


Enfermeiro

ANUÁRIO 2023

Anual • Ano 7 • N.º 7 • maio de 2023



Enfermagem:
uma profissão
visível
e ao serviço
de todos



**Juntos por uma
vida melhor**

Tratamento da Apneia do Sono
Ventiloterapia
Oxigenoterapia

**VitalAire**

barral[®] Íntima



CUIDADO E PROTEÇÃO DA ZONA ÍNTIMA

pH Specialist

O pH tem um papel determinante no bem-estar da zona íntima. A manutenção do pH fisiológico é um dos principais mecanismos naturais de proteção da zona íntima face às situações de desconforto.

PREVENÇÃO

com PREBIÓTICO

pH4.5
ESPECIALISTA



Indicado para mulheres em idade reprodutiva, com estilo de vida ativo, com tendência a infeções urinárias, candidíase e mau odor.

NEUTRO

Fórmula delicada

pH5.5
ESPECIALISTA



Indicado para toda a família e formulado especificamente para peles sensíveis. Limpa sem alterar a fisiologia natural da zona íntima.

CONFORTO

Adequado na menopausa

pH5.5
ESPECIALISTA



Alivia o desconforto associado à secura vaginal durante a Menopausa e Pós-menopausa.



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
sandrasilva@newsengage.pt

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

DESIGN
Conceição Matos

IMPRESSÃO
RPO
Produção Gráfica, LDA.

10

Reflexão
das perspetivas
de carreira

12

Esclerose
múltipla em foco

4

Um mandato
em liberdade

15

Dermatologia,
Saúde Mental
e gestão em saúde

17

Ventilação
não invasiva

20

Enfermagem
de Reabilitação

24

Cessaçã
Tabágica e DPOC

25

Enfermagem
Oncológica

28

Promoção
da Saúde Mental

30

Tratamento de
doentes com VIH

32

Cuidados especiais
a Idosos

35

Paliativos
nos Serviços
de Urgência

38

Higiene Íntima
feminina

Um mandato em liberdade, uma Ordem de portas abertas para todos os enfermeiros

A bastonária da Ordem dos Enfermeiros (OE), Ana Rita Cavaco, faz um balanço da II Convenção Internacional dos Enfermeiros, dos oito anos em que se encontra à frente da OE, das principais medidas que tomou, comenta o papel dos vários Sindicatos em zelar pela profissão, e destaca ainda, perante a nova indicação governamental, o papel dos enfermeiros na orientação de partos de baixo risco.

Anuário do Enfermeiro (AE) | Quando do Anuário do Enfermeiro de 2022, num artigo de sua autoria, a bastonária lançava o repto quanto às insatisfações da classe, com enfermeiros a emigrar, com enfermeiros a pedir escusa de responsabilidade, com enfermeiros a reclamarem um salário mais digno perante as exigências do seu trabalho. Passado um ano, perante as greves dos enfermeiros que se têm verificado nos últimos tempos e as denúncias da Ordem, o cenário não afigura melhorias do ponto de vista dos enfermeiros. Mas será que podemos entender esta união uníssona da Enfermagem portuguesa como o grande ponto forte deste tempo conturbado?

— Ana Rita Cavaco (ARC) | Considero que os problemas se mantêm e como são problemas que têm mais de 20 anos, qualquer solução

que seja encontrada tem de ser uma solução estruturada e o que tem havido são remendos. Por exemplo, relativamente à questão dos pontos, os pontos que foram atribuídos aos enfermeiros e que estiveram por atribuir 20 anos não abrangem todos os enfermeiros. É uma espécie de subida de salário, de alguns, um bocadinho encapotada. Não quer dizer que não seja positivo. Nós temos sempre que começar por algum lado e o Governo decidiu começar por aqui, porque era uma das maiores injustiças. Havia uma carreira que estava completamente congelada. Mas isso, como é um problema que tem 20 anos, como todas as soluções que chegam tão tarde criam outros problemas e, portanto, foi uma coisa que é válida para cerca de 20 mil enfermeiros.

Ainda não estão todos reposicionados nos seus escalões. E depois também houve um

Fomos a primeira profissão a criar a especialidade de paliativos e, além disso, um sistema de competências acrescidas



Ana Rita Cavaco
Bastonária da Ordem
dos Enfermeiros (OE)

Não tenho dúvidas de que vai haver um alargamento de competências que os enfermeiros já detêm, mas que não estão reconhecidas. Exemplo disso são os enfermeiros especialistas em saúde materna

problema entre os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros especialistas, porque com esta atualização acaba por não haver diferenças entre os salários de uns e de outros, relativamente aos anos que trabalham e à especialização que detêm e, portanto, aquilo que é mesmo necessário é mexer na carreira e abrir uma mesa de negociação para a carreira.

O ministro da Saúde, Manuel Pizarro, também disse na nossa Convenção que vai criar este mês o grupo de trabalho para a atribuição do internato da especialidade em Enfermagem. Os enfermeiros, ao contrário dos farmacêuticos e médicos, são os únicos que continuam a pagar do seu bolso a especialidade e a fazê-la no seu tempo de serviço. E isso é muito positivo, porque é uma reivindicação nossa, desde que chegámos à Ordem em 2016 e que não tinha sido possível ainda negociar. Portanto,

há muita coisa por fazer. Não tenho dúvidas de que vai haver um alargamento de competências, que os enfermeiros já detêm, mas que não estão reconhecidas. Um dos exemplos é os enfermeiros especialistas em saúde materna que já fazem os partos normais no SNS, mas falta o resto. Falta a regulamentação da transposição da diretiva na sua plenitude. Mas, a par dessas competências, há, de facto, uma valorização a fazer na carreira, quer em termos salariais, quer em termos do desenvolvimento profissional.

AE | Desde que está à frente da Ordem que se assinala a criação de seis novas áreas de especialidade. O que tem acrescentado estas novas especializações (Na Enfermagem Comunitária, foram ainda reabilitadas a área de especialidade de Saúde Comuni-

tária e Saúde Pública e criada a nova área de especialidade de Saúde Familiar. Já na Enfermagem Médico-Cirúrgica há também novas áreas de especialidade: Crítica, Paliativa, Perioperatória e Crónica) à carreira de Enfermagem no global?

— ARC | Sim, mas elas não são áreas de especialidade como as outras, não estão dentro de nada ou dentro das outras. A questão é que, do ponto de vista legal, existe um estatuto da Ordem que é uma lei da Assembleia da República e que tinha apenas esses seis colégios e, portanto, foi preciso para podermos avançar. E, agora, com os novos estatutos da Ordem e a alteração dessa lei já vão estar criados esses novos colégios. Portanto, era meramente uma questão burocrática e precisávamos avançar porque a prática andava à frente do regulador. E isso aconteceu porque durante muitos anos,

desde a sua criação, em 1998, ficou com essas seis áreas de especialidade e chegámos a 2016 e não se tinha feito nada de novo.

Portanto, a prática, o próprio desenvolvimento profissional seguiu o seu curso sozinho, sem que o regulador acompanhasse, e isso não faz sentido nenhum. Quando nos candidatámos percebemos isso e queríamos que houvesse essas áreas de especialidade. Hoje são 12. Fomos a primeira profissão a criar a especialidade de paliativos e, além disso, um sistema de competências acrescidas.

A questão é: competências acrescidas para aqueles que são enfermeiros de cuidados gerais ou para aqueles que são enfermeiros especialistas e apenas esses podem aceder a outro tipo de competências acrescidas. E essas são dezenas, até porque a evolução da Enfermagem é diferente entre os países. Por exemplo, em Inglaterra, eles consideram tudo especialidade e uma especialidade deve ser uma área de saber de banda larga. E depois, naquilo que são coisas mais pequeninas, então existem as competências acrescidas. Para dar um exemplo absurdo, em Inglaterra quase que têm a especialidade da unha encravada do pé, e isso não faz sentido. Tem de haver uma especialização numa determinada área.

E depois, noutras áreas de saber, pode haver as competências acrescidas e este é o caminho para a prática avançada, que é aquilo que, no fundo, tentamos implementar. Aliás, esse caminho está feito. Faltam algumas coisas em Portugal, nomeadamente, neste caso, o reconhecimento aos enfermeiros especialistas, da prescrição de uma série de coisas que não são propriamente medicamentos. Algumas serão, mas outras não. Vejamos o caso da reabilitação com as ajudas técnicas, por exemplo. As principais vantagens destas especializações passam por podermos negociar um internato porque o internato visa fazer essa especialidade em tempo de serviço com apoio do Estado.

A Ordem fez um estudo com a Universidade do Porto sobre o valor económico, para as pessoas e para o país, dos enfermeiros especialistas. Conseguimos provar que um enfermeiro especialista não é um custo, é um investimento nas pessoas e esse estudo mostra-nos que o enfermeiro especialista reduz a taxa de mortalidade, reduz o número de dias de internamento, reduz a taxa de reinternamento, poupa 65 milhões de euros no controlo infeção, reduzindo essa taxa de infeção e faz com que as pessoas também tenham uma perceção dos cuidados especializados que são prestados como uma mais-valia. As próprias pessoas verbalizam isso.

O enfermeiro especialista reduz a taxa de mortalidade, reduz o número de dias de internamento, reduz a taxa de reinternamento, poupa 65 milhões de euros no controlo da infeção

A grande novidade desse estudo é que, como em tudo, é preciso demonstrar ao poder político que é uma vantagem. Pouparamos com estes cuidados especializados.

AE | Como comenta, ainda, a interlocução com os Sindicatos? E de que forma é importante promover estas sinergias para a valorização do setor profissional?

— **ARC** | Os sindicatos obviamente negociam a parte laboral e as questões salariais e as relações laborais e a Ordem dedica-se ao desenvolvimento da profissão e à questão da regulação da profissão. As pessoas costumam dizer que existem muitos sindicatos na área de Enfermagem. Bom, haverá, mas se olharmos para os professores, são muitos e conseguem entender-se nas formas de luta e, portanto, acho que isso é que é fundamental.

Se tivermos um conjunto de sindicatos que está verdadeiramente preocupado, com a valorização laboral, salarial, com o facto de as condições de trabalho refletirem aquilo que é o desenvolvimento profissional, não vai haver problema nenhum em conseguirem fazer negociações conjuntas, é isso que considero fundamental.

Tal e qual como professores, eles estão juntos numa mesma mesa negocial e aqui é fundamental não deixarmos haver outro tipo de interferências que não sejam os interesses da profissão. Não pode haver interferências partidárias. Não pode haver aqueles que querem fazer favores à CGTP e outros à UGT ou alguns outros partidos. Isso não pode existir, porque se não há um sindicato que não está a representar os enfermeiros, está a representar o tipo de interesses, isso não nos serve.

Enfermeiros especialistas em saúde materna responsáveis pelos partos normais

AE | Perante as recentes situações junto dos serviços de obstetrícia, a Ordem dos Enfermeiros defende a criação de “Centros de Parto Normal como propõe a Organização Mundial da Saúde (OMS), como forma de rentabilizar os recursos humanos, designadamente os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), e assim garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde materna e obstétrica”. Como poderá esta medida ser implementada?

— **ARC** | Isto é uma coisa muito simples, existe uma diretiva comunitária já na década de 80, portanto, esta especialidade é das mais antigas da Enfermagem, existente antes até da criação da Ordem e essa diretiva comunitária foi transposta em vários países e na sua transposição, depois carece de regulamentação.

Em Portugal há uma mentalidade, ainda taca-nha, relativamente àquilo que é a questão do poder das classes profissionais. E isto não é uma relação de poder. As pessoas não são dos médicos, dos enfermeiros ou dos farmacêuticos. As pessoas existem e, portanto, não somos donos de ninguém. Temos de trabalhar todos em complementaridade para termos os melhores cuidados. E se tivermos esta visão e deixarmos de olhar para o nosso umbigo, de facto, as pessoas têm mais acessibilidade e melhores cuidados. Sucede que, em Portugal, os médicos têm este problema da questão da perda de poder que não se coloca, pois existe só na ca-



beça deles. Os enfermeiros especialistas em saúde materna já há muitos anos que em Portugal fazem os partos e seguem as grávidas nos centros de saúde, mas depois, como não existe regulamentação para essa diretiva comunitária no que respeita à prescrição daquilo que estamos a falar, quer de exames quer de medicamentos para as senhoras durante a gravidez, depois têm de ir ao médico, a buscar o papel.

E isto, sim, é um entrave e é ruído naquilo que é a prestação de cuidados. É esta burocracia que tem que se desmaterializar. Esta norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) é um pequeno passo nesse caminho, porque os enfermeiros especialistas passam a poder internar as senhoras grávidas de baixo. Essa é a grande novidade, tudo o resto eles já fazem. Não é verdade que a Ordem dos Médicos não tenha participado neste grupo de trabalho, participou amplamente, curiosamente, e até tinha mais representantes que a Ordem dos Enfermeiros.

O caminho é, de facto, os centros de parto normal, sendo que é importante que as pessoas percebam que isto não é para construir edifícios novos, com a criação de um modelo de organização diferente, que funciona dentro dos serviços de obstetrícia, ou urgências, que já existem.

As pessoas não são dos médicos, dos enfermeiros ou dos farmacêuticos (...) Temos de trabalhar todos em complementaridade para termos os melhores cuidados

AE | Referiu em entrevista ao JE, referiu que “desde 2016, a profissão teve uma visibilidade que nunca tinha tido. E isso traduziu-se em diversos processos que os enfermeiros se sentiram mais acompanhados pelo seu regulador profissional”. Sente missão cumprida?

— **ARC** | Sem dúvida, eu acho que essa visibilidade traz associada uma questão muito importante, que é a questão do respeito e da valorização que não é salarial, obviamente, nem do desenvolvimento profissional, mas do profissional em si. E isso, tenho vários exemplos e voltei a ter exemplos nesta Convenção, mas vou falar de um outro que tem a ver também com estas normas e orientações que saem da Direção-Geral da Saúde.

Tivemos reuniões muito duras relativamente a essas orientações e ao papel dos enfermeiros e é muito raro eu participar porque são reuniões técnicas em que nós designamos os nossos elementos daquela determinada área. O meu papel é outro, mas às vezes, muito raramente, é preciso que compareça a uma dessas reuniões e tive que comparecer a uma dessas reuniões, na qual também compareceu a Diretora-Geral da Saúde, a Doutora Graça Freitas. Após algumas horas de discussão saudável, obviamente, conseguimos que fosse espelhado naquela

norma aquilo que era, de facto, a competência do enfermeiro para aquela área específica e ela disse-me em tom de brincadeira: “a senhora bastonária é mesmo muito difícil e não facilitada”. Com esta visibilidade, às vezes, temos uma atitude mais musculada ou então ficamos para trás. Não é só ter visibilidade, temos que comprovar aquilo que estamos a dizer e foi isso que fizemos ao longo destes anos. Não é pedir por pedir, porque é um capricho dos enfermeiros. É pedir com fundamento porque é para as pessoas, para todos nós.

Uma Ordem dos Enfermeiros mais profissionalizada e sempre interveniente

AE | Tomou posse a 30 de janeiro de 2016. Passaram oito anos. O que mais a marcou durante este período?

— **ARC** | Eu acho que a fragilidade e a tristeza de milhares de enfermeiros com quem falei. Percebi, quando chegámos aqui, que as pessoas estavam muito pouco empoderadas. Tinham muito pouca informação sobre o podiam fazer e o que não podiam fazer, tinham medo de tudo. Não quer dizer que isso tenha desaparecido completamente. Isto é um caminho. Aquilo que viemos fazer na Ordem é, sobretudo para perdurar no tempo e os frutos vão se ver até daqui a muitos anos, quando eu for velhinha. Sinto que também havia muita iliteracia profissional ao nível dos enfermeiros e, embora existisse noutras classes também, havia muito na nossa. As pessoas achavam que tinham que fazer tudo aquilo que diziam, tinham que se sujeitar a ameaças a processos muito difíceis e complicados, de muita falta de educação por parte das chefias e de gestores.

Quem gere, as pessoas que são nomeadas para os conselhos de administração são pessoas que mudam ao Governo. E são, como costume dizer, o gangue do cartão partidário. E, portanto, são nomeados o primo, a tia, o filho, porque precisam do emprego. Digo isto com à vontade porque quando participei num governo do PSD em 2002 e foram criados os hospitais SA caíram no gabinete do Secretário de Estado, onde trabalhava, vários currículos para escolher pessoas para os conselhos de administração desses hospitais e eu comecei a olhar para aquilo e era péssimo. O problema é que, em Portugal, temos pouca cultura de mérito e, portanto, as pessoas não são nomeadas por outras questões. São os amigos do partido, pessoas que não estão minimamente preparadas para gerir nem do ponto de vista prático, nem do ponto de vista emocional. Não sabem sequer liderar, não conhecem essa forma de

estar e quando não sabemos liderar, quando mandamos a coisa corre mal. E, portanto, quando cheguei, deparei-me logo com isso e aí deparei-me logo com braços de ferro que tive que fazer com muitos conselhos de administração, porque inclusive não cumpriam aquilo que eram regulamentos da Ordem e que achavam que podiam fazer como entendiam. Essa foi a questão que mais me marcou. A falta de empoderamento dos meus colegas.

AE | Quando se propôs a bastonária da OE, que objetivos tinha em mente, quais concretizou e quais ficaram por concretizar?

— **ARC** | Bom, concretizámos praticamente todos os objetivos. O essencial era abrir a Ordem aos Enfermeiros, devolver a Ordem aos enfermeiros, ter uma Ordem de portas abertas, longe de interferências partidárias ou de qualquer outro tipo, portanto, exercer o mandato com essa liberdade. E isso foi plenamente atingido. Depois, a questão do desenvolvimento profissional e da regulamentação. Falta uma coisa, obviamente, o mandato ainda não acabou. Mas temos tido muita dificuldade, porque não depende só de nós. Depende também de Recursos que temos contratado para a Ordem. Isto tem sido uma aventura porque quando chegámos aqui, a Ordem não era nada profissionalizada. Esse foi um dos objetivos que foi conseguido e, portanto, não havia sequer departamento de recursos humanos, nem contratação pública e hoje tudo isso está perfeitamente implementado.

Hoje, temos um regulamento de recrutamento e seleção de pessoas para trabalhar na Ordem. Antes, funcionava um pouco por nomeações do Governo. Quando chegámos aqui tivemos que lidar com essa realidade. Hoje, é a diretora de recursos humanos e a sua equipa que faz essa seleção e posteriormente, a apresenta ao conselho diretivo.

AE | Alguma vez pensou ficar à frente da OE por oito anos? O que a foi motivando a recandidatar-se?

— **ARC** | Não, até porque não faço planos a longo prazo, nem sequer a curto prazo. Quem é enfermeiro tem muita noção da finitude e de que a vida muda a qualquer momento, seja por que motivo for há muito mais de saúde e por isso, sempre que fiz assim muitos, muitos, muitos planos, talvez há 20 anos, correram sempre todos ao contrário, normalmente para melhor eu pensava fazer uma coisa, aparecia outra coisa melhor.

Não é só ter visibilidade, temos de comprovar aquilo que estamos a dizer e foi isso que fizemos ao longo destes anos. Não é pedir por pedir, porque é um capricho dos enfermeiros. É pedir com fundamento porque é para as pessoas, para todos nós

Vim para fazer um mandato, entretanto, decidi recandidatar me outra vez. Hoje tem-se esta limitação de mandatos e, portanto, só posso cumprir dois, mas se fosse possível cumprir mais um, com toda a certeza que não me recandidataria. Acho que as coisas têm um tempo. Posso ajudar, obviamente, mas para estar bastonária tem o seu tempo e terá o seu tempo até dezembro.

AE | Em entrevista ao Jornal Enfermeiro referiu que a forma como exerceu o mandato “em liberdade chateou muitíssima gente”. Considera que a sua liderança abriu portas a uma nova forma de estar em posições institucionais?

— **ARC** | Confesso que o motivo foi muito mais simples do que esse e tem a ver com aquilo que eu sou e com aquilo que quem me conhece há muitos anos sabe que sou. Há um amigo meu que explica isso muito



bem. Um dia encontrei-o a jantar na altura com o diretor do Expresso. O diretor da altura dizia “pois que chatice, há tantas polémicas, tantas atribulações” e eu ia dizer qualquer coisa e esse meu amigo virou-se para ele e disse, “eu acho que não estás a perceber, porque não a conheces, quando vocês estiverem já cansados e de língua de fora, ela continua com a mesma energia que tinha no início, portanto, não se iludam. Vocês vão ficar de rastos e ela vai continuar de pé”. Portanto, esse é um motivo tão simples. Quanto mais me chateiam e me picam, me fazem guerra e me perseguem, mais energia tenho.

AE | Considera que a sua liderança abriu portas a uma nova forma de estar em posições institucionais?

— **ARC** | Sem dúvida. Há um exemplo muito engraçado que guardo na memória. Lembro-me de que quando tomei posse ter uma pessoa que me dizia que a partir de agora podia comprar certas coisas, ao que eu respondi “compra tu”. Faz-me confusão o facto de as pessoas mudarem e portanto, fui a muitos eventos de sapatilhas, e acho engraçado porque houve um dia em que fui a uma conferência na Universidade de Braga e a peça de um jornal *online* dizia: “A bastonária da Ordem dos Enfermei-

ros disse isto” e depois, acrescentou “no seu estilo habitual de jeans e sapatilhas”. Portanto, não era já nada de estranho. No início até podem ter estranhado, mas depois, acabaram por se habituar. Chegou a haver algumas mulheres em cargos de decisão que me diziam muitas vezes: “Olha, vês, estou como tu, vim de ténis”. Nesse sentido, acho que quando somos nós mesmos, também damos permissão às outras pessoas para serem elas e acho que isso é muito importante.

AE | Já agora, para finalizar, e porque a II Convenção Internacional dos Enfermeiros decorreu nos dias 10 e 11 de maio, em modo pós- evento, gostaria de lhe pedir um balanço. O evento decorreu conforme as expectativas?

— **ARC** | Para citar o senhor presidente da República, que nos enviou um vídeo muito simpático, onde fala também sobre mim, sobre os meus mandatos, e diz que eu sou muito exigente, esta Convenção tem a ver com essa exigência. Não aceitamos que os enfermeiros tenham menos do que a melhor qualidade, quer nos painéis, quer na organização, e isso as pessoas transmitiram. Todos adoraram os trabalhos apresentados, as mesas, os temas em discussão, os oradores, organização em si, e recebemos *emails* aqui na Ordem a dar os parabéns pela qualidade da Convenção.

Desde a organização à componente técnica, o balanço é fantástico, mas como aliás, tem sido sempre desde que começamos a organizar estes eventos e que há uma coisa que a mim me enche de orgulho, hoje os enfermeiros vão a estes eventos completamente de forma gratuita e lembro-me perfeitamente de não estar aqui na Ordem e das pessoas que estavam aqui a organizarem eventos. Nada a ver com isto, mas eram congressos muito cinzentos, não chegavam a pessoas com peso político. E, depois, ainda pediam 50 a 60 euros de inscrição e sem isso, os enfermeiros não podiam ir. Hoje em dia, os enfermeiros não pagam inscrição, pagam uma caução que é devolvida no final e têm um jantar oferecido, que é um momento em que também podem e devem conviver uns com os outros, têm mochilas, têm prémios. Por exemplo, o Santander deu vários prémios. E têm uma série de ofertas, têm, no fundo, direito a tudo aquilo que sempre deveriam ter tido, porque já pagam uma cota para a Ordem dos Enfermeiros para poderem ter acesso a este tipo de eventos.



Pedro Costa

Presidente do Sindicato dos Enfermeiros

Chegou a hora de valorizar os enfermeiros portugueses

Pedro Costa, presidente do Sindicato dos Enfermeiros, faz uma reflexão sobre a carreira profissional e dos principais desafios do último ano, nomeadamente no que concerne às urgências pediátricas e de ginecologia-obstetrícia, bem como, a contagem de pontos em sede de avaliação do desempenho dos trabalhadores com situações, “no mínimo, caricatas”. No entender de Pedro Costa, a situação que o Serviço Nacional de Saúde enfrenta é delicada, porém, “é hora de valorizar, efetivamente, os enfermeiros portugueses, reconhecer com atos concretos o empenho e dedicação que tantas vezes têm embelezado discursos públicos”.

Os enfermeiros portugueses estão exaustos. Não há outra forma de o dizer. Os últimos três anos foram extremamente exigentes. Mais ainda do que o habitual para quem, no dia a dia, já cumpria escalas no limite do admissível. Ao longo da última década temos vindo a denunciar o crescente aumento do volume de trabalho, sem a consequente contratação de recursos humanos em igual escala.

A verdade é que, no Serviço Nacional de Saúde, faltam enfermeiros, médicos, técnicos superiores de diagnóstico, assistentes técnicos e operacionais. E nada de significativo tem sido feito para inverter esta tendência.

O problema não é novo e há muito que tem vindo a ser denunciado pelo Sindicato dos Enfermeiros e por outras estruturas profissionais. A origem primeira do problema está no desinvestimento acumulado ao longo de anos no reforço dos recursos humanos do SNS face às

necessidades da população. Temos hoje uma população mais envelhecida, com mais comorbilidades e, por isso, com maiores necessidades de acesso, desde logo, a cirurgias, consultas e tratamentos.

Em Portugal, embora a Constituição da República defina o acesso à Saúde como universal e tendencialmente gratuito, verdadeiramente não o é. Uma das principais ambiguidades no acesso à saúde começa logo no local onde residem os portugueses que carecem de cuidados de saúde. Os cidadãos fora dos grandes centros urbanos não têm acesso aos mesmos cuidados de Saúde do que aqueles que residem, sobretudo, nas áreas metropolitanas de Lisboa, Porto e Coimbra. E mesmo nestas grandes áreas metropolitanas são conhecidas as dificuldades existentes em muitas unidades de saúde.

O nível de investimento em recursos humanos e equipamentos é completamente diferente, desde logo porque as próprias receitas

A verdade é que, no Serviço Nacional de Saúde, faltam enfermeiros, médicos, técnicos superiores de diagnóstico, assistentes técnicos e operacionais. E nada de significativo tem sido feito para inverter esta tendência

das unidades hospitalares são díspares. E isso reflete-se, naturalmente, na prestação dos cuidados de saúde e na quantidade de recursos humanos disponíveis.

E se estes problemas já eram grandes até ao final de 2019, a pandemia veio deixar ainda mais a descoberto as debilidades do serviço público de Saúde. No momento agudo da procura por cuidados de Saúde, só com muito sacrifício pessoal dos enfermeiros foi possível dar resposta a esse aumento exponencial verificado ao longo de quase todo o ano de 2020 e 2021. E isso teve, claro, consequências.

No último ano, os meios de comunicação social deram conta de sucessivos problemas no acesso às urgências pediátricas e de ginecologia-obstetrícia. E até mesmo da necessidade de proceder ao seu encerramento por escassez de profissionais que assegurassem o cumprimento das escalas de serviço e dos rácios mínimos da ACSS e da Ordem dos Enfermeiros. A juntar a isto, são também conhecidas as limitações dos portugueses no acesso aos Cuidados de Saúde Primários, designadamente por ausência de enfermeiro e médico de família.

E onde faltam esses profissionais? Essencialmente no Serviço Nacional de Saúde. Os níveis de formação de novos enfermeiros no nosso país é mais do que suficiente para assegurar as necessidades dos serviços de saúde públicos, sociais e privados. Se não vejamos: Em Portugal, o número de enfermeiros, por exemplo, passou dos 48.155 enfermeiros, em 2005, para um total de 81.799, em 2022. Mas a evolução foi bem menor no Serviço Nacional de Saúde. Em 2005 trabalhavam no SNS um total de 38.034 enfermeiros. Em janeiro deste ano eram 50.718 os enfermeiros ao serviço do SNS. Isto significa que o número de enfermeiros no nosso País cresceu 69,87%, mas no SNS o crescimento foi de apenas 33,35%.

A questão que coloco para discussão é simples e já foi colocada por diversas vezes aos sucessivos governantes: por que motivo não

Os enfermeiros com mais anos de serviço e diferenciação é que são mal pagos, pois, por força das diversas alterações na carreira ao longo dos anos, temos hoje enfermeiros em escalões intermédios e que, por isso, não vão ter o mesmo aumento salarial aquando da progressão na carreira, vindo-a sucessivamente prejudicada

contrata o Estado mais enfermeiros para o SNS quando Portugal, de forma sistemática, continua a figurar entre os que têm índices mais baixos na OCDE?

Por que motivo continua o Estado a contratar menos recursos humanos do que devia e, com isso, a colocar sistematicamente em causa o cuidado efetivo e eficiente aos portugueses?

Ao longo deste último ano intensificámos as visitas às unidades de Saúde portuguesas, o contacto direto com os colegas. As principais preocupações são transversais a todo o País. Desde logo com a aplicação do Decreto-lei n.º 80-B/2022, com inúmeras queixas de uma incorreta aplicação da legislação que estabelece os termos da contagem de pontos em sede de avaliação do desempenho dos trabalhadores enfermeiros à data da transição para as carreiras de Enfermagem e especial de Enfermagem. Em alguns dos casos que chegaram ao conhecimento do Sindicato dos Enfermeiros, deparamo-nos com situações, no mínimo, caricatas. Há enfermeiros que começaram a trabalhar, por exemplo, no dia 30 de junho de 2004 e que têm o ano integralmente contado para efeitos de progressão na carreira. Porém, outros colegas que começaram a trabalhar no dia seguinte, isto é, a 1 de julho de 2004, ficam sem qualquer

ponto nesse ano, apenas por ter assinado um dia mais tarde. Quando, em muitos casos, o dia 1 de julho calhou num domingo, o que inviabiliza, desde logo, a assinatura de contratos.

A tutela tem de dar orientações específicas às instituições, sob pena de afrontar ainda mais os enfermeiros, que já estão pouco motivados para continuar a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde, numa altura em que, mais uma vez, os enfermeiros seguram um SNS debilitado por problemas com mais de 20 anos de existência.

É tempo de valorizar a Enfermagem

Urge rever as regras de aposentação e considerar a Enfermagem uma profissão de Alto Risco e Desgaste Rápido. O excesso de horas de trabalho extraordinário por falta de enfermeiros, bem como a falta de perspectivas de evolução na carreira, são reclamações transversais a todos os enfermeiros portugueses.

Ao longo de 2022 houve mais de três milhões de faltas ao trabalho entre os profissionais de saúde portugueses, o que corresponde a um aumento de 54% face a 2019. Um número superior ao registado durante os anos da pandemia em que milhares de profissionais foram infetados com COVID-19.

A causa? Voltamos ao início. Os enfermeiros estão exaustos. Desde logo, porque por imperativos éticos e deontológicos, sentem-se sucessivamente obrigados a seguir turno para garantir que os mínimos são cumpridos nas escalas. É que se o enfermeiro perceber que a escala seguinte não está completa e mesmo assim sair tranquilamente da unidade de saúde, deixando os doentes sem assistência, pode estar a cometer um crime de omissão de auxílio. Porém, em contrapartida, se tiver filhos menores de idade e os deixar sem ninguém que cuide deles para continuar a trabalhar, podem ser acusados do crime de abandono. Uma constante luta entre dois direitos cuja solução não passa, nem pode passar, por trazer os filhos para o serviço.

No ano passado demos um passo importante ao assinar com o Ministério da Saúde o acordo que verteu no Despacho n.º 80-B/2022. Mas é fundamental não ficar por aqui. É imperativo voltar à mesa das negociações e começar a trabalhar em novas soluções que permitam resolver outros problemas com que os enfermeiros se debatem no dia a dia.

Temos enfermeiros há 20 e 30 anos na profissão que hoje ganham exatamente o mesmo que os colegas que agora entram. E não é que estes últimos recebam muito. Os enfermeiros com mais anos de serviço e diferenciação é que são mal pagos, pois, por força das diversas alterações na carreira ao longo dos anos, temos hoje enfermeiros em escalões intermédios e que, por isso, não vão ter o mesmo aumento salarial aquando da progressão na carreira, vindo-a sucessivamente prejudicada.

É hora de valorizar, efetivamente, os enfermeiros portugueses, reconhecer com atos concretos o empenho e dedicação que tantas vezes têm embelezado discursos públicos. Não pagamos contas de supermercado com palmas e com louvores públicos. Nem nós, nem qualquer outro profissional, de saúde ou de outro setor. Custa assim tanto perceber isto?



Cristina Rodrigues
Enfermeira no Hospital
de São Bernardo, Setúbal

Modelo Organizacional do Hospital de Dia de Neurologia

Cristina Rodrigues, do grupo de Enfermagem do Hospital de Dia de Neurologia do Hospital de São Bernardo, em Setúbal, esclarece como nasceu esta Unidade e como funciona o seu modelo organizacional. A prática com maior visibilidade é a esclerose múltipla, sendo que esta consulta de enfermagem pretende “conhecer as necessidades da população e da comunidade em que se esta inserido, participar e orientar a comunidade na procura de soluções para problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam as necessidades da comunidade”.

No final do século passado, o avanço da ciência possibilita a transformação da prática clínica. O cuidar não podia permanecer estagnado. Foi importante acompanhar o desenvolvimento do ritmo acelerado da sociedade. Nos Hospitais e nas Unidades de Saúde, cruzam-se problemas e situações que podem condicionar a atividade do profissional de saúde, o utente e a família. Assim...

...O Hospital de Dia surge como ... uma organização do sistema de saúde que funciona num espaço físico próprio, com meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde programados a doentes de ambulatório, em alternativa ao internamento. Trata-se de uma modalidade pensada para a redução de custos e riscos para o utente.

O Hospital de dia de Neurologia do CH de Setúbal nasceu aproximadamente há 20 anos. Atende utentes do foro neurológico, sendo o maior número os portadores de Esclerose Múltipla. Deste

modo, o desempenho da prática de Enfermagem prende-se por garantir a qualidade, o rigor, a Humanização e a oportunidade de usufruir dos excelentes cuidados de saúde. Devido a um aumento gradual e contínuo no serviço de várias atividades e um elevado número de utentes, foi importante organizar e reorganizar o modelo de atuação ao nível estrutural.

O Modelo de atuação em Enfermagem descreve uma realidade ou uma forma simples de organizar um fenómeno complexo. É uma consolidação da prática com a literacia para a saúde, que combina na ajuda significativa no utente e família.

O nosso exercício profissional apoia-se na mãe da Enfermagem Florence Nightingale (1860), numa teoria ambientalista, que reconhece o utente integrado no seu meio. Em nosso auxílio a Hildegard Peplau (1952) com a sua teoria baseada no relacionamento interpessoal, colabora na relação de ajuda entre os intervenientes. A Virginia Hen-

derson (1955) e a Dorothea Orem (1971), ajuda nos a ter como objetivo a independência e o autocuidado do utente.

A nossa prática com maior visibilidade prende-se ao cuidado ao utente e família com Esclerose Múltipla. Pois...

Viver com Esclerose Múltipla é viver com incertezas.

É claramente uma adaptação contínua no processo de doença que requer inúmeras mudanças no ajuste às condições impostas pela mesma. É esta adaptação contínua a inúmeras mudanças na vida da pessoa que se impõe estruturar um modelo de boas práticas de Enfermagem no Hospital de Dia de Neurologia e demonstrar a importância do trabalho da Equipa de Saúde. Assim, estas mudanças determinam a existência da consulta multidisciplinar para doentes com EM e consulta de Enfermagem.

Consideramos a consulta Multidisciplinar como uma inter relação de múltiplas áreas clínicas onde se considera o utente/família como

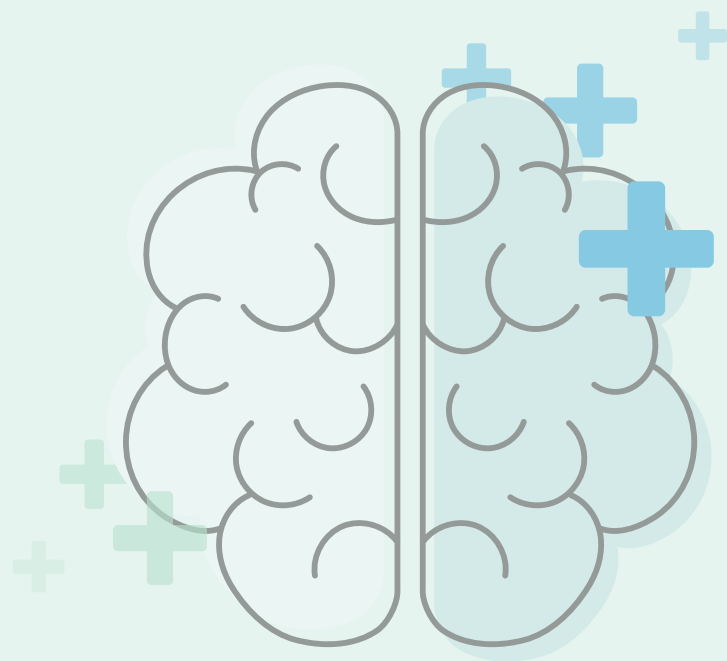
um todo, numa atitude o mais humanizada possível e com uma abordagem mais ampla e resolutiva em todo o processo do cuidado.

Esta é composta atualmente por: três médicos neurologistas, cada um com um período de consulta semanal. Duas enfermeiras com formação pós graduada em EM. O apoio essencial da neuropsicologia e o indispensável suporte da secretária clínica.

Mas... Como é que recebemos nesta consulta um utente com suspeita de diagnóstico de EM ou diagnóstico já definido???

A solicitação parte dos diferentes serviços de internamento, da consulta externa de outras valências e principalmente da Neurologia geral. Poderão ser encaminhados do serviço de urgência ou de agrupamentos do centro de saúde.

Neste primeiro contacto faz-se a recolha da história clínica, levantamento de necessidades, informação sobre a doença, o que facilita a gestão de potenciais alterações emocionais e compor-



tamentais reflexas ao confronto com a situação clínica.

Nós, enfermeiros, colaboramos ainda na hipótese de diagnóstico e faz-se uma primeira abordagem às terapêuticas disponíveis. Programa-se e organiza-se o conjunto de MCDT requeridos.

Nas consultas subsequentes e pós-diagnóstico é realizada uma reunião interdisciplinar clínica no qual se aborda as necessidades expressas pelo utente/família, a sua capacidade *insight face* a doença terapêutica, observa-se os resultados dos MCDT e processa-se ao programa mais adequado de administração de terapêutica referente à presente situação clínica.

Em contexto de enfermagem promove-se a importância da adesão terapêutica.

Ou seja... o enfermeiro informa, aconselha, educa e promove a adaptação às possíveis alterações socio-ocupacionais e familiares que possivelmente surgirão. A continuidade do acompanhamento clínico do doente exige que em posteriores

É claramente uma adaptação contínua no processo de doença que requer inúmeras mudanças no ajuste às condições impostas pela mesma. É esta adaptação contínua a inúmeras mudanças na vida da pessoa que se impõe estruturar um modelo de boas práticas de Enfermagem no Hospital de Dia de Neurologia e demonstrar a importância do trabalho da Equipa de Saúde

consultas a equipa de Enfermagem medie e seja o interlocutor de eventos manifestados, participando ainda na avaliação clínica de controlo evolutivo. Aclara-se novas dúvidas resultantes do progresso da doen-


ça, realizando uma reavaliação das capacidades funcionais, cognitivas e comportamentais.

Potenciamos a instrução de estratégias de prevenção para possíveis efeitos secundários à terapêutica.

Por fim, dá-se continuidade à promoção da adesão do utente ao tratamento.

Ao enfermeiro cabe o papel de “anfitrião” no acolhimento do utente/família ou cuidador. Garantindo-se assim, uma maior relação de proximidade que aumentará sem dúvida alguma os níveis de confiança e relação terapêutica. É então neste contexto que surge a consulta de Enfermagem direcionada aos portadores de esclerose múltipla.

Assim, balizados na definição do ministério da saúde em 1999, em que a consulta de Enfermagem é definida como... “uma atividade de total autonomia e responsabilidade do Enfermeiro, que se habilita por apresentar estratégias eficazes para a deteção de problemas de saúde e fazer um acompanhamento de medidas de Enfermagem traçadas e direcionadas ao bem estar da pessoa /família envolvida, com base em metodologia científica. A consulta de Enfermagem acompanha sempre a consulta multidisciplinar.



A evolução da esclerose múltipla não é previsível e o seu comportamento de pessoa para pessoa é distinto. Torna-se fundamental o acompanhamento centrado no doente/família, tentando responder às incertezas e apoiando na adaptação às dificuldades que lhe vão surgindo

Definiu-se para esta consulta três pilares base ao seu funcionamento.

- A Clínica, com o impacto da doença crónica e terapêutica no utente/família, tal como a presença de sinais e sintomas compatíveis com surto.
- A Investigação por parte da equipa de Enfermagem, com a participação ativa em ensaios clínicos, congressos e grupos de trabalho publicados e apresentados.
- A Formação do Enfermeiro tanto recebida como administrada.

Foi oficialmente atribuída a esta consulta, autonomia no primeiro trimestre de 2013. Acompanha-se cerca de 269 doentes com EM. São realizadas no HD de 2ª a 6ª feira, agendadas e programadas pela equipa de Enfermagem.

Afirma-se que desde 2014 apresenta uma média móvel crescente, resultado do aumento do número de novos diagnósticos, do conhecimento geral de um espaço definido ao atendimento e da utilização de novas terapêuticas cuja necessidade exige maior vigilância.

Na primeira consulta, o ato clínico de Enfermagem é mais complexo e prolongado, realizando-se uma entrevista com registo das necessidades expressas e observadas ao Utente/família, sendo as mais comuns:

- O grau de ansiedade face ao diagnóstico- incertezas quanto ao futuro.
- Questões relacionadas com a fisiopatologia da doença.
- Obstáculos face ao ensino e treino da medicação.
- Dificuldade na primeira toma.
- Outros obstáculos referidos.

Com base nestes registos são estabelecidos diagnósticos de Enfermagem e planeadas intervenções para alcançar as metas desejadas. Assim, durante esta consulta o doente recebe orientações sobre o que é a EM. Como identificar e proceder face ao surto. Quais os benefícios e importância do tratamento com o intuito de atrasar a progressão da doença. Ensina-se a auto administração da medicação, quais os locais indicados e a periodicidade da mesma. É importante motivar a modificação de comportamentos que promovam novos hábitos de saúde.

No acompanhamento seguinte são múltiplas as atividades realizadas ao qual estão sempre centradas na tríade Enfermeiro/utente/família, esclarecendo dúvidas ainda existentes, educando para a doença, vigiando e monitorizando modos e locais de administração e potenciais efeitos secundários. Desta forma podemos contribuir para a diminuição do risco de abandono à terapêutica.

São realizadas avaliações anteriormente propostas ou feito levantamento de novas necessidades.

É alvo de atenção as frequentes queixas, habitualmente referidas pelo utente/família, como:

- As medidas de emoção expressa, nomeadamente raiva, frustração, sentimento de incapacidade e limitação. A própria diminuição da capacidade física com a reativa perda de autonomia funcional requer a nossa especial atenção.
- Alterações cognitivas, nomeadamente ao nível da componente mnésica, atenção e capacidade executiva.
- A capacidade executiva.
- A fadiga como falta de energia física e mental.
- A dor como elemento de ampla limitação.
- Os distúrbios do tracto urinário e intestinal.
- Disfunção sexual, hoje gradativamente assunto que a pessoa consegue expor sem tabus.

Assume, esta consulta de enfermagem o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que se está inserido, participar e orientar a comunidade na procura de soluções para problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam as necessida-

des da comunidade. A evolução da esclerose múltipla não é previsível e o seu comportamento, de pessoa para pessoa, é distinto. Torna-se fundamental o acompanhamento centrado no doente/família, tentando responder às incertezas e apoiando na adaptação às dificuldades que lhe vão surgindo.

Esta consulta é o fio condutor para a promoção da saúde e prevenção da recaída e permite diminuir taxas de renúncia ao tratamento. Fomenta a relação interpessoal entre os intervenientes e estimula ações no processo informativo para a adaptação à doença e terapêutica ajudando a atingir excelência no cuidar.

Muito estaria ainda por dizer, uma vez que a prática de enfermagem no HD é uma visão holística no tratar envolvendo toda a equipa de saúde. É um serviço necessário, intermédio, entre o ambulatório e o internamento. Assiste não só o utente/família, como ajuda a suavizar o serviço de internamento.

...” as pessoas podem esquecer o que Nós dizemos e fazemos mas, a forma como as fizemos sentir...” (Robin Sieger)

Em modo conclusivo... Cuidar é ... ajudar a viver, e é esta consciência que nos influencia o desenvolvimento da nossa organização da nossa Unidade.

Triade improvável: Dermatologia, Saúde Mental e Gestão em Saúde

Estando a sua prática profissional centrada na Dermatologia, a sua área de especialização na Saúde Mental e sendo aluno de Administração Hospitalar, Miguel Teixeira, enfermeiro no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho, propõe-se a interligar e desenvolver estas três diferentes temáticas, tendo em conta que “o curioso, é que no centro de cada uma destas dimensões vamos ter algo em comum, as pessoas”.

Vou aproveitar esta oportunidade de partilhar as minhas palavras para mostrar um lado menos visível, mas que é muito real nos nossos cuidados de saúde... Aristóteles disse que “conhecer-se a si mesmo é o primeiro passo para a sabedoria”. Acredito que esta reflexão/afirmação, com mais de dois mil anos, ainda faz sentido nos nossos dias, por isso, vou escrever com toda a honestidade e, sabendo o que sei, tentarei defender o lado das pessoas mais vulneráveis, que necessitam de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) forte e capaz de responder às suas necessidades.

A Dermatologia é a especialidade médica cuja área de conhecimento se concentra no diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e afeções relacionadas à pele, pêlos, mucosas, cabelo e unhas. Desta forma, a Dermatologia tem o seu foco no maior, mais pesado e mais visível órgão do corpo. Existem muitos diagnósticos diferentes, que podem corresponder a tumores, doenças inflamatórias, infecciosas, autoimunes, entre outras.

As lesões de pele tendem a ser visíveis para quem as tem e para os outros, alterando a imagem,

a autoestima e a forma como socialmente podemos ser “vistos”, literalmente. Inúmeras vezes, as questões da pele são percecionadas meramente como questões estéticas, mas são muito mais que isso. Além de haver doenças que matam, caso do melanoma, há doenças que tendem a ser para toda a vida e, não estando controladas, são responsáveis por uma diminuição da esperança média de vida e da sua qualidade, caso da psoríase, dermatite atópica e hidradenite supurativa. Vou partilhar algumas fotografias para aumentar a vossa perceção acerca do que estou a escrever.

Pelos motivos que apresentei até agora, dei ênfase aos tumores e à psoríase, mas será que o acne, a rosácea ou o eczema (que tendem a aparecer numa fase precoce da vida), não podem também ter consequências altamente limitantes para as pessoas? Deixar marcas (não apenas na pele) para a vida?

Saúde Mental

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Saúde Mental como um estado de bem-estar em que uma pessoa pode realizar as suas habilidades, lidar com o

stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade. Destaca a necessidade de abordar os determinantes sociais da Saúde Mental, como a pobreza, a discriminação e a violência, que podem aumentar o risco de problemas de Saúde Mental. A OMS também enfatiza a importância da consciencialização e educação sobre Saúde Mental e da promoção de um ambiente saudável e solidário em casa, no trabalho e na comunidade.

Quando se fala em Saúde Mental, há uma associação muito grande a transtorno mental, mas quero diferenciar os conceitos, para que se entenda a Saúde Mental como um potencial que pode ser trabalhado, de forma a ir de encontro à definição da OMS.

Baixa Saúde Mental ou transtorno mental, podem afetar o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental de uma pessoa, causando impacto na sua vida pessoal, social e profissional.

Os comportamentos humanos são observáveis e incluem ações físicas, como caminhar, falar, comer e dormir, bem como comportamentos emocionais, como rir, chorar, sentir medo ou raiva. O que está por detrás do comporta-



Miguel Teixeira

Enfermeiro no Centro Hospitalar
Vila Nova de Gaia-Espinho

mento, o que o motiva, ou o que pode ser sentido como uma recompensa ou punição, é que não é observável e, por isso, muitas vezes os comportamentos dos outros são incompreendidos.

Pelo que foi exposto relativo às questões dermatológicas, de Saúde Mental e comportamentais, acredito que agora seja mais fácil sermos empáticos e perceber o sofrimento, a vergonha, a baixa auto estima e o afastamento social que muitas vezes estas pessoas (doentes de dermatologia) experienciam. Mas empatia não é apenas compreender, vai muito além dessa compreensão racional. Como não tenho nenhum destes problemas de pele, não dá para ser completamente empático, mas um dia fiz uma experiência social que me permitiu ser.

Fui convidado a estar num evento com altas personalidades do mundo da Dermatologia e da Saúde Mental. Como seria de esperar, devia ter escolhido uma das minhas melhores roupas, mas fiz precisamente o contrário. De calças de ganga extremamente rotas, t-shirt e sapatilhas, lá fui eu para o evento. Toda a gente via que eu era diferente (pela minha forma de vestir), eu sentia que olhavam



ÚLCERA VENOSA COM MAIS DE UM ANO DE EVOLUÇÃO. EXPOSIÇÃO TENDINOSA



PSORÍASE PALMO PLANTAR



PÓS CIRÚRGICO DE EXÉRESE DE TUMORES DA PELE



PLACAS DE PSORÍASE

mais para mim e até imaginava que deviam estar a comentar a forma como eu estava. Em pouco tempo a minha confiança estava a baixar, só me apetecia ter outra roupa para vestir e acabar com aquela sensação desconfortável... Mas esta situação foi momentânea, provocada por mim e de fácil resolução, o que não acontece nas pessoas que têm afeções de pele (que acaba por ser a roupa que está sempre vestida) e, por isso, merecem todo o meu respeito e trabalho no sentido de valorizar os seus problemas.

Está na altura de introduzir o terceiro tema e “abandar” tudo, de forma a estabelecer as ligações e o sentido deste texto.

O SNS é um sistema de saúde público, financiado pelo estado, sobretudo através da cobrança de impostos. Está enquadrado na constituição portuguesa e oferece cuidados de saúde universais e tendencialmente gratuitos para todos os cidadãos portugueses e residentes estrangeiros. A forma de financiamento dos hospitais é quase totalmente assegurada por contratualização

com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Essa contratualização está centrada na quantidade do que se faz, o que pode incentivar a que se faça muita coisa (consultas, exames, etc.), mas esses atos podem não se traduzir em ganhos efetivos em saúde, havendo um desperdício de recursos.

Se olharmos para os dados mais recentes relativos aos Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG), constatamos que a Dermatologia e a Psicologia são das especialidades que apresen-

tam uma grande percentagem de pessoas fora destes tempos máximos que deviam ser uma garantia, ou seja, nem uma pessoa devia esperar mais um dia que tempo definido por essa garantia. Estes dados vão ao encontro do publicado no relatório de sustentabilidade em saúde, que mostra a perceção dos utentes, colocando como ponto mais fraco do SNS a acessibilidade.

Em Portugal, temos cerca de 4 milhões de pobres (cerca de 2 milhões após a atribuição de subsídios). Assumo que estas pessoas não podem recorrer a cuidados de saúde privados e que se a referência e o acesso não funcionarem devidamente, podem ficar anos à espera até ter acompanhamento diferenciado, ou então, simplesmente não terem esse seguimento. No que diz respeito à Dermatologia, ainda há a questão que alguns fármacos só são passíveis de ser prescritos no SNS (por exemplo, alguns fármacos para o tratamento da dermatite atópica).

Desta forma, faz sentido repensar o financiamento e o funcionamento das unidades de saúde, que deve estar centrado nas necessidades das pessoas e no trabalho da equipa, promovendo os resultados (*outcomes*) e não apenas os atos. Pagar pelo desempenho da equipa pode ser uma forma de estimular os profissionais a criar alternativas inovadoras, obter melhor desempenho, diminuir a lista de espera e centralizar a prestação de cuidados nas necessidades dos utentes e não nos indicadores que melhoram o financiamento de uma organização.

Ao mais alto nível de planeamento são definidas orientações que depois devem ter aplicabilidade prática e traduzir-se em ganhos de saúde para as populações. Que os indicadores sejam capazes de traduzir os ganhos efetivos dessas políticas e que essas políticas respondam às necessidades reais das pessoas. Só assim, as pessoas serão o centro dos cuidados.

Talvez esta tríade não seja, afinal, tão improvável...

Lesões por pressão na face em doentes submetidos a ventilação não invasiva: Análise da incidência

As enfermeiras Marta Direito e Sophie de Almeida Simões Ferreira fazem uma análise à incidência das lesões provocadas pela ventilação não invasiva no serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu. Além disso, fazem, ainda, um levantamento de técnicas que ajudam a recuperar dessas mesmas lesões.

A ventilação não invasiva (VNI) corresponde à aplicação de um suporte ventilatório, através de uma máscara ou outro tipo de interface, sem recurso a uma via aérea artificial invasiva, nomeadamente tubo endotraqueal ou traqueostomia (Esquinas, 2011). É uma importante modalidade terapêutica que pretende aumentar a taxa de sobrevivência, reduzindo o número de dias de internamento, melhorando por consequência a qualidade de vida dos doentes, através da melhoria dos valores gasimétricos, da qualidade do sono e da tolerância ao exercício.

Desde a década de 40 até aos nossos dias, é notório o desenvolvimento desta terapia, especialmente a ventilação por pressão positiva, a opção mais vezes utilizada, tanto em contexto hospitalar, como em contexto domiciliário.

A ventilação não invasiva assume um papel cada vez mais importante, quer em patologia aguda, quer na doença respiratória crónica (FERREIRA, NOGUEIRA, CONDE E TEIXEIRA, 2009). Constitui, hoje em dia, tratamento de primeira linha e/ou exclusivo em muitas situações de insuficiência respiratória (Esquinas, 2011). Assim, a VNI permite a abertura de uma importante janela no mundo da insuficiência respiratória e o seu sucesso depende da capacidade da sua aplicação por parte de uma equipa multidisciplinar treinada e experiente. A enfermagem tem vindo a assumir um papel de grande responsabilidade na gestão deste tratamento (CORREIA [et.al], 2013). A evidência científica sugere que a equipa de

enfermagem através dos seus conhecimentos específicos tem um papel preponderante no sucesso da VNI. O enfermeiro tem uma intervenção importante, tanto na preparação do material/equipamento, como no âmbito da adaptação à interface e ventilador e na prevenção de complicações.

Uma das complicações mais frequentes do uso de VNI, são para ESQUINAS (2011), as Lesões Por Pressão (LPP) correlacionadas com as interfaces, que diminuem em muito a eficácia e a tolerância desta terapia. As LPP constituem um problema centrado na pessoa, sensível à prática autónoma de enfermagem e conducente a ganhos de saúde e otimização de custos.

Por isso, uma atitude preventiva é essencial.

Neste contexto, no serviço de pneumologia do Centro Hospitalar Tondela- Viseu (CHTV), surgiu a necessidade de elaborar um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados preventivos de lesões por pressão correlacionadas com as interfaces de VNI, com o intuito de contribuir para uma melhoria na prestação de cuidados a este nível.

No âmbito deste projeto, foram desenvolvidas várias estratégias interventivas:

- Efetuado um protocolo/norma de procedimento com o tema “cuidados de enfermagem ao doente submetido a ventilação não invasiva”, com o objetivo de uniformizar os cuidados prestados aos doentes sob esta terapia;
- Elaborado um guia de VNI, que teve como finalidade faci-



Marta Direito

Enfermeira no serviço de pneumologia e Unidade de Ventilação Não Invasiva do Centro Hospitalar Tondela Viseu, desde 2009.

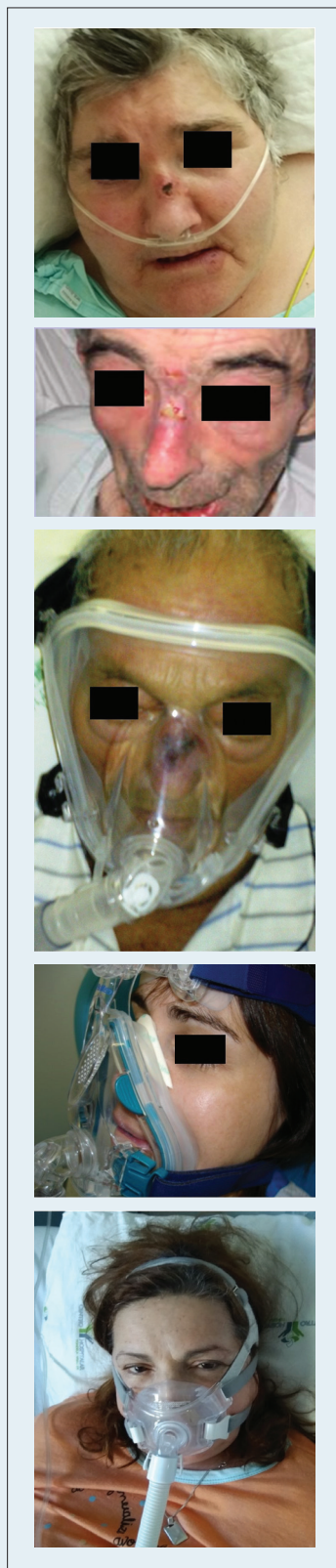
Licenciada em enfermagem (Escola Superior de Saúde da Guarda - 2007), com pós-graduação em urgência e emergência (Escola Superior de Saúde de Viseu - 2009) e pós-graduação em ventilação não invasiva para enfermeiros (Formasau-Formação e Saúde de Coimbra - 2012).



Sophie de Almeida Simões Ferreira

Enfermeira no serviço de Pneumologia e Unidade de Ventilação Não Invasiva do Centro Hospitalar Tondela Viseu, desde 2008.

Licenciada em Enfermagem (Escola Superior de Saúde de Viseu - 2005).



litar o acesso dos enfermeiros às informações mais relevantes sobre esta temática;

- Adquiridos diferentes tipos de interfaces, com diferentes tipos de apoio, que permitem o alívio das zonas mais suscetíveis ao aparecimento de LPP (máscaras oronasais sem apoio na pirâmide nasal (máscara Amara View® e a máscara Air Fit F30) e máscaras faciais totais);

Cuidados de Enfermagem, como a avaliação/monitorização, frequente da integridade cutânea das zonas de maior contacto, podem minimizar o aparecimento e o agravamento das LPP

- Realizadas várias ações formativas/medidas educacionais, no sentido de atualizar conhecimentos e de sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço para a operacionalização das medidas de prevenção de lesões por pressão correlacionadas com este dispositivo médico.

- Elaborados dois estudos prospetivos, um em 2017 (amostra de 67 doentes) e outro, posteriormente em 2019 (amostra de 56 doentes), com a duração de 6 meses cada, usando como amostra doentes submetidos a VNI, internados no serviço e sem LPP da face após 6 horas de admissão. Estes estudos, tiveram como objetivo determinar a frequência de lesões por pressão da face em doentes submetidos a VNI, internados no serviço de pneumologia. Obtendo-se como resultados: uma taxa de incidência de 10,4% em 2017 e de 3,6% em 2019. Verificando-se, uma redução na incidência desta complicação. Isto, devido à implementação de medidas preventivas.

Conclusão

Está demonstrado que o sucesso da VNI está diretamente relacionado com a adaptação à interface escolhida. Assim, com o objetivo diminuir o

risco de LPP em VNI e consequentemente maximizar os resultados, torna-se fundamental que a interface seja selecionada adequadamente, de acordo com a fisionomia da face e situação clínica do doente. Esta, deve ainda ser ajustada/fixada, de forma a evitar uma tensão excessiva do arnés e não provocar desconforto no doente (a necessidade de fixação extrema implica um repensar na interface a utilizar). Este aspeto é de extrema importância, uma vez que a intolerância à interface é causa maior de falência da VNI.

Parece-nos também, que cuidados de Enfermagem, como a avaliação/monitorização frequente da integridade cutânea das zonas de maior contacto, podem minimizar o aparecimento e o agravamento das LPP, podendo estas ser detetadas num estadio mais precoce. Recomenda-se que, em doentes submetidos a VNI por períodos longos, se proceda à interrupção desta terapia, sempre que possível

(períodos de descanso coincidentes com os horários das refeições) e à implementação da técnica da interface dinâmica, que consiste na utilização, no mesmo doente, de diferentes máscaras, com diferentes tipos de apoio, que proporcionam o alívio das zonas mais suscetíveis para o aparecimento de lesões.

Embora sem evidência científica, é também prática comum, na nossa realidade a utilização de produtos de barreira que favoreçam a redistribuição da pressão, como placas de silicone e poliuretanos recortados e aplicados nas zonas de maior risco, consoante a interface utilizada.

A utilização das máscaras oronasais sem apoio da pirâmide nasal, têm sido também uma excelente aposta, pois possibilitam a manutenção da VNI e facilitam a recuperação de lesões provocadas, sendo uma ótima alternativa às tradicionais máscaras faciais, pois, para além de serem descritas pelos doentes como mais confortáveis, proporcionam um alívio da pressão na pirâmide nasal, onde ocorrem mais frequentemente as LPP. Desde a implementação destas medidas em conjunto, denotamos uma redução substancial na incidência de LPP correlacionadas com as interfaces de VNI, no serviço de Pneumologia do CHTV. Face a esta redução, e em prole da qualidade dos cuidados prestados, é fundamental que a enfermagem, um elo importante para a garantia do sucesso da ventilação não invasiva, continue a desenvolver projetos de melhoria contínua e continue a investir em formação na área da VNI. Uma terapia exigente, que requer uma equipa multidisciplinar com conhecimento, treino, motivação e experiência.

BIBLIOGRAFIA

CORREIA, A.; FREITAS, C.; PEREIRA, C.; FERREIRA, F. Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem à pessoa submetida a Ventilação Não Invasiva no Domicílio. Março, 2013, associação amigos de grande, volume 2, edição 1; ESQUINAS, António – Princípios de Ventilação Mecânica Não Invasiva: do Hospital ao domicílio. Gasin Médica, 2011); FERREIRA, S.; NOGUEIRA, C.; CONDE, S.; TEIXEIRA, N. – Ventilação Não Invasiva. Revista Portuguesa de Pneumologia, Vol XV Nº4 Julho/Agosto, 2009).



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

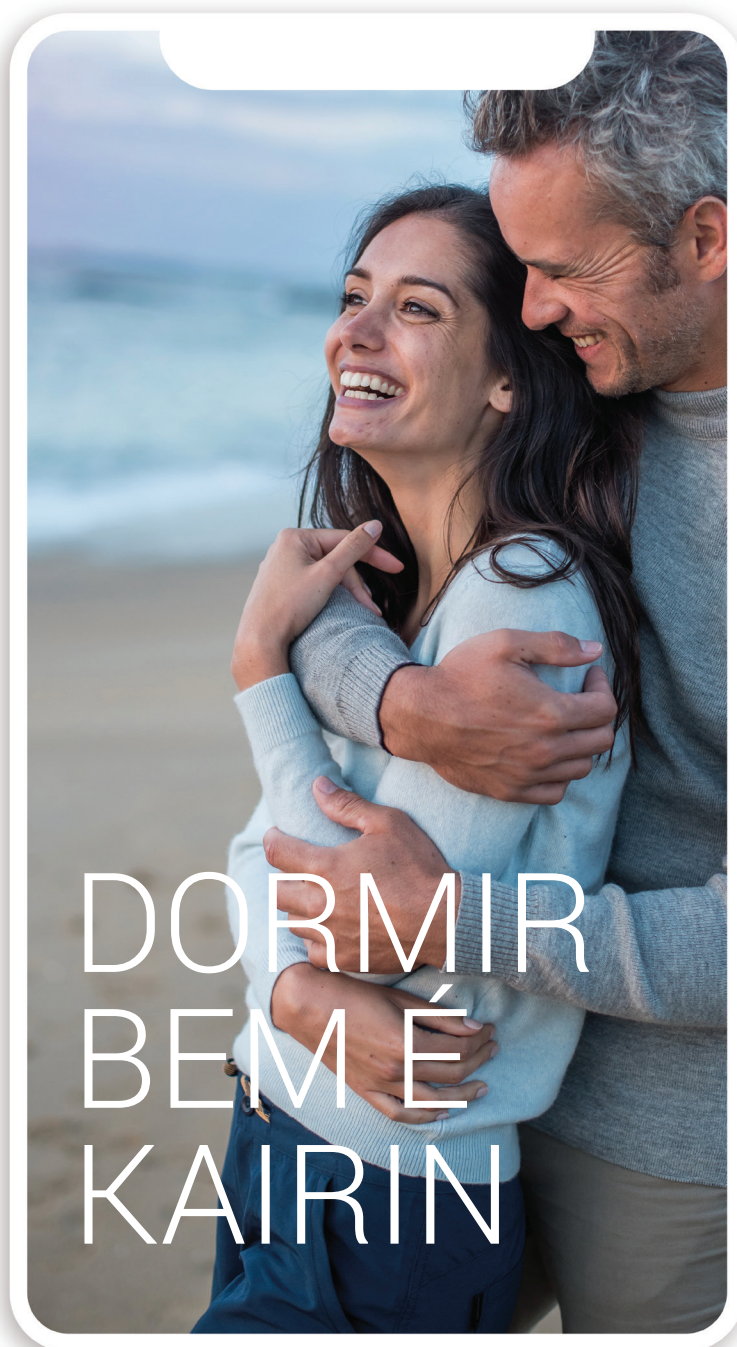
TENDÊNCIAS E GRÁFICOS

Análise de utilização do CPAP*

CONTACTO DIRETO

Equipa Vitalaire sempre disponível

*disponível em pacientes com telemonitorização ativa



CUIDADOS
RESPIRATÓRIOS
DOMICILIÁRIOS

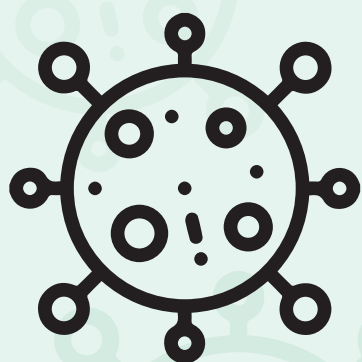
800 201 550

GRÁTIS | 365 DIAS | 24H/DIA



CMR150/1

“O nosso grande foco e a nossa missão tem como propósito a promoção e o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação”



Belmiro Rocha, enfermeiro e presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (APER), esteve à conversa com o Anuário do Enfermeiro acerca daquilo a que se propõe neste que é o seu quarto mandato à frente desta que é uma Associação que existe desde 1978, do papel dos enfermeiros de reabilitação na atribuição de uma maior qualidade de vida na vida dos doentes, passando pela telereabilitação ou pela transferência de competências da área da saúde para as autarquias. O especialista e presidente aproveitou ainda para falar acerca das perspetivas de carreira, sendo o lema: “Queremos que as pessoas vivam mais, mas, essencialmente, que vivam melhor”.

Anuário do Enfermeiro (AE) | A Enfermagem de Reabilitação ganhou particular relevância na recuperação de doentes com infeções respiratórias, nomeadamente por COVID-19. Que outras valências da Enfermagem de Reabilitação importa referir além desta faceta que se tornou mais pública?

— **Belmiro Rocha (BR)** | A APER é a mais antiga associação especializada da área da Enfermagem. Começámos com a Enfermagem de Reabilitação em 1965, através da enfermeira Sales Luís, sendo ela a nossa patrona. A APER conta com os seus estatutos desde 1978 e, por isso, é uma Associação muito antiga. A nossa atividade ficou agora um pouco mais visível com a questão das dificuldades respiratórias provocadas pela COVID-19. Porém, a Enfermagem de Reabilitação é muito mais do que apenas a área do respiratório. Temos a área do osteoarticular, motora, sexual, da alimentação, da eliminação, entre outras.

A nossa grande preocupação prende-se com a questão das Atividades de Vida Diárias (AVDs).

Portanto, cruzamos isto no sentido de conjugar estas áreas de atuação com a questão da atividade de vida diária para que possamos ter aquilo que consideramos fundamental que se prende com a qualidade de vida. Aliás, esse é o lema da Enfermagem de Reabilitação, salvar a qualidade de vida das pessoas. Queremos que as pessoas vivam mais, mas, essencialmente, que vivam melhor.

AE | Neste período pós pandemia a Enfermagem de Reabilitação ganhou mais condições para exercer as suas funções, tendo em conta as necessidades dos doentes?

— **BR** | Do ponto de vista prático tivemos mais visibilidade nesta altura, porque a área do respiratório esteve muito exposta, muito atacada do ponto de vista da própria doença e, portanto, os enfermeiros de reabilitação tiveram aqui, de facto, uma visibilidade e um reconhecimento muito grande. Claro que a pandemia já passou, porém, ainda temos sequelas da questão do COVID-19. Portanto, ainda temos um longo caminho para os enfermeiros de reabilitação atuarem.

Para as necessidades de cuidados de saúde que a população nos apresenta, os pouco mais de cinco mil enfermeiros não são o número de profissionais suficiente. Precisamos de mais enfermeiros de reabilitação. É muito importante que houvesse um claro e cabal aproveitamento das competências específicas dos enfermeiros de reabilitação, porque se existir este aproveitamento teremos melhores resultados e mais ganhos em saúde e isso promove a qualidade de vida dos nossos doentes.

AE | Como estamos ao nível do acesso dos doentes de Asma e DPOC aos programas de reabilitação?

BR | Não estamos muito bem. Temos a noção de que o acesso ao Programa de Reabilitação Respiratório é quase 1% da necessidade total que temos. Nesse sentido, temos vindo a manifestar o nosso desagrado no sentido de melhorar esta oferta, porque os diagnósticos estão feitos, embora muitas situações tenhamos a noção de que existe um sub-diagnóstico, mesmo para estes doentes que conhecemos, não conseguindo dar em termos de oferta assistencial, pouco mais do que 1% das necessidades que têm.

Numa tentativa de melhorar, na APER somos apologistas de que os programas de reabilitação respiratória, por exemplo, devem ser feitos de acordo com as boas normas, as boas práticas, seguramente com toda a equipa, com todos os recursos que temos ao dispor.

Muita das vezes, temos tudo bem definido do ponto de vista do que é um programa de reabilitação respiratória, constituição de equipas, os diferentes elementos da constituição de equipas e os recursos materiais também, porém, muitas das vezes, por não termos toda a equipa, todos os recursos, não iniciamos nada.

Mas a verdade é que continuamos a ter à nossa frente os doentes com DPOC, com as necessidades e, portanto, aqui a questão que se coloca é, então, se eu tenho alguns saberes, se tenho alguns recursos que posso disponibilizá-los, posso não dar o “pacote inteiro” do Programa, mas posso dar parte do mesmo, o que será sempre melhor que não dar nada. Precisamos de pôr ao serviço do utente as nossas competências e os nossos recursos disponíveis.



Belmiro Rocha

Enfermeiro e presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (APER)

Além desta questão da reabilitação domiciliária, há uma outra grande parceria que eu acho que vamos ter de aproveitar, porque, de facto, é uma porta muito importante e tem a ver com a transferência de competências da área da saúde para as autarquias

AE | Será a reabilitação respiratória domiciliária um caminho viável para responder à procura de cuidados?

BR | Sem dúvida. Aliás, temos de aproveitar algumas das coisas que estão mesmo à nossa frente e que podem ser sinergias e parcerias muitíssimo importantes. A primeira tem a ver com a questão da transição digital, e temos de começar a pensar, nomeadamente, na telereabilitação como uma alternativa. Claro que, temos de conhecer bem o doente, os contextos envolventes, tendo em conta que a nossa máxima é sempre a segurança e qualidade assistencial.

Além desta questão da reabilitação respiratória domiciliária, há uma outra grande parceria que eu acho que vamos ter de aproveitá-la, porque, de facto, é uma porta muito importante e tem a ver com a transferência de competências da área da saúde para as autarquias. As autarquias são quem melhor conhece as populações, quem melhor conhece os contextos, as casas das pessoas, as dificuldades e podem perfeitamente fazer aqui esta ponte entre os profissionais de saúde que ainda estão muito dentro das organizações de saúde com a casa das pessoas. Considero que este é outro dos caminhos juntamente com a telereabilitação.

Outro dos caminhos que temos de aproveitar. Esta transferência das competências é uma oportunidade.

AE | Que comentário faz acerca da atuação dos enfermeiros nos CSP?

BR | Os enfermeiros são a pedra basilar dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os CSP devem ser a nossa porta de entrada no sistema de saúde e, portanto, esta intervenção deveria estar muito mais próxima do cidadão, está muito mais disponível para o cidadão, porque está em proximidade, como é óbvio e, portanto, tem um papel crucial.

Os enfermeiros de reabilitação acabam por ter, na minha ótica, um bocadinho mais por uma razão muito simples. A nossa preocupação prende-se com o potencial que o doente tem, sendo que, de acordo com o estado em que se encontra tentamos dar-lhe o maior nível de autonomia possível nas suas atividades de vida diárias. Precisamos que os nossos utentes, a nossa população seja o mais independente, o mais funcional possível, porque só mais independente e mais funcional podem ter melhor qualidade de vida.

AE | O que nos pode dizer sobre a capacidade de atração da Enfermagem de Reabilitação de novos profissionais? Que perspectivas podem ser dadas a estes novos enfermeiros?

BR | Um dos aspetos que motiva os colegas a fazer a especialidade, além do gosto pessoal pela área da reabilitação, prende-se com a possibilidade de entrada na categoria de enfermeiro especialista. Entrar na carreira para a categoria de enfermeiro especialista é um duplo reconhecimento, porque já tinha o título de especialista pela Ordem e passa a ser enfermeiro especialista de categoria na carreira.

Portanto, vê conjugado estes dois aspetos e, por outro lado, como é óbvio esta passagem corresponde a um aumento remuneratório e todos nós sabemos a importância que os aspetos remuneratórios têm, nomeadamente na motivação das pessoas. Neste momento, estão a decorrer muitos concursos para enfermeiros especialistas. O meu desejo é que rapidamente estes concursos terminem e que possam ser abertos mais concursos porque temos muitos colegas que têm a especialidade.

Tendo agora em mãos o quarto mandato, a ideia é a de continuidade de todo um trabalho que já vem sendo feito, no sentido de apoiar, incentivar e desenvolver os cuidados diferenciados prestados pelos enfermeiros de reabilitação

AE | Foi recentemente reeleito presidente da direção da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), a que se propõe para este quarto mandato?

BR | Tendo agora em mãos o quarto mandato, a ideia é a de continuidade de todo um trabalho que já vem sendo feito, no sentido de apoiar, incentivar e desenvolver os cuidados diferenciados prestados pelos enfermeiros de reabilitação. O nosso grande foco e a nossa missão tem como propósito a promoção e o desenvolvimento da especialidade e, portanto, nós estamos a tentar, no fundo, fazer esta con-

solidação através de um conjunto de iniciativas. Uma das novidades que temos para este mandato é a de criar um fundo solidário no sentido de ajudar os enfermeiros que tenham algumas necessidades ou instituições da área da reabilitação que tenham necessidades, dando apoio a algumas causas. Isto será aprovado em sede de Assembleia.

Vamos continuar a apostar muito forte na questão das reuniões com as Direções de Enfermagem, com outras Associações, sejam elas entidades reguladoras, sindicais, formativas ou tutelares, porque entendemos que só juntos conseguimos chegar mais longe e, portanto, estamos num momento em que sabemos que os recursos são finitos e não nos podemos “dar ao luxo” de os esbanjar.

Nesse sentido, estamos a programar reunir com todas as organizações atrás mencionadas, para poder criar parcerias e sinergias, e assim levar a Enfermagem de Reabilitação mais longe, honrando e cumprindo com o nosso lema deste quarto mandato, que é: “A Enfermagem de Reabilitação é a nossa razão”.

AE | A APER tem já várias iniciativas em curso, quer formativas quer organizacionais, começando pelo apoio aos Núcleos de Enfermeiros de Reabilitação (NER) nas instituições de saúde, o que nos pode adiantar? Quantos núcleos existem e onde estão localizados?

BR | Temos uma grande visibilidade, sobretudo através dos grupos de trabalho e interesse que temos, nomeadamente, da área dos núcleos de Enfermeiros de Reabilitação. Preconizamos que as diferentes organizações possam ter os seus núcleos, numa perspectiva de partilha, de resolução de questões a nível organizacional e, portanto, temos a clara noção de que se as pessoas estiverem organizadas nestes núcleos conseguem, de facto, ter melhores respostas e respostas

mais adequadas a um menor custo para as necessidades que tenham.

Do ponto de vista prático, neste momento, temos constituídos no país aproximadamente 20 núcleos de enfermeiros de reabilitação. Estes núcleos de enfermeiros de reabilitação são constituídos por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da categoria que têm, independentemente de estarem a exercer ou não a Enfermagem de Reabilitação. Portanto, desde que tenham o título de enfermeiro especialista ou estejam a frequentar a formação de enfermeiro especialista, eles podem estar

Pretendemos que o Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, este ano, seja um retomar do novo normal, no sentido de ter as pessoas próximas, disponíveis, com vontade e com garra para podermos prestar mais e melhores cuidados de saúde às pessoas que servimos, porque a Enfermagem de Reabilitação é a nossa razão

agrupados e, portanto, cada organização tem, no fundo, o seu núcleo de enfermeiros de reabilitação cuja função passa nomeadamente por ser um espaço de partilha de saberes, competências e um espaço onde os colegas possam interagir uns com os outros no sentido de ultrapassar problemáticas.

AE | Anualmente também atribuem o Prémio Maria de Lurdes Sales Luís, a quem se destina e que tipo de projetos premeiam? De que forma é atribuído?

BR | O Prémio Maria de Lurdes Sales Luís, pretendemos reconhecer tanto personalidades do ponto de vista individual como coletivo de áreas de interesse na perspetiva da área da Enfermagem de Reabilitação. Para além deste Prémio, temos ainda, muitas publicações a nível da APERNews e fazemos o nosso Congresso Internacional anual em dezembro, que este ano vai ser na Figueira da Foz.

AE | O mesmo lhe pergunto acerca da Bolsa de Investigação Maria Manuela Martins?

BR | Depois temos, por exemplo, a questão da Bolsa de Investigação Maria Manuela Martins, cujas candidaturas decorreram até ao final do mês de abril e que a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação pretende apoiar os colegas enfermeiros de reabilitação que pretendam realizar trabalhos de investigação, mas que muitas vezes não conseguem ter os fundos ou os recursos necessários para o arranque inicial dos mesmos.

AE | A nível formativo, que iniciativas presenciais e online estão a organizar?

BR | A Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (RPER) está num patamar qualitativo fantástico, com múltiplas inde-

xações. E é ainda nossa aspiração, colocar a RPER num patamar superior, nomeadamente na Scopus.

Quanto a outras iniciativas, realizamos *workshops* na área da ventilação não invasiva e *webinars* de reabilitação cardíaca. Estas são também formas de estarmos próximos dos enfermeiros de reabilitação e, portanto, a APER vai claramente ao encontro dos colegas.

Esta é uma preocupação da APER, em estar próxima dos enfermeiros de reabilitação e disponível para corresponder às necessidades, também do feedback que nos dão, como é o exemplo claro destas formações.

AE | Estamos em modo countdown para Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação (CIER) realizado anualmente, o que nos pode adiantar e que mensagem gostaria de deixar para motivar a inscrição? Alguma palestra ou presença que gostaria de destacar?

BR | Antes de falar especificamente do CIER/2023, gostava de salientar uma iniciativa da APER que, através de uma petição, viu instituído pela Assembleia da República, o dia 18 de outubro como o Dia Nacional do Enfermeiro de Reabilitação (DNER), pelo que iremos ter um conjunto de atividades comemorativas deste nosso Dia (DNER).

Como facilmente se percebe, atividades não nos faltam. Portanto, embora a APER exista desde 1978, tem uma produção e um legado, cujos resultados e trabalho falam por si.

Estamos centrados no sentido, não só de uma definição clara do ponto de vista das competências deste meio de especialidade, mas essencialmente, do seu desenvolvimento e consolidação em termos das competên-

cias do especialista em Enfermagem de Reabilitação, como por exemplo no âmbito do exercício físico.

Em termos de sócios, temos aproximadamente 2100 associados, mas queremos crescer ainda mais.

Falando agora do nosso Congresso anual, o CIER um ponto de encontro e de referência para todos os enfermeiros de reabilitação a nível nacional e internacional, e tem como lema: “Competências, Valor para as Pessoas”.

Neste momento estamos a ultimar o programa, tendo ficado definido que o Congresso vai ser realizado de 30 de novembro a 1 e 2 de dezembro. No dia 30 e no dia 1 será em contexto da zona de congressos do Hotel Eurostars Oasis Plaza, na Figueira da Foz e no dia 2 será no fundo a comemoração do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência que, embora seja no dia 3, vamos assinala-lo por antecipação no dia 2 (por opção), com um conjunto de atividades com a comunidade, para que possamos todos interagir. Vamos ter uma forte componente técnica e científica, mas também vamos ter uma componente cultural.

Este ano o Congresso irá realizar-se somente de forma presencial. Antes da pandemia, era, de facto, um Congresso muito apelativo, participado e dinâmico e vamos continuar esse caminho. É um momento no qual aproveitamos para partilhar entre todos, as nossas dificuldades, constrangimentos, oportunidades e que nos aproxima. Pretendemos que o Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação este ano seja um retomar do novo normal, no sentido de ter as pessoas próximas, disponíveis, com vontade e com garra para podermos prestar mais e melhores cuidados de saúde às pessoas que servimos, porque a Enfermagem de Reabilitação é a nossa razão.



Lucía Méndez
Enfermeira no Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga

A importância da cessação tabágica no doente com DPOC: o papel da Enfermagem

A enfermeira Lucía Méndez exalta o papel da Enfermagem nos cuidados prestados a doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), sobretudo, no âmbito do incentivo à cessação tabágica. A enfermeira destaca ainda a importância das equipas multidisciplinares com a inclusão da Enfermagem.

Segundo a OMS, o tabagismo é a principal causa de morte evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para 6 das 8 primeiras causas de morte a nível mundial. A cada ano morrem 8 milhões de pessoas por doenças associadas ao tabaco. De acordo com as últimas estimativas elaboradas pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* em 2109, 23,3 % do total de óbitos em Portugal são causados por doenças atribuíveis ao tabaco. Nesse ano, estima-se que o tabaco tenha contribuído para 32,6% dos óbitos por doença respiratória crónica, 19,1% por cancro, 8,5% por doenças cerebro-cardiovasculares, 9,8% por diabetes mellitus tipo 2 e 14,0% por infeções respiratórias do trato inferior. É de notar que a prevalência estimada de fumadores em Portugal é 16,8%. Apesar dos progressos alcançados nos últimos anos, o tabaco continua a ser um dos mais importantes problemas globais de saúde pública, pelo que o controlo do tabagismo surge como um dos programas prioritários da Direção Geral de Saúde.

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença pulmonar caracterizada por obstrução geralmente progressiva e irreversível das vias aéreas. Os sintomas mais comuns são dispneia, produção excessiva de expectoração e tosse crónica.

Entre os vários fatores de risco, fumar é um dos principais, pois entre 20% a 25% dos fumadores desenvolvem a doença. Igualmente importante é a exposição ao fumo do tabaco, embora também existam fatores genéticos relacionados, pois nem todos os fumadores ou ex-fumadores sofrem da doença.

A enfermagem desempenha um papel fundamental na educação para a saúde do doente com DPOC na implementação de hábitos de vida saudáveis, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. Uma prioridade no plano de cuidados de um doente com DPOC deve ser a cessação tabágica. É necessário que a enfermeira estabeleça uma relação empática com o doente, para o motivar e explicar os benefícios de deixar de fumar e os riscos de continuar a fazê-lo. Deve ter-se em conta que o tabagismo tem um grande poder aditivo físico e psicológico, é um comportamento social aprendido com uma grande dependência social. Por conseguinte, a enfermeira deve saber que tem de ajudar o doente a ultrapassar uma adição, desaprendendo um comportamento e modificando a influência do seu ambiente.

Atualmente, existem diferentes tipos de intervenções para a cessação do tabágica, sendo uma das mais utilizadas a terapia cognitiva comportamental e os tratamentos farmacológicos. Na

terapia cognitiva comportamental, o primeiro passo consiste em realizar a história do doente e do consumo do tabaco, incluindo o grau de dependência da nicotina, a motivação para deixar de fumar e a avaliação do tabagismo. Para avaliar a dependência, são utilizados questionários na consulta, tais como o teste Fagerström, que avalia a dependência da nicotina e consiste em 6 perguntas com uma pontuação máxima de 10 pontos. Os fumadores com 8 ou mais pontos são os mais dependentes, enquanto os que tem entre 4 e 7 são menos dependentes. A motivação pode ser avaliada utilizando o Teste de Richmond, que consiste em 4 perguntas com uma pontuação máxima de 10 para os mais motivados e menos de 6 para os menos motivados. Os conselhos oferecidos ao doente devem ser personalizados, claros, sistemáticos e repetidos ao longo do tempo, pelo que é importante agendar consultas de enfermagem de seguimento, presenciais ou teleconsultas, embora seja aconselhável que as duas primeiras consultas sejam presenciais, pois é nesta altura que existe o maior risco de recaída. As estratégias centram-se geralmente no ensino de competências de resistência para evitar a recaída, aumentando a auto-eficácia, reestruturando estados afetivos associados ao uso do tabaco, reduzindo o stress, ou desviando a atenção das

tentações, aprendendo estratégias cognitivas que reduzem o humor negativo e desenvolvendo mecanismos de apoio social. A utilização de guias de auto-ajuda ou outros materiais pode ser um recurso útil para a enfermeira.

Os tratamentos farmacológicos podem ajudar a reduzir os sintomas de abstinência associados à cessação tabágica. Os fármacos considerados de primeira linha são a Terapia de Substituição da Nicotina (TSN) nas suas várias formulações farmacêuticas, e outros fármacos não nicotínicos como a Bupropiona e a Citisiniclina. A Nortriptilina e a Clonidina são considerados fármacos de segunda linha. As intervenções de enfermagem devem centrar-se na promoção da adesão ao tratamento farmacológico, pois o seguimento de uma prescrição pode ser confuso e influenciado por múltiplos fatores relacionados com o doente, com os profissionais de saúde envolvidos ou com os próprios medicamentos.

O processo de cessação do tabágica é complexo, devido ao grande poder aditivo do tabaco e à sua dependência social, mas também devido aos seus efeitos nocivos para a saúde. A enfermagem desempenha um papel crucial neste processo e, portanto, desempenha um papel fundamental nas equipas multidisciplinares de cessação tabágica.

“Desenvolver boas práticas de cuidados em Oncologia e capacitar os profissionais para a sua aplicação, é a maior missão da AEOP”

Paula Amorim, presidente da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), reflete acerca do papel e da missão da Associação em “produzir conhecimento, desenvolver boas práticas de cuidados em Oncologia e capacitar os profissionais para a sua aplicação”. Fundada em 2007, o trabalho da AEOP sustenta-se em quatro pilares: inovação, investigação, educação e divulgação. Além disso, Paula Amorim, destaca a importância do Congresso Nacional da AEOP no papel que desempenha na partilha de conhecimentos entre especialistas.



Paula Amorim

Presidente da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP)

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) é uma organização sem fins lucrativos que tem como objetivo promover e desenvolver a prática da Enfermagem Oncológica, com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem nesta área específica, em Portugal. Fundada em 2007, o trabalho da AEOP sustenta-se em quatro pilares: inovação, investigação, educação e divulgação.

Compete a esta promover e apoiar iniciativas de carácter científico, investigacional e ético no âmbito da Oncologia, proceder à sua divulgação e participação, no país e no estrangeiro, em atividades com interesse específico para a Enfermagem Oncológica.

Do plano de atividades para 2023 destacam-se três áreas de atuação: construir e sustentar a relação com os *stakeholders*, desenvolver os conhecimentos em Oncologia e desenvolver a liderança da Enfermagem Oncológica em Portugal.

A Associação tem trabalhado em parceria com várias entidades e

organizações nacionais (p.e. Sociedade Portuguesa de Oncologia, Grupo de Estudos de Cancro do Pulmão) e internacionais (p.e. Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica, Sociedade Española de Enfermería Oncológica) para promover o desenvolvimento profissional e educacional dos enfermeiros oncologistas. Assim, tem participado na organização de eventos científicos, nas comissões científicas e na apresentação de trabalhos científicos.

Ao longo dos anos, a Associação tem desenvolvido várias atividades para cumprir a sua missão. De realçar, o papel preponderante que teve na criação da regulamentação da competência acrescida diferenciada em Enfermagem Oncológica, publicada em Diário da República em 2020, que confere aos enfermeiros que trabalham em Oncologia um reconhecimento específico. A comemoração de eventos importantes como o Dia Mundial do Cancro, o Dia do Cancro do Ovario e o Dia Europeu da Enfermagem Oncológica também é uma

Do plano de atividades para 2023 destacam-se três áreas de atuação: construir e sustentar a relação com os *stakeholders*, desenvolver os conhecimentos em Oncologia e desenvolver a liderança da Enfermagem Oncológica em Portugal

das estratégias da AEOP. Estas iniciativas são cruciais para aumentar a conscientização da população sobre o cancro e a importância da prevenção e deteção precoce, promoção da literacia em saúde e da relevância da enfermagem oncológica na prática clínica.

O conceito de investigação e de produção de conhecimento só é válido quando partilhado pelos outros. Divulgar aquilo que bem se faz nas Unidades de Oncologia nacionais é o melhor contributo que podemos dar à evolução da Enfermagem Oncológica

Para a concretização dos seus objetivos, a AEOP criou diferentes grupos de trabalho: terapêuticas sistémicas, oncorradioterapia, oncocirurgia, cuidados de suporte e cuidados paliativos, e os jovens enfermeiros oncologistas, que se dedicam a diferentes áreas da Enfermagem Oncológica. Estes grupos têm como objetivo apoiar a prática profissional dos enfermeiros que trabalham em oncologia e o seu foco centra-se em atividades que visem a melhoria dos cuidados de saúde prestados à pessoa com doença oncológica/cuidador, bem como a construção de documentos estruturantes (*papers* e linhas de consenso) sustentados na evidência científica mais recente. Estes documentos, com recomendações e orientações, elaborados por enfermeiros peritos são ferramentas de suporte para uma prática profissional mais segura. Assim, promovem a divulgação do conhecimento e a uniformização da prática clínica na Enfermagem Oncológica.

O conceito de investigação e de produção de conhecimento só é válido quando partilhado pelos outros. Divulgar aquilo que bem se faz nas unidades de Oncologia nacionais é o melhor contributo que podemos dar à evolução da Enfermagem Oncológica. A revista *Onco.News* (ON) é uma publicação científica, da AEOP que promove a divulgação de artigos originais, artigos de revisão sistemática e integrativa, artigos teóricos, estudos de casos clínicos, artigos de não pesquisa e editoriais.

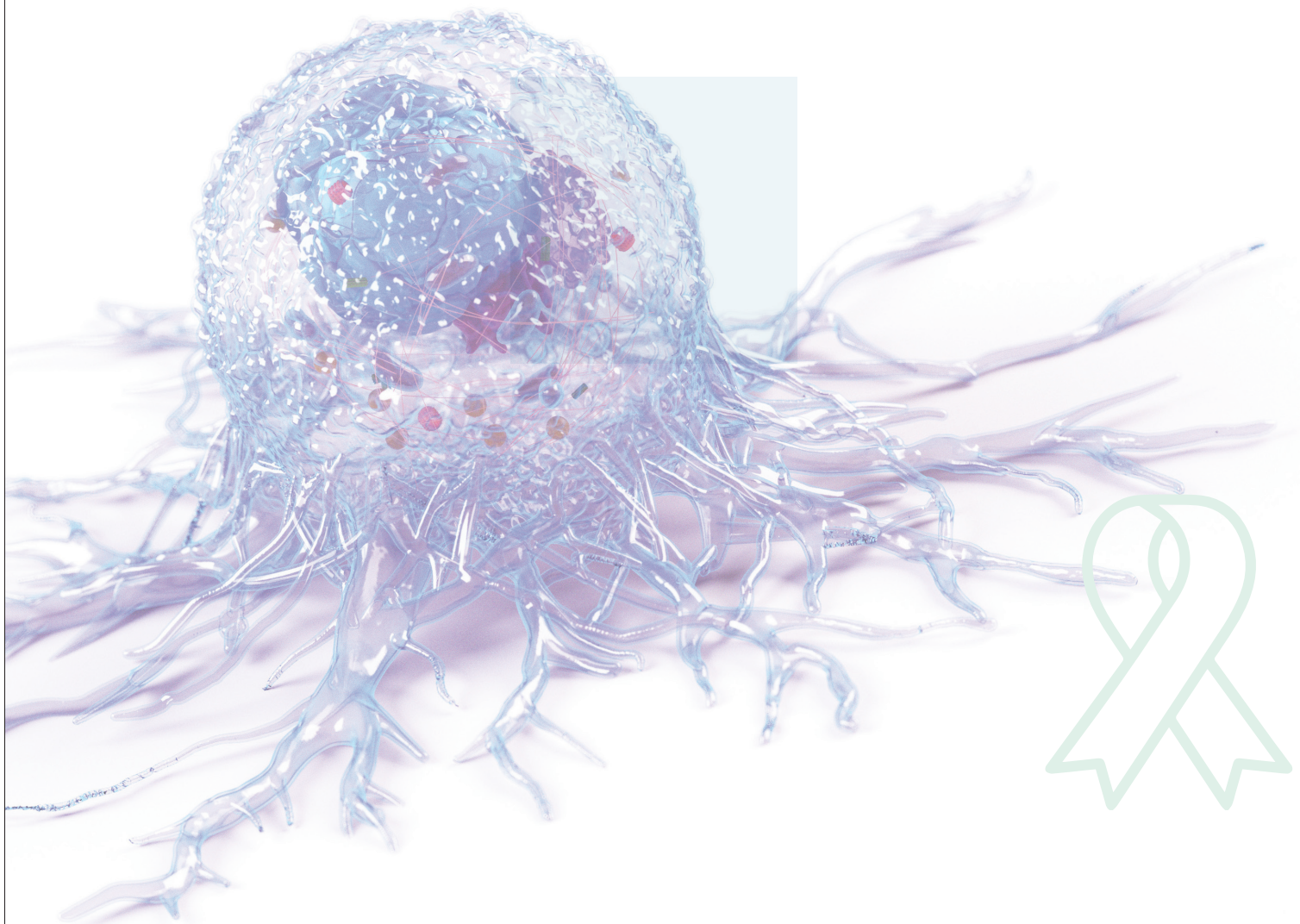
Ao disponibilizar um espaço para a publicação de artigos científicos, a revista ON contribui para a valorização da profissão de Enfermagem Oncológica em Portugal. Permite ainda a partilha de boas práticas da Enfermagem Oncológica, contribuindo para a disseminação de modelos de cuidados inovadores e eficazes que possam ser implementados em diferentes contextos de prática clínica. A ON está integrada em dez bases de dados e indexantes.

Para permitir uma divulgação mais abrangente do conhecimento e informação na área da Enfermagem Oncológica, a AEOP criou uma APP para os seus membros e está presente nas principais redes sociais, como o *Facebook*, *Instagram*, *Twitter* e *LinkedIn* onde são publicadas notícias e informações relevantes sobre a área da Oncologia e cuidados de saúde. Assim, a Associação tem utilizado as redes sociais como uma importante ferramenta de partilha do conhecimento e informação na área da Enfermagem Oncológica, promovendo a interação entre os seus membros e outros profissionais de saúde, bem como com a sociedade em geral.

Numa perspetiva de formação contínua, a AEOP também tem direcionado a sua atividade na conceção de formações direcionadas para os enfermeiros oncologistas. Estas formações visam o aprofundamento do conhecimento em temáticas relacionadas com a doença oncológica, capacitando estes profissionais para o desen-

volvimento de competências específicas à prestação de cuidados de saúde de excelência à pessoa com doença oncológica/cuidador. Deste modo, em 2020, foi criada a *Oncoschool* que se pretende ser um espaço virtual para a formação no âmbito da Oncologia e da Enfermagem Oncológica, contribuindo para a valorização da profissão de enfermagem em Oncologia, através da promoção da formação contínua e do desenvolvimento profissional. As formações podem ser realizadas em regime presencial ou à distância, em função do planeamento pedagógico e dos conteúdos das aprendizagens, das preferências e disponibilidades logísticas dos contextos das aprendizagens. A escola aposta tanto na componente teórica como na componente prática, adequando a sua oferta formativa às necessidades dos profissionais e das unidades de Oncologia dos diferentes hospitais. Já foram realizados mais de dez cursos, alguns com segundas edições. A Associação reconhece a importância da atualização constante dos conhecimentos para uma prá-





tica clínica mais eficiente e eficaz pelo criou Bolsas de Apoios aos seus membros para eventos científicos internacionais relevantes na Enfermagem Oncológica.

A Conferência Nacional da AEOP é um evento anual que tem como objetivo reunir enfermeiros oncológicos e profissionais de saúde, em geral, para discutir e partilhar conhecimentos e experiências no âmbito da Enfermagem Oncológica. Esta conferência é um importante fórum para a promoção do desenvolvimento da Enfermagem Oncológica em Portugal, pois permite aos enfermeiros oncológicos e a outros profissionais de saúde terem acesso à informação atualizada sobre a inovação na prática clínica e na investigação em Oncologia.

Ao reunir especialistas nacionais e internacionais, a conferência nacional da AEOP contribui para a partilha de experiências e conhecimentos entre os participantes, permitindo a troca de ideias e o debate em torno dos desafios e oportunidades da Enfermagem Oncológica em Portugal. Além disso, a conferência nacional da AEOP também

é uma oportunidade para os enfermeiros oncológicos apresentarem os seus trabalhos de investigação e de boas práticas. Através da realização da conferência nacional da AEOP, a Associação cumpre a sua missão de promover a investigação e o desenvolvimento da Enfermagem oncológica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à pessoa com doença oncológica/cuidador. Como presidente da AEOP, acredito que os enfermeiros oncológicos encontram na Associação o apoio e um espaço de divulgação junto da comunidade científica. O projeto AEOP só faz sentido existir devido à forte adesão ao mesmo e por contribuir como uma mais-valia profissional, tão essencial como absolutamente necessário para podermos prestar cuidados de qualidade junto daquele que mais precisa de nós: a pessoa com doença oncológica/cuidador.

Produzir conhecimento, desenvolver boas práticas de cuidados em Oncologia e capacitar os profissionais para a sua aplicação, é a maior missão da AEOP.

O projeto AEOP só faz sentido existir devido à forte adesão ao mesmo e por contribuir como uma mais-valia profissional, tão essencial como absolutamente necessário, para podermos prestar cuidados de qualidade junto daquele que mais precisa de nós: a pessoa com doença oncológica/
/cuidador



Carlos Sequeira

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Papel diferenciador dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

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) **Identifi-**

Atuar em parceria com os enfermeiros de saúde familiar; os enfermeiros de família (USF), de forma a ajudar as pessoas a terem um plano de promoção de Saúde Mental – é preciso investir nas pessoas, capacitando-as para uma melhor Saúde Mental e identificar as pessoas em risco

cação precoce das pessoas com problemas de saúde mental (prevenção da doença), implementando estratégias de preventivas e fazendo o encaminhamento adequado; iii) **Intervenção** ajudando

as pessoas 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 expectativas;
- 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 expectativas, 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 informa-



ção adequada sobre a saúde mental e a doença mental; informar sob como identificar as pessoas em risco; orientar sobre como ajudar as pessoas 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 pessoas a terem um plano de promoção de saúde mental – é preciso investir nas pessoas, capacitando-as para uma melhor saúde mental e identificar as pessoas em risco. Desta forma, teríamos uma ajuda às pessoas 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 pessoas 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.

vi. Nos serviços de saúde mental comunitária, ajudando as pessoas na gestão dos sinais e sintomas relacionados com “a doença Mental”, ajudando as pessoas na sua recuperação mental e ajudando na integração efetiva na comunidade, prevenindo a recaída e o internamento.

Em síntese o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental poderia ser co-responsável em parceria com a pessoa pelo plano individual de cuidados, onde integraria o autocuidado em Saúde Mental e as

estratégias de promoção de Saúde Mental em associação com outras intervenções que beneficiem a pessoa. Poderia ainda ajudar a diminuir o estigma associado à saúde mental. Contribuir para que todos possam falar de Saúde Mental sem vergonha, sem medo.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental poderia ser co-responsável em parceria com a pessoa pelo plano individual de cuidados, onde integraria o autocuidado em Saúde Mental



Catarina Esteves Santos

Enfermeira na Consulta de Imunodeficiência do Hospital de Cascais, especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e elemento do Grupo de Trabalho de Enfermagem da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico Da Sida (APECS)

Boas práticas de Enfermagem em prol dos doentes com VIH

Catarina Esteves Santos, enfermeira na Consulta de Imunodeficiência do Hospital de Cascais, especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e elemento do Grupo de Trabalho de Enfermagem da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico Da Sida (APECS), destaca o modelo organizacional da consulta onde trabalha, pelos resultados “muito eficientes” na ligação, adesão e vinculação aos cuidados de doentes com infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

Nos últimos 40 anos o tratamento da infeção pelo VIH sofreu grandes alterações graças aos avanços da ciência que fizeram com que atualmente a terapêutica antirretroviral (TARV) seja altamente eficaz, sendo possível prescrever regimes medicamentosos simplificados de um comprimido por dia, com poucos ou nenhuns efeitos secundários e muito bem tolerados.

Esta evolução permitiu redefinir o prognóstico da doença que passou de doença invariavelmente mortal para doença crónica.

A realidade da vivência atual desta doença permite-nos vivenciar novas situações e encarar novos desafios, tais como:

- A possibilidade de eliminar a infeção por VIH quebrando a cadeia de transmissão -> Indetectável = Intransmissível; existe evidência científica robusta demonstrando que uma pessoa que vive com VIH (PVVIH), medicada e controlada deixa de poder transmitir o vírus (em relações sexuais, sangue e vertical – na gravidez);
- Tratamento simplificado e à data do diagnóstico;

- Profilaxia antes da exposição a contactos de riscos (profilaxia pré-exposição) e logo após o contacto (profilaxia pós exposição);

- A primeira geração de pessoas que estão a envelhecer com VIH;

- A primeira geração de jovens adultos que nasceram infetados por VIH e são agora pais de crianças seronegativas;

- Aumento de comorbidades em idades mais precoces com impacto na qualidade de vida e nos resultados em saúde;

- Testes rápidos na comunidade que permitem diagnósticos precoces e eficaz ligação aos cuidados de saúde;

- Envolvimento e parcerias com as comunidade e municípios: Cidades na Via Rápida para Eliminar o VIH e Hepatites Víricas até 2030;

- Suprimir o estigma e discriminação associado à desin-formação;

- Foco na qualidade de vida e tomada de decisão partilhada;

- Aumentar a literacia em saúde.

A condição e circunstâncias de estar doente, ou ser doente, não

mudou, assim como as vias de transmissão da infeção por VIH que advêm de comportamentos considerados de risco.

A nova condição de estar doente e o impacto na saúde individual e/ou familiar pode marcar e desorganizar todos os que por ela passam e têm de a enfrentar para conseguir a aceitação.

Esta circunstância pode tornar a pessoa mais frágil, vulnerável e com medo - fatores potencialmente desorganizadores e que dificultam a ligação aos cuidados e adesão ideal ao tratamento. Este risco exige equipas de saúde diferenciadas da qual faz parte a Enfermagem, com uma maior sensibilidade, formação e um maior compromisso para a integridade no atendimento à PVVIH e às pessoas em risco de adquirir infeção por VIH.

A qualidade e segurança dos cuidados devem ser prioridade e uma garantia absoluta da PVVIH que recorre às equipas de saúde. A acessibilidade a uma equipa de saúde diferenciada e eficaz são componentes importantes para a vivência adaptativa à nova condição de saúde.

A qualidade do cuidado prestado está diretamente relacionada à preparação adequada dos profissionais de saúde. Esta depende do desenvolvimento de competências essenciais que devem abranger três elementos específicos: conhecimento, competências e atitudes.

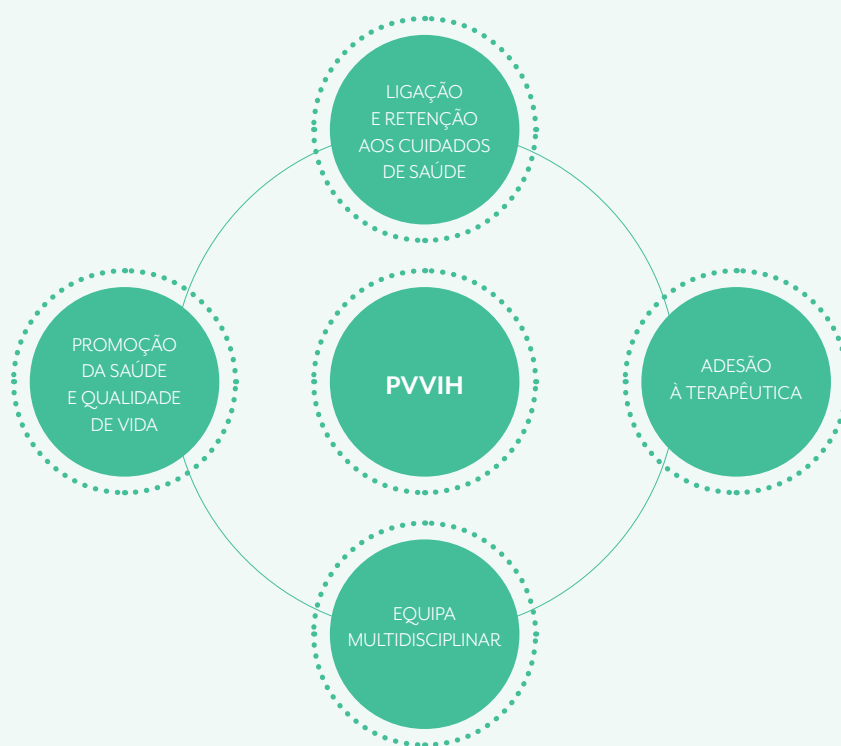
Trabalho na consulta de Imunodeficiência do Hospital de Cascais - com a coordenação da Dr.^a Inês Vaz Pinto, onde são seguidos doentes com infeção VIH e co-infecção a VHC/VHB, com idade igual ou superior a 18 anos, inscritas no SNS e residir na área afeta ao hospital.

Acreditamos que é fundamental o acolhimento e acompanhamento de Enfermagem com competências diferenciadas, como elemento da equipa de saúde que vai cuidar da PVVIH.

O envolvimento pela Enfermagem é realizado logo à admissão, na consulta de Acolhimento ou de primeira vez. Esta consulta realiza-se imediatamente antes da consulta médica – o foco é a aceitação do estado de saúde e a promoção de uma adesão ótima ao regime medicamentoso e plena retenção aos cuidados.

A consulta permite ao utente gerir de forma eficaz e resiliente a nova condição de saúde, adaptar-se e reorganizar-se com o novo diagnóstico de forma empoderada, informada e esclarecida.

As intervenções da Enfermagem são várias e fundamentam-se na educação para a saúde sobre a doença. Fazem-se os ensinamentos inerentes ao diagnóstico, ao utente e/ou família se, e quando, o doente o desejar: a doença, a evolução, o regime medicamentoso, a eficácia de medicação, as vias de transmissão, os cuidados a ter no dia a dia, os ensinamentos acerca do comportamento sexual, confidencialidade e sigilo profissional. Reforçam-se os



O papel da Enfermagem na área do VIH pode ser extenso, com uma ampla abrangência, desde a prevenção e rastreio, passando pela prestação de cuidados em todas as dimensões do cuidar, e a sua execução em variados contextos, dentro e fora do hospital

ganhos em saúde com a vigilância eficaz da doença e a perda de saúde quando há incumprimento do plano terapêutico. Procura-se identificar as barreiras à adesão de forma a conseguirmos prever/antecipar problemas. Finalmente, são realizados ensaios sobre os procedimentos da consulta para a realização de análises, levantamento de medicação e acessos à consulta. Quando existe o desejo do utente, também se colabora na revelação de diagnóstico a terceiros.

A mais-valia da consulta de acolhimento pela Enfermagem prende-se com a autoeficácia do indivíduo na gestão da doença e na reorganização face ao novo diagnóstico.

O objetivo principal é conseguir a manutenção da ligação e retenção nos cuidados de saúde, integrar o utente como parte da equipa de saúde e assim atingir o máximo de ganhos em saúde.

A participação ativa e informada da PVVIH na tomada de decisão é muito importante, por isso, é necessário informar, educar, esclarecer e responsabilizar o principal interveniente no processo com comportamento de procura de saúde.

O papel da Enfermagem na área do VIH pode ser extenso, com uma ampla abrangência, desde a prevenção e rastreio, passando pela prestação de cuidados em

todas as dimensões do cuidar, e a sua execução em variados contextos, dentro e fora do hospital.

Uma equipa multidisciplinar, da qual faz parte um enfermeiro com conhecimentos diferenciados e competências especializadas, permite garantir cuidados centrados na pessoa, com foco na promoção de respostas positivas a nível individual, prevenção de doenças e ganhos em saúde na pessoa como um todo, inseridos na família e na comunidade.

Os cuidados de enfermagem devem ser de excelência para garantir que as PVVIH são colocadas no centro de tudo o que fazemos, por isso as competências de Enfermagem na infeção por VIH devem fundamentar-se em:

1. Estabelecer uma relação de ajuda, empática e de confiança, no acolhimento e atendimento à PVVIH e família;
2. Prestar cuidados de Enfermagem individualizados, humanizados e holísticos, com base em conhecimentos científicos e técnicas atualizadas;
3. Desenvolver habilidades científicas, técnicas e relacionais, de for-

ma a poder prevenir complicações inerentes à doença e tratamentos;

4. Ajudar a PVVIH e família a desenvolverem estratégias que visem a maximização do potencial de saúde, a prevenção de doenças associadas, a eficiência do tratamento prestado, a reinserção social e a continuidade de cuidados, com o objetivo de promoção da Saúde;

5. Adotar uma conduta ética e responsável, atuando no respeito pelos direitos, dignidade humana e pela Saúde e bem-estar da PVVIH;

6. Garantir e promover a Retenção e ligação aos cuidados de saúde.

As intervenções autónomas de Enfermagem vão ao encontro das necessidades específicas da pessoa no momento de confrontação com o diagnóstico. Sabemos que o diagnóstico tem um impacto significativo na vida da pessoa, e através da prestação de cuidados de qualidade e holísticos potenciamos a mobilização dos recursos interiores da pessoa para que a adaptação e aceitação da condição de viver com VIH aconteça de forma construtiva e empoderada.



Ângela Simões

Enfermeira na equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e membro do Capítulo Phi Xi da Sigma, sediado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Agressividade de cuidados a idosos frágeis

Ângela Simões, enfermeira na equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e membro do Capítulo Phi Xi da Sigma, sediado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), faz um levantamento da forma como os idosos são tratados. “Existe uma grande percentagem de idosos submetidos a agressividade de cuidados nos últimos dias de vida.”

Testemunhamos uma transformação demográfica sem precedentes na história da humanidade. Nas próximas três décadas, o número global de idosos no mundo atingirá 1,5 bilião de pessoas, mais do dobro de 2019 (UN, 2019a). Até 2050, 1 em cada 6 pessoas no mundo, terá mais de 65 anos, (UN, 2019b), e o número de pessoas com 80 ou mais anos, aumentará de 125 milhões para 434 milhões (UN, 2017). Em Portugal, a esperança de vida em 2019 foi ligeiramente superior à média da União Europeia, com um aumen-

Portugal, de forma quase inalterada desde 2001, é o país com mais admissões nos serviços de urgência per capita, entre os 21 países que constituem a Organização para a Cooperação e desenvolvimento económico

to de mais de cinco anos entre 2000 e 2019 (OECD, 2019). No entanto, cerca de 13 dos 20 anos, além dos 65 anos, são passíveis de serem vividos com deficiência (Eurostat, 2021).

O processo mundial de envelhecimento da população e aumento da longevidade trazem consigo alterações no padrão de morbilidade com a predominância de doenças crónicas não transmissíveis (Simões, 2019). Cerca de metade das pessoas com 55 e mais anos em Portugal (53%) referem ter pelo menos uma doença crónica, sendo que muitos referem duas ou mais doenças crónicas, e cerca de 17% da população com mais de 65 anos refere algumas limitações nas atividades de vida diária (OECD, 2019).

O número de pessoas com doença crónica avançada e prognóstico limitado (devido a diferentes causas, incluindo multimorbilidade, insuficiência de órgão, demência e cancro), que nos últimos anos de vida necessitam de cuidados paliativos, está a aumentar. Até 2060, espera-se que a carga de sofrimento grave relacionada com a saúde aumente quase duas vezes, mais rapidamente ainda em países de baixos rendimentos (Sleeman, de Brito, Etkind *et al.*, 2019).

Embora o sistema de saúde português proporcione acesso universal a cuidados de saúde de elevada

qualidade, existem algumas debilidades de caráter estrutural (ODCE, 2020), por exemplo, Portugal, de forma quase inalterada desde 2001, é o país com mais admissões nos serviços de urgência per capita, entre os 21 países que constituem a Organização para a Cooperação e desenvolvimento económico (OCDE, 2019). Diversos estudos verificam que o número de doentes que recorre aos serviços de urgências hospitalares de forma inadequada é bastante significativo. Como consequência, esta utilização abusiva, apresenta constrangimentos não só ao nível da organização dos recursos humanos, mas também ao nível dos recursos financeiros e a sua correta alocação.

O número de pessoas idosas que vive e morre com doenças progressivas, está em crescimento (Barnett, Mercer, Norbury *et al*, 2012; England, 2014;), com os idosos frágeis a apresentar consistentemente as taxas mais altas de visitas aos serviços de urgência/emergência em todo o mundo.

A fragilidade representa um estado de aumento de vulnerabilidade fisiológica, que se apresenta de forma heterogênea, associada à idade cronológica e reflete alterações fisiológicas multissistêmicas, com repercussões sobre a capacidade de adaptação homeostática e associado a maior risco de ocorrência de situações adversas como delírio, declínio funcional, mobilidade prejudicada, quedas, isolamento social, aumento da morbidade, hospitalizações recorrentes, institucionalização e morte (Fried, Tangen, Walston *et al*, 2001; McDermid, Stelfox e Bagshaw, 2011; Clegg, Young, Iliffe, *et al.*, 2013; Schoon, Bongers, Van Kempen *et al*, 2014).

Além disso, 40% de todas as mortes ocorrem na “velhice tardia” (Late Old Age), em pessoas com 85 ou mais anos, com as suas necessidades a levantar questões complexas ao nível dos cuidados de saúde e cuidados sociais. Estão mais propensos a viver com múltiplas morbididades, menos propensos a serem referenciados

para cuidados paliativos especializados e as suas preferências para cuidados de fim de vida a não serem conhecidas (Nicholson & Richardson, 2018). Sabemos também que as admissões de idosos no hospital, não planeadas, estão associadas a maior mortalidade; períodos prolongados de internamento estão relacionados com uma maior incidência de readmissões; menor probabilidade de ser observado por uma equipa de cuidados paliativos e deficiente controlo da dor (Perrels, Fleming, Zhao *et al.*, 2014).

As minhas inquietações e reflexões, passadas e presentes, trouxeram-me a certeza de que, na realidade, eu sabia muito pouco sobre a fragilidade e como é abordada na “maior entrada do hospital”, o serviço de urgência. Neste sentido desenvolvi o Projeto de Investigação: Fragilidade e Cuidados em Fim de Vida - Prevalência da Fragilidade e Agressividade dos Cuidados em Fim de Vida nos idosos admitidos num serviço de urgência, a que foi atribuída a Bol-

A maioria dos idosos tem um baixo nível de escolaridade, com apoio social insuficiente, estão polimedicados, com elevados níveis de fragilidade, multimorbidade e utilizam frequentemente o SU

sa de Investigação Isabel Correia Levy, da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2020.

Este estudo, terminado em dezembro de 2022, revelou alguns dados preocupantes. A maioria dos idosos tem um baixo nível de escolaridade, com apoio social insuficiente, estão polimedicados, com elevados níveis de fragilidade, multimorbidade e utilizam frequentemente o SU. Existe uma grande percentagem de idosos submetidos a agressividade de cuidados nos últimos dias de vida. Apesar do apresentado, não existiu referência para equipas especializadas em cuidados paliativos.

Percebi também que uma percentagem significativa dos idosos que vivem em ERPI, tem níveis de fragilidade muito elevados e em todos os episódios que pontuaram zero ou um critério de agressividade nos últimos 30 dias de vida, o óbito verificou-se no exterior do hospital, principalmente em ERPI's, o que poderá significar que a ERPI tem um papel protetor na agressividade dos cuidados no final de vida.

Os residentes de ERPI's representam o grupo mais frágil de idosos, e prestar cuidados gerontologicamente sintonizados que considerem a fragilidade e a complexidade da sua situação individual é um desafio, para os serviços de urgência. A sua complexidade é refletida na alta prevalência de declínio funcional, mobilidade limitada e dependência, juntamente com múltiplas comorbidades, altas taxas de polimedicação e alta prevalência de demência (Briggs, Coughlan, Collins *et al.*, 2013).

Os residentes de ERPI's têm maiores necessidades de cuidados em comparação com idosos residentes na comunidade, quando pareados em coortes de idade e sexo, com maiores taxas de polimedicação, incapacidade e comprometimento funcional (Falconer & O'Neill, 2007), maior número comorbidades com consequente aumento da complexidade, bem como maior prevalência de demência/comprometimento cognitivo e maior probabilidade de quedas recorrentes (Onder, Liperoti, Fialova *et al*, 2012).

Na última década, vários relatórios destacaram o questionável equilíbrio entre risco/benefício na admissão de residentes de ERPI's em hospitais de agudos (Grabowski, O'Malley & Barhydt, 2007; Ouslander & Reducing, 2011). Além das vantagens do atendimento no serviço de urgência (acesso a profissionais especializados, exames complementares de diagnóstico e acompanhamento), a admissão ao serviço de urgência é uma experiência desconfortável e assustadora para os idosos frágeis. Aumenta o risco de eventos iatrogénicos, como quedas, úlceras por pressão, delírio, infeções hospitalares e declínio funcional (Grabowski, Stewart, Broderick *et al.*, 2008; Sari, Cracknell & Sheldon, 2008; Lafont, Gérard, Voisin *et al.*, 2011; Travers, Byrne, Pachana *et al.*, 2013). Esses eventos aumentam o tempo de permanência no hospital e os custos de saúde (Ouslander, Lamb, Perloe *et al.*, 2010; Ouslander & Reducing, 2011).

Além disso, a razão para transferir os residentes das ERPI's para

Necessitamos urgentemente de novos modelos de cuidados, em que a identificação da fragilidade poderá ser um bom instrumento para orientar as decisões sobre intervenções e para retardar a sua progressão e/ou encaminhamento precoce para a comunidade e cuidados paliativos

o serviço de urgência pode ser questionável. De facto, evidências crescentes sustentam que muitas transferências para são inadequadas ou potencialmente evitáveis (Ouslander, Lamb, Perloe *et al.*, 2010; Lafont, Gérard, Voisin *et al.*, 2011; Ouslander & Reducing, 2011). Portanto, o número de admissões no serviço de urgência inadequadas ou potencialmente evitáveis, dos residentes das ERPI's, tornou-se um indicador de má qualidade da assistência em saúde, em muitos países da Europa, e a sua diminuição uma meta para melhoria da qualidade. Minimizar a exposição deste grupo populacional frágil a esse risco, através da identificação de admissões potencialmente evitáveis, é uma prioridade internacional (Carter, Skinner & Robinson, 2009; Ouslander, Lamb, Perloe *et al.*, 2010). Destas constatações, relativamente ao grupo de idosos que residem nas ERPI's (instituições prestadoras de cuidados), cresceu a vontade de conhecer com maior detalhe esta população. Assim foi elaborado o projeto "Nursing home residents in the emergency department: Characteristics, Fragility and Aggressiveness in care", que recebeu o Sigma European Regional Research Grant de 2022. Este trabalho está neste momento em fase de análise dos dados com término previsto ainda no 1.º semestre deste ano. Entendo pelo que tenho estudado, que estamos perante um problema emergente de saúde global,

com importantes implicações para a prática clínica e saúde pública. Prestar cuidados a uma população que envelhece de forma heterogénea apresenta desafios, porque a idade cronológica não é, por si só, um preditor sensível de mortalidade e existe uma variação considerável em como as pessoas mais velhas reagem à doença e ao trauma. Considerando a existência da utilização inadequada dos recursos de saúde, é simples perceber que os cuidados prestados também serão inadequados, ou seja, não será efetuada uma abordagem adequada ao doente o que irá resultar numa insuficiente relação profissional de saúde-doente. Necessitamos urgentemente de novos modelos de cuidados, em que a identificação da fragilidade poderá ser um bom instrumento para orientar as decisões sobre intervenções e para retardar a sua progressão e/ou encaminhamento precoce para a comunidade e cuidados paliativos. Esta renovada forma de ver os cuidados, de integração e de colaboração entre instituições, permitirão cuidados de proximidade e inclusive ser visto como um exercício de redução de custos com cuidados agudos, um senso de equidade na saúde e o dever de honestidade e fidelidade, respostas éticas importantes para o problema, caracterizado por demanda elevada, crescente e por vezes desadequada de intervenções para prolongar a vida na ausência de benefício.

REFERÊNCIAS

- Barnett, K. Mercer, S. Norbury, M. Watt, G. *et al.* (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*; 380: 37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2; Briggs, R. Coughlan, T. Collins, R. *et al.* (2013). Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes. *QJ Med*; 106:803-808. doi:10.1093/qjmed/hct136; Carter, L. Skinner, J. & Robinson, S. (2009). Patients from care homes who attend the emergency department: could they be managed differently. *Emerg Med J*; 26:259-62. doi: 10.1136/emj.2008.060327; Clegg, A. Young, J. Iliffe, S. Rikkert, M. *et al.* (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*; 381:752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9; Duaso, E. & López-Soto, A. (2009). Valoración del paciente frágil en urgencias. *Emergencias*; 21: 362-369; England, N. (2014). NHS five year forward view. Commission CQ; Londres. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/five-year-forward-view/>; Earle, C. Park, E. Lai, B. *et al.* (2003). Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol*; 21(6):1133e1138. doi: 10.1200/JCO.2003.03.059; Eurostat (2021). Database for life expectancy and healthy life year. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics; Falconer, M. & O'Neill, D. (2007). Profiling disability within nursing homes: a census-based approach. *Age Ageing*; 36:209-13. doi: 10.1093/ageing/af185; Fried, L. Tangen, C. Walston, J. Newman, A. *et al.* (Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group) (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 56(3):M146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146; Grabowski, D. O'Malley, A. & Barhydt, N. (2007). The costs and potential savings associated with nursing home hospitalizations. *Health Aff*; 26:1753-1761. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.1753; Grabowski, D. Stewart, K. Broderick, S. *et al.* (2008). Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature. *Medical Care Research & Review*; 65:3-39. doi: 10.1177/1077558707308754; INE - Instituto Nacional de Estatística. (2010). Mortality trends In Portugal 2000-2008. Available at: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6AB538Co-A7C4-4B5DB4E4-8E46956E4A94/0/estudo_mortalidades.pdf; Lafont, C. Gérard, S. Voisin, T. *et al.* (I.A.G.G./A.M.P. A Task Force) (2011). Reducing «iatrogenic disability» in the hospitalized frail elderly. *J Nutr Health Aging*; 15: 645-60. doi: 10.1007/s12603-011-0335-7; McDermid, R. Stelfox, H. & Bagshaw, S. (2011). Frailty in the critically ill: a novel concept. *Crit Care*; 15(1):301. doi: 10.1186/cc9297; Nicholson, C. & Richardson, H. (2018). Age-attuned Hospice care. An opportunity to better end of life care for older people. St. Christopher's Hospice & Kings College: London. Available in: <https://www.stchristophers.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/Age-attuned-Hospice-care-document.pdf>; OECD - European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Portugal: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available at: <https://www.oecd.org/portugal/portugal-country-health-profile-2019-85ed94fc-en.html>; Onder, G. Liperoti, R. Fialova, D. *et al.* (2012). Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*; 67:698-704. doi: 10.1093/gerona/glr233; Ouslander, J. Lamb, G. Perloe, M. *et al.* (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc*; 58:627-35. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x; Ouslander, J. & Berenson, R. (2011). Reducing unnecessary hospitalizations of Nursing Home Residents. *NEJM*; 365:1165-67. doi: 10.1056/NEJMp1105449; Perrels, A. Fleming, J. Zhao, J. Barclay, S. *et al.* (2014). Place of death and end-of-life transitions experienced by very old people with differing cognitive status: Retrospective analysis of a prospective population-based cohort aged 85 and over. *Palliative Medicine*; 28(3):220-233. doi:10.1177/0269216313510341; Pulok, M. Theou, O. van der Valk, A. & Rockwood, K. (2020). The role of illness acuity on the association between frailty and mortality in emergency department patients referred to internal medicine. *Age Ageing*; 49(6):1071-1079. doi:10.1093/ageing/afaa089; Rockwood, K. Song, X. MacKnight, C. Bergman, H. *et al.* (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*; 173(5):489-95. doi: 10.1503/cmaj.050051; Rockwood, K. & Theou, O. (2020). Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J*; 23(3):254-259. doi: 10.5770/cgj.23.463; Sari, A. Cracknell, A. & Sheldon, T. (2008). Incidence, preventability and consequences of adverse events in older people: results of a retrospective case-note review. *Age Ageing*; 37:265-9. doi: 10.1093/ageing/afn043; Schoon, Y. Bongers, K. Van Kempen, J. Melis, R. *et al.* (2014). Gait speed as a test for monitoring frailty in community-dwelling older people has the highest diagnostic value compared to step length and chair rise time. *Eur J Phys Rehabil Med*; 50(6):693-701; Simões, A. (2019). A Promoção e Preservação da Dignidade em Contexto de Cuidados em lares de Idosos. A Conservação do Eu. Loures: Lusodidacta; Sleeman, K. de Brito, M. Et-kind, S. *et al.* (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health auditions. *Lancet Glob Health*; 7(7):e883-92. doi:10.1016/S2214-109X(19)30172-X; Travers, C. Byrne, G. Pachana, N. *et al.* (2013). A prospective observational study of dementia and delirium in the acute hospital setting. *Intern Med J*; 43:262-9. doi: 10.1111/j.1445-5994.2012.02962.x; UN - United Nations (2017). World Population Ageing 2017. Department of Economic and Social Affairs of United Nations: Population Division. NY: United Nations. Available at: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf; UN - United Nations (2019a). World Population Ageing 2019. Highlights. (ST/ESA/SER.A/430). Department of Economic and Social Affairs: Population Division. NY: United Nations. Available at: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>; UN - United Nations (2019b). World Population Prospects 2019: Highlights. (ST/ESA/SER.A/433). Department of Economic and Social Affairs: Population Division. NY: United Nations. Available at: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf

Assistência à pessoa em situação crónica e paliativa no Serviço de Urgência

Cuidados Paliativos implicam cuidados individualizados e diferenciados à singularidade da pessoa em situação crónica e paliativa e sua família. Quando apresentam descontrolo de sintomas, estes doentes recorrem ao Serviço de Urgência. Devido ao seu espaço físico e à grande afluência de doentes, nem sempre lhes são prestados os melhores cuidados. Nesse sentido, Vera Almeida, enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a exercer funções no serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, e Madalena Cunha, docente na Escola Superior de Saúde de Viseu, fazem uma revisão narrativa da literatura, a fim de suportar a elaboração de uma norma orientadora para o desenvolvimento de boas práticas assistenciais em contexto de urgência, com vista à excelência na qualidade dos cuidados.

Com o envelhecimento da população e o avanço da Medicina Curativa, surge igualmente a necessidade de se falar de Cuidados Paliativos. De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, estes são definidos como “os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”. (Diário da República, 2012)

O enfermeiro assume, neste contexto um papel preponderante, pois além de ser o elemento de ligação na equipa interdisciplinar e o profissional mais próximo do

doente e família (Martins, Agnés & Sapeta, 2012), é responsável pela identificação e gestão das necessidades individuais destes doentes, sejam elas do foro físico, psicológico, social, espiritual ou cultural. Resumidamente, o objetivo das ações paliativas é diminuir o sofrimento e aumentar a qualidade de vida dos doentes paliativos (com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva) e suas famílias (Firmino cit in Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009).

São exemplos dessas ações, a execução da técnica da hipodermóclise, tratamentos a feridas malignas, cuidados de higiene e conforto, solicitação de apoio psicológico, social e/ou espiritual especializado para o doente e sua família. Isto exige que o enfermeiro desenvolva as suas competências técnicas e relacionais, uma vez que é uma situação de grande fragilidade para as pessoas envolvidas, pois o confronto com a finitude da vida continua a ser uma dificuldade para a maioria das pessoas. (Firmino cit

in Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009)

É desgastante cuidar destes doentes, principalmente se o cuidador for seu familiar ou alguém com quem tenha uma relação afetiva de proximidade. É importante que o cuidador esteja preparado para a possibilidade de existirem momentos de descontrolo de sintomas, como por exemplo, incapacidade de gestão da dor do doente ou náuseas/vómitos. Quando isso acontece ou se criam situações de exaustão do cuidador, há a necessidade desse doente recorrer a um serviço de saúde, que poderá ser específico para esses doentes (Unidade de Cuidados Paliativos ou Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos), ou um serviço de Urgência Geral.

Cuidados paliativos no Serviço de Urgência geral

Os serviços de Urgência Geral estão atualmente envolvidos numa cultura de Medicina Curativa, a formação e treino dos profissionais está muito voltado para a Emergência e quase



Vera Almeida

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a exercer funções no serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu



Madalena Cunha

Docente na Escola Superior de Saúde de Viseu

IMAGEM 1 - GUIÃO DE BOAS PRÁTICAS PARA A ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÔNICA E PALIATIVA



que poderá dizer-se que a palavra de ordem é “Tratar/Curar”. Portanto, esta cultura, juntamente com a sensibilização e formação insuficientes dos profissionais na área da Medicina Paliativa, o grande fluxo de doentes/excesso de trabalho e a falta de espaços adequados, levam a que frequentemente os doentes paliativos sejam submetidos a procedimentos que se designam por obstinação diagnóstica e terapêutica, ou seja, são desproporcionados e fúteis, sem que daí advenha qualquer benefício para o doente e que podem, por si próprios causar-lhe sofrimento acrescido. (Diário da República, 2012)

Como tal, Gonçalves & Oliveira (cit in Barbosa & Neto, 2010), referem que, nestas circunstâncias, é imperativo que os profissionais de saúde avaliem:

- “se a situação clínica se deve a progressão da “doença de base”, já tratada, ou resulta de um problema novo reversível;

- até que ponto é lícito investigar exaustivamente um doente em que o objetivo principal do tratamento é aliviar o sofrimento;
- que opções de tratamento usar quando, mais que prolongar, o que se pretende é melhorar a qualidade de vida do doente e seus cuidadores.”

Além disso, deve ser proporcionada a permanência da família junto do doente e esta ser integrada nos cuidados e solicitada a sua colaboração, sempre que necessário. Desta forma, reduzir-

-se-á a ansiedade dos envolvidos (Guarda, Galvão & Gonçalves cit in Barbosa & Neto, 2010) e reforçar-se-á a relação terapêutica. Mas, num serviço de Urgência, as dificuldades são muitas. Martins, Agnés & Sapeta (2012), numa revisão sistemática da literatura sobre este tema, apontam as seguintes dificuldades: a filosofia e modelo organizacional destes serviços, o seu espaço físico, problemas de comunicação (falta de articulação entre os serviços de saúde, no sentido de fornecerem informação prévia acerca dos doentes), falta de formação (acerca de técnicas de comunicação de más notícias e de resolução de conflitos entre profissionais, doentes e familiares, de como suspender tratamento e intervenções fúteis), o medo de confrontar a morte e o envolvimento emocional necessário na relação com o doente. Surge, ainda neste estudo, a sugestão da implementação de uma equipa consultora/assessora de cuidados paliativos no serviço de Urgência, a formação dos profissionais acerca desta temática, o treino de competências de

comunicação e de resolução de conflitos e, ainda, a identificação destes doentes a priori, através do sistema de Triagem. Relativamente à referida equipa, a Lei é clara! A Rede Nacional de Cuidados Paliativos contempla as Equipas Locais de Cuidados Paliativos, as quais devem integrar Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (Diário da República, 2012). A Equipa Intra Hospitalar “presta aconselhamento e apoio diferenciado (...) a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias; presta assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados (...) para os quais seja solicitada a sua atuação”. Está provado que estas Equipas “promovem uma melhoria do controlo sintomático, reduzem os tempos de medicação e promovem uma adequação das terapêuticas e exames complementares às necessidades do doente, gerando assim uma clara eficiência e redução dos

Quando se criam situações de exaustão do cuidador, há a necessidade desse doente recorrer a um serviço de saúde, que poderá ser específico para esses doentes (Unidade de Cuidados Paliativos ou Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos), ou um Serviço de Urgência Geral

custos hospitalares (...), permitem, por outro lado, encontrar as respostas às outras necessidades – psicossociais e espirituais – dos doentes e suas famílias”. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006)

Assim, a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, nas Recomendações que emanou em 2006, aponta como pontos-chave na Organização de Serviços em Cuidados Paliativos:

- a implementação da REDE DE CUIDADOS PALIATIVOS que vá ao encontro às necessidades dos doentes e que inclui Unidades de Internamento, Equipas Intra-Hospitalares e Equipas de Suporte na Comunidade;
- a inserção obrigatória destes cuidados no SISTEMA DE SAÚDE, acessíveis a todos; - a FORMAÇÃO específica e reconhecida nesta área para todos os grupos profissionais;
- a criação de EQUIPAS ESPECIALIZADAS, com conhecimento e competências acerca das fases da doença, opções terapêuticas e opções de encaminhamento e/ou suporte;
- “os cuidados paliativos são um BARÓMETRO DA QUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE”.

Proposta de intervenção para a assistência à pessoa em situação crónica e paliativa no serviço de urgência

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2011), este enfermeiro:

- a) cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- b) estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de

adaptação às perdas sucessivas e à morte.”

Portanto, é urgente estabelecer-se uma Norma de Atuação no atendimento a estes doentes e suas famílias, neste serviço!

Em relação ao serviço de Urgência, após a revisão de literatura existente sobre a temática, a proposta consiste em:

- sensibilização e formação de todos os profissionais de saúde acerca de Cuidados Paliativos;
- identificação dos doentes paliativos no momento da Triagem e seu registo na “queixa”;
- criação (caso não exista) de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, que seria consultada no caso de surgirem doentes paliativos identificados na Triagem;
- no caso de não ser possível a ativação dessa equipa, criação de protocolos de atuação para as situações de Urgência em Cuidados Paliativos, à semelhança do que acontece nas Unidades de Cuidados Paliativos;
- determinação de um espaço físico, que permita que o doente se mantenha tranquilo, acompanhado pela família, onde poderá receber os cuidados de que necessita (físicos,

psicológicos, espirituais, ...), mantendo a sua privacidade;

- facilitar/solicitar a presença de voluntários que possam apoiar estes doentes e famílias.

A fim de facilitar a sua colocação em prática, sugere-se o seguinte Guião de Boas Práticas para a Assistência à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa:

Considerações finais

É urgente incrementar a qualidade dos cuidados prestados! É urgente fazer cumprir a Lei! É urgente criar

orientações para a uniformização no atendimento aos doentes! É urgente cuidar dos doentes paliativos com a dignidade e o respeito que eles merecem e que é exigido! É urgente agir!

Por tudo isto, foi sugerido um Fluxograma de Atuação, que pretende traduzir um Guião de Boas Práticas para a Assistência à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa no Serviço de Urgência.

Cuidados Paliativos significa dar vida à vida e isso exige cuidados de excelência!

REFERÊNCIAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2009). Manual de Cuidados Paliativos. 1ª edição. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora. Acedido em http://www.paliativo.org.br/resultado_busca.php; Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da APCP. Acedido em <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaesorganizaodeservios-apcp.pdf>; Barbosa, A. & Neto, I. (2010). Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Diário da República, 1ª série – n.º 172 – 5 de setembro de 2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. Acedido em <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>; Martins, M., Agnés, P. & Sapeta, P. (2012). Fim de Vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e Intervenções dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Acedido em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1707/1/FIM%20DE%20VIDA%20NO%20SERVI%20C%87O%20DE%20URG%20C%8ANCIA%5B1%5D.pdf>; Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESit_uacaoCronicaPaliativa.pdf; Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. (2001). Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <http://www.acss.min/saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%20C%87O%20DE%20URG%20C%8ANCIA%20EMERG%20C%8ANCIA.pdf>; Santos, F. (2011). Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. São Paulo: Editora Atheneu.

A sugestão da implementação de uma equipa consultora/assessora de cuidados paliativos no serviço de Urgência, a formação dos profissionais acerca desta temática, o treino de competências de comunicação e de resolução de conflitos e, ainda, a identificação destes doentes a priori, através do sistema de Triagem



Fátima Almeida

Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Centro Hospitalar Tondela - Viseu, na Urgência de Obstetrícia/Ginecologia/Sala de partos

Higiene íntima nas diferentes fases da vida da mulher

A mulher, pelas suas características anatómicas, carece de determinados cuidados. Fátima Almeida, especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Centro Hospitalar Tondela - Viseu, na Urgência de Obstetrícia/Ginecologia/Sala de partos, esclarece sobre os procedimentos mais adequados de higiene íntima em cada uma das fases da vida da mulher. Desde o nascimento à velhice, uma correta higiene pode prevenir a propagação de fungos e bactérias e situações mais complicadas que requerem ajuda profissional.

A higiene é um conjunto de procedimentos que se realizam para assegurar o bem-estar físico e psíquico do ser humano, bem como a sua articulação harmoniosa com o meio envolvente. A higiene física visa a manutenção de uma adequada limpeza do corpo, removendo a sujidade, secreções e microrganismos que, durante a atividade diária, se tenham instalado, assegurando a manutenção da pele, mucosas e outras estruturas, bem como a prevenção do aparecimento de parasitas ou agentes infecciosos, como vírus, bactérias e fungos.

Para promover a saúde, a higiene deve fazer parte do quotidiano de todos os indivíduos, no entanto a mulher possui uma estrutura física, que, pelas características anatómicas e alterações que o sistema

reprodutor sofre ao longo da vida, leva a que tenhamos de ter especial atenção com a higiene íntima da mulher.

Para manter a saúde génito-urinária da mulher, a realização diária de cuidados de higiene da zona genital é de extrema importância e, é também essencial, que as mulheres percebam como são constituídas anatomicamente, pois, apesar de nos encontrarmos no século XXI e existir acesso a muita informação, muitas não conhecem o próprio corpo (por ignorância, tabu, motivos culturais e/ou religiosos).

A região genital feminina é composta pela vulva onde estão os grandes e pequenos lábios, o introito vaginal, a uretra e o clitóris; a região perianal e região nadegueira e são estes órgãos

externos que requerem uma higiene íntima diária. A vagina é um órgão interno que não necessita de lavagens, pois tem função de limpeza e é autorreguladora.

O objetivo da realização da higiene íntima diária é remover os resíduos e secreções, de toda a zona externa, conservando a barreira protetora da pele da região genital que possui duas funções:

*Proteção - térmica, mecânica, química e contra agentes infecciosos;

*Barreira biológica - através do pH ácido da barreira lipídica e do suor.

Durante as diferentes fases da vida da mulher (infância, puberdade/menarca, idade adulta/gravidez/puerpério, menopausa/climatério) apresenta importantes variações influenciadas pelas hormonas e ma-

A prevenção da doença através da vigilância de saúde nas diferentes fases da vida é de extrema importância, assim como a higiene íntima da mulher, que deve estar presente desde o nascimento até à velhice

turação celular, que vai alterando o pH vaginal fisiologicamente. No entanto, essas alterações podem também ser favorecedoras de algum desequilíbrio na flora vaginal. Na infância, a pele da região genital possui poucas glândulas sudoríparas e sebáceas, não possui pêlo e é muito fina e desprotegida, possuindo um pH alcalino pela ausência de estrogênios. Mas as recém-nascidas, transitariamente possuem um pH mais ácido, devido aos estrogênios adquiridos da mãe através da placenta. Assim, na infância deve-se usar produtos adequados que respeitem o equilíbrio fisiológico da zona íntima da criança.

Na adolescência, a mulher inicia a produção e liberação de estrogênios, e inicia uma cascata de mudanças fisiológicas que incluem a acidificação do pH vaginal. A flora vaginal normal das mulheres, nessa fase, tem seu equilíbrio mantido às custas dos lactobacilos produtores de substâncias que reduzem o pH vaginal, exercendo assim efeito protetor que limita o crescimento de micro-organismos nocivos ao equilíbrio do seu ecossistema. Nesta altura surge a menarca (primeira menstruação) e com ela algumas alterações, nomeadamente corrimento vaginal fisiológico, mais propensão a infeções pelo facto do colo uterino se encontrar aberto para libertar o sangue menstrual, tornando mais necessário a realização adequada de cuidados de higiene íntima.

Na fase adulta, a mulher que fisiologicamente apresenta um pH ácido a partir da menarca (na adolescência), durante a menstruação, devido a alterações hormonais (baixa de estrogénio e aumento da

progesterona) e pela descamação do endométrio, a vagina apresenta um PH alcalino. Já durante a gravidez o pH fica ainda mais ácido, pois, as hormonas, nesta fase, aumentam ainda mais a concentração dos lactobacilos que acidifica mais a flora vaginal. Na fase de puerpério (período após o parto) há uma queda hormonal, um risco maior de infeção devido ao colo uterino aberto, havendo a possibilidade de existência de ferida no períneo causada pelo parto.

No climatério, período de menopausa (última menstruação da vida da mulher) que engloba a pré-menopausa e a pós-menopausa, o pH e flora vaginal volta a ser semelhante ao da infância, visto que existe um declínio da produção hormonal, tornando-o alcalino.

Os cuidados de higiene íntima são a melhor defesa dos órgãos genitais externos, pois, além de prevenir infeções, ajudam a preservar os microrganismos que existem na vagina mantendo assim o equilíbrio da flora vaginal normal da mulher que, como analisado anteriormente pode sofrer alterações fisiológicas.

O equilíbrio da flora vaginal depende de um conjunto de fatores como a idade, fase do ciclo menstrual onde se encontra, atividade sexual, medicação em uso e higiene, no entanto, podem existir elementos que alteram o pH vaginal normal, como situações de doença ou cuidados de higiene deficientes, levando ao enfraquecimento de defesas e colocando em risco a harmonia vaginal, podendo surgir corrimentos anormais que necessitam de tratamento médico. As infeções vaginais mais frequentes são: vaginose bacteriana (corrimento vaginal fluido e acinzentado com odor fétido a peixe, causado por bactéria); candidíase vulvovaginal (corrimento branco, semelhante a leite coalhado, com prurido intenso e rubor, causado por fungo) e Tricomoniase (corrimento amarelo esverdeado, cheiro fétido e prurido, causado por protozoário).

Para manter o equilíbrio e evitar qualquer distúrbio da flora vaginal, na realização de cuidado diário de higiene íntima, deve ter em conta as seguintes recomendações,

- Limpeza do períneo sempre no sentido da vulva para a

região perianal e com movimentos circulares;

- Lavagem deve realizar-se com água corrente acompanhada de produto de higiene próprio ao pH vaginal e evitando fórmulas perfumadas;

- Usar fórmulas líquidas, pois os sabonetes sólidos são mais abrasivos e eliminam a barreira lipídica da pele;

- Não fazer irrigações vaginais internas ou banhos de assento (salvo situações específicas e com indicação do profissional de saúde);
- Secar a pele com toalha de algodão;

- Usar roupas interiores de algodão que favorecem a ventilação evitando a transpiração da área genital;

- Evitar usar frequentemente roupas apertadas e sintéticas;

- Dormir com roupa larga e trocar a roupa interior diariamente;

- Evitar o uso frequente de pensos diários;

- No período menstrual, na fase de puerpério (em que existe saída de sangue) ou em caso de incontinência, mudar frequentemente o penso higiénico, dando preferência a alternativas sem películas plásticas;

- Após as relações sexuais, urinar e realizar higiene.

A prevenção da doença através da vigilância de saúde nas diferentes fases da vida é de extrema importância, assim como a higiene íntima da mulher, que deve estar presente desde o nascimento até à velhice, usando produtos adequados às diferentes fases de vida em que se encontrem e despidando sinais de alterações que necessitem de intervenção dos profissionais de saúde.

Enfermeiros passam a internar grávidas de baixo risco

A Ordem dos Enfermeiros classificou como um “grande passo” a orientação da Direção-Geral da Saúde (DGS) sobre a intervenção dos enfermeiros nos partos, salientando que passam agora a poder decidir o internamento de grávidas.

“Os enfermeiros, na verdade, já fazem há muitos anos 90% dos partos normais no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e muitos médicos internos aprendem a fazer partos com os enfermeiros especialistas. Mas os enfermeiros não podiam internar grávidas de baixo risco. Isso agora fica claro e é um grande passo”, adiantou Ana Rita Cavaco, bastonária da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Em causa está uma orientação da DGS sobre cuidados de saúde durante o trabalho de parto, que prevê que o internamento hospitalar, nas situações de baixo risco, “pode ser realizado por um médico de Obstetria e Ginecologia ou por um enfermeiro especialista em

Enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO)”.

“Nos partos eutócicos, o responsável pelo parto será preferencialmente um EEESMO, enquanto nos partos vaginais instrumentados será sempre um médico de obstetria e ginecologia”, clarifica ainda o documento da DGS.

Esses procedimentos foram propostos pela Comissão de Acompanhamento da Resposta em Urgência de Ginecologia e Obstetria e Bloco de Partos, com o objetivo de uniformizar os cuidados de saúde hospitalares durante o trabalho de parto e de clarificar o papel dos vários profissionais de saúde.

Apesar de a OE concordar com a orientação da DGS, Ana Rita Cavaco considera que “ainda não é o suficiente”, alegando ser necessário concluir toda a regulamentação de uma diretiva comunitária de 1980 que “dá aos enfermeiros especialistas a possibilidade de exercerem todas as competências que têm”.

“Em Portugal, essa diretiva foi transposta, mas a regulação não foi feita”, adiantou a bastonária, para quem a aplicação na totalidade da diretiva comunitária permitiria que “não fossem precisos tantos médicos obstetras” nos hospitais.

“Temos de avançar para o resto, nomeadamente, para a criação dos centros de parto normal, que é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde e que não implica construir novos edifícios”, referiu ainda a bastonária. Esses centros permitiriam que a grávida, quando tem um parto de baixo risco, não necessitasse de ser acompanhada pelo obstetra, a não ser que se verificasse alguma complicação. “Os chamados centros de parto normal, que funcionariam dentro dos serviços e das urgências de obstetria, baixavam muito o número de médicos obstetras que teriam de lá estar”, assegurou a bastonária.

José Carlos Martins, presidente do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, considerou também a orientação da DGS “um passo importante”, alegando que os enfermeiros de saúde materna e obstétrica “têm qualificações e competências há muitos anos para acompanharem as grávidas e realizarem os partos normais”. “Aliás,

isso já acontecia em muitas instituições no país e, em muito maior dimensão, no estrangeiro. O passo que foi dado é importante porque vem fixar numa norma da DGS essa possibilidade”, adiantou José Carlos Martins.

De acordo com a OE, existem em Portugal cerca de 3.200 enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetria. Em 2022, vários serviços de urgência de obstetria e ginecologia e bloco de partos de vários pontos do país tiveram de encerrar por determinados períodos ou funcionaram com limitações, devido à dificuldade dos hospitais em completarem as escalas de serviço de médicos especialistas.

Já em dezembro, a direção executiva do SNS anunciou a partilha de recursos entre vários hospitais para garantir a normalidade dos serviços de urgência de ginecologia e obstetria durante os períodos de Natal e Ano Novo, um funcionamento em rede que ainda se mantém até final de maio.

Em junho de 2022, o Observatório de Violência Obstétrica lamentou a “total dependência” dos hospitais dos médicos especialistas, defendendo que deveria ser dada mais autonomia aos enfermeiros de saúde materna e obstetria no acompanhamento das grávidas.

Teresa Fraga nos dez primeiros lugares do prémio mundial de mérito em trabalho comunitário

Teresa Fraga, enfermeira e diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos para crianças (Kastelo) foi nomeada para o prémio de Enfermagem Aster Guardians Global Nursing Award 2023.

O reconhecimento internacional do trabalho de Teresa Fraga surge no âmbito da sua intervenção comunitária. O Kastelo foi fundado em 2016 com apoio da União Europeia, com o objetivo de “colmatar a grande lacuna no acompanhamento de

crianças com patologia crónica. Situado em São Mamede de Infesta, Matosinhos, o Kastelo “é um projeto pioneiro em Portugal, que tem como principal propósito reduzir o tempo de internamento das crianças no hospital e proporcionar o acesso a fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, um professor, uma educadora, pediatras e enfermeiros especializados. A nossa filosofia é dar vida aos dias destas crianças e das suas famílias”, declara.

A enfermeira portuguesa faz parte do grupo de 10 finalistas resultante de 51 mil inscrições provenientes de países de todo o mundo. Além de Portugal, no Top 10 de nomeados para o prémio Aster Guardians Global Nursing Award 2023, estão ainda representados as Filipinas, Índia, Inglaterra, Irlanda, Panamá, Quênia, Singapura, Tanzânia e Emirados Árabes Unidos. Os finalistas, cujas histórias “merecem destaque mundial na capacitação de comunidades e no

enriquecimento da profissão de enfermagem” de acordo com a Aster DM Healthcare, participaram num debate com um painel independente de especialistas na área da saúde. Após votação pública, o vencedor anunciado a 12 de maio, Dia Internacional da Enfermagem, na cerimónia Aster Guardians Global Nursing Award 2023, em Londres, premiou Margaret Helen Shepherd, enfermeira no Reino Unido, que se dedica a melhorar o diagnóstico e os cuidados prestados aos doentes com diabetes.

Somos um prestador de
Cuidados de Saúde Domiciliários.

**Juntos, cuidamos da saúde
dos nossos doentes.**

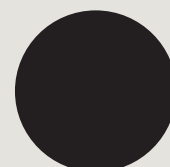
Oxigenoterapia
Ventiloterapia
Outras terapias
domiciliárias



800 201 519

Linha gratuita

Mais informação



Enfermeiro

ANUÁRIO 2023

