoras de conhecimento) fazendo-as convergir numa ação local que envolve todos os atores. Esta perspectiva denomina-se Estratégia Local de Saúde e define-se como o conjunto de metas de saúde, parceiros sociais (comprometidos), atividades (efetivas na concretização dessas metas) e de recursos (existentes ou mobilizáveis) capazes de melhorar o estado de saúde da comunidade, num contexto de elevada complexidade. A estratégia local de saúde é o principal (mas não exclusivo) instrumento, para a realização dos grandes objetivos de qualquer Plano de Saúde, a nível local. As Estratégias Locais de Saúde e as oportunidades de promoção da cidadania que proporcionam são a pedra basilar na gestão das mudanças na saúde. É ainda apontado um conjunto de capacidades necessárias na liderança de Estratégias Locais de Saúde, nomeadamente:

- Capacidade analítica – “compreender o mundo que nos rodeia” (Observatório Local de Saúde: “diagnóstico” e “avaliação”).
- Capacidade para negociar metas a partir (a) da estimativa dos “valores de base” e das “tendências temporais” das situações em causa, (b) da análise da efetividade das medidas necessárias para realizar as metas, do reconhecimento dos recursos existentes ou mobilizáveis para as realizar, da análise SWOT aplicada a aquelas circunstâncias concretas.
- Capacidade de gerir as parcerias e as “redes sociais” necessárias para desenvolver as estratégias locais de saúde.
- Capacidade para plantar e fertilizar pequenos projetos - é importante mobilizar as estruturas para projetos tangíveis, que possam criar um sentimento de pertença, essencial na dinâmica de participação; estes têm a vantagem de ser pouco dispendiosos, podem iniciar-se sem modificações organizacionais significativas e fornecem um ponto de partida para o desenvolvimento de outras metas.
- Capacidade para promover a inovação, atingir o sucesso através da inovação depende da criação de um clima propício à mudança.
- Motivação para “mudar as coisas”, mantendo o interesse e a energia necessárias para iniciar e suportar as diversas incidências do processo de mudança.

As estratégias locais de saúde correspondem a um instrumento de base populacional, liderado pelos serviços de saúde e envolvendo os diferentes parceiros da comunidade. Em cada estratégia local de saúde, os serviços de saúde e os seus parceiros devem definir um conjunto limitado e bem selecionado de metas para obtenção de ganhos em saúde, que incorporem algumas das grandes prioridades nacionais, acrescentando especificidades locais.

As Estratégias Locais de Saúde devem ser a “pedra de toque” do desenvolvimento do sistema de saúde, uma vez que são o principal instrumento para a implementação de um Plano Nacional de Saúde ou de qualquer outro instrumento definidor da política de saúde. Pretendem levar a mudança e a inovação junto dos cidadãos e profissionais, tendo como referência e estímulo o referido Plano. A sua implementação constitui uma oportunidade para modificar os padrões de relacionamento entre os vários atores sociais da comunidade e fortalecer os instrumentos de promoção da cidadania, das políticas públicas saudáveis, da equidade e do acesso adequado aos cuidados de saúde.

Todos estes aspetos vão permitir evidenciar ganhos em saúde, comparabilidade de dados e de boas práticas, o que se enquadra também numa política de investigação ação, nacional e internacional com possibilidade de candidaturas a diferentes programas de financiamento.

Perante o exposto, quais as estratégias que se configuram como mais adequadas para que os enfermeiros sejam líderes aos mais diversos níveis e participem proactivamente em processos de transformação contribuindo assim para o desenvolvimento humano?

Respostas de enfermagem para a saúde no século XXI – algumas reflexões

A sustentabilidade dos países e das comunidades exige pessoas saudáveis. Sistemas de saúde com capacidade de dar respostas sustentáveis, para garantir que as pessoas permanecem saudáveis, exigem recursos humanos adequados, acessíveis e de qualidade.

A evolução da sociedade industrial para a sociedade do conhecimento, a transição demográfica e epidemiológica que o envelhecimento e as grandes mobilizações de massas humanas vão produzir são grandes desafios que se colocam aos sistemas de saúde e aos seus recursos humanos.

No século XXI, os recursos humanos na saúde serão essenciais para garantir a satisfação das necessidades individuais mas acima de tudo promover a saúde e o desenvolvimento humano, de maneira a que cada pessoa possa viver a sua vida com dignidade.

Atingir os objetivos para um desenvolvimento sustentável e equitativo implica, no âmbito da saúde, que os governos e as políticas se foquem na equidade e na universalidade de acesso e de cobertura, o que se conseguirá apenas com um esforço de investimento em recursos humanos, nomeadamente em enfermeiros, mas também na capacitação de outros prestadores para a resolução e acompanhamento de

problemas e situações menos complexas e fora das instituições “habituais”. Isto implica que se pense hoje sobre a oferta de profissionais para as necessidades futuras das populações.

Os desafios que os países enfrentam, relacionados com a escassez global de recursos humanos na saúde combinada com o envelhecimento das populações e as transformações epidemiológicas assim como as desigualdades norte-sul e a mobilidade humana, exigem que se faça uma reavaliação da eficácia dos modelos e medidas que foram tomadas no passado, muito centradas no diagnóstico das doenças e no tratamento farmacológico.

Em paralelo a exigência de mais recursos humanos proporcionará maiores oportunidades de emprego e, conseqüentemente maior desenvolvimento económico.

A melhoria dos cuidados, da cobertura e dos resultados em saúde está dependente da oferta de recursos humanos, da sua disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Mas como garantir que todas as pessoas, em qualquer país ou região, tenham acesso a um profissional competente, motivado e escudado por um sistema de saúde organizado e sustentável?

A primeira coisa a fazer, segundo a opinião dos especialistas das Nações Unidas, é começar a pensar os recursos humanos não como uma despesa, mas como investimento na saúde das pessoas, que é o melhor investimento que os governos podem fazer.

“O capital dos capitais é a saúde das populações” (Ricardo Jorge). Uma parte substancial do PIB dos países de médios e baixos orçamentos resulta dos níveis de saúde das populações e das oportunidades que isso gera.

Estamos portanto num cenário complexo e assimétrico. Por um lado, um padrão epidemiológico em mudança e com estruturas populacionais diferentes que colocarão sobre pressão os sistemas de saúde e os recursos humanos para uma atuação mais próxima das pessoas que vivem estados de cronicidade e de doenças não contagiosas; por outro, um padrão epidemiológico caracterizado por doenças infecto-contagiosas que afectam pessoas de baixíssimos recursos a viverem em países sem ou com débeis estruturas político-económicas e outras, com escassos recursos humanos mas sujeitos à mobilidade, quer por fuga às difíceis condições que os afetam, quer como vítimas de tráfico humano.

Este cenário confrontará os países com desafios cada vez mais complexos exigindo-lhes que respondam simultaneamente às necessidades de uma população em transição demográfica e epidemiológica e de uma outra que, ocupando o mesmo espaço geográfico ou permanecendo nos seus locais de origem, mantêm-se num padrão epidemiológico anterior.

Ao mesmo tempo o acesso à informação vai fazer com que a assimetria existente entre prestador e consumidor se esbata levando a que os consumidores exijam cuidados mais personalizados e sistemas mais centrados na pessoa. O acesso à informação também vai dar a conhecer o que cada grupo profissional oferece, como oferece e quais os resultados que se podem obter com o que oferecem.

Que respostas para estes cenários?

A respostas terão que, em simultâneo, aproveitar o melhor possível os recursos que já temos e iniciar uma reforma que prepare respostas mais adequadas para os desafios até aqui enunciados.

No que concerne à primeira parte da afirmação anterior, constata-se atualmente, no espaço europeu e muito mais a nível global, uma imensa diversidade de formações em enfermagem, bem como idêntica diversidade de perfis socioprofissionais. Todavia parecem persistir alguns traços comuns, a saber, o perfil socioprofissional está sistematicamente marcado pelas representações sócio-políticas das diversas profissões, com assumida supremacia da profissão médica; tal tem como consequência, entre outras, a limitação artificial das competências dos enfermeiros. Apesar disso e em determinadas circunstâncias estas manifestam-se de forma extensa com ganhos evidentes para as pessoas que carecem de cuidados. Tal constatação levou um conjunto de peritos, sob os auspícios do Institute of Medicine (2011) a recomendar que os enfermeiros devem praticar em toda a extensão de sua educação e formação. Consideramos que esta é uma recomendação particularmente adequada ao nosso país uma vez que a uma notável evolução no nível de formação dos enfermeiros não correspondeu idêntica evolução no perfil de competências exigidas em contexto clínico. Dito de outra forma, à evolução na formação e na regulamentação dos perfis de competências, não correspondeu o desenvolvimento dos espaços políticos e organizacionais. Portanto, relevemos a exequibilidade, quer normativo-legal, quer política do pleno desenvolvimento em contexto clínico.

No que concerne à necessária reforma para uma saúde global no século XXI propomos:

Uma profunda alteração do perfil de formação que inclua:

- Formação para a inter e transdisciplinaridade bem como para a inter e transprofissionalidade (Frenk, 2010; IoM, 2011) – tal exige formação conjunta dos vários profissionais de saúde, preparando-os assim para trabalharem em conjunto, na certeza que muitos dos problemas que vierem a enfrentar exigirão respostas ao nível da transdisciplinaridade e transprofissionalidade, e que a formação se constitui como essencial para uma aprendizagem do trabalho em equipa interdisciplinar.
- Formação para a liderança e para a inovação e o empreendedorismo social - Uma equipa necessita de líderes que sejam capazes de identificar quem está melhor colocado para, em cada momento, responder eficazmente aos fins desejados. A necessidade de liderança e de se estabelecerem líderes é essencial, independentemente do grupo profissional donde provenham. Por um lado, a falta de líderes dificulta a tomada de decisão, a organização e a prestação de contas. Por outro lado, as estratégias de proximidade de cuidados (e.g., ELS) exigem capacidades de inovação e empreendedorismo social no sentido de em conjunto com os atores locais, encontrar soluções para os problemas de saúde das populações.

- Formação para a intervenção política – Estar e participar na vida da sociedade é desenvolver ação política. Preconiza-se que cada um seja proactivamente político e que se intervenha em nome da defesa de uma política de saúde promotora do desenvolvimento das pessoas;
- Formação para a aprendizagem ao longo da vida que articule o desenvolvimento de competências, sistematicamente baseadas em evidências, materializadas nas intervenções e monitorizadas pelos resultados em saúde, Tal movimento promoverá um novo profissionalismo baseado na excelência das competências;
- Formação para a multiculturalidade e para a imprevisibilidade – a rápida mobilidade de pessoas confronta-nos cada vez mais com a diversidade cultural. Por sua vez a natureza dos problemas com que lidamos mas também a natureza do contexto social em que estamos inseridos exigem-nos competências que nos permitam lidar com a imprevisibilidade;
- 6. Exploração máxima das Tecnologias de Informação e Comunicação quer como forma de promover a aprendizagem, quer como suporte da intervenção clínica, quer pelas infinitas possibilidades que oferece de recolha, armazenamento e análise de informação.
- Revisão sistemática visando a adequação das competências dos curricula para a responder às rápidas mudanças das necessidades, em vez de ser dominado por unidades curriculares estáticas. As competências devem ser adaptadas às necessidades locais, usufruindo todavia do conhecimento global (Frenk, 2010).
- Alterar o conceito de Escola/Faculdade substituindo-o pelo conceito de “contextos qualificantes”, ou sistemas académicos como lhe chama Frenk (2010), que incluem as escolas/faculdades assim como as organizações de saúde, num ambiente de diálogo, verdadeiramente empenhadas no desenvolvimento de competências dos novos profissionais.

Ao nível dos contextos de exercício clínico:

- Prestar cuidados centrados na pessoa – Respeito pela identidade e valores; Prioridade ao alívio da dor e do sofrimento; Cuidados continuados integrados; capacidades de escuta, comunicação e de educação; capacidade de partilha de decisões e de gestão partilhada (IoM, 2003)
- Identificar e remover barreiras a uma prática que evidencie cabalmente a formação e competências que os enfermeiros possuem (IoM, 2011);
- Criar e aproveitar todas as oportunidades para que os enfermeiros liderem processos de forma colaborativa e centrados nas pessoas (IoM, 2011);
- Trabalhar em equipas interdisciplinares – Cooperar, colaborar, comunicar e integrar o cuidado em equipas para assegurar que esse mesmo cuidado é contínuo e confiável (IoM, 2003).

- Fortalecer a prática baseada na evidência e em valores – Integrar a melhor investigação com a perícia clínica e os valores dos clientes para um cuidado de excelência e participar em atividades de aprendizagem e de investigação para o incremento e expansão dessa mesma evidência (IoM, 2003);
- Aplicar processos de melhoria contínua da qualidade – Identificar erros e perigos nos cuidados; compreender e implementar princípios básicos de segurança; medir sistematicamente a qualidade em termos de estrutura, de processo e de resultados (IoM, 2003);
- Agir como agentes de mudança e líderes transformadores que promovem a melhoria da saúde das populações e das comunidades, através da cooperação contínua com os todos os sectores comunitários e agentes políticos da governação (Crispe t al., 2014);
- Agir como agentes promotores do auto cuidado;
- Todas as intervenções planeadas devem:
 - o assentar, inicialmente, na capacitação dos indivíduos e comunidades sobre as desigualdades em saúde e sobre os determinantes da saúde;
 - o partir de uma avaliação das desigualdades em saúde e dos principais fatores associados aos determinantes sociais da saúde, no contexto em que se pretende intervir;
 - o desenvolver e institucionalizar mecanismos de participação efetiva das populações, através da disponibilização de informação objetiva e trabalhando diretamente com as comunidades ao longo de todo o processo (Valentine et al, 2008).
 - o promover uma monitorização contínua e criar mecanismos de avaliação das intervenções planeadas, monitorizando as desigualdades em saúde, os determinantes sociais e o impacto das políticas acionadas (Sadana et al., 2010; Marmot et al, 2010);
 - o dar especial atenção à criação, obtenção, disseminação e disponibilização de informação sobre os determinantes sociais da saúde e as políticas relacionadas com os mesmos;

Ao nível da investigação:

- Promover o doutoramento clínico e incrementar o número de doutorados em contextos clínicos;
- Criar, com base nos contextos qualificantes ou sistemas académicos, atrás referidos, comunidades de investigação que recolham e analisem sistematicamente a informação, que façam translação imediata do conhecimento e que promovam a inovação;
- Desenvolver uma investigação com base em metodologias inovadoras privilegiando abordagens complexas e multi e transdisciplinares;
- Desenvolver investigação social e politicamente comprometida, ou seja, preocupada em resolver problemas de saúde da comunidade e em conferir fundamento às políticas públicas de saúde;
- Desenvolver novos indicadores de saúde que evidenciem as dimensões associadas ao auto cuidado;

Como se afirma no relatório "The future of nursing", "Agora é a hora de eliminar os regulamentos ultrapassados e barreiras organizacionais e culturais que limitam a capacidade dos enfermeiros para a prática em toda a extensão da sua educação, formação e competência"¹.

Bibliografia

- Albuquerque, J.M. & Machado, M.C. (2010). Saúde em todas as políticas: uma reflexão. *Janus Online*. Disponível em: http://janusonline.pt/docs2009/artigo_janus2009_2_14.doc
- Braveman, P. (2010). Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*. 12: 31-48. Disponível em: <http://www.hhrjournal.org/wp-content/uploads/sites/13/2013/07/5-Braveman.pdf>
- Carvalho, S.R. (2005). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. saúde coletiva*. 9 (3): 669-678.
- Crispe, L.N. et al. (2014). *Relatório - Um futuro para a Saúde FCG 2014. Todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-989-8380-0.
- Commons.wikimedia.org,. (2014). *File:2014 Gini Index World Map, income inequality distribution by country per World Bank.svg - Wikimedia Commons*. Retrieved 13 April 2015, from http://commons.wikimedia.org/wiki/File:2014_Gini_Index_World_Map_income_inequality_distribution_by_country_per_World_Bank.svg
- Crosby, N. & J.C. Hottinger (2011). The Citizens Jury Process, in *The Book of the States*. Lexington: Council of State Governments. Disponível em: <http://knowledgecenter.csg.org/kc/system/files/Crosby2011.pdf>
- Deneulin, Séverine; Townsend, Nicholas (2006) Public goods, global public goods and the common good. WeD - Wellbeing in Developing Countries. Working Paper 18. Disponível em <http://www.welldev.org.uk/research/workingpaperpdf/wed18.pdf>
- Frenk, Julio, Lincoln Chen, Zulfiqar A. Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 376(9756): 1923-1958.
- Furtado, Cláudia; Pereira, João (2010) Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <http://pns.dgs.pt/ae-ea/>

¹"Now is the time to eliminate the outdated regulations and organizational and cultural barriers that limit the ability of nurses to practice to the full extent of their education, training, and competence. (...) Scope-of-practice regulations in all states should reflect the full extent not only of nurses but of each profession's education and training. Elimination of barriers for all professions with a focus on collaborative teamwork will maximize and improve care throughout the health care system" Institute of Medicine. *The future of nursing*, 2010, p. 24.

- Gamapserver.who.int,. (2015). *WHO | World Health Organization*. Retrieved 13 April 2015, from http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/MDG4/atlas.html?indicator=i0
- Graham, J., B. Amos, & Plumptre, T. (2003). Principles for good governance in the 21st century. *Policy Brief 15*. Ontario: Institute on Governance. Disponível em: <http://iog.ca>.
- Guimarães, G.L. & Viana, L.O. (2012). O valor social no ensino da enfermagem. *Esc Anna Nery* (impr.) jul -set; 16 (3): 508-513.
- Habermas, Jürgen (2010) La idea de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 44, 105-121.
- Human Development Reports** - Hdr.undp.org,. (2015). *Human Development Reports*. Retrieved 4 April 2015, from <http://hdr.undp.org/en/countries>
- IOM (Institute of Medicine). 2003. *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Indexmundi.com,. (2015). *População abaixo do nível de pobreza - Comparação entre Países*. Retrieved 13 April 2015, from <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=69&l=pt>
- IOM (Institute of Medicine). 2011. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Mahbub ul Haq (1995) “The Advent of the Human Development Report” Chapter 3 from “Reflections on Human Development”, Oxford University Press
- Marmot, M. et al. (2010). Fair society, healthy lives. In the Marmot review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review. Disponível em: <http://ww.ucl.uk/marmotreview>.
- Mendes, F. & Zózimo, J (2012). *Relatório do estudo executado por aquisição de serviços para a elaboração de plano concelbio de promoção da saúde - Câmara Municipal de Cascais*. CIES-ISCTE/IUL e CMC.
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*. 39 (6 suppl): 11-18. Disponível em http://sjp.sagepub.com/content/39/6_suppl/11.full.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Diminuindo Diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Todos pela Equidade. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro-Brasil. 19-21 de outubro de 2011*. OMS.
- Ostlin, P. et al. (2010). *Priorities for research on equity and health: implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward*. Genève: WHO. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/implementation/Thefinalreportnovember2010.pdf
- Public Health Agency of Canada (2007). *Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies*. WHO. ISBN: 978-0-662-48827-9. Disponível em:

http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf

Rasanathan, K.; Norenhag J. & Valentine N. (2010). Realizing human rightsbased approaches for action on the social determinants of health. *Health and Human Rights*. 12: 49-59.

Robeyns, Ingrid (2003) Sen's capability approach and gender inequality: selecting relevant capabilities. *Feminist Economics*. 9 (2–3), p. 61–92

Sadana, R. et al. (2010). Overview: Monitoring of social determinants of health and the reduction of health inequalities in the EU. In: *Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities*. Ministério da Saúde e de Política Social; Madrid; 23–31.

Solar, O. & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Genève: WHO.

Stiglitz, J.; Sen, A. & Fitoussi, J.P. (2009). *Report by the commission on the measurement of economic Performance and social Progress*. Disponível em: <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm>

Valentine, N. et al (2008). *Health Equity at the Country Level: Building Capacities and Momentum for Action*. World Health Organization.

http://www.who.int/social_determinants/media/sdhe_csw_final_report.pdf

Zoboli, E.L.C.P. & Schweitzer, M.C. (2013). Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. May-June; 21(3): 695-703. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae21-03-0695.pdf>