01

MAIO 2015 | MENSAL | 2€

www.jornalenfermeiro.pt

JORNAL ENFERMEIRO

CONTEXTOS, COMPETÊNCIAS E NECESSIDADES DA ENFERMAGEM

06

Germano Couto

VIOLAÇÃO DA LEI E DAS DIRECTIVAS COMUNITÁRIAS... É A NORMA DO ACTUAL EXECUTIVO!

05

SNS TEM HOJE MAIS 9.008 ENFERMEIROS DO QUE EM 2002. **CERCA DE 20 MIL ENFERMEIROS INSCRITOS... SEM ACTIVIDADE**

12

DULCE PINTO, DIRECTORA EXECUTIVA DO ACES PORTO ORIENTAL **"FUI FORMATADA PARA CUIDAR!"**

17

ESTUDO "HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PORTUGAL 2013" REVELA **DOENTES IDOSOS ESTÃO MAL CONTROLADOS**

FORÇA DE VIVER

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Proteína só já não chega!

As necessidades proteicas estão aumentadas no envelhecimento e em caso de doença, mas é necessário o aporte energético adequado para que as proteínas possam ser utilizadas para as suas funções mais nobres.

Suplementação Hiperproteica + Hipercalórica

Evidência comprovada:

- **Melhoria da perda de peso e aumento da força muscular**
- **Recuperação da autonomia nas actividades da vida diária**
- **Menor risco de infecções e melhoria da cicatrização de feridas**

25 anos a alimentar a Força de Viver

www.nutricia.pt

Linha Verde: 800 206 799

À venda na sua farmácia

EDITORIAL

IV CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Liderar em saúde, construir alternativas

JOSÉ CARLOS RODRIGUES GOMES

PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO IV CONGRESSO

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ENFERMAGEM DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

A rápida evolução do conhecimento e das práticas em geral, e do conhecimento e das práticas clínicas em enfermagem em particular, bem como as profundas alterações a que as sociedades têm sido sujeitas em consequência de uma estonteante globalização em todos os aspetos da nossa vida quotidiana obrigam a enfermagem a olhar o futuro centrada em soluções para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa e às comunidades. A necessidade de recentrar o cidadão no sistema, incluir no sistema de saúde uma vertente salutogénica que promova a capacitação do cidadão e das comunidades e que não desperdice inúmeros recursos, particularmente financeiros, para a resposta a vontades e necessidades que não ultrapassam o enquadramento corporativo, são um dos maiores desafios que enfrentamos enquanto sociedade e enquanto enfermeiros.
O desenvolvimento de novos indicadores de saúde, centrados nos ganhos em saúde e não no ato; centrados no cidadão e não no técnico; baseados nos ganhos para a comunidade e não para a instituição ou interesse corporativo; direcionado para a promoção da saúde e não apenas para uma mera resposta reativa à doença, é igualmente um desiderato a que os enfermeiros não podem ser alheios.
Por outro lado interessa que a comunidade possa usufruir das imensas competências dos enfermeiros, de cuidados gerais, especializadas e acrescidas, frequentemente menosprezadas pelo poder político e pelas aAo como o investimento no nível em saúde da população. Portugal, enquanto país e economia que quer e precisa de crescer, não se pode dar ao luxo de fingir que não tem um corpo de conhecimentos na sua estrutura de enfermagem de elevada qualidade, com muitas e variadas competências que são, indubitavelmente, um importante contributo para a melhoria do nível de saúde das populações, se houver ousadia (política e profissional) para as utilizar. Desde a gestão política e estratégica ao cuidado prestado no domicílio em qualquer aldeia perdida no Portugal profundo, a enfermagem tem o direito e o dever de se por ao dispor da população e de garantir o contributo que sabe dar para o sistema de saúde.
É com este espírito que a Ordem dos Enfermeiros organiza o seu quarto congresso sob o lema "*liderar em saúde, construir alternativas*".
Ao longo de três dias, usando a sabedoria de peritos nacionais e internacionais, pretende-se criar um espaço de análise e construção sobre a enfermagem e os enfermeiros num

Interessa que a comunidade possa usufruir das imensas competências dos enfermeiros

Portugal que também é europeu, e mais vasto, membro de um mundo em rápida mutação. Numa visão que funde a prática clínica, o ensino, a investigação e a gestão e assessoria, propõe-se a construção de alternativas pela liderança em saúde que deve ser atribuída á enfermagem e aos enfermeiros.
Da reflexão sobre "*Competências clínicas: um novo modelo num contexto de mudança*" onde se propõe um pensar sobre a rápida evolução, passada e futura, das competências dos enfermeiros, à abordagem do "*Cuidar das pessoas: uma profissão global que responde a políticas de saúde globais*" reforçando a transversalidade da atividade da enfermagem e o seu contributo para o sistema e políticas de saúde (*Health in all policies*), abordar-se-á ainda a "*Enfermagem local ou Enfermagem global*" dando relevo à capacidade de resposta aos contextos micro, meso e macro das necessidades de saúde de pessoas e comunidades.
Haverá também espaço para analisar os contextos da "*Gestão, Educação, Ética e Deontologia*" pilares essenciais da qualidade assistencial e do desenvolvimento do pensamento e das práticas em enfermagem e para "*Liderar em Saúde, construir alternativas*" pelo contributo inadiável que a enfermagem portuguesa pode dar à saúde dos portugueses. À volta destes cinco temas centrais, várias centenas de enfermeiros, oriundos dos vários cantos do mundo poderão partilhar, aprender, repensar e reconstruir o seu lugar na construção de alternativas, liderando os processos de mudança.
É também no contexto destes cinco temas centrais que centena e meia de enfermeiros, nacionais e estrangeiros, ousaram apresentar propostas de comunicação numa partilha sinérgica da promoção da qualidade assistencial em enfermagem e da melhoria da saúde das pessoas e comunidades, mas também, pela melhoria *da saúde* dos sistemas de saúde e das economias e sociedades que fomos construindo por esse mundo fora. Propostas em inglês ou português, mas sempre propostas ousadas e desconstrutoras de paradigmas.
O congresso termina no dia 12 de maio, dia internacional do enfermeiro: aquele dia em que as sociedades reconhecem o valor da enfermagem. Que seja também este congresso mais um elemento de construção para que este reconhecimento ultrapasse o dia anual e se torne um sentimento permanente que promova a utilização dessa imensa massa de arte e saberes que os enfermeiros semeiam todos os dias, dos mais pequenos gestos, à execução da mais complexa técnica: lideramos em saúde, construímos alternativas. Para as pessoas, para as comunidades…

Texto redigido de acordo com as normas do mais recente acordo ortográfico.

ACREDITAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA

Um breve enquadramento…

OPINIÃO

FRANCISCO MENDES

COORDENADOR DA ESTRUTURA DE IDONEIDADES DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

A acreditação de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (CPC) surge como uma necessidade sentida pela profissão, de garantia de um acervo de condições necessárias para os processos integrados num sistema de certificação de competências. Este processo resulta do reconhecimento em cada CPC de um conjunto de condições que assegurem um ambiente propício à aquisição e desenvolvimento de competências e apoiem a melhoria da prática profissional. Quando se fala em qualidade, importa clarificar os termos em que é reconhecida. Neste âmbito, considerando o Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), está construído um referencial de avaliação no qual se define um conjunto de dimensões, critérios e indicadores a evidenciar pelos CPC, que decorrem do desdobramento do seu sexto enunciado descritivo que versa precisamente "A Organização dos Cuidados de Enfermagem".
Integrado neste processo, emerge a Supervisão Clínica. Esta é uma área estratégica num processo destinado à certificação de competências. Surge através da necessidade de existirem, nos CPC com Acreditação da Idoneidade Formativa, enfermeiros com competências certificadas em supervisão clínica, segundo modelo próprio definido pela Ordem dos Enfermeiros.
Estamos perante um processo de acreditação que compreende duas vertentes: o reconhecimento nos CPC de um conjunto de evidências para validação dos vários indicadores do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa e a certificação de competências em supervisão clínica, sublinhando-se o seu suporte estruturante, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e a Supervisão Clínica.
Ambos os processos estão naturalmente regulamentados e para a sua implementação foi constituída a Estrutura de Idoneidades. Trata-se de uma estrutura profissionalizada da Ordem dos Enfermeiros que tem como incumbência a operacionalização dos processos definidos nos referidos regulamentos com vista à determinação de capacidade formativa.

DO REALIZADO…

A Estrutura de Idoneidades, constituída atualmente pelos enfermeiros Francisco Mendes (Coordenador), Paulo Veloso, António Oliveira e Sérgio Soares (peritos), tem vindo a desenvolver os processos que lhe estão alocados. Destaca-se a construção de uma ferramenta informática criada com o objetivo de operacionalizar os procedimentos de candidatura, tanto para a Acreditação da Idoneidade Formativa dos CPC como para a Certificação de Competências de Supervisor Clínico de Prática Tutelada em Enfermagem. Esta tecnologia informática cria um ambiente de suporte e proximidade na construção dessas candidaturas.
Em Outubro de 2013 foi disponibilizado o acesso à plataforma informática através do *site* da Ordem dos Enfermeiros, na sua área reservada. Este momento permitiu dar visibilidade a todo um trabalho de conceptualização, fundamentação e planeamento que decorre há vários anos e em que participaram e participam muitos enfermeiros. Entramos assim numa fase de efetiva partilha e relação com vista á criação de condições de idoneidade formativa.
Até ao momento existem cerca de meio milhar de candidaturas de CPC em acompanhamento, através das quais surgem paralelamente as respetivas candidaturas de enfermeiros a Supervisores Clínicos. Colocando em números, porventura o mais relevante é o que nos indica a existência de cerca de sessenta instituições, das várias tipologias de cuidados e de organização administrativo-financeira que rubricaram Declarações de Concordância, legitimando os seus vários CPC a iniciarem as suas candidaturas. Este facto traduz uma alargada perceção das inequívocas vantagens que este processo de acreditação aporta à organização e à qualidade dos cuidados de Enfermagem e que transparece de forma clara, verbalizada e demonstrada nos dados recolhidos durante as auditorias. Enquanto etapa integrante deste processo, as auditorias tiveram início em setembro de 2014 e estenderam-se a todas as regiões do país.
A Estrutura de Idoneidades reconhece o trabalho e o esforço de todos os Enfermeiros que de uma forma direta ou indireta contribuem com o seu trabalho e dedicação para esta construção da profissão.

> A Estrutura de Idoneidades reconhece o trabalho e o esforço de todos os Enfermeiros que contribuem com o seu trabalho e dedicação para esta construção da profissão

Texto redigido de acordo com as normas do mais recente acordo ortográfico.

SNS TEM HOJE MAIS 9.008 ENFERMEIROS DO QUE EM 2002

Cerca de 20 mil enfermeiros inscritos... Sem actividade

Apesar das muitas queixas de que há falta de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a verdade é que o número destes profissionais com vínculo ao SNS aumentou na última década. Exactamente mais 9.008 enfermeiros em Dezembro de 2013 do que os que havia em 2002.

O número total de profissionais inscritos na Ordem dos Enfermeiros ascendia em 2013 a 65.809, ainda que do total, de acordo com os dados do INE, apenas 45.883 estivessem a exercer actividade em unidades do sector público e privado.

A análise do INE principia com a evolução dos cuidados de saúde secundários, dando conta de que no período considerado abriram 13 novas unidades, todas do sector privado, passando o parque hospitalar nacional de 213 unidades em 2002 para 226, em 2013 (107 privadas e 119 públicas). Os hospitais oficiais repartiam-se entre 113 hospitais de acesso universal e seis hospitais militares ou prisionais, precisa o INE. No universo dos hospitais públicos, incluem-se as parcerias público/privados (PPP), confirmou o nosso jornal junto do INE.

SECTOR PRIVADO CONTRATA MENOS

Dos dados agora divulgados sobressaem os relativos à evolução dos recursos humanos, particularmente médicos e enfermeiros, que condicionam todos os demais indicadores.

No que que se refere ao número de enfermeiros, o INE aponta para um acréscimo de cerca de 24 mil profissionais entre 2002 e 2013 (em 2002 eram 41.799). Do total de enfermeiros inscritos na respectiva Ordem, (65.809), 46 mil trabalhavam em 2013 no SNS – 37 mil nos hospitais e cerca de nove mil nos cuidados de saúde primários (CSP). Já nos hospitais privados, o número de enfermeiros teve um saldo positivo, entre 2002 e 2013, de apenas 569 profissionais. Muito poucos, se se tiver em conta que nesse período abriram 13 novas unidades hospitalares privadas, algumas de grande dimensão.

Já no que respeita à evolução do número de médicos por mil habitantes, registou-se, de acordo com os dados do INE, entre 2002 e 2013 um aumento de 3,2 para 4,3. Aumento significativo neste parâmetro registou-se também na área da Enfermagem, com uma evolução de 4,0 enfermeiros/mil habitantes em 2002 para 6,3 enfermeiros/mil habitantes em 2013.

De notar que, de acordo com o último balanço social do SNS realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), muito embora o saldo líquido de médicos e enfermeiros no período considerado seja positivo, o número global de trabalhadores do SNS tem vindo a diminuir, tendo-se registado entre 2007 e 2013 uma redução de 522.925 para 419.336 profissionais (menos cerca de 20%).

Ainda segundo a ACSS, em 2013 cerca de 22% (25.879) dos trabalhadores do SNS prestavam serviço nos CSP e 78% (93.121) nos cuidados hospitalares.

ENFERMEIROS

INSCRITOS NA ORDEM
2002: 41.799 – 2013: 65.809 (+57,4%)
HOSPITAL PÚBLICO
2002: 26.332 – 2013: 33.737 (+28,1%)
HOSPITAL PRIVADO
2002: 2.688 – 2013: 3.257 (+21,2%)
Centro de saúde: 2002: 7.286 – 2012: 8.889 (+22%)

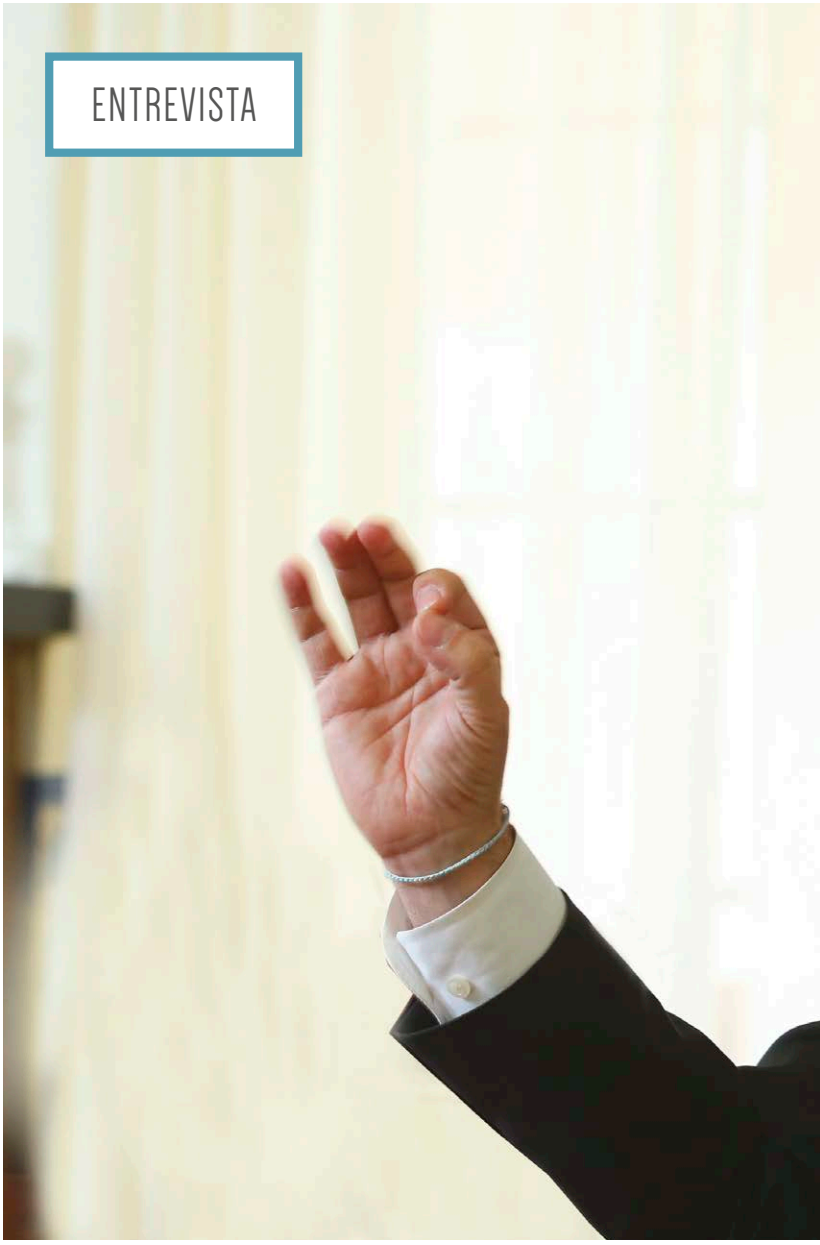
MÉDICOS

HOSPITAIS PÚBLICOS
2002: 17.709 – 2013: 19.531 (+10,3%)
HOSPITAIS PRIVADOS
2002: 3.321 – 2013: 2.349 (-29,3%)
CENTROS DE SAÚDE
2002:7.226 – 2013: 7423 (+2,7%)

INTERNAMENTOS

HOSPITAIS PÚBLICOS
2002: 998.109 – 2013: 934.952 (-6,3%)
HOSPITAIS PRIVADOS
2002: 202.793 – 2013: 227.425 (+12,15)
CENTROS DE SAÚDE
2002: 23.780 – 2012: 4.183 (-82,4%)

Violação da Lei e das directivas comunitárias.... É a norma do actual executivo!



Os enfermeiros têm razões de queixa do modo como a tutela tem tratado a profissão. Em muitas áreas. Desde logo, no que toca à proposta de novos estatutos da sua Ordem, que depois de dois anos "esquecidos" numa qualquer gaveta da Av. João Crisóstomo, foram "despachados" sem o contributo da Ordem dos Enfermeiros. Em causa matérias tão relevantes como a do exercício profissional tutelado, de que o Ministério não quer ouvir falar. "Internato nem pensar!".... É a mensagem que chega do gabinete de Paulo Macedo. Mas há mais queixas. Muitas mais! Como o descaso da Direcção-Geral da Saúde face à autonomia profissional dos enfermeiros, de que são exemplos recentes a aprovação da norma sobre a Triagem de Manchester e as competências em obstetrícia. Em entrevista ao nosso jornal, Germano Couto, o Bastonário, faz um ponto de situação das muitas batalhas que se estão a travar em prol da dignificação da enfermagem português.

JORNAL ENFERMEIRO | Afirmou que a proposta de estatuto aprovada em Conselho de Ministros não serve os interesses dos cidadãos e da profissão, além de que o Governo alterou aspectos para os quais não estava legitimado. Em que sustenta a acusação?

GERMANO COUTO | A alteração estatutária das ordens profissionais foi imposta pela Lei n.º 2/2013, de 10 de Janeiro. A Ordem dos Enfermeiros (OE), em sede de Conselho Nacional das Ordens Profissionais (CNOP), elaborou e entregou a sua proposta de estatuto dentro do prazo que a Lei impunha, que era de 30 dias... Esperando que o Governo fizesse o mesmo e cumprisse o prazo de 60 dias estabelecido para negociar o documento, o que não veio a acontecer... A proposta da OE e as das demais ordens profissionais da área da saúde ficaram "na gaveta" durante dois anos. Em Fevereiro deste ano fomos confrontados com um pedido do ministro da Saúde (MS) para que num prazo "caricato" de três ou quatro dias nos pronunciássemos sobre uma "contraproposta" elaborada pelo Ministério.

JE | E assim chegamos à negociação propriamente dita...

GC | Ouvidos os órgãos competentes da Ordem, o Conselho Directivo aprovou uma proposta de estatuto reajustada, que manteve, na generalidade, o que havia sido proposto em 2013, com apenas alguns pequenos "ajustes", negociados com o gabinete do ministro da Saúde. No passado dia 11 de Fevereiro, um grupo de trabalho composto por elementos da OE e do MS reuniu-se com o objectivo de ajustar alguns aspectos, não tenso sido possível chegar a consenso em matérias como a do exercício profissional tutelado, ou seja, o acesso à profissão com um ano de internato bem como relativamente às condições para o exercício de funções na Ordem dos Enfermeiros.

JE | O Ministério acha que um ano de internato é pouco?

GC | Não. Pelo contrário. O Governo não quer, pura e simplesmente, que haja internato. O internato é, na visão da tutela um obstáculo que impede que o licenciado que acaba de se formar comece imediatamente a exercer de forma autónoma. Já a OE vê o internato como uma garantia de qualidade. E depois, a verdade é que o Governo não pode, mesmo que o quisesse, levar a sua avante. Isto porque está mandatado pela Assembleia da

GERMANO COUTO, BASTONÁRIO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

República, desde 2009, (pela Lei nº 111 de 2009, de 16 de Setembro, aprovada por unanimidade) para implementar o internato de enfermagem, em articulação com a OE.

JE | Mas vai fazendo "ouvidos moucos"...
GC | Sim.... Mas a verdade é que desde 2009 a OE tem vindo a fazer todo o "trabalho de casa" que lhe competia, tendo inclusivamente criado estruturas e recrutado recursos humanos. Neste momento estamos já a preparar o processo de reconhecimento de idoneidade dos serviços dos hospitais e dos centros de saúde para que possam receber enfermeiros com cédula profissional provisória.

> O Governo quer retirar às ordens profissionais as condições para o exercício no que respeita a licenças para os membros dos órgãos exercerem as suas funções

JE | E a intransigência na questão das dispensas para o exercício na Ordem?
GC | Penso que a questão se resume a isto: o Governo quer retirar a todas as ordens profissionais as condições para o exercício no que respeita a licenças para os membros dos órgãos exercerem as funções para as quais foram eleitos. Algo que consideramos ridículo... E ridículo porque se a ideia vingar, uma instituição como uma ordem profissional, com poderes delegados pelo Estado para regular uma profissão e que por esta via poupa milhões de euros ao erário público, vai deixar de exercer as suas funções porque os seus responsáveis deixam de ter direito a licenças remuneradas.

JE | Actualmente como é que funciona?
GC | Nos estatutos da OE, em vigor, os membros dos órgãos executivos da Ordem têm direito, para o exercício das suas funções, a 24 dias por ano de dispensas remunerados. E alguns membros têm, ainda, direito a dispensa a tempo inteiro por cedência de interesse público.

JE | Enquanto dura o impasse, têm procurado apoios?
GC | Já reunimos com a maioria dos grupos parlamentares e na maioria dos encontros com os deputados ficou claro que estes compreendem – e alguns apoiam mesmo – as posições da OE, por exemplo, no que diz respeito à manutenção do internato.

JE | Não são só os enfermeiros portugueses que se queixam das diatribes de Paulo Macedo...
GC | É! O Consejo General de Enfermería (CGE) de España interpôs uma queixa contra o Governo da República de Portugal, junto da Comissão Europeia, por incumprimento do direito comunitário no que diz respeito ao exercício profissional autónomo dos enfermeiros. Segundo o CGE, o Estado português está a criar barreiras ao exercício das competências profissionais dos enfermeiros espanhóis especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ao não aplicar, de forma correcta, a legislação europeia no ordenamento jurídico português... Os casos de violação da autonomia profissional dos enfermeiros são frequentes. Os enfermeiros obstetras, por exemplo, são frequentemente impedidos de seguir uma gravidez dita "normal". Mesmo existindo uma directiva europeia que lhes garante essa autonomia. Ou seja, as autoridades europeias reconhecem que o enfermeiro obstetra tem autonomia para seguir uma gravidez normal – e aqui, importa salientar que a gravidez não é uma doença, mas um estádio do ciclo de vida – pelo que só quando se está perante uma situação de risco para a saúde, a grávida deve ser referenciada para o médico obstetra.

JE | E temos enfermeiros obstetras para as necessidades nacionais?
GC | Portugal tem enfermeiros obstetras em número suficiente, quer no sector público, quer no privado. O problema é que não obstante a lei o prever, não se encontram reunidas no terreno as condições necessárias para que possam exercer. Desde logo por falta de comparticipação. Uma grávida mesmo que queira ser seguida durante a gravidez pelo seu enfermeiro obstetra, se tiver que pagar do seu próprio bolso todas as despesas, por falta de comparticipação... é natural que opte por ser seguida pelo seu médico de família, que é gratuito, ainda que não tenha as competências de um enfermeiro obstetra para seguir uma gravidez.

JE | Falta comparticipação no sector privado... E no público, como é que as coisas funcionam?
GC | No "público" as grávidas são seguidas muitas vezes por enfermeiros obstetras em conjunto

com o médico de família. Já a requisição de exames e a prescrição de medicamentos fica a cargo do médico, ou seja, temos uma duplicação no uso de recursos.

JE | Então está tudo bem... Ou não?
GC | Não! O enfermeiro obstetra está habilitado por lei a pedir exames e a prescrever medicamentos solicitados no âmbito do seguimento da gravidez e está a ser impedido de o fazer, o que constitui um desrespeito à nossa autonomia consagrada pela legislação em vigor.

JE | As fricções entre médicos e enfermeiros sobre quem deve fazer o quê são uma constante. Cada vez que uns dão um passo, vêm os outros gritar que se violaram fronteiras. Aqui há dias foi a Triagem de Manchester que esteve em causa....
GC | Vivemos num país em se continua a pensar de forma retrógrada relativamente a muitos aspectos, entre os quais, os das competências de cada profissão. Na Saúde este fenómeno assume particular expressão dado o enraizamento da cultura "medicocêntrica" que perdurou mesmo após o 25 de Abril e que se manteve até aos dias de hoje. Isto fez com que Portugal tivesse sido um dos países da Europa que mais tempo levou a evoluir em termos de enfermagem. Hoje temos profissionais de elevadíssimo nível técnico e científico e excelentes centros de ensino e de investigação.

JE | Nota-se uma certa subjugação do poder político aos humores da Medicina. O Governo diz que vai legislar, a Ordem dos Médicos surge a público aos gritos de "acudam que querem matar portugueses" e o executivo recua....
GC | Esse é um dos grandes problemas da governação política: confundir-se gestão em saúde com políticas de saúde. A função do Governo é clara: governar o País. Já as ordens profissionais existem para regular o acesso, o exercício, bem como para elaborar normas técnicas, princípios e regras deontológicos específicos de uma determinada profissão. Não governam! É evidente que devem ter uma palavra a dizer – relativamente às políticas sectoriais adoptadas pelas respectivas tutelas, influenciando-as. Mas não decidem. Esse é o papel do Governo. Ora, a verdade é que continuamos a assistir em Portugal, com este Governo e com os que lhe antecederam, a que a Ordem dos Médicos, seja pelo seu peso histórico, seja pela influência política de alguns dos seus protagonistas, não só influencie, como governe, impondo algumas políticas. O que é lamentável!

O enfermeiro obstetra está habilitado por lei a pedir exames e a prescrever medicamentos solicitados no âmbito do seguimento da gravidez e está a ser impedido de o fazer

JE | Quem diz Ministro, diz Direcção-Geral da Saúde, onde nos últimos tempos se registaram algumas bravatas com a OE...
GC | Não é aceitável que a Direcção-Geral da Saúde (DGS) se deixe influenciar por uma ordem profissional, decidindo, muitas vezes, sem isenção. A DGS deve ouvir todas as entidades cujo parecer seja relevante para a tomada de decisão.

JE | Foi o que aconteceu com a norma recentemente aprovada sobre a Triagem de Manchester?
GC | Foi. A Norma institui protocolos. Ora, um protocolo é pela sua natureza o resultado de um consenso entre as partes envolvidas. No caso, enfermeiros e médicos. No entanto, o que se veio a verificar é que o tal consenso era afinal uma decisão do director clínico, sem intervenção do enfermeiro-chefe. Pelo que não era um protocolo, mas uma imposição.

JE | Não foram "ouvidos nem achados" na elaboração da Norma?
GC | Enviámos os nossos contributos dentro do prazo estipulado, que não foram incluídos ou sequer mencionados no texto da norma, publicada no passado dia 6 de Março. Uma vez mais estamos perante um manifesto desrespeito pela Enfermagem, os enfermeiros e, consequentemente os cidadãos, desta feita protagonizado pela DGS.

JE | Como é que o assunto ficou?
GC | No dia seguinte a OE emitiu um comunicado informando que os enfermeiros não estavam vinculados à norma emitida pela DGS, entre outras razões, porque a mesma colidia com o regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros (REPE) e com o seu Código Deontológico ao não incluir a hierarquia e autonomia técnica da profissão no que diz respeito à autorização e validação de novos protocolos, algoritmos ou fluxos de encaminhamento a serem implementados na sequência da Triagem de Manchester. É que sendo esta uma actividade realizada por enfermeiros, a responsabilidade de criar e actualizar o regulamento de encaminhamento interno dos doentes deve ser partilhada entre o enfermeiro chefe do serviço de urgência (SU) e o director do SU.

JE | Acha que houve aqui uma submissão da DGS à vontade da OM?
GC | É mais do que evidente. O que é inaceitável. E já o disse quer ao senhor Director-Geral, quer ao senhor Ministro: a DGS é permeável ao poder médico!

JE | Tendo em conta que o Ministro quer ver implementada até ao final do ano a versão mais actualizada do Protocolo de Manchester, que para além de todas as competências previstas na norma em vigor (que a Ordem repudia) prevê muitas outras incluindo a prescrição de medicamentos.... Vai ser complicado!
GC | Não, se houver bom senso de todas as partes envolvidas. Até porque o objectivo desta noma é reduzir os tempos de espera no atendimento em serviços de urgência, só possível se forem aplicados correctamente os protocolos da Triagem de Manchester.
E depois é preciso não esquecer que aquilo que está em causa já se faz noutras áreas, como nas vias verdes, onde o enfermeiro já prescreve.
E é também o que acontece com um outro protocolo implementado em Portugal que é hoje considerado o melhor do mundo: o Programa Nacional de Vacinação, que é gerido por enfermeiros. Um de muitos casos de sucesso que evidenciam o

Não é aceitável que a DGS se deixe influenciar por uma ordem profissional, decidindo, muitas vezes, sem isenção

importante papel da Enfermagem na melhoria da saúde dos portugueses.

JE | Chief Nursing Officer (CNO): já todos ouvimos dizer que existe um… Que não dá notícias. Ainda existe?
GC | A figura do CNO foi criada há alguns anos com o objectivo de aconselhar o Ministério da Saúde relativamente a matérias de Enfermagem.

JE | Poderia ser de alguma forma útil?
GC | Claro. A minha concepção do que é um CNO é a de um enfermeiro que pode influenciar as políticas de saúde; que pode fazer a ponte entre os enfermeiros que trabalham no terreno e a tutela. Enfim: um CNO pode fazer a diferença. É isso o que acontece noutros países, onde a figura já existe há décadas.

JE | Tenho andado desde Outubro de 2006 a entrevistar enfermeiros de família nas unidades de saúde familiar (USF). Aqui há dias disseram-me que afinal ainda não existem; que vão ser criados…
GC | Enfermeiros de família já existiam, mas sem qualquer base legislativa. Neste momento estamos a implementar a norma e o portfolio de intervenção da metodologia de trabalho do enfermeiro de família.

JE | Trata-se de uma nova especialidade?
GC | Não. Trata-se de uma metodologia de trabalho que, logo que possível, será gradualmente exercida por enfermeiros especialista em Enfermagem Familiar, de acordo com o estabelecido na Conferência Europeia de Munique, de 2000, que se traduz genericamente na máxima: "A cada família, o seu enfermeiro".

JE | E assim devolver aos cuidados primários a sua verdadeira vocação….
GC | Exactamente. Transformar a imagem que hoje predomina de que CSP são consultas com o médico de família, tratamentos ou administração de fármacos, para a de que são centros de excelência na prevenção da doença, através da promoção da saúde, nos quais o enfermeiro de família desempenha um papel central.

JE | Já hoje temos unidades de cuidados na comunidade (UCC), que desempenham um papel fundamental na área da prevenção e promoção da saúde. Não funcionam?
GC | São fruto de uma reforma dos CSP feita de forma "atabalhoada". Hoje temos metade do país em unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), mal equipadas e com falta de pessoal, que mais não são do que os antigos centros de saúde e a outra metade servida por USF onde aí sim, foram investidos milhões. Pelo caminho foram criadas as UCC… Nas quais se investiu muito pouco. O seu papel, de promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, nunca foi valorizado verdadeiramente pela Tutela. São vistas como o "parente pobre" dos CSP, muito provavelmente porque são geridas por enfermeiros, ainda que integrem outros profissionais, como nutricionistas, fisioterapeutas e médicos.

JE | Há falta de enfermeiros em Portugal?
GC | Há! E pior do que isso, o SNS tem vindo a perder enfermeiros. Somos, aliás, a única profissão do SNS em que se registou uma redução líquida de efectivos. Entre Junho de 2013 e final de 2014 perdemos 1.500 enfermeiros! Isto apesar dos muitos anúncios do ministro a dizer que abriram concursos para mais "mil e tal" enfermeiros. A verdade é que a trabalhar, estão menos 1.500.

JE | Tem uma estimativa de quantos enfermeiros faltam ao SNS?
GC | É uma conta difícil de fazer. Isto porque é preciso analisar instituição a instituição, serviço a serviço. Até há pouco tempo utilizávamos os rácios da OCDE, que informava que deveríamos ter 9,3 enfermeiros por mil habitantes. Nessa altura, estávamos nos 6 enfermeiros. Ou seja, faltavam cerca de 3 enfermeiros por mil habitantes. A 2 de Dezembro de 2014, com a publicação em Diário da República da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, passámos a ter em Portugal um instrumento válido para calcular as necessidades de recursos humanos nesta área.

JE | Entretanto e para "tapar buracos" foram criadas normas de excepção"….
GC | É verdade. Após intervenção da Ordem dos Enfermeiros, o ministério aprovou a contratação imediata, pelos serviços, de enfermeiros para substituição em caso de doença prolongada ou por licença de maternidade, o que é muito positivo.

JE | Desemprego…. Há?
GC | Vou dividir a questão em duas partes: a procura de primeiro emprego e o desemprego propriamente dito. Todos os anos temos cerca de 5.000 enfermeiros à procura de primeiro emprego. Destes, cerca de 3.000 são jovens que terminaram as licenciaturas, 90% dos quais não consegue colocação e tem de emigrar. Os restantes resultam da acumulação dos saldos de anos anteriores.
Vale-nos o facto de as competências dos enfermeiros portugueses serem muito valorizadas lá fora, pelo que nos é relativamente fácil encontrar colocação em países como o Reino Unido e a Suíça, entre muitos outros. Finalmente, temos o fenómeno do desemprego; de enfermeiros que estavam empregados, muitos deles há anos, com especialidade, e que de repente se vêem confrontados com uma situação de desemprego, seja por rescisão unilateral por considerarem que em Portugal não se conseguem realizar profissionalmente e por isso querem emigrar, seja por desemprego involuntário.

JE | Aqui há dias falou-se de despedimentos por "licença de maternidade"… É verdade?
GC | É! E acontece não só no "privado" mas também no SNS. Já dei conhecimento quer ao Ministério da Saúde, quer à Inspecção-Geral das Actividades em Saúde quer ainda à Comissão Parlamentar da Saúde, de alguns casos concretos, com nomes e serviços, de enfermeiros que não viram os seus contratos renovados por estarem de licença de maternidade.

JE | *Burnout*… É um problema na profissão?
GC | Imenso. Diria mesmo que os profissionais de saúde, de uma forma geral, estão em *"burnout"*. E os enfermeiros de uma forma particular. Não têm horários estáveis; trabalham de segunda a domingo, nos feriados e muitas vezes, mesmo, durante as férias… Enfrentam ainda a falta de reconhecimento pelo bom trabalho que realizam e o não cumprimento de promessas de uma carreira digna, feitas pelo actual e pelos anteriores governos. Um estudo recente da Escola Nacional de Saúde Pública diz que os enfermeiros são os profissionais que mais pressão sofrem nos serviços de saúde e que o *stress* e "burnout" que daí resulta tem impacto ao nível da morbilidade e mortalidade dos doentes.

JE | Acreditação dos cursos de enfermagem…
GC | A OE reuniu por diversas vezes com responsáveis da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) e sabemos que alguns cursos de enfermagem irão encerrar por falta de qualidade, ou do corpo docente ou das instalações. Dito isto, de uma forma global, todos os demais cursos que existem em Portugal cumprem os requisitos exigidos pela A3ES.

Somos, aliás, a única profissão do SNS em que se registou uma redução líquida de efectivos

TRIAGEM DE MANCHESTER:

O presente – que futuro?

NELSON COIMBRA

RESPONSÁVEL POLÍTICO PELA ÁREA DA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

Lembro-me dos tempos em que os doentes quando recorriam ao serviço de urgência (SU) eram atendidos por ordem de chegada, qualquer que fosse o seu estado de gravidade e nos períodos com maior afluência, era um elemento indiferenciado que atribuía a orientação e encaminhamento dos doentes para as diversas salas de observação, segundo critérios pouco objetivos com argumentos rudimentares, como por exemplo, acesso de maca ou a pé, tem sangue visível ou não. Como era de esperar, verificaram-se várias inconsistências e resultados surpreendentes.

Atualmente, os sistemas de triagem com escalas de cinco categorias são considerados os mais adequados. As escalas mais estudadas e utilizadas são a Escala Australiana de Triagem (2000), a Escala Canadiana de Triagem (2000), a Escala Americana – Emergency Severity Index (2003) e o Sistema de Triagem de Manchester (1997), todas elas efetuadas por enfermeiros triadores, baseada em tomadas de decisão cientificamente comprovadas.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) está implementado nos SU em Portugal desde 2000 e permite uma nomenclatura comum, definições análogas, sólida metodologia de triagem com processos de auditoria e inquéritos, revelando elevado grau de satisfação dos cidadãos, médicos e enfermeiros. A triagem de Manchester é baseada na melhor evidência, reprodutível, auditável e permite a melhoria da qualidade nos SU de forma contínua.

São hoje reconhecidos como excelentes, quer o desempenho dos enfermeiros triadores, quer os elevados níveis de fiabilidade demonstrados através das várias auditorias internas e externas realizadas com níveis de concordância superiores a 90%.

Em Portugal, o STM é, garantidamente, o sistema que oferece a melhor resposta ao cidadão, mesmo em períodos de grande afluência com elevados tempos de espera. E permitiu uma melhoria organizacional após a triagem, adaptando espaços físicos, reformulando equipas, com o objetivo de atribuir os recursos disponíveis mais diferenciados aos doentes com maiores necessidades. Não menos importante, é uma ferramenta essencial na gestão clínica e acompanhamento dos doentes, reduzindo a ansiedade e melhorando a satisfação das famílias.

O STM é baseado em possibilidades de fluxogramas, um tipo de árvores de decisão que permite triar qualquer doente, qualquer que seja a queixa. A identificação da prioridade é efetuada a partir da queixa do doente, que segue 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados. Os fluxogramas são constituídos por discriminadores, os sinais e sintomas que fazem a diferenciação entre as prioridades possíveis, estabelecendo a ordem de atendimento de acordo com a gravidade. Importa realçar que este sistema de triagem não pretende identificar um diagnóstico clínico, mas uma prioridade baseada em critérios de gravidade, que de forma objetiva e sistematizada indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica.

São hoje reconhecidos como excelentes, quer o desempenho dos enfermeiros triadores, quer os elevados níveis de fiabilidade demonstrados através das várias auditorias

Não precisamos de ir muito longe para identificarmos boas práticas na gestão integrada de triagem de doentes. Basta deslocarmo-nos ao *call center* da saúde na Região Autónoma dos Açores, onde se verifica uma fusão entre uma linha de emergência e a linha de aconselhamento de saúde onde os cidadãos são triados por enfermeiros com recurso à Triagem de Manchester.

O desafio para o futuro no que toca às ferramentas de triagem é o do desenvolvimento de um sistema integrado e comum entre os meios de emergência pré-hospitalar e os serviços de urgência, através do qual seja possível a interoperabilidade entre os sistemas de informação. Deverá ser um sistema de triagem com alta sensibilidade e especificidade, onde cada doente deve rapidamente ser triado pela equipa de saúde no local da ocorrência; informando o centro de orientação de doentes urgentes e atribuindo uma prioridade que permita orientá-lo diretamente para o serviço mais apropriado na unidade de saúde mais adequada. Deverá também permitir que o enfermeiro triador solicite exames complementares de diagnóstico, à semelhança do que já acontece nas vias verdes, administrar antipiréticos, analgésicos, oxigénio, controlo inicial de hemorragia, irrigação ocular, entre outros procedimentos.

Com recursos limitados disponíveis e face à crescente procura por parte dos cidadãos dos SU, com uma população cada vez mais envelhecida, o sistema de triagem deve ser capaz de identificar discriminadores específicos para a gestão do doente idoso polimedicado, com pluri-patologias e co-morbilidades associadas.

Acredito que o desenvolvimento do sistema de triagem reduzirá a mortalidade e morbilidade, sendo necessário um maior investimento científico para avaliar a efetividade, adequação e eficiência, estabelecendo uma cultura de qualidade e auditoria ao desempenho.

Texto redigido de acordo com as normas do mais recente acordo ortográfico. Versão integral disponível em www.jornalenfermeiro.pt

GERMANO COUTO

Falta de enfermeiros "entope" urgências hospitalares

O alerta foi lançado por Germano Couto no 2.º Congresso Insular de Enfermagem Madeira-Açores, que reuniu mais de 500 profissionais na capital madeirense nos passados dias 22 e 24 de Abril. Para o Bastonário dos Enfermeiros, a falta de profissionais e de respostas ao nível dos cuidados de saúde primários contribui de forma significativa para "entupir" as urgências hospitalares. "O custo dessa não contratação será passarmos de um dos melhores serviços de saúde para *lanterna vermelha*", advertiu, realçando que não há qualidade e segurança em saúde sem enfermeiros.

"Em Portugal, o número de enfermeiros continua muito abaixo das reais necessidades", afirmou Germano Couto, para logo acrescentar: "sei que o momento pelo qual estamos a passar não é fácil. Sentimo-lo na pele. Sofremos cada vez mais cortes, quer na nossa remuneração, pagando mais impostos, e trabalhamos cada vez mais horas, dias seguidos sem descanso para não comprometer a qualidade da saúde dos nossos cidadãos".

Para o Bastonário, é preciso não "esquecer que o país está cada vez mais envelhecido e esta realidade tem reflexos na prestação de cuidados, nomeadamente nos serviços de urgência, que passa a ser muitas vezes um serviço de internamento".

SÃO NECESSÁRIOS 350 PROFISSIONAIS

A falta de enfermeiros na Madeira foi também denunciada pelo presidente da secção regional da OE, Ricardo Silva, que considerou fundamental a contratação de mais 350 para garantir a "qualidade mínima", dos serviços na região, referindo estudos que demonstram que o aumento da carga de trabalho do enfermeiro está associado a um aumento da mortalidade e, por outro lado, que a diminuição da mortalidade está directamente associada ao aumento da qualificação da equipa de enfermagem.

O presidente da secção regional da Ordem dos Enfermeiros alertou, ainda, para o fenómeno da emigração, que diz ser "particularmente gritante" na área da enfermagem.

"Depois de tanto falarmos em infra-estruturação na Região, corremos o risco de quando tivermos as estruturas ideais, não termos profissionais de saúde para as mesmas, porque as pessoas estão a emigrar", salientou.

Ricardo Silva deixou também claro que não tem boas expectativas relativamente às políticas de saúde, apesar da mudança de Governo Regional, mas, por outro lado, garantiu que não lhe falta esperança e trabalho para oferecer.

MADEIRA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

O problema da falta de enfermeiros assume particular gravidade na Região Autónoma da Madeira (RAM), com o presidente do Sindicato dos Enfermeiros da RAM, Juan Carvalho, a afirmar que "O Serviço Regional de Saúde vive uma situação de emergência", fruto dos cortes orçamentais e medidas de austeridades, com consequências nefastas para a qualidade dos cuidados prestados.

Para aliviar o actual panorama, o dirigente afirma que "tem de haver uma resposta colectiva" que exija transparência e um rigoroso conhecimento da situação.

"Não podemos continuar a tolerar situações de intimidação, assédio e ameaças nos locais de trabalho. Temos de lutar contra todas as formas de prepotência e totalitarismo que atentam contra as liberdades conquistadas. A grave carência de enfermeiros no SESARAM, não pode legitimar comportamentos autocráticos e opressores nos serviços de saúde", defendeu Juan Carvalho.

“Fui formatada para cuidar!”

Aqui há dias, foi distinguida com a Medalha de Serviços Distintos “Grau Ouro” do Ministério da Saúde, pelo muito trabalho desenvolvido ao longo de mais de três décadas em prol dos cuidados de saúde primários (CSP). Directora Executiva do ACES Porto Oriental, tem a seu cargo três centros de saúde, subdivididos em 5 USF modelo A, 2 USF modelo B, uma mão cheia de UCSP, 3 URAP e 2 UCC. Diz com orgulho que foi formatada para cuidar… Daí o seu apego aos CSP, cuja proximidade e continuidade permitem desenvolver uma vinculação e uma relação terapêutica ao longo da vida e não apenas episódica. Em entrevista ao Jornal Enfermeiro, Dulce Pinto fala de um percurso ímpar e dos muitos desafios que ainda quer enfrentar.

JORNAL ENFERMEIRO | Iniciou actividade profissional era o SNS uma criança… Decidida a vingar. 35 anos depois, sente que ainda há muito por fazer?
DULCE PINTO | Para se perceber o que está por fazer é necessário, antes de mais, fazer o exercício de lembrar como era antes: iniciei a minha actividade profissional em 1983, no Centro de Saúde de Arcos de Valdevez, no Distrito de Viana do Castelo, fervi seringas numa panela e afiei agulhas numa pedra de amolador. É preciso lembrar os milhares de crianças que estavam condenadas a morrer antes do 1º aniversário – os cemitérios tinham muitas campas pequeninas… Lembrar as mulheres que não morreram no parto, mas puderam dar à luz os seus filhos com saúde e em segurança – sem que tivessem 30 dias a sepultura aberta como se dizia no Soajo; lembrar que nessa altura, com a idade que tenho hoje, eu poderia esperar viver mais 10 ou 15 anos. Hoje espero viver mais 30!

JE | Há muito por fazer?
DP | Certamente! Por isso é que estamos cá a enfrentar novos desafios e ainda a lidar com os que, não sendo novos, surgem com novas roupagens. Mas é aí que reside a razão e a motivação.

JE | Nos cerca de 32 anos de serviço que conta dedicou mais de metade à área da gestão. Foi sorte de acaso… Ou caso premeditado?
DP | Foi uma opção pensada e muito ponderada; surgiu no percurso evolutivo normal da carreira de enfermagem em vigor. Fui enfermeira durante 10 anos, enfermeira especialista durante cinco. Já tinha tido experiência de coordenação de serviços e entendi que podia dar um contributo maior à profissão e ao sistema se assumisse maiores responsabilidades, nomeadamente a partir de uma posição que me legitimasse conduzir uma equipa no caminho que eu entendia ser aquele por onde a enfermagem devia seguir e que maiores ganhos em saúde podia alcançar; em todo o meu percurso este binómio foi sempre determinante e foi o que me orientou – o desenvolvimento da profissão e a melhoria das condições de saúde da população. Estávamos no final dos anos 90 e tinham surgido as primeiras

DULCE PINTO, DIRECTORA EXECUTIVA DO ACES PORTO ORIENTAL

experiências com equipas de saúde familiar em Beja; o meu objectivo era implementar essa metodologia de trabalho num centro de saúde no Norte. Submeti-me a concurso público para enfermeira-chefe, mais tarde supervisora e mais tarde directora de enfermagem.

JE | Tem uma ligação umbilical aos CSP... O que a atraiu?
DP | A proximidade e a continuidade que permite desenvolver uma vinculação e uma relação terapêutica ao longo da vida e não apenas episódica; fui formatada para cuidar, quer pela educação familiar que recebi, quer pela formação profissional. Os primeiros contactos com os CSP, ainda como aluna, foram muito gratificantes na medida em que percebi o quanto éramos úteis e necessários. Fiz-me mulher com as mulheres do Soajo e do Lindoso.

JE | Esteve – e está – envolvida na reforma dos CSP: quais as mais-valias e constrangimentos que sublinharia no processo?
DP | Os sistemas de saúde têm que estar em reforma permanente; o mundo muda a uma velocidade tal que não é possível ter implantado no terreno um modelo assistencial estático; mas esta reforma alcançou virtuosidades ímpares pela forma como foi "instilada"; através de uma mudança pontuada, fortemente apoiada – e sublinho aqui o papel determinante das equipas regionais de apoio (ERA) – permitindo aos profissionais auto seleccionarem-se e voluntariamente assumirem um compromisso assistencial para uma população que lhes está adstrita e subscreverem-no perante a tutela. Introduz-se assim o "*commitement*" – compromisso individual com um objectivo comum – que é o principal factor-crítico de sucesso do desenvolvimento organizacional, seja de equipas seja de instituições.

JE | Dirige há já quase três anos, um Agrupamento de Centros de Saúde. O que a levou a aceitar tamanho desafio?
DP | Confesso que ponderei muito; fui acometida novamente pelo ataque daquele binómio cronico...
JE | Tem a seu cargo, se as contas não me falham, três centros de saúde, que se subdividem por cinco USF modelo A, duas USF modelo B, uma mão cheia de UCSP, uma URAP, duas UCC... Como consegue lidar com tamanha variedade de modelos organizacionais?
DP | Em equipa. Seja na actividade assistencial seja na gestão, o engenho e a arte reside no trabalho em equipa.

JE | É complicado gerir pessoas, mais a mais de diferentes universos profissionais?
DP | Gerir pessoas é o mais difícil mas também o mais gratificante. Cada Ser é ele e as suas circunstâncias e essas circunstâncias variam, ao longo da vida, nos dias, nos anos e nos meses. A comunicação é fundamental e sobretudo a comunicação não oficial e não verbal. Mas se acreditamos no que estamos a fazer, se o fazemos com alegria, com paixão e com dedicação, mesmo mudos e quedos passamos essa mensagem, e as pessoas seguem-nos.

JE | A figura do Enfermeiro de Família, muito embora só agora esteja a ser "oficializada no terreno", esteve presente desde o início da reforma: como evoluiu em termos funcionais nesta quase uma década de mudança?
DP | Mais uma vez tenho de referir a minha percepção de que o país tem grandes assimetrias. O Enfermeiro de Família é um modo de ser e estar na profissão e não se implementa por decreto; obviamente a moldura legislativa é necessária para enquadrar a prática, mas tem que haver prática. É importante ter uma visão panorâmica da realidade dos contextos, perceber o que está e identificar as oportunidades e os constrangimentos; conhecer a evidência produzida sobre o assunto e continuar a investigar; talvez até tenhamos que reorientar o pensamento e equacionar o Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários – mas sobretudo há caminho feito que não se deve desprezar.

JE | Que desafios o SNS terá que enfrentar no futuro?
DP | O maior desafio é a acomodação do sistema de saúde português ao aumento da esperança de vida da população. Considero que já levamos uma década de atraso, tendo em conta que é preciso mudar tudo, em todo o lado, desde a organização dos serviços de saúde até ao ordenamento do território – veja-se o modelo das cidades saudáveis. Essa é a minha maior preocupação e julgo que se não forem tomadas decisões já, dentro de cinco anos teremos muitos problemas e poucas soluções.

JE | Como compatibiliza as exigências de sustentabilidade, que normalmente se traduzem em menos recursos – com a prestação de cuidados de saúde de qualidade?
DP | Com governação clínica e com muito rigor na alocação de recursos, que implica um planeamento adequado e uma monitorização permanente. É um processo contínuo, mas como disse não há milagres. Há limites e quando não for capaz, seguramente não estrei.

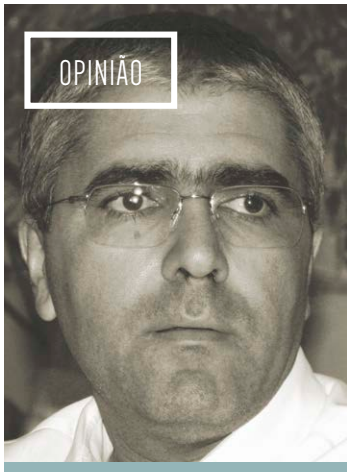
JE | Foi agraciada há dias com a com a medalha de prata de Serviços Distintos do Ministério da Saúde: alguma vez lhe tinha passado pela cabeça que isso pudesse acontecer?
DP | Nunca tinha pensado nisso. Obviamente sou humana e como qualquer humano preciso de recompensas, de reforço positivo pelo meu trabalho, que obtenho no dia-a-dia, na interacção com a minha equipa, com os meus colaboradores e com os meus superiores e na comunidade que sirvo.

JE | Como interpretou a distinção?
DP | Esta distinção, que naturalmente muito me honra, interpreto-a e partilho-a com todos aqueles que me acompanharam ao longo destes 32 anos de serviço público, muito especialmente com os profissionais do ACES Porto Oriental. Que a sintam como particularmente sua! Mas também com todos os que se constituíram como referenciais para mim – e são muitos, felizmente – dentro e fora da profissão.

Versão integral disponível em www.jornalenfermeiro.pt

A Enfermagem e os Cuidados Paliativos

OPINIÃO



MANUEL LUÍS CAPELAS

PROFESSOR ADJUNTO DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos não podem mais ser vistos como cuidados prestados ao doente moribundo, mas como uma área da ciência que se dedica à prevenção e alívio do sofrimento dos doentes

Os cuidados paliativos como hoje os conhecemos têm cerca de 50 anos, com a sua visão moderna a ser fundada por Dame Cicely Saunders, formada em Medicina, Enfermagem e Serviço Social. Por aqui se pode desde já vislumbrar que a Enfermagem como ciência e arte que é teve, tem e terá um papel fundamental não só na promoção destes cuidados como na qualidade com que os mesmos são prestados a quem deles necessita.

Hoje, os cuidados paliativos não podem mais ser vistos como cuidados prestados ao doente moribundo, mas como uma área da ciência que se dedica à prevenção e alívio do sofrimento dos doentes, e sua família, com doença incurável e/ou grave, ameaçadora da vida, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais.

Deste modo, podemos assumir que esta conceptualização tanto se enquadra na área de trabalho específico de enfermagem junto destes doentes e sua família, mas também no dia-a-dia da enfermagem em qualquer área do cuidar, pois a prevenção e alívio do sofrimento está no núcleo central do cuidar. Para tal, é essencial que os enfermeiros sejam competentes a este nível e, simultaneamente, se sintam confiantes na prestação destes cuidados, abordando estas situações, na generalidade problemáticas, com base na maior evidência científica possível. Por tudo isto, a FORMAÇÃO assume-se como o alicerce fundamental e a enzima catalisadora da mudança.

Só deste modo, a Enfermagem pode levar a cabo e com sucesso, a missão que tem nesta área. Tal passa por participar num efetivo trabalho em equipa transdisciplinar; promover a continuidade dos cuidados ao longo do tempo e entre os diferentes serviços de saúde; ensinar os doentes e suas famílias, assim como promover, mesmo nesta fase, estilos de vida promotores da qualidade de vida; formar outros profissionais e, em muto casos dirigir serviços especializados.

Tudo isto assenta num total e incondicional apoio ao doente/família, fazendo com que esteja sempre claramente definido o que se deseja e necessita, que os direitos humanos sejam respeitados, representando as opiniões ou decisões dos sujeitos, no sentido de influenciar os restantes elementos intervenientes no processo, ouvir e discutir os diferentes pontos de vista sem efetuar qualquer tipo de julgamento, garantir que os cuidados e/ou serviços necessários são verdadeiramente disponibilizados. Em suma, assenta numa total proteção e promoção da autonomia do doente, no agir em sua representação e defender a justiça social na disponibilidade e acessibilidade aos cuidados de saúde adequados.

O que hoje precisamos de fazer é parar e refletir. Proporcionarmo-nos a nós próprios momentos de autorreflexão para neles podermos encontrar áreas de melhoria no nosso desempenho profissional individual e coletivo. São várias as questões que nos devemos colocar: temos adequada formação em cuidados paliativos? Se não temos, estamos dispostos a tê-la? Ouvimos cuidadosamente os problemas e preocupações dos nossos doentes assim como os questionamos sobre o que verdadeiramente lhes interessa? Encorajamos os doentes a responder às questões que lhes fazemos assim como os questionamos de forma entendível? Somos capazes de admitir que não dominamos tudo e que nem sempre temos a resposta para os seus problemas? Estamos dispostos a manter um permanente diálogo com os nossos doentes, com adequadas estratégias de comunicação? Ajudamos os doentes a definirem objetivos e expetativas realistas? Usamos o nosso tempo para explicar ao doente tudo aquilo que lhe diz respeito e a tomar decisões de forma partilhada? Estamos abertos a discutir com o doente outras opções de intervenção?

É pois imperiosa esta reflexão pois não estamos a falar de cuidados menores, mas de cuidados de elevada importância, com necessária qualidade associada, para que os efeitos, tanto no doente como nos sobreviventes, possam atingir os resultados desejados.

Texto redigido de acordo com as normas do mais recente acordo ortográfico.

CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS

Lisboa e Vale do Tejo com apenas um terço das equipas necessárias

A região de Lisboa e Vale do Tejo conta actualmente com apenas um terço das equipas necessárias para dar resposta às necessidades de cuidados continuados e paliativos prestados no domicílio. A denúncia é da Associação de Enfermagem em Cuidados Continuados e Paliativos (AECCP), cuja presidente, Purificação Gandra, afirmou há dias que, muito embora nos últimos anos se tenha verificado um crescimento de oferta de camas de internamento em unidades de cuidados continuados, a verdade é que de pouco serve "encher o país de camas quando as pessoas querem é estar nas suas casas a receber cuidados".

De facto, aponta Purificação Gandra, só na região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 2011 e 2015, o número de camas de cuidados prolongados passou de 1.114 para 1.826. Contudo, sublinha, esta é precisamente a região mais deficitária em termos de equipas domiciliárias tendo em conta a população que potencialmente usufruiria deste tipo de cuidados.

"O nosso drama ultimamente é ver que as pessoas estão a ser colocadas em casa a precisar de cuidados e nós não temos equipas para chegar lá. Há que mudar o paradigma deste tipo de cuidados: as camas de cuidados continuados são precisas, sim, mas essencialmente são precisas equipas domiciliárias", defende a responsável.

De acordo com dados da AECCP, existirão na região da capital 57 equipas de cuidados continuados domiciliários e apenas duas de cuidados paliativos domiciliários, o que é considerado "manifestamente insuficiente", já que os 415 profissionais de saúde que as integram apenas conseguem prestar assistência a pouco mais de duas mil pessoas, quando o universo de idosos em Lisboa e Vale do Tejo é de cerca de 670 mil.

"Pelo menos devíamos triplicar o número de equipas e o número profissionais das equipas comunitárias", estima Purificação Gandra, referindo que Lisboa tem um rácio de 1,87 lugares de cuidados domiciliários por mil habitantes, quando a média do país é de 3,06. Ou seja, em Lisboa e Vale do Tejo não chega a ser possível acolher em cuidados domiciliários duas pessoas por cada mil habitantes. Já a região do Alentejo é a que regista melhor rácio em todo o país, com 5,44.

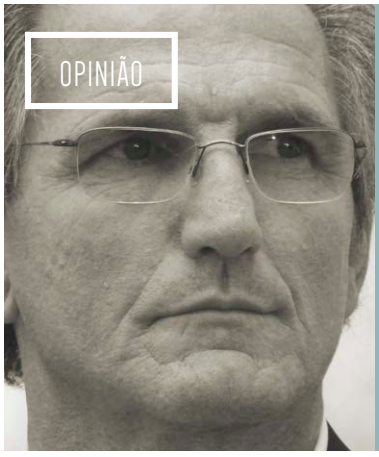
"O ideal para a nossa população seria as pessoas conseguirem ficar em suas casas, com as suas famílias, com os cuidados que necessitam. Isso não está a ser conseguido, porque os profissionais das equipas comunitários estão a ser desviadas para outras unidades dos cuidados de saúde primários", afirma a presidente da AECCP.

Assiste-se neste momento à saída de muitos técnicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, por aposentação ou por terem decidido emigrar. Técnicos estes que não são substituídos nos cuidados de saúde primários ao ritmo necessário, levando à transferência de profissionais afectos às equipas domiciliárias para a prestação de outros cuidados.

Outra das causas do agravamento da situação prende-se com os efeitos da crise e da diminuição do rendimento disponível das famílias, que faz com que não consigam suportar os custos com o internamento em lares especializados.

ENVELHECIMENTO ATIVO

Da retórica ao instrumento político



OPINIÃO

BALTAZAR RICARDO MONTEIRO

PROFESSOR COORDENADOR DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE COIMBRA

GABINETE DE AUDITORIA INTERNA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP

Embora a ideia de envelhecimento ativo pareça nova, de facto remonta à década de 40/50 do século passado, quando a gerontologia colocava em evidência os benefícios de estilos de vida ativos sobre a qualidade de vida das pessoas com mais idade. Esta ideia foi criticada por ser idealista, na medida em que se reportava à manutenção de um estilo de vida típico da meia-idade. Tornava-se mais proeminente o modelo de déficit que se vai acentuando à medida a que se avança na idade.

O conceito de envelhecimento ativo centra-se na atividade física, na independência e, por essa via, na participação das pessoas na vida ativa, pelo tempo que lhes for possível. Para a União Europeia, esta ideia resultará num maior bem-estar individual que se refletirá no bem-estar coletivo, na medida em que teremos uma maior participação no trabalho, maior produção e menores graus de dependência que resultam também, em menores despesas sociais e de saúde.

Num quadro sociopolítico no qual, à medida a que aumentam as necessidades dos cidadãos decresce a intervenção do Estado Providência, teremos de nos perguntar pelos significados e consequências da adoção destas políticas sobre o envelhecimento.

Os direitos sociais implicam condições sociais igualitárias. Contudo, os processos estruturais, o lugar de classe, as trajetórias e as circunstâncias sociais que contextualizam a ação social dos atores repercutem-se sobre as práticas de ação coletiva. A inserção e a intensidade da participação social nos três campos principais da ação coletiva – a participação laboral, política e associativa – exprimem e são consequência das desigualdades sociais inscritas nas sociedades contemporâneas.

Falar de inclusão social é referirmo-nos ao emprego e aos direitos e deveres que daí decorrem: estaremos incluídos se trabalharmos, pois daí decorre o reconhecimento social de alguém que está inserido na sociedade. Pelo trabalho mantemos amigos, cultivamos as nossas relações sociais e, principalmente, alcançamos o respeito e atenção dos outros cidadãos que connosco partilham esta prerrogativa. Pelo contrário, quem não trabalha é socialmente excluído. A dependência em relação ao Estado constitui uma falha da cidadania, pois acentua aquilo que é uma atividade central do cidadão: participação no mercado de trabalho. Será que os idosos – porque não produtivos e dependentes – avolumam a sociedade dos excluídos? É em sua defesa que se erguem as políticas de envelhecimento ativo e saudável?

Na boa tradição liberal, conjugada com as ideias republicanas sobre a cidadania, aqueles que estão socialmente incluídos colaboram nos objetivos sociais de criação de riqueza, não vivem à conta dos outros, do seu trabalho e dos seus impostos. O discurso do Estado marca decisivamente uma divisão social entre aqueles que participam, colaboram e fazem os seus descontos, e os que, pelo contrário, vivem à margem, são excluídos ou excluem-se eles mesmos.

Alguém que não consiga escapar à dependência passou agora a ser visto como (de alguma forma), um perdedor, ou um falhado. Os idosos são instados a trabalhar como se, ao optarem por ficar dependentes tivessem de arcar com as culpas de não quererem integrar o grupo dos incluídos, preferindo onerar o Estado Providência e, por essa via, os cidadãos que pagam impostos.

Redescoberta a caridade como parte integrante de um *welfare mix*, inerentemente interessado e dependente dos subsídios do Estado (bem como os privados), para completar as tarefas que este não pode (e não pretende) desempenhar, tem-se desenvolvido a ideia de cuidador informal, alguém que na família assume os cuidados destes marginalizados. Apenas tangencialmente são tratados pelo sistema de saúde, recaindo a sobrecarga financeira, psicológica e física sobre uma família que se transforma rapidamente.

Será então que o antídoto para a exclusão é a pertença ao mercado de trabalho? Ser incluído é entrar para o sistema, encontrar um emprego, por precário que seja. É renegar a dependência, sobretudo do Estado Social, ser reconhecido como cidadão de pleno direito, sobretudo porque capaz de pagar impostos, de assumir uma responsabilidade social que de outra forma, nunca poderia ser sua. Muitas das práticas do Estado Social de hoje situam-se na transição de uma ideia social que o Estado não mais pretende assumir, para uma outra de intervenção de privados, para onde um grupo social bem posicionado está já a mudar as suas perspetivas de ajuda na doença ou noutras incertezas da vida. Se a cidadania ativa é sinónimo de trabalho e de inclusão no sistema, então o espaço ocupado pelos que estão excluídos não o é por cidadãos.

O conceito de envelhecimento ativo e saudável é uma orientação política que visa prolongar a atividade dos mais velhos, não porque eles se sintam capazes e plenos de participação, mas porque teremos de evitar a todo o custo que eles dependam do Estado e que utilizem mais os sistemas de saúde.

Texto redigido de acordo com as normas do mais recente acordo ortográfico.

EDIÇÃO

NEWSENGAGE

Jornal Enfermeiro é uma publicação multiplataforma de informação entre enfermeiros e as comunidades que com eles interagem // **Director** Vítor Frias (vitorfrias@jornalenfermeiro.pt) // **Editor** Miguel Múrias Mauritti (miguelmauritti@jornalenfermeiro.pt) // **Equipa editorial** Catarina Gomes (catarinagomes@jornalenfermeiro.pt); Cláudia Brito Marques (claudiamarques@jornalenfermeiro.pt) // **Director de Arte** Cátia Tomé (catiatome@newsengage.pt) // **Coordenadora Publicidade** Sónia Coutinho (soniacoutinho@newsengage.pt) // **Redacção** Edifício Lisboa Oriente, Av. Infante D. Henrique, 333 H, esc. 45, 1800-282 Lisboa, T. 218 532 916, F. 210 435 935, E-mail: jornalenfermeiro@jornalenfermeiro.pt // **Edição multiplataforma** impressa e digital enviada para 12.500 profissionais de saúde // **Os artigos de opinião** são da inteira responsabilidade dos seus autores // **Impressão** RPO // **Depósito legal** 392674/15 // **Publicação** isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, artigo 12º, número 1A

ESTUDO

ESTUDO "HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PORTUGAL 2013" REVELA:

Doentes idosos estão mal controlados

A taxa de prevalência da Hipertensão Arterial (HTA) em Portugal situava-se, em 2013, nos 26,9%, sendo mais elevada no sexo feminino (29,5%) do que no masculino (23,9%), revelam os resultados de um estudo apresentado há dias, em Lisboa. Muito menos do que os cerca de 42% para que apontavam estudos anteriores.

Pese a boa notícia, há sinais preocupantes: a população com mais de 65 anos de idade registou prevalências de HTA de 71,3% nos homens e de 75,8, nas mulheres sendo que em apenas 34,4% dos homens e em 35% nas mulheres nesta faixa etária a HTA estava controlada.

Um dado preocupante, desde logo porque se trata do grupo populacional que mais frequenta as consultas das unidades de saúde, onde é alvo de um acompanhamento especialmente atento da equipa multiprofissional...

De acordo com a equipa de investigação, liderada pelo Professor Mário Espiga de Macedo, são várias as explicações que podem justificar a aparente contradição. Desde logo, a má aderência e persistência do tratamento, a polimedicação dos doentes nesses grupos etário, ao período socioeconómico porque tem passado o país, com alteração do poder de compra dos mais idosos, etc. Pesem as disparidades, "registou-se uma melhoria significativa comparativamente aos estudos anteriores, começando--nos a aproximar dos índices de outros países europeus" que olhamos como "bons exemplos" nesta área, sublinhou ao nosso jornal o também consultor da DGS.

Mas ainda longe do Canadá ou dos Estados Unidos da América, países onde o controlo da HTA atinge valores superiores a 55%, salvaguarda o especialista.

"Resultados que no Canadá, por exemplo, que dispõe de um sistema de cuidados de proximidade muito eficaz, foram alcançados através de acções junto da população fomentando uma utilização mais frequente dos serviços de saúde com o objectivo de conhecer melhor a situação individual de modo a implementar medidas apropriadas caso se justificasse. Resultado, que numa década, mostrou uma melhoria espantosa do controlo da hipertensão, acompanhada por uma descida brutal das doenças cardiovasculares".

Pesem as disparidades, "registou-se uma melhoria significativa comparativamente aos estudos anteriores

Refira-se que o estudo agora apresentado, de base populacional, analisou nos suportes electrónicos de todas as unidades de cuidados de saúde primários (CSP) do país os registos de todos os indivíduos maiores de 18 anos que realizaram em 2013 pelo menos duas consultas médicas no decurso das quais tiveram a sua tensão arterial medida. Para além deste parâmetro foram ainda estudadas outras variáveis, como a idade, sexo, peso, altura, obesidade, diabetes, história de enfarte do miocárdio (EAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) e ainda a terapia anti-hipertensiva e antidislipidémica medicada e os resultados clínicos das mesmas.

A abrangência da investigação, que constitui uma verdadeira "radiografia" completa do país em relação ao tema abordado, só foi possível graças à melhoria dos registos clínicos observada nos últimos anos nos CSP e o respectivo tratamento nos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Com base nos dados disponíveis nos registos das unidades de saúde foi possível analisar o número de hipertensos em cada grupo etário, tendo verificado variações muito significativas entre grupos, com a população com menos de 35 anos de idade a registar uma prevalência de apenas cerca de 1%, no caso dos homens e de 1,9%, no caso das mulheres. Valores que revelam a baixa frequência nas consultas da população mais jovem. Já no grupo etário entre os 35 e os 64 anos, a prevalência foi de 24,6% no sexo masculino e de 27,7% no feminino.

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:

Os desafios da multidisciplinaridade

OPINIÃO

BELMIRO ROCHA

PRESIDENTE DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A realidade confronta-nos com um número manifestamente insuficiente de respostas em saúde e este facto assume maior relevância se tivermos presente todas as questões (não) associadas à articulação e/ou continuidade dos cuidados

A transição demográfica que continua a ocorrer por todo o mundo ocidental tem implícita a sobrevivência das pessoas com idade avançada por muitos anos, expondo-as de um modo acrescido a situações de perda de funcionalidade ou a níveis de dependência elevada. Por outro lado, com o avanço da tecnologia e do conhecimento na área da saúde, cada vez mais pessoas sobrevivem a lesões potencialmente fatais e as pessoas com doenças crónicas e degenerativas vivem mais anos, com graus de dependências elevados (OE, 2011), que as fazem necessitar de cuidados de saúde entre eles a cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER).

O aumento da prevalência da doença crónica é, em paralelo com outros fatores económicos, os que apresentam maior severidade e probabilidade de limitar o desenvolvimento global. "*A Enfermagem, (…) tem a responsabilidade de contribuir para o contrariar dessa probabilidade, quer através de estratégias de educação para a saúde dos cidadãos, educação terapêutica dos doentes e em especial, de reabilitação e integração social das pessoas*." "*O grande desafio para o Enfermeiro (…) está na sua capacidade para gerir os cuidados de enfermagem a prestar á sua população alvo. Assim tornar-se-á fundamental uma pluridisciplinariedade de conhecimentos, desde os fenómenos sociais inerentes ao tipo de patologia, conhecimentos ao nível da prevenção, diagnóstico e encaminhamento, (…), enfermagem geral e de reabilitação específica deste tipo de utentes até a articulação com os cuidados de saúde primários" P*adilha (2001:15)

O objetivo fundamental da reabilitação é ajudar a pessoa a atingir a melhor qualidade de vida, através de uma maior funcionalidade e independência física, emocional e social. Assim, o EEER insere-se no contexto de uma atuação multidisciplinar e de complementaridade onde se reconhecem as competências e a autonomia de cada um dos intervenientes e onde cada elemento da equipa de saúde integra um processo dinâmico e participativo, no qual a pessoa, família e outros significativos são também elementos ativos, reconhecendo-se a importância do seu papel no processo de reabilitação (Hesbeen, 2002).

O alvo de intervenção do EEER é a pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida e com respostas humanas desadequadas aos níveis motor, sensorial, respiratório, de eliminação, sexualidade e alimentação, em processos de saúde/doença que sejam causadores de deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária.

Os cuidados que presta são direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, o tratamento, a readaptação funcional e reinserção social, numa perspetiva de maximização do seu potencial e minimização das sequelas.

Os CEEER podem ser prestados em diferentes contextos da prática clínica como, entre outros, unidades de internamento de agudos, de reabilitação, de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade, ao longo do ciclo de vida. Em qualquer destes contextos a excelência da enfermagem da Reabilitação traz ganhos em saúde expressos na prevenção das incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa para uma maior autonomia. (OE, 2011)

A realidade confronta-nos com um número manifestamente insuficiente de respostas em saúde e este facto assume maior relevância se tivermos presente todas as questões (não) associadas à articulação e/ou continuidade dos cuidados. É neste cenário de adversidade que cada vez mais se configura o EEER como um recurso fundamental com intervenção nos processos de transição que se desejam integradores e potenciadores da eficácia de todas as fases da intervenção.

Importa "*preservar a complexidade paradigmática da área, uma complexidade demonstrativa de seu avanço em termos epistemológicos, e da enorme riqueza discursiva e prática de que é portadora (…) Reduzir essa complexidade a um paradigma monodisciplinar ou a uma forma monolítica de expressão da produção (artigos, por exemplo) é negar a complexidade e decretar, a médio e longo prazo, o empobrecimento*" (Madel, 2009:310) das potencialidades da ação do EEER.

Nota: texto redigido de acordo com as normas do mais recente acordo ortográfico. Bibliografia disponível em www.jornalenfermeiro.pt

A Enfermagem de Saúde Familiar em Portugal

OPINIÃO

PEDRO MELO

PROFESSOR E INVESTIGADOR NA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA- ICS (PORTO)

A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem tem o seu enquadramento internacional no Programa Operacional Saúde XXI, enquanto quadro concetual das políticas de saúde para todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS). Novos desafios são colocados aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários (CSP), pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde familiar e coletiva e pelo seu papel de gestor e organizador de recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo.

A segunda Conferência Ministerial da Enfermagem da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique, em junho de 2000, reforçou o contributo dos enfermeiros na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar.

Neste trajeto, a Enfermagem de Saúde Familiar, fundamentada no conceito da OMS, emergiu como campo de atuação autónomo e diferenciado da enfermagem comunitária, mas mantendo o enquadramento em CSP, pela natureza dos mesmos e transversalidade da família enquanto alvo de cuidados.

No processo de criação da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar foi definido o perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, publicado em Diário da República em Regulamento n.º 126/2011, de 18 de Fevereiro. O Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, detentor de conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem – Enfermagem de Saúde Familiar, demonstrará níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos nas seguintes competências especializadas:

- Cuida da família como unidade de cuidados;
- Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família.

Desta forma a família, enquanto unidade sistémica, assume-se como alvo e contexto de intervenção, promovendo o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento. Prestando cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, ao considerar a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.

O Programa Formativo da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar foi discutido e aprovado em Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (CEEC) da Ordem dos Enfermeiros (OE), de 16 de Julho de 2011, onde também foram aprovados os padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, aprovados igualmente em Assembleia-geral Extraordinária da OE de 22 de Outubro de 2011.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar são norteadores da prática especializada, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. No âmbito regulamentar dos padrões de qualidade especializados, aos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, é-lhes atribuída, entre outras missões, o reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde; ser parceiro na gestão, promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família; ser o elo de ligação entre a família, outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde e, ainda, ser mediador na definição das politicas de saúde dirigidas à família, enquanto sistema social. Assume-se como importante recurso para os cuidados de proximidade disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, realizando a avaliação familiar e implementando intervenções promotoras de mudanças no funcionamento da família, enquanto unidade sistémica. Neste âmbito e numa abordagem sistémica e colaborativa sustentada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - MDAIF, desenvolvido pela Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo (2012), o enfermeiro incentiva os membros da família a promover ativamente o seu funcionamento efetivo em todas as áreas relevantes na promoção e manutenção da saúde familiar.

Sob proposta da MCEEC, o Conselho Diretivo deliberou, em reunião de 07 de Dezembro de 2011, adotar o MDAIF, como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar. Este modelo tem os seus pressupostos e princípios de intervenção enquadrados no contexto dos CSP. Define os conceitos de Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família. A sua estrutura operativa, integrando as definições teóricas e operacionais sustentadas pelos pressupostos e postulados, permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar.

A avaliação familiar é centrada em áreas de atenção agregadas em três dimensões: estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico), de desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental) e funcional (papel de prestador de cuidados e processo familiar). Integra, também, diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, sustentados pelas definições do MDAIF, perspetivando a maximização do potencial de saúde das famílias, através da promoção de elevados níveis de ganhos em saúde, decorrentes dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Emerge, neste contexto, a clara necessidade em afirmar a acessibilidade das famílias a cuidados de enfermagem especializados em saúde familiar. A adoção do catálogo de operacionalização de competências e respetivo programa formativo, os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar e a adoção do MDAIF como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar, permitem afirmar que Portugal se situa na vanguarda dos cuidados de enfermagem, no que diz respeito, em particular, à implementação da enfermagem de saúde familiar, garantindo-se o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital.

Nota: texto redigido de acordo com as normas do mais recente acordo ortográfico.

Os medidores de glicemia que se adaptam à diabetes!

CUMPREM OS CRITÉRIOS DA NORMA ISO 15197:2013

GLUCOCARD™ MX
BLOOD GLUCOSE METER

Máximo Controlo da Diabetes
Para pessoas que apreciam simplicidade e toda a informação sempre à mão

GlucoMen® READY all-in-one

Único Sistema Integrado para o Controlo da Diabetes
Para pessoas insulinotratadas ativas e sempre em movimento

GlucoMen® LX PLUS+

Duplo Controlo da Diabetes
Para pessoas que precisam de fazer testes de glicemia + cetonemia

Porque somos todos diferentes!

1 ISO 15197:2013 In vitro diagnostic test systems - Requirements for blood-glucose monitoring systems for self-testing in managing diabetes mellitus (Par 6.3 "System accuracy"), Tal como avaliado em C. Scuffi, MSc; F. Berti, PhD Scientific & Technology Affairs BU Check Up Corporate A Menarini Diagnostics e G. Fuzzi, C. Bertani, S. Vivenzi, C. Greco, C. Scuffi, F. Berti, F. Lucarelli, F. Valgimigli. Compliance to ISO/DIS 15197 accuracy requirements of three

* 1ª Edição abril 2015. Dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro*. Para mais informações consulte o respectivo manual de instruções.

A.MENARINI diagnostics

mendiag.pt | menarinidiag.pt
facebook.com/diabetessobcontrolo
Linha de Apoio ao Utilizador 800 200 468

Diabetes sob controlo
Menarini Diagnósticos