

Enfermeiro

ANUÁRIO 2022

Anual • Ano 6 • N.º 6 • maio de 2022

Rumos para
a valorização
da carreira
em Enfermagem



JUNTOS POR UMA VIDA MELHOR

TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO
VENTILOTERAPIA
OXIGENOTERAPIA



Bepanthen Baby®

Pomada para a Muda da Fralda



Camada protetora
Transparente e respirável,
protege a pele de substâncias
irritantes sem a danificar

Contém emolientes
Que evitam a desidratação

**Clinicamente
testado**
Incluindo em bebês
prematureos



Provitamina B5
Favorece a natural
regeneração da pele

Fácil de remover
Não é necessário
friccionar

**Adequado
para uso diário**
Como proteção



**Especialmente desenvolvido
para a proteção e regeneração diária da
pele do rabinho do bebê, ajudando a
prevenir a assadura da fralda.**

Composição
50mg/g de Dexpanthenol (ou provitamina B5) e lanolina.

Posologia
Aplicar a cada muda da fralda.

REGENERAÇÃO



**É a chave na produção de energia necessária para
manter e reparar as nossas estruturas cutâneas.**

- **Dexpanthenol** penetra na pele e transforma-se em **vitamina B5** (ácido pantoténico).
- **Ácido pantoténico** é precursor da coenzima que é fundamental para o **metabolismo celular**.

PROTEÇÃO



**Bepanthen Baby® protege a pele do bebê
formando uma barreira lipídica protetora.**

- Contém **lanolina**, emoliente fisiológico, inclui muitos dos grupos de lípidos presentes no estrato córneo humano.
- Promove a **formação de uma barreira transparente e respirável** que promove níveis óptimos de hidratação cutânea.



Edifício Lisboa Oriente
Av. Infante D. Henrique, 333 H | 37
1800-282 Lisboa
T. 218 504 060 | F. 210 435 935

DIRETORA-GERAL
Sandra Silva
T. 967 088 124
sandraasilva@newsengage.pt

COORDENADORA
DE PUBLICIDADE
Sónia Coutinho
T. 961 504 580
soniacoutinho@newsengage.pt

DESIGN
Conceição Matos
saomatos@newsengage.pt

IMPRESSÃO
RPO
Produção Gráfica, LDA.

4

Associação Portuguesa
de Enfermeiros

7

Sindicato dos
Enfermeiros

10

Bastonária da Ordem
dos Enfermeiros

12

Associação Portuguesa
de Enfermeiros
de Cuidados de
Saúde Primários

14

Prevalência de ansiedade
em enfermeiros
em tempos de COVID-19

16

Consulta de enfermagem
em saúde mental
e psiquiátrica

19

Sociedade Portuguesa
de Enfermagem de
Saúde Mental

22

Consulta do Sono

26

Ventilação não invasiva

27

Reabilitação respiratória

31

Acompanhamento
ao doente
com psoríase

34

Feridas superficiais

35

Associação Portuguesa
de Enfermeiros
em Dermatologia

38

Transmissão
de más notícias

40

Intervenções
(pali)ATIVAS

41

Gestão da doença
da pessoa idosa
com diabetes
e comorbilidades
associadas

43

A saúde infantil e
avaliação nutricional

46

A perspetiva da
enfermagem em
Nutrição Clínica

48

Tratamento
do mieloma
múltiplo e apoio
ao cuidador

49

Associação
de Enfermagem
Oncológica Portuguesa

53

Boas Práticas
para enfermeiros
que trabalham
em Radioncologia

54

A intervenção
da enfermagem
na prevenção
do cancro cutâneo

56

Associação
de Diretores
de Enfermagem

58

O papel do enfermeiro
na abordagem
à esclerose múltipla

Falta uma carreira aliciante

Uma carreira aliciante, que seja motivadora, que propicie estabilidade e ofereça uma tabela salarial adequada às responsabilidades. É esta a principal reivindicação da Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), sintetizada, em entrevista, pelo seu presidente, João Fernandes.

Anuário dos Enfermeiros (AE) | Qual a missão essencial da Associação Portuguesa de Enfermeiros?

— **João Fernandes (JF)** | Tal com o definido no estatuto, a missão da associação é contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem aos três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária a todas as pessoas, defendendo os valores sociais, culturais, éticos, técnicos e humanos da profissão de enfermagem, bem como promover a reflexão e o desenvolvimento profissional e científico dos seus associados.

AE | Quais são as principais preocupações/reivindicações da associação?

— **JF** | Não descurando aquilo que são as reivindicações do grupo profissional dos enfermeiros, a APE, de acordo com a sua missão, incide essencialmente a sua ação no desenvolvimento de atividades de âmbito cultural e científico, que visem dar resposta a interesses e necessidades dos seus associados. Enquanto organização profissional, preocupa-nos a falta de uma carreira aliciante, que seja sentida como motivadora por parte dos enfermeiros.

AE | Que papel tem desenvolvido ao nível da promoção da profissão e como interlocutor das estruturas gestoras da saúde e dos decisores públicos?

— **JF** | Ao longo dos seus cinquenta e quatro anos de existência, a APE tem desenvolvido encontros de carácter científico (conferências, jornadas, congressos, encontros), bem como cursos de curta, média e longa duração; da sua atividade editorial consta a publicação de cinco

livros de autoria de enfermeiros, bem como a revista científica “Enfermagem”, esta última em fase de reestruturação. Tem também desenvolvido atividades de âmbito cultural, como conferências, visitas guiadas, entre outras. Por um lado, contribuir para o desenvolvimento profissional e científico dos enfermeiros, por outro contribuir para a divulgação da profissão de enfermagem.

A APE não deixa de emitir as suas opiniões junto das diversas estruturas gestoras da saúde e decisores políticos, tendo participado em audições promovidas por grupos parlamentares e grupos de trabalho da Assembleia da República.

AE | Neste contexto, a reestruturação da carreira é decisiva. Quais são as propostas da associação nesse sentido?

— **JF** | A carreira de enfermagem foi alvo de discussão alargada e sofreu algumas das alterações que foram reivindicadas. Interessa,

João Fernandes
Presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros



Enquanto organização profissional, preocupa-nos a falta de uma carreira aliciante, que seja sentida como motivadora por parte dos enfermeiros

sobretudo, que ela seja aplicada e que os enfermeiros sintam que têm estabilidade e possibilidade de progressão e de atualização.

AE | O que considera prioritário e porquê?

– **JF** | Essencialmente, o que parece prioritário é fazer com que as dotações das unidades prestadoras de cuidados sejam as adequadas – em número de enfermeiros e em número de enfermeiros especialistas, que exerçam as suas funções nos vários contextos de saúde. A insuficiência de horas de cuidados de enfermagem disponíveis face ao número de horas de cuidados necessários é um problema crónico e que perdura há muitos anos. A resolução deste problema é essencial para assegurar a segurança e a qualidade nos cuidados que todos os dias, a todas as horas, a todos os segundos os enfermeiros prestam.

AE | E a nível da articulação com as direções clínicas, há oportunidades de melhoria?

– **JF** | Há sempre oportunidades de melhoria, mal seria se não o reconhecêssemos. As direções clínicas e as direções de enfermagem são constituídas por pessoas, cada pessoa olha para o seu papel e interpreta-o de uma determinada forma; importante é que cada um dos intervenientes tenha essa noção e dê o seu melhor no sentido de se conseguirem assegurar os melhores cuidados de saúde aos cidadãos. A gestão é proficiente quando partilhada, discutida e aplicada às várias categorias profissionais. Neste mundo, altamente competitivo, as condutas de liderança terão de motivar os profissionais de saúde para se adaptarem a novas mudanças e à inovação contínua; terão de

motivar os profissionais para se recriarem no sentido da aprendizagem contínua e do desenvolvimento/certificação de mais e melhores competências – o *empowerment* que determinará a melhoria contínua e a segurança dos cuidados a cumprir.

AE | O papel da enfermagem é suficientemente reconhecido no contexto das equipas multidisciplinares?

– **JF** | O papel da enfermagem é suficientemente reconhecido no contexto das equipas multidisciplinares sempre que os enfermeiros, através da sua postura, assumam o seu papel, sejam afirmativos, assertivos e demonstrem

competência nas suas intervenções, acrescentando valor em saúde. Não podemos esperar que os outros nos reconheçam só porque sim, é preciso que façamos por isso.

AE | A atualização é uma preocupação/necessidade em todas as profissões. Como olha para a formação pós-graduada em Enfermagem? Responde às necessidades em saúde?

– **JF** | A atualização na área da saúde é de uma enorme relevância. As pós-graduações vão surgindo em função da identificação de áreas de intervenção e hoje existem muitas e muito diversificadas ofertas.

O que parece prioritário é fazer com que as dotações das unidades prestadoras de cuidados sejam as adequadas – em número de enfermeiros e em número de enfermeiros especialistas, que exerçam as suas funções nos vários contextos de saúde



Reconhecimento não chega, é preciso mudança

Esta entrevista acontece num ano ainda marcado pela pandemia. Convidado a olhar para o desempenho dos enfermeiros neste contexto e a comentar se esse papel tem merecido o devido reconhecimento, o presidente da APE começa por afirmar: “Efetivamente, fomos confrontados com o aparecimento de uma pandemia que alterou por completo a nossa forma de nos relacionarmos uns com os outros e desencadeou uma série de adaptações dos profissionais e das estruturas de saúde.” E acrescenta: “Como sempre, os enfermeiros souberam responder adequada e proativamente e, também como sempre, tiveram um papel fulcral em todos os contextos em que intervieram, independentemente das condições em que tiveram de o fazer.”

“Aparentemente, quase toda a gente reconheceu o papel dos enfermeiros e de outros profissionais neste contexto pandémico, e receber esse reconhecimento também nos sabe bem e constitui um reforço positivo”, comenta, salientando embora que “as questões de base continuam por resolver”. E justifica: “As mudanças que têm vindo a acontecer terão de se integrar na visão política e estratégica, que possam valorizar e diferenciar – cada vez mais – os cuidados de saúde a cumprir, bem como a uma maior resiliência no caminho da inovação dos sistemas de saúde.”

AE | E a formação graduada propriamente dita? Acompanha as múltiplas facetas em que a profissão se exerce?

– JF | Ao longo dos tempos, os planos de estudos de enfermagem têm sofrido alterações que têm sempre em vista uma adequação ao contexto atual.

AE | Qual a articulação da APE com a Ordem dos Enfermeiros?

– JF | A APE assume a sua missão, valores e visão e responderá sempre prontamente às necessidades



da profissão, assumindo o seu rigor na articulação com as outras organizações profissionais.

AE | Diria que a carreira de enfermagem é atrativa?

– JF | Espero que caminhemos nesse sentido. Há que refletir sobre a carreira que existe e analisar se é esta a carreira que os enfermeiros gostariam de ter à sua disposição e, sobretudo, se a tabela salarial dos enfermeiros, nos seus diversos níveis de diferenciação, é adequada à responsabilidade e importância dos cuidados que prestam.

À semelhança das outras profissões de saúde, os enfermeiros têm uma formação de nível superior e devem ser remunerados de acordo com as suas habilitações – devidamente enquadrados no regime salarial dos técnicos superiores.

AE | Como reter os profissionais em Portugal?

– JF | Hoje vivemos numa “aldeia global”, a circulação das pessoas é muito fácil e a introdução de programas como o Erasmus veio facilitar esta mobilidade. Outros países oferecem melhores condições de trabalho – salariais, apoios para formação, etc... Face à insegurança e à dificuldade de progressão, os jovens enfermeiros acabam por ser aliciados e acabam por emigrar.

A retenção de profissionais de enfermagem em Portugal implica um efetivo reconhecimento da importância que os enfermeiros assumem na promoção da saúde, na prevenção da doença e na sua recuperação. Este efetivo reconhecimento tem de passar para lá das palavras de circunstância e das “palmas à janela”. É urgente um reconhecimento que dignifique o papel dos enfermeiros e se traduza numa carreira que consubstancie estabilidade, possibilidade de progressão, de diferenciação e de salário adequado.

É urgente um reconhecimento que dignifique o papel dos enfermeiros e se traduza numa carreira que consubstancie estabilidade, possibilidade de progressão, de diferenciação e de salário adequado

Confiança dos enfermeiros pode ser recuperada se as reivindicações forem atendidas

Pedro Costa, presidente do Sindicato dos Enfermeiros (SE), reflete sobre as reivindicações feitas, na esperança de que os enfermeiros tenham as condições necessárias para manter os seus cargos, evitando mais aposentadorias. Nesse sentido, o SE preparou planos de ação e afirma que “o ponto essencial é a valorização da carreira de Enfermagem.”

Anuário do Enfermeiro (AE) | Como estão a ser atendidas, até à data, as reivindicações e denúncias feitas pelo sindicato às entidades responsáveis, relativamente às horas extraordinárias, que se intensificaram por motivo da pandemia?

— Pedro Costa (PC) | As administrações hospitalares estão sensíveis às reivindicações. Têm noção que os enfermeiros são uma peça essencial no combate à pandemia de COVID-19 e na campanha de vacinação, bem como no assegurar da manutenção dos cuidados de saúde durante os últimos dois anos e na retoma do normal funcionamento do SNS. Com muitos sacrifícios pessoais e profissionais.

O problema é não termos ainda aprovado o Orçamento de Estado para 2022 e, por esse motivo, as administrações hospitalares estão reféns de uma gestão em duodécimos, que não lhes permite aumentar o volume de despesa por comparação com 2021. Esse tem sido, agora, o argumento utilizado por diversas administrações para justificar o não pagamento das horas extraordinárias feitas pelos enfermeiros.

AE | A regularização do trabalho extraordinário é uma das vossas iniciativas que visa combater esta situação. Em que moldes estão a ser negociados?

— PC | O Sindicato dos Enfermeiros tem defendido que a regularização do trabalho extraordinário pode ser feita de duas formas. A primeira, é o pagamento integral de todo o trabalho extraordinário, para além das horas contratuali-

Pedro Costa

Presidente do Sindicato dos Enfermeiros



zadas. O segundo, mais complexo porque a escassez de recursos humanos dificulta a sua implementação, passa por permitir que os enfermeiros gozem como período de descanso todas estas horas feitas acima do estipulado no seu contrato, em momentos que sejam da vontade do trabalhador e não apenas quando dá jeito à unidade de saúde, mas tal como decorre da lei, deve ser sempre o enfermeiro a ter o direito de opção de escolha.

AE | A falta de profissionais de saúde a exercer tem sido justificada pela falta de condições. Como se recupera a confiança dos enfermeiros que emigraram, ou decidiram abandonar a profissão?

– PC | Não se afigura fácil convencer os jovens enfermeiros e os mais experientes que emigraram a regressar ao nosso País. A maioria saiu por falta de oportunidades, por falta de perspetivas de evolução na carreira, por ausência de respostas aos principais problemas da Enfermagem em Portugal. A confiança recupera-se resolvendo todas estas questões, valorizando a carreira, adotando medidas que evitem a estagnação profissional e que se acabem com as diferenças contratuais entre CIT e CTFP.

AE | Os enfermeiros portugueses estão a emigrar, no entanto, há profissionais e, estudantes de enfermagem, oriundos de outras nacionalidades que estão a chegar a Portugal. Qual a opinião do sindicato sobre a sua integração? E, quais os desafios que esta pode apresentar?

– PC | É natural que os estudantes de enfermagem oriundos de outros países procurem Portugal para fazer a sua formação. Temos uma formação de excelência no nosso país, reconhecida internacionalmente por todos e, por isso, é natural que a escolha recaia sobre o nosso país. Nós defendemos a integração de todos aqueles que escolhem o nosso país, seja para trabalhar, seja para estudar, desde que cumpram os requisitos de acesso à profissão. Nada disso está em causa. O ponto essencial é a valorização da carreira de Enfermagem.

AE | A contratação de enfermeiros especialistas também tem sido outra exigência do sindicato. Quais são as dificuldades apontadas para esta situação? E, qual o ponto de vista do sindicato quando ao atual processo de progressão na carreira?

– PC | As principais dificuldades têm sido a



falta de vontade da tutela de resolver um problema antigo. Temos mais de cinco mil enfermeiros, de acordo com dados da Ordem dos Enfermeiros, que estão em condições de aceder à categoria de Enfermeiro Especialista e continuam a aguardar o lançamento de concursos. Depois, quando é dado algum

passo no sentido de resolver esse problema, deparamo-nos com concursos altamente burocráticos ou, pior ainda, com um número de vagas bastante inferior ao número de enfermeiros que em cada unidade hospitalar estão em condições de integrar a categoria de Enfermeiro Especialista.

Ministério da Saúde compromete-se a aplicar algumas medidas até final do ano, qualquer que seja o vínculo dos profissionais ao Serviço Nacional de Saúde

O Sindicato dos Enfermeiros (SE) pretende que o Ministério da Saúde estabeleça metas para a concretização das medidas que estão a ser acordadas durante o processo negocial que está a ser realizado entre tutela e estruturas sindicais. Segundo o presidente do Sindicato dos Enfermeiros – SE, Pedro Costa, “a Secretária de Estado da Saúde, Maria de Fátima Fonseca, garantiu que algumas das medidas vão começar a ser aplicadas já este ano”.

Na reunião entre as entidades decorrida a 25 de maio deste ano, ficou acordado entre o Sindicato dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde que “o Protocolo Negocial vai ter uma duração de 120 dias, findos os quais, não havendo acordo, pode ser fixado, por concordância entre as partes, um novo prazo de negociações”.

“Outra das garantias que nos foi dada é que as medidas acertadas com os sindicatos são para aplicar a todos os enfermeiros, quer tenham um vínculo de Contrato Individual de Trabalho ou um Contrato de Trabalho em Funções Públicas”, frisa o presidente do SE, que acrescenta que “essa é uma medida que faz todo o sentido, pois há muito que nos batemos pela eliminação das diferenças de benefícios entre as duas modalidades de vinculação”.

Pedro Costa pretende igualmente que o Governo defina como vai aplicar o aumento de 700 milhões de euros no Orçamento de Estado para a Saúde. Se for para reforçar o quadro de pessoal, sustenta Pedro Costa, “esse acréscimo de investimento é bem visto pelo SE”. “Nos últimos dois anos foram contratados a título transitório inúmeros enfermeiros para assegurar o aumento da procura por casos COVID-19”, sustenta.

Mas a verdade é que, acrescenta, “todas as administrações hospitalares admitem que estes recursos humanos temporários são efetivamente necessários para assegurar a atividade assistencial regular dos hospitais”. Por isso, o SE defende que parte da verba do Orçamento de Estado para a Saúde “seja canalizada para regularizar estes contratos precários, integrando-os nos quadros dos hospitais, bem como para contratar mais enfermeiros para fazer face à necessidade de recuperar a atividade assistencial que quase paralisou nos últimos dois anos”.

“Não podemos continuar a exigir mais e mais aos enfermeiros, que já estão sobrecarregados com trabalho no seu dia a dia, contribuindo para um desgaste acrescido, com repercussão no aumento de eventos adversos com prejuízo sério para os doentes, tal como o aumento da mortalidade materna para níveis de 1982 é apenas um exemplo”.

Para o presidente do SE o caminho é só um: negociação e resolução dos problemas que afetam a Enfermagem em Portugal. “Só assim teremos profissionais mais motivados para o trabalho e capacitados para continuar a dar o melhor de si a cada dia”, conclui.



AE | Os enfermeiros têm hoje de ponderar uma continuidade no serviço público de saúde, ou uma transição para o setor privado. Qual é a realidade no setor privado?

PC | A falta de enfermeiros é transversal a todo o sistema de saúde português. Seja ele público, privado ou social. Não porque não existam enfermeiros em número suficiente no nosso País. Todos os anos, em Portugal, formam-se cerca de 3.000 enfermeiros, o número necessário para o sistema de saúde. Contudo, há um problema grave de contratação. E isso não é de agora. No setor Privado o incentivo ao nível das retribuições é melhor, o que está a provocar uma saída dos profissionais mais experientes do setor público, originando um desequilíbrio nas equipas. Temos ainda o setor Social que poderá passar por graves dificuldades de contratação, pois aqui aos salários são mais baixos inexplicavelmente.

AE | Atualmente quantos enfermeiros estão inscritos no sindicato? Verificou-se alteração nesses números durante a pandemia até à data? Quais tem sido as principais motivações para a sindicalização?

PC | Atualmente, o Sindicato tem tido um aumento de número de sócios, claro que a sindicalização de todos os enfermeiros daria uma força significativa ao poder negocial. As pessoas procuram-nos, em muitos casos, para tentarem ter apoio na resolução de problemas relacionados com a contagem do tempo de serviço, de progressão na carreira ou para apoio à resolução de conflitos laborais.

AE | O sindicato está representado com 14 delegações regionais. O que nos pode dizer sobre as diferenças destas regiões e, quais as principais assimetrias?

PC | Os problemas da enfermagem em Portugal são transversais a todo o País, do Norte ao Sul, Continente e Ilhas. Por isso, dizemos que existe uma oportunidade única, com um Governo que não está dependente de acordos parlamentares, para resolver os principais problemas da Enfermagem.

AE | Pode explicar-me quais os principais benefícios da sindicalização? E, quais as condições para um enfermeiro se sindicalizar?

PC | A filiação no Sindicato dos Enfermeiros – SE confere aos associados inúmeras vantagens. Desde logo a nível fiscal, pois as quotas pagas permitem uma dedução de 1,5 vezes em sede de IRS. Ou seja, por exemplo, ao pagar 100 euros de quota ao longo do ano, os enfermeiros sindicalizados beneficiam de uma dedução de 150 euros na declaração anual de IRS.

Têm ainda acesso a apoio jurídico gratuito, são incluídos nos Acordos de Empresa e nos Acordos Coletivos de Trabalho celebrados pelo SE, além de contarem com uma organização sindical que protege e luta pelos seus direitos.

Sendo o Sindicato dos Enfermeiros um Centro de Formação certificado, os nossos enfermeiros podem ainda beneficiar do acesso a formações específicas certificadas ou mesmo, caso assim o pretendam e sejam portadores do CCP (Certificado de Competências Pedagógicas), podem também ministrar formações nas nossas instalações.

Por fim, podem ainda beneficiar da vasta rede de protocolos celebrados pelo Sindicato dos Enfermeiros e que podem ser consultados, a qualquer momento, na página do SE, em www.sindicatodosenfermeiros.pt, bem como nas redes sociais do sindicato, nomeadamente o Facebook e Instagram.

AE | Quais são as principais iniciativas com que pretendem avançar até ao final deste ano? E, quais as maiores conquistas até agora?

PC | Estamos a trabalhar em dois planos diferentes. Internamente, estamos a reforçar a nossa comunicação com os sócios, a procurar dina-

mizar mais a atividade interna do Sindicato dos Enfermeiros, incluindo na própria sede do Sindicato. Pretendemos ainda organizar um conjunto de eventos que permitam aos nossos sócios terem acesso a um conjunto significativo de protocolos e eventos. Vamos lançar, por exemplo, um concurso de fotografia para os enfermeiros, que poderá ser visitado na sede do sindicato. E estamos a alargar a nossa rede de protocolos com inúmeras instituições públicas e privadas.

Paralelamente, continuamos na mesa de negociações com o Ministério da Saúde, com vista à resolução de um conjunto significativo de problemas que são sobejamente conhecidos de todos, a começar pela ministra da Saúde. Entre as principais reivindicações estão problemas na avaliação de desempenho como a não contagem de todo o tempo de serviço, a todos os enfermeiros, para efeitos de progressão na carreira. Há ainda o problema da existência de dois regimes jurídicos de contratação (Contrato de Trabalho em Funções Públicas e Contrato Individual de Trabalho) no SNS, com direitos e benefícios diferentes e que geram desigualdades entre a classe.

É fundamental rever a tabela salarial e remuneratória, que está completamente desajustada da realidade, das responsabilidades que os enfermeiros têm de assumir e das habilitações profissionais e académicas exigidas para o acesso à carreira. Além disso, respeitando todos os prazos de progressão na carreira, seriam necessários 110 anos para um enfermeiro alcançar o topo.

Além disso, o sistema de Avaliação do Desempenho (o Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública) é complexo e repleto de mecanismos de opacidade, que promovem arbitrariedades. Estamos perante um sistema impeditivo do desenvolvimento profissional e salarial, que é de aplicação extremamente complexa e que, na verdade, não tem em conta a natureza e especificidades da profissão. Por fim, é urgente reconhecer o risco e a penosidade inerentes à profissão e que não são compensados, algo que foi agravado pela última revisão de carreira. Há ainda, no dia a dia, uma carência de enfermeiros no SNS, que coloca em causa o cumprimento das dotações seguras e que deveria garantir a admissão de um número de enfermeiros que assegura a assistência clínica e a segurança dos doentes. Num governo de maioria absoluta, os problemas que se colocam na enfermagem só não serão resolvidos se a ministra da Saúde e o restante Executivo não quiserem.



Ana Rita Cavaco
Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

Estamos a lutar contra o tempo

Ninguém retém talentos sem valorizá-los. Há momentos em que já não serve apenas o reconhecimento público, os aplausos emocionados ou as palavras bonitas utilizadas em cerimónias de circunstância. Portugal tem um problema grave ao nível dos recursos humanos da Saúde, do qual os enfermeiros são a face mais visível e dramática.

Vamos a números. Os enfermeiros que trabalham no nosso País são dos mais mal pagos da OCDE, comum salário anual médio de 23 mil euros, pouco mais de metade da média (41 mil euros anuais, sendo que já fomos ultrapassados por realidades como a do México, Turquia, Grécia e Eslovénia. A realidade está clara no último relatório *“Health at a Glance 2021”*, que traça um cenário negro da carreira da Enfermagem em Portugal, cada vez mais na cauda da OCDE.

Não vale a pena transformar a realidade em ficção, nem continuar a fazer de conta de que este problema está a ser resolvido. Sempre que o Governo fala em reforço de pessoal, os números esmagam a propaganda. É que também no rácio de enfermeiros por mil habitantes, Portugal já foi ultrapassado, por exemplo, pela Eslovénia. Temos neste momento 7,1 enfermeiro por cada milhar de habitantes, quando a média da OCDE fixa-se nos 8,8.

A pandemia colocou a nu as fragilidades do nosso sistema e revelou que os últimos seis anos constituíram uma oportunidade perdida para mudar o rumo das coisas. Vamos, outra vez, aos números. Desde 2016, altura em que António Costa chegou ao poder, emigraram 12.272 enfermeiros. Um número que compara com os 9.953 que deixaram o País entre 2011 e 2015. Este Governo conseguiu o feito de ter superado os tempos duros da Troika.

Nunca emigraram tantos enfermeiros. Só em 2019, emigraram 4.506. As razões são claras e conhecidas por todos os responsáveis políticos. Somos dos mais mal pagos da Europa, a carreira tem contornos anedóticos e as condições de trabalho degradam-se de dia para dia. Em contrapartida, aparecem exemplos como os da Noruega e Suíça que conseguiram aumentar, substancialmente, o número de enfermeiros nas últimas décadas, nomeadamente através da adoção, no caso da Noruega, de um plano de cinco anos para melhorar as competências, remuneração e taxa de retenção dos enfermeiros.

Por cá, o melhor que temos conseguido é propor contratos de quatro meses, adiar constantemente o desenho de uma car-

Nunca emigraram tantos enfermeiros. Só em 2019, emigraram 4.506. As razões são claras e conhecidas por todos os responsáveis políticos. Somos dos mais mal pagos da Europa, a carreira tem contornos anedóticos e as condições de trabalho degradam-se de dia para dia. Em contrapartida, aparecem exemplos como os da Noruega e Suíça que conseguiram aumentar substancialmente o número de enfermeiros nas últimas décadas

reira digna e continuar a arranjar dinheiro para salvar empresas falidas, em vez de investirmos nos recursos humanos da Saúde. Falta vontade e visão. O diagnóstico está claro aos olhos de todos.

As instituições públicas de Saúde não conseguem reter profissionais e, ao mesmo tempo, têm um problema acrescido: os recém-formados têm os olhos postos na emigração, ou nas instituições privadas. O que é que um hospital público tem para oferecer a um jovem enfermeiro carregado de sonhos? Cada vez menos. Até porque, assumam-se, os mais velhos e experientes capazes de transmitir saber também têm batido com

a porta. Há cada vez menos gente para ensinar aqueles que chegam. A luta que travamos agora é contra o tempo.

Para quem ainda não percebeu o momento que vivemos, cerca de 1 em cada 10 enfermeiros que trabalha no Serviço Nacional de Saúde, não aceita assumir responsabilidades perante a incapacidade que tem em garantir cuidados de saúde de qualidade e com segurança. Este é um grito de alerta que não pode ser ignorado. Mais de 4.400 enfermeiros já entregaram os respetivos pedidos de escusa de responsabilidade, um número que triplicou desde novembro.

Fica claro que a falta de condições de trabalho e a pouca dignidade

Para quem ainda não percebeu o momento que vivemos, cerca de 1 em cada 10 enfermeiros que trabalha no Serviço Nacional de Saúde não aceita assumir responsabilidades perante a incapacidade que tem em garantir cuidados de saúde de qualidade e com segurança. Este é um grito de alerta que não pode ser ignorado

que o poder político confere aos enfermeiros, está a prejudicar os doentes. É urgente virar a página e avançar, quanto antes, para um pacote de medidas que valorizem os profissionais e que atribuam sentido à sua missão.

Não vale a pena inventar a roda. Basta olhar, por exemplo, para aquilo que os Governos das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores fizeram em plena pandemia. Enquanto por cá o Executivo não fez mais dos que anunciar a conversão do vínculo provisório em definitivo, e apresentar um subsídio COVID que em vez de unir, semeou a discórdia e discriminou muitos enfermeiros, nas nossas ilhas os Governos regionais avançaram na regularização das remunerações e da avaliação que permite a progressão na carreira.

Com maioria absoluta acabaram-se as desculpas. António Costa tem uma oportunidade privilegiada para ficar na história

como o primeiro-ministro que salvou o Serviço Nacional de Saúde. Para isso, tem de abandonar a estratégia do faz de conta: faz de conta que dialoga, faz de conta que negocia e faz de conta que quer reformar.

Há dias, o pneumologista Filipe Froes dizia que a primeira medida do novo Governo deveria ser ouvir as pessoas da Saúde. Confesso que entendo a ideia, mas estou um pouco cansada de ser ouvida sem que isso tenha implicações práticas na vida das pessoas. Na minha opinião, já passámos o tempo do ouvir, agora o momento é de agir. Quem é que não conhece o atual diagnóstico da Saúde em Portugal? Quem é que não sabe em que condições trabalham os enfermeiros? Arrisco dizer que ninguém. Não há uma alma neste País que desconheça o perfil de vida de um enfermeiro que trabalhe em Portugal: mal pago, esgotado e sem perspetivas de futuro. Os dados estão lançados. Só não resolve quem não quiser.





Olga Pousa e Vítor Marques

Presidente e Tesoureiro da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

“Enfermeiros de saúde familiar estão à altura das suas responsabilidades”

Os enfermeiros em saúde familiar têm contribuído para colocar Portugal no topo dos países com mais alta taxa de vacinação. E na campanha de vacinação anti-COVID estiveram “à altura das suas responsabilidades”. São afirmações de Olga Pousa e de Vítor Marques, respetivamente, presidente e tesoureiro da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APECSP). Lamentam, porém, que este reconhecimento não se estenda à tutela, criticando a ausência de condições remunerarias e de trabalho para o exercício da profissão.

Anuário dos Enfermeiros (AE) | O que define a enfermagem em Cuidados de Saúde Primários (CSP)? Qual a sua relevância nas unidades de saúde?

— Olga Sousa e Vítor Marques (OS e VM) |

A enfermagem em CSP define-se pela sua capacidade de intervenção, quer na prevenção da doença, quer na promoção da saúde das famílias em todo o seu ciclo vital. Caracteriza-se, ainda, pela proximidade cada vez maior com o utente, nas unidades de saúde, em projetos na comunidade e no apoio ao domicílio. Com a implementação do enfermeiro de família, o utente passa a ter um enfermeiro de referência que o conhece como um ser único, mas conhece também a família e o meio sociocultural no qual está envolvido. Assim, os enfermeiros são, sem qualquer dúvida, uma peça importante nos CSP e a sua atuação tem-se traduzido em ganhos importantes para a saúde no panorama nacional, ao nível da saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, mas também nas doenças crónicas

A vacinação tem sido, talvez, a atividade em que os enfermeiros dos CSP mais se têm destacado, colocando Portugal no topo, como um dos países com taxas de vacinação mais elevadas

como a diabetes e hipertensão. A vacinação tem sido, talvez, a atividade em que os enfermeiros dos CSP mais se têm destacado, colocando Portugal no topo, como um dos países com taxas de vacinação mais elevadas. Na campanha de vacinação anti-COVID, os enfermeiros dos CSP, mais uma vez, demonstraram estar à altura das suas responsabilidades, quer em termos de organização, quer em termos de resultados, amplamente reconhecidos por todos os portugueses.

AE | As suas competências são (re)conhecidas pelos utentes?

— OS e VM | Sem dúvida, os utentes hoje em dia e cada vez mais têm consciência da importância das intervenções dos enfermeiros nos CSP. Pena é que a mesma consciência não tenha sido acompanhada por parte dos nossos governantes, que teimam em não valorizar esta profissão através de remuneração condizente com as responsabilidades e exigências do exercício da mesma.

AE | E no contexto das próprias unidades de saúde familiar (SF)? Existe articulação com a direção clínica ou há oportunidades de melhoria?

OS e VM | As USF foram criadas tendo como base o trabalho em equipa desenvolvido sempre em prol dos utentes. Assim, o espírito de equipa, um por todos, todos por um, assume-se como fundamental no funcionamento e no relacionamento multiprofissional com o objetivo de atingir metas e ganhos em saúde que de outra forma seriam inatingíveis. Torna-se imprescindível uma atmosfera de bom ambiente relacional.

AE | A dificuldade dos CSP em reter talento tem sido verbalizada muitas vezes pelos médicos de família. A nível de enfermagem, qual é o cenário? Partilha desta visão?

OS e VM | É um facto que, nos últimos anos, os CSP deixaram de ser atrativos para estas duas classes, tão fundamentais para a promoção e prevenção da saúde. Tal acontecimento não se justifica pelo trabalho em si, muito gratificante, mas, na maioria dos casos, pelas insuficientes condições remuneratórias e condições de trabalho, nomeadamente, deficientes instalações, falta de materiais específicos para a prática clínica, falta de recursos humanos, entre outros.

AE | Quais são as principais preocupações/reivindicações da associação?

OS e VM | A principal preocupação, quer da APECSP, quer de todos os enfermeiros dos CSP, é que a situação se venha a degradar a tal ponto que torne muito difícil a recuperação do Serviço Nacional de Saúde. Neste sentido, reivindicamos melhores condições de trabalho, o reconhecimento pelas entidades competentes (governantes) no sentido de valorizarem a carreira de enfermagem e as condições de trabalho, nomeadamente, criando infraestruturas polivalentes que proporcionem o desenvolvimento de um trabalho condizente com o que nos é exigido, e ao mesmo tempo, seja resolvido o problema chocante dos recursos humanos. Sem meios suficientes e adequados não podemos desenvolver trabalho de qualidade e gratificante para todos os utentes.

AE | Que papel tem desenvolvido ao nível da promoção da profissão e como interlocutor das entidades públicas e dos decisores públicos?

OS e VM | A APECSP não é de todo uma arma política, no entanto, sempre que possível, participamos em reuniões promovidas quer pela Ordem, quer pela atividade sindical, assim como nos meios de comunicação social que nos têm solicitado opinião sobre vários assun-

tos na ordem do dia. Esforçamo-nos por fazer chegar junto das entidades as nossas dificuldades mais prementes, bem como enumerar soluções que nos parecem reais e ao alcance das entidades competentes, no sentido de melhorar quer as condições de trabalho, quer o acesso dos utentes aos CSP.

AE | A nível da carreira, o que está por fazer? Quais são as propostas da associação nesse sentido?

OS e VM | Tínhamos uma carreira de progressão justa e incentivadora para todos os enfermeiros até 2010, no entanto, com a apatia dos sindicatos, a mesma foi transformada pelos governantes em algo que não traduz a necessária e justa progressão dos enfermeiros, quer por mérito, quer por anos de serviço. A atual, não depende apenas do desempenho individual de cada um, mas de quotas, o que, por si só, limita a progressão de muitos enfermeiros. Exigimos a rápida abertura de concursos para enfermeiros especialistas e enfermeiros gestores, estes últimos tão necessários na pirâmide hierárquica e na defesa dos interesses da classe, assim como a passagem da remuneração base para os 1500 euros, atualmente nos 1200 euros, incentivo extra à fixação de enfermeiros no interior do país, e reforma pelo menos aos 65 anos, pois reconhecemos ser muito penoso exercer para lá desta idade.

AE | A atualização é uma preocupação/necessidade em todas as profissões. Como olha para a formação pós-graduada em enfermagem? Responde às necessidades em saúde?

OS e VM | Sem dúvida que a formação em enfermagem é fundamental. As escolas de enfermagem tiveram sempre um papel decisivo na formação e tem primado por colocar a Enfermagem nacional no topo mundial. Souberam sempre acompanhar quer a evolução da ciência, quer das sociedades, primando pelo rigor e pela competência técnica na aprendizagem, o que se tem refletido em uma melhor prepa-

ração dos enfermeiros para realização dos cuidados, aumentando muito significativamente a qualidade dos cuidados prestados.

AE | Que iniciativas tem a associação desenvolvido neste sentido?

OS e VM | A APECSP todos os anos organiza um encontro anual, assim como vários workshops temáticos, cujo principal objetivo é o de divulgar boas práticas, projetos de saúde e atualizar conhecimentos, no sentido de proporcionar melhores práticas e melhores cuidados de acordo com as necessidades sentidas pela população em geral.

AE | Diria que a carreira de enfermagem é atrativa? Como reter os profissionais em Portugal?

OS e VM | Não de todo, principalmente porque temos um índice remuneratório inicial muito baixo (1200 euros) e as progressões são também limitadas a quotas, situação esta que não permite que todos atinjam o topo da carreira. Estas duas condicionantes são extremamente limitadoras e inibem os jovens na escolha de uma licenciatura em enfermagem. Se eventualmente optam por se licenciar, é já com o objetivo de emigrar. Não será fácil atrair enfermeiros, quando a enfermagem portuguesa é reconhecida, valorizada e muito requisitada noutros países. Estes oferecem melhores condições de trabalho, melhores vencimentos, chegando a ser, em alguns países, quatro vezes mais, e carreiras de rápida evolução na qual praticamente todos têm possibilidade de chegar ao topo da carreira. Portanto, a única forma de reter os enfermeiros, seria os nossos governantes consciencializarem-se destas condicionantes, valorizar a classe, que tem sistematicamente sido esquecida pelos sucessivos governos, sob pena de, inexoravelmente, contribuir para a degradação dos cuidados de saúde primários e para a inevitável destruição do SNS, na forma de funcionamento que atualmente o conhecemos.

Exigimos a rápida abertura de concursos para enfermeiros especialistas e enfermeiros gestores, estes últimos tão necessários na pirâmide hierárquica e na defesa dos interesses da classe



Marta McGuire¹, Pedro Guiomar², Rute Simões³, Sara Pópulo⁴, Sérgio Gomes⁵

1. Enfermeira no Internamento de Psiquiatria; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; 2. Enfermeiro no Internamento de Psiquiatria; Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; 3. Enfermeira no Internamento de Psiquiatria; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; 4. Enfermeira no Internamento de Psiquiatria; Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; 5. Enfermeiro no Internamento de Psiquiatria; Doutorado em História, especialidade de História Contemporânea; Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Prevalência de ansiedade em enfermeiros em tempos de COVID-19

A atual situação pandémica causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), a que a Organização Mundial de Saúde (OMS) convencionou designar de COVID-19 originou, e continua a originar, muitas alterações no quotidiano das populações. Paralelamente, assistimos a uma constante remodelação dos serviços de saúde a nível mundial com o intuito de dar resposta a este problema de saúde pública, encarado como o mais grave da atualidade.

Do ponto de vista histórico, vivemos atualmente a sexta emergência de saúde pública internacional declarada pela OMS. A primeira vez que tal situação ocorreu foi em 2009, aquando da disseminação do vírus H1N1. Alguns anos depois, em 2014, o mesmo alerta é emitido, primeiro devido ao poliovírus e, ainda no mesmo ano, devido ao surto do vírus ébola na África Ocidental. Mais tarde, em 2016, o zika vírus, no Brasil, despoleta um novo estado de emergência internacional, que viria a ser declarado novamente em

2018, devido a um novo surto de ébola no Congo⁽¹⁾.

Viver um cenário de pandemia influencia de forma direta e negativa a saúde mental da população. Este facto deve-se à desproporcionabilidade que determinadas reações instintivas do ser humano, como o medo, assumem no quotidiano das populações, afetando, conse-

Destaca-se ainda a existência de disparidades na determinação da prevalência da ansiedade atribuídas aos diferentes instrumentos utilizados para o diagnóstico de ansiedade nos diversos estudos analisados

quentemente, a sua saúde mental. O contexto pandémico atual é assim potenciador do surgimento destes problemas. Um estudo realizado na China conclui que quase metade dos entrevistados percecionou o impacto da COVID-19 na sua saúde mental como moderado ou grave, sendo que um terço dos mesmos apresentava sintomas de ansiedade⁽²⁾.

Um outro estudo efetuou uma revisão sistemática da prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade e concluiu que se verifica um aumento substancial na prevalência destes transtornos, que foram associados ao aumento das taxas de infeção pelo vírus SARS-CoV-2 e à diminuição da mobilidade humana. Fatores como o confinamento no domicílio, o fecho de escolas, a diminuição das interações sociais, bem como fatores de carácter económico, que são diretamente influenciados pela evolução da situação pandémica, contribuem também de forma decisiva para o aumento destes problemas⁽³⁾. Sendo este fenómeno transversal a todos os setores da sociedade, a sua prevalência nos profissionais de saúde mostra-se também elevada. Uma revisão sistemática realizada, recentemente, procurou identificar a prevalência de ansiedade de profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19, tendo concluído que a mesma é elevada, alertando deste modo para a necessidade de tomada de medidas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a saúde mental destes profissionais. Destaca-se ainda a existência de disparidades na determinação da prevalência da ansiedade atribuídas aos diferentes instrumentos utilizados para o diagnóstico de ansiedade nos diversos estudos analisados. Refira-se ainda que a prevalência de ansiedade identi-

É imperativa a necessidade de adoção de estratégias que procurem melhorar a qualidade de vida destes profissionais de saúde, dado o elevado valor de prevalência de ansiedade encontrado. Neste sentido, seria importante estudar quais as melhores estratégias de promoção da saúde mental nos enfermeiros

ficada neste estudo é semelhante à encontrada na população em geral⁽⁴⁾.

No que se refere às causas dessa ansiedade, é de salientar que os profissionais de saúde foram obrigados a trabalhar muitas horas em ambientes frequentemente adversos. Paralelamente, muitos foram expostos a situações traumáticas e a dilemas morais, considerando os desafios que se colocaram na qualidade dos cuidados prestados, bem como a falta de experiência na utilização dos equipamentos de proteção individual e a falta de recursos humanos que se fez sentir. Estas circunstâncias aumentam o risco de problemas de saúde mental, tais como stress pós-traumático, depressão, ansiedade e suicídio. Note-se que não são apenas os profissionais que se encontram na linha da frente na luta contra a COVID-19 que são sujeitos a estas pressões, também os restantes profissionais de saúde estão expostos a alterações na sua dinâmica de trabalho quotidiano com implicações da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados⁽⁵⁾.

Os profissionais de saúde diretamente envolvidos no cuidado a doentes com COVID-19 têm risco de desenvolver problemas do âmbito da saúde mental. Para esta circunstância contribuem fatores como a elevada carga de trabalho, a cobertura generalizada dos meios de comunicação, a falta de um tratamento específico para esta patologia, assim como

o receio de não se encontrarem disponíveis os meios de proteção individual adequados⁽⁶⁾.

No que respeita a Portugal, na nossa prática clínica, verificamos uma necessidade emergente de diversos serviços hospitalares serem reorganizados de forma a colmatar as falhas de profissionais de Enfermagem nos diferentes serviços. Deste modo, assistimos a uma sobrecarga horária e, consequentemente, a um desgaste dos enfermeiros. A nossa percepção é corroborada por um estudo realizado em Portugal a um total de 821 enfermeiros, onde se concluiu que 64,9% destes profissionais apresentavam sintomas de depressão, 54,3% sintomas de ansiedade e 36,4% sintomas de stress. Este estudo concluiu também que os enfermeiros não especialistas em saúde mental têm mais sintomas de depressão, ansiedade e stress quando comparados com enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica⁽⁷⁾. Este resultado permite-nos concluir que é imperativa a necessidade de adoção de estratégias que procurem melhorar a qualidade de vida destes profissionais de saúde, dado o elevado valor de prevalência de ansiedade encontrado. Neste sentido, seria importante estudar quais as melhores estratégias de promoção da saúde mental nos enfermeiros considerando que, para poderem cuidar dos utentes, é necessário que cuidemos deles também.

BIBLIOGRAFIA

1. Orsini, M., Nascimento, J., Azizi, M., Reis, C., Nunes, N., Nascimento, J., ... Cardoso, C. (2020). Danos psíquicos durante pandemia por COVID-19 no Brasil. *Enfermagem Brasil* 2020, 19 (3), 196-201. <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v19i3.4256>; 2. Wang, C.; Pan, R.; Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. & Ho, R. (2020, março). Respostas psicológicas imediatas e fatores associados durante o estágio inicial da epidemia da doença coronavírus (COVID-19) de 2019 entre a população geral da China. *Int J Environ Res Saúde Pública*, 17(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729; 3. Santomauro, D., Herrera, A., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D., ... Ferrari, A. (2021, novembro). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398, 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7); 4. Silva, D., Cobucci, R., Soares-Rachetti, V., Lima, S. & Andrade, F. (2021). Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (2), 693-710. doi: 10.1590/1413-81232021262.38732020; 5. Greenberg, N. (2020, junho). Mental health of health-care workers in the COVID-19 era. *Nature Reviews Nephrology*, 16, 425-426. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0314-56>; 6. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J.; Wei, N., ... Hu, S. (2020, março). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3 (3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>; 7. Pinho, L., Sampaio, F., Sequeira, C., Teixeira, L., Fonseca, C. & Lopes, M. (2021, março). Portuguese Nurses' Stress, Anxiety, and Depression Reduction Strategies during the COVID-19 Outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073490>



Da esquerda para a direita

Sandra Fernandes

Enfermeira Especialista Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiátrica

Fernanda Pereira

Enfermeira Gestora Serviço
Psiquiatria A

Lisa Nunes

Enfermeira Especialista Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiátrica

Desafios da implementação da consulta de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica

A NECESSIDADE...

A Consulta de Enfermagem no Serviço de Psiquiatria A, do Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria (CRI Psiquiatria) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) surge, de forma informal, no ano de 2011, da necessidade sentida pela equipa de enfermagem em implementar uma gestão da terapêutica dedicada às pessoas com doença mental grave, que recorriam ao serviço de internamento para a administração periódica de antipsicóticos de ação prolongada.

Apesar da atenção e disponibilidade dos enfermeiros, a monitorização não era sistematizada, o registo era feito numa folha de papel criada pelos enfermeiros para o efeito, e não era prática comum diligenciar o motivo da ausência e/ou encetar contacto para reagendar a sua administração.

Esta atividade adicionada à experiência no serviço de internamento de, como a não adesão à medica-

ção eram a causa da recaída e do reinternamento, fez emergir a necessidade de uma consulta de enfermagem, que teve como primeiros destinatários as pessoas com doença mental grave que recorriam periodicamente ao serviço para a administração desta medicação.

A alocação de um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica dedicado, exclusivamente, a esta atividade marcou a abertura da consulta no espaço na consulta de psiquiatria. O registo das informações passou a ser feito numa base excel criada para esse efeito, e foi instalada uma linha telefónica direta para facilitar a acessibilidade dos utentes ao enfermeiro. Esta modalidade funcionou até 2017.

A necessidade de efetuar uma consulta sistematizada e consistente era evidente, e adicionalmente, também era fundamental tornar visível à atividade autónoma desenvolvida. Por este facto, em 2018, após um longo trabalho de reflexão na construção

do padrão de documentação, com o contributo imprescindível do Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação em Enfermagem do CHUC, a consulta foi oficializada passando a ter espaço no Sistema de Informação. Na sua concessão, estiveram os seguintes objetivos: melhorar a adesão ao regime terapêutico; aumentar os níveis de literacia em saúde mental; melhorar a aceitação estado de doença; experienciar saúde mental de forma mais positiva; experienciar maior satisfação com os cuidados de saúde e partilhar conhecimentos e vivências através das sessões de grupo. O padrão de documentação dava evidência aos focos: adesão ao regime terapêutico; gestão do regime terapêutico, aceitação da doença, papel do prestador de cuidados e ansiedade.

Nesse mesmo ano a consulta de enfermagem, que até à esta data funcionava no pólo HUC (Bloco de Celas), é mobilizada para

o pólo Sobral Cid, integrando a consulta que já aí existia. Com esta mudança, assistiu-se ao incremento de utentes na consulta. A referenciação passou a ser realizada, não só pelo internamento, mas também pela equipa multidisciplinar (médicos psiquiatras e assistentes sociais) e através de pedidos de colaboração dos cuidados de saúde primários.

A CONSOLIDAÇÃO...

O dia 20 de julho de 2020 marca a data em que os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde disponibilizaram ao CHUC um módulo de consultas de Enfermagem, o que possibilitou a proposta e determinação da consulta como Consulta de Enfermagem Independente, valorizando a resposta proporcionada unicamente por enfermeiros. A partir de então foi possível documentar a atividade planeada e realizada, favorecendo a continuidade do processo de cuidados e evidenciando a evolu-



ção da condição do doente.

Embora a gestão do regime terapêutico seja uma das intervenções basilares na atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na Consulta de Enfermagem de Psiquiatria, e, - estando confirmado pela literatura e de modo empírico pela nossa experiência, - se tenha verificado que as intervenções desenvolvidas nesse sentido têm um forte impacto na redução de idas ao serviço de urgência, e dos reinternamentos de doentes com medicação antipsicótica de ação prolongada, a nossa intervenção passou por um processo de consolidação e hoje alcança utentes com outras necessidades.

Admitindo as fragilidades na comunicação entre e com as estruturas da comunidade, a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, assim como o acompanhamento e a disponibilidade de atendimento por parte dos enfermeiros, passou a ser um dos desígnios da atuação. A consulta independente, sustentada na relação terapêutica estabelecida com a pessoa/família, impõe uma intervenção estruturada, baseada numa metodologia científica e em teorias de enfermagem (Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e Teoria das Transições de Afaf Meleis) que inclui a identificação de um problema, a colheita e apreciação de dados, elaboração do diagnóstico de enfermagem, construção e execução do plano de intervenção e avaliação.

O caminho percorrido na organização da consulta tem permitido aperfeiçoar a documentação a tomada de decisão clínica, clarificadora da condição dos utentes e da sua evolução. Simultaneamente, este percurso tem tido impacto na produção de indicadores sensíveis a cuidados

de Enfermagem necessários no âmbito da governação clínica.

Hoje, a consulta de enfermagem, do pólo Sobral Cid, tem como finalidade assegurar cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiátrica à população (utentes e cuidadores) assistida no CRI de Psiquiatria do CHUC. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental que aí exerce a sua atividade é o profissional que, à prática de cuidados gerais, acresce uma prática com maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia norteando a sua atividade pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo com instrumento terapêutico assim como a mobilização de

competências socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Com vista à redução do estigma e à promoção da inclusão social salienta-se a atividade autónoma desenvolvida em colaboração com as

estruturas da comunidade (exemplo: Equipas de Rua, Equipas de Intervenção Direta, Equipas Multidisciplinares de Apoio Técnico aos Tribunais). A adoção de estratégias protetoras para os utentes mais vulneráveis e o desenvolvimento de ações promotoras da inclusão ao nível do acesso à habitação, acesso ao emprego, formação e oportunidade de educação. No âmbito da reabilitação psicossocial é desenvolvida a estreita colaboração com a formação interna ao nível da Unidade de Reabilitação CRI Psiquiatria ou encaminhamento para formação externa.

A INTERVENÇÃO...

Destaca-se a articulação e consultoria com os Cuidados de Saúde Primários, Estruturas Residenciais para Idosos e com as Unidades de Cuidados Continuados através de pedidos de colaboração pontuais ou ações de formação estruturadas realizadas na comunidade.

O caminho percorrido na organização da consulta tem permitido aperfeiçoar a documentação a tomada de decisão clínica, clarificadora da condição dos utentes e da sua evolução

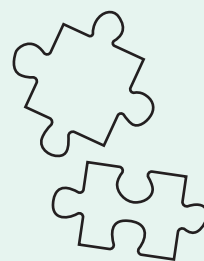
A gestão de situações de crise em consulta presencial, contacto telefónico ou por email, tem grande destaque na atividade desenvolvida. Neste âmbito a preocupação com a segurança do utente pressupõe a monitorização e avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde e intervindo em situações de emergência psiquiátrica. O trabalho desenvolvido é de proximidade e disponibilidade para com os utentes e cuidadores, em interligação com a equipa multidisciplinar.

O “Projeto Terapêutico: Intervir em Continuidade”, iniciado em 2017, que objetiva o encaminhamento do utente após a alta hospitalar com realização de contacto de acompanhamento pós alta até 15 dias, é um dos projetos implementados em articulação com o serviço de internamento. Recorrendo à metodologia de gestão de caso, coordena-se a transição dos utentes entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias. Esta articulação bem-sucedida entre o hospital e a comunidade permite que o utente se mantenha próximo do sistema de saúde e se preserve o elo entre as diversas estruturas que lhe prestam assistência. A formalização da consulta ao nível dos sistemas de informação eletrónicos foi um importante contributo no processo de continuidade cuidados pois permitiu não só sistematizar a informação como partilhá-la com os outros profissionais que contactam com o utente.

Na consulta de enfermagem é também desenvolvido o Programa de Intervenção “Ciclo de Conversas Psicoeducativas para Utentes e Familiares”, projeto de melhoria contínua. No contexto de dinâmica de grupo promove-se o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a doença mental. Esta intervenção visa contribuir para a melhor adequação das respostas do utente e família face à doença (adesão à medicação, auto cuidado, ocupação útil, comunicação) e ao tratamento. Tem como finalidade ajudar o utente a vivenciar positivamente a

transição saúde/doença. Dos dados obtidos destaca-se: a utilidade da informação transmitida para compreensão e gestão da doença e a partilha de experiências com outros utentes e familiares como significativa para todos os participantes.

Os resultados vão ao encontro da literatura que garantem que as atividades que envolvem grupos de utentes e famílias fomentam a relação de confiança com o enfermeiro, importante preditor na adesão ao regime terapêutico.



Na consulta de enfermagem é também desenvolvido o Programa de Intervenção “Ciclo de Conversas Psicoeducativas para Utentes e Familiares”, projeto de melhoria contínua. No contexto de dinâmica de grupo promove-se o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a doença mental. Esta intervenção visa contribuir para a melhor adequação das respostas do utente e família face à doença

A 7 de junho é publicado em Diário da República Eletrónico o despacho que determina a dispensa gratuita de medicamentos antipsicóticos simples. Em outubro de 2021 perante o aumento do número de utentes assistidos na consulta de enfermagem com perturbações psicóticas e com o aumento da incidência dos focos: adesão ao regime terapêutico, gestão ao regime terapêutico e aceitação da doença, emergiu a necessidade de desenvolver intervenções psicoeducativas que permitissem ao utente adquirir conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, para eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da doença. Para responder a esta necessidade está a ser desenvolvido o “Programa de Psicoeducação e Gestão da Doença” para pessoas com diagnóstico de esquizofrenia assistidos na consulta, como complemento ao tratamento farmacológico. Incorpora a realização de sessões psicoeducativas individuais estruturadas dirigidas ao doente e ao familiar, esta é uma forma de intervenção centrada na gestão da doença.

A importância da consulta de enfermagem é reconhecida pelos utilizadores como uma intervenção preponderante no campo da saúde mental e psiquiatria. Não é um simples procedimento técnico, mas um contexto onde se desenvolve uma relação terapêutica com o doente, que se estende à equipa multidisciplinar, à família e à comunidade.

O FUTURO....

A recetividade e o reconhecimento dos utentes, familiares, cuidadores e profissionais têm conduzido ao aumento da procura dos cuidados, e desenvolver um trabalho com as estruturas locais é também um desiderato. Com o aumento das doenças mentais antevemos que a atuação de enfermeiros especializados dedicados a esta consulta traria ganhos substanciais a um maior número de utentes, pelo que gostaríamos de ver um maior investimento nesta área.

**Carlos Sequeira**

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental e professor na Escola Superior de Enfermagem no Porto

Enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica podem ajudar a “um melhor encaminhamento” dos doentes

Com o intuito de destacar a importância dos enfermeiros na área da saúde mental, o enfermeiro Carlos Sequeira, presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental e professor na Escola Superior de Enfermagem no Porto, refere que “os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica podem ser o “Pilar” da saúde mental das pessoas, em virtude da sua preparação técnica e científica, em articulação com todos os outros agentes da saúde”.

Anuário do Enfermeiro (AE) | Em comunicado de imprensa referem que “as práticas de enfermagem na saúde mental têm sofrido mudanças significativas desde a década de 1990, mas as dúvidas continuam a existir na sociedade em geral sobre o seu papel no suporte ao processo terapêutico do doente”. Que alterações significativas recentes gostaria de destacar? E que práticas específicas devem ser da responsabilidade do enfermeiro especializado em saúde mental?

Carlos Sequeira (CS) | As principais alterações recentes vão no sentido positivo da desinstitucionalização das pessoas com doença mental, e da descentralização da tomada de decisão, com a criação das coordenações regionais de Saúde Mental. Apesar da desinstitucionalização ser a pedra basilar do séc. XXI, é necessário que esse processo seja acompanhado com respostas adequadas, para que as pessoas possam ter acesso a ajuda adequada, acompanhamento/

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica podem ser o “Pilar” da saúde mental das pessoas, em virtude da sua preparação técnica e científica

monitorização e recursos comunitários que permitam a sua integração.

Uma outra alteração significativa parece-me ser uma maior sensibilização da sociedade para as questões da saúde mental. A pandemia veio alertar a sociedade para esta área, pois, não há saúde sem saúde mental, e a saúde mental é determinante para as pessoas viverem mais felizes, mais integradas, de forma mais produtiva, com um sentido de “utilidade” e vivendo de forma mais satisfatória.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica podem ser o “Pilar” da saúde mental das pessoas, em virtude da sua preparação técnica e científica, em articulação com todos os outros agentes da saúde. Salienta-se que o conceito de saúde mental é polissémico e envolve vários fatores: a família, o emprego, o local onde se vive e um conjunto de determinantes sociais, pelo que os Enfermeiros Especialistas, ao conhecerem a pessoa, a família e o seu contexto, estão em condições singulares de se constituírem como um elemento de ajuda às pessoas contribuindo para terem mais e melhor saúde mental.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica podem fazer a diferença de diferentes formas: i) Capacitação das pessoas, fornecendo-lhes informação e estratégias sobre “como” melhorar a saúde mental (Promoção); ii) Identificação precoce das

Em termos gerais, a formação está bem, apesar da necessidade de investimento na melhoria da formação ao nível das intervenções psicoterapêuticas

peçoas com problemas de saúde mental (prevenção da doença), implementando estratégias de preventivas e fazendo o encaminhamento adequado; iii) Intervenção ajudando as peçoas com problemas de saúde mental, através de intervenções diferenciadas, integradas e articuladas como são as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais. Exemplos:

i. na gravidez, atuar em parceria com os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ajudando as grávidas a interagirem com o feto, com o meio e consigo próprias, diminuindo a eventual ansiedade associada ao parto, gerindo melhor as emoções, adequando as expetativas;

ii. na infância e adolescência, capacitar os pais com literacia em Saúde Mental para poderem interagir de forma mais satisfatória com os filhos. Capacitar os adolescentes a enfrentar os processos de transição, as adversidades, as expetativas, capacitando-os para a autonomia, resolução de problemas, gestão das emoções, satisfação, ...

iii. nas escolas – capacitar os professores e estudantes em termos de literacia e primeira ajuda em saúde mental, ou seja, fornecer informação adequada sobre a saúde mental e a doença mental; informar sob como identificar as peçoas em risco; orientar sobre como ajudar as peçoas em risco, informar sobre os recursos de encaminhamento adequados.

iv. nos cuidados de saúde primários - atuar em parceria com os enfermeiros de saúde familiar, os enfermeiros de família (USF), de forma a ajudar as peçoas a terem um plano de promoção de saúde mental – é preciso investir

nas peçoas, capacitando-as para uma melhor saúde mental e identificar as peçoas em risco. Desta forma, teríamos uma ajuda às peçoas promotora de resiliência e de uma resposta precoce para problemas de saúde mental, que, por vezes, apenas precisam de uma ajuda pontual, evitando o aparecimento da doença mental. Com uma avaliação precoce em contextos de saúde “geral”, permitiria uma identificação precoce das peçoas que necessitam de ajuda especializada e que seriam encaminhadas para outros agentes.

v. nas empresas - promover a saúde mental dos seus trabalhadores através da implementação de programas de literacia e de saúde mental positiva.

Por isso, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, poderiam contribuir para uma resposta global e de “primeira linha”, para a população em geral, para os profissionais de saúde de outras áreas e para as organizações.

AE | Que comentário faz à atual formação pós-graduada em saúde mental?

– CS | A formação atual dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, encontra-se estruturada com o curso de Licenciatura em Enfermagem e o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com um mínimo de 90 ECTS. Por isso, todos os Enfermeiros Especialistas terão a formação mínima de mestrado. Em termos gerais, a formação está bem, apesar da necessidade de investimento na melhoria da formação ao nível das intervenções psicoterapêuticas. O que é importante é reforçar a qualidade da formação e a diversidade da formação. A saúde mental é uma área muito abrangente, pelo que deveriam existir formações específicas para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em determinadas áreas específicas como a infância e adolescência, a promoção da saúde mental, os comportamentos aditivos, a gerontologia, (...). Neste momento existe um número significativo de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a fazer o doutoramento, o que é uma mais-valia para a profissão e para as peçoas. Salienta-se que uma melhor formação não garante por si só uma melhor assistência, mas sem boa formação não há assistência de qualidade.

AE | “O enfermeiro de saúde mental ainda é muito subvalorizado na equipa de saúde”. Que propostas apresenta para alterar o estatuto do enfermeiro dentro da equipa de saúde mental?

– CS | Não sei se os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica são

desvalorizados – para mim, essa é uma falácia, pois são valorizados pelas peçoas, pelos pares, pelos outros profissionais, pelas empresas... O problema está na sua escassez, nas condições laborais, que não são as mais adequadas, na remuneração e na organização dos cuidados, onde a maioria das estruturas privilegia a doença e não a saúde. Ora, ao privilegiar a doença o enfoque está, eventualmente, em outros profissionais. O problema é a desvalorização da saúde mental – veja-se o caso da pandemia – máscaras, desinfetantes, vacinas, restrição social, - o problema de muitas peçoas era a ansiedade, o medo, a desesperança, a incerteza... - falou-se muito em saúde mental, mas, o que se fez efetivamente – com os profissionais de saúde, os estudantes nas escolas, as famílias carenciadas? Este é o problema real. Também é preciso sensibilizar os gestores para a importância do investimento em saúde mental, ajudar os gestores a ter mais literacia sobre as competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para que os possam potenciar. De facto, há imensos bons exemplos em instituições de saúde onde isso acontece, mas, ainda há instituições onde se verifica um desperdício do potencial destes profissionais, não os colocando onde são necessários, ou a desempenhar as suas competências. Uma outra área de intervenção é a capacitação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica, para o desempenho das suas competências nos diferentes contextos de intervenção, onde o estigma associado à Saúde Mental ainda é um obstáculo.

AE | No que concerne ao serviço de urgência de um hospital, o doente ainda é avaliado “exclusivamente pelo psiquiatra”. Que fatores devem levar à mudança desta avaliação para incluir o parecer do enfermeiro de saúde mental?

– CS | O serviço de urgência visa dar uma resposta a peçoas que necessitam de intervenções urgentes ou emergentes. Nestes contextos, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, podiam ajudar as peçoas, que recorrem à urgência com patologia mental, fazendo uma colheita de dados sobre a peçoas e a triagem do problema de modo a promover um melhor encaminhamento. Também poderiam, em parceria, com os colegas da urgência fazerem um rastreio das peçoas que possam estar a vivenciar problemas, que não sendo agudos neste momento, podem ter consequências graves no futuro, fazerem a deteção precoce e procederem ao respetivo encaminhamento para os recursos mais adequados.

Na urgência, em paralelo com os cuidados especializados aos utentes, o enfermeiro especialista

poderia fazer uma monitorização dos níveis de stresse, desregulação emocional, desgaste individuais, e, na medida das necessidades, promover (sozinho ou em parceria) momentos igualmente individuais ou de equipa para regulação emocional, dos níveis de stresse e desgaste.

Muitas vezes o recurso a urgência com um problema “físico” pode “camuflar” um problema de saúde mental. Também poderiam ajudar os colegas da urgência no âmbito da saúde mental positiva, regulação emocional, comunicação, adequação comportamental, satisfação, pois os contextos de urgências são contextos complexos de intervenção.

AE | Uma das propostas da sociedade que preside é a alocação de enfermeiros especializados no contexto dos cuidados de saúde primários. Como propõe a articulação deste profissional de saúde com a equipa formada por psicólogos e psiquiatras?

– CS | A ideia é simples – o foco é ajudar os enfermeiros a prestarem melhores cuidados em saúde mental, de modo a que estes contribuíssem para que as pessoas possam ter mais saúde mental. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental não é corporativa pois está aberta a toda a sociedade. Pretendemos ser um recurso útil nesta área tão carenciada. Não queremos de todo criar mais uma “quinta”.

O plano de articulação devia incluir o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, como elemento de referência, de primeira linha, trabalhando em conjunto com o enfermeiro de família, capacitando as pessoas e as famílias para adotarem um plano (plano individual de cuidados) com estratégias promotoras de saúde mental. Este trabalho permitiria a identificação precoce das pessoas com problemas e em função da natureza do problema e a necessidade das pessoas, - estas pessoas seriam encaminhadas para um psicólogo, caso necessitassem de uma avaliação ou intervenção psicológica e para um psiquiatra se necessitas-

sem de intervenção psiquiátrica. Podia e dever existir um manual de referenciação para que as pessoas fossem protegidas.

A intervenção podia ser numa lógica de *Stepped Care* que integra um conjunto de passos escalonados:

Passo um - Prevenção e Promoção (capacitação da pessoa - informação, aconselhamento e recursos sociais) - enfermeiro de cuidados gerais em parceria com o enfermeiro especialista;

Passo dois – Capacitação para estratégias de autoajuda, estratégias de resolução de problemas, para assertividade e interação social... - enfermeiro de cuidados gerais em parceria com o enfermeiro especialista;

Passo três – Intervenções para ajuda a problemas de saúde mental concretos - intervenção por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica;

Passo quarto – Encaminhamento para avaliação e intervenção – psicólogo/psiquiatra;

Passo cinco – Encaminhamento para um serviço especializado de saúde mental – urgência/internamento.

AE | Enquanto presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental e especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, além da falta de reconhecimento do enfermeiro de saúde mental, qual é o maior desafio para estes profissionais?

– CS | Como já referi, não concordo de todo com a necessidade de reconhecimento. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, não existem para ter reconhecimento, existem para ajudar as pessoas. Os que estes profissionais precisam é de ter uma remuneração e condições contextuais para desempenharem as suas funções em prol da sociedade. Lembro-me de uma expressão que discutia em tempos com o meu pai, sobre o que é efetivamente importante – “A serra de um carpinteiro ou a pinça de um cirurgião”. Tudo depende dos contextos em que nos en-

contramos. Enquanto Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, a nossa preocupação é ajudar os enfermeiros a conhecerem as melhores práticas internacionais em saúde mental, ou seja, as práticas com melhor evidência – por isso temos uma revista internacional e realizamos um congresso anual – este ano iremos realizar o congresso nos dias 26 a 28 de outubro na cidade do Funchal - Madeira. Ao longo dos anos preocupamo-nos em divulgar as melhores práticas, e em sensibilizar os diferentes atores para as problemáticas da saúde mental. Temos uma excelência de recursos humanos, jovens bem formados, dinâmicos, inovadores, ativos e comprometidos. Os desafios são essencialmente, em termos dos apoios para a saúde mental, pois as pessoas, as organizações e os recursos ainda estão muito centrados na doença e nas respostas a curto prazo.

O principal desafio é diminuir o estigma associado à saúde mental. Contribuir para que todos possam falar de saúde mental sem vergonha, sem medo. O desafio é ajudar a constituir uma sociedade mais solidária, mais comprometida com a bem comum, mais resiliente e mais satisfeita.

AE | Os enfermeiros são profissionais de saúde que têm de lidar com constantes exigências e pressões relativas à sua atividade diária que tem consequências na sua própria saúde mental. Que tipo de apoio têm estes profissionais à sua disposição e de que forma devem eles fazer um pedido de ajuda?

– CS | Neste momento esse é de fato um problema das organizações. O facto de existir um enorme desinvestimento na saúde mental dos profissionais, leva a que exista um número muito elevado de enfermeiros com sobrecarga e mesmo *burnout*, o que tem como consequências: – baixa produtividade, insatisfação, elevado absentismo e o resultado final são elevados custos para as organizações. Por isso, este é um grande desafio – colocar os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promoverem a saúde mental dos trabalhadores da saúde, pois esse investimento trará um retorno significativo. Existem vários estudos que referem ganhos de três a cinco vezes o investimento. A promoção da saúde mental e a prevenção são eficazes na redução dos problemas mentais e sintomas de perturbações mentais, nas quais os enfermeiros especialistas podem desempenhar um papel determinante

Os enfermeiros cuidam na vida e na morte das pessoas, vivem o sofrimento e a dor das pessoas, trabalham durante longos períodos em situações de elevada exigência, trabalham por vezes em condições inadequadas, por isso, também sofrem e precisam de ajuda. Os enfermeiros precisam de estar bem para cuidarem bem de si e dos outros.

Os desafios são essencialmente, em termos dos apoios para a saúde mental, pois as pessoas, as organizações e os recursos ainda estão muito centrados na doença e nas respostas a curto prazo



Sandra Cavaco

Enfermeira Especialista em
Enfermagem de Reabilitação
Consulta Externa do hospital Vila
Franca de Xira



Sandra Anselmo

Enfermeira
Consulta Externa do hospital
Vila Franca de Xira

O Papel do Enfermeiro na Consulta do Sono

O sono é uma necessidade fisiológica básica cuja preservação é essencial ao bem-estar físico, psicológico e social, autonomia e qualidade de vida da pessoa. As alterações sofridas ao longo da vida têm um impacto significativo, podendo resultar em perturbações do sono. Atualmente as pessoas experienciam um conjunto de mudanças inevitáveis e irreversíveis que aumentam o risco do desenvolvimento de problemas de saúde que comprometem o seu bem-estar. A Síndrome de Apneia

Obstrutiva do Sono (SAOS) é um problema cada vez mais comum e que está na sua maioria associado a outras comorbidades, como a obesidade, a hipertensão e problemas cardiovasculares. Incentivar a mudança de comportamentos, para a adoção de hábitos de vida e estilos de vida saudáveis, assim como monitorizar, acompanhar e incentivar a adesão ao tratamento da SAOS é o papel fundamental do enfermeiro na consulta de enfermagem do sono, para garantir a eficácia do mesmo.

O sono é um processo multidimensional, biológico e comportamental essencial para a saúde humana. Ao longo do dia ocorrem períodos alternados de sono, ou seja, o ciclo sono-vigília. Este é um ritmo biológico com uma importante ação na organização temporal da pessoa e diretamente relacionado com o ritmo circadiano. Durante o sono são produzidas inúmeras alterações no organismo e que interferem, entre outras, com a temperatura corporal, a frequência cardíaca e respiratória, a tensão arterial e secreção de hormonas. Um sono reparador é muito importante para a pessoa atingir um descanso físico e mental. A sua duração é variável de acordo com as características individuais de cada pessoa, mas de um modo geral para uma pessoa adulta são necessárias 6 a 8 horas de sono por dia. O sono é regulado por um conjunto complexo de fatores genéticos, biológicos, psicológicos, culturais e ambientais, fortemente afetados pelos valores culturais, hábitos e crenças, bem como pelas rotinas e horários de deitar, ambiente em que se dorme, literacia e autonomia relacionada com o sono. Embora saibamos que o sono é fundamental para o desenvolvimento global das pessoas, e que a sua qualidade e duração são fortemente influenciadas pela cultura e estilo de vida, verifica-se atualmente que este é constantemente negligenciado nas sociedades modernas (Rebelo Pinto, Pinto, Rebelo Pinto & Paiva, 2014).

A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é um dos distúrbios do sono mais frequentes, o que implica o seguimento regular e sistemático da pessoa com esta patologia na Consulta do Sono. A sua incidência tem vindo a aumentar, tratando-se de uma patologia potencialmente crónica e que se pode instalar de forma gradual.

A SAOS “é caracterizada por episódios recorrentes de cessação total (apneias) ou parcial (hipopneias) do fluxo aéreo oro nasal, secundários a um colapso da via aérea superior durante o sono” (DGS, 2014:1) , provocando diminuição da oxigenação e deterioração do padrão do sono, com as seguintes manifestações clínicas:

Manifestações Clínicas

Ressonar

Paragens Respiratórias

Cefaleias matinais

Cansaço

Perturbações sexuais

Alterações cognitivas e psíquicas

Acordares frequentes

Nictúria, Poliúria e Enurese

Sono agitado

Sudação noturna

Crises de sufocação

Hipersonolência diurna

Palpitações e Hipertensão Arterial

Cabe ao enfermeiro implementar estratégias no âmbito da educação para a saúde ao instruir a pessoa e a sua família sobre a fisiopatologia da doença, o objetivo do tratamento, o manuseamento (...) do ventilador e interfaces, com o intuito de ajudar a desenvolver competências (...) possibilitem a realização do tratamento de forma segura e eficaz no domicílio

Podemos considerar como os principais fatores de risco para a doença o sexo masculino, idade entre os 40 e 60 anos, aumento de volume do pescoço, alterações craniofaciais e doenças associadas tais como Hipotireoidismo, Acromegalia, Amiloidose, Síndrome de Cushing, Síndrome de Down, entre outros. Estes são considerados fatores de risco não modificáveis. Como fatores de risco modificáveis temos a presença de hábitos alcoólicos, tabágicos, consumo de sedativos, hipnóticos e obesidade.

Os sintomas e os fatores de risco descritos são os mais comuns, porém é importante ressaltar que esta patologia nem sempre se apresenta de forma tão evidente, dificultando e retardando o seu diagnóstico e tratamento.

A SAOS pode apresentar complicações de caráter cardiorespiratório (arritmias cardíacas, hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica ou enfarte agudo do miocárdio); complicações neuropsiquiátricas (acidentes vasculares cerebrais, perturbações emocionais, depressão e psicoses); complicações metabólicas, oculares e outras.

Na nossa prática diária, verificamos que esta doença tem um grande impacto na qualidade de vida das pessoas ao afetar o seu desempenho nas atividades diárias, com repercussões pessoais e sociais. Por exemplo, pode ocorrer a necessidade de o casal dormir separado, logo a vida afetiva e sexual fica alterada, pode verificar-se a diminuição do desempenho e rendimento no local de trabalho, que poderá originar acidentes ou até despedimentos. Todos estes fatores predispõem ao surgimento de quadros depressivos e dificuldades socioeconômicas das pessoas e famílias.

Sendo uma doença complexa, exige no seu tratamento uma atuação multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais como pneumologistas, otorrinolaringologistas, médicos de medicina interna, cardiologistas, nutricionistas, enfermeiros, técnicos cardiopneumologistas, empresas de cuidados respiratórios domiciliares, entre outros.

A Ventilação Não Invasiva (VNI) é hoje em dia o tratamento de eleição das pessoas com SAOS. Sob a forma de uma pressão positiva de ar, a ventiloterapia, tem como objetivo

impedir o colapso parcial e/ou completo da via aérea superior, evitando o aparecimento das perturbações respiratórias e promovendo a abertura da via aérea superior durante todo o ciclo respiratório.

O enfermeiro tem vindo a assumir um papel de extrema importância na gestão e acompanhamento do doente com SAOS sob VNI.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a consulta de enfermagem surge como um momento ideal para o enfermeiro, através da sua colheita de dados, formular diagnósticos de en-

fermagem individualizados e planejar intervenções de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e família, tendo como objetivo a promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações e incapacidades, permitindo a adaptação e/ou a recuperação da saúde da pessoa e sua capacitação na gestão do processo de saúde.

Na consulta de enfermagem do sono, cabe ao enfermeiro implementar estratégias no âmbito da educação para a saúde ao instruir a pessoa e a sua família sobre a fisiopatologia da doença, o objetivo do tratamento, o manuseamento, limpeza e manutenção do ventilador e interfaces, com o intuito de ajudar a desenvolver competências instrumentais e cognitivas que possibilitem a realização do tratamento de forma segura e eficaz no domicílio.

É na consulta que o enfermeiro monitoriza a eficácia e a adesão ao tratamento, através da leitura, análise e interpretação dos relatórios dos ventiladores, mas sobretudo avaliando junto da pessoa quais são os principais benefícios do mesmo, já reconhecidos, e qual o impacto sentido no seu dia a dia, por exemplo aplicando instrumentos de avaliação em saúde, como a escala de Epworth, que determina os níveis de sonolência diurna. Constatamos que os benefícios verbalizados pelas pessoas estão relacionados com a perceção da melhoria do seu bem-estar e da sua saúde, com diminuição do cansaço; dispnéia e cefaleias matinais, melhoria da qualidade de sono e reparação e aumento do bem-estar emocional.

No decorrer da consulta, constatamos que as principais dificuldades manifestadas pelas pessoas centram-se no equipamento e seu manuseamento, como higiene e manutenção do mesmo. Já as principais queixas enumeradas são o descon-

É na consulta que o enfermeiro monitoriza a eficácia e a adesão ao tratamento, através da leitura, análise e interpretação dos relatórios dos ventiladores, mas sobretudo avaliando junto da pessoa quais são os principais benefícios do mesmo

forto causado pela interface (máscara e intolerância à mesma); o ruído do equipamento e as fugas (que causam frio e vento). Perante isto, o enfermeiro deve atuar, reajustando a interface, e instruir e treinar a sua colocação com a pessoa, de forma a capacitá-la a gerir as fugas no domicílio de forma autónoma. Salientamos a importância e necessidade da troca de informação, quer com o médico, quer com a empresa prestadora de cuidados respiratórios domiciliários de forma a garantir a continuidade dos cuidados e principalmente a sua eficácia.

Verificámos que a adesão da pessoa ao tratamento está relacionada com a relação entre a manifestação de dificuldades e a perceção dos benefícios do tratamento sentidos, ou seja, quanto melhor a pessoa se sentir, maior a adesão ao mesmo e maior a autonomia da pessoa para gerir as suas dificuldades. Esta afirmação pode ser confirmada pelo testemunho de um utente seguido na nossa consulta, que se cita: “... via a máquina como um obstáculo porque é complicado estar dependente de um aparelho, mas atualmente, é uma questão de necessidade porque quando uso a máquina sinto-me melhor fisicamente e psicologicamente”. Acrescenta ainda que “... ao não usar a máquina não tinha perceção dos benefícios dela” sic.

O enfermeiro na consulta de enfermagem do sono tem um papel crucial na educação e capacitação da pessoa e família para a gestão da doença, na promoção da adesão à ventiloterapia

O enfermeiro assume o papel de agente de mudança, como tal na consulta de enfermagem promove a saúde ao educar e incentivar a prática de hábitos e estilos de vida saudáveis (alimentação saudável, importância da atividade física regular, cessação tabágica, gestão do stress, medidas de higiene de sono), atuando no sentido de melhorar os fatores de risco modificáveis e transmitindo competência e empatia, que facilitam a adesão terapêutica e aumento da cooperação e motivação da pessoa.



Para que a intervenção seja eficaz, a pessoa com SAOS tem de ser considerada como membro da equipa. Essa integração faz-se informando, avaliando expectativas, ultrapassando barreiras e valorizando os resultados positivos.

CONCLUSÃO

O enfermeiro na consulta de enfermagem do sono tem um papel

crucial na educação e capacitação da pessoa e família para a gestão da doença, na promoção da adesão à ventiloterapia, assegurando a continuidade do tratamento em segurança no domicílio. Apoiadas pelos enfermeiros, as pessoas conseguem resolver de forma mais eficaz as complicações relacionadas com o tratamento e consequentemente obtêm uma maior estabilidade clínica e uma melhoria significativa da qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE: Programa Nacional para as doenças respiratórias – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Lisboa. Dezembro de 2014
- COSTA, Ana; LOPES, Elsa; MORAIS, Jacinta; et al: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Aprender a Viver com Ventiloterapia. Centro Hospitalar Médio Tejo EPE. Abrantes. 2015
- MORAIS, António; QUEIRÓS, Paulo: Artigo de Investigação: Adesão à ventilação não invasiva: perspetiva do doente e familiar cuidador. *in* Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 10 - Jul. 2013
- REBELO, Pinto, T., PINTO, J.C., REBELO PINTO, H. & Paiva, T.: Validation of the three-dimensional model about sleep: habits, personal factors and environmental factors. *Sleep Science*. 7. 197-202. 2014
- RENTE, Pilar; PIMENTEL, Teresa: Ventilação na apneia obstrutiva do sono em medicina familiar. 1ª edição. Setembro 2016



SAIBA MAIS



EXCLUSIVO VITALAIRE NOVA APP KAIRIN APNEIA DO SONO

Apoio permanente na melhoria da qualidade de vida do doente

PROGRAMAS DE ACOMPANHAMENTO

Para apoiar na adaptação ao tratamento

PERGUNTAS FREQUENTES

Respostas a dúvidas sobre a terapia

QUESTIONÁRIOS DE APOIO

Ajuda a entender as necessidades do doente

CONTEÚDOS DE APOIO

Vídeos e artigos que ajudam na terapia

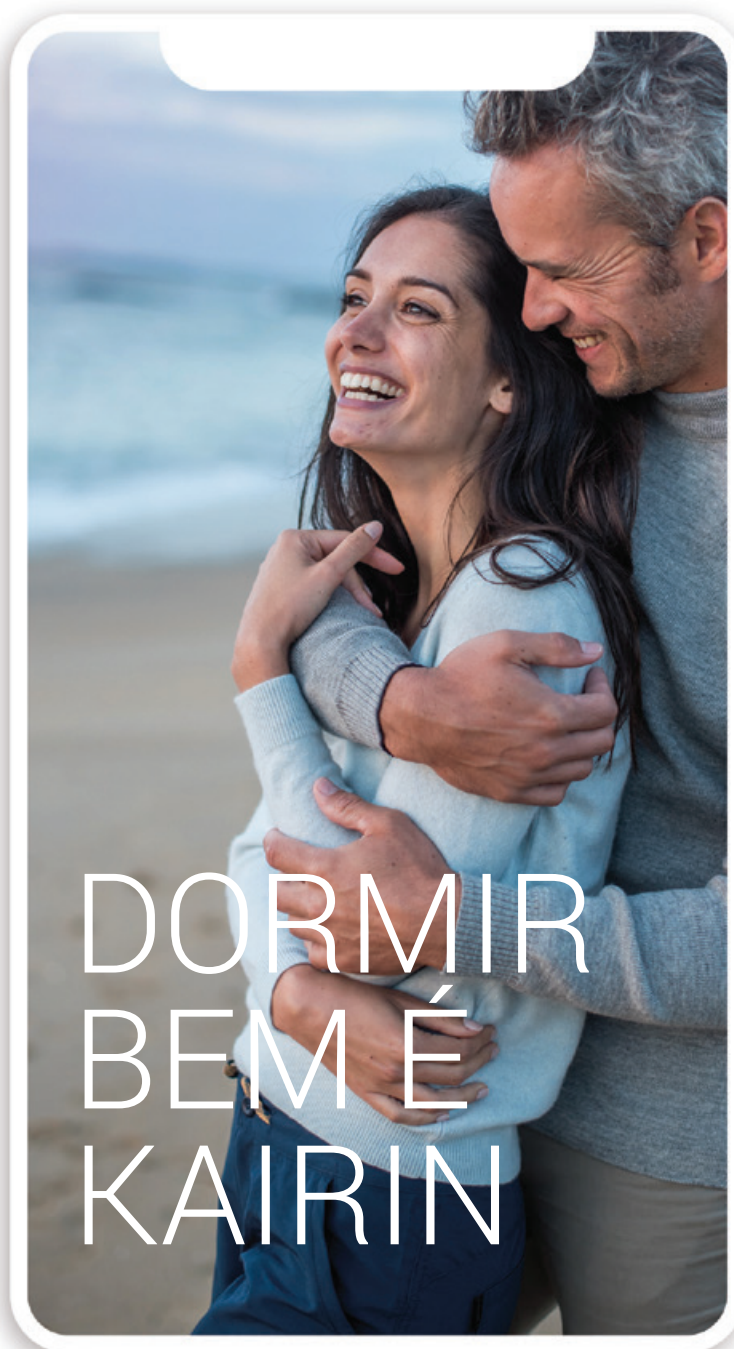
TENDÊNCIAS E GRÁFICOS

Análise de utilização do CPAP*

CONTACTO DIRETO

Equipa Vitalaire sempre disponível

*disponível em pacientes com telemonitorização ativa

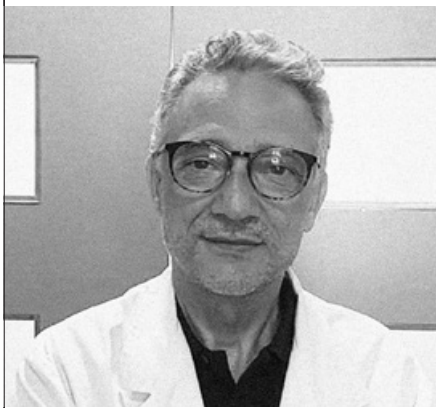


CUIDADOS
RESPIRATÓRIOS
DOMICILIÁRIOS

800 201 550

GRÁTIS | 365 DIAS | 24H/DIA





José António Pinho

Prof. Doutor, chefe no SCI-1 do Centro Hospitalar do Porto (CHUPorto)



Nelson Costa

Enfermeiro (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica) no SCI-1 do Centro Hospitalar do Porto (CHUPorto)

Ventilação não invasiva - abordagem hospitalar

A ventilação não invasiva (VNI) consiste na administração de pressão positiva na via aérea utilizando uma máscara/interface, com o intuito de diminuir o trabalho respiratório, melhorar as trocas gasosas. Segundo diversos autores, tem como principais vantagens evitar a intubação endotraqueal e riscos associados à mesma, permitindo a manutenção da capacidade de tossir e falar do paciente e reduzir o tempo de internamento hospitalar. O candidato a iniciar VNI será o paciente vígil, com respiração espontânea, dispneia secundária a falência respiratória hipoxémica, hipercápnica ou mista, que apresenta sinais de fadiga, FR acima de 25 ciclos/minuto, com capacidade de proteção da via aérea, colaborante, tolera o inter-

face e não tem contraindicações para início da técnica. A utilização da VNI nos casos de DPOC é das mais comprovadas pela evidência científica, no entanto, pode ainda ser utilizada nos casos de EAP, período pós-extubação, em pacientes imunocomprometidos, ARDS, agudização da Asma, PAC, “Ordem de não intubar”, “Ordem de não reanimar”, utentes com patologia neuromusculares, ou até, durante a realização de broncoscopia. Os critérios a ter em consideração na implementação da VNI: seleção dos pacientes; preditores de insucesso e contraindicações; sedoanalgesia; interface ideal; programação inicial, ajustes e monitorizações; aerosolterapia e filtro a utilizar. O uso da VNI durante pandemias de origem respi-

ratória tem sido avaliado em vários estudos observacionais e permanece controverso. Na atual pandemia COVID-19, tem sido utilizada com respostas variáveis e estudos recentes sugerem que um bom ajuste de interface diminui a germinação de aerossóis. A VNI assume assim um papel limitado no tratamento da insuficiência respiratória hipoxémica provocada pela infeção COVID-19, no entanto considera-se, que um trial desta técnica ventilatória em pacientes cuidadosamente selecionados, em centros experientes, e num ambiente protegido possa ser razoável. Não existe evidência clínica para excluir o seu uso, devendo a sua utilização ser guiada por avaliação clínica. No contexto de insuficiência respiratória por COVID-19, a ONAF (Oxigenoterapia nasal de alto fluxo) será um tratamento de primeira linha. Pacientes com insuficiência respiratória hipoxémica, sem indicação urgente para EOT (intubação orotraqueal) e na ausência oxigenoterapia de alto fluxo (ONAF), recomenda-se um trial de VNI, em pacientes sem indicação para VMI e/ou decisão de não reanimação (DNR/DNI), podendo ser uma alternativa temporária na ausência de equipa presente capaz de intubar o paciente. Ponderar o benefício de rotação de técnicas, como ONAF em doentes que não toleram os sistemas de VNI; ou incluir no período de alimentação, nos períodos de pausa de VNI (SPP, 2020). Publicações

recentes sugerem que o modo CPAP (*continuous positive airway pressure*) poderá ter vantagens sobre o modo Bilevel, dotando um recrutamento alveolar mais eficaz e o modo Bilevel direcionado para pacientes com infeção por COVID-19 e DPOC, concomitante. Apesar de publicações recentes sugerirem que a VNI com um bom ajuste de interface não cria dispersão generalizada do ar exalado, o uso de circuito de ramo único deve ser assumida como uma técnica geradora de aerossóis com risco acrescido. Máscaras oronasais e faciais totais bem ajustadas ou capacete (*helmet*), produzem menor disseminação de gotículas, no entanto, a *surviving sepsis campaign* não faz qualquer recomendação sobre o uso de *Helmet versus máscara*. As máscaras ventiladas podem causar maior contaminação com aerossóis, pelo que se recomenda o uso de máscaras não ventiladas com porta de expiração/exalação no circuito (*whisper swivel*[®] ou *Plateau*[®]), colocando um filtro antivirico/antibacteriano de alta eficiência no circuito entre a máscara e a porta expiração. Pelas especificidades destas estratégias terapêuticas, uma equipa multidisciplinar experiente e treinada é fundamental para o sucesso da terapia VNI. Uma correta aplicação da VNI e uma adequada vigilância/monitorização do paciente resulta numa maior probabilidade de sucesso da técnica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De, G. et al (2020). Recomendações da sociedade portuguesa de cuidados intensivos para a abordagem do COVID-19 em Medicina Intensiva. *Fundamental Critical Care Support*. (2017). Sixth Edition. Society of Critical Care Medicine.
- Waleed, A. et al. *Intensive Care Medicine Guidelines Un-edited accepted proof** Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).
- World Health Organization (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected.



Carmo Cordeiro

Enfermeira especialista em
Enfermagem de Reabilitação

É urgente criar programas de reabilitação respiratória nos CSP para os doentes *long* COVID-19

O ano de 2021 confirmou-se como “o ano da resistência dos enfermeiros”. Já o desafio para 2022 é, segundo a enfermeira Carmo Cordeiro, trazer os cuidados de reabilitação respiratória aos doentes *long* COVID-19 para a comunidade, para os cuidados de saúde primários (CSP). E, nesse caminho, a especialista considera que “os enfermeiros de reabilitação têm uma intervenção crucial a desenvolver”.

Anuário do Enfermeiro (AE) | Em entrevista publicada na edição de 2021 Anuário do Enfermeiro afirmou que “se 2020 foi o ano da resiliência, 2021 será o ano da resistência e da esperança renovada”.
Confirma-se essa afirmação?

— **Carmo Cordeiro (CC)** | Sim, sem dúvida. O ano 2021 foi para todos nós, em especial para os profissionais de saúde e, permitame enaltecer, para os enfermeiros, o ano da resistência. Ao longo de 2021, a pandemia COVID-19 foi gerando situações de maior exigência profissional. Vivemos momentos de planalto, com algumas “lufadas” de alívio, mas também de picos ou vagas geradas por novas variantes, que colocaram mais uma vez à prova a capacidade de resistência de

todos nós profissionais de saúde. No caso particular dos enfermeiros, essa foi uma prova ainda mais dura, com a nossa presença a ser exigida em duas frentes de batalha: nos cuidados aos doentes COVID-19/gestão de casos/rastreio de contactos de alto risco e na vacinação em massa da população.

Evidencio, por isso, o importante papel de todos os enfermeiros e, em especial dos enfermeiros de reabilitação, que foram empreendedores, que mostraram resistência em todas as frentes desta pandemia e que não deixaram de dar respostas aos doentes respiratórios crónicos nos variados cenários vividos em 2021. Souberam resistir à exaustão, tiveram resistência para continuar, resistência para inovar, renovar, continuar e acreditar em

Com a nossa presença a ser exigida em duas frentes de batalha: nos cuidados aos doentes COVID-19/gestão de casos/rastreio de contactos de alto risco e na vacinação em massa da população



É urgente redimensionar/criar programas de reabilitação respiratória na comunidade, nos cuidados de saúde primários, algo que poderá ser conseguido através da criação de consultas de enfermagem de reabilitação em parceria com a Medicina Geral e Familiar

novas formas de intervenção/respostas aos doentes respiratórios COVID-19 e não COVID-19. Por todos estes motivos, 2021 foi o ano da resistência dos enfermeiros!

AE | Como se afigura o ano de 2022 em termos de cuidados respiratórios em enfermagem de reabilitação, nomeadamente nos doentes COVID-19 ou long COVID-19?

CC | Este ano de 2022 será um ano de muitos desafios para todos, em especial para os enfermeiros de reabilitação, seja no que concerne aos doentes COVID-19 ou long COVID-19. No que diz respeito ao long COVID-19, em concreto, lembro que esta é uma condição que afetou já grande parte da nossa população, com algumas pessoas a relatarem sintomas pós-COVID-19 que perduram no tempo e que têm um impacto significativo nas suas vidas. Os mais comuns, que identifiquei na minha experiência profissional, são um cansaço inexplicável e falta de ar para pequenos e médios esforços. Atividades como subir escadas ou fazer a lida de casa são descritas como “penosas” após a infeção pós-COVID-19. Também tenho relatos de mães que referem a perda de olfato (anosmia) e

que muitas vezes em tom de brincadeira me dizem que “nem o cocó do meu bebê cheiro, não sei quando tem a fralda suja”.

De facto, além de todas as alterações cognitivas, neurológicas e cardíacas que têm sido descritas pós-COVID-19, estão também identificados o cansaço e a incapacidade para realizar as atividades de vida tão simples como o cozinhar, o cuidar dos filhos, ou ir às compras, características que, aliás, são relatadas habitualmente pelos nossos doentes respiratórios crónicos. Penso, por isso, que é fundamental colocar o foco nestes doentes *long COVID*, e que para o efeito é urgente redimensionar/criar programas de reabilitação respiratória na comunidade, nos cuidados de saúde primários, algo que poderá ser conseguido através da criação de consultas de enfermagem de reabilitação em parceria com a Medicina Geral e Familiar. A verdade é que muitos destes doentes permanecem sintomáticos pós-COVID-19 e precisam de ser integrados em programa de reabilitação que os capacite para a autogestão dos seus sintomas pós-doença. Como tal, é importante pensar numa reabilitação respiratória que inclua todos os doentes: COVID-19, não COVID-19 e pós-COVID-19.

AE | A pandemia poderá mudar o panorama dos cuidados respiratórios em Portugal?

CC | O panorama dos cuidados respiratórios em Portugal já mudou e vai continuar a mudar nos próximos anos, e também nós, enfermeiros de reabilitação, iremos afirmar o nosso caminho na intervenção aos doentes COVID-19 ou *long COVID*-19. Já temos, aliás, o exemplo de referência do trabalho que pode ser feito pelos enfermeiros de reabilitação na pessoa da enfermeira Neuza Reis, que faz parte da equipa da Clínica de Atendimento Pós-COVID (CAP-COVID) do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, sediada no polo do Hospital de Santa Marta. É preciso trazer esse modelo para a comunidade, para os cuidados de saúde primários onde os enfermeiros de reabilitação têm uma intervenção crucial a desenvolver nessa área, é esse o desafio e caminho para 2022!

“A PANDEMIA MOSTROU SER NECESSÁRIO PENSAR EM NOVOS MODELOS DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA”

AE | Qual o cenário esperado relativamente à procura de cuidados respiratórios em enfermagem de reabilitação por parte de outros doentes não-COVID, nomeadamente com asma e DPOC? Haverá capa-

A existência de apenas um modelo de reabilitação respiratória poderá ser insuficiente para a resposta alargada necessária a um maior número de doentes (com DPOC, asma e também os “novos” doentes *long COVID*-19), que precisam de mais respostas e maior acessibilidade

cidade de resposta por parte dos serviços de saúde quando sabemos que em época pré-COVID, em Portugal, a percentagem de doentes com acesso a programas de reabilitação respiratória está apenas entre os 0,5 e os 2%?

CC | Essa questão é pertinente e premente, pois o estado atual da reabilitação respiratória em Portugal é sobejamente conhecido por todos, acrescentando agora as condicionantes vividas nestes últimos dois anos, em que tudo parou! Efetivamente, a reabilitação respiratória tem sido alvo de várias reflexões por todos os profissionais de saúde, pelas associações de doentes respiratórios, pela Associação Científica de Enfermagem de Reabilitação e Colégio da especialidade de reabilitação, entidades preocupadas com esta realidade em Portugal que se agravou com a pandemia. Já foram identificadas as barreiras, os constrangimentos, sabemos que o modelo tradicional não dá resposta a todos os doentes respiratórios crónicos, também todos sabemos que é insuficiente e que já o era no passado. Mas, atualmente, é ainda mais evidente a incapacidade de resposta não só aos doentes respiratórios crónicos já existentes, mas também aos “novos” doentes que a pandemia deixou com sequelas respiratórias pós-COVID. Ou seja, a pandemia mostrou ser necessário mudar o caminho, ser preciso olhar em frente e pensar em novos modelos de reabilitação respiratória.

AE | E que novos modelos ou caminhos podem ser esses?

CC | Como referi, a existência de apenas um modelo de reabilitação respiratória po-

derá ser insuficiente para a resposta alargada necessária a um maior número de doentes (com DPOC, asma e também os “novos” doentes *long COVID*-19), que precisam de mais respostas e maior acessibilidade. A pandemia trouxe a necessidade da diversidade e fez emergir vários modelos de reabilitação respiratória, como o modelo presencial, a tele-reabilitação, modelos híbridos, bem como programas de reabilitação respiratória domiciliária, que mostraram ser capazes de dar a resposta aos doentes respiratórios crónicos e alargá-los aos doentes pós-COVID-19.

Na minha opinião, a reabilitação respiratória domiciliária será o melhor caminho para responder à procura de cuidados por parte dos doentes respiratórios crónicos e dos doentes pós-COVID-19. Além de permitir uma maior abrangência de doentes, é um modelo que poderá complementar outros, possibilitando libertar os hospitais que têm de dar resposta aos doentes mais graves. Adicionalmente, existem muitos enfermeiros de reabilitação nos cuidados de saúde primários capazes de dar resposta a esta necessidade, integrados numa equipa multidisciplinar.

Em suma, a reabilitação respiratória domiciliária permite fazer a ponte entre a reabilitação respiratória em contexto hospitalar, facilitando o acesso dos doentes que a ela têm direito. Considero que este será o futuro e o caminho para dar resposta aos nossos doentes respiratórios e os enfermeiros de reabilitação tem toda a capacidade e competência para serem o pilar desta mudança, em parceria com todos os restantes grupos profissionais que integram a equipa multidisciplinar.

“É URGENTE ALOCAR OS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO ÀS SUAS COMPETÊNCIAS”

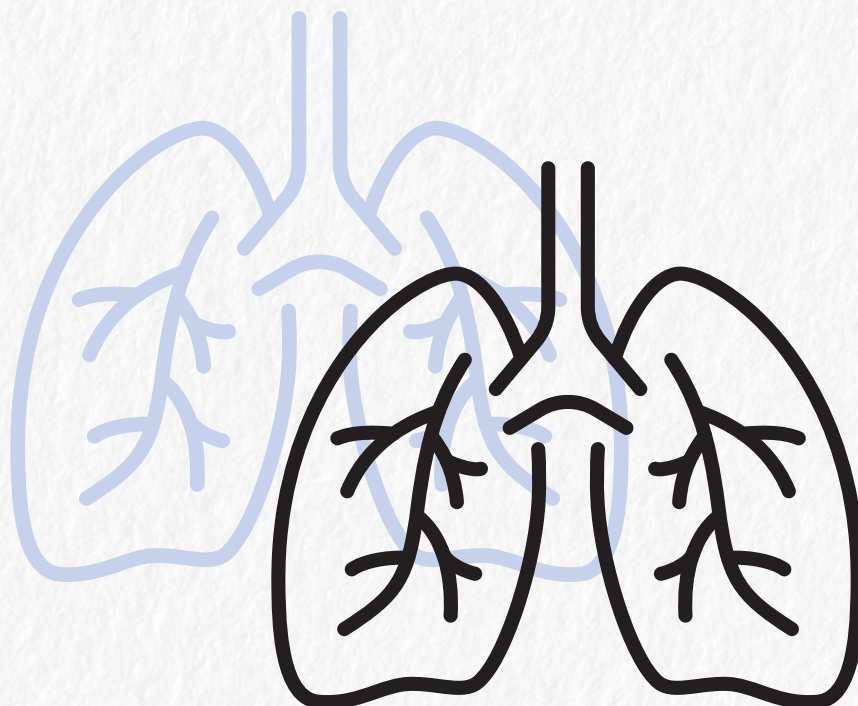
AE | Existem enfermeiros de reabilitação suficientes para as necessidades? E qual é a sua situação laboral de uma forma geral?

CC | Existem. Contudo, o problema atual, e que acontece na maioria dos contextos profissionais, é o facto de os enfermeiros de reabilitação estarem alocados a outras funções, como seja, cuidados gerais de enfermagem ou vacinação, em detrimento das suas competências especializadas. No fundo, os enfermeiros de reabilitação adquiriram conhecimento e competências diferenciadas, mas vêm-se muitas vezes privados de poder exercer a sua especialização em prol do bem-estar do cidadão.

Este é um problema com o qual nos debatemos há muitos anos e, se no passado era urgente mudar esta realidade, a pandemia veio efetivamente confirmar o papel primordial que o enfermeiro de reabilitação tem em todos os contextos clínicos: hospitalar, cuidados de saúde primários e cuidados domiciliários. Esta é, aliás, uma preocupação manifestada também pelo enfermeiro Belmiro Rocha, presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação e do enfermeiro Luís Gaspar, presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Reabilitação. É urgente alocar os enfermeiros de reabilitação às suas competências e ao seu conhecimento especializado, característica que os distingue como elementos agregadores e de mais-valia para as equipas de reabilitação respiratória.

AE | Qual o panorama atual da formação dos especialistas em enfermagem de reabilitação na gestão do doente crónico com doença respiratória?

CC | Conscientes da importância da formação especializada dos enfermeiros de reabilitação, a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, bem como a mesa do Colégio da Especialidade de Reabilitação têm promovido vários webinars, workshops e congressos para discutir esta temática. Realço também o papel dinamizador dos vários Núcleos de Enfermagem de Reabilitação já existentes, que têm feito igualmente um trabalho de excelência na promoção de webinars, jornadas ou congressos e, por último, gostaria de destacar também o meu próprio envolvimento - pois como todos sabem a área respiratória é a “menina dos meus olhos” - que nasceu precisamente por sentir essa necessidade no terreno. Desde 2016 que promovo jornadas na



área respiratória, um processo que culminou em 2021 com a realização do I Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, que iremos manter por ser uma referência nacional e um ponto de encontro para todos os enfermeiros de reabilitação que nutrem especial interesse por esta área e para todos os que procuram atualização na área respiratória. Além disso, vou, em conjunto com um grupo de enfermeiros de reabilitação convidados, fazer a atualização do “Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas”, do qual fui autora em 2012, uma obra que irá espelhar a excelência do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação em Portugal. De qualquer forma, penso que o caminho dos enfermeiros de reabilitação no nosso país na área respiratória evoluiu muito estes últimos 12 anos e vamos, com toda a certeza, permanecer neste percurso de afirmação que marcará uma nova etapa na história dos enfermeiros de reabilitação na área respiratória.

AE | A formação e sua rápida atualização nunca se revelou tão importante como atualmente, face aos desafios impostos pela pandemia. O que poderia melhorar

a formação na área da especialização de enfermagem de reabilitação em doença respiratória?

CC | Penso que faria sentido equacionar um curso avançado ou até mesmo pós-graduações em áreas específicas da doença respiratória, à semelhança do que se faz na área cardíaca, com as pós-graduações em reabilitação cardíaca. A esse propósito, recordo que em 2008 organizei uma pós-graduação em Reabilitação Cardiorrespiratória numa parceria com a revista Sinais Vitais. Na altura foi um sucesso, mas não teve continuidade devido a alguns constrangimentos curriculares que colidiam com as escolas, mas que hoje considero que foi visionária.

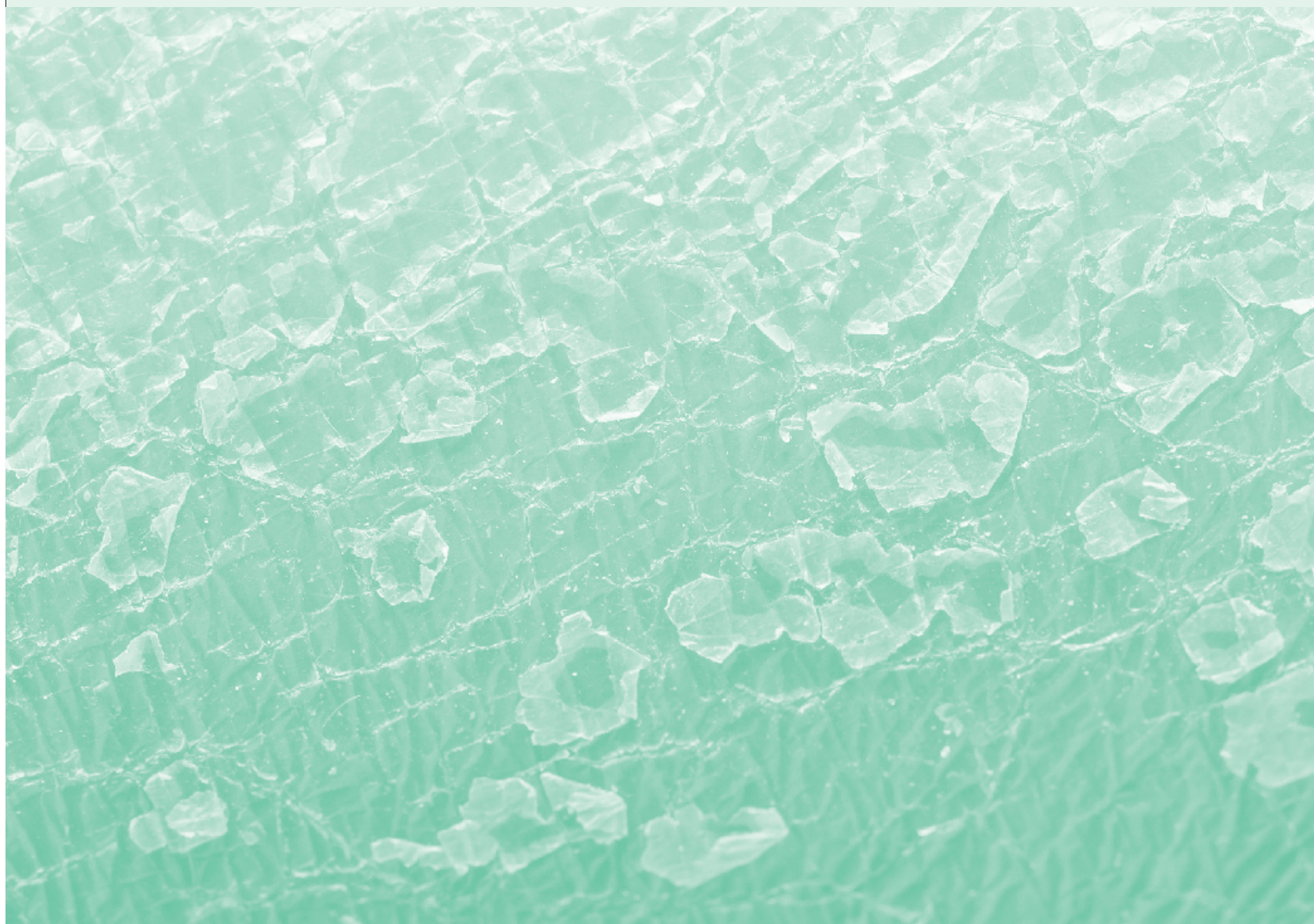
São muitos os colegas que me procuram e questionam sobre onde poderão fazer cursos avançados em doença respiratória. Por isso, reforço a ideia de que faz sentido a existência pós-graduações na área da doença respiratória, uma vez que se trata de uma área abrangente, que exige muito conhecimento e tem especificidades como a pediatria, doenças do interstício ou o treino de exercício. Este seria um desafio a considerar para todos nós enfermeiros de reabilitação, um repto que aproveito para lançar à Associação Portuguesa de Medicina de Reabilitação e ao Colégio da Especialidade de Reabilitação.

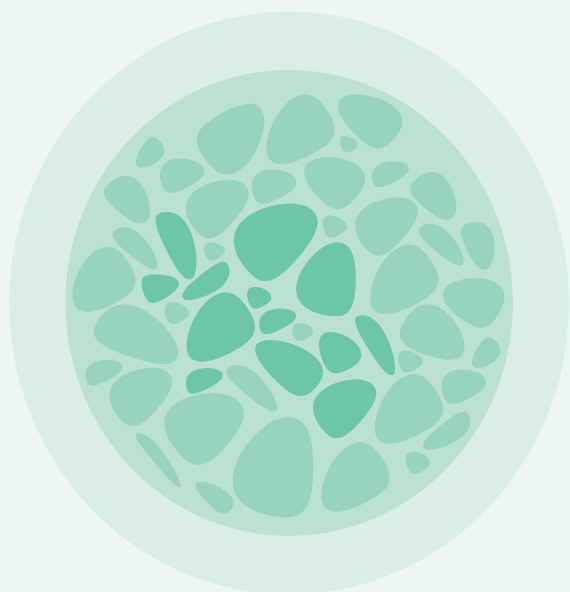


Miguel Teixeira

Presidente da APEDerma
Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria
Centro Hospitalar de Vila Nova de
Gaia / Espinho – Vila Nova de Gaia

A importância do acompanhamento multidisciplinar ao utente com psoríase





Quando olhamos para um problema, podemos ver e sentir as dificuldades inerentes, ou então, pensar em soluções. Gosto da perspectiva de que os problemas só existem para serem resolvidos, então não me importo de começar este artigo a apresentar um problema:

- Se Portugal tem cerca de 200.000 pessoas com psoríase e 20% das pessoas com psoríase apresenta uma forma de doença moderada a grave, quantas pessoas com psoríase moderada a grave existem em Portugal? (Volto já ao problema, mas entretanto vou apresentar alguns dados sobre a doença, que podem ser importantes para um melhor enquadramento)

A psoríase é uma doença inflamatória, que está associada a importantes comorbilidades, provocando um grande impacto na qualidade de vida dos afetados. Trata-se de uma doença não contagiosa, crónica, com evolução variável de doente para doente. A sua causa continua mal esclarecida, sabe-se no entanto que estão envolvidos fatores genéticos e fatores ambientais.

Mesmo quando a doença não é grave e apresenta uma evolução

benigna, a psoríase pode interferir nas atividades diárias das pessoas, nas relações sociais e interpessoais, necessitando de uma avaliação multidimensional.

Nem todas as pessoas são diagnosticadas de forma atempada e entre os diagnosticados, nem todos têm acesso ao tratamen-

to mais adequado ou nem todos apresentam as melhorias esperadas, isto é, a redução significativa da resposta auto-inflamatória. Além disso, mesmo entre os doentes cujo processo inflamatório se encontra controlado, o impacto da doença na sua vida diária é enorme: dor, fadiga, limitações

funcionais, alterações da saúde mental, alterações do padrão de sono, entre outras.

A perda de produtividade, a perda de qualidade de vida, os gastos associados à doença, as comorbilidades e suas limitações, levantam um problema social e económico, cujo impacto negativo em termos de saúde pública, apresenta uma tendência crescente, tendo em conta os atuais estilos de vida e o aumento da longevidade da população.

Voltando ao problema inicial, é fácil chegar ao valor 40.000. Agora vamos complicar um pouco os cálculos:

- Se estes utentes têm necessidade de consulta de especialidade, em média, 4 vezes por ano e estão todos a ser seguidos em hospitais públicos, quantas pessoas com psoríase moderada a grave têm de ser vistas por dia nos serviços de Dermatologia dos hospitais portugueses?

Como se trata de matemática pura, a resposta continua a ser simples: 637 consultas/dia. Aqui é que começa a surgir o verdadeiro problema. Existe capacidade de resposta, tendo em conta o modelo de funcionamento atual dos serviços de dermatologia, para este número de consultas? Certamente que não. Então onde andam esses utentes? Como é que eles estão?

Ainda há aqueles 160.000 que têm psoríase ligeira e não entram nos cálculos anteriores, mas certamente precisam de assistência e cuidados em saúde para fazer face ao seu processo de doença. Será que estas pessoas vão manter sempre esta forma "ligeira" de doença? Uma abordagem mais precoce e mais direcionada pode traduzir ganhos a médio/longo prazo?

Se estes utentes têm necessidade de consulta de especialidade, em média, 4 vezes por ano e estão todos a ser seguidos em hospitais públicos, quantas pessoas com psoríase moderada a grave têm de ser vistas por dia nos serviços de Dermatologia dos hospitais portugueses?

Vejo no enfermeiro, o profissional com competências para fazer uma avaliação sistematizada dos domínios que foram definidos no estudo “freedom from disease”, de forma a operacionalizar várias intervenções, nomeadamente a nível da literacia em saúde, adesão ao processo terapêutico

Partindo da máxima que os problemas existem para serem resolvidos, era incapaz de escrever este artigo, levantar um problema e não sugerir algumas abordagens de forma a o minimizar. Em dezembro do ano passado foi publicado um artigo no *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, em que o conjunto de investigadores queriam perceber que fatores eram determinantes para a pessoa com psoríase sentir o sucesso do seu tratamento e com isto, definir o conceito “freedom from disease” na pessoa com psoríase. Este estudo decorreu na Europa, recorreu à metodologia Delphi, sendo que contou com um painel de 6 médicos dermatologistas, 3 enfermeiros com prática em dermatologia e ou, 6 pessoas com psoríase para definirem os domínios da doença e os aspetos de cada domínio. Como resultado, surgiram 5 domínios: “gestão dos sintomas clínicos”, “fatores psicossociais”, “qualidade de vida e bem-estar”, “tratamento” e “suporte da equipa de profissionais de saúde”. Com este conceito multidimensional, talvez seja necessário repensar estratégias e adequar acompanha-

mento de forma a valorizar todas as variáveis identificadas.

Sei que é utópico conseguir dar resposta a todos os problemas que vão sendo encontrados na literatura, mas penso que se torna pertinente pensar em soluções que vão de encontro às reais necessidades dos utentes e ao aumento do número de pessoas com doença crónica. O trabalho em equipa multidisciplinar, incluindo verdadeiramente os enfermeiros no processo, pode ser uma grande mais valia e uma resposta ajustada à problemática.

Se colocarmos a pessoa com psoríase no centro dos cuidados, à volta vamos ter os profissionais de saúde. O médico dermatologista deve assumir a liderança desta equipa multidisciplinar, que em conjunto, irá trabalhar mais do que a pele, de forma a dar a melhor resposta às necessidades individuais de cada pessoa.

Vejo no enfermeiro, o profissional com competências para fazer uma avaliação sistematizada dos domínios que foram definidos no estudo “freedom from disease”, de forma a operacionalizar várias intervenções, nomeadamente a nível da literacia em saúde, adesão ao processo terapêutico, identificação de comorbilidades, necessidades de referência para outros profissionais de saúde, entre outros. Para que o enfermeiro tenha este papel mais ativo é necessária formação mais direcionada, competências reconhecidas e a criação da consulta de enfermagem.

Se a equipa multidisciplinar contar com interação de médico dermatologista, médico de medicina geral e familiar, enfermeiro de dermatologia, enfermeiro

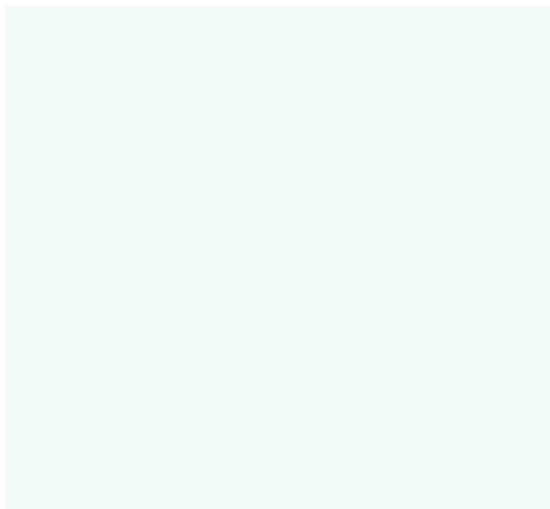
da comunidade, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, entre outros, sem dúvida que vamos dar o tratamento apropriado, no momento apropriado, à pessoa apropriada. Sei que não é fácil operacionalizar este conceito e estas equipas, sobretudo, porque à primeira vista pode parecer que consomem muitos recursos. Mas se temos um aumento da eficiência, a médio e longo prazo não teremos uma menor necessidade de recursos, com ganhos em saúde das populações?

Os cuidados centrados na pessoa e a qualidade deveriam ser um *golden standard* de qualquer prestador de cuidados, no entanto, o financiamento das unidades de saúde ainda se faz pela quantidade e não pela qualidade, por números, que muitas vezes não traduzem a realidade nem resultados e que por vezes podem promover uma pior assistência em detrimento de um resultado estatístico.

Comecei com um problema, que é transversal a quase todas as especialidades que seguem pessoas com doenças crónicas e que a própria Organização Mundial de Saúde já o levantou. Abordei uma visão que penso ser promotora de uma resposta adequada e a solução desta problemática num futuro próximo. Para terminar, deixo três desafios:

- à tutela – que também financie as instituições por ganhos qualitativos;
- às instituições – que tracem planos estratégicos centrados na pessoa, na otimização de recursos e na obtenção de resultados de qualidade;
- aos profissionais de saúde – que trabalhem em equipa, em prol do paciente, dos melhores cuidados e resultados.

O trabalho em equipa multidisciplinar, incluindo verdadeiramente os enfermeiros no processo, pode ser uma grande mais valia e uma resposta ajustada à problemática



Profundamente atentos às feridas superficiais

Muitas são as pessoas que olham para as suas feridas (ou cortes) à superfície da pele com a percepção de que não deve ser nada por aí além... Já os enfermeiros têm a vocação – e a missão – de ver para lá do olhar. Essa condição permite-nos, mesmo nos casos mais ligeiros na aparência, identificar, atuar, cuidar.

BEM À FLOR DA PELE

Um simples corte com a faca de cozinha. As unhas do gato que, na brincadeira, arranham, pois claro... Uma pequena escoriação cutânea – a jogar à bola, a correr, a andar de bicicleta – que não dói, mas arde a valer... Aquela queimadura quase impercetível a cozinhar, que depois faz bolha... Tudo isto requer atenção adequada, não vá o esquecimento ou a desvalorização do incidente fazer das suas...

INFEÇÃO É QUE NÃO

Todos os cenários referidos, envolvendo feridas ou cortes, são potencialmente suscetíveis de evoluir para infeção e outras complicações indesejadas. A Enfermagem sabe muito bem como sensibilizar, aconselhar e prevenir as pessoas alvo destes pequenos incidentes, evitando problemas maiores, se não tratadas as mazelas a tempo e horas e de forma adequada.

As nossas atenções ganham maior pertinência perante as feridas (ainda que superficiais) que afetam pessoas mais fragilizadas

TRATAR, CICATRIZAR, REGENERAR

A cicatrização rápida acontece quando agimos quando e como deve ser. E nós, enfermeiros, sabemos disso. Porque também aqui – no campo das feridas superficiais – cada caso é um caso, a Enfermagem tem uma (sem dúvida, a melhor) palavra a dizer:

- Na limpeza da ferida
- No despiste de eventuais corpos estranhos
- Na aplicação do produto antisséptico adequado, para debelar (ou minimizar) os micro-organismos patogénicos

- Na colocação correta do penso adesivo na área certa
 - Na escolha e manuseamento da gaze indicada
- Sempre numa lógica preventiva de infeções. Tudo fazendo pela boa e célere regeneração da pele.

FERIDOS NÃO-SUPERFICIAIS...

Aprendemos que as feridas superficiais assim se designam por só implicarem com a epiderme (ou camadas superficiais da pele). Já quando observamos os feridos, nem todos são assim

tão... superficiais. Alguns exemplos relevantes:

- Indivíduos com diabetes *mel-litus*
- Pessoas com idade avançada
- Doentes acamados
- Quem tem problemas de coagulação

Tendo por referência este universo específico, resulta claro que as nossas atenções ganham maior pertinência perante as feridas (ainda que superficiais) que afetam pessoas mais fragilizadas e – ou – apresentando comorbilidades. Logo, mais propensas a fazer ferida. Sucede, nestes casos, que tanto a cicatrização como a regeneração cutânea se mostram, à evidência, mais dificultadas comparativamente às pessoas sem aquelas condicionantes.

SIM, MAS DE OLHO NO TÉTANO

Mesmo que, em Portugal, o tétano seja hoje uma doença rara, todo o cuidado é pouco.

Mais ainda quando a bactéria *Clostridium tetani* não está associada, como sabemos, apenas e só à ferrugem – ela evolui e dissemina-se até em partículas de pó...

Tem a Vacina contra o Tétano em dia?

Chamem-lhe lugar-comum, pergunta da praxe, mandamento... Pouco importa.

Principalmente, quando despistar é o mais importante.

Miguel Teixeira

Presidente da APEDerma
– Associação Portuguesa de
Enfermeiros em Dermatologia



“Pugnamos pelo reconhecimento da especialidade”

Tornar a Enfermagem em Dermatologia uma especialidade é uma das missões da APEDerma – Associação Portuguesa de Enfermeiros em Dermatologia. O caminho para lá chegar é investir na formação, de modo a dotar os profissionais de competências específicas. É o que partilha, em entrevista, o presidente da jovem associação – foi constituída em outubro de 2020 –, Miguel Teixeira.

Anuário do Enfermeiro (AE) | O que justifica a existência de uma Associação de Enfermeiros em Dermatologia?

– **Miguel Teixeira (MT)** | Os enfermeiros que trabalham em Dermatologia não têm especialidade em Dermatologia. As nossas competências são comuns a todos os enfermeiros, não temos competências específicas. Daí que o grande objetivo da associação seja dotar os enfermeiros de formação que lhes confira competências específicas, para que, mais tarde, seja possível creditá-las e, finalmente, para que a especialização seja uma realidade. Atualmente, é uma distribuição aleatória, os enfermeiros vão para Dermatologia por acaso. Ao contrário dos médicos, que têm de fazer formação na especialidade que vão exercer e depois obtêm o título de especialista. Os enfermeiros podem tirar uma pós-graduação, mas é sempre uma opção e a expensas próprias. Uma parte da nossa missão, enquanto associação, é criar essa formação e pugnar para que seja reconhecida. Aliás, a *European Academy*, de que faço parte, quer criar um currículo para os enfermeiros que têm funções em Dermatologia. Trata-se de uma área muito abrangente: muitas vezes, pensa-se que está só ligada à estética, mas não; existe a imunologia, a fotobiologia,

o tratamento de feridas, por exemplo. Portanto, temos de ter um conhecimento profundo destas áreas. A nível nacional, criámos a APEDerma precisamente por isso. Felizmente, conseguimos ser enquadrados na *European Academy* e vamos trabalhar para que haja formação específica.

AE | Quais as valências de um enfermeiro em Dermatologia?

– **MT** | Varia de unidade para unidade, mas envolve áreas como imunologia, fotobiologia, tratamento de feridas, entre outras. No meu hospital [Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/

Espinho], damos apoio a consultas e, nas consultas, vamos seguindo o doente crónico. Aliás, neste aspeto, gostava que o enfermeiro tivesse mais competências, de modo a que o doente crónico pudesse ser seguido por nós de uma forma mais estruturada. Muitas vezes, o doente vem realizar um ato, mas faz sentido recebê-lo numa fase mais inicial, pois constituiria uma oportunidade para partilharmos alguma informação sobre a doença e os tratamentos. Penso que esta literacia influenciaria positivamente a adesão terapêutica e a melhoria do doente. Vejamos um doente com psoríase. É seguido pelo médico no centro de saúde, a doença

FINANCIAMENTO PELA QUALIDADE

O presidente da APEDerma considera que a enfermagem é atrativa como profissão, mas não do ponto de vista do reconhecimento e do ganho económico. As consultas de enfermagem – diz – não dão financiamento ao hospital, só as consultas médicas. Defende que esta gestão seja repensada e preconiza um sistema de incentivos, em que o financiamento seja feito pelos resultados e não pelo número de utentes que se vê: “Não faz sentido pagar-se só ao ato, devem ser introduzidos indicadores de qualidade.”

agrava e é encaminhado para cuidados de especialidade no hospital, onde vai ser avaliado pelo dermatologista, que aplicará um conjunto de escalas e definirá um tratamento. O doente só passa pela enfermagem se tiver de fazer fisioterapia – e aí a nossa intervenção é controlar as sessões. Se tomar medicação biológica também podemos intervir, mas o doente pode ficar autónomo e perdemos o contacto com ele. Mas era muito importante que pudéssemos trabalhar a literacia em saúde.

E porquê? Porque a psoríase é uma doença inflamatória sistémica, não é só uma doença de pele; tem associação com muitas outras comorbilidades, como a depressão, a ansiedade, a artrite psoriática. Era, pois, essencial que existisse uma consulta inicial em que tudo isto fosse avaliado. A minha proposta é uma consulta em que o doente está no centro e não interessa quem faz a avaliação, se é o médico, se é o enfermeiro; o que interessa é que trabalhem em conjunto e que se o doente tem depressão seja encaminhado para Psicologia ou Psiquiatria e se estiver obeso que seja seguido em Nutrição. Assim, é o doente que está no centro do cuidado. Eu batalho muito nisto.

E o plano de atividades da associação para 2022 vai incidir muito na formação e na respetiva creditação, para termos este valor e ir ao encontro da proposta da European Academy para que os enfermeiros tenham uma especialidade em Dermatologia

Existem vários estudos que mostram a maior-valia do envolvimento do enfermeiro. Nos Estados Unidos e no Reino Unido, por exemplo, onde o enfermeiro pode chegar ao nível de “*practitioner*”, verificou-se que os utentes que são seguidos pela equipa de enfermagem ficam muito estáveis. Além disso, foi feita uma análise macroeconómica que apontou para uma diminuição dos custos associados à doença.

Em Portugal, antes disso, temos de ter formação específica e não temos. O enfermeiro em Dermatologia deve ser reconhecido como tal, mas, para isso, tem de ter formação, de modo a dar segurança quer aos doentes, quer aos médicos.

AE | O que precisa ser mudado nas consultas multidisciplinares em Dermatologia?

– **MT** | Quando se fala em consultas multidisciplinares em Dermatologia, está-se a fazer referência a consultas em que entra a Reumatologia, mas eu considero que estas são consultas intradisciplinares, isto é, dentro da mesma disciplina, a médica. São multidisciplinares quando entra o dermatologista, mas também o médico de família, o psicólogo, o nutricionista, o enfermeiro...

Sou apologista de que todos os doentes devem ter o melhor atendimento possível e, como tal, devem ser incluídos no processo numa fase inicial, propondo uma intervenção conjunta. Porque estamos a tratar o utente, não apenas a doença. Não queremos fazer nada que esteja a ser feito, não queremos prescrever, queremos é trabalhar em conjunto, em função do doente.

AE | Essa integração até permitiria libertar a agenda dos dermatologistas para receber novos doentes...

– **MT** | A Organização Mundial de Saúde identifica que o problema, na Europa, é o envelhecimento da população e, com isso, um aumento da prevalência da doença crónica. Ora, o que acontece é que, se tivermos muitos utentes com doença crónica e com necessidade de serem seguidos pelo dermatologista, vai ser difícil entrarem novas consultas. Daí que a própria OMS recomende o “*task shifting*” como uma das formas de trabalhar a doença crónica. Mas, para isso, é preciso que o enfermeiro tenha um conjunto de competências específicas. Se as tiver, vai poder assumir o acompanhamento dos utentes entre consultas, permitindo que novos utentes entrem para Dermatologia, que é uma especialidade com listas de espera de muitos meses. Toda a gente vai ganhar: o doente ganha porque continua estável, o médico ganha porque consegue ver novos utentes, e a instituição ganha porque, com novos doentes, vai cumprir metas e objetivos.

CONCURSOS NA CARREIRA

Miguel Teixeira defende que não deve ser o tempo a definir o reconhecimento dos enfermeiros, devendo ser o seu desempenho. “Um enfermeiro que tirou uma formação, que tem uma boa prática merece, certamente, subir na carreira. Mas, se não temos avaliações, estamos sempre no patamar mínimo”, sustenta. Na sua opinião, impõe-se a definição de regras, sendo apologista de concursos, nomeadamente para os lugares de chefia. “A carreira está quase congelada. Sou especialista, tenho formação em gestão e não posso concorrer. Tem de haver uma avaliação por competências, como acontece com os médicos”, argumenta.

AE | A formação é, pois, a bandeira da associação. Que lacunas identifica no panorama atual?

– **MT** | Na licenciatura, em termos de Dermatologia, a formação é zero, não saímos com qualquer competência. Eu trabalho há 20 anos e estava na urgência, onde era polivalente, quando, há cinco anos, cheguei à Dermatologia: foi todo um mundo novo que se abriu, parecia que estava a sair da faculdade. A formação de base não engloba Dermatologia e na urgência não tive contacto com doentes do foro dermatológico.

Mas, precisamos de formação e tem de ser pós-graduada, de modo a ser reconhecida e creditada. Quando fundei a associação, contactei algumas entidades nesse sentido, nomeadamente a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, que é a entidade médica de referência, e a Ordem dos Enfermeiros, para perceber se estava a trabalhar no âmbito da Dermatologia. Felizmente, fomos muito bem aceites, apresentámos as nossas ideias e integramos um grupo de trabalho na Ordem para definir algumas linhas orientadoras.

E o plano de atividades da associação para 2022 vai incidir muito na formação e na respetiva creditação, para termos este valor e ir ao encontro da proposta da European Academy para que os enfermeiros tenham uma especialidade em Dermatologia.

Bepanthere®



FERIDAS

Desinfeta e cicatriza num só gesto. Sem arder



QUEIMADURAS

Trata e estimula a cicatrização de queimaduras solares e domésticas



PELE LESADA

Trata, estimula a cicatrização e protege a pele lesada

Bepanthere® Plus

DESINFETA · PROTEGE · CICATRIZA

Dexpanthenol + Cloro-hexidina

- **Não deixa resíduo** permite avaliar a evolução da cicatrização
- **Cloro-hexidina e o Dexpanthenol** atuam sinergicamente para impedir a infeção
- **Ação 2 em 1:** desinfeta e cicatriza num só produto, sem arder e sem necessidade de desinfetar a ferida antes

INDICAÇÕES:

▶ **Feridas superficiais com risco de infeção**

POSOLOGIA:

Aplicar sobre a ferida limpa. Pode ser aplicado várias vezes ao dia.

Bepanthere® Creme

Dexpanthenol 5%

ACALMA · REPARA

Dexpanthenol + Formulação óleo em água

- **Penetração rápida na pele:** para um alívio mais rápido das queimaduras e irritações
- **Ação cicatrizante e regeneradora** com dexpanthenol que participa ativamente no processo de regeneração cutânea

INDICAÇÕES:

▶ **Queimaduras superficiais**
▶ **Tratamento alternado com corticosteróides**
▶ **Irritações da pele**

POSOLOGIA:

Aplicar 1 ou mais vezes ao dia.

Bepanthere® Pomada

ALTO TEOR LIPÍDICO 60%

REGENERA · CICATRIZA · PROTEGE

Dexpanthenol + Formulação água em óleo

- **Com dexpanthenol:** fornece à pele um ingrediente essencial ao metabolismo celular
- A sua fórmula **promove os mecanismos de cicatrização natural** e regeneração celular

INDICAÇÕES:

▶ **Úlceras crónicas / decúbito**
▶ **Pele gretada**
▶ **Greta do mamilo**
▶ **Eritema da fralda do idoso**

POSOLOGIA:

Aplicar 1 ou mais vezes ao dia.



Bepanthere® Plus Creme Composição: 50 mg/g dexpanthenol e 5 mg/g cloridrato de cloro-hexidina. Indicações: tratamento de feridas (cortes, arranhões, escoriações, rágadas e ulcerações) e queimaduras superficiais quando existe algum risco de infeção. Posologia e administração: Aplicar uma fina camada sobre a ferida bem limpa ou zona de pele infectada, uma ou várias vezes ao dia, conforme necessário. A aplicação em zonas extensas da pele deve ser evitada. Se necessário podem ser usados pensos. Contraindicações: Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. Não aplicar no timpano perfurado. Advertências: Evitar o contacto com os olhos, ouvidos e mucosas. Não usar em feridas ou irritações de pele que não apresentem risco de infeção (por exemplo queimaduras solares). Contém álcool cetílico, álcool estearílico e lanolina que podem causar reacções cutâneas locais. Em caso de agravamento ou persistência dos sintomas, consulte o seu médico. Interações medicamentosas e outras: A cloro-hexidina é incompatível com sabões ou outros compostos aniónicos. Não usar simultaneamente com outros anti-sépticos, para evitar interferência (antagonismo ou inativação). Efeitos indesejáveis: Reacções alérgicas e reacções alérgicas cutâneas como dermatite de contacto, dermatite alérgica, prurido, eritema, eczema, rash, urticária, irritação cutânea e flictenas. Hipersensibilidade, reacção anafiláctica e choque anafilático (potencialmente com perigo de vida). **Bepanthere® Pomada** Composição: 50 mg/g de dexpanthenol. Indicações: nos cuidados da pele do bebé como barreira protectora contra a maceração provocada por fraldas e para a prevenção e tratamento da irritação, vermelhidão e eritema das fraldas; em mães que amamentam, para os cuidados dos seios na prevenção e tratamento de rágadas (feridas) e inflamações dos mamilos; na promoção da cicatrização e epitelização de cicatrizes recentes e feridas superficiais (ex: queimaduras ligeiras e escoriações); na cicatrização de lesões e irritações da pele (ex: após radioterapia, fototerapia ou exposição a luz ultravioleta), úlceras crónicas e de decúbito, enverfos de pele; na prevenção e tratamento da pele seca, irritada, áspera ou gretada; tratamento alternado com corticosteróides. Posologia e administração: nos cuidados do bebé: aplicar em cada mudança de fralda no rabinho e virilhas do bebé, depois de ter lavado estas zonas com água; em mães que amamentam: aplicar nos mamilos após cada mamada; nas outras situações: aplicar 1 ou várias vezes por dia. Advertências: Precaução na utilização em doentes com hemofilia e obstrução intestinal mecânica, já que em caso de absorção sistémica pode ocorrer aumento dos tempos de coagulação e estimulação do tracto gastrointestinal. Efeitos indesejáveis: reacções alérgicas cutâneas em casos muito raros. **Bepanthere® Creme** Composição: 50 mg/g de dexpanthenol. Indicações: cuidados da pele seca, áspera ou escamada; promoção da cicatrização e epitelização de feridas ligeiras (ex: queimaduras e escoriações ligeiras), pele irritada (ex: após radioterapia, fototerapia ou exposição a luz ultravioleta), eritema das fraldas; tratamento alternado com corticosteróides; cuidados dos seios no período de aleitamento e tratamento de lesões dos mamilos. Posologia e administração: promoção da cicatrização e epitelização de feridas ligeiras, cuidados da pele seca, áspera ou escamada: 1 ou várias vezes por dia; cuidados dos seios no período de aleitamento e tratamento de lesões dos mamilos: após cada mamada; cuidados do bebé: aplicar em cada mudança de fralda. Advertências: Evitar o contacto com os olhos. O álcool cetílico, o álcool estearílico e a lanolina podem causar reacções cutâneas locais. Este medicamento contém 1500 mg de propileno glicol em cada 100g. Efeitos indesejáveis: reacções alérgicas e alérgicas cutâneas como dermatite de contacto e alérgica, prurido, eritema, eczema, rash, urticária, irritação e flictenas. Contraindicações (pomada e creme): hipersensibilidade à substância activa ou excipientes. Data da revisão textos: 11/2020 (Plus creme); 05/2016 (pomada) e 12/2021 (creme). Medicamentos não sujeitos a receita médica e não comparticipados. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM. CH-20220523-86



Goreti Ferreira

Especialista em Enfermagem
Médico-cirúrgica, Centro Hospitalar
e Universitário de Coimbra

Transmitir uma Má Notícia

Foi-me pedido para realizar um texto sobre as vivências ou algo relacionado com a profissão que tenho há 25 anos: sou ENFERMEIRA e AMO.

Nos últimos anos e também devido à pandemia do vírus SARS COV-2, os enfermeiros deparam-se diariamente com o facto de assistirem a situações, que por mais tentativas realizadas, não se consegue que a Pessoa Doente continue neste mundo.

É, portanto, uma tarefa triste, árdua e non-grata a transmissão de uma má notícia aos familiares dessa pessoa. Acrescento que uma má notícia, poderá não ser a notícia da morte da pessoa internada aos familiares ou amigos. Pode ser um diagnóstico de uma doença crónica, a realização de uma cirurgia urgente que poderá colocar a pessoa doente em risco, se não a realizar, por exemplo.

Refletirei sobre este tema, pois foi também um tema que refleti, com os meus colegas, durante a Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, que terminei há perto de dois anos.

Transmitir uma Má Notícia (MN) pode ser definida como “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro” (Buckman, 1992) e também refere que é difícil definir o conceito de MN no contexto de saúde. A forma como se transmite a má notícia, mesmo que tecnicamente correta, exerce uma forte influência sobre a reação do utente/família. Por este motivo, os profissionais de saúde (enfermeiros) devem ter em consideração fatores como auto preparação, recapitulando os pontos-chave e observar as suas reações; lembrar-se que os utentes e seus familiares podem ficar satisfeitos mesmo quando assume que não sabe responder às suas questões; ser sempre sincero; demonstrar empatia e confiança; agir com segurança e assertividade; ter uma escuta atenta (observar a linguagem verbal e não verbal).

Esta notícia poderá ser má para o profissional, para o doente ou ambos. Por vezes os profissionais tendem a atribuir um significado à notícia sem atender aos aspetos

significativos da pessoa desvalorizando, assim, a notícia a transmitir. A gravidade da notícia deve ser atribuída pela pessoa que vive determinada situação e mediante o impacto na sua vida.

A transmissão de más notícias requer uma preparação prévia, deverá ser efetuada num ambiente de confiança e adaptação para lidar com as emoções da pessoa e família, encorajando-os a expressá-las e validando-as sempre com informação sobre apoios existentes. A notícia deve ser dada de forma clara, aberta e gradual. O enfermeiro responde adequada e honestamente, comunica com linguagem simples não banalizando o momento e não retirando a esperança (Pereira, 2008).

O enfermeiro, para além de prestar cuidados diretos à pessoa, estabelece uma relação terapêutica com os seus familiares a fim de conseguir minimizar alguns sentimentos emergentes, como sejam a angústia e o desespero. Estas situações podem tornar-se demasiado “pesadas” para o enfermeiro envolvido, quer pela gravidade da situação quer pela situação de morte da pessoa, pelo que “devemos compreender que a comunicação não deve ser um ato improvisado e que o profissional de saúde deve ter bons conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão” (Serra & Albuquerque, 2006).

Muitas vezes a comunicação não-verbal sobrepõe-se à comunicação verbal, de forma que utilizar gestos afetivos como o toque, pode ajudar a diminuir o impacto da notícia re-

cebida. Segurar a mão da pessoa, tocar no braço de forma intencional é sinal de reconforto, permite demonstrar a compreensão e a compaixão por parte do profissional. É uma manifestação de que de facto a dor, o medo e o sofrimento da família é compreendido (Galvão, Valfreixo & Esteves, 2015).

A investigação na área das más notícias, permitiu a construção de protocolos para este tipo de intervenção. Buckman (1992), elaborou um protocolo de como comunicar más notícias (protocolo de SPIKES). Quando aplicado adequadamente, é de grande utilidade tanto para o profissional como para a pessoa e família que recebe a notícia.

O protocolo de SPIKES, compreende seis etapas:

1ª S – *Setting up* (preparação e escolha do local adequado): as más notícias devem ser dadas em locais privados, sem interrupções por terceiros e poderá ser útil a pessoa não estar sozinha;

2ª P – *Perception* (descobrir o que o doente já sabe): o profissional pede à pessoa que lhe descreva o que está a acontecer, assim apercebe-se qual o seu nível de conhecimentos ou se falou com outro técnico;

3ª I – *Invitation* (descobrir o que o doente quer saber): o profissional pesquisa até que ponto a pessoa quer ter conhecimentos acerca da situação problema, ou seja, apercebe-se se habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde;

Devemos compreender que a comunicação não deve ser um ato improvisado e que o profissional de saúde deve ter bons conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão

4ª K – Knowledge (dar a notícia): o profissional chama a atenção da pessoa com um aviso prévio, posteriormente dá a informação sem eufemismos e frases longas e de interpretação menos clara. Observar a pessoa e a sua reação, demonstrar que ela não está só nesta fase da sua vida;

5ª E – Explore Emotions (responder às emoções e às perguntas do doente): o medo e a angústia são dois dos sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma MN que algumas vezes são traduzidas em raiva contra o técnico. É importante demonstrar apoio e compreensão (toque), o choro e o silêncio devem ser respeitados. Respostas simples, dadas com clareza, direta e honestamente. Dar as informações importantes no início ou no fim da conversa, sendo que habitualmente a pessoa esquece o meio;

6ª S – Strategy and Summary (propor um plano de acompanhamento): fornecer plano de ação de futuro. Profissional e pessoa que recebe a MN identificam a situação problema e adotam um plano com pequenas metas a atingir e simultaneamente deve realçar momentos significativos da vida. Encorajar a pessoa a questionar e a escrever perguntas no domicílio para não esquecer numa próxima consulta (deixar um próximo encontro marcado).

Estas etapas têm o objetivo de ajudar o profissional de saúde, no entanto é importante não descurar que cada doente/família é única e detentora de necessidades multifatoriais, pelo que o protocolo deve ser adaptado à pessoa a quem se dirige.

Segundo o Parecer da Ordem dos Enfermeiros, “Transmissão de Informação aos Familiares: Comunicação de óbito aos familiares dos utentes”, publicado em 2013 refere que, embora a lei cometa ao médico a competência para a verificação da morte, o enfermeiro reúne a competência para a transmissão da informação sobre más notícias, designadamente a morte de doente, no domínio da atuação em com-

plementaridade funcional com os médicos, também a comunicação deve obedecer às boas práticas, recorrendo a modelos de comunicação promotores de protocolos orientadores para a transmissão de más notícias.

O trabalho de equipa é assim essencial, devendo ser valorizados os contributos de todos os intervenientes para solucionar ou minorar os problemas de saúde da pessoa, pois cada membro da equipa colabora com saberes e experiências distintas.

Neste sentido, o ato de comunicar/informar uma MN não deve reportar-se a um único profissional, apesar de Correia et al. (2004) referir ser comum atribuir-se ao médico a responsabilidade de transmitir essa informação. No entanto, considerando os mesmos autores, os enfermeiros pela sua permanência junto dos doentes, conseguem estabelecer uma relação de proximidade com a pessoa/família que a pode ajudar neste momento difícil. Pereira (2009) é mesmo da opinião que na transmissão da informação, deve procurar-se que seja o enfermeiro mais próximo do doente a realizar a transmissão da informação.

Considerando o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho que descreve que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em pessoa em situação paliativa “estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incu-

rável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto”, também devemos saber sobre a comunicação de más notícias à família do doente e acompanhar o doente no processo da doença terminal. De referir ainda, a importância da formação contínua no sentido de desenvolver as competências técnico-científicas, mas também as competências comunicacionais/relacionais e assim melhorar as práticas dos enfermeiros na arte de cuidar da pessoa em situação crítica e súbita. A aprendizagem estimula para um mais elevado nível de complexidade de conhecimentos e práticas, levando a novos conhecimentos e podendo reforçar a ideia de que a competência comunicacional é um fator agregador entre a formação e os cuidados prestados, em que o enfermeiro se evidencia pela disponibilidade, comunicação, informação e apoio emocional, aspetos sugeridos pela pessoa cuidada como indicadores de qualidade.

A comunicação de más notícias é uma realidade frequente no quotidiano dos enfermeiros, constituindo uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas pessoais e profissionais que origina, os quais podem afetar a qualidade de desempenho neste domínio.

Sendo uma situação que exige por parte do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica uma profunda sensibilidade, empatia, profissionalismo e muito treino.

A comunicação de más notícias é uma realidade frequente no quotidiano dos enfermeiros, constituindo uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pelos dilemas pessoais e profissionais que origina

BIBLIOGRAFIA

- Buckman R. (1992). How to break bad news: a guide for health care professionals. Toronto: University of Toronto Press.
- Correia, M.R., Frausto, F., Violante, A. (2004). Ser Portador de Más Notícias. Revista Sinais Vitais, (55),53-55.
- Galvão, A., Valfreixo, M. & Esteves, M. (2015). Processo comunicacional na transmissão de más notícias: revisão da literatura. In Livro de atas do II seminário internacional em inteligência emocional 2015. Ordem dos Enfermeiros. (2013). Parecer CJ 153/2013: Comunicação de óbito aos familiares do doente. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_153_2013_ComunicacaoMorte.pdf
- Pereira, V. (2009). Comunicar o Fim de Vida... O Papel do Enfermeiro face à Comunicação de Falecimento à Família. Revista Enfermagem,14-17.
- Pereira, A. G. P. (2008) Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Regulamento n.º 429/2018. Diário da República nº 135 - 2.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Serra, J. & Albuquerque, E. (2006). A transmissão de más notícias: uma reflexão. Psiquiatria Clínica,27 (1),75-82.



Sara Gomes

Enfermeira Especialista Enfermagem
Médico-Cirúrgica
IPO Coimbra

Ser Enfermeiro numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte: Intervenções (pali)ATIVAS

Os Cuidados Paliativos (CP) em Portugal têm evidenciado um importante caminho percorrido, com maior ênfase nas últimas décadas. Em 2012, com a criação da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagrou-se o direito e definiu-se a regulação ao acesso, bem como a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos n.º 52/2012 de 5/9/2012).

Com vista à prestação de cuidados diferenciados, científicos, rigorosos e promotores dos princípios éticos, sabemos há muito que a eficácia dos CP é diretamente proporcional à antecipação com que estes são integrados no curso das doenças, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, aliviar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual, bem como reduzir hospitalizações desnecessárias e a (sobre) utilização de serviços de saúde (OMS; Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos-2021/2022).

Em 2014, em resposta ao incremento da acessibilidade, foi determinada a “(...) existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) em cada estabelecimento hospitalar e unidades locais de saúde (...)” (DR, 2.ª série, n.º 154, Despacho n.º 10429/2014, de 12/8/2014). Dotadas de recursos próprios, preferencialmente em tempo integral e com formação diferenciada, as EIHSCP caracterizam-se por ser multidisciplinares, propondo-se “(...) ao aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias” e ainda “Assistência na exe-

cução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.” (DR n.º 46/2018, Série I de 2018-03-06, artigo 8º).

Convergente com a necessidade de criar respostas para esta diferenciação de cuidados, a Ordem dos Enfermeiros definiu em 2015 as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação Crónica e Paliativa (DR, 2.ª série, N.º 135, Regulamento n.º 188-16/7/2018).

Capacitado para avaliar sintomas, antecipar e atuar em tempo útil, adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas e reformular o plano individual de cuidados com base na eficácia das intervenções desenvolvidas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica surge como elemento diferenciador nas EIHSCP.

As suas intervenções iniciam-se com a consulta de registos das últimas 16 horas do doente internado, uma vez que o horário de funcionamentos das equipas ainda decorre, substancialmente, de segunda a sexta-feira, no turno da manhã. Posteriormente, existe um momento estruturado de reunião multiprofissional com os restantes elementos da equipa (médico, psicólogo e assistente social), onde se partilha e atualiza o plano individual de cuidados do doente e se perspetivam as intervenções a realizar.

A avaliação presencial dos doentes é idealmente realizada, salvaguardando situações que justifiquem uma monitorização telefónica. Deslocamo-nos ao internamento onde o doente se encontra e em articulação com a equipa responsável realiza-se a identificação das necessidades, elaboram-se os diagnósticos de enfermagem, planeiam-se as intervenções farmacológicas e não farmacológi-

cas, implementam-se e avaliam-se os resultados obtidos. Os registos são realizados informaticamente, de acordo com os quatro pilares dos cuidados paliativos: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

No sentido de criar respostas ativas às necessidades decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva perante o doente, o Enfermeiro intervém no sentido da tomada de decisão, distinguindo-se como um elemento de articulação, promovendo uma escuta ativa e apoio emocional, no sentido de uma abordagem holística. Em relação à pessoa de referência/familiar/cuidador, são intervenções do tipo conhecer, capacitar, apoiar, instruir, treinar, gerir, aprender, executar e avaliar que permitem o suporte e a continuidade de cuidados no domicílio.

Para além da consultoria realizada nos internamentos, as funções do Enfermeiro estendem-se igualmente ao ambulatório, apoiando na consulta externa de CP, prevenindo-se igualmente a realização de formação interna e externa. Ser Enfermeiro numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos é diariamente, um desafio, e, ao mesmo tempo, seguramente, um privilégio!

Intervenção do enfermeiro na gestão da doença da pessoa idosa com diabetes e comorbilidades renais e cardíacas associadas



Mariana Pires
Enfermeira
Associação Protectora
dos Diabéticos de Portugal

Sabemos que as doenças crónicas são permanentes, causam incapacidade ou deficiências residuais, ocasionadas por alterações patológicas irreversíveis e, para que haja sucesso no tratamento, é indispensável a atuação dos profissionais da saúde. Jacobi (2013) refere que, em todo este processo, é fundamental o correto envolvimento entre a pessoa e os profissionais, mas também sabemos que o tratamento desencadeia uma sucessão de situações conflituosas.

As transformações ocasionadas pela doença no dia a dia geram ansiedade, que se acentua nas pessoas idosas submetidas a restrições e envolve diretamente os familiares da pessoa, pois promove alterações na rotina, exigindo, muitas vezes, adaptações e mudanças no estilo de vida. Particularmente no caso da pessoa com diabetes e comorbilidades, como a doença cardíaca e renal, algumas destas alterações podem parecer contraditórias e de difícil equilíbrio entre si, por isso, tal como refere Silva (2017), a consulta de enfermagem promove o vínculo entre o profissional de saúde e o indivíduo, o que facilita a identificação dos problemas e permite promo-

ver, proteger, recuperar e reabilitar a pessoa.

No caso da pessoa com diabetes, logo após o seu diagnóstico, são sugeridas um conjunto de medidas para melhorar o seu controlo metabólico: início de medicação, que pode ser oral ou injetável (sendo que esta segunda obriga à aprendizagem de uma técnica de

administração), gerir a alimentação de forma equilibrada e variada com especial atenção na distribuição dos hidratos de carbono (nos idosos, com hábitos alimentares que mantêm há muitos anos, por vezes é mais complicada a aceitação da mudança) e é solicitada alguma atividade física, sempre adequada à condição geral de

As transformações ocasionadas pela doença no dia-a-dia geram ansiedade, que se acentua nas pessoas idosas submetidas a restrições e envolve diretamente os familiares da pessoa, pois promove alterações na rotina

saúde da pessoa (APDP, 2022). A esta tríade somam-se as avaliações de glicemia capilar e as consultas com os diferentes profissionais de saúde. Normalmente, a pessoa com diabetes também tem doença cardíaca, em que, para além de todos os aspetos relacionados com a diabetes mellitus, o controlo dos valores da pressão arterial e lipídicos são também necessários para uma boa gestão da doença cardíaca. Além disso, para identificar as pessoas com risco de desenvolverem doença cardiovascular, está indicado nos doentes com diabetes e hipertensão ou com suspeita de doença cardiovascular: a avaliação da microalbuminúria e realizar um eletrocardiograma em repouso, o que implica mais consultas/exames. (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2019). A doença renal crónica está, também, amplamente associada à pessoa com diabetes e, tal como outra doença, tem alguns aspetos importantes para prevenir a progressão da doença. Quando a doença renal surge é fundamental vigiar a pressão arterial, evitar alimentos processados, realizar atividade física, combatendo o sedentarismo, evitar o excesso de sal e açúcar, ingerir água e urinar pelo menos de 4/4 horas, evitar o uso excessivo de anti-inflamatórios não esteroides, e sempre que lhe seja sugerido iniciar um novo medicamento deve, previamente, in-



formar-se com o seu médico e não deve tomar suplementos à base de ervas ou proteínas sem consultar a equipa de saúde. (APDP, 2022 e Sociedade Portuguesa de Nefrologia, 2021)

Paralelamente a estas recomendações específicas de cada situação de saúde, de uma forma geral a equipa de saúde pede às pessoas que mantenham o peso controlado, evitando o excesso de peso, prefiram alimentos frescos aos industrializados, optem por peixe, bebam cerca de 1,5L de líquidos por dia e optem por água em vez de sumos ou outros refrigerantes, não fumem e evitem o stresse. Todas estas sugestões soam como regras e, em cada consulta, a pessoa idosa com diabetes, doença cardíaca e doença renal crónica sente-se “bombardeada com indicações” e refém de consultas/exames, que servem para diagnóstico diferenciado e tratamento, no entanto, muitas vezes apenas seguem e cumprem estas indicações e nem sempre sabem o porquê de as estar a fazer.

O papel do enfermeiro, nas suas consultas, é olhar para a pessoa de forma holística e ajudá-la a desmistificar e clarificar toda a informação que vem de diferentes profissionais (endocrinologista, cardiologista, nefrologista, ...), favorecendo a organização do puzzle da sua saúde/doença e ajudando a integrar na sua vida as alterações e ajustes que sejam importantes para o melhor controlo de todas as suas condições de saúde.

Em relação a estes aspetos a Organização Mundial de Saúde refere que “as atividades de Educação Terapêutica são essenciais na gestão das doenças crónicas. Devem ser geridas por profissionais de saúde treinados no campo da educação e são dirigidas a pessoas com doenças crónicas (ou grupos de pessoas) e famílias, para gerirem o tratamento, prevenirem as complicações e manterem ou melhorarem a qualidade de vida.” (OMS, 1998)

No caminho percorrido nas consultas de acompanhamento da pessoa com doenças crónicas, devemos focar-nos nos diferentes “saberes”: Saber enquanto conhecimento teórico, Saber Fazer, pois temos de atuar perante as situações clínicas que vão surgindo e Saber Ser, pois devemos integrar na nossa vida todos os aspetos necessários (APDP, 2018). No en-

tanto, nem sempre é fácil e intuitivo construir o puzzle de cada pessoa e devemos recorrer a técnicas de comunicação como a empatia, escuta ativa e reflexiva, congruência entre a comunicação verbal e não-verbal, valorização da participação ativa das pessoas em todo o processo e encorajar e reforçar de forma positiva. Desta forma conseguimos um aumento da satisfação das pessoas e profissionais de saúde, melhoria da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida e diminuição dos custos a nível pessoal, familiar, laboral, social e económico (APDP, 2022). Quando colocamos questões abertas e proporcionamos tempo e espaço para a pessoa se expressar, isso ajuda a pessoa a ter a perceção das suas dificuldades e a colocar todas as suas dúvidas/medos/necessidades, o que vai permitir definir as prioridades de ação e

estabelecer o caminho a seguir em cada consulta, em conjunto com a pessoa e a sua família.

Outro aspeto importante a integrar nas consultas é avaliar o impacto de todas estas alterações no dia a dia das pessoas, pois segundo Pires (2018) as pessoas com mais idade, que vivem sozinhas, sem atividade laboral e com menor escolaridade, têm uma maior probabilidade de ter presentes sintomas depressivos e uma autoeficácia mas baixa. Entre si, a depressão e a autoeficácia estão inversamente relacionadas. Este aspeto tem especial relevância pois, uma pessoa com elevada autoeficácia acredita que, através do seu esforço, consegue alcançar um resultado e quando isso é direcionado para a atividade de cuidar de si próprio, conduz a grandes ganhos em saúde.

Enquanto profissionais, sabemos que se no início é necessário despende mais tempo para conhecer o outro, as suas características e forma de se autocuidar, para identificar as lacunas no seu autocuidado, também é verdade que esta é a única forma de identificar se a pessoa necessita de apoio/ações por parte da equipa de enfermagem. Posteriormente, o implementar dessas intervenções acordadas com a pessoa, ao longo do processo de gestão da doença, torna-se mais intuitivo e eficaz, sendo um caminho preferencial para obter ganhos em saúde.

Em suma, o papel do enfermeiro também passa por conseguir olhar a pessoa na sua globalidade e atender às suas particularidades e necessidades, de forma a enquadrar as múltiplas situações de saúde/doença no seu dia-a-dia e permitir a construção das suas próprias narrativas para os seus problemas de saúde, doença e bem-estar.

O papel do enfermeiro,
nas suas consultas,
é olhar para a pessoa
de forma holística e
ajudá-la a desmistificar
e clarificar toda a
informação que vem de
diferentes profissionais

A saúde infantil e avaliação nutricional sob avaliação desde a 1.^a semana de vida

O acompanhamento no período neonatal é crucial para um desenvolvimento saudável do bebê. Clínicos e enfermeiros são as figuras centrais que norteiam as orientações transmitidas aos pais. A relação de proximidade e confiança, como afirma Jorge Amil Dias, “permite contacto mais fácil em caso de doença e reduzir o número de visitas aos serviços de urgência hospitalares”. O gastroenterologista pediátrico desde a criação da subespecialidade, secretário Geral da European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) e presidente do Colégio de Especialidade de Pediatria, conversou com o Anuário do Enfermeiro sobre algumas questões pertinentes do desenvolvimento do bebê.



Jorge Amil

Gastroenterologista pediátrico

Secretário Geral da European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) e presidente do Colégio de Especialidade de Pediatria

Anuário do Enfermeiro (AE): À luz das mais recentes recomendações, como deve ser estruturada a primeira consulta de saúde infantil e avaliação nutricional após o nascimento do bebê?

– **Jorge Amil Dias (JAD):** A primeira observação dum recém-nascido deve ser feita ainda na maternidade (é prática geral dos Serviços que tal ocorra). Se nada de anormal for detetado, que exija vigilância especial, a primeira consulta “de saúde infantil”, isto é, de seguimento de criança saudável, deverá ocorrer cerca de duas semanas após o nascimento. O objetivo dessa (e das subsequentes que devem ocorrer de acordo com o plano habitual de Saúde Infantil) é confirmar ausência de sinais de anomalia que exija cuidados médicos (nem todas são evidentes ao nascer), acompanhar o desenvolvimento e crescimento, promover adequada alimentação e imunizações.

AE | Tendo em conta a avultada informação disponível nas redes sociais e fóruns maternos, como avalia o grau de conhecimento, com informação válida dos pais, sobretudo quando se trata do primeiro filho?

– **JAD |** É um lugar-comum dizer que os bebês não trazem manual de instruções. Em famílias com mais de um filho, é evidente que a expe-

riência vai facilitando a interpretação de sinais e ajudando a resolver dificuldades. No caso do primeiro filho, a modificação das estruturas familiares em que os avós estavam sempre presentes e ajudavam a guiar a aprendizagem, deixa frequentemente os pais “entregues a si próprios”. Nesses casos, as redes sociais e fóruns maternos pode ser muito útil para proporcionar ajuda e conselhos. Todavia, tudo o que se ouve e lê deve ser interpretado com prudência e bom senso pois não há “medidas únicas” que sirvam a todos e frequentemente a “experiência pessoal é a técnica de repetir os mesmos erros, cada vez com mais confiança”. Esses grupos de discussão e troca de opiniões são, pois, excelente fonte de ajuda desde que seja mantido sentido crítico na avaliação da informação recebida.

AE | Quais os aspetos da saúde do recém-nascido de maior preocupação para os pediatras?

– **JAD |** Não há uma resposta simples. Numerosas situações que ocorrem no período neonatal podem ter enormes implicações a muitos anos de distância. É impossível fazer aqui uma lista exaustiva, mas ocorrem-me alguns conselhos gerais: a primeira refeição e a primeira semana de vida podem ter enorme influência no risco

de desenvolver alergias no futuro. Resumidamente, o intestino do bebê na primeira semana de vida é bastante mais permeável à penetração de proteínas do que na vida subsequente. Esse facto pode ter enorme impacto se forem fornecidos biberões de leite mesmo que a mãe venha depois a amamentar o bebê. Vários estudos têm mostrado que pode haver uma sensibilização por esses biberões isolados. Assim, manter aleitamento materno exclusivo desde o nascimento, é uma boa prática para reduzir o risco de ocorrência de alergia alimentar, meses mais tarde. É importante lembrar que o colostro (leite materno dos primeiros dias)

tem componentes imunológicos importantes para a saúde e defesas do bebê (beneficiando também da tal permeabilidade aumentada), e é alimento adequado desde o nascimento. Outro fator de potencial impacto é o uso de antibióticos nos primeiros dias de vida. A colonização intestinal por micro-organismos ocorre rapidamente e é influenciada por vários fatores. Os antibióticos são fator importante que modifica essa colonização. Muitos estudos confirmam que o seu uso pode influenciar o risco de certas doenças, anos mais tarde. Todavia, é importante ter em atenção que há situações clínicas de infeção que podem colocar em risco a vida do bebê, pelo que a decisão de usar, e escolher quais antibióticos nos primeiros dias de vida deve ser tomada cuidadosamente, tendo em atenção os benefícios e riscos associados à opção mais importante.

AE | Abordando a questão alimentar do bebê, que posição deve o médico adotar no que diz respeito à alimentação via amamentação versus o recurso a fórmulas? E qual a abordagem a adotar na manifestação de cólicas crónicas?

– JAD | Ser mamífero significa “ser amamentado nos primeiros tempos de vida”. O leite de cada espécie de mamífero tem propriedades próprias no que toca a composição de energia, proteínas, gorduras, etc. Mas há muitos outros componentes que distinguem os leites de diferentes origens. Assim, o único leite perfeito para os bebês é o leite humano. Todos os restantes produtos são aproximações, usando os recursos da investigação e da tecnologia para os aproximar ao “padrão ideal”. Antes de serem aprovados para venda, todos os leites são submetidos a um cuidadoso escrutínio técnico e de ensaios clínicos para assegurar o seu equilíbrio e benefício no crescimento e maturação de funções. Como se afirmou acima, há efeitos que podem levar anos a identificar. Por esse motivo, os avanços tecnológicos devem ser cautelosos e monitorizados. Outra implicação é que o produto original é sempre melhor do que as “cópias”. Há várias situações em que o aleitamento materno não é possível ou até recomendável por motivos justificáveis. Não

devem essas mães sentir-se culpabilizadas ou acusadas. Os recursos da indústria moderna fornecem fórmulas obtidas a partir de leites doutras espécies (vaca, cabra), devidamente manipulados e ajustados às necessidades nutricionais dos bebês. Assim, a prescrição de fórmula industrial deve ser encarada como uma decisão médica tomada conjuntamente com a mãe, escolhendo um produto de composição adequada e equilibrada que mimetize, tanto quanto possível, o benefício nutricional, imunológico e metabólico ideal para o bebê.

AE | De que forma devem ser introduzidos os alimentos no plano nutricional do bebê?

– JAD | As regras de alimentação infantil têm variado ao longo do tempo. Após uma fase de atraso prudente na introdução de novos alimentos, especialmente em bebês com risco familiar de alergia, estudos conduzidos com maior rigor têm sistematicamente mostrado que haverá uma “janela de oportunidade” entre os quatro e os sete meses para introdução de novos alimentos. Antecipar ou atrasar demasiado essa introdução parece aumentar, e não reduzir, o risco de sensibilização alérgica. Se é verdade que a Organização Mundial de Saúde recomenda aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, poderá haver alguma flutuação de acordo com a disponibilidade materna e a evolução ponderal do bebê. A tradicional preocupação em evitar certos alimentos pelo risco de alergia parece infundada e, na verdade agrava esse risco. Certos produtos, como as leguminosas secas, podem causar alguma flatulência e desconforto abdominal, pelo que devem ser introduzidas na alimentação um pouco mais tarde e com vigilância de sinais de desconforto no bebê.

AE | Como se detetam as alergias alimentares e de que forma podem ser solucionadas?

– JAD | Os sinais de alergia alimentar são muito variáveis (cutâneos, respiratórios, digestivos) e não podem resumir-se em poucas linhas. A avaliação médica é essencial para ajudar e guiar o esforço diagnóstico e recomendar as medidas terapêuticas adequadas.

AE | Nos casos em que a alimentação via leite materno não é possível, quais as opções mais recomendadas? E de que forma estas se podem assemelhar aos benefícios do leite materno?

– JAD | Como se disse acima, o aleitamento materno é fortemente desejável, mas em alguns casos impossível ou não recomendado. As recomendações atuais das principais Sociedades Científicas vão no sentido de se usar uma fórmula de composição equilibrada, baseada em “proteína inteira” a partir do leite de vaca. Uma

prática corrente em Portugal tem consistido na utilização de leites “hipoalergénicos”, em que as proteínas são partidas em fragmentos mais pequenos. Todavia, essa esperança de reduzir o risco de sensibilização alérgica não parece hoje fundamentada e a maioria dos países quase abandonou o seu uso por falta de benefício e pelo custo adicional injustificado no resultado obtido. Assim, se o aleitamento materno não for uma opção possível, é desejável o recurso a fórmulas infantis de composição equilibrada e que possam promover uma colonização intestinal semelhante à que se obteria através do aleitamento materno, e de estimulação favorável dos mecanismos de proteção imunológica.

AE | Da sua experiência, qual é, na maioria, o posicionamento dos jovens pais no que concerne às vacinas?

– JAD | A redução de morbilidade e de mortalidade infantil através dos programas de vacinação é uma conquista de importância imensa. Por esse motivo a maioria dos países dispensa as vacinas de forma gratuita e universal. Portugal tem uma elevadíssima, e invejável, taxa de aceitação e cumprimento dos planos de vacinação por parte de todos os pais. Reduzir a morte ou complicações graves tem sido possível e esse esforço deve manter-se no cumprimento dos planos de vacinação aprovados pelas autoridades de saúde. Outras vacinas têm surgido e são habitualmente recomendadas pelos médicos, ainda que não incorporadas, por agora, no Plano Nacional de Vacinação. A informação junto do médico assistente ajudará os pais a decidir quais as vacinas adicionais que poderão ser justificáveis e recomendadas para cada criança.

AE | Como podem os enfermeiros, integrados na equipa pediátrica, inspirar tranquilidade à mãe na adaptação ao seu novo papel?

– JAD | Os enfermeiros são profissionais devidamente treinados para prestarem apoio aos pais, ensinando as regras a adotar nos cuidados gerais de saúde infantil, mas também a valorizar sinais de doença e as primeiras medidas a tomar. Ter uma relação dedicada com o médico e o enfermeiro que melhor conhecem a criança permite contacto mais fácil em caso de doença e reduzir o número de visitas aos serviços de urgência hospitalares que devem reservar-se para situações em que a atuação médica imediata é essencial. Na maior parte das doenças infantis, a pesquisa de sinais de gravidade e medidas de suporte gerais (analgesia, controlar a febre, promover hidratação adequada, por exemplo) ajudam a criança a ficar mais confortável e dão tempo para agendar uma observação pela equipa de saúde que a conhece melhor.

NOVO

PARA BEBÉS COM DESAFIOS IMUNITÁRIOS*

A 1ª fórmula com proteína inteira e Syneo™, eficaz na regulação¹ da microbiota intestinal

SYNEO™
scGOS/lcFOS (9:1) & *B.breve*

Simbióticos⁹ com efeito regulador da microbiota intestinal^{1,2}

2'-FL & GOS/FOS
Combinação única

Inibe a adesão de patógenos³⁻⁵ e estimula o crescimento de bactérias benéficas^{6,7}

PROTEÍNA INTEIRA

Reflete melhor a realidade do Leite Materno do que a proteína parcialmente hidrolisada⁸



Quer ter acesso a conteúdos exclusivos?
Registe-se na área reservada a profissionais de saúde do nosso site

NUTRICIA

Material exclusivamente destinado ao Profissional de Saúde; não se destina à distribuição ao público em geral.

NOTA IMPORTANTE: O leite materno é a nutrição ideal para o lactente, com todos benefícios para o melhor início de vida. É importante que na gravidez e durante o aleitamento materno, o/a Profissional de Saúde recomende que a alimentação da Mãe se baseie numa dieta sã e equilibrada. A Mãe deve ser informada e aconselhada sobre o facto de a combinação do leite materno com a alimentação por biberão, durante as primeiras semanas de vida, poder reduzir a produção do leite materno e sobre a dificuldade de voltar atrás na decisão de não amamentar. As implicações financeiras e sociais de utilizar um leite para lactentes devem sempre ser consideradas. Aptamil® Profutura® Care Syneo™ 1 é um leite para lactentes destinado a fins nutricionais específicos de lactentes desde o nascimento até aos 6 meses, como substituto do leite materno, quando não amamentados. No caso da impossibilidade do aleitamento materno e no caso de serem utilizadas fórmulas para lactentes, mediante recomendação do Profissional de Saúde, devem ser seguidas as instruções de utilização dadas pelo fabricante, pois a sua incorreta utilização pode colocar em risco a saúde do lactente.

*factores de risco para o sistema imunitário, tais como parto por cesariana, tomas de antibióticos e outros que desequilibram a microbiota intestinal.

1. Chua MC, Ben-Amor K, Lay C, Neo AGE, Chiang WC, Rao R, Chew C, Chalthongwongwatthana S, Khemapech N, Knol J, Chongsrisawat V. Effect of Synbiotic on the Gut Microbiota of Caesarean Delivered Infants: A Randomized, Double-Blind, Multicenter Study. JPGN. 2017; 65:102-106.; 2. Arslanoglu S, Moro GE, Schmitt J, Tandoi L, Rizzardi S, Boehm G. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. J Nutr. 2008; 138(6):1091-5. doi:10.1093/jn/138.6.1091. PMID: 18492839.; 3. Yu ZT, et al. J Nutr 2016;146(10):1980-90.; 4. Ruiz-Palacios GM, et al. J of Biol Chem 2003;278(16):14112-20.; 5. Weichert S, et al. Nutrition Research 2013;33(10):831-8.; 6. Moro G, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;34:291-5.; 7. Knol J, et al. Acta Paediatr Suppl. 2005;94(449):31-3.; 8. Kunz C, Lönnerdal B. Re-evaluation of the whey protein/casein ratio of human milk. Acta Paediatr. 1992; 81(2): 107-12. doi: 10.1111/j.1651-2227.1992.tb12184.x. PMID: 1515752.; 9. Seppo Salminen et al. The Biotics Family. Wiley, 2019.



Inês Pestana Martins

Enfermeira no Hospital CUF
Descobertas

A perspectiva da enfermagem sobre Nutrição Clínica

Desde os primórdios da humanidade que nos questionamos: como é que o nosso organismo se articula com os diferentes sistemas orgânicos e com o ambiente envolvente?

Em 1854, na Guerra da Crimeia, a Enfermeira Nightingale implementou diversas medidas de manipulação do ambiente físico que reduziram a mortalidade dos soldados. Sendo visionária, numa época conturbada, de crise, guerra, fome, Nightingale acreditava que os alimentos deviam ser discutidos de acordo com as necessidades e preferências de cada doente.

Ao longo dos séculos temos assistido a uma mudança de paradigma face à alimentação e como esta tem impacto na nossa vida.

Em julho de 2018 o Diário da República alertava para o facto de “em Portugal, as patologias mais prevalentes na população relacionam-se direta ou indiretamente com a alimentação inadequada. Um em cada dois portugueses têm um consumo de fruta e hortícolas inferior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, 76% da população apresenta uma ingestão de sódio acima do nível máximo tolerado e 5% dos idosos (≥ 65 anos) bebem mais de um litro de bebidas alcoólicas diaria-

mente. A ingestão média de açúcar da população adulta é de 86g/dia, superior à recomendação da OMS. Sendo que a intervenção nutricional é extremamente efetiva na prevenção e gestão das doenças relacionadas com os hábitos alimentares, como acontece em muitas doenças crónicas.”

A adopção de hábitos alimentares saudáveis irá influenciar o estado de saúde de cada um, na prevenção ou melhoria funcional de doenças crónicas. Ao enfermeiro cabe a promoção de saúde, educação e capacitação de cada indivíduo e respectiva família.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a “consulta de enfermagem visa a intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem estar e autocuidado, de modo a impactar de forma positiva na sua qualidade de vida”.

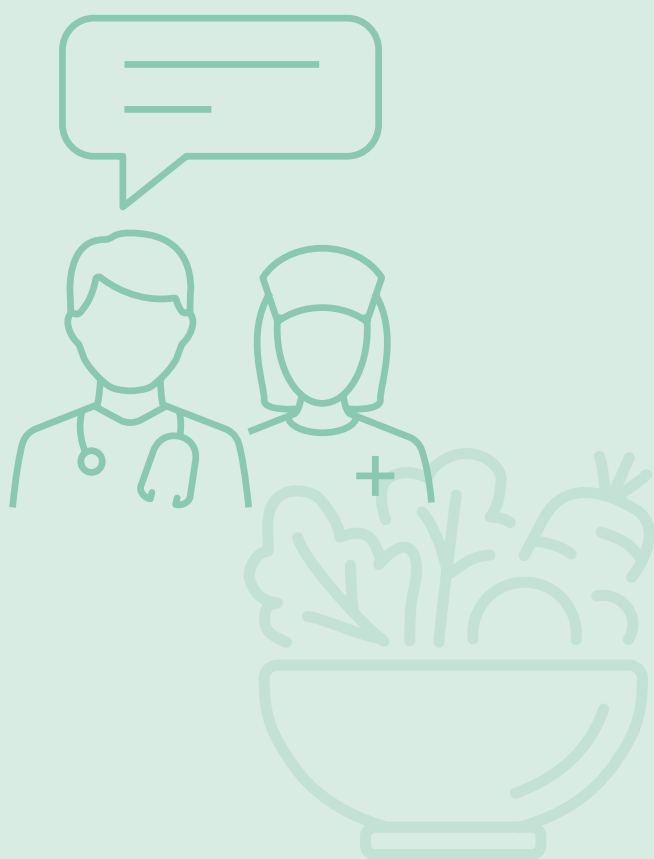
Atendendo a cada indivíduo/família desenvolvemos um processo que contempla uma colheita de dados, formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação, avaliação

de resultados. Consulta esta que se insere numa equipa multidisciplinar, composta por médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros profissionais de saúde, com o objectivo de criar uma visão holística de cada pessoa. Em contexto de saúde é deveras importante olharmos

para cada um como um ser físico, social e espiritual e só assim poderemos prestar cuidados de saúde de excelência.

Ao longo dos anos tenho assistido ao empenho de uma equipa de enfermagem extraordinária que segue uma metodologia científica rigorosa no seu plano de cuidados.

A ingestão média de açúcar da população adulta é de 86g/dia, superior à recomendação da OMS. Sendo que a intervenção nutricional é extremamente efetiva na prevenção e gestão das doenças relacionadas com os hábitos alimentares



Nas consultas de Enfermagem de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular, Memória e Geriatria, desenvolvidas na nossa instituição, verificamos diariamente que a nutrição tem um papel tão importante quanto a terapêutica e somente em uníssono poderão ser obtidos ganhos em saúde.

Cabe-nos averiguar se existe um plano alimentar adequado. Como? Importa demonstrar disponibilidade e promover um ambiente tranquilo para que o doente possa partilhar connosco as suas rotinas, conquistas, obstáculos e dificuldades. Outro momento importante decorre através de alguns exames objetivos tais como: bioimpedância (análise da composição corporal); medição perímetro abdominal; avaliação de HbA1c (indicador de controlo metabólico), triagem cardiovascular através do equipamento WatchBp Office ABI, entre outras avaliações, como escalas aferidas nacional e internacionalmente, como é no caso da consulta da Memória e de Geriatria.

Cada enfermeiro conhece a fisiopatologia de cada doença para poder adequar um plano individualizado e elaborar estratégias que podem ajudar o doente a alcançar metas que lhe tragam bem-estar, e consequentemente longevidade. Trabalhamos diariamente com doenças crónicas e cada uma tem as suas características e necessidades - entre as quais, as nutricionais. A interação e aprendizagem com a equipa de nutricionistas, ajuda-nos a enriquecer as nossas consultas, para além das participações, em conjunto, em ações de diagnóstico precoce da Obesidade, de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular e de Diabetes Mellitus. A equipa de enfermagem é, assim, parte de uma equipa multidisciplinar em que são desenvolvidas consultas sustentadas em conhecimento científico. Muitas pessoas, infelizmente, não são acompanhadas pela especialidade de Nutrição, ou por desconforto, negação face à doença ou cepticismo. Existem ainda doentes que não reconhecem a alimenta-

ção como um ganho em saúde, e outros que, por motivos culturais têm dificuldade em alterar alguns consumos habituais.

Realçamos diariamente na consulta a importância de alcançar um estilo de vida saudável, independentemente da idade, através da adoção de comportamentos promotores da saúde. Desenvolvemos, ainda, algumas metodologias práticas que consideramos importantes, nomeadamente: alertar para a existência do descodificador de rótulos, disponibilizado pela Direção Geral de Saúde (DGS). Realizamos exercícios com os diversos alimentos consumidos, dando aos doentes ferramentas essenciais para um bom entendimento do que consomem, através da análise de produtos existentes no mercado e da leitura adequada dos rótulos, assim como apelamos à escolha de opções mais saudáveis.

Há pouco tempo, uma pessoa disse-nos em consulta que ingeria

umas bolachas com baixo teor de açúcar. Depois de trabalharmos sobre os rótulos fomos analisá-las e verificámos que por cada 100gr continham 27gr de açúcar - sendo que a DGS padroniza como valores ideais até 5 gr de açúcar por cada 100gr de alimento. Posteriormente, o doente regressou à consulta de Enfermagem Diabetes Mellitus e, muito satisfeito, afirmou que partilhou com a sua família e amigos a informação que tinha recebido, e desde então realiza as suas compras contemplando os rótulos.

Enquanto Enfermeiros investimos na Educação para a Saúde, e reconhecemos dia após dia as dificuldades existentes na alteração de estilos de vida. Quando conseguimos alcançar os objetivos pretendidos, sentimos um orgulho e uma gratificação inimaginável, pois aquela pessoa/família desenvolveu e adquiriu conhecimentos para rumar e controlar os seus próprios ganhos em saúde.

Cada enfermeiro
conhece a
fisiopatologia
de cada doença
para poder
adequar um plano
individualizado e
elaborar estratégias
que podem ajudar
o doente a alcançar
metas que lhe
tragam bem-estar



Ana Catarina Cardeira

Enfermeira especialista em médico-cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem Oncológica
Hospital de dia de Hematologia e Oncologia Médica, IPO Lisboa

Papel da enfermagem nas diferentes etapas de tratamento do mieloma múltiplo e no apoio ao cuidador/famílias

Cuidar de pessoas com mieloma múltiplo é complexo e desafiante, exigindo enfermeiros competentes para avaliar a pessoa na sua circunstância e para implementar intervenções específicas e dirigidas às alterações impostas pela doença e tratamento, a nível biopsicossocial, cultural e espiritual. É fundamental que os enfermeiros sejam detentores de conhecimento acerca da doença e respetiva fisiopatologia, bem como dos tratamentos disponíveis e efeitos secundários possíveis, para assim identificarem as necessidades e os problemas dos doentes, e prestarem cuidados de enfermagem seguros, eficazes, individualizados e centrados no doente.

O mieloma múltiplo é a segunda doença maligna hematológica mais comum e surge habitualmente em idade avançada, contudo, o diagnóstico em pessoas mais jovens tem sido uma realidade. Nas últimas décadas esta patologia tem assumido características de doença crónica devido, sobretudo, aos avanços científicos na área das terapêuticas disponíveis e respetiva eficácia. Ao longo percurso da doença (que pode durar vários anos) existem períodos de remissão, aos quais se podem seguir múltiplas recaídas, sendo as linhas de tratamento sucessivas.

Atualmente as modalidades terapêuticas existentes para combater o mieloma múltiplo são diversas,

nomeadamente, inibidores de proteassoma, agentes imunomoduladores, anticorpos monoclonais, quimioterapia ou corticosteroides, isoladamente ou em combinação; sendo a radioterapia e o transplante autólogo de células estaminais também terapias indicadas. A seleção do esquema terapêutico depende de diversos fatores como sejam a idade do doente, estadiação da doença, tera pêuticas anteriormente realizadas, comorbilidades, *performance status*, rede de suporte familiar e social, entre outros. As modalidades enunciadas acarretam efeitos e toxicidades, uns mais gravosos que outros, nomeadamente, risco de infeção e neuropatia periférica. Cabe ao enfermeiro o papel de instruir o doente para a deteção precoce e gestão eficaz dos mesmos capacitando a pessoa a cuidar de si própria. Cansaço, alterações renais, infeções recorrentes e dor óssea são frequentes como sintomatologia da doença, podendo originar estados de maior fragilidade, consequente debilidade e dependência. Nesta situação o papel de cuidador é assumido por outrem, que contrai a responsabilidade de adesão ao regime terapêutico, bem como da realização de algumas atividades de vida que podem estar comprometidas, sendo cuidador/família elementos primordiais no plano de cuidados de enfermagem estabelecido.

Compreender a experiência vivida da pessoa doente é essencial; o caminho percorrido na doença é pautado por sentimentos de incerteza, medo e angústia, mas também de esperança, aliados ao sofrimento físico e consequente diminuição da qualidade de vida, o estabelecimento de uma relação empática e de confiança irá apoiar a tomada de decisão e promover sentimentos positivos e de segurança. Na minha prática clínica diária deparo-me com diferentes questões que doentes e cuidadores colocam: a minha doença tem cura?; se este tratamento não resultar, existem outros?; quando é que as dores vão passar?; quais os efeitos dos tratamentos?; os formigueiros nas mãos são para sempre?; por que tenho de realizar comprimidos e injeções? um não chega? ou é por ser mais grave?; o tratamento que agora faço na barriga é tão eficaz como o que fazia na veia?; o que é o transplante?; será que volto a andar?; a radioterapia dói? São perguntas difíceis e cujas respostas exigem empatia e rigor por parte da equipa de enfermagem e partilha no seio da equipa de saúde.

Durante o meu percurso profissional de 18 anos no IPO de Lisboa

acompanho e cuido de doentes e seus significantes nas diversas fases da doença. Em ambulatório aquando do início de tratamento e quando a doença reaparece, no internamento quando a pessoa é internada por compressão medular e tão frequentemente por intercorrências infecciosas, no autotransplante em que os efeitos tóxicos do regime de quimioterapia são mais evidentes. Em todas estas fases críticas considero que a resiliência é uma característica comum àqueles que padecem de mieloma múltiplo. A natureza imprevisível e complexa da doença exige enfermeiros capazes de implementar uma gestão holística da mesma.

A equipa de enfermagem assume um papel fundamental na informação que disponibiliza ao doente, na deteção precoce de eventos adversos, no apoio e suporte que fornece ao doente e cuidador/família, constituindo-se com elemento de ligação à restante equipa de saúde, promovendo assim o sucesso do tratamento instituído. A existência na equipa de saúde da figura do enfermeiro de referência é certamente uma mais-valia para estes doentes, assim como a realização de sessões regulares de educação para a saúde.

“Ainda temos um caminho a percorrer até à criação da especialidade de enfermagem oncológica”

A criação da especialidade é uma das reivindicações da AEOP – Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, de acordo com a sua presidente, Paula Amorim. Um primeiro passo importante já foi dado – a certificação da respetiva competência acrescida. A formação pós-graduada específica é outra das batalhas da associação, tendo em vista o papel complexo que o enfermeiro assume nos cuidados oncológicos.

Anuário do Enfermeiro (AE) | Como competência acrescida diferenciada, o que define a enfermagem oncológica?

Paula Amorim (PA) | Antes de definir a enfermagem oncológica importa dizer que, em 2021, foi publicado em Diário da República o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Oncológica. A Ordem dos Enfermeiros certificou esta competência, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e de valorização profissional. Esta publicação constitui-se de importância relevante não só no âmbito da regulação da atividade da enfermagem oncológica, mas, acima de tudo, no reconhecimento da sua importância nos cuidados de saúde.

A enfermagem oncológica define-se como uma área dos cuidados diferenciados e determinante nas diferentes fases da doença oncológica, desde a prevenção e diagnóstico precoce, ao longo de todo o processo terapêutico e/ou até o fim de vida.

O seu campo de atuação abrange a pessoa, a família, os cuidadores, os grupos e comunidade, no âmbito da oncologia e das abordagens terapêuticas na doença oncológica. Centra-se nos processos de prevenção, diagnóstico precoce, gestão da saúde/doença, capacitação para a transição segura e saudável no processo de (re)adaptação à vida com a doença.

Como elemento de uma equipa multidisciplinar é determinante para assegurar cuidados holísticos à pessoa com doença oncológica, família/cuidadores, garantindo a transição segura de cuidados, nos diferentes contextos de atuação, e ao longo do ciclo vital, valorizando a investigação como contributo para a melhoria contínua dos cuidados.

A prática profissional da enfermagem oncológica é baseada na evidência científica e suportada em normas legais, princípios éticos e na deontologia profissional.

AE | Quais são as suas mais-valias no contexto das equipas multidisciplinares? E como é a articulação com a equipa/direção clínica?

PA | É importante ressaltar que o enfermeiro oncológico detém um conhecimento técnico-científico complexo, específico e essencial à sua prática que lhe permite contribuir para a tomada de decisão, promovendo práticas seguras, sustentadas num processo de comunicação efetiva intra e interprofissional, com vista à obtenção de ganhos em saúde. Promove o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes e eficientes, concebe e implementa um plano de cuidados individualizado, avaliando os resultados das intervenções no âmbito da enfermagem oncológica, gerindo a referência da pessoa com doença onco-



Paula Amorim

Presidente da AEOP – Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

lógica, família/cuidador, numa perspetiva de integração de cuidados.

Os cuidados prestados têm como objetivo a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente: aumento da adesão aos programas de rastreio e diagnóstico precoce; o aumento da qualidade de vida; o aumento da acessibilidade a cuidados diferenciados e da equidade de cuidados; a otimização dos custos-benefícios associados; a redução da taxa de morbilidade; o aumento da adesão ao regime terapêutico; o aumento da efetividade na prevenção de complicações associadas às abordagens terapêuticas e a redução da incidência da doença oncológica.

A prática da enfermagem oncológica reconhece a comunicação como sendo uma estratégia fundamental no contexto de cuidados e promotora do processo de capacitação da pessoa com doença, família e/ou cuidadores, no respeito pelos valores éticos, deontológicos e normas legais da profissão. Constitui-se como uma componente efetiva para a promoção da segurança da pessoa com doença oncológica, família e/ou cuidadores, profissionais de saúde e ambiente.

É importante ressaltar a importância da formação específica na preparação dos profissionais de saúde na área de enfermagem oncológica, a qual deveria ser iniciada já no curso de licenciatura

Pela dinâmica da própria profissão de enfermagem, o enfermeiro oncologista constitui-se como sendo o elo de ligação do doente, família/cuidador com a restante equipa multidisciplinar.

AE | Quais são os principais desafios que os enfermeiros oncologistas enfrentam na prática diária nas unidades de saúde?

— PA | O cuidar em Oncologia é algo complexo. Os profissionais que atuam nessa área frequentemente são submetidos a fatores de riscos emocionais, exigindo deles habilidades para lidar com os sentimentos dos outros e com as suas próprias emoções frente ao cuidado oncológico. Estão expostos com maior frequência e maior intensidade à sua própria fragilidade e vulnerabilidade.

A comunicação eficaz na área da Oncologia é uma estratégia central no estabelecimento das relações terapêuticas. Dela depende, muitas vezes, a adesão ou não ao regime terapêutico, o envolvimento do doente/família/cuidador no plano terapêutico e a gestão eficaz dos sintomas visando a promoção da sua qualidade de vida.

Os desafios apontados para uma força de trabalho robusta de enfermagem em Oncologia incluem a escassez de profissionais com formação específica em enfermagem oncológica, barreiras à contratação de modo a permitir uma dotação segura nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e o possível *burnout* dos profissionais.

É importante ressaltar a importância da formação específica na preparação dos profissionais de saúde na área de enfermagem oncológica, a qual deveria ser iniciada já no curso de licenciatura.

AE | Quais são as principais preocupações/reivindicações da associação? Que papel tem desenvolvido ao nível da promoção da especialidade? A nível da carreira, o que está por fazer? Quais são as propostas da associação nesse sentido?

— PA | A AEOP é uma associação de enfermagem cuja missão é promover o desenvolvimento, dinamização e uniformização a enfermagem oncológica em Portugal. Desenvolve atividades na área da investigação, da formação e da ética oncológica, motivando a participação dos profissionais. Os grupos de trabalho da AEOP (Terapêuticas Sistémicas, Oncoradioterapia, Oncocirurgia, Cuidados de Suporte e Cuidados Paliativos), bem como o grupo dos Jovens Enfermeiros Oncologistas, contribuem para a produção e disseminação de informação científica que suporta a prática profissional e que promove a divulgação da inovação nas diferentes áreas da oncologia.

Foi no cerne da associação que emergiu a necessidade de regulamentar a prática da enfermagem oncológica, até para valorização da mesma. Um grupo de enfermeiros da associação esteve envolvido em todas as fases da construção e aprovação do documento das Competências Acrescidas Diferenciadas em Enfermagem Oncológica que foi aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão ordinária, em 26 de junho de 2021. O grupo de trabalho que construiu o documento de base das competências era composto por enfermeiros pertencentes à Comissão Regional de Peritos em Enfermagem Oncológica, da Ordem dos Enfermeiros – secção regional norte.

Atualmente, ainda temos um caminho mais ou menos longo a percorrer até à criação da Especialidade em Enfermagem Oncológica. Gostaríamos que esse fosse o próximo passo, mas o primeiro já foi dado com o reconhecimento das



Um grupo de enfermeiros da associação esteve envolvido em todas as fases da construção e aprovação do documento das Competências Acrescidas Diferenciadas em Enfermagem Oncológica que foi aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão ordinária, em 26 de junho de 2021

competências acrescidas e a sua importância para a prática dos cuidados. No entanto, de pouco vale a criação das competências e da possível especialidade, se estas habilitações não forem contempladas nas carreiras de enfermagem dos centros de cuidados de saúde. A associação, com o seu dinamismo e parcerias institucionais, nacionais e internacionais, na área da Oncologia, vai continuar o seu trajeto de intervenção proativa na área da enfermagem oncológica e, também, de sensibilização da comunidade política para a importância da criação desta especialidade, numa perspectiva de cuidados de qualidade e seguros com ganhos em saúde.

AE | Quais as principais iniciativas do ponto de vista da educação e investigação?

PA | A AEOP, como organização científica na área da Oncologia, continua a inovar e a alcançar novos objetivos.

Na perspectiva de formação, é de realçar a criação de uma escola formativa na área da enfermagem oncológica, criada por profissionais experientes e credenciados. Os cursos ministrados apostam na formação prática e em áreas da oncologia emergentes, a sua maioria certificados pela Ordem dos Enfermeiros e já com segundas edições. Acompanhando as exigências da vida profissional, bem como o contexto de pandemia, estas formações são realizadas através de uma plataforma digital. A AEOP é parceira de vários estudos de investigação em Oncologia, destacando o estudo MPN-10 e o projeto iGest Saúde. No entanto, desde a sua criação que investe nesta área, tendo já realizado vários estudos que contribuíram para a melhoria dos cuidados.

A revista ON é a revista semestral da AEOP, a qual está indexada à EBSCO, Latindex, CERE, Scientific Electronic Library Online-ScieElo e tem a classificação DOI da Crossref, demons-

trando a qualidade científica dos artigos publicados e, deste modo, permitindo mais acessos aos mesmos, quer a nível nacional, quer internacional. Constitui-se como um veículo importante para a publicação e divulgação de artigos de Investigação, artigos teóricos/de revisão e revisões da literatura, quer sejam sistemáticas ou integrativas, na área da oncologia. A associação tem elaborado documentos que sustentam as boas práticas clínicas, dirigidos aos profissionais, mas também alguns direcionados para a população, em geral.

Em termos formativos de contexto escolar, existem muitas escolas a lecionarem pós-graduação em Oncologia, mas poucas com o curso no âmbito dos cuidados específicos da enfermagem oncológica. Idealmente, todos os enfermeiros que trabalham na área da Oncologia deveriam ter formação pós-graduada nessa área

Além disso, é parceira científica de várias iniciativas, entre elas a plataforma Cancro Online, o projeto Mielomas, entre outros. Na área da educação, o desafio mais recente é a criação de um espaço de Laboratório de Ideias, para que os enfermeiros possam participar com ideias criativas e soluções inovadoras que irão contribuir para o desenvolvimento e visibilidade da enfermagem oncológica.

A sua atuação passa também pela realização de campanhas de sensibilização à população através de webinars e/ou programas alocados ao Dia Europeu da Enfermagem Oncológica (18 de maio).

Para terminar a resposta a esta questão, gostaria de realçar a importância da nossa reunião anual, que se constitui um momento de excelência para a partilha de trabalhos de investigação, de boas práticas e de experiências, numa perspetiva da melhoria contínua do Cuidar em Oncologia e da obtenção de ganhos em saúde.

AE | A atualização é uma preocupação/necessidade em todas as profissões. Como olha para a formação pós-graduada em Enfermagem Oncológica? Responde às necessidades em saúde?

PA | O programa formativo delineado para a atribuição de competência acrescida diferen-

ciada em enfermagem oncológica constitui-se como um referencial orientador da formação pós-graduada, que deverá ser realizada em instituição de ensino superior.

No entanto, esta formação, iniciada em contexto académico, deverá ser contínua, em contexto de trabalho. As instituições devem preocupar-se em promover formação estruturada e uniformizada, de modo a que os novos elementos tenham uma integração adequada, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos, de competências e confiança para a prestação de cuidados seguros e eficazes ao doente/família/cuidador.

A constante inovação da Oncologia e o papel cada vez mais interventivo do enfermeiro oncológico na equipa multidisciplinar conduzem a uma necessidade de constante atualização por parte destes profissionais. Mas, a formação pós-graduada em enfermagem oncológica, atualmente, ainda não dá resposta às necessidades em saúde. Porque, em termos formativos de contexto escolar, existem muitas escolas a lecionarem pós-graduação em Oncologia, mas poucas com o curso no âmbito dos cuidados específicos da enfermagem oncológica. Idealmente, todos os enfermeiros que trabalham na área da Oncologia deveriam ter formação pós-graduada nessa área ou especialização com componente oncológica.

A PROGRESSÃO NA CARREIRA ESTÁ OBSOLETA

A presidente da AEOP reconhece que “a carreira de enfermagem em Portugal não é de todo atrativa”. Afirma-o, mesmo “correndo o risco, de ser ‘politicamente’ incorreta”. E comenta: “Esta é a minha opinião, como enfermeira que adora a profissão.” “O nosso país, apesar de, no ano passado e com a pandemia, ter reconhecido publicamente a importância vital dos enfermeiros no sistema de saúde, nada fez para melhorar as suas condições de trabalho e a sua remuneração”, critica.

“Temos uma excelência de ensino de enfermagem, reconhecido internacionalmente e com a respetiva valorização e progressão na carreira (na maioria dos países da Comunidade Europeia). Mas, em Portugal, em 2022, os enfermeiros não recebem o salário de licenciados que o são e a progressão na carreira está obsoleta e não adequada às exigências atuais. Em muitas unidades de saúde, os colegas trabalham em condições físicas inadequadas e com rácios abaixo do limite aceitável, conduzindo em muitas situações a burnout. Não é dado qualquer incentivo, por parte das instituições, para a formação dos seus profissionais”, argumenta.

Relativamente aos enfermeiros com competência acrescida diferenciada em enfermagem oncológica, são ainda um número reduzido: 37. Mas, a presidente da associação ressalva que se deve ter em consideração que é recente a sua existência e que, para a obter, é necessário submeter à Ordem dos Enfermeiros um processo de certificação individual de competências.

AEOP lança Documento de Boas Práticas para enfermeiros que trabalham em Radioncologia

A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes, um tipo de energia direcionada, para destruir ou impedir que as células tumorais aumentem. Essas radiações não são visíveis e durante a aplicação o doente não tem manifestações clínicas.

Hoje, a Radioterapia tem uma grande abrangência na sua aplicabilidade e os resultados têm sido positivos em que determinados tumores podem desaparecer e a doença ficar controlada ou tratada. Em alguns casos, a radioterapia pode ser usada em conjunto com a quimioterapia. Isso vai depender do tipo de tumor e da decisão clínica do tratamento mais eficaz à luz da ciência atual.

Sabemos que cada doente reage de forma diferente ao tratamento. Dependendo da área irradiada, podem ou não surgir efeitos colaterais com maior ou menor intensidade e que são comuns à radioterapia. Daí, a importância de um bom controlo de sintomas durante a sua aplicação, seja como preventivo ou como tratamento.

Utilizar a Radioterapia implica a necessidade de cuidados de enfermagem seguros, assentes em conhecimento científico atualizado, que suporte a prática clínica. A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), organização que tem trabalhado e emitido vários documentos de Boas práticas em Oncologia, através do seu grupo de trabalho específico de Radioterapia, lançou recentemente um documento que pretende que seja de referência para os enfermeiros radioncologistas, no cuidar diário do doente submetido a radioterapia. Descreve a metodologia utilizada na sua construção e são

abordadas as áreas de tratamento da radioncologia sobre as quais se determinam algumas recomendações de boas práticas.

QUE DOMÍNIOS DE INTERVENÇÃO ESTÃO DEFINIDOS?

Identificamos quatro domínios de intervenção e descrevemos os procedimentos e cuidados recomendáveis, especificamente:

1. Segurança e Qualidade, relativamente à área ambiental, ao contexto organizacional e à segurança do doente. Uma das atividades mais importantes num serviço de radioterapia é a revisão sistemática e a monitorização de todos os aspetos de segurança envolvendo todos os intervenientes. A prevenção de acidentes em radioterapia é importante conforme defende o *Institute for Radiological Protection and Nuclear Safety* e foi baseado nestas recomendações que definimos as intervenções dos enfermeiros.

2. Aptidões profissionais, que corresponde à avaliação inicial e monitorização da saúde do doente, à capacitação do cuidador e doente para a autogestão e a gestão da radiotoxicidade. O Enfermeiro radioncologista deve desenvolver aptidões que lhe permitam ter segurança na sua atividade e promover cuidados seguros aos doentes em tratamento.

3. Continuidade de cuidados, especificamente na Interligação de cuidados e na Tele-Enfermagem. Defendemos uma abordagem integrada e de continuidade dos cuidados entre os centros de radioterapia, os hospitais de referência e os cuidados de saúde primários da área onde o doente reside. Esta articulação tem de incluir uma co-

municação eficaz relativamente aos procedimentos que promovam as transições seguras.

4. Desenvolvimento profissional & investigação, correspondendo aos planos formativos, à Investigação e definição de protocolos de boas práticas. Investir na formação é uma forma de garantia na qualidade dos cuidados a prestar ao doente/família/cuidador.

Em termos metodológicos, o que estiveram na base da construção deste Documento, numa primeira etapa, foi através de um estudo exploratório, com metodologia qualitativa, com recurso a um *focus group* para colheita e análise de dados. Numa segunda etapa, delineou-se um estudo descritivo, assente num paradigma quantitativo de investigação, utilizando a técnica de Delphi com o objetivo de se consensualizar o documento obtido na etapa anterior por um grupo mais alargado de peritos, conforme os critérios definidos previamente. O questionário foi remetido a 30 peritos, tendo-se obtido resposta de 22, o que representa uma taxa de resposta de 73%.

QUAL A UTILIDADE PARA A PRÁTICA CLÍNICA?

A radioterapia é um tratamento cada vez mais utilizado no tratamento oncológico, com avanços

muito significativos relativamente à sua eficácia, tanto individualmente como concomitantemente com quimioterapia e, ainda em fase de investigação e maturação científica, com as terapêuticas imunológicas. Existem poucos Centros e alguns deles concentram os doentes de diferentes Hospitais trazendo aqui uma especial importância a comunicação e ligação inter-hospitalar. Os enfermeiros, sendo um grupo restrito a trabalhar nesta área, não encontram muitos estudos e documentos estruturante que, de alguma forma, valide e oriente a sua prática clínica. Sendo um tratamento específico, a sua abordagem também tem de ser dirigida. Este documento orientador das práticas vem resolver e preencher esta lacuna e sua pertinência permite aos enfermeiros Radioncologista terem, a partir de agora, um referencial teórico e prática da sua abrangência em doentes submetidos a estes tratamentos. Poderá ser encontrada toda a informação em <https://www.aeop.pt/dominios-de-intervencao-dos-enfermeiros-em-radioterapia/> Foi construído um documento genérico e um mais curto com a informação essencial sobre os domínios de intervenção. Têm a chancela da qualidade de publicação AEOP.



Jorge Freitas

Enfermeiro Oncológico do IPO do Porto
Membro fundador da AEOP



Emília Magalhães

Enfermeira do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto) e da Associação Enfermeiros de Dermatologia (APEDerma)

A intervenção da enfermagem na prevenção do cancro cutâneo

O sol ocupa, para a maioria das pessoas, um lugar privilegiado na sua maneira de viver.

Promove uma boa saúde mental, levando a uma melhoria do bem-estar e do humor.

Uma exposição correta ao sol promove a produção de Vitamina D, essencial para aumentar os níveis de cálcio e ajudar a prevenir doenças, tais como; a osteoporose, depressão, algumas afeções da pele (Dermatoses, Psoríase e Acne) e doenças autoimunes. Em excesso pode significar problemas no futuro.

A pele é o maior o órgão do corpo humano o que mais sofre pelas radiações emitidas pelo sol. A exposição solar tem efeito cumulativo, o bronzeamento desaparece, mas os efeitos nefastos permanecem (fotoenvelhecimento) e os sinais de Cancro Cutâneo podem surgir anos mais tarde.

O Cancro Cutâneo:

- > É o mais frequente de todas as neoplasias;
- > O sol é o causador de pelo menos 90% de todos os cancros cutâneos;

> É completamente curado quando tratado nos seus estádios precoces;

> Pode ser efetuada a prevenção de quase todos os cancros cutâneos.

No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação, experiência, tempo de contato com os doentes, proximidade e confiança que fazem desta relação uma relação única.

“Centra-se na relação interpessoal de um Enfermeiro uma pessoa ou de 1 Enfermeiro, e um grupo de pessoas (familiar ou comunidades)”. OE (200:8).

> Esta relação desenvolve-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar a pessoa a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde.

“As intervenções de Enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados > Visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde”. OE (2001:9).

Cabe ao enfermeiro um papel importante na prevenção/deteção do

cancro cutâneo, podendo este atuar ao nível da prevenção primária, secundária...

Segundo a organização mundial de saúde (OMS) prevenção primária é definida como aquela cujas ações visam reduzir a incidência de determinadas doenças

numa dada população, diminuindo o risco de aparecimento de novos casos. Agir em prevenção primária é agir sobre fatores determinantes da saúde: Os comportamentos e as condições de vida e ou ambientais (exposição ao sol, entre outras).



É de extrema importância o papel que o Enfermeiro desempenha como formador /educador no que respeita ao ensino de auto-exame da pele e foto proteção, a capacidade de sensibilização para a realização dos mesmos

A prevenção primária deve ser efetuada através de ações de educação/formação/sensibilização (diretamente com a população, formação junto de jovens como promotores da saúde e contacto de forma regular com o doente), que terão como objetivo modificar os hábitos/crenças/costumes das pessoas no que respeita à exposição e à proteção solar, assim como conhecer os seus perigos. Levando-as a modificar comportamentos errados.

É pertinente que nestas ações de formação seja dada uma atenção redobrada a grupos da população mais suscetíveis de contrair o cancro cutâneo, tais como:

- > Pessoas de pele clara e propensas a queimaduras solares;
- > Antecedentes: Queimaduras solares na infância;

> Exposição solar excessiva (Trabalho/Lazer);

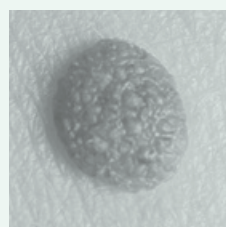
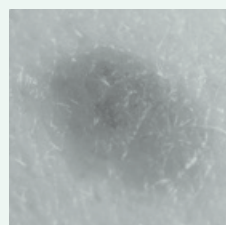
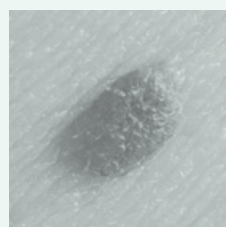
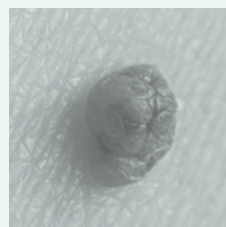
> Utilização de solários;

> Pessoas portadoras de feridas que não cicatrizam;

> Estados de saúde ou fármacos que suprimem o sistema imunitário.

O doente oncológico deve ter especial atenção aos efeitos dos raios solares, dado que grande parte dos tratamentos aumenta a sensibilidade da pele à luz solar, tornando-a mais suscetível a queimaduras solares ou pigmentação escura que persiste ao longo do tempo.

Neste sentido ao nível da prevenção primária, é de especial importância promover a redução da radiação solar excessiva, devendo a mesma ser feita através da identificação do risco, a definição de objetivos, e a consciencialização da população da



importância da modificação de comportamentos.

Torna-se importante desde as idades mais jovens, destacar a importância de ter bons hábitos de convivência com o sol, sendo essa a estratégia que irá ter melhores resultados a longo prazo, pois são hábitos adquiridos que irão perdurar para toda a vida.

Neste sentido é de extrema importância o papel que o Enfermeiro desempenha como formador /educador no que respeita ao ensino de auto-exame da pele e foto proteção, a capacidade de sensibilização para a realização dos mesmos, e a deteção dos grupos de risco.

A fotoproteção assume um papel importante na prevenção do cancro cutâneo, e há diferentes aspetos a ter em conta entre os quais:

- > Utilização correta do uso de cremes protetores solares
 - > Hora do dia (Evitar exposição solar entre as 11 e as 16 horas)
 - > Superfícies refletoras (A neve reflete 80% dos raios UV e a areia 25%)
 - > Altitude (Quanto maior for a altitude, maior será a intensidade da radiação, já que os raios solares são menos filtrados pela atmosfera).
 - > Latitude (Quanto menor for a latitude, portanto mais próximo do Equador, maior será a radiação, já que os raios são mais verticais).
 - > Uso de proteção física: Vestuário adequado, chapéu de abas largas, óculos de sol
 - > Atenção redobrada nas crianças: A pele tem memória. A queimadura solar registada durante a infância aumenta o risco de desenvolver mais tarde de cancro da Pele. É desaconselhado a exposição solar nos primeiros anos de vida.
- A prevenção é a melhor forma de lidar com o cancro da pele e pode ser feita por todos nós. Só poderá tornar-se eficaz se a encararmos como um compromisso pessoal.



Áurea Andrade
Presidente da Associação de Diretores
de Enfermagem

“As alterações avulsas na carreira interferem na atratividade da profissão”

Pugnar pela garantia das condições de trabalho e de segurança dos enfermeiros é uma das preocupações atuais da Associação de Diretores de Enfermagem, nas palavras da sua presidente, Áurea Andrade. Já ao nível da carreira, o foco vai para a necessidade da sua efetiva operacionalização, com a enfermeira a criticar a ausência de uma carreira única e a inexistência de concursos de acesso a categorias superiores.

Anuário do Enfermeiro (AE) | O que justifica a existência de uma Associação de Diretores de Enfermagem?

— **Áurea Andrade (AA)** | A Associação dos Diretores de Enfermagem foi criada em 1998 e tem missão emitir pareceres sobre normativos na área da saúde e da enfermagem, contribuir para a promoção de estudos e proporcionar espaço de debates na área da enfermagem, como definido nos seus estatutos originais.

Após um interregno de vários anos, a associação retomou atividade em 15 de setembro de 2016, com uma reunião inicial no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A necessidade de articulação próxima de informação, partilha de experiências e boas práticas, assim como o desenvolvimento e apoio em atividades que promovam o desenvolvimento da prática de enfermagem nas organizações de saúde do SNS, têm sido as principais preocupações desta associação.

Temos também como preocupação a articulação com a tutela, nomeadamente na análise conjunta de situações que a associação identifique como medidas de melhoria na organização e prestação dos cuidados de saúde, com particular enfoque nos cuidados de enfermagem.

AE | E qual a sua missão essencial?

— **AA** | Consideramos que a nossa missão essencial é pugnar por uma enfermagem de qualidade, sustentada em boas práticas e a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros.

A articulação entre organizações do SNS com a partilha de problemas, dificuldades e necessidades, mas também a partilha das boas práticas que se desenvolvem transversalmente pelo país, permitem que os enfermeiros diretores possam tomar decisões mais sustentadas e que promovam o desenvolvimento da enfermagem nacional.

AE | Quais são as principais preocupações/reivindicações da associação?

—AA | As principais preocupações são defender e criar condições para o desenvolvimento técnico e científico da prática e da gestão de enfermagem. Pretendemos conhecer e identificar os problemas que enfrentamos, nos diferentes contextos da prática e da gestão, procurando e propondo novas metodologias e medidas de melhoria, seja entre pares ou mesmo entre organizações, desenvolvendo um trabalho de parceria e de proximidade.

AE | Quais os principais problemas que os enfermeiros diretores enfrentam atualmente?

—AA | No atual contexto, a grande preocupação são as nossas equipas de enfermagem, nomeadamente, pugnar pela garantia das condições de trabalho e de segurança dos enfermeiros, associado ao cansaço acentuado pela necessidade de garantir os melhores cuidados aos nossos doentes, proveniente de dois anos da pandemia COVID-19, que os profissionais apresentam, o elevado absentismo e o impacto quantitativo e qualitativo na gestão dos recursos humanos.

AE | Que papel tem desenvolvido ao nível da promoção da profissão e como interlocutor das administrações hospitalares e dos decisores públicos?

—AA | Nos vários fóruns, temos realçado a evolução da enfermagem portuguesa, o papel determinante dos enfermeiros nas equipas multiprofissionais e os ganhos em saúde, procurando identificar linhas de melhoria contínua nas áreas da formação e investigação.

AE | E a nível da articulação com a direção clínica, há oportunidades de melhoria? O papel da enfermagem é suficientemente reconhecido no contexto das equipas multidisciplinares e da própria administração hospitalar?

—AA | Não tem sido preocupação da associação essa articulação, uma vez que na esmagadora maioria dos casos as relações existentes são excelentes. Hoje, o reconhecimento da enfermagem como profissão preponderante e fundamental nas instituições é também o reflexo da constante melhoria do trabalho interdisciplinar que se tem sentido nas organizações de saúde. Os enfermeiros diretores têm um papel fundamental nas organizações de saúde, têm realizado um esforço enorme, o que tem contribuído para efetivar o trabalho em equipa, desde a prestação de cuidados à administração hospitalar, uma vez que todas as áreas hospitalares (áreas de prestação de cuidados e áreas de suporte à prestação de cuidados) concorrem para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. De igual forma têm procurado acompanhar e propor melhorias na área, sempre que necessárias, em áreas como a hoteleira, a logística, o aprovisionamento e os serviços farmacêuticos, uma vez que o funcionamento destes é determinante na qualidade e segurança dos cuidados de saúde e de enfermagem.

AE | A atualização é uma preocupação/necessidade em todas as profissões. Como olha para a formação pós-graduada em Enfermagem? Responde às necessidades em saúde?

—AA | As necessidades em saúde são um processo em constante evolução, e nesse sentido precisamos ter, cada vez mais, profissionais cientificamente preparados. A formação em enfermagem, não só a pós-graduada, mas toda a formação, incluindo a formação em serviço, tem procurado ajustar-se às necessidades identificadas e ao desenvolvimento técnico, científico e relacional da profissão. A excelência das escolas de enfermagem existentes em Portugal é o garante de que tal processo continuará a decorrer. Nesta área, assume também



papel fundamental a Ordem dos Enfermeiros enquanto órgão regulador da profissão.

AE | A nível da carreira, o que está por fazer? Quais são as propostas da associação nesse sentido?

—AA | Ao nível da carreira, a principal preocupação é a sua efetiva operacionalização. Existem alguns problemas identificados que já foram debatidos, que, articuladamente, procuraremos esclarecer, apresentando, sempre que possível, propostas de resolução que nos pareçam justas e necessárias para o desenvolvimento da profissão. Entre outras, a abertura de concursos para enfermeiros especialista e para enfermeiro gestor.

AE | Diria que a carreira de enfermagem é atrativa? Como reter os profissionais em Portugal?

—AA | A maior problemática serão as alterações “avulsas” da carreira de enfermagem ocorridas na última década, que interferem na motivação e atratividade da profissão.

A ausência de uma carreira única, desde 2009, e a ausência de concursos de acesso a categorias superiores (anteriormente enfermeiro principal, de referir que nunca existiu um único enfermeiro com essa categoria).

No novo enquadramento legal, estão previstos concursos para enfermeiros especialistas e enfermeiros gestores e que acreditamos será uma oportunidade para o desenvolvimento da profissão. Estamos convictos de que este processo será desbloqueado em breve, dada a importância que assume na motivação individual dos profissionais e na motivação coletiva das equipas.

No nosso entender, uma maior retenção de profissionais passa por um trabalho de profundidade que as organizações e o Estado terão de desenvolver em conjunto, em termos de promoção e progressão dos profissionais, de gestão de expectativas, da melhoria das condições de trabalho e das componentes remuneratórias e não remuneratórias.

Partilha das boas práticas que se desenvolvem transversalmente pelo país, permitem que os enfermeiros diretores possam tomar decisões mais sustentadas e que promovam o desenvolvimento da enfermagem nacional



Teresa Torres
Unidade Local de Saúde
de Matosinhos, EPE

O papel do enfermeiro na abordagem à Esclerose Múltipla

Considero que as consultas de enfermagem aos portadores de Esclerose Múltipla devem ser prestadas e norteadas pelos (...) pontos retirados do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

Se recuarmos dois séculos e pensarmos no papel do enfermeiro à época, o enfermeiro apresentava-se como um mero prestador de cuidados, cumpridor de ordens, alheio do conhecimento científico, conhecimento este que se encontrava reservado aos médicos dos quais dependiam todas as decisões sobre como, quando e o que fazer ao doente. Inclusivamente, este papel era maioritariamente (se não mesmo exclusivamente) prestado por mulheres porque ser mulher era sinónimo de sentido maternal, altruísmo, dedicação e consequentemente de cuidar do próximo. Felizmente 200 anos mais tarde, apesar de ter sido longo o caminho percorrido, a evolução da profissão e o reconhecimento do enfermeiro são agora irrefutáveis. Nos dias que correm podemos orgulhosamente afirmar que a Enfermagem é uma ciência avançada, que podendo usar conhecimento de outras disciplinas, tem o seu conhecimento individual que advém da investigação e das teorias de enfermagem.

Também no que toca às diferentes patologias, foi grande a evolução ao longo dos tempos e a Esclerose Múltipla não foi exceção. Desde a evolução dos critérios de diagnóstico ao aumentar das opções terapêuticas, foi possível mudar o paradigma desta doença e passamos de uma abordagem terapêutica centrada na intervenção da fase aguda, os surtos, para uma abordagem de *no evidence of disease activity* (NEDA) ou *minimal evidence of disease activity* (MEDA) em que componentes mais

subjetivos como a cognição e os *patient reported outcomes* ganharam a sua importância na avaliação clínica. Feito este contexto, de que forma se cruzam os caminhos da evolução do papel do enfermeiro e do conhecimento e tratamento da Esclerose Múltipla?

Para além das capacidades técnico-científicas que lhe são reconhecidas, o enfermeiro é por excelência o profissional de saúde com maior proximidade aos portadores e/ou cuidadores, com competências em cuidados centrados no doente, melhoria da qualidade, segurança, sistemas de informação e prática baseada na evidência, reunindo por isso as condições perfeitas para desempenhar uma função crucial na equipa multidisciplinar de acompanhamento de portadores de Esclerose Múltipla. Para o desempenho destas funções de enfermagem especializada é importante que o enfermeiro sai-

ba identificar a atividade da doença através do conhecimento da patologia, agindo de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas e procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências.

Assim, na minha opinião e no meu dia a dia, considero que as consultas de enfermagem aos portadores de Esclerose Múltipla devem ser prestadas e norteadas pelos seguintes pontos retirados do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro: realizar uma avaliação inicial; estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado; executar e avaliar cuidados, com encaminhamento para outras especialidades e /ou outras instituições (ex: associações de doentes) de acordo com

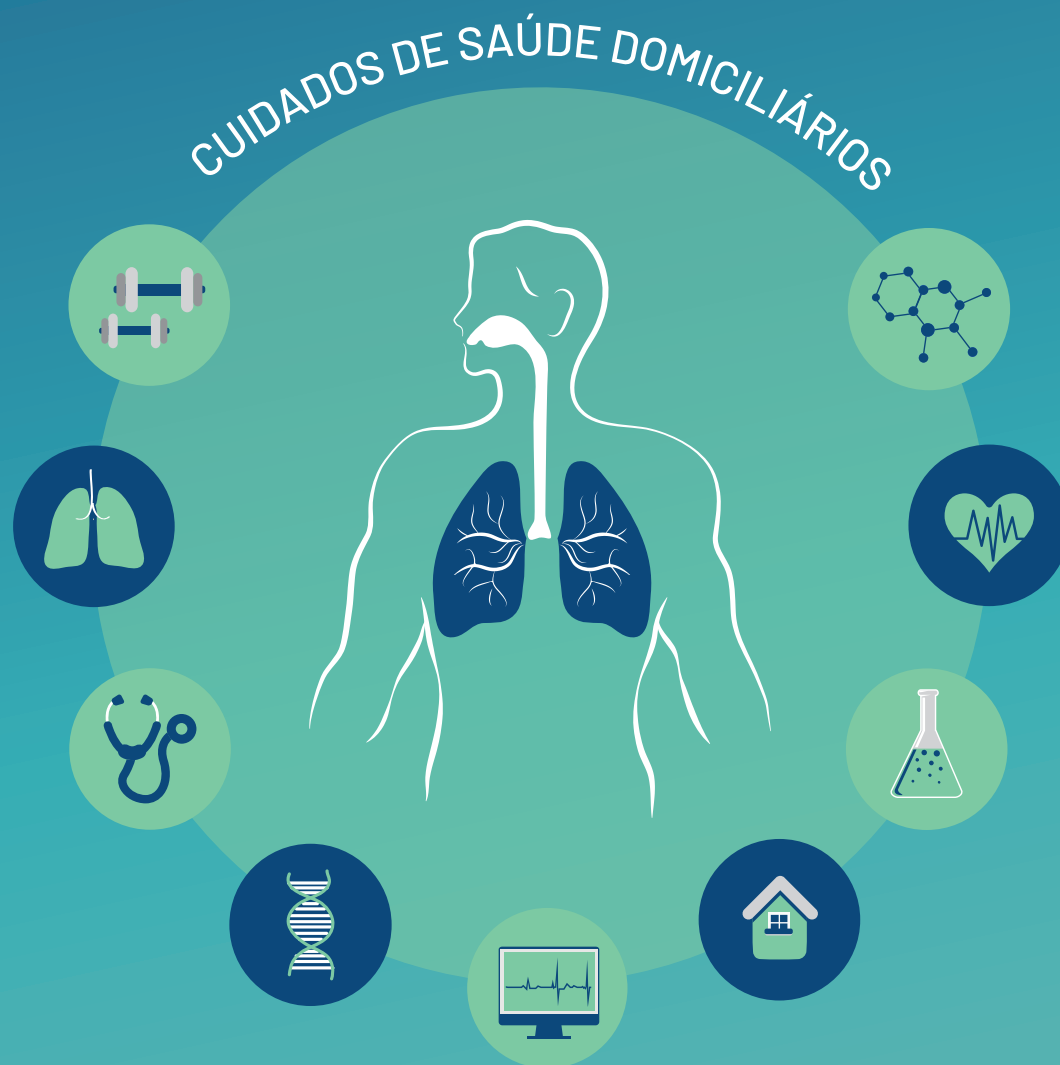
as necessidades identificadas; e avaliar os resultados obtidos e reformular, sempre que necessário, todo o processo. Desta forma, será possível que o enfermeiro identifique atempadamente sinais e sintomas sugestivos de atividade doença, sejam eles surtos, queixas sensitivas, deterioração cognitiva ou qualquer alteração que interfira com a qualidade de vida destes doentes, enquanto se estabelece e se constrói uma relação de confiança e de partilha.

Importante será dizer que, para garantir o ótimo acompanhamento destes doentes, é necessário ir mais além da consulta de enfermagem especializada. Quero com isto dizer que toda a informação recolhida durante o acompanhamento deve ser ativamente partilhada entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, para garantir que a atuação seja coordenada, uniforme e transversal, atingindo o melhor cuidado dos doentes.

Como resumo, e se queremos reforçar o papel do enfermeiro e estabelecer consultas e equipas de enfermagem especializadas seja em Esclerose Múltipla, seja em qualquer outra patologia, são três as ações que devemos ter em mente: apostar na constante atualização de conhecimento científico na área; promover a proatividade na partilha de informação entre enfermeiros e restantes profissionais de saúde; e fortalecer a posição do enfermeiro como ponto de referência da equipa multidisciplinar.

O tempo de agir é agora!

Change the world **with us**



Oxigenoterapia

Ventiloterapia

Reabilitação respiratória

**Outras terapias
domiciliárias**

SABOR CAFÉ

O PREFERIDO DOS DOENTES

NA CATEGORIA 2KCAL¹



SABOR BAUNILHA

SABOR CAFÉ

SABOR MORANGO

FORTIMEL EXTRA 2KCAL

Suplemento Nutricional Oral Hipercalórico e Hiperproteico

Sabores	Café, morango e baunilha
Quantidade diária recomendada	Como suplemento da alimentação habitual: 1 a 2 garrafas Como fonte alimentar única: 4-5 garrafas
Por garrafa	200 ml
Energia Densidade calórica	400 kcal 2 kcal/ml
Lípidos	17,2 g (39% VET)
Hidratos de carbono	41,2 g (41% VET)
Proteínas	20,2 g (20% VET)
Vitamina D	10 µg /400UI
Lactose	0,4g por garrafa: Apto para intolerantes à Lactose ¹

GAMA COM 3 SABORES

Uma maior variedade de sabores promove a adesão do doente à suplementação nutricional oral.^{3,4}



2 garrafas de Fortimel Extra 2 Kcal permitem atingir a dose diária recomendada de vit. D em idosos (20µg ou 800UI).⁵

Pode ser utilizado como fonte alimentar única.

1 garrafa contém a dose mínima efetiva diária de energia: 400kcal/garrafa.²

Apto para intolerantes à lactose¹: teor residual de lactose (0,4g por garrafa).

REFERÊNCIAS

1. Estudo de preferência realizado por entidade externa contratada pela Danone Nutricia Unipessoal Lda. Realizado por nutricionista, com uma amostra de 90 utentes, com mais de 62 anos, com indicação para toma de suplementos nutricionais orais, sem demência e disfagia. As entrevistas foram realizadas em residências geriátricas, em Portugal Continental. Março/2022. Fortimel Extra 2Kcal, sabor Café, foi o preferido em relação a cada um dos seguintes sabores: Resource 2.0 Alperce, Fresubin 2kcal Frutos Silvestres, Resource 2.0 Baunilha e Fresubin 2kcal Baunilha, com uma diferença estatística de 95% de confiança. 2. Volkert D, et al. Clin Nutr. 2019;38:10-47. 3. Raynaud-Simon A, et al. Clin Nutr. 2011;30(3):P312-319. 4. Stratton RJ, et al. Clin Nutr. 2007;(2):5-23. 5. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 004/2019 - Prevenção e Tratamento da Deficiência de Vitamina D. 2019.

Para garantir uma adequada gestão nutricional siga as recomendações do seu profissional de saúde. Fortimel® Extra 2kcal é um alimento para fins nutricionais específicos e destinado à gestão nutricional da malnutrição associada a doença. Deve ser consumido sob supervisão médica. Exclusivamente para uso entérico. Não adequado para utilização por via parentérica. Para mais informações consulte o rótulo dos produtos.