

Educação e Enfermagem de Reabilitação...caminhos que se cruzam

Odete Cristina Duarte Rodrigues

Aluna do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Universidade Fernando Pessoa

25077@ufp.edu.pt

RESUMO

Os conceitos de Saúde e Educação nunca estiveram tão intimamente ligados como nos nossos dias. Ao longo do Século XX e início deste século XXI, por alteração dos estilos de vida e surgimento de diversas doenças crónicas, tornou-se fundamental apostar na Educação para a Saúde sendo este um papel fundamental do Enfermeiro na sua prática de cuidados. Sendo a Enfermagem de Reabilitação uma especialidade em que o objectivo é “tornar hábil” e potenciar as capacidades das pessoas, é primordial o seu papel de educador em todo este processo. Surge também um novo conceito de educação que pode trazer ganhos para a saúde, tanto a nível económico como em qualidade dos cuidados – Educação Terapêutica, havendo necessidade de serem implementadas novas políticas de saúde.

Palavras-chave:

Educação/Saúde; Enfermagem de Reabilitação; “Educação Terapêutica”

Abstract

The concepts of health and education have never been so closely connected as in our days. Throughout the twentieth century and the beginning of this 21st century, by changing lifestyles and the emergence of several chronic diseases, has become essential to invest in education for Health is a fundamental role of the Nurse in their healthcare practice. The rehabilitation Nursing speciality in which the aim is to "make skillful" and enhance the capacities of people, is the primordial role of educator in this whole process. There is also a new concept of education which can bring health gains, both economically and in quality of care – therapeutic education, the need to implement new health policy.

Keywords:

Education/Health; Rehabilitation nursing; “Therapeutic Education”

1. Breve abordagem à evolução dos conceitos Saúde e Educação

Etimologicamente, a palavra Educação deriva do latim “*e-ducare*” que significa “conduzir para fora” ou como refere (Martins, 2005) baseado em Romanelli (1960) “trazer à luz a ideia” ou filosoficamente falando “fazer a criança passar (...) da virtualidade para a realidade”. No latim, *educare* era um verbo que tinha como sentido “criar, nutrir, fazer crescer”. Este autor ainda refere que é possível que este vocábulo tenha surgido em Portugal pelo século XVII.

Durante muito tempo, a educação foi associada apenas ao percurso escolar mas, nos nossos dias, tal como refere Antunes (2001), a educação é um processo de crescimento que tem por objectivo “(...) a auto-realização no campo profissional e social [processando-se] ao longo de toda a vida dos seres humanos e tem lugar em todos os espaços em que vivem, convivem e agem”. Vários pedagogos como Célestin Freinet, Paulo Freire e Olivier Reboul permitem-nos visualizar uma extensão do conceito educação ao proporem atingir o mesmo objectivo: “ligar a escola à vida”, ou seja, fundir o processo de educação com o processo de vida.

Ao longo do século XX, pôde-se verificar uma evolução dos conceitos Educação e Saúde subentendendo-se a estreita relação entre ambos. Deve-se à Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) com a declaração Universal dos Direitos Humanos, a inclusão destes dois direitos aos seres humanos. Em relação à saúde, é assegurado a todas as pessoas e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e aos serviços sociais necessários em situações de doença, desemprego, invalidez, viuvez e velhice (Nações Unidas, 1948, artigo 25º). Em relação à educação, é salvaguardado o direito à educação gratuita e obrigatória no ensino elementar, a partir daí, generalizada e aberta a todos, devendo a educação visar, acima de tudo, a plena expansão da personalidade humana e o reforço dos direitos do homem e das liberdades fundamentais, favorecendo a tolerância e a amizade entre todas as nações e todos os grupos raciais e religiosos, com vista à manutenção da paz (Nações Unidas, 1948, artigo 26º).

Estando estes conceitos muito influenciados pelas vivências pós-guerra, salienta-se apenas que a saúde era vista como apenas a ausência da doença e a educação vista apenas na sua vertente formal. Houve evolução destes conceitos através de diversas conferências, entre elas, a Declaração de Nairobi (1976), sendo Portugal signatário, que concebe a educação como um processo único (não faseado cronologicamente) que abrange a educação formal (a de carácter escolar), não formal (com carácter educativo mas não certificado) e informal (ocorre no quotidiano em diversos contextos), (Oliveira, 2004). É nesta declaração que surge pela

primeira vez a expressão “educação permanente” (“*life-long education and learning*”). A partir daí, a educação de adultos é entendida como um “projecto educativo único e global”(Antunes, 2001). Ainda segundo esta autora (Antunes, 2001), o documento de Nairobi evidencia que o “processo educação-aprendizagem (...) é responsabilidade de cada um e de todos os indivíduos”. Concebe-se então que “um ser humano adulto se vai construindo na vivência quotidiana através de uma inter-relação pela qual “homem e mundo” se modificam e se co-constroem mutuamente”. Começa-se assim a perspectivar:

“uma concepção de educação holista e integral que compreende todas as facetas de um ser humano, da pessoal à profissional e da técnica à espiritual e religiosa (...) entende-se o homem como um ser multidimensional e o principal agente de (trans)formação do seu percurso de vida e da comunidade em que vive” (Antunes 2008, p.56).

Em 1978, com a Conferência Internacional sobre Cuidados de saúde Primários donde resultou a Declaração da Alma Ata, a saúde passou a ser definida numa vertente positiva, isto é, não somente como um estado biológico ausente de doença, mas como um estado de bem-estar que engloba diversas dimensões humanas: “(...)é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade (...)” (OMS, 1978). Assim, a saúde começa a estar associada, para além dos factores biológicos também a factores psico-sociais e ainda se começa a co-responsabilizar as comunidades e governos pelas questões da saúde (Antunes, 2008). Esta declaração considerou uma prioridade em Cuidados de saúde Primários a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a Educação para a Saúde (A. Carvalho & G. Carvalho 2006). Em Ottawa (1986), o conceito de saúde foi ampliado permitindo que o homem fosse visto como um todo, um ser biopsicossocial, e incluir factores políticos, económicos, sociais, culturais e ambientais que podem ser prejudiciais ou favoráveis à saúde, sendo incluído também o conceito de “Promoção da Saúde” como sendo “um processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor”. Pretende-se com isto que as pessoas se capacitem “para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crónicas e causas externas”(OMS, 1986). Em Jomtien, Tailândia, em 1990, aquando a Conferência Mundial de Educação para Todos, tornou-se evidente de que a educação é um direito fundamental de todos alargando-se assim “o horizonte das preocupações educativas” propondo-se soluções que resolvam as necessidades básicas de aprendizagem para todas as crianças, jovens e adultos (Antunes, 2001). Tanto a Comissão Internacional presidida por Jacques Delors (1996) como a Conferência de Hamburgo (1997), assentam no pressuposto de que a educação ao

longo da vida é uma necessidade sem a qual as populações não conseguirão participar na vida social do século XXI (Antunes, 2008). A Comissão vê na educação ao longo da vida o tesouro que permitirá o desenvolvimento contínuo das pessoas e comunidades conduzindo a uma melhor qualidade de vida das populações (Delors, 1996). Esta concepção de educação deve ser entendida como “verdadeira educação permanente e comunitária (...) e possibilitar uma construção contínua da pessoa, dos seus conhecimentos, competências, atitudes e comportamentos”(Antunes, 2001). Tal como nos refere a mesma autora, esta perspectiva leva-nos a entender melhor que pelo facto da pessoa conhecer melhor determinados problemas de saúde leva-a a ultrapassar determinados obstáculos de forma mais adequada, tendo assim, a educação/formação um papel muito importante nestas situações:

“... a melhor forma de lidar e evitar problemas de saúde é saber o que são esses problemas, ter informação acerca do funcionamento do organismo, saber o que fazer e como fazer para prevenir ou remediar um desequilíbrio orgânico ou psíquico”. (Antunes, 2008, p.58).

2. Educação para a Saúde

O conceito de educar pessoas (quer de forma individual quer colectivamente) do ponto de vista da manutenção da saúde, da prevenção da doença, do seu tratamento e reabilitação surge no Ocidente e deve-se às guerras napoleónicas, à Florence Nightingale, à vacinação da varíola e às epidemias de cidades como Paris e Londres. A questão de saúde pública surge da consciencialização da necessidade de habitações com arejamento, saídas de ar, luz, etc. e da constatação por médicos e Nightingale da diferença na evolução de feridas de guerra quando cuidadas em espaços com algumas condições básicas de higiene. As epidemias de cólera em Londres e Paris fizeram com que governantes e “cuidadores de saúde” reconhecessem a importância da salubridade da água e a realização de uma rede de esgotos para a resolução desse problema de saúde (Oliveira 2004, p.44). Diversos estudos que se basearam no modelo de Lalonde (1974) demonstraram que o nível de saúde da comunidade era influenciado por quatro variáveis: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de saúde(A. Carvalho & G. Carvalho 2006). Com base nestes estudos, verificou-se a contribuição de um estilo de vida saudável para uma boa saúde e boa qualidade de vida, surgindo políticas e verbas para a prevenção e educação para a saúde(A. Carvalho & G. Carvalho 2006).

Tal como refere Rodrigues et al. (2005) “o Homem precisa de cuidar da sua relação com o meio ambiente e modificar os seus comportamentos sempre que esteja em causa o equilíbrio dinâmico dos sistemas”. Tornam-se fundamentais os estudos destes comportamentos de saúde

e os factores que os influenciam para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde. É importante que as pessoas desenvolvam e promovam competências pessoais e sociais para um “desenvolvimento harmonioso com consequentes ganhos em saúde”, nomeadamente em qualidade de vida. Segundo Antunes (2008) a Educação para a Saúde é entendida como um conjunto diversificado de procedimentos que permitem um aumento de capacidades nas pessoas para que estas adoptem como refere Andrade (1995) citado pela autora “decisões conscientes e responsáveis com vista à preservação, melhoria e conservação do seu nível de saúde”, implica motivar para a construção de conhecimentos que conduzam à adopção de atitudes e comportamentos de estilos de vida saudáveis criando condições para que a pessoa, como refere Gomes (2003) citado pela autora “se sintam bem consigo própria e com os outros e desenvolva um sentido de responsabilidade em função do seu bem-estar, assim como o dos outros”.

Cada vez mais se entende que a educação para a saúde se faz “com as pessoas e não para as pessoas” e, mais do que informar e instruir, visa desenvolver em cada um as capacidades necessárias para que façam as suas opções no sentido de conservar e/ou melhorar o seu nível de saúde (Antunes 2008). Segundo Freire (1996), responsável pela denominação de “banco de notas” que limita o educador a um “repetidor cadenciado de frases e de ideias inertes que repete o lido com precisão mas raramente “ensaia algo pessoal”, o educador deve “reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade...”. Segundo este autor, é possível “aprender criticamente” implicando para tal a presença de “educadores e educandos criadores, instigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes”(Freire 1996). Há mais autores (Boavida & Amado 2008), que caracterizam o “fenómeno educativo” como sendo “... a transformação do indivíduo em pessoa, resultante de motivações intrínsecas e da acção directa e indirecta dos outros” sem esquecer “... a dimensão crítica e dinâmica que cada indivíduo exerce.”.

Como vamos constatando, cada vez se aplica menos o modelo tradicional da educação para a saúde pois centra-se demasiado na mudança do comportamento individual e não reconhece a importância do meio como determinante de comportamentos individuais tal como refere Souza (2005) citado por Andrade et al. (2009). Este modelo tem por grande defeito ainda “a culpabilização da vítima, em que individualizando a culpa, tenta-se explicar os problemas de saúde...” Andrade et al. (2009) citando Valla (1993). O conceito Educação para a Saúde evoluiu tendo passado como referem A. Carvalho & G. Carvalho (2006), da designação de “educação sanitária”(Wood, 1926) em que era definida como “a soma de experiências e

impressões que influenciavam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos relacionados com a saúde do indivíduo e comunidade” mas não se mencionavam as crenças ou valores das pessoas nem a “participação comunitária” Em 1989 passou a ser definida por Seppilli como “um processo de comunicação interpessoal” pondo ênfase na informação tornando-se, no entanto “muito culpabilizante da vítima”. Uma conceptualização mais actual de Educação para a Saúde é a proposta por Tones & Tilford (2001) em que incluem um aspecto importante que é a auto-capacitação ou “*empowerment*” afirmando que se deve capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, consciencializar as pessoas dos factores ambientais que podem prejudicar a saúde e despertar-lhes interesse em influenciar a situação política e não apenas persuadi-las a seguir instruções médicas. Visto que os modelos de Educação para a Saúde são vários e têm vindo a desenvolver-se ao longo dos tempos, o Modelo de “*empowerment*” sendo dos mais recentes, pode ser caracterizado por “um processo de clarificação de valores e crenças, pelo qual têm de passar os educandos antes de (...) fazerem uma escolha voluntária e livre”. Assim, a base deste modelo “é criar consciência acerca de questões chave e fornecer competências necessárias ao desenvolvimento do “*empowerment*” individual e comunitário” assim como criar uma “consciência crítica”(A. Carvalho & G. Carvalho 2006). Rodrigues et al. (2005, p.96), também aborda este modelo referindo que “o *empowerment* na promoção da saúde permite ganhos maiores e mais duradouros e oferece uma perspectiva holística e integrada da resolução de problemas”. O objectivo deste modelo, não é necessariamente comportamentos correctos mas sim “maximizar uma escolha genuína e voluntária”(Tones & Tilford 2001). Segundo Oliveira (2004, p.51) este modelo permite que os cidadãos adoptem uma:

“racionalidade iluminista que esclarecerá valores, crenças e hábitos que se encontram arrefogados na sua vida quotidiana. (...) esta lucidez racional dará um poder individual e social por excelência que os tornará praticamente os únicos decisores das suas vidas”.

3. Educação e Enfermagem de Reabilitação

Convém assumir-mos todos a relação indissociável destas duas ciências pois como nos refere Antunes (2009, p.668):

“pela educação vamos construindo progressivamente um projecto de vida cada vez mais enriquecido e equilibrado com maior bem estar e melhor qualidade de vida, consequentemente com reflexos positivos na saúde (...) a saúde é, também uma questão de educação, por esta razão nos nossos dias a promoção/educação para a saúde é por todos aceite como um factor incontornável para uma melhor qualidade de vida e bem estar quer dos indivíduos, quer das comunidades”

Segundo a mesma autora (Antunes 2008), para se promover a aprendizagem e mudança de determinados comportamentos nas pessoas, o educador em saúde tem que conhecer as necessidades, interesses, aspirações e crenças das pessoas e ser aceite como “facilitador de aprendizagem”. Trata-se de uma questão de “relação de confiança e empatia”. Tornam-se assim importantes os contributos de outras ciências para que o educador de saúde adquira “conhecimentos e competências” para não correr o risco de ser “meramente um transmissor de informações vazias de conteúdo vital que dificilmente são compreendidas e interiorizadas...”(Antunes 2008). Assim, a Educação para a Saúde é delineada a partir de uma grande variedade de disciplinas, onde se inclui, a pedagogia, a psicologia, a sociologia, a biologia, a antropologia, a história, a comunicação, o marketing, a medicina, a enfermagem, a epidemiologia e a estatística (Russel 1996) citado por Rodrigues et al. (2005). Como refere Rochon (1992), existem quatro “bases teóricas” que contribuem significativamente para a educação para a saúde: as ciências da saúde que nos ajudam a detectar os comportamentos que nos permitem melhorar a saúde; as ciências do comportamento que nos ajudam a compreender o “porquê” do comportamento individual, sendo a sociologia a analisar o comportamento de grupo e a antropologia a relacioná-lo com a cultura; as ciências da educação que nos permitem programar e compreender a aprendizagem e os métodos educativos e as ciências da comunicação fundamental para comunicarmos de forma eficaz com as pessoas.

O educador em saúde é descrito por Rodrigues et al. (2005) como sendo “um especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspectiva pedagógica” utilizando estratégias de intervenção educativa, através de uma “metodologia programada e cientificamente avaliada”. O mesmo autor enuncia alguns pressupostos pedagógicos a ter em conta na Educação para a Saúde sendo necessário cuidar “a arte da relação” referindo que “a perda de confiança do educando representa a morte da reciprocidade e de todo o compromisso interpessoal”; o educador deve saber “semear o desejo de aprender”; deve saber “despertar desejo de mudar”, deixando que a mudança evolua por “conscientização” citando Paulo Freire (1993); deve proporcionar a “criatividade dos indivíduos” pois ajuda a resolver problemas e a aquisição de novos conhecimentos, citando Torrance et al.(1976).

Em 1937, a *National League of Nursing* já referia que o enfermeiro era essencialmente um educador da saúde independentemente da área em que exercesse a profissão e desde então a Educação para a Saúde constitui um papel importante para os enfermeiros. De acordo com as suas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2003), estes profissionais estão envolvidos no

desenvolvimento de parcerias com “os clientes” promovendo atitudes e comportamentos saudáveis. Assim, como refere Rodrigues et al. (2005), durante a sua formação, o enfermeiro desenvolve “competências pedagógicas para planeamento, execução e avaliação de actividades de promoção de saúde e *empowerment* dos seus clientes”. Segundo A. Carvalho & G. Carvalho (2006), o papel dos enfermeiros na comunidade “consiste em possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, num processo de crescimento e desenvolvimento”. Com isto, o mesmo autor acrescenta que “a educação para a saúde constitui um componente essencial aos cuidados da enfermagem” centrando-se na promoção e manutenção da saúde e “adaptação aos efeitos residuais das doenças”. Rodrigues et al. (2005) refere ainda que cabe ao enfermeiro, no âmbito da Educação para a Saúde, disponibilizar “informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”; prevenir complicações; supervisionar o bem-estar e o auto-cuidado; instruir e treinar sobre “adaptação individual requerida face à readaptação funcional”.

Estes conceitos remetem-nos para o papel determinante que assume o enfermeiro especialista em reabilitação na Educação para a Saúde competindo a este profissional:

“Promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) (...) para tal utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros 2010, p.1).

Ao analisar o restante documento, podemos verificar que compete a este profissional diversas actividades como a avaliação da funcionalidade, promover capacidades adaptativas com objectivo ao auto-controlo e auto-cuidado, implementar intervenções com o objectivo de otimizar e/ou reeducar diversas funções, implementar programas de treino de actividades de vida diária visando a maximização da autonomia e da qualidade de vida, promover a acessibilidade e a participação social (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Abordando ainda o mesmo documento podemos salientar que este enfermeiro cuida de pessoas com necessidades especiais, capacita a pessoa com deficiência e limitação da actividade para a reinserção na comunidade, maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados). Todos estes objectivos poderão ser atingidos sem termos em conta tudo aquilo que

foi referido anteriormente sobre a educação? De facto, ao falarmos de reabilitação, falamos em educar para a independência, promovendo a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, tendo o enfermeiro de estar habilitado para o papel primordial de educador para a saúde que lhe está inerente ao reabilitar como está descrito no regulamento das suas competências.

Tal como refere a Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução 48/96 “a educação e a reabilitação permitiriam às pessoas com deficiência tomar parte mais activa no desenvolvimento de políticas adoptadas a seu favor”. Tal como nos métodos educativos, no processo de reabilitação, a pessoa precisa de estar envolvida activamente tendo poder sobre as escolhas e decisões como se entende neste mesmo documento (Nações Unidas 1995, p.21):

“Os estados devem desenvolver programas nacionais de reabilitação dirigidos a todos os grupos de pessoas com deficiência. Tais programas devem assentar sobre as necessidades individuais e concretas das pessoas com deficiência e obedecerem aos princípios de plena participação e igualdade”.

Será então importante realçar o papel activo do educando que está a ser reabilitado entendendo assim que “o cliente é potencialmente criativo e sensível e que o processo de educar-cuidar [e reabilitar] ocorre numa relação horizontal, dialógica, recíproca e verdadeiramente humana” devendo a pessoa participar no cuidado, reflectir, questionar, recusar, aceitar, criticar. Só com esta postura activa, poderemos fazer da pessoa um “agente da sua transformação” neste processo de educar-cuidar [e reabilitar].(Alvim & Ferreira 2007).

Nos nossos dias existe uma realidade diferente daquela que se vivia há uns anos, em que devido, por um lado às alterações dos estilos de vida e por outro, aos progressos da medicina que provocam o aumento da esperança de vida, surgem as doenças crónicas que dizem respeito a uma parte cada vez mais considerável da população (D'Ivernois & Gagnayre 2011). Com este facto surge um novo conceito reconhecido pela OMS-1998, designado por “Educação Terapêutica” que se afirma como uma necessidade epidemiológica, terapêutica, económica mas também ética tendo por objectivo de dar ao paciente todos os meios cognitivos e técnicos para uma co-gestão da sua doença (D'Ivernois & Gagnayre, 2011). Este conceito difere-se da Educação para a Saúde visto que, por definição, dirige-se exclusivamente ao doente crónico para o qual a aprendizagem de competências e comportamentos de saúde é necessário para viver, visa o atraso das complicações inerentes à patologia, mas também a diminuição da sua dependência permitindo-lhe integrar o seu “handicap” na sua vida quotidiana (D'Ivernois & Gagnayre 2011). Segundo Lacroix & Assal (2011), foi em 1972 que a “pedagogia terapêutica demonstrou ser terapêutica” graças ao estudo de Leona Miller (em Los Angeles) que verificou, que ao incluir uma formação aos

doentes diabéticos conseguiu reduzir os dias de internamento de 5,4 dias para 1,7 dias por ano e por doente, sendo provado pela primeira vez que a formação do paciente tem um papel terapêutico de alta importância. Para que este objectivo seja atingido, é fundamental que os cuidadores tenham formação específica em “Educação Terapêutica”(Lacroix & Assal 2011). É necessário conceber esta educação como um processo contínuo e dinâmico de forma a que haja avaliação quanto ao alcance dos objectivos e efectuar reajustes quando necessário para manter, melhorar ou adquirir novos conhecimentos (D'Ivernois & Gagnayre 2011).

Em Portugal, a Direcção Geral de Saúde aborda este conceito no ano 2000 numa circular normativa sobre Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus dando-lhe uma definição que vai de encontro à citada anteriormente:

“... processo educativo preparado, desencadeado e efectuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, como a diabetes, e com a prevenção das suas complicações ... [tendo por objectivo] manter o mais possível a qualidade de vida do doente diabético e proporcionar um efeito terapêutico adicional às outras intervenções seja elas farmacológicas ou não”(Direcção Geral de Saúde 2000, p.2).

O Alto Comissariado da Saúde aborda, no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, a gestão da doença crónica como sendo:

“Um instrumento de qualidade promotor da capacidade do doente para cumprir terapêuticas, alterar estilos de vida e comportamentos de risco e aceder aos recursos [trazendo vários benefícios como] maior adesão terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde”. Neste processo devem ser incluídos familiares e cuidadores informais (Alto Comissariado da Saúde, 2010, p.7).

O Ministério da Saúde reconhece que uma das intervenções com maior potencial de efectividade na melhoria dos resultados para esta problemática é a Educação Terapêutica do doente (ETD ou Educação para a Auto-Gestão-AG) fazendo sentido incluir uma política nacional de ETD/AG nas estratégias de Saúde dos próximos anos(Ministério da Saúde, 2010).

Tal como refere (Oliveira 2004), as doenças crónicas são um desafio para a economia da gestão dos cuidados de saúde pois os profissionais têm que despender muito tempo “ouvindo, orientando e educando”. Tal deveria ser visto como um investimento preventivo na melhoria da qualidade de vida dos utentes, diminuindo custos a vários níveis e produzindo maior bem-estar na comunidade. Isto leva-nos a pensar que ainda podemos fazer muito por estes utentes, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação pois ao educar estamos a reabilitar com ganhos a nível de economia e acima de tudo em qualidade de vida das pessoas. Será que ao investirmos na Educação Terapêutica das pessoas/cuidadores informais, não estamos a contribuir para a sua reabilitação e conseqüentemente para a humanização dos cuidados?

Referências Bibliográficas

- Alto Comissariado da Saúde. “Estratégias para a Saúde Qualidade em saúde (versão discussão pública).” *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. 11.
- Alvim, Neide Aparecida Titonelli, and Márcia de Assunção Ferreira. “*Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde*.” 2007. 21 Abril 2011 <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a15v16n2.pdf>>.
- Andrade, Ilidiana Miranda de, Rodrigo Soares Ribeiro, and E de Oliveira. “*Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e reflexões*.” 2009. 21 Abril. <www.cpgls.ucg.br/.../SAUDE/ Uma Estrategia da Enfermagem para Mudança... - >>.
- Antunes, Maria da Conceição Pinto. *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. 1st ed. Lisboa: Editora Almedina, 2008.
- . “Promoção e educação para a saúde: participação comunitária como proposta metodológica.” *Educação para a saúde no século XXI teorias, modelos e práticas*. 1st ed. Ed. Jorge Bonito. Évora: Universidade de Évora, 2009. 667-684.
- . *Teoria e Prática Pedagógica*. 1st ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.
- Boavida, João, and João Amado. *Ciências da educação: epistemologia, identidade e perspectivas*. 2nd ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.
- Carvalho, A, and G Carvalho. *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. 1st ed. Loures: Lusociência, 2006.
- Delors, Jacques. “*Educação - um tesouro a descobrir*.” 1996.. 20 Abril 2011 <<http://www.microeducacao.com.br/concurso/ConcursoPEBII2009/B-Delors-Educacao-Um Tesouro a Descobrir.pdf>>.
- Direcção Geral de Saúde. “Educação terapêutica na diabetes mellitus.” 2000: 9.
- D’Ivernois, Jean-François, and Rémi Gagnayre. *Apprendre à éduquer le patient Approche pédagogique*. 4th ed. Paris: Maloine, 2011.
- Freire, Paulo. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- Lacroix, Anne, and Jean-Philippe Assal. *L’éducation thérapeutique des patients accompagner les patients avec una maladie chronique: nouvelles approches*. 3rd ed. Paris: Maloine, 2011.
- Martins, Evandro Silva. “A etimologia de alguns vocábulos referentes à educação.” 2005. 5 Maio 2011 <www.seer.ufu.br/index.php/olharesetilhas/article/view/.../2558>.
- Ministério da Saúde. “*PARA UMA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA/AUTOGESTÃO DO DOENTE CRÓNICO*” 2010. 6 Maio 2011 <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/doencronica.pdf>>.

Nações Unidas. “*Declaração Universal dos Direitos Humanos.*” 1948. 18 Abril 2011
<www.mtss.gov.pt/.../DeclaracaoUniversaldosDireitosHumanos.pdf>.

---. “Normas sobre igualdade de oportunidades de pessoas com deficiência.” *Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência* 1995. 9 Maio 2011 <<http://www.inr.pt/uploads/docs/Edicoes/Cadernos/Caderno003.pdf>>.

Oliveira, CC. *Auto-organização, Educação e Saúde*. 1st ed. Coimbra: Editora Ariadne, 2004.

OMS. “Carta de Ottawa.” 1986. 20 Abril 2011
<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>.

---. “Declaration of Alma-Ata.” 1978. 20 Abril 2011
<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. “Competências do enfermeiro de cuidados gerais.” 2003: 26.

---. “Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.” 2010: 5.

Rochon, Alain. *Educacion para la salud Guia practica para realizar un proyecto*. 1st ed. Barcelona: Masson, 1992.

Rodrigues, Manuel, Anabela Pereira, and Teresa Barroso. *Educação para a Saúde Formação pedagógica de Educadores de Saúde*. 1st ed. Coimbra: Formasau, 2005.

Tones, Keith, and Sylvia Tilford. *Health promotion: effectiveness, efficiency, and equity*. 3rd ed. Cheltenham: Stanley Thornes, 2001.