

JORNAL ENFERMEIRO

CONTEXTOS, COMPETÊNCIAS E NECESSIDADES DA ENFERMAGEM



04 Competências do enfermeiro gestor têm de ser reconhecidas

NELSON GUERRA,
PRESIDENTE DA APEGE



07

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
A IMPORTÂNCIA DO QUE SE DIZ E COMO SE DIZ, SEGUNDO CARLOS SEQUEIRA



08

ANA CAMPOS REIS
OS ENFERMEIROS NA LUTA CONTRA O VIH/SIDA



10

CONTROLO DA INFEÇÃO
A VISÃO DA PRESIDENTE DA ANCI SOBRE AS ESTRATÉGIAS HOSPITALARES

barral[®]
CREME GORDO
Original

AVANCE COM TODOS OS CUIDADOS

Formulação simples à base de ingredientes naturais como a Cera Branca de Abelhas, Lanolina e Parafina. Sem Perfume.

PELE MUITO SECA OU ZONAS SECAS LOCALIZADAS



BARRAL CREME GORDO ORIGINAL É IDEAL PARA:

HIDRATAÇÃO DA PELE MUITO SECA



- **Hidratação profunda da pele** muito seca e de zonas localizadas
- **Efeito barreira**, contra as agressões do meio ambiente (vento, frio, ar seco, etc.)
- Na secura natural da **pele sénior**, que se torna fina e enrugada, devido à perda de algumas propriedades

PELE EM SOS



- **Descamação** cutânea
- Recuperação da **pele irritada** (cieiro e frieiras) devido à exposição a fatores externos
- Hidratação da **pele recuperada de queimadura**

SITUAÇÕES DE CUIDADO ESPECÍFICO



- Como **emoliente adjuvante** em terapêuticas corticóides
- Em situações de **imobilização prolongada**, para evitar o aparecimento de escaras nas zonas de contacto (exemplo dos doentes acamados)
- Após a **remoção de gesso**, para regenerar a pele e aliviar o prurido da pele seca e áspera

Regula, inspeciona e fiscaliza

A prevenção e deteção da corrupção e da fraude, assim como a regulação da atividade que decorre nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, seja no setor público ou privado, são pedras basilares para um bem comum: saúde para todos! Inclusive para os profissionais!

Sempre que acompanhada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) ou pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), a Ordem dos Enfermeiros (OE) terá poder de inspecionar e fiscalizar unidades de saúde do setor público, privado e social. A 18 de novembro passado, no Porto, foram assinados dois protocolos, promovidos pela OE. A Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos, ERS e IGAS são os intervenientes nos protocolos acima referidos. No protocolo assinado com a ERS, ficou claro que as Ordens passam a participar e cooperar em ações de fiscalização, inspeção, vistoria, monitorização e avaliação periódicas promovidas e coordenadas pela ERS. Já no que diz respeito ao protocolo assinado entre as Ordens, a IGAS e a ERS, fica definida a colaboração na partilha de informação, dados, conhecimentos técnico-científicos, assim como o desenvolvimento de ações conjuntas. Enquanto associação pública profissional, a OE tem também como finalidade supervisionar e regular o desempenho da profissão de Enfermagem. Este exercício profissional só será perfeito se, por base, tiver premissas que garantam a prestação de cuidados de qualidade. Para isso, os profissionais devem exercer a sua atuação em contextos idóneos,

que garantam a execução de práticas seguras e eficazes. Só assim garantiremos, aos destinatários dos cuidados de enfermagem, dignidade, equidade e qualidade devidas. Ter e possibilitar plenos poderes e competência para averiguar situações relacionadas com o exercício da Enfermagem, assim como lutar pela qualidade dos cuidados prestados ao cidadão é, para nós, uma mais-valia. Nomeadamente pelo facto de esta situação abranger instituições dos sectores público, privado e instituições particulares de solidariedade social, como lares e centros para idosos. Urge assumir o desafio! Prevemos uma dinâmica com grande complexidade, com um processo de avaliação e tomada de decisão sobre todas as instituições onde enfermeiros exercem funções. Não podemos permanecer reféns de dogmas como a neutralidade e subjetividade. É com orgulho que, à data de hoje, vejo consagrada na OE capacidade para, em parceria com a ERS e IGAS, pugnar pela promoção da igualdade no acesso aos cuidados de saúde, assim como pelo alcance de objetivos inerentes a uma política de saúde sustentável. Vivemos, em Portugal, um tempo de mudança: um tempo de uma enfermagem revitalizada! Terminou o silêncio, a ausência e a distância. A equipa que compõe os atuais órgãos estatutários da OE prometeu não deixar ninguém sozinho! Promessa que,

em 11 meses de mandato, temos cumprido e vamos continuar a cumprir. A prevenção e deteção da corrupção e da fraude, assim como a regulação da atividade que decorre nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, seja no sector público ou privado, são pedras basilares para um bem comum: saúde para todos! Inclusive para os profissionais! Há anos que ouvimos falar dos enfermeiros como “o pilar do Sistema de Saúde”. Aos enfermeiros é exigida atuação com base numa componente científica, técnica e humana... com ímpar capacidade de decisão, autonomia, responsabilidade, rapidez... com cumprimento do previsto na ética e deontologia. O respeito pelo outro... Muitas vezes sem que os profissionais sejam respeitados. Assim, entendemos que é chegado o momento: o momento de falar claro. Não podemos ter medo das palavras. Não podemos permitir que os enfermeiros fiquem silenciados pelo medo. Precisamos de falar claro entre nós. Precisamos de falar claro ao País. Precisamos de dar voz a quem quase a perdeu. Precisamos de recuperar a dignidade da profissão. Precisamos de devolver, aos enfermeiros, o sorriso e a satisfação de trabalhar em prol do bem-estar do outro. Não há regulação da profissão sem assegurar as condições para que exerçam o que lhes é pedido enquanto enfermeiros.



OPINIÃO

LUÍS BARREIRA
VICE-PRESIDENTE DA
ORDEM DOS ENFERMEIROS

Pela primeira vez, com estes protocolos, conseguimos sintonia relativamente a matérias de difícil consenso. Enquanto defensores dos interesses gerais dos enfermeiros e dos destinatários dos cuidados por estes prestados, participaremos em visitas de acompanhamento do exercício profissional, também com cariz regulador, na vertente fiscalizadora e em parceria com a ERS e a IGAS, tanto nas unidades do setor público, como nas unidades do setor privado e social. Valeu a pena ter acreditado!

NELSON GUERRA, PRESIDENTE DA APEGEL

Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritária

“É prioritário que a Ordem dos Enfermeiros inicie o processo de atribuição das competências aos enfermeiros gestores”, defende o presidente da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), Nelson Guerra. Em entrevista, critica a centralização da gestão resultante da reforma dos cuidados de saúde primários e reivindica um modelo de reposição remuneratória que valorize as competências daqueles profissionais.

JORNAL ENFERMEIRO | A APEGEL foi criada em 2009. Qual tem sido o papel da associação? Quais são as suas lutas?

Nelson Guerra | Desde a sua criação (8 de maio de 2009) que a APEGEL tem centrado a sua preocupação na construção de um perfil de competências do enfermeiro gestor e na qualificação dos enfermeiros gestores, que garanta com o seu desempenho a melhor qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à população. O grande objetivo foi criar e implementar o perfil de competências do enfermeiro gestor em Portugal. Agora que já está publicado é urgente que seja consagrada nas cédulas profissionais e, mais importante ainda, que seja considerado como condição prioritária para o exercício de cargos ou funções de gestão nas unidades ou instituições de saúde. Os enfermeiros gestores em Portugal dispõem de formação efetiva desde os anos 60, tendo sido iniciada na Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, vindo depois a ser disseminada para outras escolas sendo este ensino concebido para dotar estes profissionais de competências acrescidas para gerir pessoas, recursos materiais e ambientais. O seu exercício é reconhecido, quer pelo respeito

social que foram granjeando, quer pela diferenciação hierárquica correspondente às funções exercidas e ainda pela formação que detêm, pois, além de um esforço contínuo de se manterem atualizados, a maioria tem mestrado e, alguns, doutoramento. Hoje, a formação nesta área é sustentada a nível nacional e internacional por saberes específicos resultantes de investigação, bem como do conhecimento multidisciplinar aplicável, passando por abordagens de temas tais como Qualidade; Economia e Finanças em Saúde; Políticas de Saúde; Gestão de recursos humanos; Planeamento estratégico e operacional, entre outras. O principal desígnio da APEGEL é, hoje, cimentar e desenvolver a utilização das competências deste corpo de enfermeiros, para o bem dos cuidados de saúde. Sabemos que a qualidade e a segurança dos cuidados dependem, e muito, de enfermeiros gestores competentes e motivados.

JE | Qual a importância dos enfermeiros gestores?

NG | O enfermeiro gestor na sua prática clínica, seja em contexto hospitalar, nos cuidados de saúde primários ou nos cuidados continuados e integrados, pela

proximidade da sua ação, tanto junto da sua equipa quanto juntos dos utentes, é o que melhor compreende e interpreta as necessidades de ambos e o impacto dos cuidados prestados. É visionário, pensa estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências. Este grupo profissional tem vindo a assumir um conjunto de responsabilidades fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde: de entre os inúmeros exemplos, podemos citar ao nível organizacional, a liderança em projetos de melhoria da qualidade, o papel central nas Comissões de Controlo de Infecção e de Saúde Ocupacional, a seriedade dos projetos anuais de formação, a implementação de processos de avaliação de desempenho e de sistemas de informação.

JE | Concretamente, qual a participação dos enfermeiros na gestão das unidades de saúde?

NG | O enfermeiro gestor, além das suas competências técnicas

ENTREVISTA

específicas das ciências da enfermagem, tem um leque de saberes relacionados com os conceitos da gestão de forma a exercer a sua atividade em grupos de pessoas organizadas, com a particularidade de ter uma visão holística de toda a equipa/unidade/organização, contexto e ambiente, favorecendo a integração entre as pessoas (profissionais e utentes), estrutura e recursos. Este skill mix de saberes implica competências em administração, conhecimentos do direito, contabilidade, economia, matemática e estatística, sem desprezar os importantes contributos da psicologia, da sociologia e da informática, que lhe permitem o exercício de funções técnicas, relacionadas com o assegurar da qualificação/competência técnicas dos seus colaboradores, no objetivo de



garantir a produção dos melhores cuidados de respostas às necessidades dos utentes. Permite-lhe ainda funções comerciais, relacionadas com a gestão dos materiais necessários à qualidade do serviço prestado, e funções financeiras, relacionadas com a gestão e controlo dos custos, embora garantindo a qualidade dos cuidados, o que suporta as suas funções de segurança, estas relacionadas com a proteção e suporte da equipa e dos utentes, em toda a sua abrangência. No seu exercício tem ainda funções administrativas e contabilísticas, estas mais relacionadas a integração administrativa e coordenação de todos os registos e monitorização da atividade da unidade/equipa, produzindo elementos importantíssimos para a análise global da organização.

JE | A participação é diferente nos privados e nos públicos?

NG | Dependente dos objetivos de cada organização as atividades anteriormente descritas deverão ser exercidas independentemente do ambiente (público ou privado) em que o enfermeiro gestor se insere. O enfermeiro gestor tem competências próprias, provenientes das ciências da enfermagem e da gestão, que devem ser entendidas, na necessária complementaridade e integridade dos cuidados e qualidade profissional que impõem uma expressão mais objetiva e mensurável do seu contributo para os cuidados de enfermagem e para a saúde dos cidadãos. É urgente que cada um de nós mude o enfoque da sua estratégia, concentrando-se numa visão mais sistémica, de forma a

promover a interdisciplinaridade e a complementaridade do seu exercício para a organização e para os utentes.

A centralidade dos cuidados obriga a assunção efetiva de um modelo de distribuição de trabalho de enfermagem por enfermeiro de referência, atribuindo a cada cidadão o “seu enfermeiro”, responsabilizando cada profissional pela resposta às necessidades de saúde apresentadas pela pessoa/família/grupo, independentemente do ambiente ou contexto de cuidados. Este enfermeiro de que vos falo demonstra competências para o desempenho do seu papel estratégico e de pivô enquanto elemento de referência nos cuidados de saúde, é reconhecido pelo cidadão como um recurso determinante, para o seu

autocuidado, ajudando-o a decidir, ou decidindo com ele e construindo compromissos nos objetivos e nas ações para a manutenção ou melhoria do seu estado de saúde. Trata-se de um modelo orientado para os resultados, pela construção de compromissos e assunção de metas, pois a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão diretamente relacionados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão.

JE | Nos centros de saúde e nas USF - Unidades de Saúde Familiar essa participação ganha mais relevância?

NG | A reforma dos cuidados de saúde primários, em particular na vertente da criação do modelo das USF, veio disseminar, ainda mais, a gestão centrada no médico, numa visão muito pouco partilhada, em que, e apesar da suposta gestão repartida pelos três grupos profissionais, a verdade é que, na prática tudo se desenvolve em redor e sob orientação do coordenador médico. A centralização da gestão em ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde), com pouquíssima participação dos vogais de enfermagem e apenas com exemplos residuais de enfermeiros diretores executivos, vem demonstrar que o objetivo central desta reforma é afastar os enfermeiros da área da decisão, de tal forma que até houve incómodo com a possibilidade da existência de um coordenador de enfermagem nas USF. Neste modelo de organização as atividades de gestão são “distribuídas” por todos os enfermeiros, indiferentemente das suas competências em gestão, ou qualificações especializadas, apesar da existência de um enfermeiro “interlocutor” a quem são imputadas as respostas de gestão.

JE | Faltam enfermeiros gestores em Portugal?

NG | Em Portugal, atualmente, devem existir cerca de 1000 enfermeiros gestores (chefes e supervisores) no SNS, a estes devemos juntar todos os outros que, apesar de não deterem as

categorias subsistentes, exercem a gestão em todas as unidades públicas e privadas. A questão fundamental não deve ser colocada apenas no número de enfermeiros gestores, mas também deve ser questionado se os enfermeiros que têm a responsabilidade de gerir unidades ou organizações têm, efetivamente, as competências adequadas à função, ou não. A associação está a encetar um levantamento de todos os enfermeiros gestores no nosso país, em breve julgo que será possível responder a esta questão de forma muito mais segura.

JE | No vosso site, falam de “injustiça” e de um “ataque político e economicista” contra os enfermeiros. Não se sentem valorizados?

NG | A associação tem vindo a receber informação sobre a crescente onda de insatisfação que os enfermeiros gestores (enfermeiros chefes e supervisores) vêm vivendo desde a publicação dos decretos-Lei 247/2009, 248/2009, de 22 de setembro (alterações da carreira de enfermagem diferenciando enfermeiros em regime de contrato de trabalho em funções públicas e regime de contrato individual de trabalho) e posteriormente com a publicação do Decreto-Lei nº122/2010, de 11 de novembro, que vem estabelecer os “níveis da tabela remuneratória única” e definir “as regras de transição para a nova carreira” e identificar “as categorias que se mantêm como subsistentes”. O mesmo diploma também não apresenta um modelo de reposição remuneratória, como faz, aliás, para os restantes enfermeiros, o que, com a implementação da carreira, irá promover flagrantes desigualdades entre os futuros enfermeiros principais que exerçam funções de direção e chefia e os enfermeiros gestores (subsistentes) que as exercem por conteúdo funcional. A clarificação das funções de direção e de chefia é, na nossa opinião, estruturante para a valorização da função dos enfermeiros gestores enquanto parceiros imprescindíveis nas nossas organizações de saúde e a sua não clarificação fomenta

alternativas criativas na aplicação da lei no contexto nacional e consequentemente aprofunda a desvalorização dos enfermeiros gestores e a APEGEL, enquanto representante dos enfermeiros gestores portugueses, e considerando que a organização dos serviços de saúde é fortemente determinada pela sua intervenção, não entende a razão deste desiderato que cria uma desigualdade hierárquica, funcional e remuneratória entre profissionais a exercer a mesma função.

JE | O que é preciso mudar?

NG | A operacionalização e implementação do perfil de competências do enfermeiro gestor, publicado em 2015, é um elemento essencial no entendimento do papel do enfermeiro no exercício de funções de gestão e assessoria, é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais e regula a necessidade do seu reconhecimento, certificação como critério base para concurso ou nomeação de enfermeiros para chefia e direção. É prioritário que a Ordem dos Enfermeiros inicie o processo de atribuição das competências aos enfermeiros gestores.

A composição e funcionamento da Direção de Enfermagem, estipulada pela Portaria n.º 245/2013 de 5 de agosto e que organiza a direção de enfermagem, tem de ser clarificada, em particular no seu artigo 2.º onde determina que na sua composição se integrem os enfermeiros que sejam “titulares das categorias subsistentes, identificadas no n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, desde que cumpram as condições a que se refere o artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro”. Isto pressupõe que existam enfermeiros subsistentes que, apesar de terem prestado provas públicas e serem detentores de uma categoria de gestão, possam não estar a exercer “funções de chefia e direção”, o que os impedirá de pertencerem à direção de enfermagem. É nosso entendimento que os enfermeiros chefes e supervisores

“Deve ser questionado se os enfermeiros que têm a responsabilidade de gerir unidades ou organizações têm, efetivamente, as competências adequadas à função”

ocupam os lugares de topo na hierarquia técnica e funcional dos enfermeiros das categorias de enfermeiro e enfermeiro principal e enquanto existirem enfermeiros das categorias subsistentes não podem os enfermeiros principais assumir as funções de direção e chefia, definidos no artigo 18.º do DL 248/2009 de 22 de setembro, pois, de acordo com o ponto 5 do artigo 106.º da Lei 12-A/2008 de 27 de fevereiro, “os órgãos ou serviços não podem recrutar ou recorrer a mobilidade geral de trabalhadores não integrados nas carreiras ou não titulares das categorias referidas no nº1 para o exercício das funções que lhes correspondam”. Desta forma, nas organizações, os enfermeiros principais só poderão ocupar cargos de chefia se na instituição não existirem enfermeiros das categorias subsistentes. Os concursos para enfermeiros principais, regulamentados pela Portaria n.º 250/2014 de 28 de novembro e que dão acesso às categorias da carreira de enfermagem, determinando no seu artigo 36.º que “sem prejuízo do disposto no artigo 13.º da presente portaria, transitivamente, e a título excecional, em caso de inexistência de titulares da categoria de enfermeiro principal,

podem integrar o júri para recrutamento para preenchimento de postos no âmbito da carreira de enfermagem, titulares das categorias subsistentes, identificadas no n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro”, o que pressupõe que os enfermeiros subsistentes estão “considerados” com competências superiores aos enfermeiros principais. Assim, consideramos que todos os enfermeiros das categorias subsistentes deverão ser considerados nessa qualidade, não necessitando que fazer qualquer concurso nesta carreira. No mesmo entendimento, para os concursos serão os enfermeiros das categorias subsistentes, que terão que constituir os júris de concurso para que os enfermeiros que reúnam os requisitos (ponto 3 do artigo 12 do DL 248/2009 de 22 de setembro) se candidatem e passem à categoria de enfermeiro principal.

Quanto à reposição remuneratória, a APEGEL considera que o diploma, ao reconhecer os enfermeiros gestores (chefes e supervisores) para as percentagens do número de enfermeiros principais mantendo o seu conteúdo funcional, não determina um modelo de reposição remuneratória, como faz, aliás, para os restantes enfermeiros. Note-se que qualquer enfermeiro não titular da categoria de enfermeiro-chefe ou supervisor, sendo nomeado como enfermeiro principal para exercer funções de direção ou chefia (funções dos enfermeiros-chefes e supervisores) ficará, SEMPRE, com uma remuneração superior ao mais elevado vencimento das categorias subsistentes (enfermeiro supervisor do último escalão). Parece-nos de todo injusto e inaceitável que um “lapso legislativo” permita que os profissionais de uma categoria superior aufram menos que os seus colegas de categorias inferiores. Como parece claro consideramos que a não existência de qualquer regime de reposicionamento remuneratório, ao invés das restantes categorias, está o Governo a desqualificar e desvalorizar os enfermeiros gestores portugueses.

Importância da comunicação para a eficácia da intervenção

A comunicação é (ou deve ser) uma parte integrante do plano de intervenção dos enfermeiros. Não é possível cuidar de alguém sem comunicar e, por vezes, pode ser mais eficaz do que um determinado “fármaco”. Por isso, é fundamental que os enfermeiros tenham consciência que “o que se diz”, “como se diz” e “o que se não diz” tem uma importância determinante em Saúde. Comunicar de forma adequada deve ser uma obrigação ética de todos os enfermeiros, não tem custos e faz muito bem à saúde das pessoas. Nesse sentido, é fundamental que os enfermeiros utilizem as estratégias de comunicação de forma a minimizarem o risco de erro em termos de diagnóstico e a potencializar a ação terapêutica das suas intervenções. Para tornar isso possível, devem-se “nutrir” com bons conhecimentos, domínio de técnicas/habilidades específicas e com a aquisição de competências comunicativas adequadas aos contextos do exercício profissional. Por exemplo, uma primeira abordagem inadequada pode afastar alguém de um serviço de saúde, uma escuta pouco atenta pode levar a uma interpretação errada de um problema, uma informação dita em termos técnicos ou de forma inadequada pode levar a uma compreensão errada, o que poderá ter implicações na adesão ao regime terapêutico. Existe um conjunto de técnicas simples da comunicação que podem potenciar a ação dos enfermeiros no atendimento da pessoa ao longo do ciclo vital e em contextos específicos, como o “rapport”, a entrevista clínica, a entrevista informativa, a entrevista

motivacional, a relação de ajuda, o treino da assertividade, entre outras. Ao longo do ciclo vital, através de uma comunicação adequada com o recém-nascido (por exemplo com a identificação adequada do tipo de choro), com o adolescente, a pessoa mais velha. Em contextos específicos, utilizando técnicas de comunicação não verbal nos cuidados intensivos, técnicas para identificar a dor e desconforto nos cuidados paliativos, técnicas de comunicação alternativa/aumentativa em pessoas impossibilitadas de comunicar verbalmente. Alguns exemplos:

Comunicação com o Feto
Musicoterapia; aptonomia; conversar com o bebé; pensamentos positivos.

Comunicação com adolescente
Utilize a 3.ª pessoa para dar uma informação que lhe parece relevante; mostre disponibilidade para escutar a sua opinião sem o julgar; evite que a comunicação seja tensa, mantenha-se calmo e evite aumentar a entoação; evite dar soluções, forneça pistas e orientações, solicite opções ao adolescente.

Comunicação de más notícias -
Utilizar o protocolo SPIKES
Preparar a entrevista; descobrir o que a pessoa já sabe; Convidar a pessoa a falar; dar informação de forma gradual; ajudar a pessoa a expressar as emoções; estabelecer um plano de ação e garantir suporte emocional.

Comunicação com pessoas com Alzheimer
Identificar-se e tratar a pessoa pelo nome; não corrigir sistematicamente a pessoa. Se a

pessoa não é capaz de se lembrar de algo deve-se dar pistas para a ajudar a lembrar-se; utilizar as frases pela positiva; utilize os reforços positivos, mas, sem infantilizar; crie um contexto favorável à comunicação de forma a facilitar a interação e não estar a fazer um interrogatório.

Entre os profissionais de saúde, os enfermeiros são os profissionais que, habitualmente, passam mais tempo com os utentes e suas famílias. Este dado realça a necessidade de desenvolverem a mestria na comunicação de forma a aumentarem a eficácia das técnicas de comunicação terapêutica, ao nível da promoção da saúde e bem-estar dos utentes e familiares. No contexto da Saúde Mental, a comunicação clínica e a relação de ajuda são determinantes para o potencial terapêutico das intervenções de Enfermagem. A comunicação clínica porque é o principal instrumento de trabalho, muitas vezes, o único instrumento de trabalho. Neste contexto, privilegia-se o relacional ao instrumental. Por exemplo, na comunicação com uma pessoa com esquizofrenia, com alterações do pensamento, com agitação e/ou em crise, com doença de alzheimer, é fundamental para o enfermeiro compreender o seu problema e proporcionar ajuda efetiva, através da comunicação terapêutica, pois esta é a “ferramenta” com maior utilidade clínica. Os enfermeiros têm o dever de utilizar todo o potencial da comunicação, através da escuta, do toque, da empatia, da palavra... para diminuir o sofrimento das pessoas que se encontram num internamento de um hospital, nos cuidados continuados, nos cuidados



CARLOS SEQUEIRA
PROF. COORDENADOR
DA ESCOLA SUPERIOR
DE ENFERMAGEM
DO PORTO E PRESIDENTE
DA SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL

paliativos, ou que recorrem aos cuidados de saúde primários, de forma a promoverem transições saudáveis e experiências de vida mais satisfatórias. Espera-se que o livro “Comunicação Clínica e Relação de Ajuda”, centrado na comunicação, na entrevista, nas estratégias de comunicação, nas alterações da comunicação e na relação de ajuda, seja um recurso a utilizar pelos enfermeiros, na humanização dos serviços de saúde.

Contributo insubstituível do enfermeiro no compromisso terapêutico

Através da sua atitude, formação e disponibilidade, o enfermeiro desempenha um papel relevante na avaliação da capacidade para a adesão ao tratamento e contribui para a promoção de comportamentos seguros.



**ENFERMEIRA ANA
CAMPOS REIS**

Alongevidade e a esperança de vida em pessoas seropositivas ao VIH/SIDA, bem como a redução da incidência de doenças oportunistas têm sido amplamente demonstradas com a utilização de drogas antirretrovirais, o que constitui um importante resultado a favor desses medicamentos. Apesar do grande benefício gerado por esta terapêutica e reconhecido pelas pessoas com VIH, restam ainda muitas dificuldades a serem superadas. Uma delas é a capacitação para assumir um compromisso nos planos de adesão ao regime terapêutico, na maioria das vezes eficaz, mas difícil de assumir. O sucesso do plano terapêutico exige considerar o doente como parte de um sistema global onde interagem um conjunto de subsistemas, tais como a rede familiar, as redes de amigos, as organizações de ambiente social e de saúde, além de outras. Neste processo, é desejável que o acompanhamento do plano terapêutico considere o indivíduo no centro de todo o sistema de ação tornando-o ator principal e sujeito do seu próprio projeto de vida. Refira-se a este propósito que no modelo de projeto de vida consta também o plano de intervenção onde são vertidas todas as ações a desenvolver, os objetivos de cada uma delas e o tempo

para a sua concretização. Toda a intervenção é concebida de acordo com uma abordagem sistémica onde os técnicos de diferentes áreas disciplinares e doentes são implicados.

Diz-me a prática de gerir equipas nesta área que o papel do enfermeiro nestas equipas é uma mais-valia para os doentes, no seu papel de cuidador, na maioria das situações não comparável a outros técnicos. Pensar o cuidado é pensar no quotidiano dinâmico que envolve o ser que cuida e o ser que é cuidado, ambos num mundo de trocas, onde se aprende, se sofre, se espera, se acredita, se sonha, a partir de conceções socialmente construídas nas relações entre profissionais, clientes e equipas.

Os cuidadores podem valer-se da compreensão dos fatores que dificultam e que facilitam a adesão, mediante a descrição por parte do próprio paciente de suas experiências, atitudes e crenças sobre a doença e o tratamento, para ajudá-lo a compreender a importância de alterar alguns comportamentos de risco, para comportamentos securizantes, de estilos de vida mais saudáveis. Apesar dessa realidade, a infeção ainda confere ao indivíduo infetado uma situação de vulnerabilidade, que alguns autores definem como um estado dinâmico e mutável de fragilidades e de suscetibilidades

em diferentes dimensões, fruto da interseção de diversos fatores e situações, mas especialmente de construções simbólicas e representacionais construídas pelos diferentes grupos de pertença dos pacientes e dos profissionais. Através do olhar das representações sociais, o enfermeiro dispõe de recursos tão ou mais sofisticados do que aqueles de natureza tecnológica para a concretização de formas alternativas de cuidados, que perpassem tanto a sua dimensão biomédica quanto relacional/ /humanística. Neste contexto, verifica-se que o cuidado, embora necessário em todas as fases da vida e em todos os tipos de vida no planeta, é fundamental quando existe vulnerabilidade, os cuidados devem ser cuidados centrados na pessoas como um ser, e não como um corpo portador de doença. Desenvolvemos a nossa atividade na área da intervenção comunitária, no apoio a esta população durante os trinta anos de infeção em Portugal. Partindo deste pressuposto, está presente a nossa ação junto dos indivíduos, famílias e comunidades nas várias vertentes da prestação de cuidados, nas múltiplas abordagens, no caso concreto desta problemática onde o processo para a doença crónica se vai concretizando no quotidiano individual, mas em contexto comunitário, com implicações psicossociais não só

para as pessoas infetadas e afetadas, mas com grande abrangência no grupo familiar e de amigos. Um único princípio me orientou durante o meu exercício profissional de enfermeira da população mais vulnerável: investir para que essas pessoas de quem cuidei tivessem os mesmos direitos que os outros; com as minhas equipas tentamos, como exemplo de vida, diminuir o estigma e a discriminação, acolher, acompanhar, capacitar para a satisfação das necessidades básicas, de segurança de auto motivação e auto realização. Cuidar de forma incondicional. E fui percebendo ao longo dos anos que também eu estava a ser cuidada, que os meus problemas se relativizaram e a minha vida foi encontrando outro sentido.

Passados mais de trinta anos de infeção pelo VIH/SIDA, muito se escreveu sobre o assunto em várias dimensões, nomeadamente a eficácia da medicação e a progressão para doença crónica, nas vertentes de prevenção primária, menos na prevenção secundária e o insuficiente na prevenção terciária. Perceciona-se atualmente o silêncio sobre a problemática e a sua envolvente, a banalização do assunto começa a ser preocupante, pois estamos a desvalorizar os sentimentos e o sofrimento decorrentes desta infeção; com alguma regularidade começamos a sentir o apelo de algumas pessoas infetadas, por um atendimento mais próximo e acompanhamento psicossocial, onde possam partilhar os seus sentimentos ainda de insegurança.

Recordo as palavras da investigadora Odette Santos Ferreira, à época presidente da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, sobre a importância do papel do enfermeiro no apoio a estes doentes: “O enfermeiro, pelas funções que desempenha, é o interlocutor privilegiado, a quem muitas vezes o doente confia as suas inquietações, mas que em determinados momentos será igualmente o alvo mais próximo da sua revolta”. Um melhor conhecimento da doença e uma melhor informação sobre a transmissão do vírus e dos cuidados preventivos contribuíram para

“Identificadas as necessidades de formação específica em enfermagem para uma atuação de excelência neste âmbito, falta reunir vontades para se abrir o debate à discussão”

que hoje estes doentes se vejam rodeados de pessoas que os tratam e amparam com pleno conhecimento da doença.

A infeção pelo VIH/SIDA obriga a uma formação aprofundada e contínua e a uma difusão da informação sobre as novas patologias, de modo a que o enfermeiro mais experiente e capacitado possa enfrentar as novas realidades sem receio e, sobretudo, de forma humanizada. Através da sua atitude, formação e disponibilidade, o enfermeiro desempenha um papel relevante na avaliação da capacidade para a adesão ao tratamento e contribui para a promoção de comportamentos seguros. O seu importante papel de elo de ligação entre a família e o doente, a interpretação das várias ocorrências e das diversas exigências da praxis clínica, num permanente diálogo conciliador, reconfortante e ao mesmo tempo científico, fazem do enfermeiro um dos elementos mais importantes da equipa de saúde em qualquer unidade e mais particularmente na área da infeciologia.

O paradigma da infeção pelo VIH/SIDA sofreu uma alteração bastante acentuada ao longo dos anos, dado o aumento da sobrevivência e da progressiva cronicidade da doença. As pessoas infetadas pelo VIH passaram a preocupar-se com a longevidade, mas também com a qualidade de vida.

Ainda são muitas as lacunas na área da prevenção aos três níveis, na prevenção primária em programas de informação e formação na promoção de saúde e prevenção das doenças infecciosas, através de ensino e treino de estilos de vida saudável. Na prevenção secundária ao nível do acompanhamento, na doença em unidades de cuidados hospitalares e extra hospitalar em cuidados continuados, paliativos e terminais em residências e apartamentos terapeuticamente assistidos, programas de apoio domiciliário nomeadamente na supervisão e formação de equipas de apoio direto, voluntários amigos e familiares, centros de acompanhamento terapêutico com toma direta observada, para quem necessita dessa ajuda.

Ainda não se conseguiu uma alteração de comportamentos de risco face às DTS, versus adoção de estilos de vida mais saudáveis; por outro lado, a capacitação para um compromisso terapêutico para a vida, em muitos casos, necessita de acompanhamento direto por enfermeiros conhecedores da especificidade da problemática e isso só é possível com enfermeiros detentores de formação específica. Consultamos alguns estudos que manifestam evidência da importância da especialidade de enfermagem em Infeciologia considerando as peculiaridades das doenças infecciosas, a complexidade da problemática, VIH/SIDA não só nas vertentes clínicas mas nas suas vertentes psico sociais culturais e espirituais.

Um estudo realizado por Seabra & Reis (2010), identificou que a produção escrita sobre a pessoa com VIH em situação de sem abrigo se debruça essencialmente sobre a realidade da intervenção comunitária, as preocupações dos enfermeiros, sendo a mais significativa a preocupação com as políticas de saúde e questões éticas. Ao nível da identificação das práticas de cuidados, salientamos as ações de promoção e prevenção da saúde, o apoio psicossocial e espiritual, os cuidados familiares e as intervenções técnicas, os resultados evidenciam uma escassa produção científica dos enfermeiros, em termos de publicações, apenas 38

artigos em 21 anos pesquisados, parece-nos escasso para o empenho, dedicação e saberes demonstrados na prática por enfermeiros portugueses em diferentes contextos da problemática VIH/

/SIDA. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos entrevistou 317 enfermeiras especialistas pertencentes à Association of Nurses in AIDS Care, as quais apontaram a qualidade de vida relacionada à cronicidade do VIH como a terceira prioridade de investigação de enfermagem na área de VIH/SIDA para o próximo milénio.

No contexto do conhecimento do saber em enfermagem, contamos com a prática, naturalmente, mas temos que desenvolver áreas de investigação, não só na academia para obter graus académicos, com poucos estudos feitos fora da escola, embora a carreira de enfermagem – Dec. Lei 437/91 de 8 de novembro – já incluía a investigação no conteúdo funcional das várias categorias a partir de Enfermeiro Especialista (art.º 7º). Mas também nos locais onde trabalhamos assumindo a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes.

Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros definiu quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências. Em conclusão: identificadas as necessidades de formação específica em enfermagem para uma atuação de excelência neste âmbito, falta reunir vontades para se abrir o debate à discussão: que formação específica, especialidade em enfermagem ou outra; tal como noutras “disciplinas” nomeadamente a medicina, que há muito tem a sua especialidade em Infeciologia e como noutros países onde já existem enfermeiras especialistas em infeção por VIH/SIDA.

ENFERMEIRA ISABEL VELOSO, PRESIDENTE
DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CONTROLO DE INFECCÃO

Hospitais devem ter estratégias de avaliação do risco

As taxas de infecção nos cuidados de saúde continuam elevadas, trazendo grandes custos para o Sistema Nacional de Saúde. Na opinião da enfermeira Isabel Veloso, presidente da Associação Nacional de Controlo de Infecção (ANCI), para travar este problema são necessários mais enfermeiros, boas condições estruturais e estratégias para motivar os enfermeiros, que têm “um papel fundamental na área da prevenção e controlo de infecção”.

JORNAL ENFERMEIRO | No site da ANCI pode ler-se que as “taxas de infecção relacionadas com os cuidados de saúde continuam a revelar valores preocupantes”. Qual é o panorama atual, a nível nacional?

Isabel Veloso | Este é um tema emergente e que se mantém preocupante desde há vários anos. Segundo o relatório da Direção-Geral da Saúde (DGS) – Portugal em números 2015, “as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde podem alegar serem alheios a estas complicações”. A prevenção e controlo das infeções deve ser um tema prioritário nas instituições de saúde, integrado em programas globais de qualidade e de segurança do doente. A nível nacional, desde 2013 está integrado num dos Programas de Saúde Prioritários do Ministério da Saúde, no Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Em Portugal, nos últimos três anos, têm vindo a ser implementadas e/ou incrementadas várias medidas para combater as IACS,

nomeadamente o desenvolvimento da Campanha das Precauções Básicas de Controlo de Infecção; o incremento da monitorização das infeções na rede de vigilância epidemiológica nacional; o incremento da divulgação de normas de orientação clínica por parte da DGS; e a contratualização de indicadores de controlo de infecção nas instituições de saúde. Em 2017, será realizado em Portugal um inquérito de prevalência de infecção, enquadrado no âmbito do estudo europeu, altura em que teremos novos dados relativos às infeções adquiridas a nível hospitalar. Os últimos dados que temos relativos à prevalência das IACS em Portugal são de 2012, do inquérito que se realizou a nível europeu por iniciativa do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), sendo a taxa de 10,5%, superior à média europeia de 6,1%. Nesse estudo, as infeções mais frequentes foram, por esta ordem, as respiratórias, urinárias e do local cirúrgico. Entretanto, são realizados estudos de incidência de infeção integrados na rede de vigilância nacional e tem-se verificado que algumas infeções têm vindo a diminuir, como é o caso da infeção nosocomial da corrente sanguínea

associada a cateter venoso central. Por outro lado, a taxa de Staphylococcus aureus resistente à metilina (MRSA) também tem apresentado uma descida. No entanto, para que estes resultados sejam consistentes, é necessário um trabalho contínuo com monitorização sistemática de processos, de resultados e de estruturas, sendo preciso também um trabalho contínuo de sensibilização e acompanhamento dos profissionais.

JE | Qual a importância dos enfermeiros na prevenção e controlo das infeções hospitalares?

IV | O enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção e controlo de infeção. É o elemento da equipa de saúde que mais pode desenvolver a educação com os doentes, familiares e cuidadores e envolvê-los nos cuidados e na sua melhoria. Na área da orientação de alunos e no âmbito da supervisão clínica, o enfermeiro da prestação de cuidados deve servir como modelo, como guia orientador de boas práticas, promover a partilha e conjugar esforços com os enfermeiros da área do ensino, onde o tema da prevenção

EM PERSPETIVA

e controlo de infeção deve ser trabalhado desde o início da aprendizagem dos alunos de enfermagem até ao momento de integração à vida profissional. Quanto ao enfermeiro da área da gestão, tem um papel preponderante na implementação e condução processual em cada serviço clínico e a generalidade das instituições de saúde tem designado um ou mais enfermeiros como elos do processo na área da prevenção e controlo de infeção e que dinamizam as várias ações de ordem prática. Saliento ainda que um número considerável de dados que usamos nas instituições de saúde, para a obtenção de indicadores de controlo de infeção, é registado informaticamente pelos enfermeiros. Esta área tem evoluído muito graças ao trabalho conjunto



“A prevenção e controlo da infeção devem ter uma abordagem integrada, com a participação e corresponsabilização de todos os elementos da equipa”

as boas práticas, pelo que as instituições devem ter normas e/ou recomendações escritas e divulgadas por todos os grupos profissionais.

A área da saúde, como outras áreas, está em constante mudança. O mundo está em constante mudança. Temos que estar preparados para enfrentar os vários desafios que se nos apresentam, quer do âmbito relacional, quer do âmbito técnico e científico.

Não querendo desvalorizar os pontos mencionados nos parágrafos anteriores, pois são essenciais, quero realçar também a importância de se desenvolverem nas instituições de saúde estratégias diferentes e inovadoras que promovam a motivação dos enfermeiros (e de outros profissionais, claro), bem como a sua satisfação no local de trabalho, para o desenvolvimento de um trabalho mais eficiente e eficaz dentro da sua área de atuação.

JE | Os enfermeiros portugueses têm formação adequada?

IV | Nos cursos de licenciatura em Enfermagem, este tema é abordado mas não aprofundado. Penso que deverá ser uma área a desenvolver. Nos cursos de pós-licenciatura em enfermagem, nomeadamente na Especialidade Médico-Cirúrgica, é uma das áreas de opção como estágio junto dos Grupos Coordenadores Locais do

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). A nível hospitalar tenho conhecimento de instituições que desenvolvem programas de integração para enfermeiros, integrando o tema da prevenção e controlo de infeção.

É também com a formação em serviço e formação contínua, que os enfermeiros vão adquirindo e atualizando conhecimentos nesta área.

Quanto aos enfermeiros dos GCL-PPCIRA têm acesso a cursos organizados por exemplo pelas Administrações Regionais de Saúde e pela DGS. Há alguns anos foram organizados cursos no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e na Universidade Católica Portuguesa.

JE | Como se avalia o risco de infeção na admissão do doente? Os hospitais portugueses têm meios suficientes para avaliar o risco de infeção e controlá-lo?

IV | A avaliação do risco de infeção na admissão do doente consiste num processo em que o profissional analisa as várias condições do doente que são relevantes para um possível estado de colonização ou infeção por microrganismos epidemiologicamente importantes (MEI), dos quais fazem parte os microrganismos multirresistentes. Esta avaliação ajuda no estabelecimento de prioridades de intervenção e na aplicação de procedimentos adequados para cada situação, prevenindo assim a transmissão cruzada.

A avaliação do risco é a primeira das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), devendo ser realizada antes do contacto com o doente ou com o ambiente envolvente.

Saliento a importância deste pressuposto – Na admissão do doente devem ser implementadas as PBCI mesmo antes da avaliação do risco do doente para a infeção e/ou colonização. Posteriormente, se for identificado algum risco, poderão ter que ser adicionadas às PBCI, as precauções baseadas nas vias de transmissão com medidas de isolamento específicas.

das Direções de Enfermagem, da Ordem dos Enfermeiros, dos enfermeiros da prestação de cuidados, de enfermeiros peritos e dos responsáveis pela área dos Sistemas de Informação e pela área da Qualidade e Segurança do Doente.

Reforço que a prevenção e controlo de infeção devem ter uma abordagem integrada, com a participação e corresponsabilização de todos os elementos da equipa de cuidados, pelo que não podemos ver o papel dos enfermeiros isoladamente.

JE | A Ordem exigiu ao Curry Cabral a admissão de mais enfermeiros para travar este problema no hospital. A solução passa por aí?

IV | Não só por aí, mas também. Todos sabemos que não são

necessários grandes estudos para percebermos que é fundamental termos dotações seguras de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros na prestação de cuidados e que estas favorecem as boas práticas, reduzindo o risco de eventos adversos e de stress no local de trabalho. Portanto, cabe a cada instituição analisar a sua realidade e desenvolver os meios adequados e possíveis para melhorar esta problemática da área da gestão de recursos humanos.

Mas esta é apenas uma das soluções. As estruturas são outro aspeto a ter em conta. Boas condições estruturais contribuem para a redução do risco de transmissão cruzada de microrganismos. Porém, este aspeto por si só não chega, pois temos que garantir

Este processo de avaliação do risco não deve ficar limitado ao momento de admissão, mas deve ser aplicado ao longo do internamento e mesmo na alta/transferência do doente, como forma de articulação com outras instituições que o possam vir a receber.

Os hospitais têm vindo a utilizar diferentes estratégias para avaliação do risco de infeção/colonização na admissão. Temos o exemplo do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, que já tem este sistema implementado há alguns anos e cuja ferramenta de suporte foi construída com a ajuda dos sistemas de informação. Assim, na admissão do doente para internamento é preenchido um inquérito epidemiológico obrigatório, que, na eventualidade de uma resposta positiva da presença de um fator de risco, direciona para as intervenções necessárias. Outros hospitais estão a trabalhar para obterem sistemas idênticos.

Na ausência destes sistemas, o processo pode ser implementado numa fase inicial com preenchimento de inquéritos manuais e com recurso a informação disponibilizada, por exemplo, em tabelas com algoritmos de atuação ou em cartões de bolso que possam ser utilizados como ferramentas de apoio à tomada de decisão após a identificação de determinado risco. Descrevo a título de exemplo alguns fatores de risco a considerar na avaliação – doentes internados em unidades de cuidados continuados, doentes com colonização ou infeção prévia por microrganismos multirresistentes, doentes com suspeita ou confirmação de tuberculose respiratória.

Simultaneamente à implementação desta avaliação, deverá ser utilizado um método de diagnóstico rápido, que permita resultados laboratoriais pós-rastreio de admissão em cerca de quatro horas. Apesar de ser um método mais caro em relação ao convencional, vários hospitais têm vindo a adquirir este sistema, devido às vantagens que lhe estão associadas, nomeadamente

“Há hospitais que desenvolvem programas de integração para enfermeiros e para assistentes operacionais, com horas destinadas para a área da prevenção e controlo de infeção”

o início de descolonização de doentes portadores de MRSA de forma mais atempada, diminuindo o risco de infeção por esta bactéria; redução de gastos de equipamento de proteção individual que é usado enquanto se aguardam os resultados dos rastreios para pesquisa de microrganismos multirresistentes; e otimização da gestão de camas, de recursos materiais e de recursos humanos. Outros dados poderão ser calculados a longo prazo, como a diminuição das taxas de infeção por MEI, do consumo de antibióticos e dos custos associados, e a redução das resistências aos antibióticos. Concluindo, um sistema bem implementado e integrado de avaliação do risco de infeção/colonização na admissão do doente traz, sem dúvida, ganhos na área da segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados.

JE | Que medidas podem ser tomadas pelas instituições de saúde para travar o número de infeções?

IV | A estratégia passa por integrar várias medidas em simultâneo. Um programa global de prevenção e controlo de infeção deve abranger várias vertentes, como a vigilância epidemiológica, a formação, a auditoria, a elaboração de recomendações gerais e específicas e a investigação.

A vigilância epidemiológica inclui a monitorização da taxa das IACS, do consumo de antibióticos e da incidência de bactérias multirresistentes. Cada instituição deve realizar o seu diagnóstico de situação, identificar os seus problemas, perceber a sua realidade e direcionar esforços para melhorar. Para esta vertente ser eficaz, é essencial dar informação de retorno aos profissionais e que os dados obtidos e as medidas de melhoria a implementar sejam divulgadas em tempo real.

A formação deve destinar-se a todos os grupos profissionais da instituição. O tema da prevenção e controlo de infeção deve fazer parte dos programas de integração, da formação em serviço e da formação considerada obrigatória inserida, por exemplo, nos processos de acreditação. Como já disse, há hospitais que desenvolvem programas de integração para enfermeiros e para assistentes operacionais, com horas destinadas para a área da prevenção e controlo de infeção. Deve ainda haver cursos de formação específica com aprofundamento de temas, com análise de casos clínicos e com elaboração de planos de ação para grupos específicos, habitualmente denominados de elos de ligação ou dinamizadores de controlo de infeção em cada serviço.

É muito importante o desenvolvimento de programas de auditoria com grelhas funcionais, que traduzam indicadores de estrutura e de processo e que sirvam de instrumento para a implementação de medidas de melhoria e elaboração ou atualização de recomendações. Temos atualmente bem definidos conjuntos de boas práticas para a prevenção das principais IACS associadas a procedimentos invasivos (infeção urinária associada a cateter vesical, infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, pneumonia associada a intubação e infeção do local cirúrgico). A DGS publicou no final de 2015 quatro normas sobre “Feixes de intervenções” para a prevenção destas quatro infeções, os quais

têm como objetivo assegurar que os doentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente. Estas normas integram grelhas de observação que, ao serem utilizadas de forma sistemática, fornecem dados sobre a adesão às práticas, de forma a serem desenhados planos de melhoria contínua.

Relativamente à investigação, este é um caminho em que ainda temos muito a percorrer. A investigação pode ser desenvolvida através de colaboração interinstitucional, regional, nacional e até internacional, privilegiando estudos de investigação-ação que ajustem estratégias às diversas realidades. Temos o dever de divulgar boas práticas que se baseiem na evidência, práticas que, tendo bons resultados na redução de infeções, devem ser partilhadas com outras instituições, quer de prestação de cuidados quer de ensino.

Para a implementação de todo este processo, é obrigatório existir em cada instituição de saúde um Grupo Coordenador Local do PPCIRA, de natureza multidisciplinar e com horas atribuídas para a liderança e desenvolvimento das várias atividades inerentes a cada programa institucional. Este grupo deve ter como interlocutores privilegiados os responsáveis dos serviços, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas pelos elos de ligação ou dinamizadores de controlo de infeção, já referidos anteriormente, dando cumprimento ao Despacho nº15423/2013 do Ministério da Saúde.

Por último, é importante referir que o tema da prevenção e controlo de infeção deve estar presente em toda a área da gestão, quer na gestão de topo, quer na operacional. Devem estar definidos objetivos nos planos de atividades anuais dos serviços, assim como no sistema de avaliação do desempenho dos profissionais, que traduzam indicadores de processo e de resultado no âmbito da prevenção e controlo de infeções e da resistência aos antimicrobianos.

Fazer a diferença

“Gosto mesmo do que faço. Gosto muito da profissão. Gosto de ser estudante, de aprender diariamente. E no final do ano, se tudo correr bem, serei enfermeira e, autonomamente, poderei fazer a diferença no dia a dia de cada pessoa a quem preste cuidados”. É esta a visão de Bárbara Freitas, aluna do 4.º ano no Politécnico de Viana do Castelo.

ENFERMAGEM PORQUE...

Quando vim para o curso, tenho de admitir que não fazia ideia do que me reservava. A conceção que tinha de enfermagem é que era um curso de saúde, generalista, que me permitia estar perto das pessoas. Sobre isso, não me enganei...

Algumas pessoas tentaram convencer-me a optar por outras escolhas, dizendo que “enfermeiros são os empregados dos médicos” e que a profissão serve para “dar banho aos idosos”. Esta não é a minha visão. A meu ver, os utentes valorizam a nossa profissão e o papel que desempenhamos seja na melhoria, manutenção ou até no fim da vida de cada um. Valeu também na minha escolha uma vizinha que falava da sua enfermeira como um dia gostava que falassem de mim. Dizia que essa enfermeira a ouvia, a compreendia e que a fazia sentir-se melhor.

A ESCOLHA DA UNIVERSIDADE

Valeram vários parâmetros, desde a proximidade à minha localidade – Caminha – às impressões que fui registando da faculdade. A distância entre a faculdade e a minha morada, que não ultrapassa os 25km, facilitou a escolha. Quanto aos outros aspetos, posso dizer que, segundo as pesquisas que realizei na altura, o curso de enfermagem no IPVC estava muito bem cotado a nível nacional. O facto de ser um politécnico atraiu-me na medida em que vários estudantes referiam a proximidade entre alunos e professores. Ou seja, as turmas são efetivamente mais

pequenas e os professores têm mais disponibilidade para cada aluno. Na minha faculdade, grande parte dos professores disponibilizam-se a atender os alunos em horários que não estão contemplados no horário de atendimento e todos eles respondem aos *emails* que os alunos enviam.

O CURSO

As expectativas com o curso foram ultrapassadas... Só tive a verdadeira noção da profissão de enfermagem depois de vir para o curso, nomeadamente no meu 2.º ano, em que realizei ensinamentos clínicos em serviços como Cirurgia Geral e Medicina Interna. A organização do nosso plano de estudos permite-nos uma adaptabilidade progressiva ao contexto prático, com um desenvolvimento contínuo da nossa autonomia. Ao longo dos anos, realizamos ensinamentos clínicos e estágios em diferentes contextos que nos possibilitam não só o desenvolvimento de diferentes saberes, mas também a descoberta das áreas de cuidados preferidas.

OS DESAFIOS

Os maiores desafios com que me deparei no curso prendem-se com a gestão de tempo e a gestão emocional. No que concerne à gestão de tempo, está relacionada com outras atividades que mantenho. Nem sempre é fácil, mas, se nos comprometemos com certas responsabilidades, estas têm de ser cumpridas. Relativamente à gestão

emocional, posso dizer que aquando do contexto prático de cuidados, ainda que a teoria nos possa munir de estratégias de gestão emocional, cada um de nós precisa de percorrer o seu caminho e de realizar o seu exercício mental. Terminei agora o estágio no serviço de urgência e fui confrontada com situações de morte diversas vezes.

EXPERIÊNCIA ‘IN LOCO’

O quarto ano é maioritariamente realizado em estágios...Ora, posso falar das primeiras vezes que contactei com utentes com suspeita de EAM, em Via Verde Coronária. A prestação de cuidados na sala de emergência é muito mais organizada do que imaginava. Inicialmente tinha os meus receios, depois consegui adaptar-me à dinâmica da equipa. Este estágio de urgência possibilitou-me a vivência de várias experiências diferentes, sendo que todas contribuíram para o meu crescimento académico e pessoal.

PREOCUPAÇÕES

No início do curso preocupava-me em compreender a teoria que me era ensinada na escola, já que os colegas mais velhos frisavam a importância de uma boa base de conhecimentos para uma boa prática de cuidados. Agora, preocupo-me com o sucesso de cada estágio, com o que posso aprender e crescer em cada contexto. O trabalho de investigação, a apresentar no final do ano, é também uma preocupação. Exige trabalho de grupo, trabalho autónomo e organização pessoal e de equipa.

FUTURO



BÁRBARA FREITAS
21 ANOS, NATURAL DE BRAGA, FREQUENTA O 4.º ANO DE ENFERMAGEM NO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

Em relação ao futuro precisamos de ser otimistas. Em Portugal ou no estrangeiro, haverá lugar para cada um de nós.

DEPOIS DO CURSO, PORTUGAL OU ESTRANGEIRO?

Sinceramente, esse é um aspeto que ainda não defini. Em janeiro vou fazer Erasmus, durante o Estágio de Comunitária, na Finlândia. Tenho diversos colegas a trabalhar no estrangeiro e outros que ficaram por Portugal. Tudo irá depender das oportunidades que surgirem...

Instabilidade profissional, a nova causa do stress

Enquanto estudos anteriores sugeriam que os profissionais de saúde sentiam-se essencialmente pressionados pelo stress de lidar com os doentes, estes dados de 2012 evidenciam que agora é a carreira e remuneração que mais pressiona os profissionais de saúde.



Lidar com os doentes, o excesso de trabalho, a carreira e as baixas remunerações estão a levar os enfermeiros portugueses ao limite, pondo em risco não só a sua saúde como a dos doentes que tratam, dada a maior probabilidade de falhas na medicação e nos cuidados. A conclusão é do estudo “Stress and psychological health: testing the mediating role of cognitive appraisal”, realizado na Universidade do Minho e publicado recentemente na revista *Western Journal of Nursing Research*. “A atividade dos profissionais de saúde tem uma natureza stressante, seja pela

natureza intrínseca desta atividade (lidar com pessoas em situações de sofrimento) mas também pela sua natureza extrínseca (relações laborais, carreira profissional). Por isso, estudar os enfermeiros é uma excelente oportunidade para analisarmos o modo como as pessoas percebem uma atividade stressante e como reagem a estas situações”, afirma Rui Gomes, um dos responsáveis pelo estudo. Os investigadores averiguaram a relação entre o stress no local de trabalho e a saúde psicológica e chegaram à conclusão de que estão diretamente relacionados, que mais stress está associado a mais problemas de saúde mental, assim

como a imagem que os enfermeiros têm do seu trabalho afeta o seu estado de saúde.

Segundo o estudo, 86% dos enfermeiros trabalha em stress elevado ou moderado, 36% dos quais com “níveis bastante significativos”, e um em cada cinco sente-se emocionalmente exausto (burnout). “Neste último caso, estamos a falar de pessoas com sentimentos de sobrecarga emocional e exaustão devido às exigências do trabalho, o que naturalmente poderá condicionar a capacidade de prestar serviços de saúde”, salienta o investigador.

Rui Gomes destaca ainda um outro dado: “Para mim, o dado mais interessante prende-se com o facto de assistirmos a uma inversão nos fatores de stress nestes profissionais. Assim, enquanto estudos anteriores a este sugeriam que os profissionais de saúde sentiam-se essencialmente pressionados pelo stress de lidar com os doentes, estes dados de 2012 evidenciam que agora é a carreira e remuneração que mais pressiona os profissionais de saúde. A instabilidade profissional pode representar uma área de incerteza difícil de lidar, com consequências do ponto de vista pessoal, familiar e profissional”.

Sugere, por isso, “mais atenção a este aspeto” por parte das

“entidades políticas e empregadores e os próprios profissionais”. Entre outras medidas, Rui Gomes defende que se estabeleçam sistemas de trabalho “human friendly”, que sejam repensados os ciclos rotativos de trabalho, que sejam melhoradas as relações de trabalho, a capacidade de trabalhar em equipa, a resolução de conflitos e a conciliação trabalho-família. Na sua opinião, as entidades podem oferecer programas de apoio individual, ajudando estes profissionais na gestão do stress e trabalhando a sua componente física e mental. “É desta conjugação que teremos os melhores programas de intervenção; menos do que isto é intervir de forma superficial num problema complexo e com raízes profundas no mundo do trabalho.” Este estudo baseou-se nas respostas de 2.302 enfermeiros a um inquérito enviado, entre 10 de janeiro e 12 de fevereiro de 2012, aos 40 mil inscritos na Ordem. Responderam 1.895 mulheres (82,3%) e 407 homens (17,7%), que trabalhavam no serviço público de saúde, principalmente em contexto hospitalar (57,1%), mas também nos cuidados de saúde primários (15,1%). Rui Gomes considera que esta é “uma amostra muito extensiva”, pois “os dados obtidos representam uma das maiores amostragens da classe da enfermagem”.

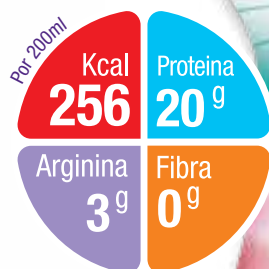
Cubitan, acelera a cicatrização das feridas

Cubitan é um suplemento nutricional oral, hiperproteico, enriquecido em arginina e micronutrientes (zinco, vitaminas A, C e E).

Um suplemento específico, que regula o processo inflamatório e estimula a cicatrização da úlcera (escara) e outras feridas crónicas.

Pela sua eficácia, é possível diminuir o tempo de cicatrização das feridas e os custos associados, permitindo um aumento da sua qualidade de vida.

De forma a aumentar a sua adesão à terapêutica nutricional, Cubitan está disponível em três agradáveis sabores: baunilha morango e chocolate.



EVOLUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DA FERIDA



1

2

3

Conheça os resultados de estudos clínicos, que comprovam a eficácia de Cubitan. O único suplemento específico para as úlceras de pressão, que demonstra os seus resultados em 8 semanas. Resultados clinicamente comprovados.

GLUCOCARD™ SM

Glucose Smart Meter



Uma nova geração de equipamentos!

Imagine que os seus doentes podem enviar os resultados dos testes do medidor, através de tecnologia *Bluetooth Smart* integrada, para uma *app* no *Smartphone*. Simplesmente!

O **Glucocard SM** inicia uma nova geração de medidores - os **Glucose Smart Meters** - pois, a partir de agora, será possível gerir os resultados da glicemia através de um registo electrónico, na *app* **Glucolog Lite**, sempre disponível num *smartphone*. Os resultados dos testes podem também ser transferidos para um computador ou podem ainda ser enviados por mail para um cuidador, educador ou profissional de saúde.

O **Glucocard SM** é um *Glucose Smart Meter*, também, porque foi pensado para uma melhor e mais fácil utilização, não necessita de calibração, dispõe de marcadores, possui botão de ejeção da tira teste e usa uma micro gota de sangue.

O **Glucocard SM** dispõe, ainda, de um ecrã com números grandes e luz na entrada da tira, facilitando a execução dos testes, que são precisos e fiáveis, indo ao encontro das exigências da norma ISO 15197:2013.

O Glucocard SM é intuitivo e fácil de ensinar!



glucocardsm.pt

mendiag.pt | menarinidiag.pt

facebook.com/diabetessobcontrolo

Linha de Apoio ao Utilizador 800 200 468